



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



**การพยาบาลผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วในทางเดินน้ำดีร่วมกับมีภาวะช็อก
จากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา**

ชะอุ่ม จันทร์เจริญ *

บทนำ

ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วในทางเดินน้ำดี หมายถึง การอักเสบแบบเฉียบพลันของตับอ่อน ซึ่งเกิดจากนิ่วในทางเดินน้ำดี โดยโรคตับอ่อนอักเสบมักจะเกิดจากนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งถุงน้ำดีและตับอ่อนใช้ระบบท่อน้ำดีร่วมกัน ดังนั้นนิ่วถุงน้ำดีที่ติดค้างในท่อน้ำดี อาจทำให้เอนไซม์น้ำย่อยที่ผลิตจากตับอ่อนไหลไม่ได้ตามปกติ เกิดการคั่งของน้ำย่อย ทำให้ย่อยตับอ่อนเอง เกิดเป็นตับอ่อนอักเสบและถ้าอาการอักเสบและติดเชื้อรุนแรง อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งร้ายแรงถึงเสียชีวิตได้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2565)

จากสถิติของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่ามีผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาด้วยภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วในทางเดินน้ำดี ในปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 11, 22 และ 37 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร, 2566) ถึงแม้สถิติค่อนข้างน้อย แต่พบว่ามีกรณีดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว หากได้รับการแก้ไขไม่ทันผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยกรณีศึกษาในครั้งนี้ มีสภาพเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วในทางเดินน้ำดี ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมิน ดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังต่อเนื่องให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งให้การดูแลเพื่อประคับประคองอาการร่วมมือกับทีมวิชาชีพในการรักษา เพื่อแก้ไขความผิดปกติของตับอ่อน และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (องุ่น น้อยอุดม, ปิยาณี ณ นคร, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2565)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล ปัญหาสุขภาพและผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วในถุงน้ำดีร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. เพื่อใช้กรณีศึกษาเป็นตัวอย่างในการศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วในถุงน้ำดีร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี ส่วนสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 37.78 กก./ม²

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีไข้สูง ปวดท้อง ร้าวไปหลัง จุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ปวดมากขึ้นเมื่อรับประทานอาหาร นอนหงายจะปวดมากขึ้นต้องนอนงอตัว รับประทานยาแก้ปวดลดไข้ อาการทุเลาลง

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูงหนาวสั่น ปวดท้องร้าวไปหลัง จุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ อาเจียน 3 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

ผลการตรวจร่างกาย ที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ มีอาการอ่อนเพลีย ปากแห้ง ผิวแห้ง กดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ หน้าท้องแข็งเกร็ง อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/60 mmHg SpO₂ 98 % ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Serum amylase 1,049 U/L ผลCT Upper abdomen: Finding of acute edematous pancreatitis, Diffuse dilatation of CBD, CHD, IHD. Ddx non-opaque stone, passing stone แพทย์ให้ admit หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัตถ์ 4

แรกรับที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยเริ่มซึมลง E₃V₄M₆ เหนื่อย กระสับกระส่าย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 4 ครั้ง อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 70/50 mmHg MAP= 49 mmHg on Levophed (4 : 250) IV drip rate 10 ml./hrs. SpO₂ 87 % on O₂ mask with bag 10 ลิตรต่อนาที Lactate = 2.3 mmol/L ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารใส่ NG Tube, Foley's cath แพทย์มีคำสั่ง ERCP on call

การวินิจฉัยโรค Acute Gallstone Pancreatitis with Sepsis

การผ่าตัด Endoscopic Retrograde Cholangio pancreatography (ERCP)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC =23,400 cells/ cell/mm³, Hemoculture พบ Gram Negative Bacilli

การพยาบาลก่อนการทำ ERCP

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ
2. สังเกต เฝ้ารวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ pulse pressure แคบ สับสน กระสับกระส่าย ซึมลงและไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 mg/kg/hr. ผิวหนังเย็น ซีด เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว
3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ GCS ทุก 15-30 นาที เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร on 0.9% NSS 1000 ml IV 120 ml/hrs. ตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ยา levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (4 : 250) IV drip rate 10 ml./hrs. titrate ครั้งละ 5 ml/hrs. ตามแผนการรักษา
6. ดูแล on O₂ mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษา
7. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง Keep urine output > 50 ml/ 4hrs. และบันทึกปริมาณน้ำเข้า - ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อดูความสมดุลของสารน้ำ
8. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm IV OD และ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชม. ตามแผนการรักษา
9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC และ Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้อ

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัว E₄V₄M₆ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/72 mmHg MAP = 85 mmHg SpO₂ 97% urine output 120 ml in 4 hrs.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ลักษณะและอัตราการหายใจ ภาวะ Cyanosis สับสน
2. ดูแลจัดท่านอนราบยกปลายเท้าสูงเล็กน้อยในช่วงที่มีภาวะช็อก เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจ
3. ดูแล on O₂ mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษา
4. ประเมินสัญญาณชีพ SpO₂ และประเมิน Capillary refill ทุก 15-30 นาที

การประเมินผล

ทุเลาอาการเหนื่อย ไม่มี cyanosis อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/72 mmHg MAP = 85 mmHg SpO₂ 97 % Capillary refill 2 วินาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ปวดท้องเฉียบพลันเนื่องจากการอักเสบของตับอ่อน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปวดท้องน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวดระดับความรุนแรงของการปวด
2. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร และดูแลใส่สาย NG tube ต่อ intermittent suction ตามแผนการรักษา เพื่อลดสิ่งกระตุ้น การหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน ลดการทำลายเนื้อเยื่อตับอ่อนและลดปวด
3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อลดการหลั่งเอนไซม์จากตับอ่อนซึ่งเกิดจากเมตาบอลิซึมที่เพิ่มขึ้น
4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 mg IV prn ทุก 6 hrs. และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
5. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย และใช้เทคนิคการลดความปวดที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ
6. ดูแลให้ได้รับยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ได้แก่ Omeprazole 40 mg IV OD เพื่อลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยจากตับ

การประเมินผล ผู้ป่วยบอกปวดท้องน้อยลง Pain score 3-4 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสารน้ำและเกลือแร่ไม่สมดุล

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีสารน้ำและเกลือแร่สมดุล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและสารอาหาร ได้แก่ ปากแห้ง ทรายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว บัสสาวะมีความถี่จะเพาะมากกว่า 1.030
2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย เป็นตะคริว อาการโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ชีวมลง ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดลง
3. ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ Plasil 10 mg IV prn ทุก 6 hrs. ตามแผนการรักษา
4. On 0.9% NSS 1,000 ml IV 120 ml/hrs. ตามแผนการรักษา
5. สังเกตสี ลักษณะ ปริมาณของสารเหลว (content) ที่ออกจาก NG tube ลักษณะของอุจจาระ

บัสสาวะ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

6. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อดูความสมดุลของสารน้ำ
7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปากแห้ง ผิวแห้ง ปริมาณน้ำเข้า 3,300 ซีซี ปริมาณน้ำออก 1,300 ซีซี ผลอิเล็กโทรไลต์ปกติ

การพยาบาลหลังการทำ ERCP

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง

วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อ่อนเพลีย ผิวหนังซีด มีเหงื่อออกมากหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว สับสนมีนงง อวัยวะส่วนปลายเย็น
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการหายใจ และ SpO₂
3. ดูแลจัดท่านอนให้นอนศีรษะสูง 30 - 45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีและเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ
4. แนะนำเทคนิคการหายใจลึกๆ (Deep Breathing) เพื่อเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด
5. ดูแลให้ผู้ป่วย On O₂ Canula 3 lit/min ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Pack Red Cell 2 unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของการให้เลือด เพื่อเพิ่มตัวนำออกซิเจนให้ร่างกาย
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะค่า RBC และ Hb

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะ cyanosis SpO₂ 97-98 % Capillary refill 1วินาที Hb 13 g/dL

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการทำ ERCP

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ทุเลาอาการท้องอืด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดแน่นท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ร่วมกับการสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย

2. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต การตรวจร่างกายและฟังเสียง bowel sound
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุ ของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่เข้าไปขณะส่องกล้อง และอาการจะหายไปตัวเองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม
4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ลูกนั่ง ลูกเดินเข้าห้องน้ำ
5. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำ และให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายตามลำดับ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้เกิดก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้น bowel sound 10 ครั้งต่อนาที รับประทานอาหารข้าวต้มได้ประมาณครึ่งถ้วย อาการแน่นอืดท้องน้อยลง สามารถเรอและผายลมได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีภาวะ Hypokalemia

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจเต้น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เพื่อประเมินภาวะ Hypokalemia
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. จัดให้ผู้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ระวังอุบัติเหตุ
4. แนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูงให้ผู้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น กล้วย องุ่น ส้ม มะเขือเทศ ฝรั่ง แก้วมังกร แคนตาลูป เป็นต้น
5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์คือ elixir KCL 30 ml oral stat 1 dose
6. ติดตามผลการตรวจเลือด หาค่า Potassium เพื่อประเมินค่า Potassium ในเลือด

การประเมินผล

ผลการตรวจค่า Potassium เท่ากับ 4.20 mmol/L อยู่ในระดับปกติ ไม่มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจเต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดโรคซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคตับอ่อนอักเสบ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคตับอ่อนอักเสบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ถึงอาการและอาการแสดงของการมีอาการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้การรักษาได้เร็วที่สุด ได้แก่ อาการปวดท้อง จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
2. แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอ่อน ไขมันต่ำ พลังงานสูงมีคาร์โบไฮเดรตสูง โปรตีนสูง

หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ แอลกอฮอล์ เครื่องเทศ และสารนิโคติน เพราะจะกระตุ้นตับอ่อนทำงานเพิ่มขึ้น

3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่ละเอียดบ่อยครั้ง แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร หลีกเลี่ยงอาหารย่อยยาก อาหารรสจัด

4. รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) สูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และอาหารที่มี calcium และมีไขมันแบบ saturated fats ต่ำ เช่น น้ำมันมะกอก เนื้อปลา เป็นต้น

5. ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายเกิน (37.778 กก./ม^2) แนะนำการควบคุมน้ำหนักโดยคุมอาหารที่มีแคลอรีเหมาะสม และออกกำลังกายสม่ำเสมอ

6. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และมาตรวจตามนัด รับประทานอาหารและยาตามที่แพทย์สั่ง

7. ประเมินซ้ำหลังให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยซักถามในประเด็นต่างๆ เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและเน้นย้ำสิ่ง que ผู้ป่วยเข้าใจ ไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคตับอ่อนอักเสบได้ถูกต้องครบทุกข้อ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนี้วในทางเดินน้ำดีมีอาการที่ซับซ้อน และเป็นภาวะคุกคามชีวิต การตรวจวินิจฉัย ติดตามอาการ เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อน การดูแลแบบสนับสนุน การจัดการความปวดเป็นการดูแลที่จำเป็นอย่างมาก และการรักษาเฉพาะ ได้แก่ การทำ ERCP มีความสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตและลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีผลลัพธ์ คือ การรอดชีวิต การฟื้นหายที่ดีโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ดังนั้นพยาบาลควรมีการเพิ่มพูนความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนี้วในทางเดินน้ำดี การดูแลก่อน - หลัง ทำ ERCP และการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

- กัณฑ์พร ยอดไชย, ทพมาศ ชินวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2564). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ 2 เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา : นิโอฟ้อยท์.
- พรศิริ พันธลี. (2565). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร.
- โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร. (2566). สถิติผู้ป่วยศัลยกรรม. ชัชวาท : โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต : แบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : พี.เค.เค.พรีนส์ดีง.
- ศุภพัชญ ศรีภูษณาพรรณ และเกศินี เขียรกานนท์. (2565). GI survival s guide for interns and medical Students : problem-based case discussion. กรุงเทพฯ : สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องุ่น น้อยอุดม, ปิยาณี ณ นคร, และสุชिरา ชัยวิบูลย์ธรรม, (2565). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.