

ปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4: กรณีศึกษา

Nursing problems in chronic kidney disease stage 3-4: Case study

เกตุรินทร์ บุญคล้าย^{1*} กนกวรรณ เวทศิลป์² วรรณชาติ ตาเลิศ³ อนุสร การะเกษ⁴ พิชญานันท์ แก้วอำไพ⁵
Ketnarin Bunklai^{1*} Kanokwan Wetsasin² Wannachart Talerd³ Anusorn karaket⁴
Phitchayanat Kaewampai⁵

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพมหานคร 10230

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพมหานคร 10230

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ 33160

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

^{1,2}Instructor nurses, Boromarajonani college of nursing Nopparat Vajira, Bangkok, 10230

³Instructor nurses, Boromarajonani college of nursing Surin, Surin province, 32000

⁴Registered nurse ,Rasalai hospital , Sisaket Province ,33160

⁵Instructor nurses, Boromarajonani college of nursing Nakhon Ratchasima, Nakhon Ratchasima province, 30000

Corresponding Author: *E-mail: ketnarin@bcnnv.ac.th

(Received: 20 February 2023 Revised: 17 March 2023 Accepted: 25 March 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

รูปแบบและวิธีวิจัย : ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เลือกกรณีศึกษาเฉพาะเจาะจงที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่มีภาวะแทรกซ้อน ในโรงพยาบาลศูนย์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ผลการศึกษา : ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ 3 ปัญหาคือ 1) มีความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่เพราะไตเสียหน้าที่ 2) การขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ตามข้อกำหนดการรักษา เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการกำจัดสารอาหาร และการรับประทานยา 3) ส่งเสริมความพร้อมที่จะปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

สรุปผลการศึกษา : พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล และแนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วย รวมทั้งสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย มีโอกาสซักถามข้อข้องใจจนเกิดความกระจ่าง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไต ลดการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, ปัญหาการพยาบาล, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ABSTRACT

Objective : To study nursing problems in chronic kidney disease stage 3-4

Method : Education of literature patients with chronic kidney disease by select a specific case study involving chronic kidney disease with complications in the hospital center .The tools for the study consisted of Gathering information from medical records Interview patients.

Result : Education of chronic kidney diseases stage 3-4 still have major problem as followed.
1) Unbalance of water and electrolyte and loss of kidney duty. 2) Un knowledge of self care, lack of diet food and continue take medicine. 3) Support of knowledge and behavior self care in chronic kidney disease stage 3-4.

Conclusion : This academic thesis are purpose to show problem that frequency found in nursing , The results can be used to guide care for patients , including self care, and give opportunity to patience can get the problem in case of any doubt with chronic kidney diseases stage 3-4 to practice proper self-care behaviors. This, consequently, will delay the reduction of glomerular filtration rate and the progress of the disease into the terminal stage.

Keywords : Chronic kidney diseases, Nursing problems, chronic kidney disease stage 3-4

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และรักษาไม่หายขาด มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง หากเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การศึกษา systematic review and meta analysis ในประชากรทั่วโลกเรื่องความชุกของโรคไตเรื้อรังมากที่สุดในระยะที่ 3 อยู่ที่ร้อยละ 7.6⁽¹⁾ การศึกษาอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ทุกปี แนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน⁽²⁾ ความชุกของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป ในประชากรไทยทั่วประเทศที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีประมาณร้อยละ 2.9-13 จากประชากรทั้งประเทศ ประมาณ 70 ล้านคน หรืออยู่ในช่วงประมาณ ตั้งแต่ 2-9 ล้านคน ซึ่งประชากรทั้งหมดที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง⁽³⁾ จึงเป็นที่น่ากังวลอย่างมากที่ความตระหนัก (Awareness) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นมีอยู่น้อยมาก เนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 มักไม่ค่อยปรากฏอาการที่เฉพาะเจาะจง และมักมีอาการแสดงการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักน้อยว่าตนเองเป็นโรค จัดว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลชะลอการเสื่อมของไต ทำให้ไม่เห็นความสำคัญ และขาดการร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อไตเสื่อมลงเข้าสู่ระยะที่ 5 จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตและการปลูกถ่ายไตซึ่งเป็นการรักษาระยะยาวต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ส่งผลต่อความวิตกกังวลค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแต่ละครั้ง ผู้ป่วยแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึงรายละประมาณ 250,000 บาทต่อปี⁽⁵⁾ และยังมีค่าใช้จ่ายส่วนตัวอื่น ๆ อีก ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นวิธีการที่ช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ดีที่สุด คือ การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่สำคัญ คือ การควบคุมอาหารและน้ำร่วมกับการรักษาทางยาเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อน⁽²⁾ และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลที่พบบ่อย มี 3 ปัญหาหลัก คือ 1) มีความไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ เพราะไตเสียหน้าที่ 2) การขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองตามข้อกำหนดการรักษา ขาดความรู้เกี่ยวกับการจำกัดสารอาหารและการรับประทานยา และ 3) การปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 บทความนี้จะขอนำเสนอปัญหาทางการพยาบาลที่พบบ่อยผ่านตัวอย่างกรณีศึกษา และคำแนะนำที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งอธิบายปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยใช้บทบาทการพยาบาล เพื่อให้สามารถให้การบริการพยาบาลของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การบริการวางแผน หรือการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับความเจ็บป่วยทางร่างกาย ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้นได้⁽⁶⁾

1. ประวัติการเจ็บป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย (9 ธันวาคม 2565)

- ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี
 - ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร ศาสนา พุทธ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย
 - สถานภาพสมรส คู่ จำนวนบุตร 1 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน อาชีพ รับจ้างก่อสร้าง
- ภรรยาอาชีพแม่บ้าน การศึกษาสูงสุดระดับ ปวช. รายได้ 9,000 บาท/เดือน บุคคลที่ติดต่อได้เกี่ยวข้องเป็นภรรยา
- สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท

1.2 ข้อมูลทางคลินิก

- โรคประจำตัว โรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease, RHD) ขาดน้ำขาดยา
ประมาณ 5 ปี

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint)

- คลื่นไส้ อาเจียน ชีต มีไข้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness)

9 ปีก่อน เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์ แพทย์วินิจฉัยเป็น โรคหัวใจรูห์มาติก รักษาด้วย การผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (Valve destruction redo-mitral valve replacement) และรับยาประจำคือ ยาวา ฟาริน 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน (วันจันทร์-วันศุกร์) ½ เม็ด (เสาร์-อาทิตย์), ยาดีจอกซิน 0.25 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละครั้ง, ยาเลซิกซ์ 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละครั้ง ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ขาดยา 12 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง 3 เดือนก่อน รับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยรับประทานอาหารได้น้อย ขาบวม หายใจเร็วไม่อิม ปัสสาวะออก ลดลง คลื่นไส้ อาเจียน

1 เดือนต่อมา รู้สึกเหนื่อยง่าย ชีต หายใจหอบ แพทย์ส่งปรึกษาเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาล ด้วยปัญหาชีต จากโรคไตเรื้อรัง

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำ ๆ รู้สึกอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน จึงมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็น โรคไตเรื้อรังร่วมกับมีภาวะชีตร่วมกับความดันโลหิตสูง

การแพ้ยา : ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา

การดูแลสุขภาพและการใช้สารเสพติด : ก่อนการเจ็บป่วย สูบบุหรี่วันละ 10-15 มวน 11 pack -year ดื่มสุรา 2-3 ครั้ง/เดือน

ประวัติการผ่าตัด : ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล เมื่อ ปี พ.ศ. 2553

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม โรคไตเรื้อรังร่วมกับมีภาวะชีตร่วมกับมีภาวะไข้และมีภาวะไม่สมดุลของ สารน้ำและเกลือแร่ (Chronic kidney disease with anemia with fever with electrolyte imbalance)

ประเมินปัญหาและความต้องการ สามารถระบุปัญหาดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physiological examination): น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร สัญญาณ ชีพ : อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง ต่อนาที ค่าความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 -98 %

สภาพร่างกายโดยทั่วไป: ชายไทย รูปร่างผอมการเจริญเติบโตและพัฒนาการสัมพันธ์กับอายุ มีอาการ เหนื่อยอ่อนเพลีย ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ผิวเหลืองเล็กน้อย บวมกดบ่มระดับ 2+ หน้าท้องลักษณะนุ่ม กดไม่ เจ็บ คลำไม่พบตับม้ามโต ฟังเสียง การเคลื่อนไหวของลำไส้ 6 ครั้งต่อนาที ไม่พบน้ำในช่องท้อง

ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขนขา : แขนข้างซ้ายสามารถยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ ส่วนขา ข้างซ้าย แขนข้างขวาและขาข้างขวาสามารถยกต้านแรงผู้ตรวจได้

1.1 โภชนาการ (Nutrition) : BMI = 21.09 kg/m² ช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยความอยากอาหาร ลดลง รับประทานอาหารได้ ½ ส่วน ของการรับประทานอาหารปกติ เมื่อคำนวณความต้องการพลังงานและ สารอาหาร สามารถอธิบายดังนี้ พลังงานความต้องการพลังงานในผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไปให้ได้รับเท่ากับภาวะปกติ คือ 30-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัวที่ควรเป็น 1 กิโลกรัม/วัน สามารถใช้สูตรของฮาร์ริส-เบเนดิสต์ (Harris-

Benedict)⁽⁷⁾ โดยคำนวณจากความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน (Basal energy expenditure : BEE) ซึ่งเป็นพลังงานที่ร่างกายใช้ในขณะที่ยานอนพักผ่อน

สูตรที่ใช้มีดังนี้ เพศชาย : $REE \text{ (kcal/d)} = 66.42 + (13.75 W) + (5.0H) - (6.77A)$

ความต้องการพลังงานทั้งหมด (Total energy requirement) = $BEE \times AF \times MF$,

ผู้ป่วยรายนี้ อายุ 27 ปี เพศ ชาย น้ำหนัก 54 .kg, สูง 160 cm.

ความต้องการพลังงานทั้งหมด $REE \text{ (kcal/d)} = 66.42 + (13.75 W) + (5.0 H) - (6.77A)$

Total energy requirement = $REE \times PA \times Injury \text{ factor}$

แทนค่า $REE \text{ (kcal/d)} = 65.5 + (9.66 \times 54) + (1.85 \times 160) - (4.88 \times 84)$

สรุปความต้องการพลังงานทั้งหมดของผู้ป่วยรายนี้ Basal Metabolic Rate (BMR) = 1,426

1.2 การขับถ่าย (Defecation): ปกติถ่ายวันละ 1-2 ครั้ง/วัน ขณะเจ็บป่วยมีอาการท้องอืดและท้องผูกบ่อยๆ ถ่ายเป็นลักษณะขี้กระต่ายออกน้อยวันละ 1 ครั้ง

1.3 กิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest): สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ด้วยตนเอง มีภรรยาช่วยพยุงลุกนั่งบางครั้ง การรับประทานอาหาร ขับถ่าย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่

1.4 สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and electrolytes): รับประทานน้ำตามปกติ การขับถ่ายปัสสาวะโดยมีปริมาณ 1,000-1,200 มิลลิลิตรต่อวัน ผิวหนังแห้ง

1.5 การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological function): ปกติ

1.6 การรับรู้ความรู้สึก (Senses): การรับรู้แสดงความรู้สึก ปกติ

1.7 การทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ (Endocrine function) : ไตและต่อมหมวกไตทำหน้าที่ผิดปกติ ได้แก่ การเกิดภาวะ Erythropoietin deficiency ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกลดลงจึงเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเลือดจาง (Anemia)⁽⁸⁾ ในกรณีศึกษา

1.8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าการทำงานของไตสูงขึ้น โดยมีปริมาณยูเรีย (Blood urea nitrogen, BUN) และค่าครีเอตินิน (Creatinine, Cr) ในเลือดสูงขึ้น (BUN = 99 mg/dL และ Creatinine = 5.13 mg/dL) อัตราการกรองของไตลดลง (Estimated glomerular filtration rate, eGFR) 27 mL/min/1.73 m² อยู่ในระยะไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผลอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) มีการเปลี่ยนแปลง Sodium 148 mmol/L, Potassium 4.2 mmol/L, Chloride 102 mmol/L, CO₂ 22.3 mmol/L, Calcium 8.1-10.4 mg/dL, Phosphorus 6.1 mg/dL

ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้ป่วยพบว่า ปัญหาทางการพยาบาลที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 -4 ที่สำคัญดังนี้

1. มีความไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ เพราะไตเสียหายที่
2. การขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ตามข้อกำหนดการรักษา เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา
3. ส่งเสริมความพร้อมที่จะปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

1. มีความไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ เพราะไตเสียหายที่

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จะเกิดอาการรุนแรงมากขึ้น จากการที่อัตราการกรองของไตลดลง การควบคุมสมดุลของเกลือแร่และกรดต่างของร่างกาย การควบคุมความดันโลหิต การทำงานของต่อมไร้ท่อสูญเสียหน้าที่ เกิดการคั่งของเกลือ กรด น้ำในร่างกาย รวมทั้งของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารโปรตีน และหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมนบางชนิดผิดปกติไปด้วย ทำให้เกิด

อาการแทรกซ้อน เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวมที่หน้าและขา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ซีด⁽⁹⁾

ระยะเริ่มต้นของโรคไตเรื้อรัง พบการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดแร่ และฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับกระดูก การเพิ่มขึ้นของฟอสเฟตในเลือด พบได้ตั้งแต่ระยะที่ 3 โดยจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความเสื่อมของไต⁽⁹⁾ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 พบว่าความเข้มข้นของฟอสเฟตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างสูง มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ หลอดเลือด และการก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง^(10,11) สัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หรือ 4 ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย⁽¹²⁾ พยาบาลควรให้ความรู้และการปฏิบัติตน รวมถึงสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรค เพื่อป้องกันการเกิดภาวะระดับฟอสเฟตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (รายละเอียดหัวข้อที่ 2) สอดคล้องการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การใช้คู่มือช่วยลดระดับฟอสเฟตในเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นได้⁽¹³⁾

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ควรควบคุมการบริโภคน้ำอย่างเหมาะสม การดื่มน้ำน้อยส่งผลให้ปริมาณน้ำในอวัยวะลดน้อยลง โดยระยะที่ 3 ควรดื่มน้ำ 1.5- 2 ลิตรต่อวัน ระยะที่ 4 ควรจำกัดน้ำดื่มให้เท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ขับออกต่อวันบวกกับปริมาณน้ำที่สูญเสียไปทางลมหายใจ เหงื่อ อุจจาระ ประมาณวันละ 500 มิลลิลิตร ควรชั่งน้ำหนักตัวชั่งน้ำหนักตัววันละ 1 ครั้ง ในตอนเช้าเวลาเดียวกันทุกวัน

2. การขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองตามข้อกำหนดการรักษาจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา

ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จากการศึกษาพบว่าการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา จนเกิดภาวะแทรกซ้อน และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา ไม่สามารถจำกัดประเภทอาหารตามที่แนะนำได้⁽²⁾ ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำ อธิบายการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรมีการควบคุมอาหารประเภทโปรตีน ไขมันสูง เกลือและโซเดียม ฟอสเฟตและโพแทสเซียม ดังนี้⁽¹¹⁾

การจำกัดการรับประทานอาหารโปรตีน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ต่ำกว่าคนปกติ รวมทั้งผู้ป่วยโรคไต ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (< 0.8 กรัม) เพื่อให้เกิดของเสียลดลง มีงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม และมีการควบคุมหลายงานวิจัย แสดงให้เห็นว่าการควบคุมอาหารที่มีโปรตีนระหว่าง 0.6 - 0.8 กรัมต่อกิโลกรัม พบว่าสามารถชะลอการเสื่อมของไตและยืดระยะเวลาที่ต้องทำการบำบัดทดแทนไตได้ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ควรได้รับ 0.6 - 0.8 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ระยะที่ 4 โปรตีนในปัสสาวะปริมาณมาก ควรได้รับสารโปรตีนที่มีคุณภาพสูงและได้รับปริมาณต่ำ ปริมาณที่ควรได้รับ 0.6 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว นม และเต้าหู้^(2,11)

การงดอาหารไขมันสูง ควรลดระดับไขมันในเลือดให้มีระดับ LDL ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยสามารถบริโภคไขมันอิ่มตัวได้ แต่ต้องจำกัดในปริมาณที่เหมาะสม พลังงานจากอาหารที่ได้รับ ควรมาจากไขมันไม่เกินร้อยละ 25-35 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ นม ไข่แดง และไขมันจากสัตว์ ไขมันจากมะพร้าว^(2,11)

การจำกัดอาหารประเภทเกลือและโซเดียม ควรรับประทานอาหารรสไม่เค็มจัด ควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน 1-2 กรัม ซึ่งเท่ากับเกลือแกงประมาณ 1-2 ช้อนชาต่อวัน หรือเท่ากับน้ำปลา 2.5-5 ช้อนต่อวัน เกลือโซเดียมส่วนใหญ่อยู่ในรูปของเกลือแกง ส่วนผสมในอาหารกระป๋อง สารปรุงแต่งอาหาร เช่น ผงชูรส ผงฟู ซุป ซอสปรุงรสต่างๆ ที่มีรสเค็ม เป็นต้น^(2,11)

การจำกัดอาหารฟอสเฟต ควรบริโภคฟอสฟอรัสประมาณ 800 มิลลิกรัมต่อวัน โดยการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ หลีกเลี้ยงผลิตภัณฑ์จากนม ไข่แดง ธัญพืช อาหารแปรรูปแช่แข็ง เครื่องในสัตว์ เครื่องดื่ม ชากาแฟ โกโก้ต่างๆ^(2,11)

การจำกัดอาหารโพแทสเซียม ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีปัสสาวะออกมากกว่า 1,000 มิลลิกรัม ต่อวัน มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงไม่เกิน 5 มิลลิควาเรนทต่อลิตร ยังไม่ต้องจำกัดโพแทสเซียม แต่ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมในปริมาณสูง เช่น ผักใบเขียวสดและผลไม้เนื้อนุ่มหวาน^(2,11)

ผู้ป่วยไตเรื้อรังมักต้องรับประทานยาหลายชนิด ซึ่งอาจมีอันตรกิริยาต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากที่จะทานยาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จนอาจเกิดการเสื่อมของไตมากขึ้น⁽¹³⁾ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาเฉพาะโรค ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ดังนี้

ควรหลีกเลี่ยงสารหรือยาที่เป็นผลเสียต่อไต ระวังระวังในการใช้ยา และไม่ซื้อยามารับประทานเอง ได้แก่ ยาต้านการอักเสบ(NSAIDs), ยาปฏิชีวนะอะมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycosides), การฉีดสารทึบรังสี (Radiocontrast media) และยาสมุนไพร ต้องใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์^(2,11,14)

ยาลดความดันโลหิต ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโปรตีนอัลบูมินรั่วในปัสสาวะ ความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ไม่มีโปรตีนอัลบูมินรั่วในปัสสาวะ ไม่ควรปรับขนาดของยาเอง และมาพบแพทย์ตามนัด จากการศึกษาพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้การเสื่อมของไตเร็วขึ้น^(2,11)

ยาจับฟอสเฟต ได้แก่ เกลืออลูมิเนียม เช่น อลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ (Aluminium hydroxide) ยากลุ่มแคลเซียมในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับแคลเซียมต่ำแล้วกินพร้อมอาหาร^(2,11)

ยาลดไขมันในเลือด (Hypercholesterolemia)ยาที่ใช้ คือกลุ่มสตาติน (Statins) ผู้ป่วยอายุเท่ากับหรือมากกว่า 50 ปี แพทย์จะพิจารณาให้ยากลุ่ม Statin หรือ Statin ร่วมกับ Ezetimibe^(2,11)

การรักษาภาวะกรดที่เกิดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) ทำให้มีการสลายตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นและมีการสร้างอัลบูมินลดลง จึงมีกล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ซึ่งยาที่ใช้ คือ โซเดียมไบคาร์บอเนต (Sodium bicarbonate) หรือโซดามินท์ ในขนาด 2-4 กรัม/วัน หรือ (0.5-1.0 mEq/kg/d)^(2,11)

ยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีอาการบวมและภาวะน้ำเกินและระดับความดันโลหิตสูง จึงควรรับประทานยาตามเวลาอย่างเคร่งครัด สังเกตอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและเป็นตะคริวที่ขา จากการสูญเสียโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะ^(2,11)

ยาแก้ไขภาวะโลหิตจาง โดยให้รับประทานยาธาตุเหล็ก ที่มีระดับเฟอร์ริตินในเลือดต่ำกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และให้อีริโทรโพอิตินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร^(2,11)

3. ส่งเสริมความพร้อมที่จะปรับพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4

การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในระยะนี้ คือการชะลอการเสื่อมของไต การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระบบหัวใจ และหลอดเลือด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยพยาบาลควรประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การทำกิจวัตรประจำวัน หรือปรับแผนการดูแลตนเอง โดยส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ดังนี้

การนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ ผู้ป่วยจะมีปัญหาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน เป็นผลมาจากความเครียด และภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ความปวดกระดูก ทำให้คุณภาพของการนอนหลับลดลง^(2,11)

การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น การระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด การสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เนื่องจากภาวะเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต^(2,11)

การรักษาความสะอาดของร่างกาย และงดการกลั้นปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดการติดเชื้อได้ง่ายในระบบหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ^(2,11)

การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น บวม หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ น้ำท่วมปอด และการถ่ายอุจจาระกลืนเหม็น มีสีดำจากเลือดปน^(2,11)

การงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากจะเป็นตัวเร่งให้ร่างกายต้องขับน้ำออกมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้เกิดการขาดน้ำในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลได้ใน 2 ลักษณะคือเกิดการขาดน้ำและมีการทำหน้าที่ของไตที่มากกว่าปกติ^(2,11)

การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงทำให้คุณสมบัติในการทำหน้าที่การกรอง การดูดซึมกลับสารต่างๆ เสียไปได้^(2,12)

การออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์ควบคุม BMI อยู่ในช่วง 20-25 kg/m² มีการศึกษาพบว่าการควบคุมน้ำหนักจากภาวะโรคอ้วน โดยเข้ารับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (Bariatric surgery) สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพหัวใจ และโรคร่วมของผู้ป่วย^(2,11,15)

การสนับสนุนและให้คำแนะนำแหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่น การสนับสนุนการเข้ารับบริการคลินิกเฉพาะทางโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาล รวมไปถึงเว็บไซต์ที่ให้ข้อมูลน่าเชื่อถือได้ เช่น สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 “แบ่งปันฟื้นฟูด้วยพลังธรรมชาติ” พบหมอรามา และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องจากการศึกษางานคลินิกชะลอไตเสื่อมที่โรงพยาบาลคลองขลุง พบว่าสามารถชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย eGFR ลดลงกว่าเดิมไม่ถึง 4 ml/min/1.73m² ภายใน 2 ปีที่เข้ารับการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและไขมันได้ดีขึ้น⁽¹⁶⁾ ด้วยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงสนับสนุนว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะทางผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยตรงโดยบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้สามารถจัดการตนเองได้ดีและควบคุมภาวะเสื่อมของไตได้

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก รักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล เมื่อ 12 ปี ก่อนรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ไม่ต่อเนื่อง ภายหลัง 10 ปีต่อมา พบว่าป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีภาวะซีด (Anemia) และภาวะไม่สมดุลสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte Imbalance) ที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบไม่ได้นัดหมายหลายครั้ง และได้รับการส่งต่อเพื่อปรึกษาแผนการรักษาในระยะยาว เมื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินโรคพบว่า ผู้ป่วยไม่ดำเนินชีวิตตามแผนการรักษา ขาดการมาตรวจตามนัด รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวพบว่า การเกิดโรคหัวใจโดยเฉพาะหัวใจวาย (Congestive heart failure) มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น⁽¹²⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 -4 เป็นระยะที่เริ่มมีอาการผิดปกติและมีความชุกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องควบคุมโรคโดยเน้นไปที่การชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรัง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง จะสามารถลดความก้าวหน้าเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะมีแนวโน้มจะเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 -4
2. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการให้ความรู้ คำแนะนำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O' Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevention of chronic kidney disease – A systematic review and meta analysis. PloS one. 2016;11(7): e0158765.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช.คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซัสแอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
3. Ingsathit A , Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transplant. 2010;25(5): 1567-75.
4. Vassalotti S, Mc Cullough , Bakris G. Kidney early evaluation program:a community-based screening approach to address disparities in chronic kidney disease. Seminars in nephrology.2010;30(1):66-73.
5. จุฬามาศ เทียนสอาด สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรมและนพวรรณ พินิจจรเดช.การรับรู้ภาระจากอาการ ภาระค่าจ่าย กับคุณภาพ ชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.รามาธิบดี พยาบาลสาร 2560; 23(1): 60-77.
6. Mishel MH. Uncertainty in Chronic Illness. Annual Review Of Nursing Research. 1999;17:.269-295.
7. Feinberg J, Nielsen E , Korang S ,Engell K. et all. Nutrition support in hospitalised adults at nutritional risk. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;5: CD011598.
8. Santos, E., Dias, R., Lima, J., Salgado Filho, N., & Miranda Dos Santos, A. Erythropoietin Resistance in Patients with Chronic Kidney Disease: Current Perspectives. International journal of nephrology and renovascular disease.2020;13: 231–237.
9. Chartsrisak K, Vipattanat K, Assanatham M, Nongnuch A, Ingsathit A, Domrongkitchaiporn S, et al .Mineral metabolism and outcome in chronic kidney disease stage 2-4 patients. BMC Nephrol.2013;14:14.
10. O'Seaghdha CM, Hwang SJ, Muntner P, Melamed ML, Fox CS. Serum phosphorus predicts incident chronic kidney disease and end-stage renal disease. Nephrol Dial Transplant.2011; 26(9):2885-90.
11. Kidney Disease Improving Global Outcome KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppo.2013;3(1):1-150.
12. Corciulo R & Corciulo S. The peritoneal ultrafiltration in patients with cardio-renal disease. Giornale Italiano di Nefrologia: Organo Ufficiale Della Societa Italiana di Nefrologia. 2017; 34 (69): 86-103.

13. เพ็ญพร ทวีบุตร พัทธราพร เกิดมงคลและขวัญใจ อำนาจเชื้อสัตย์.ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.2560;31(1):129-145.
14. Tangkiatkumiaj M, Walker DM, Praditpornsolpa K, Boardman H. Association between medication adherence and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease: a prospective cohort study. Clin Exp Nephrol.2017;21(3):504-12.
15. Satraipoj B, Supasyndh O, Mayteedol N, Chaiprasert A, Choovichian P. Metabolic syndrome and its relation to chronic kidney disease in a Southeast Asian population. Southeast Asian J Trop Med Public Health.2011;42(1):176-83.
16. วินัย ลิสมิทธิ สุชาณี สุวัฒนารักษ์ สุชัยญา พรหมนัมและศุภสิทธิ พรธนนารุโณทัย.การศึกษาเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุง: จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ.วารสารวิชาการสาธารณสุข.2560;26(1):111-124.