

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน ตามกรอบทฤษฎีกอร์ดอน : กรณีศึกษา

Nursing care of diabetes mellitus with acute renal failure in Gordon :
case study

วันทนีย์ ชัยเกียรติยศ*

Wantanee Chaikiattiyos*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของ ของเสียในร่างกาย มีการเสียสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรดต่าง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดจึงมีบทบาทในการประเมินช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยร่วมมือกับแพทย์ เพื่อให้ได้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ และคืนสู่สภาพเดิมก่อนเกิดไตวายเฉียบพลันได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย และนำผลการศึกษามาใช้ประกอบเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในรายต่อไป

วิธีการศึกษา : เป็นกรณีศึกษาโดยคัดเลือกจากผู้ป่วย แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นรายกรณีทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม 2555 - 29 สิงหาคม 2555

ผลลัพธ์การนักศึกษา : หญิงไทยคู่อายุ 54 ปี ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ ปวดบิดท้อง มีไข้ ต่อมา เหนื่อยเพลีย ปัสสาวะออกน้อย

สรุป : การวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของโรคและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถติดตามภาวะไตวายเฉียบพลันสามารถดูแลให้ผู้ป่วยให้ปลอดภัยและไม่มีการแทรกซ้อน

คำสำคัญ : เบาหวาน, การพยาบาลเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน, ไตวายเฉียบพลัน.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Abstract

Background : Diabetes Mellitus with Acute Renal Failure (ARF) is a critical condition that bring in body fluid retention, acid-base and electrolyte imbalance, leading to potentially fatal. In order to minimize the risk in such patients, an effective nursing care in crisis, providing information of self care to patients and caregiver is necessary to maintain their functional health.

Objectives : To investigate the progression of diabetic patient with acute renal failure, effective nurse care and outcome so that the guideline and process could be further extended and applied to other patients.

Case study : A diabetic patient with acute renal failure was specifically selected and investigated. The patient was admitted at special medical ward, Sisaket Hospital, Thailand. Patient Medical record was collected and analyzed during August 20th-29th.

Results : Prior to admit in hospital, fifty-four year-old Thai female has got watery diarrhea with abdominal cramping, mild fever, malaise and decrease urine output. Physical examination found periorbital edema and tenderness both legs. The diagnosis was acute renal failure. The patient was emergency treated by hemodialysis via left femoral and got better later. History of illness was Diabetis Mellitus and High Blood Pressure. It was noticed body fluid retention, high blood sugar, fatigue, and pain at left femoral. It was also detected the electrolyte imbalance, hypertension induced increase intracranial pressure, abdominal discomfort, constipation and increase risk of infection from retain vascular. Finally, the patient was intensively taken care through effective nursing care and was medically safe without any further complication.

Summary : It is noteworthy that planning of effective nursing care, detailed understanding of specific disease together with intensive patient observation are essential in managing diabetic patients with acute renal failure. Subsequently, patients would be medically safe with no further complication.

Keywords : Nursing care, Diabetes Mellitus, Acute renal failure.

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หายขาด หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เกิดอันตรายถึงชีวิต¹ ไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและพบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในโรงพยาบาล มีอัตราตายสูง² ปัจจุบันถึงแม้จะมีความก้าวหน้า ด้านวิทยาการและเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น แต่อุบัติการณ์พบผู้ป่วยเบาหวานกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2554-2556^{3,4} พบผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 3,105, 3,003 และ 3,493 ราย/ปี^{3,4} มีผู้ป่วยเบาหวานนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจำนวน 245, 259 และ 354 ราย/ปี^{3,4} พยาบาลผู้ซึ่งดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเกิดภาวะวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซ้ำ⁵ ในบทความวิชาการนี้ จึงนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันเพื่อเป็นประสบการณ์ความรู้ประกอบการศึกษาและเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการดำเนินโรคในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน และเป็นกรณีตัวอย่างใช้ประกอบองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในรายต่อไป

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการศึกษาประวัติ การดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพและการรักษาพยาบาลย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

ผลการศึกษากรณีตัวอย่าง

ประวัติการเจ็บป่วย เป็นหญิงไทยคู่ อายุ 54 ปี ภูมิลำเนาอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีประวัติ 5 วันก่อนถ่ายเหลว ปวดบิดท้อง มีไข้ ชี้น้ำเกลือแร่และยาฆ่าเชื้อกินเอง 1 วัน ก่อนมา เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปัสสาวะออกน้อย คลื่นไส้อาเจียน หนึ่งตาและเท้าบวม ทั้ง 2 ข้าง มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดพอกเลือดล้างไตจนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขภาพ มีการคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือด เนื่องจากมีความบกพร่องของไต มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เนื่องจากมีความผิดปกติในการสร้างอินซูลินของตับอ่อน ไม่สุขสบาย เหนื่อย อ่อนเพลีย และปวดบริเวณขาหนีบข้างซ้ายที่คาสายสวนหลอดเลือด มีภาวะขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีความบกพร่องของไต เสี่ยงต่อความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น จากความดันโลหิตสูง ไม่สุขสบาย อึดอัด แน่นท้อง ท้องผูก เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณคาสายสวนหลอดเลือด ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น โดยพยาบาลรักษา ดังแสดงรายละเอียดในตาราง

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
20 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี เห็นอ้อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หนึ่งตาบวม 2 ข้าง หลังเท้าและขา บวมตึงกดไม่บุ๋ม T 36.8°C P 88 ครั้ง/นาที B P 110/80 mmHg - ปัสสาวะออกน้อยสีเหลืองเข้ม 50 CC	11.14 น. Na 125 mmol/L	WBC 11,800 K/uL	ส่ง Chest X-ray ตรวจ EKG
		K 5.3 mmol/L	HGB 11.2 g/dL	0.9% NSS 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
		Cl 90 mmol/L	Hct 33.8%	ส่ง UIS KUB
		CO ₂ 13 mmol/L	Platelet 298,000 K/uL	เบิกอาหาร low salt Diabetes diet
		BUN 92 mg/dl	Neutrophil 83.3%	Record I/O
		Creatinine 13.8 mg/dl	Lymphocyte 10.2%	Prevacid (15) 1x2 oral ac.
		GFR 2.79	DTX 16.00 น. 156 mg%	Motilium 1x3 oral ac.
		CK 133 U/L	LFT	CaCo ₃ 1/2 x3 oral with meal
		18.14 น. Na 125 mmol/L	TP 8.4 g/dL	Sodamint 1x3 oral pc.
		K 5.2 mmol/L	ALb 4.0 g/dL	DTX premeal hs
		Cl 92 mmol/L	Glob 4.4 g/dL	เจาะเลือด Electrolyte, BUN, Cr OD
		CO ₂ 12 mmol/L	TBIL 0.2 mg/dL	22.05 น. ให้ Kalimate 30 mg ผสมน้ำ 50 cc ทุก 4 hr.
		BUN 89 mg/dL	DBIL 0.2 mg/dL	x 3 dose
		Creatinine 13.5 mg/dL	IBIL 0.2 mg/dL	Off Sodamint เติมน้ำเพิ่ม Sodamint 2x3 oral pc
			AST 41 U/L	
21 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารไม่ได้ มีเหงื่อออก ตัวเย็นบางเวลา คลื่นไส้ อาเจียนตลอด - หนึ่งตาบวม 2 ข้าง T 36.5°C P 80 ครั้ง/นาที BP 100/70 mmHg. - ปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม 400 cc - น้ำตาลในเลือดต่ำ < 60 mg%	HCV - ve	BUN 94 mg/dL	5% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
		Anti HIV - ve	Creatinine 14.3 mg/dL	Plasil 1 Amp IV pm ทุก 8 hr.
		PT 10.1 PTT 25.7	GFR 2.68	ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเรื่องการฟอกไต
		INR 0.86		ผล UIS KUB. พบ Mild renal
		Electrolyte	DTX 07.00 น. 46 mg%	Parenchymal Change, no obstruction
		Na 124 mmol/L	11.00 น. 68 mg%	Set Acute HD

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
22 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน - หงุดหงิดและชาบริเวณ 2 ข้าง ใส่สายสวนหลอดเลือด - บริเวณ Lt femoral vien ปวดแสบ PS=3 คะแนน - เริ่มมีปัสสาวะออกมากขึ้น 900 cc UF 300 cc	K 5.0 mmol/L	16.00 น. 52 mg%	- มีน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นช่วงๆ ให้ 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr. และให้ 50% glucose 50cc IV push เวลา 07.00 น. และ 16.00 น. - ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือด Lt femoral DLC - Set HD 2 hr.
		Cl 92 mmol/L	22.00 น. 96 mg%	
		CO ₂ 13 mmol/L	Alb 3.4 g/dL	
			Ca 8.2 mg/dL	
			Phosphorus 8.2 mg/dL	
23 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้น้อย - คลื่นไส้ อาเจียนลดลง มีอาการท้องอืด - ชี้อัตราแน่นท้อง ปวดแสบเล็กน้อย PS=1 คะแนน - T 37.3°C P 70 ครั้ง/นาที BP 176/97 mmHg - ปัสสาวะออก 1,000 cc UF 50 cc	DTX 07.00 น. 66 mg%		- ให้ 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr. - ตั้ง CxR PA และส่ง HD ครั้งที่ 2 - AirX 1x3 oral pc - Amlodipine 1x1 oral pc
		11.00 น. 85 mg%		
		16.00 น. 90 mg%		
		22.00 น. 83 mg%		
		DTX 07.00 น. 90 mg%		
24 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ยังมีอาการ - หงุดหงิดและชาบริเวณ 2 ข้าง ไม่ปวดแสบแล้ว - PS=0 คะแนน T 37.2°C - P 84 ครั้ง/นาที BP 180/90 mmHg - ปัสสาวะออกเพิ่มขึ้น 1,300 cc	11.00 น. 124 mg%		- Off Amlodipine ให้ Madiplot (10) 1x1 oral pc - 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
		16.00 น. 114 mg%		
		DTX 07.00 น. 109 mg%		
		11.00 น. 141 mg%		
		6.00 น. 126 mg%		
		22.00 น. 128 mg%		

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่	อาการและการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
25 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ หนึ่งตาและขาบวม 2 ข้างลดลง ไม่ปวดแสบ T 37.0°C P 78 ครั้ง/นาที BP 120/70 mmHg - ปัสสาวะออกดี 2,400 cc	Electrolyte Na 134 mmol/L K 3.2 mmol/L Cl 98 mmol/L CO ₂ 21 mmol/L BUN 33 mg/dL Creatinine 7.1 mg/dL GFR 6.02 Alb 2.8 g/dL Ca 8.2 mg/dL Phosphorus 5.2 mg/dL Mg 1.6 mg/dL DTX 07.00 น. 78 mg% 16.00 น. 104 mg%	CBC WBC 8,930 K/uL HGB 9.85 g/dL Hct 30.7% Platelet 244,000 K/uL Neutrophil 72% Lymphocyte 18% DTX 07.00 น. 98 mg% 16.00 น. 170 mg%	- 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr. - ให้ E. KCl 30 cc oral 1 dose - 50% MgSO ₄ 4 cc 50% DW 100 cc IV drip ใน 4 hr. - แนะนำงดผักผลไม้
26 ส.ค. 55	- รับประทานอาหารได้ดี แผลหลังใส่สาย สมองหลอดเลือด Lt femoral DLC ไม่บวมแดง ไม่ปวด T 36.5°C P 80 ครั้ง/นาที BP 182/90 mmHg - ปัสสาวะออกดี 2,700 cc			- 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
27 ส.ค. 55	รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ดี บวมลดลง ไม่ปวดแผล T 36.3°C P 84 ครั้ง/นาที BP 160/100 mmHg - ปัสสาวะออกดี 2,900 cc	Electrolyte Na 136 mmol/L K 3.3 mmol/L Cl 99 mmol/L CO ₂ 25 mmol/L BUN 30 mg/dL Creatinine 6.2 mg/dL GFR 7.04	DTX 07.00 น. 88 mg% 16.00 น. 130 mg%	- 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่	อาการและการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
28 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี บวมลดลง	Na 137 mmol/L	DTX 07.00 น. 86 mg%	- off 10% D/N/2 ให้ 50% D/N/2 1,000 cc
	รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	K 3.1 mmol/L	16.00 น. 167 mg%	IV drip 40 cc/hr.
	ไม่ถ่ายอุจจาระ 2 วัน ไม่ปวดแผล	Cl 95 mmol/L		- ท้องผูก ให้กิน MOM 30 cc oral hr.
	T 37.8°C P 82 ครั้ง/min BP 150/90 mmHg	CO ₂ 23 mmol/L		- ให้ E. KCl 30 cc oral at 11.00 น. หลังได้ผลตรวจ
	- ปัสสาวะออกดี 3,200 cc	BUN 23 mg/dL		Electrolyte มี K ต่ำ ให้ E. KCl 30 cc oral อีก 1 dose
29 ส.ค. 55		Creatinine 5.1 mg/dL		- Madiplot (10) 1x2 oral pr
	- รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ขับถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง		DTX = 92 mg%	D/C จำหน่ายกลับบ้านได้ยา
	รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีไข้ T 36.9°C P 66			- CaCO ₃ 1/2 x3 oral with meal / 30 tabs
	ครั้ง/min BP 150/100 mmHg แผลหลังเอาสาย			- Sodamint 1x3 oral pc / 30 tabs
	สวนหลอดเลือด Lt femoral DLC ออก รอบๆ แผล			- Madiplot (10) 1x2 oral pc / 30 tabs
	แดงเล็กน้อย ไม่ปวด ไม่บวม ไม่มีหนองซึม			- Prevacid (15) 1x2 oral pc / 30 tabs
	- ปัสสาวะออกสะดวกดี 1,200 cc บวมลดลง			- Hydralazine (10) 1x2 oral pc / 30 tabs
				- Serc (24) 1x2 oral pc / 30 tabs
				- Para (500) 2 tab oral ทุก 4-6 hr. / 30 tabs
				- Dicloxa (500) 1x4 oral pc / 30 tabs

การวินิจฉัยและการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารให้เพียงพอ ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ ตามแผนการรักษา ประเมินอาการที่แสดงถึงการมีของเสียคั่งค้างในกระแสเลือด ได้แก่ ชี้น สับสน ซีพจรเต้นเร็ว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชัก⁶ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่า BUN Creatinine วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง มีการบันทึกความสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย⁷ ถ้าปัสสาวะปริมาณน้อยกว่า 30 cc/hr.

การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เนื่องจากมีความผิดปกติในการสร้างอินซูลินของตับอ่อน และเจาะเลือด DTX ก่อนอาหาร 4 เวลา ประเมินผลน้ำตาลในเลือด ถ้า DTX 60 mg% ให้ 50% glucose ทางหลอดเลือดดำ⁸ ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมิน Neuro sign ถ้าผู้ป่วยซึมลง ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง¹⁰ 180/100 mmHg รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา แนะนำการรับประทานอาหารจัดและให้ยาลดความดันโลหิตสูง

การใช้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีทางการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีของกอร์ดอน ตามแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดข้อวินิจฉัยกับการพยาบาลและการจัดกิจกรรม การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม คลอบคลุม ด้านร่างกาย จิตวิญญาณ จิตสังคม¹¹ ตลอดจนวางแผน จําหน่ายโดยใช้หลัก D-method

บทสรุป วิจาร์ณ และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเบาหวานในกรณีรายนี้ ที่มีภาวะแทรกซ้อน ไตวายเฉียบพลัน มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล และได้รับการดูแลรักษา เพื่อให้ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดขึ้น เนื่องจากไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการดำรงไว้ซึ่งการจัดของเสีย รักษาสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และความเป็นกรดต่างของร่างกาย รวมทั้งการสร้างฮอร์โมนได้^{10,11} พยาบาลมีบทบาทที่จะต้องช่วยเหลือและร่วมมือกับ แพทย์ในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพเดิมก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน ให้ดีที่สุด การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียด ความตื่นเต้น วิดกกังวล กลัวไม่หาย กลัวการผ่าตัด การสอดสายสวนหลอดเลือดเพื่อฟอกเลือดล้างไต ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลแรกที่ต้องพบผู้ป่วย ต้องมีความสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น และปฏิบัติดูแลด้วยความรวดเร็วถูกต้อง ประสานงานการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จัดระบบติดตามดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และต่อเนื่องที่บ้าน มีการนัดติดตามผลการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนผู้ป่วยหายเป็นปกติได้

เอกสารอ้างอิง

1. วิภาวรรณ ภูกัน. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (กรณีศึกษา). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2550; 22(3). 429-39.
2. อรสา พันธักดี. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน. ใน : สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552; 117-42.
3. โรงพยาบาลศรีสะเกษ งานเวชสถิติ. รายงานประจำปี 2554 - 2556. ศรีสะเกษ : โรงพยาบาลฯ; 2556.
4. วันทนีย์ ชัยเกียรติยศ, ดนิตา ทวีพงษ์, รัตนา บุรกรรณ์ และ ณัฐกฤตา เพิ่มเบญจบุญ. งานวิจัย R2R ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม. ศรีสะเกษ : โรงพยาบาลศรีสะเกษ; 2555.
5. ยุวดี ชชาติไทย. การจัดการพยาบาลผู้ป่วยไตวาย. ใน : ผ่องศรี ศรีมรกต, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 2 = Medical - Surgical Nursing : Clinical Management for Positive Outcomes 7th ed. กรุงเทพฯ : โอเคบุ๊ก เพรส; 2553; 455-65.
6. วิจิตรา กุสุมภ์ และ อรุณี เสงยศมาก. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA = NANDA Nursing diagnosis. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บพิการพิมพ์; 2551.
7. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก = Nursing process and nursing diagnosis. กรุงเทพฯ : บพิการพิมพ์, 2554.
8. สุทิน ศรีอัมพร. กลุ่มอาการไฮเปอร์กลัยซีมิก - ไฮเปอร์ออสโมลาร์. ใน : สุทิน ศรีอัมพร และ วรณี นิธิยานันท์, บรรณาธิการ. โรคเบาหวาน = Diabetes mellitus. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548; 327-43.
9. อรสา พันธักดี. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน. ใน : สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
10. กอบชัย พัววิไล, และคณะ, อภิชาติ วิชญาณรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคเบาหวาน = Textbook of diabetes mellitus. กรุงเทพฯ : สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย; 2546.
11. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 14. ขอนแก่น : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.