



การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทันยุค

Nursing care update in patients with end stage renal disease

สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ¹

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย มีการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) มักมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมูลค่าสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ในปี 2560 ประเทศไทยต้องใช้งบประมาณการบำบัดทดแทนไตเป็นจำนวน 17,000 ล้านบาท

จากการศึกษาของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี 2552 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555) พบว่า มีความชุกโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 5 มีร้อยละ 17.5 ของประชากร (โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 มีจำนวน 3.5 ล้านคน และในระยะที่ 3 ขึ้นไปมีจำนวน 3.4 ล้านคน รวมทั้งหมด 7 ล้านคน) มีการกระจายมากที่สุดที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 23.9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พบร้อยละ 23.9 และ 22.2 ตามลำดับ ส่วนภาคกลางและภาคใต้ พบเท่ากันคือ ร้อยละ 13 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 70,000 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 16,000 คนต่อปี (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการ (service planning) โดยกำหนดให้มีการจัดบริการคลินิกโรคไต (CKD clinic) คือ 1) การป้องกัน 2) การตรวจคัดกรอง 3) การชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไต และ 4) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

ในบทความนี้จะมุ่งเน้นถึงบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้ง 5 ระยะ เนื่องจากพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ตั้งแต่การป้องกัน การตรวจคัดกรอง

การชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไต การดูแลผู้ป่วยที่เข้าบำบัดทดแทนไต และการดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นทางเลือกอีกทางที่ผู้ป่วยบางกลุ่มที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ร่วมกับมีโรคร่วมหลายโรค และกลุ่มที่ขอหยุดการบำบัดทดแทนไตเนื่องจากทนต่อการรักษาไม่ได้ อาการทรุดลง เป็นต้น

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการรักษาโรคไตเรื้อรัง

1. โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย มักมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.6) โรคจากการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (ร้อยละ 2.4) นอกจากนี้ อาจจะมาเหตุจากโรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อโรคเกาส์ โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น polycystic kidney (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

2. ความหมายของโรคไตเรื้อรัง หมายถึง การที่ไตมีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมานานกว่า 3 เดือน ดังนี้ (พงศธร คชเสนี และเกรียง ตั้งสง่า, 2559)

1. มีหลักฐานที่แสดงถึงการที่ไตถูกทำลาย (kidney damage) ได้แก่

- 1.1 มีภาวะโปรตีนในปัสสาวะ
- 1.2 มีความผิดปกติทางปัสสาวะ เช่น มีปัสสาวะเป็นเลือด
- 1.3 มีความผิดปกติของสารอิเล็กโทรไลต์ที่มีสาเหตุจาก tubular disorders
- 1.4 มีความผิดปกติจากการตรวจทาง histopathology
- 1.5 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างจากการตรวจรังสีวิทยา
- 1.6 มีประวัติได้รับการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)

¹อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

3. การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง มูลนิธิโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกาได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังออกเป็น 5 ระยะตามระดับอัตราการกรองของเสียทางไต และ kidney disease outcome quality initiative (K/DOQI) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาตามระยะของโรคไตเรื้อรัง (national kidney foundation, 2002, Redmond A. and McClelland H 2006, ประเชษฐ์, เรืองกาญจนเศรษฐ์ 2555)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของโรคไตเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพที่ไตเล็กน้อย ร่วมกับมีอัตราการกรองของไตเป็นปกติหรือเพิ่มขึ้น (≥ 90 มล./นาที/1.73 ม²) โดยที่ไตทำหน้าที่ปกติยังไม่มีอาการของโรคไต ฉะนั้นระยะนี้ควรหาสาเหตุและรักษาสาเหตุทางโรคไตเรื้อรัง เป็นการชะลอการดำเนินของโรคโดยการควบคุมความดันโลหิต ลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะโปรตีนในปัสสาวะ

ระยะที่ 2 เป็นระยะของโรคไตเรื้อรังที่มีหน้าที่การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย พบว่า มีอัตราการกรองของไตลดลง (60-89 มล./นาที/1.73 ม²) หน่วยการกรองของไตถูกทำลาย อาจตรวจพบของเสียในเลือด ควรติดตามการทำงานของไตและให้การดูแลรักษาเช่นเดียวกับระยะที่ 1 เพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมของไต

ระยะที่ 3 เป็นระยะของโรคไตเรื้อรัง ที่มีหน้าที่การทำงานของไตลดลงปานกลาง พบว่า มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง (30-59 มล./นาที/1.73 ม²) หน่วยการกรองของไตถูกทำลายอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถจัดการของเสีย ขับสารน้ำและควบคุมความสมดุลกรด-ด่างได้ ระยะนี้จึงต้องจำกัดสารอาหารโปรตีนและเกลือแร่ ต้องระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 เป็นระยะของโรคไตเรื้อรังที่มีหน้าที่การทำงานของไตลดลงอย่างมาก พบว่า มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก (15-29 มล./นาที/1.73 ม²) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มให้คำแนะนำผู้ป่วยรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต

ระยะที่ 5 เป็นระยะของโรคไตเรื้อรังที่มีหน้าที่การทำงานของไตลดลงอย่างมาก พบว่า มีอัตราการกรองของไตเหลือน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ม² เป็นระยะสุดท้ายที่ต้องเริ่มให้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งต้องรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มแรกจะมีการป้องกันและชะลอการเสื่อมของ

ไต เพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตให้ไตเข้าสู่ระยะสุดท้าย แต่เมื่อโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้วมีแนวทางในการรักษาผู้ป่วย 4 ทางเลือก ดังนี้

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หมายถึง เป็นการใช้เครื่องไตเทียม เพื่อทดแทนการทำงานของไตในการบำบัดของเสีย และสารน้ำที่ไม่ต้องการออกจากร่างกาย โดยจะซึมผ่านผนังกั้นที่สังเคราะห์ขึ้น (dialysate membrane) ที่กั้นระหว่างเลือดกับน้ำยาล้างไต (ดรุณี จันทร์เลิศฤทธิ์, 2556) โดยต้องมีการเตรียมทวารหลอดเลือด (vascular access) นิยมทำทวารหลอดเลือดถาวร (permanent vascular access) คือ arteriovenous fistular : AVF การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 4-5 ชั่วโมง

2. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory dialysis: CAPD) หมายถึง การใส่น้ำยาล้างไตเข้าทางสายล้างช่องท้อง (peritoneal access หรือสาย tenckhoff ฝังเข้าไปในช่องท้อง) แล้วค้างไว้ 4-6 ชั่วโมง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนของเสียระหว่างน้ำยากับเยื่อช่องท้อง แล้วปล่อยน้ำยาออกทางช่องท้อง ทำอย่างต่อเนื่อง โดยเปลี่ยนน้ำยา 4-6 วงจรต่อวัน (กำหนดเวลาเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน)

3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อนำไตที่ได้รับบริจาคไปปลูกได้ผนังหน้าท้องบริเวณเชิงกรานของผู้รับไต โดยมีการต่อหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำของไตที่ปลูกถ่ายเข้ากับหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำของผู้รับไตตามลำดับ และต่อท่อปัสสาวะจากไตที่ได้รับบริจาคเข้ากับกระเพาะปัสสาวะของผู้รับไต ตำแหน่งของไตที่ปลูกถ่ายนั้นจะอยู่บริเวณท้องน้อย คือ iliac fossa ในชั้น retro peritoneum โดยวางไว้อยู่บน psoas muscle หรือ parapsosa space ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตสังคม

4. การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) (เป็นอีกทางเลือกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย) หมายถึง แนวทางการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการป้องกัน และบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน โดยการประเมินและการรักษาอาการปวด และปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ มีจุดมุ่งหมาย 3 ประการคือ 1) บรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรค 2) ดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ 3) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ



ชีวิตที่ดี (good death) หมายถึง ไม่มีภาวะเจ็บปวดตายอย่างสงบ อยู่ใกล้ชิดบุคคลที่รัก และเป็นผู้เลือกสถานที่ตาย (Noble, H. 2008)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แบ่งออกเป็น

1) การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น 2) การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และ 3) การพยาบาลแบบประคับ ประคอง ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น พยาบาลมีบทบาทในการชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตจากการศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 มีประมาณ 3.5 ล้านคน ((พงศธร คชเสนี และเกรียง ตั้งสง่า, 2559) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีสาเหตุจาก โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคภูมิแพ้ตนเอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำหลายครั้ง ได้รับสารพิษหรือยาที่ทำลายไตและโรคนี้ในไต เป็นต้น ควรได้รับการป้องกันโดยการควบคุมรักษาโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต รวมทั้งเฝ้าระวังโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคดำเนินเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 และ 3 พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานทั้งในชุมชน และโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังระยะ 1, 2, และ 3 ทำหน้าที่ในการป้องกัน การตรวจคัดกรอง และการชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพ ดังนี้

1. การตรวจคัดกรอง ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองหาโปรตีนในปัสสาวะ และเจาะเลือดหาระดับ creatinin และหาค่า eGFR (estimate: GFR) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้ตรวจหาระดับ creatinin และ eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับการให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต (life style modification) เช่น การลดการบริโภคเกลือโซเดียม ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ (ถ้าสูบบุหรี่)

2. การชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไต มีเป้าหมายสำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดเสื่อมมากขึ้น หรือมีหน้าที่ของไตเสื่อมลงในอัตราที่ช้าที่สุด พยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้กับผู้ป่วย ร่วมกับ

การให้ความรู้ในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการควบคุมสมดุกรด-ด่าง ร่วมกับแพทย์ โดยมีเป้าหมายให้มีอัตราการลดลงของ eGFR เฉลี่ยน้อยกว่า 4 มล./นาที/1.73 ม² ต่อปี และอย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ควรมีอัตราการลดลงของอัตราการกรองของเสียของไตตามเป้าหมาย (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ สอนให้คำปรึกษา ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต การควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมสมดุกรด-ด่าง ดังนี้

1. การลดการบริโภคเกลือโซเดียม ปกติไตสามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกทางปัสสาวะ หากร่างกายได้รับปริมาณโซเดียมเกินอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำเกิน บวม น้ำท่วมปอด และอาจเกิดหัวใจล้มเหลวได้ ผู้ป่วยโรคไตควรจำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม ฉะนั้นผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ลดปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคน้อยลง ควรหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องปรุงที่มีปริมาณโซเดียมสูง ทั้งที่มีรสเค็มและไม่เค็ม มีการศึกษาพบว่า หากลดการบริโภคเกลือลงได้ถึง 1 กรัมต่อวันอย่างต่อเนื่อง จะลดความดันโลหิต systolic blood pressure ได้ถึง 1-3 มม.ปรอท หากบริโภคเกลือโซเดียมลดลงได้ถึง 3 กรัมต่อวันอย่างต่อเนื่อง จะลดความดันโลหิต systolic blood pressure ได้ถึง 3-9 มม.ปรอท (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

2. การเพิ่มปริมาณผักและผลไม้ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำการบริโภคผัก เนื่องจากมีเส้นใยอาหาร และมีปริมาณสารอาหารโปรตีนน้อย อีกทั้งยังลดระดับโคเลสเตอรอล การบริโภคผักมากจะช่วยลดการบริโภคสารอาหารโปรตีน แต่ควรระวังการบริโภคผักและผลไม้ที่มีโปตัสเซียมและซิเตรตสูง เช่น ฟักทอง หัวปลี หัวผักกาด ผักหวาน มะขามหวาน ส้ม ลำไยแห้ง แดงไทย เป็นต้น

3. การลดการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง หรือที่มีโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว กะทิ น้ำมันปาล์ม ไขมันจากสัตว์ ซึ่งมีปริมาณโคเลสเตอรอลสูง เช่น มันหมู ไข่แดง หมูสามชั้น เป็ดย่าง ข้าวมันไก่ เป็นต้น

4. การควบคุมไม่ให้ น้ำหนักเกิน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้จัดการควบคุมน้ำหนัก โดยพิจารณาจากดัชนีมวลกาย ให้มีค่าใกล้เคียงปกติมากที่สุด (มีค่า 18.5-24.9

กก./ตารางเมตร) หากผู้ป่วยมีน้ำหนักเกิน ทำให้ยากต่อการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับการบริโภคสารอาหารโปรตีน เนื่องจากสารอาหารโปรตีนช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรค ควรแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนเหมาะสมกับระยะของโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 ควรได้รับ 0.8-1.0 กรัม/กก./วัน และเน้นให้เป็นสารอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพดี (high biological value) เนื่องจากมีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน เช่น ไข่ ปลา เนื้อหมู เป็นต้น

5. การออกกำลังกาย เป็นการช่วยให้ควบคุมน้ำหนัก และทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานได้ดี และช่วยลดไขมัน ควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการเดินเร็ว อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

6. การลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีผลต่อความดันโลหิต ฉะนั้น พยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

7. การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ส่งเสริมให้เกิด atherosclerosis ได้ง่าย และเกิด peripheral vascular disease และ coronary artery disease เร็วขึ้น มีรายงานสนับสนุนว่าการสูบบุหรี่จำนวนมากอาจช่วยเร่งอัตราการเสื่อมของไตเรื้อรัง ดังนั้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด

8. การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการดูแลด้านต่าง ๆ แบบองค์รวม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555) ดังนั้น พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจัดการดังนี้

1) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) น้อยกว่าร้อยละ 7 และระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (งดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) 70-130 มก./ดล.

2) ควบคุมระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท

3) ควบคุมอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่า 30 มก./วัน

4) การใช้ยาลดระดับน้ำตาล แพทย์จะพิจารณาจากระดับ serum creatinin เช่นไม่ใช้กลุ่ม

biguanide (metformin) ในผู้ป่วยที่มี serum creatinin มากกว่า 1.5 มก./ดล. เป็นต้น

5) ควบคุมการรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต

9. การควบคุมความดันโลหิต ควรแนะนำให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มม.ปรอท โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ ยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI ให้สังเกตผลข้างเคียงคือ ไอแห้ง และระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ แพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนใช้ยาในกลุ่ม angiotensin blocker: ARB แทน

10. การควบคุมสมดุลกรด-ด่างของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมสมดุลกรด-ด่าง แม้ว่าผู้ป่วยยังไม่มีอาการหอบ แต่พบว่า serum bicarbonate ต่ำกว่าปกติ คือว่ามีภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ซึ่งอาจมีผลเสียต่อร่างกาย เป็นการเร่งให้เกิดความเสื่อมของไตเร็วกว่าที่ควรอีกด้วย ผู้ป่วยควรได้รับ sodium bicarbonate ซึ่งเป็นด่างเพื่อรักษาระดับ serum bicarbonate ไม่ต่ำกว่า 23 mEq/L เป็นการควบคุมภาวะ metabolic acidosis ทำให้การเสื่อมของไตช้าลง

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน และโรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการป้องกันในประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งยังมีบทบาทหน้าที่ในการชะลอการเสื่อมของหน้าที่ของไต โดยที่พยาบาลทำหน้าที่ในการสอน ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และร่วมกับแพทย์ในการดูแลให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตและการควบคุมกรด-ด่าง

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ไตถูกทำลายมีอัตราการกรองทางไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ม² ทำให้มีของเสีย เกลือแร่และน้ำสะสมในร่างกายมาก ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชีต น้ำหนักลดลง บวม น้ำ วิดกกังวล ซึมเศร้า ความสามารถในการทำงานลดลง แม้ได้รับการรักษาด้วยยา และการควบคุมสมดุลกรด-ด่างยังไม่เพียงพอ อีกทั้งยังมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาอาจจนถึงแก่ชีวิต ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมตัวทั้งด้านร่างกาย จิต



สังคม โดยการให้คำแนะนำ สอน และคำปรึกษาในเรื่องการบำบัดทดแทนไต เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะที่ 4

การบำบัดทดแทนไตมีการรักษา 3 อย่าง คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องหน้าท้องแบบต่อเนื่อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ต่อไปนี้จะกล่าวถึงบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธีพอสังเขป ดังนี้

1. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีดังนี้ (ปีนแก้ว กล้ายประยงค์, 2558)

1) การดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ 1) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ 2) วางแผนการฟอกเลือดให้มีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา 3) ดูแลให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด 4) ดูแลป้องกันและแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเครื่องไตเทียม และวงจรไตเทียม 5) ดูแลให้มีมีความสุขสบาย

2) บทบาทในการดูแลทวารหลอดเลือดที่ใช้ฟอกเลือดชนิดถาวร (permanent vascular access) มี 2 ชนิดคือ arteriovenous fistula: AVF และ arteriovenous graft: AVG มีวัตถุประสงค์การดูแลดังนี้ 1) ดูแลเพื่อยืดอายุการใช้งานของ vascular access 2) ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 3) แก้ไขปัญหาให้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน 4) ดูแลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการฟอกเลือดได้อย่างเพียงพอ 5) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแล

3) บทบาทพยาบาลในการให้สุขศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีดังนี้ 1) ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมในการดำเนินโรค 2) ดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น 3) ดูแลสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาท ดังนี้

1) ให้คำปรึกษาในการเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

2) ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ก่อนล้างไตทางช่องท้องเพื่อให้คำแนะนำในการเลือกและจัดเตรียมสถานที่ล้างไตที่บ้าน

3) เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดวางสาย tenckhoff และให้การดูแลหลังวางสาย

4) ฝึกอบรมผู้ป่วยในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นเวลา 4 วัน ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคไต หลักการล้างไต หลักการของการปราศจากเชื้อ การติดเชื้อทางช่องท้อง สาธิต/ฝึกปฏิบัติการล้างมือ การเตรียมสถานที่ การล้างไตทางช่องท้อง การทำแผลและการดูแล exit site การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย อารมณ์ของภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้อง (การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง)

5) การเปลี่ยนน้ำยาละลายต่าง ๆ (ระบบ manual, ใช้เครื่อง)

6) การประเมินและดูแลแผล exit cite

7) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

3. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต พยาบาลมีบทบาท ดังนี้

1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีดังนี้ 1) มีการเตรียมด้านร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3) การเตรียมทางด้านจิตใจ สังคม

2) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดภาวะวิกฤตหรือลดความรุนแรง เช่น การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ภาวะสมดุลกรด-ด่าง การติดเชื้อ การป้องกันการปฏิเสธไต และการดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

การบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธีมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งต้องใช้งบประมาณของรัฐบาลในปี 2560 17,000 ล้านบาท รวมทั้งผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกับการรักษา ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงมีความสำคัญในการเตรียมตัวด้านร่างกาย จิตสังคมและครอบครัวก่อนเข้าการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่จะดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกับโรคกับการรักษาอย่างมีคุณภาพชีวิต

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง

การรักษาแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาอาการและความไม่สุขสบายจากโรค เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและผู้ป่วยที่เคยรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแล้วมีภาวะแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เป็นต้น ก่อนอื่นมาทำความเข้าใจการรักษาระดับประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (renal palliative care) และกลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ดังนี้

renal palliative care (พรรณธิดา ต้นสวรรค์ และทวี ศิริวงศ์, 2559) หรือ comprehensive conservative care หมายถึง การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยไม่ได้ทำการบำบัดทดแทนไต แต่ยังคงให้การดูแลรักษาในด้านอื่น ๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วไป เช่น การควบคุมสมดุลน้ำ รักษาภาวะซีด ควบคุมสมดุลกรด-ด่าง ควบคุมความดันโลหิต การรักษาระดับแคลเซียมและฟอสเฟตในเลือด ควบคุมการบริโภคสารอาหารโปรตีน รวมทั้งการดูแลรักษาอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด หากผู้ป่วยและครอบครัวเลือกการรักษาด้วยวิธีประคับประคอง จึงควรมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยพร้อมญาติ กับแพทย์และพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เหมาะสมและพิจารณาให้การรักษาระดับประคับประคองประกอบด้วยผู้ป่วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธไม่ขอรับการบำบัดทดแทนไต แต่ยืนยันที่จะรักษาด้วยวิธีนี้ โดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องผ่านกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning)

2. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค และเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นโรคอื่น ๆ ที่อยู่ในระยะสุดท้าย

3. กลุ่มผู้ป่วยที่เลือกด้วยบำบัดทดแทนไตรักษาไปช่วงเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือไม่ทนต่อการรักษาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งไม่สามารถรักษาหรือแก้ไขสาเหตุนั้นได้ และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนมารักษาแบบประคับประคอง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 6.3 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่เคยบำบัดทดแทนทางไตแล้วหยุดรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 8 วัน (Wang, D. 2011)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

การดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แบ่งการดูแลรักษาเป็น 4 ขั้นตอน พยาบาลมีบทบาทในการเข้าไปมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน (Wang, D. 2011; พรรณธิดา ต้นสวรรค์ และทวี ศิริวงศ์, 2559) ดังนี้

1. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP)

เป็นกระบวนการสื่อสารและพูดคุยระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือญาติ (ผู้มีอำนาจตัดสินใจ) กับแพทย์ พยาบาลและบุคคลอื่นในสาขาวิชาชีพ ร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อ 1) เตรียมความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) มีแนวทางในการดูแลรักษาในทิศทางเดียวกัน 3) เป็นการช่วยให้บรรลุตามจุดประสงค์ที่ผู้ป่วยต้องการ 4) ช่วยบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ

การวางแผนล่วงหน้า อาจทำได้ด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร แต่ในทางปฏิบัติและกฎหมายมักทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย การทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรยึดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ซึ่งแพทย์หรือพยาบาลจะถูกกำหนดตัวจะต้องเป็นผู้อธิบายตัวโรค สิ่งที่จะเกิดขึ้น พยากรณ์โรค ระยะเวลา การมีชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาและให้อภิปรายถึงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย หากผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบประคับประคอง โดยเน้นสิ่งสำคัญคือ การรักษาเพื่อลดอาการทุกข์ทรมาน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดก่อนจะเสียชีวิต

2. การจัดการกับอาการ (symptom management)

เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการดำเนินโรคเข้าสู่อัตราการกรองทางไตต่ำกว่า 10ml/นาที่/1.73m² ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายชัดเจน มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เพื่อย เหนื่อย ภาวะบวม ปวดตามร่างกาย คัน ภาวะซีด การแก้ไขควรได้รับการแก้ไขอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างเหมาะสม โดยหวังผลเพียงบรรเทาอาการระยะสั้น จะช่วย



ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต ดังมีรายละเอียดในการจัดการดูแลกับอาการ ดังนี้

1. การจำกัดการบริโภคโปรตีน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนประมาณ 0.6-0.8 กรัม/กก./วัน

2. การควบคุมความดันโลหิต ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิต เป็นการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง

3. การจัดการกับภาวะซีด ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับยา erythropoiesis stimulating agent (ESA) และยาธาตุเหล็กทดแทน หรือดูแลให้ได้รับเลือด เป็นการลดภาวะซีด จะช่วยลดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต (Noble, 2008)

4. การจัดการกับฟอสเฟตในเลือดสูง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดการดูดซึมฟอสเฟต phosphate binder) และวิตามินดี

5. อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยและสำคัญ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากโดยเฉพาะ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก มีสาเหตุจากผลของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดระดับปานกลางถึงมาก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา acetaminophen หรือถ้าไม่ได้ผลอาจจะต้องให้ยากลุ่ม opioids (tramol, fentanyl, และ methadone)

6. อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสาเหตุมาจากภาวะซีด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะทุพโภชนา ควรจัดการที่สาเหตุโดยเฉพาะภาวะซีด

7. อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ผู้ป่วยควรได้รับการจัดการแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด และดูแลให้ยาลดอาเจียน

8. อาการคันเป็นอาการที่พบได้บ่อยและรบกวนผู้ป่วย มีสาเหตุเกิดจากภาวะยูรีเมีย hyperparathyroidism และ hyperphosphatemia calcium phosphate deposit ที่บริเวณผิวหนังและภาวะซีดจากการขาดเหล็ก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับฮอร์โมนพาราไธรอยด์แคลเซียม ฟอสฟอรัส ร่วมกับยาทาผิวเพิ่มความชุ่มชื้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นอาจจะต้องให้ยาแก้แพ้ (anti-histamine)

9. ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ภาวะนี้เกิดจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย พูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัว หรืออาจจะต้องปรึกษาจิตแพทย์ร่วมดูแล

3. การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological care and spiritual care)

เป็นส่วนสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล การรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลควรมีทักษะในการฟัง สังเกต เข้าใจ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจและปลอบโยนผู้ป่วย รวมทั้งต้องใช้เวลาเข้าเยี่ยมเยียนผู้ป่วยสม่ำเสมอ และคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตด้วยดี

4. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้าย (terminal care)

เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้ายของชีวิต ระยะใกล้ตายและเสียชีวิต รวมทั้งการให้การดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลควรให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยให้การดูแลจัดการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้มีความสุขสบายทางร่างกาย ช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยจัดหาสิ่งของหรือผู้นำทางศาสนาตามความเชื่อศรัทธาของผู้ป่วย พร้อมทั้งดูแลครอบครัวให้คลายความโศกเศร้า

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ประสงค์จะรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาแบบประคับประคองต้องร่วมวางแผนในการดูแลรักษาล่วงหน้า การจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรครวมทั้งการดูแลด้านจิตใจจิตวิญญาณ และให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้าย และตายอย่างมีศักดิ์ศรี

บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายดังกล่าวข้างต้น พยาบาลมีบทบาทในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรัง สำหรับในกลุ่มที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สอนให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาให้กับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และร่วมกับแพทย์ในการควบคุมภาวะต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้ไตเสื่อมช้าลง เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมสมดุลกรด-ด่าง เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อเข้าทางเลือกในการรักษาว่าจะเลือก

ด้วยการบำบัดทดแทนไต หรือรักษาแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบใดแบบหนึ่ง พยาบาลก็ต้องให้การดูแลต่อเนื่องตลอดการรักษา สำหรับการรักษาดูแลด้วยการปลูกถ่ายไต ถ้าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่รักษาด้วยวิธีนี้ได้ ผู้ป่วยสามารถสมัครเข้าอยู่ในโครงการปลูกถ่ายไตได้

เอกสารอ้างอิง

- เกรียง ตั้งสง่า. (2554). **โรคไตเรื้อรัง ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ) Textbook of nephrology**. พิมพ์ครั้งที่ 1 (หน้า 1911-1924). กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- ดร.ณิ จันทร์เลิศฤทธิ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในสุจิตรา ลิ้มอำนาจวิลาศ และคณะ (บรรณาธิการ) **การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต** พิมพ์ครั้งที่ 8 (หน้า 233-250). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ทวี ศิริวงศ์. (2555). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่อยู่ในบัญชีรอไต**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2555). Chronic kidney disease. ใน **บัญชา สิริพจน์ และคณะ (บรรณาธิการ) Essential nephrology** (หน้า 375-399). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2555). Current situation of chronic kidney disease in Thailand (สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย). **วารสารกรมการแพทย์ ฉบับเดือนกันยายน-ตุลาคม: 5-18**.
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และฉัตรสุดา เอื้อมานะพงษ์. (2558). **ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:กรุงเทพเวชสาร.
- พงศธร คชเสนี และเกรียง ตั้งสง่า. (2559). ระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังและขอบข่ายของปัญหาในประเทศไทย: ความรุนแรงของโรคและผลกระทบทางเศรษฐกิจ ใน **สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และคณะ (บรรณาธิการ) ตำราโรคไตเรื้อรัง** (หน้า 4-25). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- พรรณธิพา ต้นสวรรค์ และทวี ศิริวงศ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายด้วยวิธีประคับประคอง ใน **ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/การรักษาแบบประคับประคอง** (หน้า 65-87). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). **คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น**. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.
- สุจิตรา ลิ้มอำนาจวิลาศ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตแบบประคับประคอง ใน **ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และชลธิศ พงศ์สกุล (บรรณาธิการ) Quality Initiative in renal care** (หน้า 145 - 151). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดใหญ่ การปลูกถ่ายอวัยวะ: การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ใน **สุจิตรา ลิ้มอำนาจวิลาศ และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ) พิมพ์ครั้งที่ 9 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยวิกฤต** (หน้า 101-139). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช. (2560). **คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- Bonneq A. and Dauglas, B. (2014). Chronic kidney disease. In Ester Chang and Ananda Johnson. (eds). **Chronic illness and Disability: Principle for nursing practice 2nd ed.** (pp.424-444). St. Louis: Elsevier.
- Burrows-Hudson, S. (2005). Chronic kidney disease: An overview. **American Journal of Nursing**. 105(2): 40-50.
- Garvey, T.M. and Mc Carron, N.M. (2018). A nursing perspective of caring for the patients with end-stage renal disease **Saudi J. kidney disease Transpl.** 29(4): 755-765.



16. Helley, C. and Daley, J. (2014). In Esther, C. and Johnson, A., (eds) **Chronic Illness and Disability: Principle for nursing practice** (pp. 232-251) 2nd ed. St. Louis: Elsevier.
17. LaCharity, L. (2013). Care of patients with acute kidney injury and chronic kidney disease. In Donna, D.I. and Workman, M, Linda, (eds) **Medical-Surgical Nursing: Patients-Centered collaborative care** 7th ed (pp. 1537-1573). Cleveland, Ohio, Elsevier.
18. National kidney foundation. (2002). **Clinical Practice Guideline for chronic kidney disease: Evaluation, Classification, and Stratification. (Executive summary)**. New York: Amger.
19. Noblle, H. (2008). Supportive and palliative care the patients with end-stage renal disease. **British Journal of Nursing**. 17(8): 498-504.
20. Redmond, A., and McClelland, H. (2006). Chronic kidney disease: risk factor, assessment and nursing care. **Nursing Standard**. 21(10): 46-55.
21. Wang, D. (2011). **Best Practice in palliative care for patients end stage renal disease**. Retrieved on August 5, 2016. From www.dal.cd/report:wang2011,11April 2011.
22. WHO, **Definition of palliative care**. Retrieved on August 5, 2016. From <http://www.int/cancer/palliative/definitive/en>.