



โรงพยาบาล **วารสาร**
ชัยนาทนเรนทร

JAINAD NARENDRA HOSPITAL JOURNAL



การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับมีภาวะน้ำเกิน

สาวิตรี คุณชา*

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกซึ่งซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินโรคไปสู่ไตวายระยะสุดท้าย จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นโดยพบมากกว่าร้อยละ 15 ของประชากรในปีค.ศ. 2023 ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 3.93 ล้านคน พบเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่ 7.73 แสนคน (ร้อยละ 19.69) สำหรับในประเทศไทย สถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การดำเนินของโรคเรื้อรังดังกล่าวทำให้พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 464,420 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 จำนวน 122,363 ราย และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งมีความจำเป็นทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตมากถึง 70,474 ราย สถิติโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยจำนวน 738, 744 และ 713 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

เนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและภาวะน้ำเกิน (Volume overload) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิตส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตวายเรื้อรัง

พบว่าเลือดจากหัวใจไหลเข้าสู่ไตทางหลอดเลือดแดงและการกรองที่ไต โดยไหลผ่านหน่วยย่อยในไตที่เรียกว่าเนฟรอน (nephron) มีการกรองของเสียและขับน้ำออกจากร่างกายทางปัสสาวะโดยไหลผ่านทางท่อไตลงสู่กระเพาะปัสสาวะและขับออกนอกร่างกายลดลง ซึ่งหน้าที่หลักของไตมี 4 ประการได้แก่ การปรับสมดุลของสารเคมีต่าง ๆ การปรับสมดุลของน้ำ การกำจัดของเสีย และการสร้างฮอร์โมนลดลง

สาเหตุหลักของโรคไตวายเรื้อรัง

พบว่าสาเหตุหลักของโรคไตวายเรื้อรังมาจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) มากที่สุด ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้ายมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

อาการและอาการแสดงของโรคไตวายเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายปัสสาวะ การทำงานของไตลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 จะมีอาการมากขึ้นโดยนิยามเป็นภาวะยูรีเมีย (uremia) เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นไม่รับรส ออกร้อนตามตัว น้ำหนักลด ซีด ขาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มีอัมพาตจากเส้นประสาทเสื่อม สมองไม่สั่งการมีอาการซึมไม่รู้ตัวและมีอาการชัก

การรักษาของโรคไตวายเรื้อรัง

การรักษาของโรคไตวายเรื้อรังประกอบด้วย 2 วิธีคือ การรักษาแบบประคับประคองทั่วไปตามอาการและการบำบัดทดแทนไต โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อลดอาการของภาวะของเสียหรือภาวะยูรีเมียที่เกิดจากภาวะที่ไตไม่สามารถทำงานได้ปกติ การบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธีคือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)

กรณีศึกษา :

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย รับRefer จากโรงพยาบาลหันคา ญาติให้ประวัติว่า หายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาลหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ญาตินำส่งโรงพยาบาลหันคา Coma score E4V5M6 O2Sat 88% อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที เหนื่อยมากขึ้นโรงพยาบาลหันคาให้การรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube แล้วจึงส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์ การวินิจฉัย End-Stage renal disease with volume overload แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Coma score E4VTM6 pupil 3mmRTLB E On ET-tube No 7.5 ลึก 20cm. Ventilator PCV mode RR14 FiO2 0.4 PEEP 5 keep O2sat=95% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/82 มิลลิเมตรปรอท O2Sat 100% แพทย์ให้การรักษา On Ventilator PCV mode RR 14 FiO2 0.4 PEEP5 keep O2Sat =94% ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน ให้ Lasix 250 mg v drip in 1 hr. Retained foley's cath Record I/O ปัสสาวะออก 800 -1,000 ml/day Set Hemodialysis On call 28 สิงหาคม 2566 Lab CBC ผล Hct=19.7% ให้ G/M PRC 2 u v drip in 4 hr./1u Hctหลัง PRC หด=25% 29 สิงหาคม 2566 แพทย์ให้ผู้ป่วย On T-piece 10 LPM เวลา 09.00น.-11.00น. ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย เวลา 11.05น. ถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่เหนื่อย ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจรวม 2 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจ On HFNC FiO2 0.6 อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส Flow 6 LPM ให้ Dexamethasone 4 mg v ทุก 12 ชั่วโมง Berodual 1:3 พ่น ติดตาม O2sat ติดตามผล DTX ทุก 6 ชั่วโมง ค่าที่ได้อยู่ระหว่าง 150-200 Mg% ติดตามผล CBC วันที่ 30 สิงหาคม 2566 Hct=26.3% ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย Off HFNC เปลี่ยนเป็น O2 Canular 5LPM keep O2Sat >95% ผู้ป่วยอาการปกติไม่เหนื่อย Off ออกซิเจน ได้ วันที่ 5 กันยายน 2566 ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน มีนัด คลินิก CKD วันที่ 27 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา นอนโรงพยาบาล 8 วัน

การวินิจฉัยโรค End-stage renal disease with volume overload

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การพยาบาลระยะวิกฤตจนถึงระยะการรักษาต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากน้ำเกิน

ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกผู้ป่วยหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก

ข้อมูลสนับสนุน O:

1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. Capillary Refill time > 3 วินาที
3. CXR: pulmonary congestion cardiomegaly
4. Pitting edema 1+
5. อัตราการหายใจ = 28-30 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล :

1. หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
2. O2Sat มากกว่าหรือเท่ากับ 95%
3. Urine Output มากกว่า 0.5 ml/kg/hr
4. ผลการตรวจ Chest X-ray ไม่พบ Pulmonary Congestion
5. ไม่มี Pitting edema
6. Capillary Refill time < 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วยมีภาวะ Cyanosis ตามปลายมือปลายเท้า
2. ดูแลให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ
3. ดูแลปรับ mode ventilator PVC mode RR14 Fio20.4 PEEP5
4. ดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยให้โล่ง ไม่มีเสมหะอุดตัน
5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งจนกว่า stable วัตถุประสงค์ 30 นาที 2 ครั้งจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมงรายงานแพทย์เมื่อพบสัญญาณชีพผิดปกติอัตราการหายใจ >30 ครั้ง/นาทีชีพจร >100 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต <90/60 มิลลิเมตรปรอทค่า O2sat<95% รายงานแพทย์
6. ประเมินระดับออกซิเจนในเลือดให้ O2Sat มากกว่า 95%
7. ดูแลให้ Lasix 250 mg v drip in 1hr.ตามแผนการรักษา
8. บันทึกปริมาณน้ำเข้า - ออก จากจากร่างกายทุก 8 hr.
9. ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน

การประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที
2. ไม่มี Cyanosis ตามปลายมือปลายเท้า ค่า SpO2 95 -100 %
3. ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของของสารน้ำและปริมาณน้ำเข้า-ออกตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม 2566 - 5 กันยายน 2566 อยู่ในช่วง 800-1,000 ml/day

4. No Pitting edema

5. ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 2 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน S: -

ข้อมูลสนับสนุน O :

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง หายใจเหนื่อยเล็กน้อย E₄VTM₆
2. อัตราการหายใจ = 28-30 ครั้ง/นาที
3. CXR: pulmonary congestion cardiomegaly congestion volume overload
4. fluid intake/output = 1,050/800 cc./day
5. Pitting edema 1+
6. ผล Cr= 8.13 eGFR= 4.35

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดภาวะน้ำเกิน

เกณฑ์การประเมินผล :

1. น้ำเข้า-น้ำออกมีความสมดุล
2. อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 16-20 ครั้ง/นาที
3. O₂Sat มากกว่าหรือเท่ากับ 95%
4. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต <140/90 มิลลิเมตรปรอท อยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินอาการผู้ป่วยมีอาการบวม หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้
2. จัดท่านอนศีรษะสูง 45-60 องศา เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกยิ่งขึ้น
3. ดูแลให้ Lasix 250 mg v drip in 1hr.ตามแผนการรักษา
4. บันทึกน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมงUrine < 30 cc/hr. รายงานแพทย์
5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 1ชั่วโมง อุณหภูมิ 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต <140/90 มิลลิเมตรปรอท หากผิดปกติรายงานแพทย์
6. ดูแลส่งผู้ป่วยทำ Hemodialysis ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของของสารน้ำและปริมาณน้ำเข้า-ออกตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม2566 - 5 กันยายน 2566 อยู่ในช่วง 800-1,000 ml/day
2. O₂Sat มากกว่าหรือเท่ากับ 95%
3. ฟังปอดเสียงปกติ RS=clear both lung
4. สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/81มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน S: -

ข้อมูลสนับสนุน O :

1. Vital signs อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/60 มิลลิเมตรปรอท

2. CBC: wbc 11,700 cell/uL, neutrophil 81.4%, วันที่ 27 สิงหาคม ผล U/A จากโรงพยาบาล หันคา WBC=100-200 cells/HPE, Urine c/s=colony count >100,000 CFU/ml

3. CXR: pulmonary congestion

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล:

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 140/90 มิลลิเมตรปรอท อยู่ในระดับปกติ

2. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต end organ failure

4. ผลตรวจ Urine Analysis WBC=0-1 Urine C/S No growth

5. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุณหภูมิ 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หากผิดปกติรายงานแพทย์

2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดอยู่ตลอดเวลา ประเมินสีและตะกอนของปัสสาวะ หากผิดปกติรายงานแพทย์

3. ทำความสะอาด perineum ด้วยสบู่และน้ำสะอาดและทุกครั้งหลังการขับถ่าย

4. ดึงสายสวนปัสสาวะเหนือขาหนีบไม่ให้หลุดและไม่ย้อยไปทางทวารหนัก

5. ล้างมือก่อนและหลังการทำกรเทปัสสาวะและควรเช็ดด้วย 70% Alcohol ก่อนและหลังการเทปัสสาวะ

6. ระวังระวังสายสวนปัสสาวะไม่ให้สายหัก พับ งอ เพื่อป้องกันการคั่งค้างปัสสาวะ และหลีกเลี่ยงการยกถุงปัสสาวะไว้เหนือสูงเหนือระดับเอวและแยกภาชนะรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยแต่ละราย

7. ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2gm v OD

8. ติดตามผล Urine Analysis และ Urine C/S

การประเมินผลการพยาบาล:

1. ผู้ป่วย อุณหภูมิ = 37 °C อัตราชีพจร = 104/min อัตราการหายใจ = 20 /min, ความดันโลหิต = 128/72 mmHg

2. ปัสสาวะในสายสวนปัสสาวะมีสีเหลืองใส มีปริมาณ 1,700-2,000 cc.ต่อวัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะชืดเรื้อรังจากไตเสียหายที่

ข้อมูลสนับสนุน S : “ไม่มีแรง อ่อนเพลีย”

ข้อมูลสนับสนุน O :

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี conjunctiva ชืดเล็กน้อย
2. ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC: Hct=19.7%, Hb=6.1%
3. ผล BUN=55.7 Cr=8.13

วัตถุประสงค์: เพื่อปลอดภัยจากภาวะชืดเรื้อรัง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. conjunctiva ไม่ชืด
2. ติดตามผลการตรวจ CBC ใกล้ชิด ค่าปกติอยู่ในช่วง Hct=39-54%, Hb=13-18%

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ลักษณะสีของเยื่อบุตา
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาทีทุก 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าเลือดจะหมดอุณหภูมิ 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หากผิดปกติให้รายงานแพทย์
3. ดูแลให้ PRC 2 unit iv drip unit/4 hrs.และเฝ้าระวังอาการผิดปกติระหว่างให้เลือด หนาวสั่น ผื่นคัน แขนหน้าอก ให้รายงานแพทย์
4. ติดตามผล Hematocrit หลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง

การประเมินผลการพยาบาล:

1. conjunctiva ชืดเล็กน้อย
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนระหว่างให้เลือด
3. ติดตามผล Hematocrit หลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง = 25%

การพยาบาลระยะฟื้นฟูจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน S: “กลัวดูแลแม่ที่บ้านไม่ได้”

ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ดูแลผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล :

1. อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. ให้คำแนะนำเรื่องยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยให้รับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง สิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัยแนะนำให้รักษาความสะอาด ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวผู้ป่วย โดยส่งปรึกษานักโภชนาการมาให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วย

3. แนะนำมาตรการตามนัด สังเกตอาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก บวม ของผู้ป่วย โดยถ้ามีให้รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยทันที

4. ประสานโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถอธิบายเรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้านได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป จึงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว หากผู้ดูแลไม่มีความรู้เรื่องการดูแลที่ดีพอ หากมีอาการรุนแรงอาจเกิดการเสียชีวิตได้

1. พัฒนาทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับมีภาวะน้ำเกินที่อยู่ในช่วงภาวะวิกฤต ในระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะฟื้นฟู เพื่อการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ในระดับปฐมภูมิควรสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคไต เน้นการจัดการความเสี่ยงของการเกิดโรคไตในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นโรคไต และให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวมทั้งพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การคัดกรองความเสี่ยงโรคไต ควบคู่กับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

บรรณานุกรม

- ขวัญฤทัย พันธุ์. (2565). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. พิมพ์ครั้งที่5. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2557). โรคไตเรื้อรัง. การแพทย์ไทย 2554-2557.เอกสารประกอบการวิจัยโรคไตเรื้อรัง.
- วัลลภา ทองศรี.(2565). การพยาบาลโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ปีที่7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565.
- Desai N, Lora CM, Lash JP, Ricardo AC. CKD and ESRD in US Hispanics. Am J Kidney Dis. 2019 Jan;73(1):102-111. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.02.354. Epub 2018 Apr 13. PMID: 29661541; PMCID: PMC6186206.
- Lunney M, Lee R, Tang K, Wiebe N, Bello AK, Thomas C, Rabi D, Tonelli M, James MT. Impact of Telehealth Interventions on Processes and Quality of Care for Patients With ESRD. Am J Kidney Dis. 2018 Oct;72(4):592-600. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.02.353. Epub 2018 Apr 23. PMID: 29699884.