

กรณีศึกษาเรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

โดย

นางศศิ ศิริโชติ

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
พ.ศ. 2566

คำนำ

ปัจจุบันโรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในทุก ประเทศ ในประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดจากกรวยไตและหน่วยไตอีกเสบเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงไตตีบแคบและแข็งตัวมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ เซลล์ไตขาดเลือดและถูกทำลาย แนวทางการรักษาคือการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต การล้างไตผ่านหน้าท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไต วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากสามารถขจัดของเสียออกจากร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยมากนัก และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมารับบริการผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อฟอกเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) เป็นวิธีการหนึ่งในการเตรียมเส้นเลือดแบบถาวรให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อรับการฟอกเลือด ซึ่งในดั่งนั้น ผู้จัดทำจึงต้องการศึกษาค้นคว้าศึกษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด AVG ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด เพื่อเรียนรู้และนำไปพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดเพื่อฟอกเลือด ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สูงสุดและสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน ปลอดภัย เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ปฐมพงศ์ อัครพัฒนากุล. ศัลยแพทย์หลอดเลือด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และนางสร้อยชนา กิ่งมาลา พยาบาลพี่เลี้ยง ที่ได้กรุณาตรวจสอบและแก้ไขเนื้อหาให้ถูกต้องสมบูรณ์นอกจากนี้ขอขอบคุณ เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ยินดีให้ความร่วมมือในการพยาบาล เอื้ออำนวยข้อมูลและรูปภาพ สำหรับการศึกษา มา ณ ที่นี้ด้วย

ศศิ ศรีโชติ

มีนาคม 2566

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการศึกษา	4
การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย	4
คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ	5
โครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	6
บริบท (Context) ของคลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด	6
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ	6
บทที่ 3 เอกสาร ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
กายวิภาคและสรีรวิทยาของไต	8
ภาวะไตวาย (renal failure)	8
การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy)	19
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	23
แนวทางการพยาบาล ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด	25
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	41
สรุปกรณีศึกษา	50
อภิปรายผล	51
ข้อเสนอแนะ	52
บทที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา	53
ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา	53
ภาคผนวก	
- เอกสารรับรองโครงการการศึกษาวิจัย – ประวัติผู้รับผิดชอบโครงการการศึกษาวิจัย	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในทุกประเทศ มีแนวโน้มต่อผลในการรักษาที่เลวลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้น ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 และทำให้เกิดภาวะพิการหรือทุพพลภาพอันดับที่ 17 สำหรับในประเทศไทยในแต่ละปีมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) มากกว่าแสนคนและมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 - 20 ต่อปี ประมาณการผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังในปี 2564 จะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายในระบบเพิ่มเป็น 59,209 ราย⁽¹⁾ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) มีการสูญเสีย หน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรอง ของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ซึ่งสาเหตุ ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) ความดันโลหิตสูง(ร้อยละ 26.6) โรคจากการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (ร้อยละ 2.4) นอกจากนี้ อาจจะมาเหตุจากโรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ โรคเกาต์ โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น polycystic kidney⁽²⁾ ทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงไตตีบแคบและแข็งตัวมีผล ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ เซลล์ไตขาดเลือดและถูกทำลาย อัตราการกรองของไตลดลงจนไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีพยาธิสภาพที่เนื้อไต เกิดการคั่งคั่งของของเสียจำนวนมากซึ่งมีความรุนแรงมาก พอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis : PD) เป็นการล้างไต โดยอาศัยหลักการแพร่ และออสโมซิส โดยการใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้องเป็นระยะเวลาหนึ่งตามที่กำหนดเพื่อให้ของเสียและน้ำส่วนเกินในเลือดเข้า มาอยู่ในน้ำยาที่เข้าไป แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถลด ปริมาณน้ำส่วนเกินและไม่สามารถปรับสมดุลเกลือแร่ และกรดต่างได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งสูญเสียโปรตีน ทางน้ำยาฟอกเลือดมาก 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) เป็นการนำเลือดผู้ป่วยที่มีของเสียคั่งน้ำ และเกลือแร่ผิดปกติมา เข้าสู่ ตัวกรองไตเทียมผ่านกระบวนการกรองโดยอาศัย หลักการแพร่และการนำ เพื่อกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกิน รวมทั้งปรับสมดุลของเกลือแร่ของเลือดแล้วนำกลับเข้าสู่ร่างกาย ระยะเวลาการทำครั้งละ 4 - 5 ชั่วโมง ทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ข้อเสีย คือ ต้องจำกัดน้ำเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (volume overload) และการรับประทานที่ทำให้โปแตสเซียมในเลือดสูง ผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง 3) การผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือปลูกถ่ายไต (kidney transplantation : KT) เป็นการรักษาโดยการ ปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาค (donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับไต (recipient) ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนไตถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปสามารถลด

ค่าใช้จ่ายในการ รักษาได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผลในระยะยาว ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ⁽³⁾ แต่ด้วยการปลูกถ่ายไต ยังไม่สามารถทำได้กว้างขวาง และค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ จึงในเลือกใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นทางเลือกการรักษาที่ได้รับ ความนิยมนมากที่สุด

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ให้บริการ ผู้ป่วยที่มารับบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา ทั้งในคลินิกทั่วไป และคลินิกเฉพาะทาง โดยการ บริการได้มีการจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำแต่ละคลินิกและมีพยาบาลวิชาชีพในแต่ละคลินิก หมุนเวียนมาปฏิบัติงานทดแทนกรณีพยาบาลประจำคลินิกลาหรือติดภารกิจอื่นๆในเป็นบางครั้ง ในคลินิกตรวจ รักษาโรคหลอดเลือด ได้ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาและมารับการรักษาด้านหลอดเลือด รวมทั้งใน ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือด รวมถึงการตรวจและติดตามผล ภายหลังการผ่าตัด จากสถิติปี 2562 - 2565 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมารับการตรวจรักษาทั้งสิ้น 542, 571, 572 และ 559 ราย ตามลำดับในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเส้นเลือดชนิดถาวรเพื่อเตรียม ฟอกเลือดจำนวน 41, 25, 25, และ 27 รายตามลำดับ⁽⁴⁾ แม้จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเส้นเลือดเพื่อเตรียม ฟอกเลือดชนิดถาวรจะมีจำนวนน้อย แต่การผ่าตัดเส้นเลือดนี้เป็น การผ่าตัดที่ค่าใช้จ่ายสูง และหากการดูแล หลังผ่าตัดไม่ดีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และต่อชีวิตของผู้ป่วยรุนแรงถึงเสียชีวิต ได้ จากการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ค่าใช้จ่าย และการสูญเสียภาพลักษณ์ ส่วนหลังผ่าตัด พบภาวะแทรกซ้อนเช่นภาวะหลอดเลือดตีบ และลิ้ม เลือดอุดตัน ซึ่งสาเหตุพบที่เกิดทั้งจากภาวะโรคของผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด รวมถึงพบปัญหาด้านเศรษฐกิจสถานะตามมาในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดซ้ำ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมิน และ การวางแผนการดูแลที่ดีตั้งแต่แรกเข้ามารับการตรวจรักษา จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดก่อนและ หลังผ่าตัด ลดอัตราการตาย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้⁽⁵⁾ ประกอบกับในระยะตั้งแต่ มกราคม 2566 แพทย์ได้วางแผนทำการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัด แบบ One day surgery ไม่ต้องเข้า พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด จึงมี บทบาทที่สำคัญในการประเมิน ให้การพยาบาล ให้การดูแล ความรู้ คำแนะนำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวาย ระยะสุดท้ายมีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง โดยเริ่มตั้งแต่ประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และ สังคม ร่วมวางแผนการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อน และความเร่งด่วน ในการให้การดูแลรักษากรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดต่อผู้ป่วยโดยตรง นำมาซึ่งการผ่าตัดซ้ำ หรือการติดเชื้อ ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

จากข้อมูลข้างต้น ในฐานะผู้บริหารการพยาบาลและรับผิดชอบคลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด จึง ได้คิดพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยศึกษากรณีศึกษาและนำมาพัฒนากระบวนการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเส้นฟอกเลือดชนิดถาวร ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพ ปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากรณีศึกษานำมาพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตชนิดถาวรโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด
2. เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตชนิดถาวรโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

เป้าหมาย

เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตชนิดถาวรโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำเส้นเพื่อฟอกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตาม ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัดที่มีมาตรฐาน
3. ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการประเมิน ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนและหลังผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AVG) ที่เป็นมาตรฐาน และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

ขอบเขตของการศึกษา

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไต โดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด เนื้อหาครอบคลุมเฉพาะการพยาบาลใน ระยะก่อนและระยะติดตามหลังผ่าตัด เหมาะสำหรับพยาบาลและบุคลากรในคลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัด ทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ COA 009/2566 วันที่รับรอง 22 มีนาคม 2566

คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายของภาวะไตวาย ค่าการทำงานของไตจะลดลงเหลือน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที อาจมีภาวะโลหิตจางที่รุนแรงขึ้น และอาจมีการ ตรวจพบการเสียสมดุลของแคลเซียม ฟอสเฟต หรือสารต่าง ๆ ที่อยู่ในเลือด นำมาสู่ภาวะกระดูกบางและ เปราะหักง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจเสียชีวิตได้

การผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือด เทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) หมายถึง การผ่าตัดเชื่อมระหว่างเส้นเลือดดำและเส้น เลือดแดง เพื่อใช้เป็นช่องทางสำหรับ แขนงเข็ม โดยนำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยไปเข้าสู่เครื่องไตเทียมใช้ในการ ฟอกเลือดโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม ใช้ในกรณีที่ไม่มีเส้นเลือดเหมาะสมที่จะทำการผ่าตัด แต่การผ่าตัด ชนิดนี้มี อายุการใช้งานที่จำกัดเนื่องจากความเสื่อมของเส้นเลือดเทียม

บทที่ 2

โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ

โครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

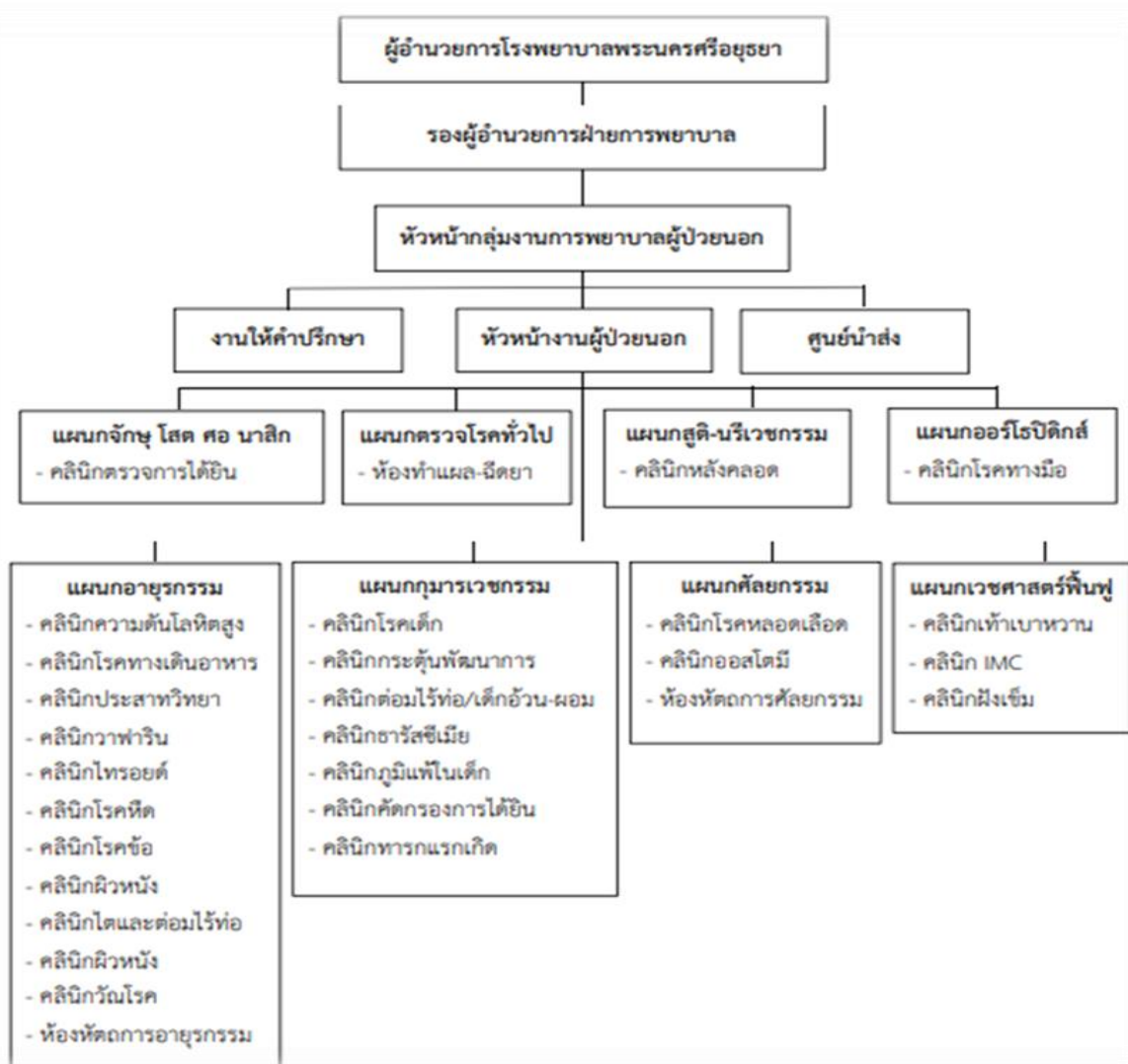
1. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม

1.1. วิสัยทัศน์ (Vision) องค์กรพยาบาลคุณภาพ คู่คุณธรรม มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านบริการ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ภายในปี 2569

1.2. พันธกิจ (Mission Statement) ให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกตรวจโรคทั่วไปและผู้ป่วยเฉพาะโรคในคลินิกพิเศษตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาจนถึงรับยากลับบ้านหรือรับไว้นอนในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การต้อนรับ การจำแนกผู้ป่วยไปยังห้องตรวจต่างๆ การคัดกรอง การตรวจรักษา การให้คำแนะนำ การส่งต่อ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอกที่ไม่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งในวันราชการและวันหยุดราชการ

1.3. ค่านิยม (Value) มุ่งเน้นผู้รับบริการ มีความคิดสร้างสรรค์ และธรรมาภิบาล

โครงสร้างการบริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



2. บริบท (Context) ของคลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด

2.1. หน้าที่และเป้าหมาย

คลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด เป็นคลินิกเฉพาะทาง ทำหน้าที่สนับสนุนการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคระบบหลอดเลือด

2.2. ขอบเขตการให้บริการ

คลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด เปิดให้บริการทุกวันพฤหัสบดี ในวันและเวลาราชการ แบ่งประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้แก่ผู้ป่วย กลุ่มโรคหลอดเลือด (Vascular Disease) และกลุ่มโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องการรับการผ่าตัดเพื่อเตรียมช่องทางเพื่อใช้ในการฟอกเลือด (vascular access) ซึ่งแบ่งตามการใช้งานได้ 2 ชนิด คือ ชนิดชั่วคราว (temporary vascular access) และชนิดระยะยาว (long term or permanent vascular access)

3. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ของนางศศิ ศรีโชติ ปฏิบัติงานการพยาบาลในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ด้านการพยาบาล ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกด้านต่อไปนี้

- ด้านการตรวจ รักษา พยาบาล เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดที่ย่างยากซับซ้อนมากขึ้น ตามพยาธิสภาพของโรค การคัดกรองผู้ป่วยโดยการประเมินภาวะสุขภาพตามพยาธิของโรคหลอดเลือด และผลการตรวจอื่นๆทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตรวจหรือทำหัตถการ รวมไปถึงการวางแผนเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการทำหัตถการให้เพียงพอ พร้อมใช้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และทันเวลา
- ให้คำปรึกษาเรื่องแนวทางการปฏิบัติงานด้านวิชาการเกี่ยวกับการศึกษา การพัฒนาและส่งเสริมกิจกรรมทางการพยาบาล
- นิเทศทางการพยาบาล การสอนและพัฒนาความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพ (assessment) ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเย็บ และสังเกตอาการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลมา ประกอบการวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnostic) ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้น วางแผนการพยาบาล (planning) ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ปฏิบัติการ

พยาบาล (implementation) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล (evaluation) และบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพสามารถไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ และเป็นที่ยอมรับของทีมสหสาขา

- ติดตามและทบทวนความสมบูรณ์ของคุณภาพ บันทึกทางการพยาบาลของคลินิกให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนเชื่อถือได้ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
- วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน พิจารณาแนวทางที่แก้ไขที่เหมาะสม ร่วมวางแผนและให้ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลของคลินิก

บทที่ 3

เอกสาร ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การจัดทำกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด ฉบับนี้ผู้จัดทำได้ทบทวนเนื้อหาทางวิชาการโดยมีเนื้อหา ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของไต

ไตเป็นอวัยวะหลักที่สำคัญของร่างกายมีรูปร่างคล้ายเมล็ดถั่ว แบ่งออกเป็น 2 ข้างคือไตด้านขวาตั้งอยู่ระดับกระดูกซี่โครงที่ 12 และไตด้านซ้ายตั้งอยู่ระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 11 และ 12 มีขนาดประมาณกำปั้นมือ (10 - 13 เซนติเมตร) มีน้ำหนักประมาณข้างละ 115 - 155 กรัมอยู่ด้านหลังบริเวณบั้นเอวทั้งสองข้าง ไตมีหน้าที่สำคัญคือ การรักษาสมดุลของน้ำและสารต่างๆในร่างกายให้คงที่ โดยอาศัยกระบวนการทำงานหลักของหน่วยไต 3 กระบวนการ คือ

- (1) กระบวนการกรองของโกลเมอรูลัส
- (2) กระบวนการดูดกลับสารน้ำและเกลือแร่
- (3) กระบวนการหลั่งสาร ผลสุดท้ายจะขับถ่ายสารที่ร่างกายไม่ต้องการไตมีหน้าที่หลักดังนี้
 - (1) ขับของเสียผ่านทางปัสสาวะ
 - (2) ควบคุมปริมาณสารน้ำเกลือแร่และกรดต่างในร่างกาย
 - (3) ผลิตฮอร์โมนอิริโทรพอยอีตินที่ช่วยกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง
 - (4) ผลิตฮอร์โมนและวิตามินที่เสริมสร้างกระดูก
 - (5) ควบคุมความดันโลหิต

2. ภาวะไตวาย (renal failure)

ภาวะไตวายเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่ของไต ไม่สามารถรักษาความสมดุลของ น้ำ กรดต่าง อิเล็กโทรไลต์ของน้ำที่อยู่นอกเซลล์(extracellular fluid) รวมทั้งการทำหน้าที่ในการผลิต ฮอร์โมนลดลง สูญเสียหน้าที่ในการขับของเสียออกทำให้เกิดการคั่งของของเสีย ได้แก่ ยูเรีย ครีตินิน ฮอร์โมนพาราไธรอยด์ โซเดียม โปแตสเซียม น้ำ และกรดจากการเผาผลาญ เป็นต้น ในทางปฏิบัตินิยมวัด จากค่าการคั่งของของเสีย จากการตรวจหาปริมาณครีตินิน (serum creatinine: Cr) และยูเรียไนโตรเจน (blood urea nitrogen: BUN) ในเลือด

ในภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างทันทีทันใด เรียกว่า ภาวะไตวายเฉียบพลัน ส่วนภาวะที่มี การเสื่อมของไตติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เรียกว่า ภาวะไตวายเรื้อรัง ในปี 2002 national kidney foundation

กำหนดให้ใช้คำว่า โรคไตเรื้อรังแทนคำว่า ภาวะ ไตวายเรื้อรัง โดยกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกในการแบ่งระยะของโรคไตให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้มีการจัดการในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะอย่างเหมาะสม ชะลอความเสื่อมสภาพของไต และเพิ่มผลลัพธ์ในการ ดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

2.1 ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure: ARF)

ภาวะไตวายเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว สูญเสียหน้าที่ การทำงานของไตอย่างทันทีทันใด ในระยะเวลาสั้นและมีความรุนแรง มีการลดลงของอัตราการกรอง ของไต ทำให้มีการคั่งของของเสีย เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรดต่าง ส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

พยาธิ สรีรวิทยา (pathophysiology)

สาเหตุของการเกิดโรคไตวายเฉียบพลันนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีการสันนิษฐานว่าเกิดจาก การที่ท่อไตไม่สามารถเก็บกักโซเดียมได้อย่างปกติ เนื่องจากโซเดียมเป็นตัวกระตุ้นการเกิดระบบ เรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน มีผลทำให้มีการลดการไหลเวียนกลับของเลือดบริเวณไต ร่างกายจึงเพิ่มการหลั่งวาโซเพรสซิน ทำให้เซลล์บวม ยับยั้งการสังเคราะห์โพสทาเกลนดิน และ กระตุ้นระบบ เรนิน-แองจิโอเทนซินให้หลั่งมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง ซึ่งมีผลลด การไหลเวียนของเลือดบริเวณไตด้วย อัตราการกรองที่ท่อไตจึงลดลง และทำให้มีปัสสาวะน้อยกว่า ปกติ การลดอัตราการไหลเวียนเลือดที่ไต นำไปสู่การลดการส่งออกซิเจนไปยังท่อไตส่วนต้น ดังนั้นจึง มีผลทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและกลุ่มเซลล์ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เมมเบรนของหลอดเลือด ที่ท่อไต การหดเกร็งของหลอดเลือดบริเวณไตทำให้ลดอัตราการกรองของไต หรืออาจเกิดการอุดตัน ในท่อไตจากเซลล์และเศษเซลล์ทำให้ความดันในท่อไตเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ไตถูกทำลาย

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (etiology and risk factors)

ภาวะไตวายเฉียบพลันสามารถจำแนกสาเหตุ แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. สาเหตุที่เกิดก่อนไต (pre-renal failure) พบร้อยละ 40-80
2. สาเหตุที่เกิดภายในไต (intrinsic renal failure) พบร้อยละ 10-50
3. สาเหตุที่เกิดหลังไต (post-renal failure) พบร้อยละ 10

สาเหตุที่เกิดก่อนไต (pre-renal failure)

คือ กลุ่มอาการที่มีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของไต แต่ไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพที่ไต ได้แก่ การเสียเลือด แผลไฟไหม้ ภาวะช็อค การติดเชื้อ หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดที่ไตอุดตัน ภาวะขาดน้ำจากท้องร่วง อาเจียน หรือปัสสาวะมีน้ำตาลมาก ผิดปกติ โดยปกติไตได้รับเลือดร้อยละ 20 - 25 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจหนึ่งนาที (cardiac output) ทำให้มีปริมาณอัตราการกรองของไตมีจำนวนมาก เพื่อช่วยในการขับถ่ายของเสียจากการเผาผลาญของร่างกาย ควบคุมสมดุลของน้ำ

และอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ในภาวะที่ได้รับเลือดไปเลี้ยง น้อยกว่าร้อยละ 20 ของปริมาณเลือดที่ออกจาก หัวใจในหนึ่งนาที จะทำให้เนื้อไตขาดเลือด (renal ischemia)

สาเหตุที่เกิดภายในไต (intrinsic renal failure)

คือ กลุ่มอาการที่มีพยาธิสภาพเริ่มต้นที่ เนื้อไต โกลเมอรูลัส หลอดไต หรือเส้นเลือดมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือการเน่าตายของหลอดไตอย่างเฉียบพลัน (acute tubular necrosis) พบได้ถึงร้อยละ 70 เกิดจากไตขาดเลือดไปเลี้ยง สาเหตุจากโรค เช่น การอักเสบของไตหรือกรวยไต จากเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส นิวโรคเบียดเนื้อไต มาลาเรีย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ รับประทานหรือสารที่มีพิษต่อเนื้อไต ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ เช่น ampicillin, sulfonamides ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เช่น aspirin, indomethacin สารที่บรั้งสีที่ใช้ ในการใส่สายสวนเพื่อตรวจการทำงานของหัวใจ สารตะกั่วหรือปรอท เป็นต้น

สาเหตุหลังไต (post-renal failure)

คือ กลุ่มอาการที่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กรวยไตถึงท่อปัสสาวะ โดยไม่มีพยาธิ สภาพเริ่มต้นที่เนื้อไต อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ เนื้องอกต่อมลูกหมากโต นิ่วในไต นิ่วในท่อไต นิ่วใน กระเพาะปัสสาวะ เกิดลิ่มเลือด หรือการติดเชื้อมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

อาการแสดง (clinical manifestation)

อาการแสดงของภาวะไตวายเฉียบพลันมีระยะการดำเนินของพยาธิสภาพ 4 ระยะดังนี้

1. ระยะเริ่มแรก (initial phase) ร่างกายยังสามารถปรับตัวโดยหลังสารที่ทำให้หลอดเลือด หดตัว เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง

2. ระยะที่มีปัสสาวะออกน้อย (oliguric phase) หรือไม่มีน้ำปัสสาวะออกจากร่างกาย เนื่องจากไต เริ่มมีการทำงานที่บกพร่อง ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ 1 วัน ถึง 2 สัปดาห์ อาการปัสสาวะออกน้อยยาวนานเท่าไร อาการของโรคก็ยิ่งแยกลงเท่านั้น ในระยะนี้ไตไม่สามารถขับของเสียออกได้ ทำให้ระดับของครีตินิน และยูเรีย ไนโตรเจนเพิ่มสูงขึ้น มีการคั่งของ น้ำ และเกลือแร่ในกระแสเลือด เช่น โปแตสเซียม ฟอสเฟส แมกนีเซียม กรด ยูริก และไฮโดรเจนไอออน ระยะนี้ต้องระมัดระวังการได้รับสารเหล่านี้เพิ่มในร่างกาย เช่น การให้สารน้ำ ซึ่ง อาจจะทำให้เกิดการบวม น้ำท่วมปอด หัวใจล้มเหลว จึงควรควบคุมการให้น้ำ จำกัดอาหารที่มีโปรตีนสูง เนื่องจากจะทำให้กรดเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด เกิดภาวะเลือดเป็นกรด เกิด ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ทำให้เกิดอาการเป็นพิษของโปแตสเซียมซึ่งมีผลต่อ กล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้หัวใจเต้น ผิดปกติหรือหยุดเต้นได้การเปลี่ยนแปลงมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

- ระดับโปแตสเซียมสูงเกิน 6.5 มิลลิโมล/ลิตร คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะมี T-wave สูง
- ระดับโปแตสเซียม 6.5 - 7.5 มิลลิโมล/ลิตร หัวใจเต้นช้าลง QRS complex กว้างขึ้น P-R interval จะยาวขึ้น P-wave ต่ำลงจนในที่สุดหายไป กลายเป็น complete heart block

- ระดับโปแตสเซียมสูงกว่า 7.5 - 8 มิลลิโมล/ลิตร ทำให้ R-wave ลดลงจนในที่สุดเกิด QRS และ T-wave เปลี่ยนเป็นฟันเลื่อยจนเกิด ventricular fibrillation และเกิดภาวะ หัวใจหยุดเต้น อาการแสดงของภาวะยูรีเมียจะเริ่มชัดเจนในสัปดาห์ที่สอง ทำให้มีอาการแสดงในระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ภาวะที่มีโปแตสเซียมในเลือดสูง อาการคลื่นไส้ อาเจียน บวม (pulmonary edema) อาการซีม จนถึงอาการชัก และหมดสติ

3. ระยะปัสสาวะออกมาก (diuretic phase) ปัสสาวะอาจจะออกถึงวันละ 1,000 - 2,000 มล. ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะขาดน้ำ ร้อยละ 25 จะตายจากภาวะไตวายเฉียบพลันในระยะนี้

4. ระยะฟื้นสภาพ (recovery phase) เป็นระยะที่หน้าที่ของไตค่อยๆ ฟื้นสภาพอย่างช้าๆ อาจใช้ เวลาฟื้นสภาพร้อยละ 70 - 80 ภายในเวลาระยะเวลา 1 ปีในบางรายอาจมีการเสียหายที่บางส่วนอย่างถาวร

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน

การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือการป้องกัน และจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้นตามพยาธิสภาพ และ สาเหตุของการเกิด ป้องกันกระบวนการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะนี้ เป้าหมายคือการรักษาปริมาณ น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ให้สมดุล เพื่อคงปริมาณเลือดให้ไปเลี้ยงไตได้อย่างพอเพียง ป้องกันภาวะวิกฤติ ที่อาจเกิดในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน การรักษาที่รวดเร็วและถูกต้องสามารถทำให้ไตกลับสู่สภาพปกติได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนมากเกินไป หรือมีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด (uremia) มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของ ระบบประสาทส่วนกลาง หรือมีเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ จะรักษาภาวะดังกล่าวโดยการรักษาด้วยการบำบัด ทดแทนไต

2.2 ภาวะไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure: CRF)

ภาวะไตวายเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว หรืออุ้งน้ำที่ไต การมีโปรตีน หรือเม็ดเลือดแดง ในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตอาจปกติหรือผิดปกติก็ได้รวมถึงการตรวจพบอัตราการกรอง ของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน ไม่ว่าจะมีความผิดปกติ ทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตก็ตาม

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้กลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ จนถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่ปรากฏอาการในระยะแรก และจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย

พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology)

เกิดจากการเสื่อมของไต และการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลให้อัตราการกรองทั้งหมดลดลง และการขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณครีตินิน และ ยูเรียไนโตรเจน ในเลือดสูงขึ้น หน่วยไตที่เหลืออยู่ จะเจริญมากผิดปกติเพื่อกรองของเสียที่มีมากขึ้น ผลที่เกิดทำให้ไตเสียความสามารถในการปรับ ความเข้มข้นปัสสาวะ

ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่างๆ ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย จากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น และการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ร่างกายจึงไม่สามารถขจัดน้ำ เกลือ ของเสียต่างๆ ผ่านไตได้ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 10-20 มล./นาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้น เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (etiology and risk factors)

โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากความผิดปกติใดก็ตาม ที่มีการทำลายเนื้อไต ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ ของไตอย่างถาวร ซึ่งมักค่อยเป็นค่อยไป สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือโรค ความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุอื่นได้แก่ โรคหลอดเลือดฝอยในไตอักเสบเรื้อรัง (glomerulonephritis) ความผิดปกติของไตและระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กำเนิด โรคพันธุกรรมต่างๆเช่น โรคลูปัส ภาวะอุดกั้น ในทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ

ระยะของโรคและการแสดง (clinical manifestation)

ระยะของไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรอง ของไตเป็นตัวกำหนดดังนี้

ระยะที่1 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึง การมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติหรืออาจต่ำลงเล็กน้อย ในระยะนี้ ยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ แต่อาจตรวจพบอาการไตอักเสบ และภาวะโปรตีนรั่วปนออกมาในปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 - 89 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึง การมีความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อยโดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคง มีอาการปกติ ความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้นในระยะนี้ จะเริ่มพบความผิดปกติในผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30 - 59 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึงการมีความผิดปกติของไต ค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง มักยังไม่แสดงอาการผิดปกติ โดยส่วนใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟต ในเลือดสูงได้ในระยะนี้ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 15 - 29 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึง การมีความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆผิดปกติ พบภาวะ กรดจากการ

เผาผลาญ (metabolic acidosis) และไขมันในเลือดผิดปกติ(dyslipidemia) ควรมีการ เตรียมพร้อมเพื่อให้บริการบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 ซึ่งถือว่าเป็นระยะไตวาย ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุล น้ำ และ อิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยูรีเมีย

ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง		
ระยะ	ข้อบ่งชี้	อัตราการกรองของไต (GFR) มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.
ระยะที่ 1	มีการทำลายไตเกิดขึ้นแต่อัตราการกรองยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ	มากกว่าหรือเท่ากับ 90
ระยะที่ 2	มีการทำลายไตร่วมกับอัตราการกรองลดลงเล็กน้อย	อยู่ในช่วง 60-89
ระยะที่ 3	มีการลดลงของอัตราการกรองของไตปานกลาง	อยู่ในช่วง 30-59
ระยะที่ 4	มีการลดลงของอัตราการกรองของไตรุนแรง	อยู่ในช่วง 15-29
ระยะที่ 5	มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	น้อยกว่า 15 หรือต้องฟอกเลือด

ผลกระทบจากภาวะไตวายและการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ

1. การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิก (metabolic alteration) ได้แก่

1.1 ยูเรียและครีตินิน ผู้ป่วยจะมีระดับของยูเรียไนโตรเจน และครีตินิน ในกระแสเลือดสูง เมื่ออัตราการกรองของไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ 40 การคั่งค้างของยูเรีย จะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ซีด เลือดออกในลำไส้ ยูเรียที่คั่งค้างมากจะซึมออกมาตามผิวหนังเมื่อแห้งแล้วจะเป็น ขี้เกลือ (uremic frost) ยูเรียที่คั่งค้างในลำไส้จะถูกเปลี่ยนเป็นแอมโมเนีย และถูกดูดกลับเข้าสู่ กระแสเลือด ทำให้ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นปัสสาวะ (uremic odor) การรับรสของลิ้นเสีย เกิดแผลใน ลำไส้และกระพุ้งแก้ม ถ้าหน่วยไตถูกทำลายไปร้อยละ 75 ระดับของครีตินินในเลือด จะเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคไตปรากฏ บทที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตวาย 17 คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่มารับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือด ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

- 1.2 โซเดียม ในระยะแรกๆผู้ป่วยมักมีโซเดียมในเลือดต่ำ เนื่องจากมีภาวะปัสสาวะออกมาก อาเจียนหรือท้องเสีย ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ซึม อ่อนแรง กระตุก และหมดสติ การขาดโซเดียมทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง ไตจะเสื่อมมากยิ่งขึ้น ในระยะท้ายๆ ความสามารถในการขับโซเดียมออกจากร่างกายลดลง เกิดการคั่งของโซเดียม ทำให้ เพิ่มจำนวนน้ำและเลือด ความดันโลหิตสูง อาจทำให้หัวใจวาย และน้ำท่วมปอด เมื่อหัวใจวายเลือดจะ ไปเลี้ยงไตลดลงอีกทำให้ไตเสื่อมมากยิ่งขึ้น
 - 1.3 โปแตสเซียม ระดับโปแตสเซียมจะสูงได้ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า 10-15 มล./นาที หรือมีปัสสาวะน้อยกว่าวันละ 500 มล. ส่งผลให้การขับโปแตสเซียมออกทางปัสสาวะลดลง อาการแสดงของระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด ซีด พวกรักษา กล้ามเนื้อ อ่อนแรงโดยเฉพาะกล้ามเนื้อขามากกว่า ถ้ารุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิต
 - 1.4 แคลเซียมและฟอสเฟต เมื่ออัตราการกรองของไตลดต่ำกว่า 30-50 มล./นาทีจะทำให้มีการกรองฟอสเฟตออกจากไตลดลง เกิดการคั่งของฟอสเฟตในเลือดส่งผลให้ระดับแคลเซียมลดลง อาการแสดงที่สำคัญของระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ คือ อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่ อารมณ์ ซัก ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ
 - 1.5 แมกนีเซียม ผู้ป่วยอาจมีภาวะแมกนีเซียมต่ำจากการไม่ได้รับสารอาหารเพียงพอ ท้องเสีย หรือได้รับยาขับปัสสาวะ ถ้าอัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า 30 มล./นาทีแมกนีเซียมในเลือดจะสูงขึ้น เมื่อสูงกว่า 4 มิลลิโมล/ลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการ ซึม อ่อนเพลีย ตัวแดง ความดันโลหิตต่ำ แมกนีเซียมสูงมากกว่า 15 มิลลิโมล/ลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการไม่รู้สึกร่างกาย หงุดหงิด หัวใจหยุดเต้น อาการแสดงที่มีระดับแมกนีเซียมในเลือดสูงจะมีอาการเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเกิดระดับของแคลเซียมในเลือดต่ำร่วมด้วย
2. การเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลกรด-ด่าง จากขบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ทำให้เกิดไฮโดรเจนไอออน ไตทำหน้าที่ในการขับไฮโดรเจนไอออนออกจากร่างกายทางปัสสาวะในรูปของแอมโมเนียประมาณร้อยละ 60 การขับออกจะลดลงเมื่ออัตราการกรองลดลงเหลือ 20 มล. /นาที เกิดการสร้างแอมโมเนียโดยหลอดไตส่วนต้นลดลง เนื่องจากจำนวนหน่วยไตน้อยลง การกรองฟอสเฟตผ่านได้น้อยลงในระยะหลังของโรค มีการรั่วของไบคาร์บอเนตที่หลอดไตส่วนต้น การขับไฮโดรเจนไอออนลดลง ทำให้เกิด ภาวะกระตุกกร่อน ภาวะเลือดเป็นกรด มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ในรายที่มีอาการมากจะมีอาการ หายใจหอบลึก หายใจเร็วลึก (kussmaul respiration) ซึม และหมดสติในที่สุด
 3. การเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายจะพบว่ามีอาการของ การขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะของไตและระยะเวลาที่เป็น ในระยะ เริ่มแรกที่ไต

สูญเสียหน้าที่ในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะมาก แต่เมื่อผู้ป่วยมีอัตรา การกรองของ ไตลดเหลือ 4-5 มล./นาที่ จะมีภาวะน้ำเกินซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ 10 - 30 เท่า ความผิดปกติทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หัวใจล้มเหลว เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ
5. การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ปัญหาในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอด การติดเชื้อในปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ และ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีอาการหายใจ หอบลึกจากภาวะเลือดเป็นกรด ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย ผู้ป่วยจะมีเสมหะเหนียวข้น กลไกการไหลลดลง ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในปอด และ เสียชีวิตได้เร็วขึ้น
6. การเปลี่ยนแปลงของระบบเลือด เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยาหลายประการ ได้แก่ ภาวะซีด หรือโลหิตจาง เลือดออกง่ายกลไกการเกิดลิ่มเลือดผิดปกติการทำงานของเม็ดเลือดขาว ผิดปกติ

6.1 ภาวะโลหิตจาง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สาเหตุเกิดจาก

- 6.1.1 มีการสร้างอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ลดลง ทำให้การผลิตเม็ดเลือดแดง น้อยลง
 - 6.1.2 ภาวะต่อมพาราไทรอยด์สร้างฮอร์โมนมากเกินไป (secondary hyperparathyroidism) หรือมีการขาดสารอาหารบางชนิดได้แก่ เหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 ที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ
 - 6.1.3 เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ เนื่องจากภาวะยูรีเมีย การขาดเหล็กและโฟลิก หรือ มีการสูญเสียเลือด เช่น เลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร มีแผลในกระเพาะอาหาร การรักษาด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 6.2 ภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากเกล็ดเลือดมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ปริมาณ เกล็ดเลือดน้อยลงจากภาวะยูรีเมีย ทำให้เลือดแข็งตัวช้า ส่งผลให้เลือดออกง่าย
- 6.3 ภาวะต้านทานโรคต่ำ พบมีเม็ดเลือดขาวลดลง ค่าลิมโฟไซต์ทั้งชนิด ที บี เซลล์ ลดลง โมโนไซต์ทำงานลดลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำลง

7. การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนัก เริ่มแรก จะมีอาการ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นมีรสเผื่อน ท้องผูก มีการหลั่งกรดในกระเพาะ อาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะอาหาร และมีแผลในลำไส้
8. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท พบความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ สมองส่วนต่างๆทำงาน ผิดปกติ เช่น ไม่มีสมาธิ เหนื่อยชา พูดช้า หลงลืมง่าย ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ หงุดหงิดง่าย ซึมลง ซัก และหมดสติ ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติได้แก่ ความ

- ผิดปกติของประสาทส่วนปลายมีอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ต่อมเหงื่อทำงานลดลง ปวด แสบปวดร้อนตามปลายประสาท มีอาการขยับเท้าตลอดเวลา มีการเดินเท้าห่างทำให้การทรงตัวไม่ดี
9. การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนัง จะมีลักษณะของผิวหนังคือ ผิวสีเหลืองปนเทา ซีด เกิดจากภาวะ โลหิตจาง และมีสารยูโรโครม (urochrome) และมีเกล็ดยูเรีย (uremic frost) เกาะที่ผิวหนัง มีการ ลดลงของต่อมเหงื่อ และต่อมน้ำมันทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ ผิวหนังแห้ง มีแคลเซียมฟอสเฟตที่ ผิวหนัง ทำให้มีอาการคัน ร่วมกับมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดจ้ำเลือด ได้ง่าย มีอาการบวม และนำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีเล็บ และเส้นผมเปราะบาง และฉีก ขาดง่าย บนเล็บจะมีแถบสีแดงปรากฏขึ้น (Muehrcke's line) หรือมีลักษณะเล็บสองสี โดยบริเวณ โคนเล็บเป็นสีขาวปลายเล็บเป็นสีน้ำตาล (half-and-half nail)
 10. การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจาก การมีฟอสฟอรัส สูง และ แคลเซียมต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก (renal osteodystrophy) ทำให้ มีการสลาย แคลเซียมจากกระดูกเกิดภาวะกระดูกผุหรือกระดูกพรุน แคลเซียมที่สลายเกิดการรวมตัวเป็น แคลเซียมฟอสเฟต มักไปเกาะตามอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ผิวหนัง ตา หลอดเลือด หัวใจ ปอด ข้อต่อ กระดูก ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดตามข้อ
 11. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ มีอาการและอาการแสดงของต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ ในต่อม ไทรอยด์ มีผลทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า คอพอก อวัยวะเพศเจริญได้ไม่เต็มที่ มีการหลั่ง ฮอรโมน พาราไทรอยด์มากขึ้น ทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ส่งผลให้เกิดกระดูกผุ หรือกระดูกพรุน
 12. การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ ในเพศชายพบการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ใน เพศหญิงมีการ เปลี่ยนแปลงของประจำเดือน และน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง มาจากหลายสาเหตุ จากระดับของ ยูเรียที่สูงขึ้น ภาวะความผิดปกติของระบบประสาท สรีรวิทยา รวมทั้งความผิดปกติ ด้านฮอรโมน ปัญหาทางด้านจิตใจ ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับ และภาวะทุพโภชนาการ
 13. การเปลี่ยนแปลงของดวงตา ผู้ป่วยมักมีตาแดง ตามัว เกิดเนื่องจากมีแคลเซียมไปเกาะ ที่เยื่อぶตา หรือ ที่กระจกตา เกิดการระคายเคือง อาจพบการเปลี่ยนแปลงของเรตินาจากโรค ความดันโลหิตสูงหรือ เบาหวาน การทำงานของกล้ามเนื้อตาผิดปกติจากการเปลี่ยนแปลงของระบบ ประสาท อาจพบความ พิการของตาร่วมด้วย
 14. การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม มักเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ หรือภาวะ เครียด พบใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต รู้สึกไร้อำนาจจากการควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ป่วยต้องทน ทุกข์กับการเปลี่ยนแปลงทางบทบาทหน้าที่ สูญเสียภาพลักษณ์ อาชีพการงาน วิถีชีวิต ที่เปลี่ยนไป และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ ปัญหา ทางการทำงานและความสัมพันธ์ในสังคมได้

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การรักษาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ 3 ประการ คือ

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต
2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิด ภายหลังจากภาวะไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจาก การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่างๆ
3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต (progressive) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องการรักษาสาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ค้นหาสาเหตุ และแก้ไขสาเหตุนั้นเท่าที่ทำได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิต ให้อายุรักษาภาวะติดเชื้อ หยุดยาที่ส่งเสริมให้ภาวะของโรค เป็นมากยิ่งขึ้น หรือ ผ่าตัดรักษาอาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่

- การควบคุมความดันโลหิต ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการ ควบคุมความดันโลหิตจึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังควรได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ คือ ถ้าผู้ป่วยที่มีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า +1 ควรให้ความดันโลหิตสูงไม่เกิน 130/85 มม.ปรอท ถ้ามีโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ +1 ขึ้นไป ควรให้ ความดันโลหิตสูงไม่เกิน 125/75 มม.ปรอท โดยผู้ป่วยมักได้รับยาลดความดันโลหิต ในกลุ่มต่อต้าน เอ็นไซม์กระตุ้นการสลายแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor : ACEI) เช่น enalapril และยาขับปัสสาวะ เพื่อควบคุมความดันโลหิต และชะลอการเสื่อมของไต ทั้งนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความดันโลหิต วัดค่าระดับครีตินิน และค่าระดับโปแตสเซียมในเลือดเป็นระยะ และควบคุมอาหารเค็ม เพื่อช่วยให้ยากกลุ่ม ACEI ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น
- การควบคุมสมดุลน้ำ ผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำเกิน และมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด การดูแลจำเป็นต้องประเมิน ให้ความรู้ และติดตามภาวะสมดุลน้ำของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะขาดน้ำได้เช่นกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุการให้น้ำทดแทนต้องทำอย่างระมัดระวัง และคอยประเมินภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย
- การควบคุมอิเล็กโทรไลต์ ที่สำคัญคือภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องระมัดระวัง เป็นพิเศษ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัสสาวะออกน้อย ในรายที่มีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงมากจะทำให้ หัวใจทำงานผิดปกติ รักษาโดยให้ kayexalate, NaHCO₃, กลูโคส และ อินซูลิน หรือพิจารณาทำการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อขจัดโปแตสเซียมออกจากร่างกาย ในรายที่มีภาวะ

แคลเซียมในเลือด ต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูงอาจรักษาโดยให้แคลเซียมคาร์บอเนต แคลเซียมอะซิเตต เพื่อให้ยาจับกับ ฟอสฟอรัสในลำไส้ ทำให้เพิ่มระดับแคลเซียม และลดระดับฟอสฟอรัสให้เป็นปกติ

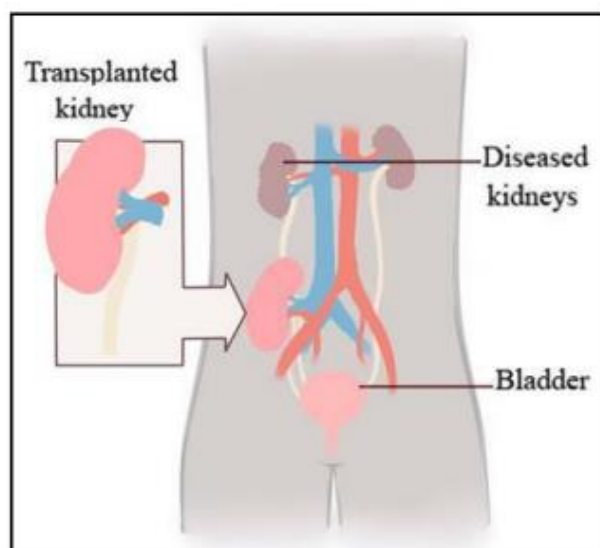
- การควบคุมสมดุลกรด - ด่าง เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด จะช่วยเร่งให้ไตเสื่อมสภาพเร็วขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับยาโซดามินท์ (sodium bicarbonate) ในรูปปรับประทาน หรือทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาระดับไบคาร์บอเนตใน กระแสเลือดไม่ให้ต่ำกว่า 23 มิลลิอิควิวาเลนซ์/ลิตร
- การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่เพียงพอเหมาะสมกับระยะของโรค ปริมาณอาหารที่ได้รับควรให้ พลังงานประมาณ 30-45 กิโลแคลอรี/กก./วัน โดยร้อยละ 60 ของพลังงาน ควรมาจากอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล อีกร้อยละ 30 มาจากไขมัน ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่ให้พลังงานน้อยเกินไป จะทำให้มีการสลายกล้ามเนื้อเพื่อนำพลังงานมาใช้ เกิดการคั่งของของเสียเพิ่มมากขึ้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยควรเป็นอาหารที่มีโปรตีน โปแตสเซียม โซเดียม และฟอสเฟตต่ำ หลีกเลี่ยงการ รับประทาน ไข่แดง เนื้อสัตว์ นม เมล็ดพืชต่างๆ เนื่องจากมีปริมาณฟอสเฟตสูง การรับประทาน อาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ หรือรับประทานสารจับฟอสเฟต เช่น Calcium carbonate, Calcium acetate จะช่วยลดการดูดซึมฟอสเฟตในลำไส้ ลดอัตราการเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโปรตีนที่รั่วทาง ปัสสาวะ ภาวะไขมันในเลือดสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสัตว์ หรือกะทิมาก ควบคุมปริมาณ คอล레스เตอรอลไม่ควรให้ เกิน 300 มก./วัน ควบคุมอาหารกลุ่มโปรตีน โดยการรับประทานอาหารที่มี โปรตีนต่ำ เนื่องจากอาหารที่มีโปรตีนต่ำจะช่วยลดการทำงานของไต ลดการกรอง ในโกลเมอรูลัส ลดปริมาณการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และลดระดับฮอโมนพาราไธรอยด์ ในเลือด ซึ่งมีผลทำให้ ไตเสื่อมช้าลง การรับประทานอาหารโปรตีนต่ำตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของ โรคไตเรื้อรัง สามารถชะลอการ เสื่อมของไตและช่วยลดการสะสมของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี โรคเบาหวานร่วมด้วย
- การป้องกันและรักษาตามอาการต่างๆ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามอาการ เช่น ในภาวะซีด ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่ช่วยในการ สร้างเสริมเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิกและยาฉีดกระตุ้นไขกระดูกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง (epoetin alfa) ได้รับวิตามินเสริมต่างๆ เช่น วิตามิน B1, B2, B6 และ B12 ได้รับยาลดการหลังกรด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับความรู้ และคำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาวขึ้น เช่น งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น
- การระมัดระวังปัญหาจากเมตาบอลิซึมของยา (drug metabolism) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาโรค และประคับประคองอาการต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของ

ของไต การมีพยาธิสภาพที่ไตทำให้มีผลต่อการดูดซึม การเผาผลาญ การแพร่กระจาย และการขับยาออกจากร่างกาย ทำให้มีโอกาสได้รับพิษจากยามากขึ้น การประเมินค่าระดับครีตินินในเลือด และค่าเคลียแรนซ์ครีตินินเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำมาปรับขนาดของ ยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานและได้รับอินซูลินเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3 และ 4 ของโรคไตเรื้อรัง จำเป็นต้องพิจารณาปรับปริมาณอินซูลินลดลงตามความเหมาะสม เนื่องจากร้อยละ 30 ของอินซูลิน ที่ได้รับจะถูกขับออกทางไต เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ ความสามารถในการขับอินซูลินก็ลดลงด้วย จึงมีระดับ อินซูลินคงค้างในกระแสเลือด ดังนั้นการตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารยา และคอยติดตาม ประเมินผลของยา พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะไตวาย (kidney failure) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติเกือบ ทุกระบบของร่างกาย ร่างกายจะเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะของเสียคั่ง ในกระแสเลือด จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อทดแทนการทำงานของไต ที่สูญเสียไป

3. การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy)

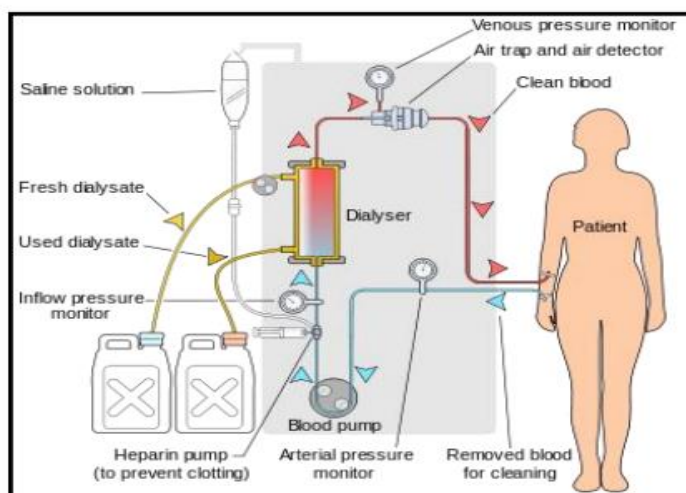
ปัจจุบันการรักษาบำบัดทดแทนไตสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1. การปลูกถ่ายไต (kidney transplantation: KT) คือการนำไตใหม่มาปลูกถ่ายไว้ที่ผนังหน้าท้องของผู้ป่วย เพื่อทำหน้าที่แทนไตเก่าที่เสื่อมสภาพ อาจได้รับการบริจาคจากญาติสายตรง คู่สมรส หรือจากผู้เสียชีวิต ปัจจุบันการปลูกถ่ายไตเป็นการรักษา บำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุด 26-28 มีอัตราการรอดชีวิตสูงสุดเมื่อเทียบกับวิธีการอื่น



ภาพที่ 1 แสดง Kidney Transplant

2. การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis : PD) คือการขจัดของเสียออกจากร่างกายโดยการใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องทิ้งไว้ 4-6 ชั่วโมง ต่อรอบ น้ำยาจะทำการกรองของเสียออกจากเลือดผ่านเยื่อช่องท้องก่อนปล่อยน้ำยาจากช่องท้อง เพื่อนำไปทิ้ง โดยมีรอบการล้างไตทางช่องท้อง 4 รอบต่อวัน เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ใช้อย่างแพร่หลาย เทคนิคการทำค่อนข้างง่าย สามารถดึงน้ำออกจากร่างกายได้มาก
3. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) คือ ขบวนการนำเลือดของผู้ป่วยเข้าสู่เครื่องไตเทียม โดยเลือดที่ออกจากผู้ป่วยจะผ่านตัวกรอง (hemodialyzer) เพื่อแลกเปลี่ยนน้ำสารต่างๆที่ละลายอยู่ในเลือดและน้ำยาด้วยกระบวนการออสโมซิส และอัลตราฟิลเตรชัน ใช้เวลา 4-5 ชั่วโมงต่อรอบ ก่อนนำเลือดที่ได้รับการฟอกแล้วกลับเข้าสู่ร่างกาย โดยไปรับบริการที่สถานรักษาพยาบาล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถ ขจัดของเสียออกจากร่างกายได้ในระยะเวลาอันสั้น และแก้ไขภาวะความเป็นกรดของเลือดได้อย่างรวดเร็ว



ปัจจุบันการรักษาไตวายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังที่นิยมมากที่สุด คือ การฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม (hemodialysis) การผ่าตัดช่องทางสำหรับการฟอกเลือดถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญใน การรักษาชีวิตผู้ป่วย ซึ่งสามารถเตรียมช่องทางได้หลายช่องทางตามความเหมาะสมดังนี้

การเตรียมช่องทางสำหรับการฟอกเลือด (vascular access)

การผ่าตัดเตรียมช่องทางสำหรับการฟอกเลือด หมายถึง การผ่าตัดทำช่องทางในการ นำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยเข้าสู่เครื่องไตเทียม สามารถแบ่งตามการใช้งานได้ 2 ชนิด คือ ชนิดชั่วคราว (temporary vascular access) และชนิดระยะยาว (long term or permanent vascular access)

1. **ชนิดชั่วคราว (temporary vascular access)** เป็นการใส่สายสวนเพื่อพอกเลือดเข้าไปในหลอดเลือดดำใหญ่เพื่อใช้เป็นช่องทางในการ นำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยเข้าสู่เครื่องไตเทียม ไม่มีผลต่อระบบหัวใจ (ไม่เกิด high-output heart failure) สำหรับใช้งานชั่วคราวในกรณีที่ต้องการทำการพอกเลือดเร่งด่วน เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือภาวะไตวายเรื้อรังที่กำลังรอให้เส้นพอกเลือดชนิดถาวรสามารถใช้งานได้

1.1 สายสวนชั่วคราวเพื่อพอกเลือด (non-cuffed venous catheter) ใช้ในกรณีฉุกเฉิน หรือในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ระยะเวลาในการใช้ไม่ควรเกิน 3 สัปดาห์¹⁹ เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อจากรูเปิดข้างสาย (exit site infection) สูง กรณีจำเป็น สามารถคาสายสวนพอกเลือดได้ถ้าไม่มีการติดเชื้อหรือเกิดการอุดตันแต่ไม่ควรใส่สายสวนพอกเลือด ชนิดชั่วคราวเกิน 2 เดือน ถ้าใช้นานกว่านั้นจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นสายสวนพอกเลือดชนิดระยะยาว

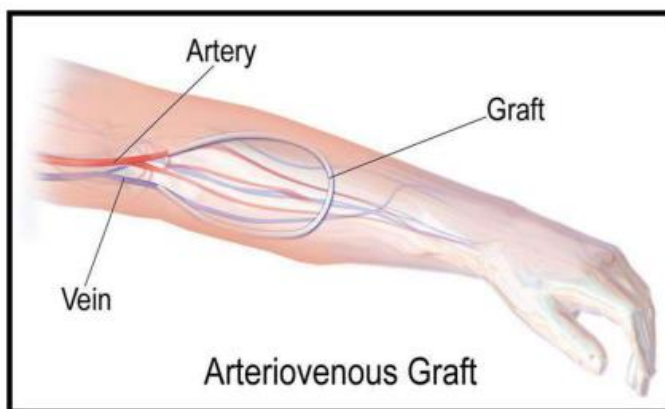
1.2 สายสวนระยะยาวเพื่อพอกเลือด (tunneled cuffed venous catheter) ใช้ในผู้ป่วยไตวายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพอกเลือดในระยะยาว สายชนิดนี้ส่วนที่อยู่ใน ร่างกายผู้ป่วยจะมีปลอกหุ้มสายสวน (dacron cuff) ใช้ยึดสายสวนกับเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังรอบๆ สายสวน เพื่อลดการติดเชื้อจากรูเปิดข้างสาย (exit site infection) สามารถคาสายสวนได้นานกว่า 24 เดือน ถ้าไม่มีการติดเชื้อ หรือ เกิดการอุดตันและใช้พอกเลือดได้ทันทีภายหลังการใส่สายสวน

2. **ชนิดถาวร (long term or permanent vascular access)** เป็นการผ่าตัดเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำเป็นช่องทางสำหรับแทงเข็ม เพื่อนำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยเข้าสู่เครื่องไตเทียมใช้ในการพอกเลือดระยะยาว ควรเลือกผ่าตัดแขน ข้างที่ไม่ถนัด (non dominant arm) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือช่วยเหลือตนเองได้ในขณะ พอกเลือด ตำแหน่งควรอยู่ส่วนปลาย (distal) ที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเก็บส่วนต้นของหลอดเลือด (proximal site) ไว้ใช้ภายหลัง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือการผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำกับหลอดเลือดแดง บริเวณใกล้เคียงกันใต้ผิวหนัง (arteriovenous fistula : AVF) และการผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำกับ หลอดเลือดแดงโดยใช้หลอดเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AV - GRAFT)

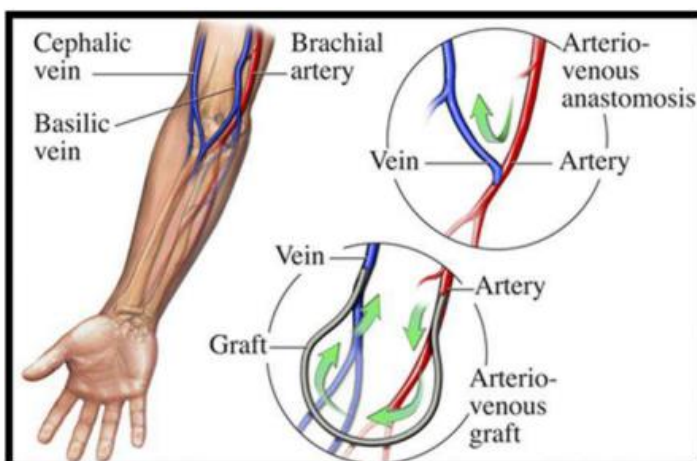
2.1 การผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำกับหลอดเลือดแดงบริเวณใกล้เคียงกันใต้ผิวหนัง (arteriovenous fistula : AVF) เป็นการผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำกับหลอดเลือดแดงบริเวณใกล้เคียงกันใต้ผิวหนัง ภายหลังผ่าตัด 2-3 เดือน หลอดเลือดดำจะมีขนาดโต และผนังหนาขึ้น ใช้เป็นช่องทางในการแทงเข็ม เพื่อพอกเลือดเป็นทางเลือกอันดับแรก และเป็นวิธีที่นิยมที่สุดในการทำผ่าตัดช่องทางสำหรับ การพอกเลือด มีอายุการใช้งานที่นาน มีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด และมีอัตราการติดเชื้อต่ำ

2.2 การผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำกับหลอดเลือดแดงโดยใช้หลอดเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft: AV - GRAFT) เป็นการผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำกับหลอดเลือดแดงโดยใช้หลอดเลือดเทียมเป็นตัว เชื่อมต่อ(conduit) ใช้ในกรณีที่ไม่มีหลอดเลือดเหมาะสมที่จะทำการผ่าตัด นิยมผ่าตัดที่แขนก่อน เนื่องจาก ที่ขามี้อัตราการติดเชื้อที่สูง²⁸ หลังผ่าตัดต้องรอประมาณ 2 สัปดาห์ จึงสามารถแทงเข็มผ่านหลอดเลือด

เลือดเทียม เพื่อฟอกเลือดได้แต่การผ่าตัดชนิดนี้มีอายุการใช้งานที่จำกัด เนื่องจากมีข้อจำกัดในความสามารถของหลอดเลือดเทียม



ภาพที่ 3 Arteriovenous graft (AVG) ที่มา : <https://th.m.wikipedia.or>



ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบ Arteriovenous Fistula(AVF)กับ Arteriovenous graft (AVG) ที่มา : <http://nursingfile.com>

ภาวะแทรกซ้อนของการทำผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือด

1. ตำแหน่งการเชื่อมต่อตีบตัน Thrombosis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลการผ่าตัดการเชื่อมต่อหลอดเลือดไม่สามารถใช้งานได้ วินิจฉัยได้โดยจะไม่สามารถคลำ thrill ในตำแหน่งการเชื่อมต่อได้ แบ่งเป็น

- Early thrombosis เกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังการผ่าตัด สาเหตุมักเกี่ยวข้องกับ surgical technique เช่น การเลือกเส้นเลือดที่มีลักษณะที่ไม่เหมาะสม ขนาดเล็กเกินไป หรือ มี hematoma ไปกด

- Late thrombosis เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเกิน 1 เดือนไปแล้ว มักเกิดที่ตำแหน่ง venous outflow ใกล้เคียง anastomosis เนื่องจากมี intimal hyperplasia ได้ง่ายเนื่องจากมีแรง turbulence flow สูง และจากการแทงเข็มก็อาจทำให้เกิด fibrosis และ stenosis ตามมาได้

2. Arteriovenous access infection (AVF มีการติดเชื้อ) การทำ autogenous AVF มีอัตราการติดเชื้อ 0.3% ส่วน PTFE graft มีอัตราการติดเชื้อ 6 - 25%

3. Venous hypertension (ความดันสูงขึ้นในหลอดเลือดดำ) มีการไหลย้อนกลับของกระแสเลือด ทำให้เกิด venous hypertension ตามมา โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวด บวม ผิวน้ำสีคล้ำ และเกิดแผล venous stasis ulcer ตามมา ซึ่งการรักษาทำได้โดยการทำ angioplasty หรือทำการผูก AVF ที่แขนข้างนั้น

4. Steal syndrome (ภาวะขาดเลือดส่วนปลาย) เกิดจากการที่เลือดจากในหลอดเลือดแดงส่วนปลายไหลผ่าน Fistula เข้าไปในหลอดเลือดดำซึ่งมีความดันต่ำกว่า ซึ่งถ้ามี arterial collateral flow ไม่เพียงพอผู้ป่วยจะเกิดอาการของ vascular insufficiency ได้

5. Pseudo aneurysm (หลอดเลือดโป่งพอง) เกิดจากการที่มีเลือดรั่วออกมาจาก graft บริเวณรอยต่อของหลอดเลือดหรือบริเวณที่แทงเข็ม ซึ่งอาจเกิดจากการใช้งาน AVGF ก่อนที่จะมี maturation เกิดขึ้นหรือแทงเข็มซ้ำบริเวณเดิมหลายครั้ง

6. Congestive heart failure (ภาวะหัวใจวาย) เกิดขึ้นเนื่องจากมีเลือดไหลผ่าน Fistula มากเกินไป คือประมาณ 20 - 25% ของปริมาณของ cardiac output (high output failure) การแก้ไขคือ ผ่าตัดเข้าไปเย็บรู Fistula ให้แคบลงหรือเย็บปิด fistula นั้นไป

4. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่างและ หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ
2. ประเมินภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ
3. วางแผนการฟอก เลือดให้มีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ได้รับ ความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด
5. ดูแลป้องกันและแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเครื่องไต เทียม และวงจรไตเทียม
6. ดูแลให้มีความสุขสบาย

บทบาทในการดูแลทวารหลอดเลือดที่ใช้ฟอกเลือดชนิดถาวร (permanent vascular access) ซึ่งมี 2 ชนิดคือ arteriovenous fistula: AVF และ arteriovenous graft: AVG มีวัตถุประสงค์การดูแลดังนี้

1. ดูแลเพื่อยืดอายุการใช้งานของ vascular access
2. ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

3. แก้ไขปัญหาให้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. ดูแลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการฟอกเลือดได้อย่างเพียงพอ
5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแล

สำหรับกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด arteriovenous graft: AVG ผู้จัดทำจึงขอเน้นเฉพาะเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด arteriovenous graft: AVG ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัดเท่านั้น

การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด (Anesthetic management)

การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด AVG เพื่อฟอกเลือดเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งศัลยแพทย์จะประเมินจากสถานะของผู้ป่วย เพื่อใช้วางแผนและเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่งดน้ำ และ อาหารมาอย่างดี จะสามารถเลือกวิธีการระงับความรู้สึกได้หลายแบบ ขึ้นอยู่กับ สถานการณ์ และความพร้อมในขณะนั้น การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินมักจะหลีกเลี่ยงการดมยาสลบ และการใส่ท่อหายใจ เพื่อลดปัญหาของการสำลักอาหารลงปอดขณะได้ ยาสลบ การต้องช่วยหายใจและการใส่เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด ศัลยแพทย์จึงนิยมใช้การ ฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยมีทีมวิสัญญีช่วยเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะผ่าตัด การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด AVG เพื่อฟอกเลือด มีดังนี้

1. general anesthesia (GA) การระงับความรู้สึกทั่วตัว สามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่ การบริหารยาระงับความรู้สึก ผ่านหลอดเลือดดำ (total intravenous anesthesia : TIVA) การระงับความรู้สึกทั่วตัวผ่านหน้ากาก (GA -mask) ซึ่งทุกวิธีผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินร่างกายก่อนผ่าตัด งดอาหาร และน้ำนานอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง แต่มีข้อเสียคือ ภายหลังได้รับการระงับความรู้สึกวิธีนี้ ผู้ป่วยมักไม่ตื่นดีและ กระสับกระส่าย ไม่รวมมือ รวมถึงอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าวิธีอื่น นิยมเลือกใช้กับผู้ป่วยที่ ค่อนข้างแข็งแรง โดยให้วิสัญญีแพทย์หรือ วิสัญญีพยาบาล เฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะผ่าตัด ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
2. Monitored anesthesia care (MAC) เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบ “local standby” อาจมีการใช้ยากลุ่มที่ทำให้ง่วง และระงับปวดทางหลอดเลือดดำ โดยใช้ยาตามสถานะผู้ป่วย ร่วมกับตุการตอบสนองของผู้ป่วยต่อยาอย่างใกล้ชิดเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ศัลยแพทย์จะบริหารยาชาเฉพาะที่เป็นหลักฉีดยา หรือฉีดยากลุ่มที่ทำให้ง่วงร่วมกับการ ใช้ยาชาเฉพาะที่ โดยมีอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร ระดับออกซิเจนใน กระแสเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ วิสัญญีแพทย์จะประเมินระดับการรู้สติ การหายใจ เตรียมพร้อมที่จะ ช่วยชีวิตผู้ป่วย (CPR) เตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อหายใจและพร้อมช่วยการหายใจ เหมาะกับผู้ป่วยที่ ค่อนข้างวิกฤต งดอาหาร และน้ำดีพอควร และไม่มีเวลาจะแก้ไขภาวะผิดปกติต่างๆได้เต็มที่ก่อนการผ่าตัด

3. Local anesthesia เป็นการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ ผู้ป่วยไม่ต้องงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด เหมาะสำหรับ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ผู้ป่วยควรได้รับการประเมิน สภาพร่างกาย พุดคุยทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

ในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์จะเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งส่วนใหญ่ในการทำ AVG แพทย์ จะเลือกการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่

5. แนวทางการพยาบาล ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยไตวาย ที่ต้องการการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย สามารถเตรียมช่องทางเพื่อใช้ในการฟอกเลือด (vascular access) ได้หลายช่องทางตามความเร่งด่วน และความเหมาะสมของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มา รับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด สามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย แนวทางการพยาบาล 5 ชั้น คือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผล ซึ่งในกรณีศึกษาผู้ป่วยนี้เป็น แแบ่งแผนการพยาบาล เป็น 2 ระยะ คือ

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะเตรียมก่อนผ่าตัด
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะเตรียมก่อนผ่าตัด

การประเมินผู้ป่วยระยะเตรียมก่อนผ่าตัด การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับจากการซักประวัติตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต่างๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัย และวางแผนการพยาบาล โดยประเมินผู้ป่วยดังนี้

1.1 ซักประวัติผู้ป่วย ดังนี้

- ประวัติโรคลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำของแขนขา เพื่อวางแผนการรักษา และ การเลือกตำแหน่งผ่าตัด เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะโรคลิ้มเลือดอุดตัน ภายหลังการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือด
- ประวัติการใส่สายสวนเพื่อฟอกเลือด หรือสายสวนชนิดอื่น รวมถึงตำแหน่ง ที่เคยผ่าตัดใส่สายสวนเพื่อฟอกเลือด
- ประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่สายสวนเพื่อฟอกเลือด เช่น หัวใจเต้น ผิดจังหวะ เกิดลิ้มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนกลาง หรือการติดเชื้อขณะใส่สายสวน เพื่อฟอกเลือด เพื่อใช้ในการวางแผนให้คำแนะนำผู้ป่วย

- ประวัติการผ่าตัดสอดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (pacemaker) ถ้าผู้ป่วยมี ประวัติการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า ต้องส่งปรึกษาแพทย์โรคหัวใจหรือ เจ้าหน้าที่เทคนิคเพื่อทำการปรับการทำงานของเครื่องให้เหมาะสมก่อนเข้ารับการ ผ่าตัด
- ประวัติเลือดออกแล้วหยุดยาก หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เพื่อให้ คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
- ประวัติอุบัติเหตุของแขน เพื่อวางแผนการทำผ่าตัดโดยหลีกเลี่ยงบริเวณ ที่เคยได้รับอุบัติเหตุ
- ประวัติการใช้ยาโรคประจำตัว และยาที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัด ยาต้าน เกล็ดเลือด (antiplatelet) เช่น aspirin, clopidogrel, plavix®, ticlopidine, ticlid®, ibuprofen และยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น warfarin, orfarin®, dabigatran Pradaxa®, rivaroxaban, xareto® ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ในการหยุดยาแนะนำการงด ยา antiplatelet 7 วันก่อนผ่าตัด และงดยา anticoagulant 3 วันก่อนผ่าตัด
- ประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีต่างๆ รายงานให้แพทย์ทราบเพื่อความ ปลอดภัยในการวางแผนการรักษาหรือการใช้ยาขณะผ่าตัด
- ประวัติโรคประจำตัว อื่นๆ เช่น หอบหืด ภูมิแพ้ เบาหวาน โรคหัวใจ เพื่อวางแผน ในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด

1.2 ตรวจร่างกายบริเวณที่วางแผนเตรียมทำผ่าตัด ว่ามีอาการ ผิดปกติหรือไม่ เช่น อาการแขนบวม หรือ อาการติดเชื้อต่างๆ หรือไม่

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและวางแผนในการดูแลรักษา ได้แก่

- ตรวจสภาพความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) สามารถคัดกรอง ความผิดปกติได้หลายอย่าง เช่น ค่าฮีโมโกลบิน หรือฮีมาโตคริตต่ำ แสดงถึงภาวะโลหิตจาง ตรวจนับ เม็ดเลือดขาว (white blood cell count) ถ้าเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophils สูง จะแสดงถึงการติดเชื้อ ตรวจนับเกล็ดเลือด (platelets count) ถ้าเกล็ดเลือดต่ำจะเสี่ยง ต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก
- ตรวจการแข็งตัวของเลือด (bleeding time, PT และ PTT) เพื่อตรวจสอบภาวะเลือดหยุดยาก และวางแผนป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก หรือการเกิดลิ่มเลือดในระบบหลอดเลือดขณะ ผ่าตัด
- ตรวจสมดุกลเกลือแร่ และกรด ต่าง ในเลือด (common electrolytes) ดูสมดุกลการทำงานของร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

- ตรวจค่าการทำงานของไต (BUN, Cr) เพื่อดูประสิทธิภาพการทำงานของไตและวางแผนการดูแลรักษาและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตผิดปกติ เช่น แนะนำการ ฟอกเลือดก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยไตวาย
- ตรวจประเมินการติดเชื้อไวรัสก่อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Anti-HIV) ไวรัสตับอักเสบบี (antigen HBs) และไวรัสตับอักเสบบีซี (anti-HCV antibody)

1.4 ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest x-ray) คัดกรองความผิดปกติของทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคปอด

1.5 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) คัดกรองความผิดปกติในระบบหัวใจและทรวงอก เมื่อพบ อาการผิดปกติ ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อวางแผนการรักษาก่อนการผ่าตัด

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตมักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพจากโรค แพทย์ผู้รักษาจะมีการวางแผนการรักษา รวมถึงการส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆเพื่อร่วม วางแผนดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการทำผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ เตรียมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมมากที่สุดก่อนผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เจาะเลือด เอ็กซเรย์ปอด และ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักมีความผิดปกติของร่างกายจากภาวะของโรค อาจมีภาวะ โลหิตจางเรื้อรัง การแข็งตัวของเลือด และการทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติ อาจมีความไม่สมดุล เกลือแร่ และ กรดต่างในเลือด (common electrolytes) โดยเฉพาะค่าโพแทสเซียมที่สูงมากกว่า 7 มิลลิอิกวิวาเลนท์/ลิตร อาจทำให้เกิดภาวะสับสนจิตโลหิตของหัวใจห้องล่าง และบน ไม่ประสานกัน (heart block) หรือ เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ได้ขณะผ่าตัด

2. วางแผนการฟอกเลือดก่อนเข้านอนโรงพยาบาล โดยแนะนำผู้ป่วยให้ฟอกเลือดก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะไม่สมดุลของกรดต่าง รวมถึงภาวะน้ำเกิน ในร่างกาย

3. ชักประวัติ และให้คำแนะนำการงดยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านเกล็ดเลือด ตาม คำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกมากภายหลังผ่าตัด รวมถึงแนะนำ การงดรับประทานอาหารเสริมอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด เนื่องจากอาหารเสริมบางประเภทมีฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด อาจมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกมากภายหลังผ่าตัดได้เช่น กระเทียม โสม น้ำมันตับปลา ไบแปะก๊วย และ วิตามินอี เป็นต้น

4. ควบคุมภาวะโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โดยการรับประทาน ยา ให้สม่ำเสมอในระหว่างรอจนถึงวันผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการ งด เลื่อนผ่าตัด

5. ผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก แนะนำ ดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำย่อยลงปอดขณะผ่าตัดแต่ควรรับประทานยาควบคุม โรคประจำตัวเข้าวันผ่าตัด (ยกเว้นยาโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำ และอาหาร) รับประทานยา ร่วมกับน้ำไม่เกิน 30 มล. โดยเฉพาะยาควบคุมความดันโลหิต เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ให้สูง หรือต่ำเกินไป ขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิตที่สูงขึ้น หรือตกลงอย่างรุนแรงอาจ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ หรือต่อโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ตามมา

6. การเตรียมภาวะด้านจิตใจเป็นสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวล สูง จากหลายสาเหตุ เช่น จากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ ความกลัว และกังวลในการทำผ่าตัด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปภายหลังผ่าตัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ รวมถึง ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรประเมินสภาพจิตใจ สร้างสัมพันธภาพ เมื่อพบผู้ป่วยในครั้งแรกเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว การวางแผนการรักษา การดูแลตนเองหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่ควร รับประทานแพทย์ รวมถึงประเมินเศรษฐกิจสถานะ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและให้กำลังใจ ผู้ป่วยในการปรับตัวอยู่กับสภาวะโรค

7. การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลระยะเตรียมก่อนผ่าตัด

รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้ จากการประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการ พูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อประเมินหาความต้องการทางการพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัด จากการประเมิน ความรู้ และ สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล ข้อวินิจฉัยที่พบบ่อย 1 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจาก

- ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน ก่อน และหลังผ่าตัด
- มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่ ฐานะเศรษฐกิจ และ สังคม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล พร้อมบอกว่า “กลัวการผ่าตัด” สอบถามถึงอาการของ โรค การผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน ก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกกังวลลดลง

2. ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์ สามารถอธิบายถึงโรคและการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ยอมรับการผ่าตัดและให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

3. ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถอธิบายได้ถึงสิทธิพื้นฐานของตนเองในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดสุภาพ อ่อนโยน เริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัว และวิตกกังวล

2. ประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วย และญาติโดยการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิด และ สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะตอบคำถาม เช่น รู้สึกอย่างไรกับการผ่าตัด สังเกตอาการแสดงของการปฏิเสธ อาการซึมเศร้าหรือรับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ เพื่อให้ ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา ประเมินความสามารถในการตัดสินใจเลือกชนิดของการเตรียมเส้นที่ใช้ในการทำผ่าตัด ประเมินการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตเช่น สอบถามถึงกิจวัตรประจำวันเปรียบเทียบกับ ก่อนป่วย การทำงาน การปรับอารมณ์กิจกรรมที่ต้องเปลี่ยนแปลง การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องการเปลี่ยนแปลง และความต้องการการช่วยเหลือ

3. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคและสาเหตุการเจ็บป่วย รวมถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการ วางแผนการรักษา โดยเป็นสื่อกลางระหว่างทีมแพทย์ วิชาชีพแพทย์และผู้ป่วย ในการประสานงาน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

5. อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนต่างๆในการเตรียมผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำในการเตรียมตัว ก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ รับทราบและพร้อมให้ความร่วมมือ เช่น

5.1 โรค แผนการผ่าตัด การให้คำแนะนำ ในการเลือกสายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด กรณีที่แพทย์เลือกวิธีการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เช่น ก่อนผ่าตัด แพทย์จะฉีดยาชาเฉพาะที่ให้ ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด หากรู้สึกเจ็บ สามารถแจ้งแพทย์ผู้ผ่าตัดเพื่อขอยาชาเพิ่มได้ ขณะผ่าตัด ผู้ป่วยต้องวางแขนให้หนึ่ง ไม่ขยับ ระหว่างการผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อหยุดการไหลของเลือด ดังนั้นก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยต้องถอดอุปกรณ์เครื่องประดับที่เป็นโลหะออก เป็นต้น

5.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ในการประเมินร่างกายก่อนวางแผนผ่าตัด และในวัน เข้านอนโรงพยาบาล

5.3 การส่งตรวจต่อกับแพทย์เฉพาะทาง หรือวิสัญญีก่อนผ่าตัด เตรียมความพร้อมเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย

5.4 การติดต่อประสานกับผู้ป่วยกรณี แพทย์ให้การรักษาในโรงพยาบาล การจองห้องพิเศษกรณีผู้ป่วยและญาติต้องการจอง อัตราค่าบริการผ่าตัด อัตราห้องพิเศษ และ แนวทางการติดต่อ เพื่อเข้าพักในโรงพยาบาล

5.5 สิทธิการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการติดต่อสิทธิขั้นสังกัดประเภทต่างๆ และแนวทาง ในการรับบริการตามสิทธิ

5.6 การหยุดยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตามคำสั่งแพทย์ งดอาหาร เสริมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกมากภายหลังผ่าตัด

5.7 พอกเลือดล่วงหน้า 1 วัน ก่อนผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของกรด ด่างในร่างกาย รวมถึงภาวะน้ำเกิน

5.8 แนะนำการควบคุมโรคประจำตัวขณะรอผ่าตัด โดยรับประทานยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว อย่างสม่ำเสมอ เช่น ยาเบาหวาน ยาควบคุมความดันโลหิต เป็นต้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็น ผลกระทบจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย

5.9 แนะนำผู้ป่วยบริหารมือและแขนโดยการออกแรงบีบวัตถุ หรือการกำหมัด เช่น การบีบ

ลูกบอลยาง เพื่อช่วยเพิ่มขนาดและความแข็งแรงของหลอดเลือดก่อนผ่าตัด

5.10 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ควรดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำย่อยลงปอดขณะผ่าตัด แต่ยังคงรับประทานยาโรค ประจำตัวเช้าวันผ่าตัดร่วมกับน้ำไม่เกิน 30 มล. (ยกเว้นยาโรคเบาหวาน)

5.11 พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยควบคุมปริมาณโปรตีนใน อาหารและไม่รับประทานเค็ม เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้ไตทำงานหนักยิ่งขึ้น

6. ประเมินความรู้ความเข้าใจ จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วย และญาติซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจยิ่งขึ้น

7. ประเมินความสูญเสียบทบาทในสังคมของผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิดถึงการยอมรับ ความเจ็บป่วย และปรับตัวตามแผนการรักษา ผลกระทบต่อผู้ป่วย การพึ่งพาบุคคลอื่น และสิ่งที่ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เพื่อประเมินความสูญเสียบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

8. ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ให้กำลังใจ และรับฟังผู้ป่วยเสมอ ส่งเสริมให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย กระตุ้น และให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

9. ประเมินปัจจัยที่มีต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษา ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ปัญหาด้านเศรษฐกิจสถานะ และอุปสรรคในการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา เพื่อหาแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม

10. แนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตนตามแผนการรักษา เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด การป้องกันและสังเกต ภาวะแทรกซ้อน ภายหลังผ่าตัด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัด การเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิพื้นฐาน ของผู้ป่วย รวมถึงแนวทาง ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายที่สนับสนุนการรักษาพยาบาล

11. แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ที่สามารถปรับตัวได้ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดีเพื่อ ผู้ป่วย จะได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตน การร่วมเผชิญปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหา การสนับสนุนทางอารมณ์ เพื่อที่จะทำ ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

12. ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลดีของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ ค่าผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่ดีขึ้น ระดับของเสียลดลง ไม่มีอาการบวม อาการเหนื่อยล้าลดลง เพื่อให้ผู้ป่วยมี กำลังใจใน การปฏิบัติตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล

ประเมินความรู้ความกลัว และความวิตกกังวลจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการ สอบถาม ผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิด และ ทบทวนแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัด การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะสามารถ ประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การให้คำปรึกษา การประเมินด้านจิตใจ เศรษฐฐานะ การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ภายหลังผ่าตัด การดูแลตนเองรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำให้ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักต่อปัญหา และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมยิ่งขึ้น การให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังกล่าวข้างต้น จะสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมถึงลดอัตราการงด เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่พร้อมได้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

การประเมินผู้ป่วยระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด ประเมินสภาพผู้ป่วยในวันมาตรวจติดตามผล ภายหลังผ่าตัด จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ประเมินการปฏิบัติตัว ภายหลังผ่าตัด แผลผ่าตัด และการเกิด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด โดยสอบถามผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ข้อสงสัย และร่วมประเมินปัญหา แนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยพรั่ง รวมทั้ง สนับสนุนให้ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ประเด็นต่อไปนี้

1. การประเมินบาดแผลหลังผ่าตัด

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดภายหลังผ่าตัด จะมีการไหลของกระแสเลือดจากหลอดเลือด แดงเข้าสู่หลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดดำในชั้นผิวหนัง และผนังของหลอดเลือดดำจะหนาตัวขึ้นเหมือนผนังของหลอดเลือดแดง เมื่อสัมผัสบริเวณผิวหนังที่ผ่าตัด จะสามารถมองเห็นการ

ต้นเป็นจังหวะของหลอดเลือด และคลำได้แรงสั้นสะเทือนจากการไหลของเลือดเป็นเสียงฟู่ๆใต้ผิวหนังไปตามแนวหลอดเลือด ภายหลังการผ่าตัดศัลยกรรมจะเป็นผู้ประเมินความพร้อมของหลอดเลือดก่อนใช้งาน เมื่อหลอดเลือดมีความพร้อมต่อการใช้งานจึงจะสามารถใช้เป็นช่องทางเพื่อแทงเข็มนำเลือดเข้าสู่เครื่องไตเทียมเพื่อฟอกเลือด หากมีการใช้งานก่อนหลอดเลือดเติบโตสมบูรณ์ อาจเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียหลอดเลือดที่ผ่าตัดไปอย่างถาวร

หลังการผ่าตัด AVG เพื่อฟอกเลือด การดูแลภายหลังผ่าตัดถือเป็นสิ่งสำคัญ ควรแนะนำผู้ป่วยให้สังเกต ติดตาม ประเมินบริเวณที่ผ่าตัดทุกครั้ง ที่มีโอกาสเปิดผ้าปิดแผล เช่น ขณะฟอกเลือด การดูแลรักษาความสะอาดรอบๆบริเวณที่ทำผ่าตัด รวมถึงการดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ แพทย์จะนัดตรวจติดตามผล และตัดไหมภายหลังผ่าตัด ประมาณ 2-3 สัปดาห์ ในการมาตรวจตามนัด มีขั้นตอนในการประเมินบาดแผลหลังผ่าตัดดังนี้

2. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการ บวม แดง ร้อน สิ่งคัดหลั่งผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัด รวมถึง ผ้าปิดแผล ก่อนเปิดผ้าปิดแผลเพื่อทำการตรวจบาดแผล

3. แกะวัสดุปิดแผลอย่างนุ่มนวล โดยใช้นิ้วโป้งกดบริเวณผิวหนังข้างพลาสติกปิดแผล พร้อม กับใช้มือข้างที่ถนัดค่อย ๆ แกะพลาสติกออก โดยขยับมือข้างที่กดบริเวณผิวหนังไปตามแนวที่เปิดพลาสติกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของสายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือด และลดการดึงรั้งขณะ แกะพลาสติก

4. สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด และรอบๆบริเวณ เพื่อตรวจความผิดปกติ เช่น สิ่งคัดหลั่งผิดปกติ คลำได้ก้อนผิดปกติใต้ผิวหนัง หรืออาการ ผิดปกติอื่นๆเช่น มีอาการอักเสบ บวมแดง บริเวณผ่าตัด กรณีตรวจพบอาการผิดปกติแจ้งแพทย์ เจ้าของเข้ารับทราบ

5. เช็ดทำความสะอาดโดยรอบ บริเวณแผลผ่าตัด โดยใช้ 10% povidone iodine solution ตัดไหมที่แผลผ่าตัด 2-3 สัปดาห์หลังผ่าตัด

การบริหารกล้ามเนื้อมือและแขน

การบริหารกล้ามเนื้อมือและแขน วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มขนาด และ ความแข็งแรงของหลอดเลือดก่อนผ่าตัด รวมถึงช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ด้วย วิธีหดเกร็งกล้ามเนื้อมือ เพื่อดำเนินกับแรงต้านทานโดยไม่มี การเคลื่อนไหวแขน (isometric exercise) สามารถทำได้โดยการออกแรงบีบวัตถุ หรือการกำหมัด เช่น การบีบลูกบอลยาง ขั้นตอนการบริหารกล้ามเนื้อมือและแขน เขยียดแขนตรงบีบลูกบอลยางค้างไว้บับซ้ำๆ จาก 1 ถึง 5 แล้วจึงคลายมือ ทำซ้ำไปเรื่อยๆ แนะนำให้บริหารวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที

การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด อาจพบข้อวินิจฉัย 6 ข้อดังนี้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสขาดความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยถามซ้ำบ่อย ๆ ในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน.

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถอธิบาย ถึง การปฏิบัติตน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ อย่างถูกต้อง กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. แนะนำและเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกัน

3. สอน และ ให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไป อยู่บ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้

3.1. การดูแลแผลผ่าตัด AVG เพื่อฟอกเลือด ได้แก่

1) ดูแลความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัดให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เปลี่ยนผ้าปิดแผล เมื่อเปียกชื้น หรือสกปรกที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

2) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งที่จะมีการสัมผัสแผล หรือเปลี่ยนผ้าปิดแผล เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3) ระวังระวังบริเวณแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกชื้นในขณะอาบน้ำ งดลงแช่น้ำ หรือ เข้าเซาว์น่า เพราะ ความเปียกชื้นบริเวณที่ใส่สายเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ

4) ใช้ 2% chlorhexidine in alcohol 70%, chorhexidine aqueous หรือ 10% povidone iodine ทำความสะอาดรอบๆแผลผ่าตัดปิดผ้าปิดแผลปิดแผลด้วย transparent dressing หรือ ผ้าก๊อซและเทป เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

5) งดแกะเกาบริเวณรอบนอกแผลเพราะอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้

3.2. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามวันนัดเพื่อติดตามผลการรักษา และมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อ มีอาการผิดปกติ

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมากในระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ เพื่อป้องกันการเลื้อนหลุด และการฉีกขาดของบาดแผลบริเวณที่ทำผ่าตัด โดยประเด็นที่ควรแนะนำได้แก่

- งดการพับแขน และเคลื่อนไหวแขนซ้ำๆใน 24 - 48 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกมากบริเวณแผลผ่าตัด

- ยกแขนข้างที่ผ่าตัดสูงกว่าระดับหัวใจ 24 – 48 ชั่วโมง เพื่อให้ลดอาการบวม
- หลังการผ่าตัดควรออกกำลังกายเพื่อให้กระตุ้นให้ fistula มีการเกิด arteriolized ด้วยการทำประคบร้อนวันละ 2 ครั้ง บีบลูกบอลยาง ใช้ pressure cuff วัดที่ต้นแขนด้วยความดันที่ทำให้มีหลอดเลือดดำขยายตัวนาน 15 - 20 นาที วันละ 3 ครั้ง
- ระวังการอักเสบของหลอดเลือดบริเวณแขนข้างที่ผ่าตัด
- ระวังการสัมผัสสิ่งสกปรกที่ อันเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ล้างมือด้วยสบู่และน้ำทุกครั้ง ภายหลังจากเข้าห้องน้ำ
- ประเมินการทำงานของหลอดเลือดบริเวณที่ทำการผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้หูแนบฟังเสียงบริเวณที่ผ่าตัดจะพบเสียงฟู่ๆ และเมื่อใช้ปลายนิ้วสัมผัสจะพบการสั่นบริเวณผิวหนังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายหลังเป็นลมหมดสติหรือความดันโลหิตต่ำ
- งดสวมใส่เครื่องประดับ งดเจาะเลือด ให้สารน้ำและวัดความดันโลหิตแขนข้างที่ผ่าตัดเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดต่อหลอดเลือดดำ
- งดยกของหนักในแขนข้างที่ผ่าตัด และ ระวังการกระทบกระแทกบริเวณแขนข้างที่ผ่าตัด
- หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่รัดบริเวณแขน ระวังการนอนทับแขนข้างที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันการกดทับทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก
- มาตรฐานติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ
- อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด
 - ประเมินการทำงานของหลอดเลือดบริเวณที่ทำการผ่าตัดไม่พบ เสียงฟู่ๆ หรือการสั่นบริเวณผิวหนัง
 - พบอาการผิดปกติได้แก่ มือเย็น มีอาการเปลี่ยนสีบริเวณปลายมือ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณผ่าตัด มีเลือดออกมาก หรือมีสิ่งคัดหลังผิดปกติไหลซึมจากแผลผ่าตัด
 - มีไข้ หนาวสั่น โดยไม่ทราบสาเหตุ
 - แขนข้างที่ผ่าตัด มีอาการบวม แดง
 - พบอาการผิดปกติภายหลังใช้งานเพื่อพอกเลือดได้แก่ ปวดบริเวณปลายมือเมื่อทำการพอกเลือด บริเวณที่แทงเข็มเพื่อพอกเลือด กตัญญูยากต้องใช้เวลาในการกดนานขึ้นเรื่อยๆ อัตราการพอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียมลดลงอย่างต่อเนื่อง

5. ประเมินความรู้ความเข้าใจ จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามผู้ป่วย เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วย และญาติซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณที่ใส่สายสวน AVF หลังผ่าตัดเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นผู้ป่วยไตวายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วยบกพร่องจากสภาวะของโรค
2. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้านเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลสายสวน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด AVF

เกณฑ์การประเมิน

1. บริเวณผ่าตัด AVF ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อได้แก่อาการปวด บวมแดง ร้อน มีหนองไหล
2. อุณหภูมิร่างกายไม่สูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย หากมีอุณหภูมิสูงกว่า 37.5° C ควรซักประวัติ ประเมินร่างกาย และรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ
2. ประเมินความผิดปกติที่แสดงถึงอาการติดเชื้อบริเวณรูเปิดของสายสวน AVF เพื่อพอก เลือด ได้แก่ อาการปวด บวมแดง ร้อน มีหนองไหลจากบริเวณรูเปิดของสายสวน AVF เพื่อพอกเลือด
3. ให้คำแนะนำ ทบทวนการดูแลแผลผ่าตัดและบริเวณใส่สายสวนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
 - 1) ดูแลความสะอาดบริเวณที่ใส่สายสวนให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เปลี่ยนผ้าปิดแผลเมื่อ เปียกชื้น หรือสกปรก
 - 2) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งที่จะมีการสัมผัสกับสายหรือ เปลี่ยนผ้าปิดแผล เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
 - 3) ระวังระวังบริเวณที่ใส่สายสวนไม่ให้เปียกชื้นในขณะอาบน้ำ งดลงแช่น้ำหรือเข้าเซาว์น่า เพราะความเปียกชื้นบริเวณที่ใส่สายเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ
 - 4) ใช้ 2% chlorhexidine in alcohol 70%, chlorhexidine aqueous หรือ 10% povidone iodine ทำความสะอาดรอบๆบริเวณที่ใส่สายก่อนปิดผ้าปิดแผลปิดแผลด้วย transparent dressing หรือ ผ้าก๊อซและเทป เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
 - 5) งดแกะเกาบริเวณรอบนอกแผลเพราะอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้
 - 6) ในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนบริเวณขาหนีบ ระวังระวังเรื่องความสะอาดเป็นพิเศษในช่วงที่มี การขับถ่าย ปัสสาวะ และ อุจจาระ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสสิ่งสกปรก
4. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติบริเวณที่ใส่สายสวน AVF และบริเวณแผลผ่าตัด อย่างสม่ำเสมอ ควรรีบมาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการแสดงของอาการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น หรือมีอาการ บวม แดง ร้อน บริเวณผ่าตัด

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเห็นความสำคัญของการใช้หลักวิธีการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (aseptic technique) เพื่อลดอัตราเสี่ยงในการ ติดเชื้อภายหลังผ่าตัด

6. ให้คำแนะนำส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ แนะนำผู้ป่วยในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามสถานะของโรค และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพ แข็งแรง ป้องกันการติดเชื้อ

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติจากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

8. แจกคู่มือในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วย บางส่วนที่เป็นผู้สูงอายุอาจลืมคำแนะนำต่างๆได้ การมีคู่มือจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ ตรงกันและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

9. แนะนำการมาตรวจฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติสามารถติดต่อได้ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไร้พลังอำนาจ สูญเสียภาพลักษณ์และคุณค่า ในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยวางแผนผ่าตัดเปลี่ยนจากการใส่สายสวนชั่วคราวเป็นแบบถาวรเพื่อหลีกเลี่ยง
2. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บ่นว่ารู้สึกท้อแท้เป็นภาระของคนอื่น ไม่อยากผ่าตัดซ้ำ ๆ เหมือนครั้งที่ผ่าน มาอีก

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการวางแผนการดูแลตนเองได้ ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและให้ความร่วมมือ ในการรักษา
2. สามารถบอกถึงการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด AVF มีส่วนร่วมในการ วางแผนการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำปรึกษาเพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัด ใส่สายสวนระยะยาวเพื่อหลีกเลี่ยง และการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ พร้อมกับกระตุ้น และสนับสนุนผู้ป่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง และความเจ็บป่วย โดย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ข้อข้องใจ

2. สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกไร้พลังอำนาจ การสูญเสียภาพลักษณ์ ตนเองไร้ค่า เช่น การแยกตัว การไม่ร่วมมือในการรักษา และประเมินว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการรักษาและขั้นตอนการปฏิบัติในการรักษา ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ต้องการ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงการวางแผนในการดูแลตนเอง และวิธีการดูแล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการ แสดงความคิดเห็น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา

5. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ค้นหาบทบาท ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษา และ ความเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของ ผู้ป่วย เพื่อให้ เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย

6. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยได้รู้จักกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ที่สามารถปรับตัวได้ดีมีพฤติกรรมสุขภาพดี มาเป็น แบบอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีกำลังใจ ยอมปฏิบัติตาม ตามแผนการ รักษา

7. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ที่จะ ปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ บุคลากรและญาติควรให้กำลังใจ และสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวได้ต่อไป

8. ชี้ให้เห็นผลดีของการรักษาโดยการให้ทราบผลการวัดความดันโลหิต ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ อาการต่างๆที่ดีขึ้น เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงผลดีของการดูแลตนเอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้ม ขณะรอตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทตามพยาธิสภาพของโรค และ ได้รับการ พอกเลือด

2. ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียภายหลังพอกเลือด

3. ผู้ป่วยสูงอายุ

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure) น้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพแรกรับ ร่วมกับประเมินลักษณะทางกายภาพภายนอก เช่น ลักษณะการ ทรงตัว ลักษณะการเดิน กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ควรเปลี่ยนเป็นรถ นั่งขณะผู้ป่วยรอ

ตรวจ กรณีผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure) น้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ควรปฏิบัติดังนี้

- 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนเปลนอน ยกปลายเท้าสูงกว่าระดับหัวใจ
- 2) ขณะรอตรวจ ฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินอาการผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที ตามความเหมาะสม
- 3) รายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ
2. ชักประวัติการรับประทานยาลดความดันโลหิต ก่อนฟอกเลือด และรายงานแพทย์ทราบ
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติขณะรอพบแพทย์ ถ้ามีอาการหน้ามืด ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ให้แจ้งพยาบาลผู้ดูแลทันที
4. ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ตรวจอย่างใกล้ชิด
5. ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน กรณีผู้ป่วยมีการ ส่งตรวจต่อที่หน่วยงานอื่น ประสานงาน เพล หรือ รถนั่งเพื่อส่งต่อผู้ป่วย ตามความเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก (deep vein thrombosis) จากการผ่าตัด AVG

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัด AVG เพื่อฟอกเลือด
2. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตันชั้นลึกภายหลังผ่าตัด

AVG

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก แขนข้างที่ทำ AVG เพื่อ ฟอกเลือด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก
2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก ได้แก่ อาการขาบวม ปวด คล้ำได้ หลอดเลือดเป็นลำแข็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน
2. แนะนำผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่ใส่สบาย หลีกเลี่ยงการงอหรือพับแขน เพื่อลดความ เสี่ยงจากภาวะสายสวนอุดตัน และภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก

3. หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงทับข้างที่ใส่สายสวน AVG เพื่อป้องกันการกดเบียด ซึ่งอาจ ทำให้สายอุดตันได้

4. ทบทวนและให้ผู้ป่วยอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถาม ข้อข้องใจก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

5. แนะนำการมาตรวจฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ สามารถติดต่อได้ที่ต่อได้ที่ห้องตรวจฉุกเฉิน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ถึง การดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อเป็นโรคไตได้

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัว จากกาสอบถาม และสังเกตพฤติกรรม เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งอาการแสดงที่ควรสังเกต และรายงาน ให้ทราบ

3. แนะนำการบริโภคอาหารและน้ำ โดยชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นของการจำกัดอาหาร และน้ำตามแผนการรักษา ตามคำแนะนำดังนี้

1) ในรายที่จำกัดน้ำ สอนการตวงและบันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออกอย่างละเอียด และถูกต้อง โดยใช้ภาชนะที่มีปริมาตรกำหนดปริมาณน้ำ เช่นกระบอกน้ำที่มีระดับในการแสดงปริมาณ น้ำ เพื่อให้ได้ค่าที่แน่นอนในการตวงวัด

2) ในรายที่จำกัดโปรตีน แนะนำการรับประทานโปรตีนชนิดที่ให้คุณค่าทางโภชนาการสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ซึ่งประกอบด้วยกรดอะมิโนจำเป็น โดยให้รับประทานเนื้อปลาเป็นหลัก งดรับประทานไข่แดง เนื่องจากมีฟอสฟอรัส และคอเรสเตอรอลมาก งดนม และ ผลิตภัณฑ์จากนม เนื่องจากมีฟอสฟอรัสสูง งดโปรตีนจากพืช เช่นถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์จากถั่ว เนื่องจากโปรตีนสูง แต่คุณภาพต่ำ และมีโปแตสเซียมสูง

3) จำกัดเกลือ โดยจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร 1-2 กรัมต่อวัน หรือเท่ากับน้ำปลา 2.5-5 ช้อนชาต่อวัน หรือเกลือแกง 1-2 ช้อนชาต่อวัน การรับประทานเค็มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังทำให้กระหายน้ำจึงต้องดื่มน้ำบ่อย เสี่ยงต่อการเกิดน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน งดเติมเกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหาร และรับประทานอาหารสดแทนอาหารที่ผ่านกระบวนการถนอม อาหาร 4) งดผักและผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง

- ผักที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ มะเขือเทศ บร็อคโคลี่ แครอท ฟักทอง มันเทศ มัน ถั่ว ต่างๆ

- ผลไม้ที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ กัลยัม ส้ม ฝรั่ง ลูกพรุน ทูเรียน มะขาม 4. แนะนำให้ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง โดยดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ทำใจให้สบาย หลีกเลี่ยงความเครียด

5. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอธิบายถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษา

6. ประเมินผลความรู้และการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้กำลังใจเพื่อให้สามารถจัดการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การประเมินผลการพยาบาล ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือด โดยการสอบถามผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยทบทวนแนวทางการปฏิบัติ ตัวเมื่อกลับไปบ้าน ประเมินความกลัว และความวิตกกังวลจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย สอบถามถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด

ในระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด (follow up – post operative care) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลสายสวนระยะยาวเพื่อ ฟอกเลือดมีความจำเป็นยิ่ง เนื่องจากปัจจุบันพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมมีปัญหาเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของ vascular access ถึงร้อยละ 15-2065 พยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติพยาบาลในบริเวณที่ผู้ป่วยที่ทำ AVG เพื่อฟอกเลือด ประเมินความผิดปกติจากการสังเกต ตรวจร่างกาย และประสานงานกับทีมแพทย์อย่างเร่งด่วนเมื่อเริ่มพบปัญหา เช่น มีอาการบวมแดงหรือมีความผิดปกติบริเวณที่ผ่าตัด ประเมินการเกิดภาวะตีบตันจากการสอบถามข้อมูล และประเมิน การใช้งานหลังผ่าตัด ก่อนที่จะเกิดการอุดตันของสายสวน

ในกรณีผู้ป่วยมาฉุกเฉิน เช่น มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ไม่สามารถฟอกเลือดได้ มีหนอง หรือสิ่งผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัด เป็นต้น พยาบาลควรประเมิน ผู้ป่วยอย่างทันทีว่งที่ โดยการประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติให้การ ดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นอย่างเหมาะสมตามอาการนั้นๆและ รายงานแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ประจำวันที่ออกตรวจรับทราบ

บทที่ 4

กรณีศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 66 ปี มารับการตรวจที่คลินิกโรคหลอดเลือดวันที่ 16 มีนาคม 2566

อาการสำคัญ มาตรวจตามนัด หลังรับการผ่าตัดแก้ไขอาการ Infected pseudo aneurysm ซึ่งเกิดหลังการผ่าตัด Left brachiocephalic arteriovenous fistula. (BC AVF) ปัจจุบันแผลแห้งหายดีแล้ว ต้องการทำการผ่าตัดทำเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดชนิดถาวรใหม่

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2562 หลังป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำการฟอกเลือดล้างไต ได้ไปรับการผ่าตัดทำ Left brachiocephalic arteriovenous fistula. (BC AVF) ที่โรงพยาบาลราชวิถี

พ.ศ. 2564 เกิด Infected pseudo aneurysm Left AVF เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการรักษาด้วยการทำ Resected pseudo aneurysm with interposition graft with polyte trifluoroethylene (PTFE) Right arm เมื่อ วันที่ 31 ตุลาคม 2564

พ.ศ. 2565 เกิด perigraft fluid collection เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการทำ Re interposition graft เมื่อ 17 พฤษภาคม 2565 ต่อมาเกิด Thrombosed along AVBG ในเดือน กรกฎาคม 2565 แพทย์ได้ Off graft และได้ทำ Tunneled cuffed venous catheters Left Internal jugular vein เพื่อเป็นเส้นฟอกเลือด แผลที่แขนขวาหลัง Off graft มีการติดเชื้อได้รับการรักษาทำแผลและ skin graft ที่แขนขวา ปัจจุบันแผลแห้งดีแล้ว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และพบ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแต่ปี พ.ศ.2560 รับยาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รับการฟอกเลือดล้างไตที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง คือวันอังคาร พุธ สבת และวันเสาร์ เคยผ่าตัดทำเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดปี 2562, 2564

ปฏิเสธรักษาพยาบาลและอาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาเป็นโรคเบาหวาน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ

1. ภาวะสุขภาพ

ผลการประเมินแบบแผนสุขภาพ

รูปร่างสมส่วน ไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย บางครั้งรู้สึกแน่นๆหน้าอก ต้องลุกนั่งสักพัก อากาศทุเลาถึงนอนได้ ปกติรับประทานยารักษา โรคสมาธิสมาธิ ไม่ขาดยา ถ้ามีอาการเจ็บป่วยจะมาโรงพยาบาล ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด

2. ภาวะโภชนาการ

รับประทานอาหารธรรมดา ตรงเวลา เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ผลตรวจร่างกายช่องปาก คอ ฟัน ผิวน้ำ ข่องท้องปกติ

3. การขับถ่าย

การขับถ่ายอุจจาระปกติ ปัสสาวะออกน้อยมาก

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะอยู่บ้านช่วยเหลือตนเองได้

5. การพักผ่อนนอนหลับ

นอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง หลับไม่สนิทวิตกกังวลกลัวเรื่องโรคที่เป็น

6. สถิติปัญญา การรับรู้ และประสาทสัมผัส

สถิติปัญญาและการรับรู้ปกติ ระดับการศึกษาจบประถมศึกษาปีที่ 6 การมองเห็นและการได้ยินปกติ

7. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้

รับรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยครั้งนี้ ให้ความร่วมมือในรักษา ยอมรับการเจ็บป่วยและรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่อง วิตกกังวลกลัวทำเส้นไม่ได้ ฟอกเลือดไม่ได้ กลัวมีภาวะแทรกซ้อนต้องผ่าตัดเอาออกเหมือนครั้งก่อน

8. เพศและการเจริญพันธุ์

ปกติ

9. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวดี สามีทำงานรับซ่อมรถจักรยานยนต์อยู่กับบ้าน มีลูกสาว 1 คน แยกครอบครัวไปแล้วแต่ยังดูแลช่วยเหลือค่าใช้จ่าย

10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด

มีความวิตกกังวล กลัวผ่าตัดทำเส้นแล้วจะเป็นเหมือนครั้งก่อน ปรีกษาสามีและมีสามีคอยดูแล

11. ศาสนา

นับถือศาสนาพุทธ

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างผอม คอซีด เดินเองได้ น้ำหนัก 60 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/56 มิลลิเมตรปรอท

- General Appearance : Alert
- HEENT : normal
- Chest : Clear
- Heart : Irregular Heart rate Invert T at V1-V2 No Chest pain
- Abdomen : Soft
- Extremities : no pitting edema
- Skin : Normal
- Lymph node : no palpable lymph nodes
- Neurological : Consciousness Alert

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
CBC: WBC = 8920 /mm ³ ,Neutrophils = 74.5 % , Lymphocyte=13.0 % , Platelet = 142,000 /mm ³
Chemistry : FBS= 95 mg/dL , BUN=48 mg/dL , Creatinine= 6.33 mg/dL , eGFR = 7.00 Electrolyte Sodium=138 mmol/L , Potassium= 5.3 mmol/L , Cl= 98 mmol/L , CO2= 24 mmol/L ,LDL = 50
HBsAg = Negative, Anti HIV =Negative, Anti HVC = Negative

ระยะเตรียมก่อนผ่าตัด (วันที่ 16 -30 มีนาคม 2566)

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด เนื่องจากเคยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำผ่าตัดครั้งก่อนและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านฐานะเศรษฐกิจ ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์วางแผนผ่าตัดทำ Right forearm loop AVBG(ต่อลง Basilar vein) Under Local anesthesia ให้ผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ในวันที่ 2 เมษายน 2566 เพื่อฟอกเลือด
2. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บ่นว่ารู้สึกท้อแท้ ไม่อยากผ่าตัดซ้ำๆ กลัวเกิดหลอดเลือดอุดตัน ต้องนำ graft ออกและทำแผลนาน เกิดแผลเป็นขนาดใหญ่ที่แขนซ้าย
3. ผู้ป่วยบอกว่า ตอนนี้ รายได้สามีทำงานรับจ้างซ่อมรถจักรยานยนต์ รายได้ไม่มาก ค่าครองชีพสูง กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องมารับการรักษาต่อ จะกระทบต่อสถานะการเงินของครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยแนะนำตนเอง และบุคลากรในทีมดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ
3. ประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วย และครอบครัว ประเมินความรู้ความเข้าใจแผนการรักษา ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิด และสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะตอบ
4. อธิบายกระบวนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการและกระบวนการผ่าตัดทำเส้นแบบ AVG การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม
5. พรีกษาแพทย์เจ้าของไข้ ถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจสถานะของผู้ป่วยเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจสถานะของผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัด ประสานงานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อพิจารณาช่วยเหลือในเรื่องค่ารักษาพยาบาล
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการวางแผนในการดูแลตนเองร่วมกันกับครอบครัว มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน แนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพ เรื่องการงดอาหารเค็มและไขมันสูง เนื่องจากผู้ป่วยชอบรับประทาน

อาหารเสริม แนะนำทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ และออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และการสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการผ่าตัดซ่อมหลอดเลือดเพื่อพอกเลือด

7. ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว แนะนำและให้ข้อมูลกับญาติในเรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ต่อความเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาพยาบาล ให้กำลังใจผู้ป่วย และญาติ
 8. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
- การประเมินผล** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้า สดชื่นขึ้น ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังต้องรับการพอกเลือดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
2. เวลาสนทนาสีหน้าไม่สดชื่น บ่นว่ารู้สึกท้อแท้เป็นภาระของคนอื่น อยู่บ้านทำงานอะไรไม่ไหว ช่วยงานสามีไม่ได้
3. บ่นไม่อยากผ่าตัดซ้ำๆ หลังผ่าตัดทำเส้นภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ทำเส้นครั้งแรกเกิดภาวะแทรกซ้อน และแผลติดเชื้อ ปัจจุบันแผลเป็นขนาดใหญ่ที่แขนซ้าย ปัจจุบันมีการแทงเส้นสำหรับพอกเลือดที่คอ ต้องใส่เสื้อปิดตลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยสังเกตพฤติกรรมและซักถาม ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการพยายาม ปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อชะลอภาวะของโรคอย่างเหมาะสม
2. สร้างบรรยากาศในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า พุดชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ชื่นชมญาติที่ใส่ใจและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย
4. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย
5. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้รู้จักกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่สามารถปรับตัวได้ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดี เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเสริมอำนาจให้ผู้ป่วยยอมรับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีกำลังใจยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา

6. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา ซึ่งให้เห็นผลดีของการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา
7. ให้กำลังใจผู้ป่วย และญาติ สนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อไป

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สามารถบอกถึงการดูแลตัวเองภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดได้อย่างถูกต้อง เข้าใจในแผนการรักษาและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด สอบถามพยาบาลถึงการรับประทาน อาหารให้เหมาะกับโรค การปฏิบัติตัวภายหลังเป็นโรคไต และการดูแลตนเองเพื่อรักษาภาวะสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เนื่องจากความไม่สมดุลของกรดต่างในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 48 mg/dL, Creatinine 6.33 mg/dL, eGFR 7.00 Electrolyte Potassium 5.3 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลความปลอดภัยและสภาพแวดล้อม ขณะรอตรวจ
2. ตรวจประเมินสัญญาณชีพรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ
3. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่นระดับความรู้สึกตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้ามืด ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกหากพบอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลหรือมาพบแพทย์ทันที
4. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยไปรับการฟอกเลือด 1 วันก่อนมารับการผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ไม่มีอาการแสดงของอาการผิดปกติ

ปัญหาที่ 4 ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมรับการผ่าตัดของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้มีความเสี่ยงในการผ่าตัด ASA class 3

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการตรวจ EKG พบ Irregular Heart rate Invert T at V1-V2 No Chest pain

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ความจำเป็นในการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก
2. ให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและสามีรับทราบ ใ้ทั้งดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด รับประทานยาควบคุม โรคประจำตัวเข้าวันผ่าตัด (ยกเว้นยาโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำ และอาหาร) รับประทานยา ร่วมกับน้ำไม่เกิน 30 มล. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และตอบอธิบายเพิ่มเติม
3. ให้เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และ แนะนำคลิปวิดีโอเพื่อทบทวน การปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน
4. สอนการบริหารหลอดเลือดด้วยวิธีการบีบลูกบอลเล็ก วันละ400ครั้ง
5. ให้ลงนามยินยอมรับการผ่าตัด
6. ประสานนัดพบอายุรแพทย์ และวิสัญญีแพทย์เพื่อร่วมประเมินวางแผน ให้การดูแลก่อนผ่าตัด
7. จัดเตรียมเอกสาร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับเตรียมผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยและสามีเข้าใจการเตรียมและการปฏิบัติตัว ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยในวันมาตรวจตามนัดเพื่อพบวิสัญญี และพบ อายุรแพทย์ ในวันที่ 30 มีนาคม 2566 โดยอายุรแพทย์ให้ทำการผ่าตัดได้ ให้พอกเลือดก่อน 1 วันก่อนมารับการผ่าตัด ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด นัดวันผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2 เมษายน 2566

วันที่ 2 เมษายน 2566 08.30 น. ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล สีหน้ายังคงกังวล พุดคุยให้กำลังใจ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เบิกยา Cefazolin 1 กรัมพร้อมพาผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right forearm loop AVBG Under LA เวลา 10.30 – 11.45 น. ระหว่างผ่าตัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 121/63 – 139/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 – 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที หลังผ่าตัดได้รับการเฝ้าประเมินและสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการ จะถึงเวลา 16.30 น. ไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์ให้กลับบ้านได้ รับประทานยาไปรับประทานที่บ้าน คือ Paracetamol (500 mg) รับประทาน 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 20 เม็ด Cephalexin (250 mg) รับประทาน 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งก่อนอาหารเช้า- เย็น และ Tramadol HCL cap (50 mg) รับประทาน 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวด และนัดตรวจติดตามผลการผ่าตัด 10 เมษายน 2566

ระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด (3- 10 เมษายน 2566)

วันที่ 3 เมษายน 2566 ได้โทรศัพท์ติดตามผลการผ่าตัด 24 – 48 ชั่วโมง ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ปัญหาที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 24 -48 ชั่วโมงแรก เช่น ตำแหน่งการเชื่อมต่อตีบตัน เลื่อนหลุด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไตวายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วยบกพร่องจากสภาวะของโรค หลังรับการผ่าตัด Right forearm loop AVBG ผลบริเวณแขนข้างซ้าย ไม่มี Bleed ซึม
2. เคยมีประวัติได้รับการผ่าตัด AVBG Left arm แล้วเกิด Thrombosed along AVBG หลังแพทย์ Off graft กลับไปบ้านญาติทำแผลเอง เกิด Infected

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการพันงอแขน และเคลื่อนไหวแขนซ้ายๆ และให้ยกแขนข้างที่ผ่าตัดสูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกมากบริเวณแผลผ่าตัด และลดอาการบวม
 - 1.1. ด้านการดูแลแผล
 - 1.1.1.แนะนำการดูแลรักษาความสะอาดรอบๆบริเวณที่ทำผ่าตัด แนะนำให้ไปรับการทำแผล ทุกวันที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน สังเกตประเมินบริเวณที่ผ่าตัดทุกครั้ง ที่มีโอกาสเปิดผ้า ปิดแผล
 - 1.1.2.ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งที่จะมีการสัมผัสแผล หรือ เปลี่ยนผ้าปิดแผล เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
 - 1.1.3.ระมัดระวังบริเวณแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกชื้นในขณะอาบน้ำ งดลงแช่น้ำ หรือ เข้าเซาว์น่า เพราะความเปียกชื้นบริเวณที่ใส่สายเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ
 - 1.2. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น แนะนำ
 - 1.2.1. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมากในระยะหลังผ่าตัดใหม่ ๆ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และการฉีกขาดของบาดแผลบริเวณที่ทำผ่าตัด ระมัดระวังการกระทบกระแทกบริเวณ แขนข้างที่ทำผ่าตัด
 - 1.2.2. ประเมินการทำงานของหลอดเลือดบริเวณที่ทำการผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้หูแนบ ฟังเสียงบริเวณที่ผ่าตัดจะพบเสียงฟู่ๆ และเมื่อใช้ปลายนิ้วสัมผัสจะพบการสั่นบริเวณ ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง
 - 1.2.3. งดสวมใส่เครื่องประดับ งดเจาะเลือด ให้สารน้ำและวัดความดันโลหิตแขนข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดต่อหลอดเลือดดำ งดยกของหนักในแขนข้างที่ทำผ่าตัด และ ระมัดระวังการกระทบกระแทกบริเวณแขนข้างที่ทำผ่าตัด

1.2.4. หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่รัดบริเวณแขน ระวังระวังการนอนทับแขนข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการกดทับทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก

1.2.5. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยและสามีรับทราบ เข้าใจ แจ้งว่าจะไปทำแผลที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านและตอบได้ถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทำ AVG

ปัญหาที่ 2 ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

บ่นปวดแผลผ่าตัดบริเวณแขน ประเมิน pain Score ได้ 6 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำให้รับประทานยา Paracetamal (500 mg) 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง และ Tramadol HCL cap (50 mg) 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง หากไม่ทุเลา
2. แนะนำนอนยกแขนสูงระดับหัวใจ และพักผ่อนมากๆ หากรับประทานยาแล้วไม่ทุเลา ปวดมากผิดปกติให้มาพบแพทย์

การประเมินผล

หลังโทรกลับไปติดตามอาการ ผู้ป่วยปวดแผล ลดลง pain Score 2 - 3 คะแนน

10 เมษายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำจากการได้รับการผ่าตัด เชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเคยมีประวัติเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลังรับการผ่าตัด interposition graft with polyte trifluoroethylene (PTFE) Right arm หลังการผ่าตัดครั้งนี้ ผู้ป่วยบอกว่ามีชาแขน ปวดแขน ปวด ลึกลง เป็นบางครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำได้แก่ อาการชา บวม ปวด คลำตุร้อน คลำได้หลอดเลือดเป็นเส้นแข็ง
2. สอน และแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การบริหารแขน มือเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการไหลเวียน

เลือดจากส่วนปลาย หลีกเลี้ยงพับ หรืออแขน ป้องกันไม่ให้ Graft หัก พับ งอ หลีกเลี้ยงการนอนตะแคงพับแขนข้างที่ผ่าตัดเพื่อพอกเลือด

3. ทบทวนและให้ผู้ป่วยอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย สอบถาม ข้อข้องใจ
4. แนะนำการมาตรวจดูเงินกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ สามารถติดต่อได้ที่ห้องตรวจดูเงิน

การประเมินผล ไม่พบอาการผิดปกติ ที่แสดงถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

จากการประเมินตั้งแต่ระยะเตรียมก่อนผ่าตัด และระยะติดตามต่อเนื่องหลังผ่าตัด ปัญหาต่างๆได้รับการพยาบาลดูแลแก้ไข ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์นัดตรวจอีกครั้ง 26 พฤษภาคม 2566

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 66 ปี โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รับยาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รับการพอกเลือดล่างไตที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง คือวันอังคาร พุธ สดดี และวันเสาร์มารับการตรวจตามนัด หลังรับการผ่าตัดแก้ไขอาการ Infected pseudo aneurysm ซึ่งเกิดหลังการผ่าตัด Left brachiocephalic arteriovenous fistula. (BC AVF) ต้องการทำการผ่าตัดทำเส้นเลือดสำหรับใช้ในการพอกเลือดชนิดถาวรใหม่ แพทย์วางแผนทำการผ่าตัด Right forearm loop AVBG(ต่อลง Basilar vein) Under Local anesthesia แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ในวันที่ 2 เมษายน 2566 จากการประเมินผู้ป่วย ณ คลินิกตรวจรักษาโรคหลอดเลือด

ระยะเตรียมก่อนผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาลคือ

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด เนื่องจากเคยมีภาวะแทรกซ้อนหลังการทำผ่าตัดครั้งก่อนและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านฐานะเศรษฐกิจ

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และคุณค่าในตนเอง

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เนื่องจากความไม่สมดุลของกรดต่างในร่างกาย

ปัญหาที่ 4 ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมรับการผ่าตัดของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการผ่าตัด ASA class 3

ระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาลคือ

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 24 -48 ชั่วโมงแรก เช่น ตำแหน่งการเชื่อมต่อตีบตัน เลื่อนหลุด

ปัญหาที่ 2 ปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำจากการได้รับการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG)

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาซึ่งได้รับการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) แบบ One day surgery พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมาก รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ทั้งนี้จากประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับ ทำให้รู้สึกท้อแท้และรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ประกอบกับการวางแผนการรักษาผ่าตัดแบบไม่พักค้างรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน อาจมีผลต่อความวิตกกังวล และโอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ประเมินปัญหา วางแผนให้การพยาบาลและป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้คำแนะนำส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ในกรณีศึกษานี้การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยต้องกระชับและเน้นย้ำการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านและต้องมีการติดตามประเมินอาการหลังผ่าตัด โดยการโทรศัพท์สอบถามประเมินปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและการดูแลหลังการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดเพื่อฟอกเลือดหลังผ่าตัด รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพหลังผ่าตัดครั้งนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยเคยทำผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดแบบถาวรที่แขนซ้ายแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนหากการผ่าตัดที่แขนขวาครั้งนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนอีก จำไม่สามารถกลับมาใช้งานได้ นอกจากผู้ป่วยต้องรับการรักษาเพื่อแก้ไขแล้ว ทางเลือกในการทำช่องทางฟอกเลือดถาวรของผู้ป่วยจะลดลง ดังนั้น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัดจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดี การสอนผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ก่อนนัด เช่น ฟังเสียงฟู่ไม่ได้ คลำได้เส้นเป็นลำแข็ง ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้สูญเสียเส้นแบบถาวรเพื่อฟอกเลือดได้ นอกจากนี้ ด้วยสภาพอาการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วย มีผลต่อจิตใจของทั้งตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้ในการรักษาพยาบาล และกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การประเมินเศรษฐกิจสถานะ และให้การช่วยเหลือ ประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา เช่น การประสานงานส่งไปทำแผลหลังผ่าตัดที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน และวางแผนการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในอนาคต

ร่วมกับการให้กำลังใจ ผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะช่วยลดความวิตกกังวลและลด อุปสรรคในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำคู่มือ หรือแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตชนิดถาวร ครอบคลุมทุกชนิดเพื่อให้พยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน
2. ควรมีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตชนิดถาวรที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำมาวิเคราะห์ หาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ครอบคลุมทุกระยะในการเข้ารับการรักษา

บทที่ 5

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล่างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ซึ่งเป็นการผ่าตัดหลอดเลือดชนิดถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเตรียมรับการรักษา การเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่ต้องเผชิญหลังผ่าตัด และโดยเฉพาะปัจจุบัน การผ่าตัดทำหลอดเลือดมีแนวโน้มที่จะมีแผนการรักษาผ่าตัดแบบไม่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่จะเป็นแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery/ODS) ดังนั้นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยจึงควรละเอียด รอบคอบ เริ่มตั้งแต่การให้บริการตรวจรักษา ตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะการเตรียมผ่าตัดและติดตามผลการรักษา ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การวางแผนผ่าตัดจนถึงการตรวจติดตามผลในระยะหลัง ผ่าตัด สามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยได้เป็น 2 ระยะคือ การพยาบาลในระยะเตรียมก่อนเข้ารับการผ่าตัดและการพยาบาลระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด พบปัญหาจากการประเมินผู้ป่วย และมี แนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาดังนี้

ระยะเตรียมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและตอบข้อซักถาม ในสิ่งที่กังวล การให้ข้อมูลที่ชัดเจน แจ่มแจ้งให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบถึงโอกาสที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันด้านพยาธิ สรีระ อธิบายกระบวนการติดตามประเมินอาการหลังผ่าตัดของผู้ป่วย เน้นการปฏิบัติตนดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ให้ข้อแนะนำ ตอบเพิ่มเติมเมื่อเกิดข้อสงสัย จะช่วยเพิ่มความมั่นใจ และคลายความวิตกกังวลได้
อาจเกิดการงด-เลื่อนผ่าตัดจากการที่ผู้ป่วยเตรียมตัวไม่พร้อม จากไม่ได้งดยา ไม่ได้ล้างไต มาก่อนผ่าตัด	การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและสามี เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย การให้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกด้านที่ต้องการทราบ จะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา การให้เอกสารคำแนะนำในการเตรียมตัว และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

	สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันได้ประสานกับสหวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องและติดตามร่วมดูแลประเมินอาการ ติดตามโทรศัพท์ประเมินอาการและเน้นย้ำการปฏิบัติตน การไปรับการฟอกเลือดก่อนผ่าตัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการผ่าตัดไปได้ด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
--	--

ระยะติดตามตรวจหลังการผ่าตัด

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการอุดตันของหลอดเลือด	การชวนผู้ป่วยพูดคุยโดยการสอบถามการปฏิบัติตน ภายหลังผ่าตัด และอาการผิดปกติขณะอยู่บ้าน ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมขณะพูดคุย ทำให้สามารถประเมินทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน โดยเน้นย้ำการดูแลรักษา การสังเกตอาการผิดปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดซ้ำ

จากกรณีศึกษา จะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดให้ การพยาบาลประเมินปัญหา แก้ไขส่งเสริมเพิ่มความสามารถในการปรับตัว ส่งเสริม และสนับสนุนการดูแล สุขภาพของผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงการดูแลสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด การส่งต่อข้อมูล และ ประสานงานกับทีมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ครอบคลุมปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัดที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจำภาวะแทรกซ้อน

บรรณานุกรม

1. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของประเทศไทย ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ.2566].
2. ประเสริฐ ธรกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2555;3:5-18.
3. ศุภดิวัน พิทักษ์แทน. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายไต : กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562;33(3):589-99.
4. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. รายงานสถิติผู้ป่วยโรค พ.ศ. 2565. พระนครศรีอยุธยา : โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา; 2565.
5. รวีวรรณ พงศ์พัฒน์พัชร, อรวมน ศรียุกต์ศุทธ, จงจิต เสน่หา, นพพร ว่องสิริมาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(1):52-61.
6. ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, ฉัตรสุดา เอื้อมานะพงษ์, บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลโรคไต; 2558.
7. โสมพันธ์ เจือแก้ว, ศิราณี เครือสวัสดิ์. คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยโรคไตวายที่มารับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.พ.2566]. เข้าถึงได้จาก:
https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/215/sins_nursing_manual_2558_03.pdf.

ภาคผนวก

- เอกสารรับรองโครงการการศึกษาวิจัย
- ประวัติผู้รับผิดชอบโครงการการศึกษาวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
 46 หมู่ 4 ต.ประตู่ชัย อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ 035-211888 ต่อ 2318
 E-Mail echrd.ayh@gmail.com

เอกสารรับรองโครงการการศึกษาวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล่างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft : AV - GRAFT) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

เลขที่โครงการกรณีศึกษา: 025/2566

ผู้รับผิดชอบหลัก : ศศี ศรีโชติ

สังกัดหน่วยงาน : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วิธีทบทวน : คณะกรรมการพิจารณาทบทวนแบบลดขั้นตอน (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ไม่ต้องส่งรายงานความก้าวหน้าหากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : - โครงร่างกรณีศึกษา / - ประวัติผู้รับผิดชอบโครงการการศึกษาวิจัย

ลงนาม.....

(ดร.พญ.ประกายทิพ สุศิลป์รัตน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

ลงนาม.....

(นายธีร์รัฐ พงศ์เลิศอารี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่รับรอง : 22 มีนาคม 2566

วันหมดอายุ : 21 มีนาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการการศึกษาวิจัย)

ประวัติและความรู้ความชำนาญ

ชื่อผู้วิจัย นางศศิ ศรีโชติ

โทรศัพท์ 081-819-2879

อีเมล sasee.srichote@gmail.com

หน่วยงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สถานที่ติดต่อ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

การศึกษา

- ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ สาขา -
สถาบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี จบการศึกษา เมื่อ พ.ศ. 2538
- ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา บริหารการพยาบาล
สถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จบการศึกษา เมื่อ พ.ศ. 2546

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ปี 2538 – 2562
- หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษพุทไธสวรรย์5B ปี 2563 – 2565
- หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ ปี 2565 ถึงปัจจุบัน

อนุมัติ 22 มีนาคม 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ตามประกาศโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๕

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ชื่อหน่วยงาน : นางศศิ ศรีโชติ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล.....

วัน/เดือน/ปี : ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖.....

หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล่างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

กรณีศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล่างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ซึ่งเป็นการผ่าตัดหลอดเลือดชนิดถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเตรียมรับการรักษา การเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่ต้องเผชิญหลังผ่าตัด และโดยเฉพาะปัจจุบัน การผ่าตัดทำหลอดเลือดมีแนวโน้มที่จะมีแผนการรักษาผ่าตัดแบบไม่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่จะเป็นแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery/ODS) ดังนั้นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยจึงควรละเอียด รอบคอบ เริ่มตั้งแต่การให้บริการตรวจรักษา ตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะการเตรียมผ่าตัดและติดตามผลการรักษาให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การวางแผนผ่าตัดจนถึงการตรวจติดตามผลในระยะหลังผ่าตัด สามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยได้เป็น 2 ระยะคือ การพยาบาลในระยะเตรียมก่อนเข้ารับการผ่าตัดและติดตามผลหลังผ่าตัด พบปัญหา และมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาดังนี้

ระยะเตรียมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ปัญหาที่ ๑ : ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การพยาบาล : การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและตอบข้อซักถาม ในสิ่งที่กังวล การให้ข้อมูลที่ชัดเจน แจ่มแจ้ง ให้ ผู้ป่วยรับทราบถึงโอกาสที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันด้าน พยาธิ สรีระ อธิบายกระบวนการติดตามประเมินอาการหลังผ่าตัดของผู้ป่วย เน้นการปฏิบัติตนเองภายหลังผ่าตัดในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ให้ข้อแนะนำ ตอบเพิ่มเติม เมื่อเกิดข้อสงสัย จะช่วยเพิ่มความมั่นใจ และคลายความวิตกกังวลได้

ปัญหาที่ ๒ : อาจเกิดการงด-เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่พร้อม จากไม่ไต่งดยา ไม่ได้ล้างไตก่อนผ่าตัด

การพยาบาล : การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและสามี เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย การให้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกด้านที่ต้องการทราบ จะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา การให้เอกสารคำแนะนำในการเตรียมตัวและสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสามารถส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันได้ประสานกับสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องและติดตามร่วมดูแลประเมินอาการ ติดตามโทรศัพท์ประเมินอาการและเน้นย้ำการ

ปฏิบัติตน การไปรับการฟอกเลือดก่อนผ่าตัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการผ่าตัดไปได้ด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ระยะติดตามตรวจหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่ ๑ : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการอุดตันของหลอดเลือด

การพยาบาล : การชวนผู้ป่วยพูดคุยโดยการสอบถามการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และอาการผิดปกติขณะอยู่บ้าน ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมขณะพูดคุย ทำให้สามารถประเมินทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน โดยเน้นย้ำการดูแลรักษา การสังเกตอาการผิดปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดซ้ำ


Link ภายนอก : www.ayhosp.go.th/ayh/index.php/journal/johs.....

หมายเหตุ :

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง


(..... นวศศิ ศรั้งดี)


(..... (นางศศิธร ปางสุวรรณดี))


ตำแหน่ง..... พจนานุกรมวิชาชีพพยาบาล.....

ตำแหน่ง..... พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ.....

วันที่ เดือน พ.ศ.....

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่


(นางทพสิม พลองปลาเสริญ)

ตำแหน่ง..... หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล.....

วันที่ เดือน พ.ศ.....