บทบาทของพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิที่ผ่าตัดต่อม พาราไทรอยด์: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์

The Role of Hemodialysis Nurses in Caring for Patients with Tertiary Hyperparathyroidism Undergoing Parathyroidectomy: an Experience at Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital

วิลาวัล เปรมชื่น รภัสศา แพรภัทรประสิทธิ์* วาสนา ฬาวิน
Wilawan Premchun Raphassa Praepataraprasit* Wasana Lavin
โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สมุทรปราการ, ประเทศไทย 10540
Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

ภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงชนิดตติยภูมิ ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์แบบทั้งหมด เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage chronic kidney disease) ควรมีการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีระดับพาราไทรอยด์ในเลือด อยู่ที่ 3424.6, 1813.4, และ 2029.9 pg/ml ตามลำดับ และ หลังการผ่าตัด (30 นาที) ระดับพาราไทรอยด์ในเลือดอยู่ที่ 88.5 pg/mL หลังการผ่าตัด วันที่ 2, 8, และ 14 โดยผลเลือดอยู่ที่ 25.3, 3.0, และ 5.5 pg/ml ตามลำดับ หลังผ่าตัดผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 5 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้

กรณีศึกษาภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงชนิดตติยภูมิ (tertiary hyperparathyroidism) ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ ยังพบไม่บ่อยนักในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจใน เกี่ยวกับพยาธิสภาพของการเกิดภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติชนิดตติยภูมิที่มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง จะเป็นประโยชน์สูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย

คำสำคัญ: ภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

Tertiary hyperparathyroidism after total parathyroidectomy is a significant complication in patients with (end-stage chronic kidney disease). Nursing care plans should be developed to ensure patient safety and reduce postoperative complications.

Corresponding Author: *E-mail: raphassa.prp@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 27 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 19 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 29 พ.ย. 2568

This patient's blood parathyroid levels were 3424.6, 1813.4, and 2029.9 pg/ml, respectively. After surgery (30 minutes), the blood parathyroid level was 88.5 pg/mL. On the 2nd, 8th, and 14th days after surgery, the blood results were 25.3, 3.0, and 5.5 pg/ml, respectively. The patient was hospitalized for a total of 5 days after surgery without any postoperative complications and was discharged by the doctor.

Case studies of tertiary hyperparathyroidism undergoing parathyroidectomy are still uncommon at Ramathibodi Chakri Naruebodin Hospital. Nurses' knowledge and understanding of the pathophysiology of tertiary hyperparathyroidism caused by chronic kidney disease will be of utmost benefit in ensuring patient safety.

Keywords: Tertiary hyperparathyroidism, chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย end-stage chronic kidney disease (CKD) เกิดจากภาวะที่ไตเสื่อม ถูกทำลาย ทำให้หน้าที่การทำงานของไตในการดูดกลับ ควบคุมสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เสียสมดุล ทำให้การทำหน้าที่ไตลดลงอย่างช้าและต่อเนื่องเกิน 3 เดือน จนไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ[1] ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยใหม่เริ่มการฟอกเลือดจำนวน 13,045 ราย แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[2] เมื่อการดำเนินโรคมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลแร่ธาตุและกระดูก (chronic kidney disease Mineral and bone disorder: CKD-MBD) โดยภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[3]

ปัญหาจากฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงจากโรคไตเรื้อรังมี 2 ชนิด ได้แก่ 1) ภาวะพาราไทรอยด์สูงทุติยภูมิ (secondary hyperparathyroidism; SHT) เป็นภาวะที่ต่อมพาราไทรอยด์ถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์ออกมามากกว่าปกติจากการขาดวิตามินดี (vitamin D deficiency) และภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) และ 2) ภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิ (tertiary hyperparathyroidism, THPT) เกิดจากต่อมพาราไทรอยด์ถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์เป็นระยะเวลานาน จนสามารถหลั่งฮอร์โมนออกมาได้เอง (autonomous hyperfunction) โดยไม่ต้องมีระดับแคลเซียมหรือระดับฟอสเฟตที่ผิดปกติมาเป็นปัจจัยกระตุ้น[3] อาจพบระดับแคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติหรือปกติได้ และตรวจพบระดับวิตามินดีและฟอสเฟตต่ำ[4] ภาวะ THPT พบอัตราส่วนระหว่างเพศหญิงกับเพศชายที่ 4:1 และพบอุบัติการณ์สูงในอายุเกินกว่า 55 ปีขึ้นไป[5] ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดกระดูก (bone pain) กระดูกบาง (Osteopenia) การที่แคลเซียมไปเกาะผนังหลอดเลือด มีผลให้เกิดการขาดเลือดของอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปเลี้ยง (calciphylaxis) ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการตายได้ ในส่วนผลการตรวจ เช่น ระดับแคลเซียมในหลอดเลือดและกระดูกเสื่อมอาจเกิดขึ้นได้ในระยะที่ 3 ของ CKD และมีค่าการกรองของไตลดลง จากความไม่สมดุลแร่ธาตุและกระดูก (chronic kidney disease Mineral and bone disorder: CKD-MBD) และผู้ป่วยอาจมีอารมณ์แปรปรวน เยื่อบุตาอักเสบได้[6]

การรักษาพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับยาช่วยจับฟอสเฟต ลดปริมาณการบริโภคฟอสเฟต และให้วิตามินดี[7] เมื่อระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงเกิน 600 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตรขึ้นไป จะเริ่มได้รับ calcitriol, calcimimetics เพิ่มความถี่ของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[8] และเมื่อรักษาโดยวิธีดังกล่าวไม่ได้ผลผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ การผ่าตัดมี 4 วิธี ได้แก่ 1. Subtotal parathyroidectomy with bilateral cervical thymectomy 2. Total parathyroidectomy with autotransplantation of parathyroid tissue and bilateral cervical thymectomy 3. Total parathyroidectomy without autotransplantation of parathyroid tissue and bilateral cervical thymectomy 4. Total parathyroidectomy without autotransplantation and without and without thymectomy[9] จากการศึกษาในต่างประเทศพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 1-2 ที่ต้องได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์[10] สถิติประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทุติยภูมิและตติยภูมิ

พ.ศ. 2556-พ.ศ.2565 จำนวน 57 ราย[11] สถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าปีพ.ศ. 2563-2565 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ออกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.50 เพิ่มเป็นร้อยละ 25[12]

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเองร่วมด้วย ได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การดูแลเส้นฟอกเลือด และเมื่อฟอกเลือดเป็นเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิ เหมือนดังผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลไตเทียมมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และสามารถให้คำแนะนำ และวิธีปฏิบัติตน การส่งเสริมการจัดการตนเอง การให้กำลังใจกับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดการวางแผนก่อนกลับบ้าน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่

1. ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังการผ่าตัด Post-operative hypocalcemia พบได้ใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการชารอบริมฝีปาก เป็นตะคริวชัก เกิดกลุ่มอาการหิวกระดูก (hungry bone syndrome) ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (hypomagnesemia) พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบกระดูก ก้อนเนื้องอกของต่อมมีขนาดใหญ่ กลุ่มที่ระดับ BUN (Blood Urea Nitrogen) และ ALP (Alkaline Phosphatase; ALP) สูงก่อนผ่าตัด เป็นต้น[13]

2. การบาดเจ็บของเส้นประสาท (Recurrent laryngeal nerve injury) เป็นความผิดปกติแบบชั่วคราว อาการจะดีขึ้นเอง ก่อนผ่าตัดควรประเมินการทำงานของเส้นเสียงก่อนผ่าตัด[13]

3. แผลผ่าตัดติดเชื้อ (Wound infection) พบได้น้อยมากเนื่องจากแผลเป็น clean wound[13]

4. Hematoma พบได้โดยหากก้อนขนาดไม่ใหญ่มากทำให้เกิดอาการกลืนล้าบาก อึด อัด ปวด ได้ หรือหากก้อนใหญ่ขึ้นทำให้เกิด airway obstruction ได้ การแก้ไข ทำได้โดยให้ยาลดอาการบวมของทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจนให้เพียงพอ และนำก้อนเลือดใต้แผลผ่าตัดออก[13]

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี วินิจฉัยโรค End stage kidney disease on Hemodialysis 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทางเส้นเลือด Left Arteriovenous Fistula (AVF) มา 20 ปี ได้แก่ วันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสมุทรปราการ ตรวจพบภาวะพาราไทรอยดสูงแบบตติยภูมิ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พศ.2568 แพทย์ได้เพิ่มยาเพื่อควบคุมภาวะนี้ และแนะนำการควบคุมอาหารร่วมด้วย จากการศึกษา พบว่าก่อนผ่าตัดระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ 2029.90 pg/ml ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ได้แก่ ESRD และมีภาวะ ภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะ Anemia of chronic disease และ Critical limb ischemia (CLI) status post Rt.mid foot amputation

ยาที่ได้รับปัจจุบัน (current medication) ได้แก่ ASA (81) 1x1 po pc - Losartan (100) 1x1 po pc, Hydralazine (25) 2x3 po pc, Sodamint (300) 1x2 po pc, Calcium carbonate (350) 1x3 po pc, Calcitriol (0.25) 3 tab po x 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ Doxazocin (4) 1x2 po pc - losec (20) 1x1 po ac

อาการสำคัญ : นัดมาเพื่อผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ผลการตรวจ PTH : scan 19/10/2566 Prominent uptake in midpole of left lobe is observe Differential diagnosis is included intrathyoid parathyroid adenoma VS thyroid nodule Ultrasound FNA : 12/12/2566 intrathyroid adenoma VS thyroid nodule

ผลทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย แนวโน้มฟอสฟอรัสค่อนข้างสูงถึง 5.5 mg/dL (ค่าปกติ 2.5-4.5 mg/dL) และเมื่อได้รับการผ่าตัดฟอสฟอรัสกลับมาปกติใน 14 วันหลังการผ่าตัดระดับฟอสฟอรัส 2.5 (ค่าปกติ 2.5-4.5 mg/dL) ระดับแคลเซียมในเลือดก่อนการผ่าตัดเริ่มสูง 10.2 mg/dL (ค่าปกติ 8.4-10.2) และ มีต่ำมากในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 ระดับแคลเซียม 7.4, 7.5 mg/dL (ค่าปกติ 8.4-10.2) และเริ่มกลับมาปกติหลังผ่าตัดวันที่ 8 และ 14 ระดับแคลเซียม 8.3 , 9.1 ตามลำดับ และมีภาวะพร่องวิตามินดี ระดับวิตามินดี 20.39 ng/ml

ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ของผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดมีระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง 3 เดือนก่อนการผ่าตัด ถึงก่อนการผ่าตัด ค่า 3424.6, 1813.4, 2029.90 (pg/ml) และเริ่มลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ขณะผ่าตัดตามลำดับ

หลังการผ่าตัดวันที่ 2, หลังผ่าตัดวันที่ 8 และหลังผ่าตัดวันที่ 14 พบว่าระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ค่อยๆ ลดลงหลังทำการผ่าตัด โดยค่า 25.30, 3.00 และ 5.50 (pg/ml) ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ รวบรวมข้อมูล และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร่วมกับมีภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงชนิดตติยภูมิ (tertiary hyperparathyroidism) ได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์แบบ (total parathyroidectomy) ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์แก่พยาบาลในหน่วยงาน ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ แบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีกระบวนการในการปฏิบัติดังนี้

แผนการพยาบาลก่อนการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

1. **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** มีภาวะปวดกระดูกเนื่องจากต่อมพาราไทรอยด์ทำงานผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน Subjective data

1. ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “มีอาการปวดกระดูกตอนลุกขึ้นนั่ง”

Objective data

1. ระดับ parathyroid hormone 2029.9 ng/L
2. ระดับ phosphorus 5.5 mg/dL
3. ระดับ calcium 10.2 mg/dL

เป้าหมายการพยาบาล

1. อาการปวดกระดูกลดลง
2. ไม่เกิด vascular calcification
3. ระดับ parathyroid hormone ลดลง
4. ระดับ phosphorus < 4 mg/dL
5. ระดับ calcium 8-10.2 mg/dL

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำข้อมูลเรื่อง ภาวะแทรกซ้อนจากฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในเลือดสูง มีดังนี้ อาการปวดกระดูก กระดูกหักง่าย, ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต, ภาวะแคลเซียมหรือหินปูนเกาะผนังหลอดเลือด (vascular calcification) เพื่อสร้างและส่งเสริมความตระหนักรู้[14]

2. แนะนำการควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดไม่ควรเกิน 5 กรัม/ดล.

3. ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรจำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงไม่เกิน 800 มิลลิกรัม/วัน

4. แนะนำการรับประทานยา เช่น ยาช่วยจับฟอสฟอรัส แคลเซียมคาร์บอนเนต เคี้ยวพร้อมอาหารคำแรก วิตามินดีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการกระตุ้นต่อมพาราไทรอยด์

5. แนะนำมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสม่ำเสมอ

6. ใช้ dialysate Calcium 2.5 mEq/L ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

7. พิจารณาใช้ตัวกรอง High flux, High efficiency, middle cut off dialyzer ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ Post-dilution online Hemodiafiltration ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยการขจัดฟอสฟอรัส

8. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้สรุปใบฟอกเลือดขณะอยู่ในโรงพยาบาลให้กับศูนย์ฟอกเลือด เพื่อเป็นข้อมูลส่งต่อการรักษาผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีภาวะพาราไทรอยด์สูง รับทราบเรื่องการจำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัส และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้ตัวกรอง high flux High efficiency และใช้ dialysate calcium 2.5 mEq/L

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร่องความรู้ในการดูแลตนเองจากการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ไม่รู้วิธีการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด”

Objective data ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองจากการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยว่าการผ่าตัดมีสองแบบ ผ่าตัดต่อมทิ้งทั้งหมดและไม่ได้ฝัง ผ่าตัดออกบางส่วนและฝังไว้ที่ร่างกายให้ผู้สังเกตว่าฝังไว้ที่ใดในกรณีที่แขน เพราะมีผลต่อการเจาะเลือดวัดระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์

2. แผลผ่าตัดจะเป็นลักษณะแผลที่คอยาว 8-10 เซนติเมตร และ มีสายระบายเลือดหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลได้หลังผ่าตัดหากรู้สึกแน่นหายใจไม่ออก

3. แนะนำหลังผ่าตัด อาจมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเฉียบพลัน ให้สังเกตอาการ ความรู้สึกเหมือนโดนของแหลมทิ่มปลายมือหรือเท้า กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก มือจีบ ชามุมปาก ให้แจ้งพยาบาลได้หลังผ่าตัด

4. ในการรับประทานยา ถ้าช่วงแรกยังงดน้ำงดอาหาร และมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำมาก อาจมีการให้แคลเซียมทางหลอดเลือดดำ และ เมื่อเริ่มทานอาหารได้จะมีการได้รับยาแคลเซียม เปลี่ยนเป็นรับประทานหลังอาหาร และ ยาวิตามินดี ให้รับประทานสม่ำเสมอ และยังต้องควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟตสูงเหมือนเดิม เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำ

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถแจ้งได้ว่า หลังผ่าตัดจะมีแผลที่คอมีสายระบาย ถ้ามีอาการหายใจไม่ออกแน่นหน้าอก มือชา หรือมือกระตุกให้แจ้งพยาบาล วิธีการกินยาแคลเซียมเปลี่ยนเป็นกินหลังอาหาร ให้กินวิตามินดีสม่ำเสมอ

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วิตกกังวล จากการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “กลัวการการผ่าตัด”

Objective data : สีหน้าผู้ป่วยวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล :

ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

2. ประเมินภาวะเครียดและความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและครอบครัว

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบาย ความรู้สึกหรือพูดคุยในสิ่งที่เป็นกังวล

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

5. แนะนำการสังเกตอาการที่พบได้หลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัดได้ เช่น อาการชา กล้ามเนื้อกระตุก อาการหายใจไม่สะดวก

6. รับฟัง เปิดโอกาสให้ซักถาม

7. กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยดูแลเรื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ การเลือกรับประทานอาหารลดฟอสเฟต การรับประทานยา[15]

8. หากความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ญาติ มี แนวโน้มสูงขึ้น ควรรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อส่งปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป

การประเมินผล ผู้ป่วยแจ้งว่าวิตกกังวลลดลง และคิดว่าตนเองน่าจะผ่านการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีภาวะน้ำและของเสียคั่งในเลือด เนื่องไตสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data : ผู้ป่วย ESKD, serum Pre-HD BUN 80 mg/dL, no urine output

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปราศจาก ภาวะน้ำและของเสียคั่ง

1. Kt/V > 1.4
2. serum BUN, Cr ลดลงหลังได้รับการฟอกเลือด
3. chest x ray : no pulmonary congestion
4. อาการหอบเหนื่อยลดลง
5. O2 saturation>95%
6. lung sound : clear both lung

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมิน น้ำหนักก่อนและหลังการฟอกเลือดร่วมกับปริมาณปัสสาวะต่อวัน อาการเหนื่อยหอบ และอ่อนเพลียมาก เพื่อปรับน้ำหนักแห้งที่เหมาะสม

2. ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะ บวมตามร่างกาย ปลายมือ ปลายเท้า หนังตา และ ประเมิน lung sound

3. ติดตามประเมินอัตราการหายใจ O2 saturation หาก spO2 < 95% support O2 ขณะฟอกเลือด ควรจัดท่าศีรษะสูง เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด

4. ตั้งอัตราการดึงน้ำที่เหมาะสม ตามอาการ และสัญญาณชีพ โดยอัตราการดึงน้ำ (Ultrafiltration rate) 10-13 ml/kg/hr., set dialysate sodium ที่เหมาะสม

5. ในกรณีที่ไม่สามารถดึงน้ำได้ รายงานแพทย์เพื่อส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น การวัด BIA , Chest X ray เพื่อประเมิน dry weight ใหม่

6. แนะนำเรื่องการจำกัดน้ำ 500 ml + ปัสสาวะที่ออก, น้ำหนักไม่ควรเพิ่มขึ้นเกิน 1 kg/day จำกัดอาหารโซเดียมสูง เช่น น้ำปลา เกลือ ผงปรุงรส ปริมาณ <2g/day

7. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที และทุกครั้งที่อาการเปลี่ยนแปลง และลงบันทึกทางการพยาบาล

8. อธิบายผู้ป่วยและ ญาติ ให้ทราบถึงสาเหตุและผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำเกิน เพื่อป้องกันและร่วมกันวางแผนร่วมกัน

9. แนะนำผู้ป่วยฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

10. เลือกตัวกรองให้เหมาะสม โดยใช้ตัวกรองเปิด Blood flow rate (BFR) ตามแผนการรักษา

11. ใช้ dialysate Ca 2.5 mEq/L เพื่อลดความเสี่ยงภาวะแคลเซียมหรือหินปูนเกาะผนังหลอดเลือด (vascular calcification)

12. ปรับตั้ง dialysate flow rate 500 ml/min ให้เหมาะสม โดยปรับเป็น 1.5-2 เท่าของ BFR เพื่อเพิ่ม urea clearance เพื่อเพิ่มการกำจัดของเสียในเลือด

13. ตรวจสอบ vascular access ว่าสามารถเปิด BFR ได้ตามแผนการรักษา หรือไม่ อาจเกิดปัญหา vascular stenosis ต้องรายงานแพทย์ เพื่อหาสาเหตุการแก้ไข

14. ดูแลให้ anticoagulant ให้เหมาะสมตามแผนการรักษา เพื่อลดการอุดตัน ของตัวกรองเลือดระหว่างการฟอกเลือด ซึ่งทำให้ effective dialyzer surface area ลดลง มีผลทำให้การฟอกเลือดไม่มีประสิทธิภาพ กรณีที่ผู้ป่วย no heparin use ให้ flush NSS 100 ml q 1 hour เพื่อ monitor clot ใน circuit ถ้า clot ที่ chamber 2/3 ร่วมกับ ค่า VP TMP ผิดปกติ พิจารณาคืนเลือด

15. ประเมินค่า BUN และตรวจร่างกายอีกครั้งหลังการฟอกเลือด

การประเมินผล

ได้รับการฟอกเลือดตามแผนการรักษา net UF 1100 ml Post Body weight 53.7 kgs Oxygen saturation room air 98 % lung sound : clear both lungs

แผนการพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจาก ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเฉียบพลันหลังผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน Objective data : Calcium 7.4 mg/dL

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ, ผู้ป่วย monitor EKG ไม่มี long QT-Interval

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำทางระบบประสาท: paresthesia (fingers and perioral regions), Muscle twitching, Carpopedal spasm, tetany, Seizures, Laryngospasm, bronchospasm

2. ตรวจร่างกายประเมิน Trousseau sign, Chvostek sign

3. ประเมิน EKG พบ long QT-Interval (QT > ½ RR interval)

4. แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการแสดงดังกล่าวให้แจ้งพยาบาล

5. ดูแลให้ได้รับยา calcitriol (0.25 mcg) 1 cap PO BID PC, calcium carbonate (1250 mg) 1 tab TID PC

6. ใช้ dialysate Calcium Ca 3.5 mEq/L

7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ Calcium phosphorus

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ตรวจร่างกายไม่พบลักษณะ Trousseau sign, Chvostek sign, Monitor EKG during hemodialysis show NSR – SB rate 59-62 bpm no PVC no QT prolong ผู้ป่วยรับทราบเวลาการรับประทานยา ว่าให้หลังมื้ออาหาร และผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดโดยใช้น้ำยาไตเทียม Dialysate Calcium 3.5 mEq/L

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะหายใจหอบเหนื่อยเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ มีอาการเสียงแหบหลังผ่าตัด ”

Objective data : Oxygen saturation Room air : 90%

แผลผ่าตัด parathyoidectomy on redivac drain 2 เส้น

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงหายใจหอบเหนื่อย สาย redivac drain work ดี เลือดออกน้อยกว่า 200 ml /ชม.

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการเหนื่อยหอบ การใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยหายใจ การเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกตัว ความไม่สุขสบาย

2. จัดท่าศีรษะสูง เพิ่มการขยายตัวของปอด

3. on oxygen cannula 3 LPM keep spO2 > 95%

4. ประเมินแผลผ่าตัดมีเลือดซึมมากหรือไม่ ประเมินสาย Redivac drain ว่ามีอัตราการไหลปกติ

5. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา dexamethasone เพื่อลดการบวมของหลอดลม

6. observe vital sign q 30 min

7. ติดตาม Oxygen saturation , Respiratory rate , lung sound

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีเสียงแหบเล็กน้อย หายใจ Room air 14-16 bpm spO2 95-99 % lung sound : clear both lung แผลผ่าตัด ไม่มีเลือดซึมสาย Redivac drain มีอัตราการไหลปกติ ได้รับยา dexamethasone ตามแผนการรักษา

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ยังไม่ค่อยเข้าใจในการรับประทานยา”

Objective data : ทวนสอบผู้ป่วยในเรื่องกาจำกัดอาหารที่มีฟอสเฟตสูง ผู้ป่วยยังไม่ทราบทุกหมวดอาหาร

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับการผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูล และ ให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนในการรับฟังข้อมูล

2. แนะนำผู้ป่วยหลังการผ่าตัดให้สังเกตอาการแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการชา ตะคริว กระตุก ตามกล้ามเนื้อ อาการทางเดินหายใจอุดกั้น เสียงแหบมากขึ้น อึดอัด หายใจไม่ออก แผลผ่าตัดมีเลือดออกมาก

3. แนะนำผู้ป่วยความจำเป็นของการควบคุมระดับฟอสฟอรัส เนื่องจากฟอสฟอรัสยังมีระดับสูงขึ้น และ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกพรุน (vascular calcification) และอาการคันตามผิวหนัง โดยจำกัดฟอสฟอรัส วันละ 800 mg/day ควบคุมอาหารหมวดหมู่ เช่น เครื่องดื่มประเภท น้ำที่มีสีเข้ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม น้ำเต้าหู้ อาหารประเภทธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เนื้อสีแดง ปู กุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย แมลง ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนม เช่น เนยแข็ง นม ชีส อาหารแช่แข็ง อาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง

4. แนะนำการฟอกเลือดสม่ำเสมอ เพื่อรักษาความเพียงพอในการฟอกเลือด

5. แนะนำรับประทานยา Calcium และ vitamin D ก่อนหรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบการสังเกตอาการที่มีแคลเซียมในเลือดต่ำ อาการทางเดินหายใจอุดกั้นและมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลสม่ำเสมอ ทราบกลุ่มอาหารที่ต้องควบคุม ทราบประโยชน์ของการฟอกเลือดสม่ำเสมอ ทราบวิธีการรับประทานยา Calcium และ vitamin D

บทสรุป

บทบาทพยาบาลไตเทียมที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเริ่มให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตัวเองให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและดูแลตัวเองให้ถูกต้อง พยาบาลควรมีชุดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการเกิดภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติชนิดตติยภูมิที่มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง ทราบประเด็นปัญหาทางการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับ เหตุผลทางคลินิก เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและเชื่อมโยงกับการรักษาของแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย

References

1. Thanakitcharu P. Hemodialysis and nursing care manual. 1st ed. Bangkok: The Kidney Foundation of Thailand; 2024. (in Thai)
2. Sutapoj B. Thai Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2023 Annual Data Report. 1st ed. Bangkok: The Subcommittee of the Thai Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2024, The Nephrology Society of Thailand; 2025. (in Thai)
3. Ngamkam J. Etelcalcetide: A drug for treating secondary hyperparathyroidism in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Thai Journal of pharmacy Practice. 2022;14(1):16-26. (in Thai)

4. Yuen NK, Ananthakrishnan S, & Campbell MJ. Hyperparathyroidism of renal disease. The Permanente Journal. 2016;20(3):78-83.
5. Darba J, & Marsa A. Epidemiology and management of parathyroid gland disorders in Spain over 15 years: A retrospective multicentre analysis. PLOS ONE. 2020;15(3):1–10.
6. Almquist M, Isaksson E, & Clyne N. The treatment of renal hyperparathyroidism. Endocrine-Related Cancer. 2020;27(1):21–34.
7. Hinkaew B. Pre-dialysis chronic kidney disease patients and hyperphosphatemia. Thai Red Cross Nursing Journal. 2014;7(2):23–32. (in Thai)
8. Lamluekkul D, editor. CKD-MBD NST 2022: Clinical practice guidelines for the management of chronic kidney disease with mineral and bone disorder in 2022. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2022. (in Thai)
9. Spyridon-Gerasimos Moschonas, & Symeon Tournis. Tertiary Hyperparathyroidism: A Review of The Disease.Journal of Research and Practice on the Musculoskeletal System. 2024;8(4):122-33.
10. Chainapapong K. Outcome of parathyroidectomy for renal hyperparathyroidism: a single-center experience. The Thai Journal of Surgery. 2022; 43(1):18–25.
11. Rojanaraspaisan W. Surgical outcomes in hyperparathyroidism over a 10-year period at Surin Hospital. Medical Journal of Sisaket Surin Burirum Hospital. 2023;38(2):349–57. (in Thai)
12. Itthipatthad I. Nursing care for patients with secondary hyperparathyroidism who underwent total parathyroidectomy. Journal of Nakhon Phanom Provicial Health office. 2022;1(1):1-17 (in Thai)
13. Lertlikitvorakul S, & Thoviriyavej W. Secondary hyperparathyroidism.Srinagarind Medical Journal. 2023;38(6):642–51. (in Thai)
14. Sakorn P, & Charoenbut T. The influence of health literacy and self-efficacy on self-management of patients undergoing hemodialysis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025(1):258-67. (in Thai)
15. Rungboonchai R, Phumchan A, & Wongwan C. The effect of a self-management program on fluid and dietary adherence among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025 (1):300-10. (in Thai)