

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง Nursing Care for End Stage Renal Disease Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

จินดาวรรณ เงามรัมย์ (Jindawan Ngaoratsamee)*

สุวรรณี สร้อยสงค์ (Suwannee Sroisong)**

Received: February 22, 2021

Revised: April 25, 2021

Accepted: April 28, 2021

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกรวมถึงประเทศไทย ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) เป็นนโยบายการขยายสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ชื่อว่า "นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก" (PD First Policy) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน และเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่สามารถช่วยลดของเสียได้ผลดี มีอัตราการรอดชีวิตใกล้เคียงกับการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ โดยมีบุคลากรทางสุขภาพให้คำปรึกษาและเฝ้าติดตามอาการที่บ้าน พยาบาลในฐานะเป็นบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรืออยู่ในชุมชน จึงควรมีความรู้ ความสามารถในการพยาบาลและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดวางสายล้างไต การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้องในระยะแรก ระยะเวลาการเริ่มทำการล้างไตทางช่องท้อง ระยะหลังพักท้อง และระยะล้างไตทางช่องท้องเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

*Corresponding author: JindawanNgaoratsamee: jindawanu@hotmail.com

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช (Registered nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj)

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช (Registered nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj)



ส่วนสนับสนุน 30 ปี กระทรวงสาธารณสุข

• Internationalization
• Innovative Products
• Integrative Team & Networking

Abstract

End Stage Renal disease (ESRD) is a major health problem in the world, including Thailand. Nowadays, number of ESRD patients, caused by chronic non-communicable diseases, have been increasing and need to receive renal replacement therapy. The Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) is a policy extending the benefits of the National Health Security Project called "PD First Policy" since 2008 until now. CAPD is an effective treatment in eliminating waste products and increasing the survival rate that similar to hemodialysis. Patients are able to live normally by having health personnel as consultants and home visitor. Therefore, nurses as health workers who care for patients with chronic kidney disease both in the hospital and in the community should have knowledge and capabilities in providing nursing care and giving an advice for these patients, including: preparing patients for surgery, after being catheterplacement surgery in the first stage, breaking-in period, until starting peritoneal dialysis in order to reduce complications from dialysis and to increase the quality of life.

Keywords: End Stage Renal disease, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกในปัจจุบันมีแนวโน้มอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากทั่วโลก 697.5 ล้านคนเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal disease: ESRD) จำนวน 5.3 ล้านคน ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตจำนวน 3.1 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง 1.2 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020) จากการศึกษาคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากเดิม 2.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 เป็นจำนวน 5.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งนับได้ว่ามีปริมาณเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า (Liyanage, et al., 2015) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 85,103 คน คิดเป็นร้อยละ 6.77 จากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด (Ministry of Public Health, 2021) พบเป็นโรคลำดับที่ 4 จาก 20 กลุ่มโรคของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 11 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (National Health Security Office (NHSO), 2021)

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) จัดอยู่ในระยะที่ 5 ของโรคไตเรื้อรัง (CKD) (KDIGO, 2013) ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานของไตอย่างถาวร โดยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² (Supasin, 2016) ทำให้ไม่สามารถรักษาสสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์ กรด-ด่างในร่างกายได้ เกิดการคั่งของของเสีย (Uremia) ผู้ป่วยจะมีอาการหลายระบบ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก แผลในปาก ภาวะน้ำเกิน ความดันโลหิตสูง หัวใจวาย น้ำท่วมปอด คันตามผิวหนัง ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง เลือดออกง่าย



ขาดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเป็นต้น ซึ่งกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจาก ESRD อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Calvert & Cline, 2019) จากการที่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งปัจจุบันการบำบัดมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต (Dirkx & Woodell, 2019) และจากการที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีแรกในการรักษาตามประกาศนโยบายขยายสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เรียกว่า "นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (Peritoneal Dialysis (PD) First)" อย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ พ.ศ. 2550 ทำให้เกิดการขยายการให้บริการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวนมากในประเทศ (Kanjanaabuch, 2013) ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าถึงการรักษาจากปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 528 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Prasert, 2011) เพิ่มขึ้นเป็น 32,375 คน ในปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (NHSO, 2021)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นทางเลือกของการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิภาพดีเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อบ่งชี้ในการล้างไตโดยการใส่สายล้างไต (Tenckhoff catheter) เข้าไปในช่องท้อง ใช้เยื่อช่องท้องเป็นพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนและขจัดของเสียออกจากร่างกาย และมีการถ่ายน้ำยาล้างไตเข้าออกเพื่อนำของเสียจากเลือดขับออกมาทางน้ำยา (Sathirapot, Chairasert, Nata & Supasin, 2018) แต่อย่างไรก็ตาม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การติดเชื้อเยื่อช่องท้องทำให้

ผู้ป่วยปวดท้องอย่างรุนแรง อาจมีภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยต้องล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง หรือต้องพึ่งพาญาติ (Wongsabut, 2018) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์ มีทักษะสามารถดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease; ESRD) หมายถึง ภาวะที่มีกระบวนการทางพยาธิสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไตผิดปกติและมีอัตราการกรองที่ไต (Glomerular filtration rate: GFR) ลดลงอย่างต่อเนื่องจนไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร (The Nephrology Society of Thailand, 2017; Calvert & Cline, 2019) โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² จัดอยู่ในระยะที่ 5 ของโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) (KDIGO, 2013; Supasin, 2016) ทำให้เกิดการคั่งของของเสีย ได้แก่ ครีเอตินิน (creatinine) ยูเรีย (urea) และไม่สามารถรักษาสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ กรด-ด่างในร่างกายได้ มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทดแทนไต (Bern, Curhan & Motwani, 2019)

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากรายงานของคณะกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ที่รายงานข้อมูลการบำบัดทดแทนไตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 (Chuasawan & Lumpaopong, 2020) พบว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2562 มีสาเหตุหลักมาจากโรคเบาหวาน (Diabetic nephropathy) ร้อยละ 44 รองลงมาเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive nephropathy) ร้อยละ 38.9 นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ โรคไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic tubule-interstitial nephritis) โรคไตอุดกั้น (Obstructive nephropathy) โรคหน่วยไตอักเสบ (Glomerulonephritis) โรคไตอักเสบภูมิคุ้มกัน (Lupus nephritis) โรคถุงน้ำ

ไต (Polycystic Kidney) โรคไตจากโรคเก๊าท์ (Chronic urate nephropathy) โรคไตจากยาแก้ปวด (Analgesic nephropathy) และ ไม่ทราบสาเหตุ

แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เมื่อการดำเนินของโรคมาถึงไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะน้ำเกินของเสีย (Uremia) ภาวะเลือดเป็นกรด กลีโธแร็คคิติก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องอืด และระดับความรู้สึกตัวลดลง จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement Therapy) เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งปัจจุบันการบำบัดมี 3 วิธี (Nongnuch, 2018; Dirkx & Woodell, 2019)

1) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ได้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและผู้ป่วยสามารถล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองได้

2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) เป็นวิธีที่นิยมมากแต่มีข้อจำกัดในเรื่องเครื่องฟอกเลือดที่ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายส่วนเกินในการรักษา

3) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดเนื่องจากมีอัตราการรอดชีวิตในระยะยาวดีกว่าการฟอกเลือดและล้างไตทางหน้าท้อง คุณภาพชีวิตดีกว่า โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องคุมปริมาณน้ำและอาหาร แต่มีข้อจำกัดจากผู้บริจาคไตทั่วประเทศมีน้อย

การล้างไตทางช่องท้อง

การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) คือ การแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่าง ๆ ระหว่างเลือดกับน้ำยาล้างไต โดยซึมผ่านเยื่อช่องท้องซึ่งมีคุณสมบัติเป็น Semipermeable membrane ของเสียต่างๆ ที่คั่งอยู่ในกระแสเลือดเนื่องจากไตเสียหายจะซึมผ่านมายังช่องท้องซึ่งมีน้ำยาล้างไต และถูกนำออกจากช่องท้องวนเวียนเช่นนี้เรื่อยไป ในประเทศไทยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2525 จนถึงปัจจุบัน (Siriwong, 2009) มีข้อดีคือ ทำง่าย ขบวนการทำไม่ยุ่งยากนัก และผู้ป่วยจะทนสภาพการเปลี่ยนแปลงของของเสียได้ดี เนื่องจากมีการลดลงของของเสียและน้ำ

อย่างช้าๆ และทำให้ความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก การล้างไตทางช่องท้องที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ชนิด ดังนี้ (Dirkx & Woodell, 2019)

1. การล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD) หรือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่อง (Continuous Cycle Peritoneal Dialysis: CCPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้เครื่องควบคุมการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตแบบอัตโนมัติซึ่งผู้ป่วยสามารถทำเองได้เวลากลางคืน ในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ ส่วนใหญ่จะคั่งน้ำยาล้างไตไว้ในช่องท้องหรือเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตเพียงครั้งเดียว เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการล้างไตตอนกลางวัน หรือต้องการล้างไตจำนวนน้อยครั้ง

2. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาตลอด 24 ชั่วโมง โดยการปล่อยน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องนาน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 4-6 ชั่วโมงในเวลากลางวัน และ 1 ครั้งใช้เวลา 8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน การล้างไตจะทำตลอด 24 ชั่วโมงต่อเนื่องกันทุกวัน ผู้ป่วยสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้เองที่บ้าน โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Treesom, 2018)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยแพทย์จะทำการผ่าตัดใส่สายล้างช่องท้อง (Peritoneal catheter) ลงในช่องท้อง ตรงตำแหน่งของ Cul de sac เพื่อใส่น้ำยาล้างไต ทำให้มีการจัดของเสีย โดยกระบวนการแพร่ (Diffusion) ในขณะนี้น้ำยาอยู่ในช่องท้อง จะมีการเคลื่อนของของเสีย (Uremic toxin) และกลีโธแร็คคิติกในเลือดเข้าสู่ น้ำยา และน้ำที่คั่งในตัวผู้ป่วยจะเคลื่อนเข้าสู่ น้ำยาล้างไตในช่องท้องด้วยกระบวนการออสโมซิส (Osmosis) โดยอาศัยเยื่อช่องท้อง (Peritoneal membrane) เป็นตัวกรอง

ปริมาตรของน้ำยาล้างไตที่ใส่เข้าไปในช่องท้องแต่ละรอบประมาณ 1.0-2.0 ลิตร/ครั้ง โดยความถี่ของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาโดยทั่วไปทุก 4-6 ชั่วโมงโดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ จะได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (Kanjanaabuch, 2017)

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. และไม่พบสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไปที่มีค่า eGFR มากกว่า 6 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ อาการจากของเสียคั่ง (uremia) มีภาวะน้ำและเกลือเกินจนเกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือหัวใจวายที่ควบคุมไม่ได้ มีระดับโปตัสเซียมในเลือดสูงเลือด ภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) มีฟอสเฟตในเลือดสูง และมีภาวะทุพโภชนาการที่ไม่ตอบสนองต่อการปรับอาหาร

3. ไม่มีข้อห้ามสำหรับการล้างไตทางช่องท้องได้แก่ มีผนังหน้าท้องเปิดมีพังผืดภายในช่องท้องจากการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้องมาหลายครั้งหรือเคยมีการแตกทะลุของอวัยวะภายในช่องท้องอย่างรุนแรง มีการสูญเสียการทำงานของเยื่อผนังช่องท้องจากพังผืดโดยการทดสอบ Peritoneal equilibration test (PET) หรือภาพถ่ายรังสีมีไส้เลื่อนบริเวณหน้าท้องหรือถุงอันทะที่ไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ และมีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ที่ได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วย CAPD

เมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและได้รับการอนุมัติตามสิทธิ์เพื่อทำการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อให้พบศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ เพื่อประเมินหน้าท้องและนัดวันผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) จากนั้นแพทย์จะนัดผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อ่อนวางสายในช่องท้อง ภายหลังวางสายล้างไตทางช่องท้องในช่วง 2 สัปดาห์แรก และเมื่อพ้นระยะ 2 สัปดาห์แล้ว จะเริ่มการฝึกให้ผู้ป่วยและญาติทำการล้างไตทางช่องท้อง และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านดังนั้นการพยาบาลจะตั้งแต่อ่อนและหลังผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้องจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Posivilai, 2014; Kanjanaabuch, 2017; Jirachan, Pholphok & Plotchakken, 2016; Wongsaree, 2016)

1. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal catheter) แพทย์จะผ่าตัดวางสาย Tenckhoff ทางช่องท้อง การเตรียมผู้ป่วยเพื่อวางสาย catheter ตามตาราง 1

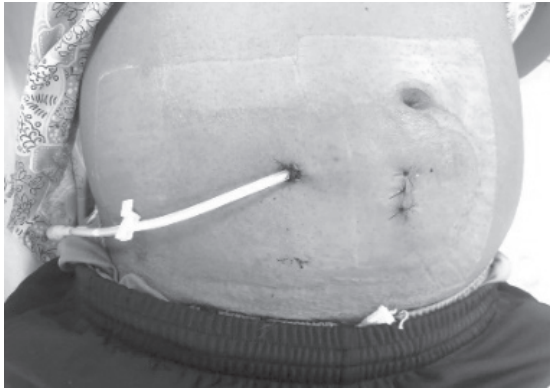
ตาราง 1 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Kanjanauch, 2017; Jirachan et.al., 2016)

การเตรียมผู้ป่วย	กิจกรรมพยาบาล
ด้านร่างกาย	1) การเตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้อง โดยโกนขนบริเวณหน้าท้องจากบริเวณลิ้นปี่ (xiphoid) ถึงกระดูกหัวหน่าว (pubic symphysis) บริเวณที่เป็นช่องสายออก(Exit site) ให้สะอาด โดยทั่วไปจะให้อยู่เหนือแนวเข็มขัดประมาณ 2 เซนติเมตร 2) ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง 3) ดูแลให้ยาระบายก่อนนอนหรือสวนถ่ายอุจจาระในเช้าวันผ่าตัด 4) ทำความสะอาดบริเวณหน้าท้อง และให้ผู้ป่วยอาบน้ำตอนเช้าให้สะอาด 5) ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด
ด้านจิตใจ	1. อธิบายและชี้แจงวิธีการล้างไตทางช่องท้องนี้อย่างละเอียด 2. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องรักษาวิธีนี้ไปตลอดชีวิต จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต 3. แจ้งให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการปฏิบัติตัว 4. ให้คู่มือการรักษา หรือให้พบปะกับผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีนี้

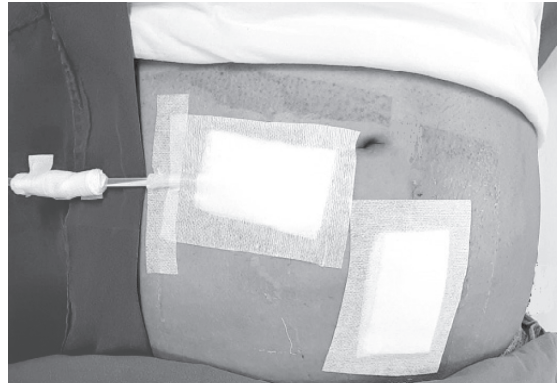
2. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) ในระยะแรกหลังผ่าตัดวางสายท่อล้างไต พยาบาลควรเฝ้าระวังภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด โดยวัดสัญญาณชีพจนกว่าจะคงที่แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตแผลหากมีเลือดออกผิดปกติควรแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในระยะนี้จะไม่เปิดทำความสะอาดแผลยกเว้นแผลมีเลือดซึมมากจึงจะเปลี่ยนทำความสะอาดแผลพร้อมทั้งแจ้งให้แพทย์ทราบ ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำไม่ให้เกิดการติดเชื้อของสายท่อล้างไต แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง เช่น การไอ การจาม การเบ่งถ่ายอุจจาระ การเกร็งท้องขณะลุกนั่ง เป็นต้น สังเกตทางรังสีระบบทางเดินปัสสาวะ(Plain KUB) เพื่อดูตำแหน่งสาย และดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา (Jirachan et.al., 2016) หากผู้ป่วยมีอาการปวดแผลสามารถให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะยังคงรับประทานอาหารโปรตีนต่ำ ลดเค็ม และจำกัดน้ำ โดยทั่วไปหากปวดแผลไม่มากและไม่มีอาการแทรกซ้อนแพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยในเช้าวันรุ่งขึ้น

3. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะรอก่อนเริ่มทำการล้างไตทางช่องท้อง (Break-in period) เป็นระยะหลังผ่าตัดวางสายท่อล้างไต ในระยะ 2 สัปดาห์แรก จะได้รับการพักท้อง 2 สัปดาห์ จนกว่าแผลผ่าตัดจะหายสนิทแล้วจึงเริ่มทำการล้างไตทางช่องท้องระยะนี้ผู้ป่วยจะมีแผล 2 จุด คือแผลผ่าตัดและแผลบริเวณช่องสายออก (Exit site) (ภาพที่ 1) (Kanjanauch, 2017; Jirachan et.al., 2016; Wongsaree, 2016)

หลีกเลี่ยงการเปิดแผลในระยะ 7 วันแรกหลังผ่าตัดสามารถทำแผลได้ประมาณ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ยกเว้นกรณีแผลสกปรกมีเลือดซึมมาก หรือสงสัยว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องรีบแจ้งพยาบาลเพื่อทำความสะอาดแผลให้แห้งทันทีในระยะแรกนี้ควรทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ โดยผู้ทำแผลต้องสวมผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง ล้างมือให้สะอาด ใส่ถุงมือปลอดเชื้อ ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล หลีกเลี่ยงการใช้สารที่ระคายเคืองต่อแผล ใช้ผ้าก๊อสนหลายชั้นซ้อนกันปิดแผลจะทำให้แผลแห้งได้ดีขึ้น ตรีงแผลและสายท่อล้างไตให้อยู่กับที่ตามแนวสายเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ (ภาพที่ 2) และแนะนำให้ผู้ป่วยควรระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำเพื่อหลีกเลี่ยงเชื้อโรคที่มากับน้ำ



ภาพที่ 1 ลักษณะแผลหลังผ่าตัด



ภาพที่ 2 การปิดและตรึงแผล

3.1 หลีกเลี่ยงการจับต้องสายท่อล้างไตจนกว่าแผลบริเวณช่องสายออก (Exit site) และ อุโมงค์สาย (Tunnel) จะหายสนิท ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์

3.2 ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ได้แก่ การตัดไหมและการล้างสายท่อล้างไต (irrigate) เมื่อครบกำหนด 7 วัน หลังจากที่ยังสายล้างไตทางช่องท้อง

3.3 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้องเพื่อป้องกันอันตรายต่อแผลผ่าตัด ปลายสายเคลื่อนจากตำแหน่งที่แพทย์วางไว้ โดยกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ การเบ่งถ่ายอุจจาระ การเกร็งท้องขณะลุกนั่ง การไอ การจาม และการยกของหนัก เป็นต้น

3.4 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้มีเหงื่อออกและมีการดึงรั้งสายล้างไตทางช่องท้อง เพราะจะทำให้แผลอักเสบติดเชื้อและการที่มีการดึงรั้งสายล้างไต ในระยะนี้ซึ่งกล้ามเนื้อยังไม่เชื่อมติดแน่นกับสายจะทำให้สายเลื่อนหลุดได้ง่าย

3.5 ไม่สวมกางเกงหรือกระโปรงที่รัดเกินไป ให้สวมกระโปรงหรือกางเกงที่พอดีตัว โดยให้ขอบกางเกงหรือกระโปรงต่ำกว่าแผลผ่าตัดอย่างน้อย 2 เซนติเมตร

3.6 รับประทานอาหารที่มีโปรตีนต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม และจำกัดน้ำดื่มเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและของเสียคั่งอย่างรวดเร็วก่อนเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง

3.7 หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดท้อง ปวดแผลมากขึ้น มีไข้ แผลหน้าท้องมีเลือดออก มีน้ำรั่วซึม

จากแผล สายล้างไตเลื่อนออก มีอาการบวมร่วมกับมีอาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน ให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังพักท้อง โดยทั่วไป แผลข้างในช่องท้องจะหายสนิทใน 4-6 สัปดาห์หลังจากวางสายล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งแผลด้านนอกบริเวณผิวหนังจะสมานยึดสายล้างไตให้ติดกับหน้าท้องในสัปดาห์ที่ 3-4 สัปดาห์ (Kanjanaabuch, 2017; Jirachan et. al., 2016; Wongsaree, 2016)

3.8 ตรวจสอบความผิดปกติของสาย Exit site รวมทั้งผิวหนังบริเวณรอบสายล้างไตทุกวันทำความสะอาดแผลทุกวัน หากพบอาการปวดบวมแดงมีหนองให้รีบกลับมาพบแพทย์หรือพยาบาลหน่วยไตเทียม

3.9 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง โดยเฉพาะใน 6 สัปดาห์แรก เพื่อลดการรั่วซึมของน้ำยาล้างไตผ่านช่องสายออก (Exit site) หรือรั่วเข้าไปยังเนื้อเยื่อที่เชื่อมต่อกับช่องท้อง โดยกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอ และการยกของหนัก เป็นต้น

3.10 อนุญาตให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติเมื่อแผลหายสนิท โดยที่แผลผ่าตัดต้องได้รับการตรวจประเมินยืนยันจากแพทย์หรือพยาบาลเจ้าของไข้ว่าหายสนิทจริงไม่ควรแช่ตัวในอ่างอาบน้ำ ว่ายน้ำในลำคลองแม่น้ำ หรือสระว่ายน้ำที่ไม่สะอาด ยกเว้นการว่ายน้ำในทะเล หรือสระว่ายน้ำที่ได้รับการเติมคลอรีน อย่างไรก็ตามผู้ป่วย

ควรปิดแผลด้วยวัสดุกันน้ำก่อนลงว่ายน้ำและหลังจากการว่ายน้ำหรือเล่นน้ำ ต้องรีบเช็ดแผลให้สะอาดและทำความสะอาดแผลทันที

3.11 ห้ามโรยแป้ง ทาครีม โลชั่น ยามองหรือน้ำมัน นวด ทาแผลหน้าท้องบริเวณช่องทางออกของสาย (Exit site) เพราะจะทำให้เกิดการหมักหมมบริเวณและเกิดการติดเชื้อตามมาได้

3.12 คิดพลัสเตอร์เพื่อตรึงสายล้างไตบริเวณที่โผล่พ้นจากท้องให้อยู่กับที่ เพื่อป้องกันการดึงรั้งและเลื่อนหลุดของสายล้างไต

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะล้างไตทางช่องท้อง

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะเริ่มล้างไตทางช่องท้องหลังจากผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องโดยแพทย์จะอนุญาตให้ใช้สายล้างไตทางช่องท้องได้หลังสัปดาห์ที่ 2-4 ในระยะล้างไตนี้พยาบาลจะสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่างๆ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติได้ฝึกปฏิบัติ ดังนี้ (Posivilai, 2014; Kanjanabuch, 2017; Jirachan et. al., 2016; Wongsaree, 2016)

3.13 การล้างมืออย่างถูกวิธี ด้วยสบู่เหลวหรือน้ำยาล้างมือและเช็ดให้แห้ง พร้อมทั้งเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการล้างมือและผูกผ้าปิดปากปิดจมูก ก่อนทำความสะอาดแผลและเปลี่ยนถ่ายน้ำยา

3.14 การเช็ดทำความสะอาดพื้นโต๊ะด้วย แอลกอฮอล์ 70% จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อม

3.15 ตรวจสอบวันหมดอายุ การเสื่อมสภาพของน้ำยาล้างไต เช่น ความใส วันหมดอายุ การรั่วซึมของถุงน้ำยาก่อนทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาทุกครั้ง

3.16 ฝึกปฏิบัติการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้องเริ่มตั้งแต่ 1) การปล่อยน้ำยาออก จะปล่อยน้ำยาเก่าออกจากช่องท้อง โดยใช้แรงโน้มถ่วงของโลก ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที 2) การเติมน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้อง โดยเติมน้ำยาใหม่เข้าไปในช่องท้องโดยอาศัยแรงโน้มถ่วงของโลก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และ 3) การพักท้อง โดยการค้ำน้ำยาไว้ในช่องท้อง ใช้เวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมง ซึ่งปกติจะเปลี่ยนน้ำยาล้างไตอย่างน้อย 4 ครั้ง/วัน

3.17 การปลดสายของถุงน้ำยาล้างไตออกจากสายล้างไตทางช่องท้อง การหุ้มปลายสายด้วยผ้าก๊อชปลอดเชื้อเก็บสายล้างไตไว้ในกระเป๋าน้ำยาที่3) และทำการทิ้งน้ำยาที่ใช้แล้ว



ภาพที่ 3 การเก็บสายท่อล้างไต

3.18 สอนการประเมินลักษณะน้ำยาล้างไตที่ออกมา โดยการสังเกตน้ำที่ถ่ายออกมาทุกครั้ง ซึ่งปกติสีของน้ำยาล้างไตที่ถ่ายออกมาจะเป็นสีเหลืองใส ไม่ขุ่น ไม่มีเนื้อเยื่อปนออกมา ไม่มีเลือดปน หากมีลักษณะผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลหน่วยไตเทียมทันที

3.19 สอนเรื่องการจดบันทึกการบันทึกที่มีความสำคัญ สำหรับการติดตามผลการรักษา แพทย์เจ้าของไข้จะใช้ดูประกอบการวางแผนการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจำเป็นต้องบันทึกรายละเอียดทั้งหมดและนำมาด้วยทุกครั้ง ที่มาตรวจตามนัด โดยสิ่งที่ต้องบันทึกในแต่ละครั้งแต่ละวัน (ภาพที่4)

วันที่	ครั้งที่	ชนิดของน้ำยา	น้ำยาเข้า			น้ำยาออก			กำไร(+) ขาดทุน(-)	สุทธิต่อวัน	ลักษณะสี น้ำยา	น้ำหนัก (กก.)	ความดัน (มม.ปรอท)	ปัสสาวะ (ซีซี)
			เวลาเริ่ม	เวลาหมด	ปริมาตร	เวลาเริ่ม	เวลาหมด	ปริมาตร						
1-ม.ค.-63	1	1.5%	6.00	6.15	2000	11.45	12.00	2400	400		เหลืองใส	65	130/90	500
	2	1.5%	12.00	12.15	2000	17.00	17.15	2500	500	1000	เหลืองใส			
	3	1.5%	17.15	17.30	2000	22.00	22.15	2300	300		เหลืองใส			
	4	1.5%	22.15	22.30	2000	5.45	6.00	1800	-200		เหลืองใส			

ภาพที่ 4 ตัวอย่างการบันทึกผลการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

6. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (Posivilai, 2014; Jirachan et.al., 2016; Kanjanabuch, 2017; Wongsaree, 2016)

6.1 การดูแลแผลช่องสายออก (Exit site care) แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและผิวหนังบริเวณช่องสายออกอย่างสม่ำเสมอ โดยการล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้งก่อนจับสายล้างไตทางช่องท้อง และก่อนการตรวจแผลช่องสายออกทุกครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการอาบน้ำ แนะนำให้อาบน้ำด้วยฝักบัวหรือชักน้ำราดตัว โดยใช้น้ำประปาหรือน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการฉีดหรือราดน้ำเข้าโดยตรงบริเวณช่องสายออก และห้ามแช่ตัวในอ่างอาบน้ำ สระน้ำ หรือแม่น้ำลำคลอง เมื่ออาบน้ำเสร็จต้องเช็ดทำความสะอาดบริเวณช่องสายออกด้วยวิธีปลอดเชื้อและซับให้แห้งโดยทันที และดูแลทำความสะอาดแผลและตรวจช่องสายออกของสายล้างช่องท้องทุกวัน

6.2 การบันทึกผลการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยการบันทึกปริมาณน้ำยาเข้าและออก ปริมาณ

น้ำปัสสาวะ น้ำหนักตัวในแต่ละวันสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและอาการบวม

6.3 การจัดเก็บน้ำยาล้างไต ควรเก็บแยกจากห้องที่ทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาพื้นที่ที่เก็บน้ำยาล้างไตควรแห้ง สะอาด อยู่ในที่ร่มไม่โดนแสงแดด วางน้ำยาล้างไตสูงจากพื้นเล็กน้อยเพื่อป้องกันแมลงต่างๆ ควรหันด้านที่มีวันหมดอายุไว้ด้านหน้า โดยมีระบบ First in, First Out เพื่อป้องกันการใช้น้ำยาหมดอายุ

6.4 การทิ้งน้ำยา ตัดถุงน้ำยาแล้วเทน้ำยาทิ้งลงในส้วมหรือชักโครก โดยทำความสะอาดส้วมหรือชักโครกด้วยน้ำผสมผงซักฟอก หรือน้ำยาซักผ้าทุกวันอย่างน้อยวันละครั้งและเมื่อสกปรก ส่วนถุงน้ำยาให้แยกใส่ถุงขยะต่างหากทิ้งเทศบาลตามปกติ

6.5 การสังเกตประจำวันโดยการวัดอุณหภูมิร่างกาย ชั่งน้ำหนักตัวและวัดความดันโลหิต

6.6 การควบคุมสมดุลน้ำในร่างกาย โดยการบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกแต่ละวัน สังเกตภาวะน้ำเกินในร่างกาย เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการบวม

บริเวณหน้าตา มือ และเท้า ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ หายใจลำบาก เป็นต้น สำหรับการคำนวณปริมาณน้ำดื่ม ที่ควรได้รับในแต่ละวันจะเท่ากับ ตัวเลขค่าไรที่ออกมาคูณ น้ำยาล้างไตทั้งวันบวกปริมาณปัสสาวะ และบวกน้ำ 500 ซีซี

6.7 แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ซึ่งมีทั้ง อาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง ดังตาราง 2 (Jirachan, et. al, 2016)

ตาราง 2 อาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง

อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
1) อาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ เนื้อปลา และไข่ขาว 4-6 ฟอง/วัน 2) อาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ มะละกอ ถั่วลิสง ส้ม องุ่น มะม่วงสุก ฝรั่ง ผลไม้แห้ง เมล็ดผลไม้ต่างๆ 3) อาหารประเภทผักที่มีกากใยสูง ผักที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ บล็อกโคลี่ ดอกกะหล่ำ ผักบุ้ง แครอท ผักโขม ข้าวโพด มันฝรั่ง ฟักทอง มะเขือเทศ เห็ด หน่อไม้ฝรั่ง ผักที่มีโปรตีนต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ แดงกวา ฟักเขียว ฟักแม้ว บวบ กะหล่ำปลี ผักกาดหอม และ มะเขือยาว	1) อาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดพืช ต่างๆ ชา กาแฟ น้ำอัดลม ขนมน้ำผึ้ง ลูกกั๊กและผลิตภัณฑ์ จากนม 2) อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ปรุงรส หรือ แปรรูป ขนมน้ำเค็มรสเค็ม อาหารกระป๋อง อาหาร งานด่วน ซอสต่างๆ และอาหารสำเร็จรูป 3) อาหารที่มีรสหวานและไขมันสูง อาหารที่มีรสหวานจัด น้ำอัดลม เค้ก ลูกกั๊ก เป็นต้น

6.8 การออกกำลังกายผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง สามารถออกกำลังกายในขณะที่มีน้ำยาล้างไตอยู่ในช่องท้องได้ประกอบด้วย การออกกำลังกายที่ยืดกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ปอดและหัวใจ เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเดิน การเดินสลับวิ่ง การปั่นจักรยาน การเดินลีลา การเดินแอโรบิก การรำมวยจีน การเล่นโยคะ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย

เมื่อมีไข้ มีการเปลี่ยนแปลงตารางการล้างไต หรือ เปลี่ยนยารับประทานอากาศที่ร้อนหรือชื้นเกินไป มีการปวดข้อ มีความดันโลหิตสูง หรือมีความเครียด

6.9 การรับประทานยาแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและเคร่งครัด ดังตาราง 3 (KanjanaBuch, 2017; Jirachan et. al., 2016)

ตาราง 3 ยาที่ควรรับประทานอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง

ยาที่รับประทาน	เหตุผล
1) ยาลดความดันโลหิต	ช่วยลดและควบคุมความดันโลหิตโดยแพทย์อาจให้ยาลดความดันโลหิตตัวเดียว หรือหลายตัว
2) ยาจับฟอสเฟต (Phosphate binders)	เพื่อป้องกันไม่ให้ฟอสเฟตสะสมในร่างกาย เป็นยาที่ช่วยจับฟอสเฟตจากอาหารที่ลำไส้ จึงต้องรับประทานยาพร้อมอาหารทุกครั้ง
3) แคลเซียมและวิตามินดี	วิตามินดีจำเป็นต่อการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้ ช่วยรักษาระดับแคลเซียมในเลือดให้ปกติ
4) ธาตุเหล็ก	เนื่องจากการดูดซึมธาตุเหล็กที่ลำไส้ลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง จำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็กเสริม เพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง
5) ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ให้สร้างเม็ดเลือดแดง	Erythropoietin เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากไต มีหน้าที่กระตุ้นไขกระดูก
6) ยาระบาย	ป้องกันและรักษาอาการท้องผูกที่อาจทำให้สายท่อล้างไตภายในช่องท้องอยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสม ทำให้น้ำยาไหลออกไม่สะดวก

6.10 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและวิธีการแก้ไขเบื้องต้น (Posivilai, 2014; Jirachan et. al., 2016; Liu & Chertow, 2018)

6.10.1 การติดเชื้อในช่องท้อง (Peritonitis) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการรักษาแบบ CAPD สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเทคนิคขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา มีการปนเปื้อน เช่น การจับบริเวณข้อต่อสาย การเปิดพัคลมหรือเครื่องปรับอากาศขณะเปลี่ยนน้ำยา มีฝุ่นละอองมาก มีการติดเชื้อลุกลามเข้าไปจากการติดเชื้อบริเวณช่องสายออกหรือเป็นช่วงที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำจะทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตมีลักษณะขุ่น หน้าท้องกดเจ็บ ร่วมกับมี Rebound tenderness เสี่ยงการเคลื่อนไหวน้ำของลำไส้ลดลง เมื่อมีอาการดังกล่าวให้ผู้ป่วยใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้องและปล่อยออกทันที ประมาณ 2-3 ถุง แล้วรีบมาโรงพยาบาลทันที โดยนำน้ำยาล้างไตถุงล่าสุดที่มีลักษณะขุ่น (ถุงก่อนปฐมพยาบาลเบื้องต้น) มาส่งตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อหาเชื้อ โดยไม่ควรทิ้งไว้เกิน 2 ชั่วโมง

6.10.2 การติดเชื้อบริเวณช่องสายออกและชั้นใต้ผิวหนังรอบท่อล้างช่องท้อง (Exit site and Tunnel infection) ซึ่งการติดเชื้อบริเวณช่องสายออก (Exit site infection) เป็นการติดเชื้อบริเวณแผลที่สายล้างช่องท้องไหลออกมา สาเหตุมาจากสายถูกดึงรั้ง ทำให้เกิดการบาดเจ็บ บริเวณปากแผล แผลเปื่อยขึ้น หรือมีการดูแลและทำความสะอาดแผลไม่ถูกวิธี ผู้ป่วยจะมีอาการปวด บวมแดง ผิวหนังมีสีชมพูเข้มหรือแดง บางครั้งอาจมีหนองหรือน้ำเหลืองไหลออกจากบริเวณดังกล่าว พบดังนี้ บริเวณปากแผล การแก้ปัญหาแนะนำให้ทำความสะอาดแผลให้ถูกวิธี ยึดตรึงสายล้างไตด้วยพลาสติกไม่ให้มีการดึงรั้ง ทำแผลทันทีเมื่อแผลเปื่อยขึ้น สังเกตลักษณะของแผล หากพบสิ่งผิดปกติดังกล่าวให้ติดต่อแพทย์หรือพยาบาลหรือรีบมาโรงพยาบาลทันทีเพื่อทำการรักษาแต่เริ่มต้น ส่วนการติดเชื้อบริเวณชั้นใต้ผิวหนังรอบท่อล้างช่องท้องหรืออุโมงค์สาย (Tunnel infection) เป็นการติดเชื้อที่เนื้อเยื่อรอบช่องท้องระหว่าง Dacron cuff

ทั้งสองผู้ป่วยจะมีการเจ็บบริเวณที่วางท่อล้างช่องท้อง ร่วมกับมีอาการบวม แดง ร้อน ในบริเวณดังกล่าว บางครั้งอาจคลำได้เป็นลำแข็งบริเวณใต้ผิวหนังที่มีการวางสายล้างช่องท้อง หากพบอาการดังกล่าวให้รีบกลับมาพบแพทย์เพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ เพื่อหาจุลชีพที่เป็นตัวก่อโรคและให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม

6.10.3 ปลายข้อต่อของสายส่งน้ำยาล้างไตมีการปนเปื้อน ซึ่งอาจเกิดจากสายส่งน้ำยาหลุดมือ หรือตกพื้นขณะเปลี่ยนน้ำยาให้ผู้ป่วยหยุดการปล่อยน้ำยาล้างไตเข้าออกทันที และปิดสายที่ส่งน้ำยา ปลดข้อต่อของสายส่งน้ำยา และต่อปลายข้อต่อเข้ากับฝาปิดเชื้ออันใหม่ หรือใช้ก๊อสที่ฆ่าเชื้อแล้วชุบน้ำยาโพวิดีน (providine) พันรอบส่วนที่มีปัญหาให้ติดต่อหน่วยไตเทียมแล้วรับมาโรงพยาบาลทันที เพื่อเปลี่ยนสายส่งน้ำยาเส้นใหม่และพิจารณาการรักษาต่อไป

6.10.4 น้ำยาไม่ไหลออกจากช่องท้องหรือไหลช้ามากซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากสายน้ำยาที่ต่อลงถุงน้ำยาหักพับ งอ หรือเกิดจากการลิ่มเปิดตัวหนีบที่สายส่งน้ำยาหรือบริเวณสายมีเนื้อเยื่อ (fibrin) หรือลิ่มเลือดอุดตันมีการอุดตันภายนอกสายจากภาวะท้องผูกหรือการเบียดจากอวัยวะภายในช่องท้อง สามารถแก้ไขโดยแนะนำให้ผู้ป่วยสำรวจรอยหักพับ ตรวจสอบเช็การเปิดตัวหนีบที่สายส่งน้ำยา ตรวจสอบการอุดตันของเนื้อเยื่อหรือลิ่มเลือดบริเวณสายส่งน้ำยา ถ้ามีอาการแก้ไขโดยบีบรัดสายส่งน้ำยา หรือใช้นิ้วกดสายน้ำยาเบาๆ เพื่อให้มีแรงดันเนื้อเยื่อหรือลิ่มเลือดให้หลุดไป นอกจากนี้อาจแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าจากท่านอนให้พลิกตะแคงซ้าย ขวา หรือนั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดิน หากแก้ปัญหาไม่ได้ให้มาโรงพยาบาลทันที

6.10.5 น้ำยาที่ปล่อยออกขาดทุนมากใน 1 วัน จนเกิดอาการบวมตามแขน ขา หรือหน้าหรือทรวงอก การชั่งน้ำหนัก แก้ไขโดยแนะนำผู้ป่วยให้ลดปริมาณน้ำดื่มต่อวัน รับประทานอาหารลดเค็ม หรือเพิ่มความเข้มข้นของน้ำยา วันละ 1-2 ถัง ห้ามใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงในรอบ 21.00 น. ค้างคืนไว้เพราะจะทำให้

เกิดการดูดซึมของน้ำเข้าร่างกายทำให้เกิดอาการบวมมากยิ่งขึ้น หากอาการไม่ดีขึ้น หรือผู้ป่วยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัม/วัน หรือความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

6.10.6 การรั่วซึมของน้ำยาล้างไตจากบริเวณช่องสายออก (Exit site) อาจเกิดจากการประสานของแผลยังไม่ดี การใส่น้ำยาเข้าช่องท้องมากเกินไป การเย็บแผลผ่าตัดไม่ดี แผลผ่าตัดกว้างเกินไป การรั่วซึมของน้ำยาจะทำให้ผ้าก๊อสเปียก มีน้ำซึมออกทางแผลช่องสายออกหรืออาจบวมเฉพาะที่ เช่น ใต้ผิวหนังรอบๆ บริเวณช่องสายออก ขาหนีบ สะดือ หรืออุ้งอัมตะ ควรแนะนำให้เปลี่ยนผ้าก๊อสปิดแผล ตรวจสอบบริเวณข้อต่อต่างๆ ถ้าไม่ได้เกิดการรั่วของข้อต่อให้ผู้ป่วยใส่น้ำยาปริมาณน้อยกว่าเดิม ถ้าน้ำยายังคงซึมออกตลอดเวลาให้ปล่อยน้ำยาออกให้หมด ไม่ต้องใส่น้ำยาใหม่และรีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

6.10.7 อุบัติเหตุต่างๆ ที่มีผลต่อสายล้างไต เช่น สายล้างช่องท้องถูกของมีคมตัดขาด หรือข้อต่อกับสายล้างช่องท้องหลุดหรือคลายเกลียว ให้ผู้ป่วยปิดตัวหนีบโดยให้ตัวหนีบอยู่ระหว่างรอยขาดใช้ผ้าก๊อสชุบน้ำยาฆ่าเชื้อโพวิดีนปิดรอบสายที่ขาดหรือหลุด ห้ามตัดต่อหรือซ่อมแซมสายเอง และรีบมาโรงพยาบาล

7. การติดตามโดยการแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไตทุก 1-2 เดือน มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยพยาบาลไตเทียมที่สามารถให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงมีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดเชื้อบ่อยครั้งโดยจะเยี่ยมบ้านอย่างน้อยทุก 6 เดือน มีการประเมินภาวะโภชนาการหลังการล้างไตทางช่องท้อง 3 เดือน และทุก 6 เดือน มีการทดสอบประสิทธิภาพเยื่อช่องท้องและการประเมินความเพียงพอของการล้างไตหลังทำการล้างไตทางช่องท้อง 1 เดือนและทุก 1 ปีและรวมทั้งการประเมินปัญหาด้านจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการเข้าไปสังเกตสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เป็นต้น

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นนโยบาย PD first policy ทำให้ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำนวนเพิ่มมากขึ้น พยาบาลเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดวางสายล้างไต การพยาบาลหลังผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง ระยะรอก่อนเริ่มทำการล้างไตทางช่องท้อง (Break-in period) ระยะหลังพักท้อง และการพยาบาลผู้ป่วยในระยะล้างไตทางช่องท้อง ทั้งนี้ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

เอกสารอ้างอิง

- Bern, J. S., Curhan, G.C., & Motwani, S.M. (2019) Patient education: Chronic kidney disease (Beyond the basics). Retrieved 17 October 2020 from <https://www.uptodate.com/contents/chronic-kidney-disease-beyond-the-basics#H6>.
- Busapawanich, S., Kitpaiboonchai, T., Sukmee, K., Benyapanya, P., Wanarakamane, U., & Sukubol, S. (Eds.). (2009). Handbook for caring patients with CAPD in the community. Songkhla: Wanida Doc. [In Thai].
- Calvert, J. H. & Cline, D. M. (2019). End-Stage Renal Disease. In J. E. Tintinalli, O. Ma, D. M. Yealy, G. D. Meckler, J. Stapczynski, D. M. Cline & S.H. Thomas, (Eds.). *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. New York: McGraw-Hill.
- Chuasuwana A. & Lumpaopong A. (Ed.). (2020). *Thailand renal replacement therapy year 2016-2019*. Retrieved 27 August, 2020 from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/01/1. TRT-Annual-report-2016-2019.pdf>. [In Thai].
- Dirkx, T.C., & Woodell, T. (2019). Chronic Kidney Disease. In M.A. Papadakis, S. J. McPhee & M. W. Rabow. (Eds.), *Current Medical Diagnosis and Treatment 2020*. New York: McGraw-Hill.
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 395 (29 February 2020), 709-733.
- Jirachan, B., Pholphok, K., & Plotchakhen, W. (Eds.). (2016). *Clinical Practice Guideline for Peritoneal Dialysis in hospitals and operating rooms*. Bangkok: Rajavithi Hospital. [In Thai].
- Kanjanabuch, T. (2013). *Textbook of practical peritoneal dialysis "Under the supreme patriarch's patronage"*. Bangkok: Faculty of Medicine Chulalongkorn University. [In Thai].
- Kanjanabuch, T. (Ed.). (2017). *Clinical Practice Guideline (CPG) for Peritoneal Dialysis 2017*. Bangkok: HealthWork Plus Co., Ltd. [In Thai].
- KDIGO. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international Supplement*. 3(1), 1-150.
- Liu K. D, & Chertow GM. (2018). Dialysis in the Treatment of Renal Failure. In J. Jameson, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo & J. Loscalzo. (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York. NY: McGraw-Hill.



- Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Patrice H. M,&Okpechi I, (et al.). (2015). Worldwide access to treatment for end stage kidney disease: A systematic review. *Lancet*. 385(9981), 1975-82.
- Ministry of Public Health. (2021). *Number of chronic kidney disease cases, fiscal year 2020*. Retrieved 15 April 2021 from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/ckd_registry.php.
- National Health Security Office (NHSO), (2021). *NHSO Annual Report 2020*. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing. [In Thai].
- Nongnuch, A. (2018). Management of chronic kidney disease in Thai population. In A. Ingsathit, (Ed.), *Epidemiology of chronic kidney disease in Thailand* (pp. 135-160). Bangkok: Text and General Publication Co., Ltd. [In Thai].
- Posivilai, N. (2014). *The outcomes of utilizing clinical nursing practice guidelines in caring patients in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis at home*. Master Thesis (Community Nurse Practitioner), Christian University, Nakhon Pathom. [In Thai].
- Prasert, T. (2011). Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand. *Journal of The Department Of Medical Services*, 40(5), 5-17. [In Thai].
- Sathirapot, B., Chaiprasert, A., Nata, N., & Supasin, O. (Eds.). (2018). *Manual of dialysis*. Bangkok: Num AgsornKarnpim. [In Thai].
- Siriwong, T. (2009). Past, present and future of peritoneal dialysis. In T. Jirananthawat, S. ChangSirikulchai, T. Trakarnwanich, & W. Sumethakul, (Eds.), *Practical dialysis in the year 2009*. (pp.299-312). Bangkok: Text and Journal Publication. [In Thai].
- Supasin, O. (2016). Chronic kidney disease. In Chaiprasert, A. (Ed.), *Medical diagnosis and treatment*. Bangkok: Num AgsornKarnpim. [In Thai].
- The Nephrology Society of Thailand. (2017). *Clinical Practice Recommendation for Comprehensive Conservative Care in Chronic Kidney Disease*. Bangkok : Text and Journal Publication Co., Ltd. [In Thai].
- Treesorn, K. (2018). Quality of life of patients with chronic kidney disease who had renal replacement therapy. *Maharakham Hospital journal*, 15(1), 13-20. [In Thai].
- Wongsabut, P. (2018). Peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patient. *UBRU Journal for Public Health Research*, 7(1), 22-26. [In Thai].
- Wongsaree, C. (2016). *Kidney and urinary diseases: Medical and surgical nursing care*. Bangkok: N P Press Limited partnership. [In Thai].

