

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with End Stage Renal Disease having Peritonitis form Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : a Study of Two Case

วิไลวรรณ แสนโฮม\*  
Wilaiwan Saenhom\*

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

**วิธีการศึกษา :** การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ในเดือน กันยายน 2559 ถึง พฤศจิกายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะแรกกับระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

**ผลการศึกษา :** พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ปัญหาการติดเชื้อราและมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในช่องท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการและอาการแสดง ได้แก่ มีไข้ปวดท้องมาก คลื่นไส้ อาเจียน และน้ำยาล้างไตขุ่น ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เชื้อรายังไม่แพร่กระจายเข้าสู่ช่องท้องมาก พบเชื้อราเกาะติดตามสายทางออกของน้ำยาล้างไต ทำให้น้ำยาล้างไตไหลเข้าออกซ้ำแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงเหมือนผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาโดยให้ยารักษาเชื้อรา ร่วมกับทำฟอกเลือดชั่วคราว (temporary hemodialysis) อย่างไรก็ตามในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ พบว่า มีระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อรวมทั้งความยากของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ โรคประจำตัว ความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เชื้อที่ก่อโรค อาการและอาการแสดง และความสามารถของผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วย

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

**สรุปผลการศึกษา :** ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การสอนและสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว การบริหารจัดการ การประสานงาน และการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อของบุงช่องท้องในแต่ละครั้ง เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องอันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำ และหมั่นทบทวนวิธีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ลดอัตราการเสียชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

### Abstract

**Objective :** To describe the nursing care for patients with end-stage renal disease (ESRD) having peritonitis from continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD).

**Methods :** This comparative study was conducted by using the data of two patients with end-stage renal disease having peritonitis from CAPD admitted in Khon kaen Hospital between September and November 2016. The data of this study were collected from patient medical records, interviewing patients and their relatives, and observations. Besides, this study was analyzed and presented by comparison between cases in health patterns, pathology, signs and symptoms, peritonitis's treatments, nursing diagnosis, and nursing plans during admitted and discharge.

**Results :** The results showed that both patients have the same problem that was a fungal infection, and it quickly spreads to the peritoneum. Moreover, fungal infection made the first patient had a fever, severe stomach pain, nausea and vomiting, and unclear of peritoneal dialysis solution. However, the second case did not show those symptoms because the fungi did not spread to the peritoneum, just saw the fungi sticking to a transfer tube and it made the peritoneal dialysis solution was not cleared and flown. After that, both patients have been changed treatment plans by adding antifungal medicines and temporary hemodialysis. However, the severity of infection of each patient depends on their conditions, including age, underlying of disease, delaying of treatment, type of germs, signs and symptoms, and competency of caregiver regarding practice and skill of CAPD

**Conclusion :** To care for patients of ESRD having CAPD, nurses have to have essential nursing competencies, including nursing practice, counseling, teaching, and communicating to patients and their families, management, coordinating, and continuing care. It also included the competencies and skills of accessing the causes of peritonitis and reviewing the guidelines of changing peritoneal solution. These nursing competencies will be helpful in preventing recurrent infection, reduce mortality rate, and enhance the quality of life

**Keywords:** End-Stage Renal Disease, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), Peritonitis

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูลปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 แสนคน มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 10,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 13,536 คน และประมาณ 1 ใน 3 ตายก่อนวัยอันควร<sup>1</sup>

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานหรือมากกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไต<sup>2</sup> เมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูรีเมีย (Uremia) หรือเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องมีการบำบัดทดแทนไต ปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation) ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นวิธีการรักษาที่ง่ายผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาได้เองที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่าการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด<sup>3</sup> ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือราคาแพงมาก และสามารถดำเนินการรักษาออกโรงพยาบาลได้<sup>4</sup> แต่การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จากเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง หรืออุปกรณ์ในการเปลี่ยนถ่ายชำรุด การไม่รักษาความสะอาดในขณะปฏิบัติกิจกรรม

รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย และเป็นสาเหตุการตายถึง ร้อยละ 7-10<sup>5</sup> ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีผลทำให้ประสิทธิภาพการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องลดลง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น<sup>6</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศูนย์บริการโรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ต้นทุนรวมของการให้บริการล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วยในปี 2554 เท่ากับ 0.98 ล้านบาท เฉลี่ยเท่ากับ 1,125.82 บาทต่อครั้ง การให้บริการ<sup>7</sup> และผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อรุนแรงต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอนรักษา

จากข้อมูลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2556-2559 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 262, 319, 380 และ 388 ราย ตามลำดับ และมีการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จำนวน 58 ,78, 120 และ106 ราย ตามลำดับ<sup>8</sup> เชื้อที่พบส่วนใหญ่จากแบคทีเรียและสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำภายหลังได้รับการฝึกสอนในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตจากพยาบาลอย่างเคร่งครัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเดิมเป็นเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และปฏิบัติอย่างถูกต้องตลอดเวลา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการคาท่อล้างไตทางหน้าท้อง และการปนเปื้อนเชื้อในขณะทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

หลักต้องปฏิบัติคือ การปฏิบัติเพื่อการปลอดภัย เช่น การทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนขณะทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย เป็นต้น<sup>9,10, 11</sup> ผู้ป่วยหลายรายที่มีการติดเชื้อจนผนังช่องท้องมีพังผืดไม่สามารถทำการล้างไตทางหน้าท้องต่อได้ต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัวและคุณภาพชีวิต และบางรายติดเชื้อรุนแรงเข้าสู่กระแสเลือดจนเสียชีวิต ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากเชื้อรา เนื่องจากพบอุบัติการณ์ของเชื้อรารวมต่ำ เฉลี่ยร้อยละ 3-6<sup>12,13</sup> แต่จัดได้ว่าเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 15-50<sup>13</sup> เมื่อเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด และได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

### วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ในเดือน กันยายน 2559 ถึง พฤศจิกายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผน

สุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะแรกรับ ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

### ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 2 กันยายน 2559 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 13 กันยายน 2559 การวินิจฉัยหลัก 1. ESRD with infected CAPD (Catheter-related peritonitis due to candida albicans) 2. Underlying disease DM with HT

ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 การวินิจฉัยหลัก 1. ESRD with infected CAPD (Fungus) 2. Underlying disease HT with Gout

**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มีไข้สูง ปวดท้อง คลื่นไส้และ อาเจียน และน้ำยาล้างไตที่ปล่อย ออกมา มีสีขุ่น เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 1 วัน	ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน น้ำยา ไหลเข้าออกช้า ไม่มีไข้และน้ำยา PD ไม่ขุ่น มาที่ไตเทียมตรวจพบ คราบสีดำคล้ายเชื้อราติดตามสาย transfer
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ปวดทั่วๆท้องเป็นพักๆ ไม่มีไข้แต่มี คลื่นไส้และอาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน 1 วัน แพทย์ วินิจฉัยเบื้องต้น R/O non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) แต่เช้าวันรุ่งขึ้นมีอาการ ปวดท้องมากขึ้น ปล่อยน้ำยาออก พบว่าน้ำยาขุ่น และมีไข้ ญาติขอส่ง ต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการวินิจฉัยก่อนส่ง 1. R/O Infected CAPD 2. R/O NSTEMI	2 สัปดาห์ก่อนมา พบมีคราบสีดำ เล็กน้อยเกาะติดที่สาย transfer ปล่อยน้ำยาล้างไตไหลเข้าออกดี แต่ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีปัญหาน้ำยาไหลเข้าออกช้า ไม่มี ไข้และน้ำยา PDใสไม่ขุ่น จึงมาที่ ศูนย์ไตเทียมและพยาบาลล้างไต ทางช่องท้องตรวจพบคราบสีดำ คล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transfer จำนวนมาก ไม่มีอาการ ปวดท้อง BT 36.8°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 147/90 mmHg ท้องบวมโตจากน้ำยาล้างไตคั่งใน ช่องท้อง รายงานแพทย์ และให้ ส่งPDF for G/S, C/S, cell diff., cell count และตัดปลายสาย ส่วน ที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และให้ หยุดทำ CAPD เกรงจะมีการ กระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้อง เพิ่มและเข้ากระแสเลือดที่ทำให้ เสียชีวิตได้ ให้ผู้ป่วยนอนรักษาใน โรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุร กรรมหญิง 1 เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อรา และ off สาย Tenckhoff

## ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปี 2546 เป็นโรคเบาหวานรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และปี 2552 ตรวจพบมีความดันโลหิตสูง และต่อมาปี 2554 มีโรคไตเรื้อรัง รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมาตลอดจนไตเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี 2556 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 4 ธันวาคม 2556 โดยบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ภายหลังการฝึกสอนและกลับไปทำการล้างไตต่อที่บ้านได้ 22 วัน มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา พบเชื้อ Coagulase Negative Staphylococci ได้รับยาปฏิชีวนะใส่ในถุงน้ำยาถุงสุดท้ายของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาจำนวน 14 วัน อาการติดเชื้อหายไป และได้มีการทบทวนและสอนซ้ำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาให้ผู้ดูแล หลังจากนั้นไม่มีการติดเชื้ออีก	ปี 2536 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตลอดและปี 2556 มีอาการปวดตามข้อ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเก๊าท์และโรคไตเรื้อรัง ต่อมาปี 2558 พบเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 13 พฤศจิกายน 2558 โดยบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ภายหลังได้รับการวางสาย Tenckhoff ที่หน้าท้องและรอให้แผลรอบๆ สายแห้ง 14 วัน ก่อนจะฝึกสอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา พบมี exit site infection จากท้องบวมและมี ascites ชี้นรอบๆ ก่อนการ training CAPD ได้ยาปฏิชีวนะรับประทาน 1 สัปดาห์ และการติดเชื้อของแผลดีขึ้น และหลังทำ CAPD ได้ประมาณ 4 เดือน พบมี incisional hernia แต่ไม่ได้ทำการผ่าตัดเนื่องจากก้อนไม่โตไปจากเดิม
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
โรคประจำตัว	เป็น Diabetes Mellitus type II ปี 2546 เป็น Hypertension ปี 2554 รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	ปี 2536 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตลอด และปี 2556 พบมีโรค Gout

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	เคยผ่าตัดนิ่วในไตที่โรงพยาบาล ขอนแก่นปี 2535	เคยผ่าตัดนิ่วในไตที่โรงพยาบาล ขอนแก่นปี 2540
อาการแรกเริ่ม	<p>แรกเริ่มที่ ER เวลา 15.30น.ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี รู้เรื่องแต่เหนื่อยเพลีย มีไข้ 38.1°C ชีพจร 80ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 165/89mmHg แพทย์ให้ Film abdomen supine และทำ EKG 12 leads พบ normal sinus rhythm ได้ 0.9%NSS 1000 ml IV drip 40 ml/hr และให้รักษาในโรงพยาบาลที่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย<sup>2</sup> เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุร กรรมชาย 2 เวลา 17.30 น.แรกเริ่ม รู้สึกตัวดี รู้เรื่องแต่เหนื่อยเพลีย มีอาการปวดทั่วๆ ท้องเป็นพักๆ กดเจ็บทั่วท้องแข็งเกร็ง ระดับความ ปวดระดับ 4 ชีตเล็กน้อย ปลายเท้า บวมเล็กน้อย1+ มีไข้ 38.6°C ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 198/94 mmHg ผลน้ำตาลปลายนิ้ว 331mg/dl และ ผลตรวจเลือดแรกเริ่ม พบ ค่า Albumin ค่อนข้างต่ำ คือ 2.6 g/dL และ Hematocrit 27.9 %</p>	<p>1วันก่อนมาโรงพยาบาล มีปัญหา น้ำยาล้างไตไหลเข้า-ออกซ้ำ ไม่มี ไข้และน้ำยา PD ใส่ไม่ชุ่ม จึงมา ที่ศูนย์ไตเทียมและพยาบาลล้างไต ได้ประเมินอาการพบคราบสีดำ คล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transferจำนวนมาก ไม่มีอาการ ปวดท้อง ไม่บวม แต่อึดอัดท้อง จากน้ำยาล้างไตค้างในช่องท้อง ชิตเล็กน้อย BT 36.8°C ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อ นาที BP 147/90 mmHg รายงานอายุรแพทย์ โรคไต ให้ส่งตรวจเชื้อรา และตัด ปลายสายส่วนที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่รพ.จุฬาลงกรณ์ หยุดทำ CAPD และให้ผู้ป่วยนอนรักษา ในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุร กรรมหญิง แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม หญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้เรื่องไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง อุณหภูมิ 37.1 °C ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 18 ครั้งต่อ นาที BP 140/80 mmHg หยุดทำ CAPD และส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อ off สาย Tenckhoff ผลตรวจเลือด แรกเริ่มพบ Potassium (K) ต่ำ 2.96 mmol/L, Albumin 3.2 g/dL และ Hematocrit 30.1 %</p>



## ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม 11 แบบแผนของ Gordon<sup>14</sup> กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล

11 แบบแผนสุขภาพ ของ Gordon	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จากการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)</li> <li>- มีของเสี้ยคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</li> <li>-เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง</li> <li>- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีของเสี้ยคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่และต้องหยุดการล้างไตทางช่องท้องจากการมีคราบราดำติดที่สายTransfer</li> <li>- เสี่ยงต่อการกระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม เนื่องจากมีราดำเกาะติดตามสายทางเข้าออกของน้ำยาล้างไต</li> <li>- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</li> </ul>
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะ hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยและมีโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้</li> <li>- มีภาวะเสี้ยสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย; hypokalemia และ hypomagnesium เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย</li> <li>- มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะเสี้ยสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย; hypokalemia และ hyponatremia เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย</li> <li>- มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการเปื้ออาหาร จากภาวะยูรีเมียและแน่นท้อง</li> </ul>

ตาราง 2 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม 11 แบบแผนของ Gordon<sup>14</sup> กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล

11 แบบแผนสุขภาพ ของ Gordon	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>เบื่ออาหาร จากภาวะยูรีเมีย และมี คลื่นไส้อาเจียน</p>	
แบบแผนที่ 3 แบบ แผนการขับถ่าย	<p>- ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่อง ท้องและถูกจำกัดกิจกรรม</p>	<p>- ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่อง ท้องและถูกจำกัดกิจกรรม</p>
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและ การออกกำลังกาย	<p>- อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด</p>	<p>- อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด</p>
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ	<p>- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสถานที่และ สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยและมีปวด ท้อง</p>	<p>- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยและ แน่นท้อง</p>
แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้	<p>- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจาก การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง</p>	<p>- ไม่สุขสบาย แน่น อึดอัด ท้อง เนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง มาก จากมีราดำเกาะติดตามสาย ทางออกของน้ำยา</p>
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ ตนเองและอัตมโนทัศน์	<p>- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม</p>	<p>- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม</p>
แบบแผนที่ 8 บทบาทและ สัมพันธภาพ	<p>- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้</p>	<p>- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้</p>
แบบแผนที่ 9 เพศและการ เจริญพันธุ์	<p>- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้</p>	<p>- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้</p>
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และและความทนกับ ความเครียด	<p>- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม</p>	<p>- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม</p>
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและ ความเชื่อ	<p>- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้</p>	<p>- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้</p>

### ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<b>ประเด็นเปรียบเทียบ 1. พยาธิสภาพของโรค</b>		
<p>มาด้วยอาการสำคัญ มีไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น คลื่นไส้และอาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน</p> <p>แรกรับรู้สึกตัวดี รู้เรื่องแต่เหนื่อยเพลีย มีอาการปวดทั่วๆท้องเป็นพักๆกดเจ็บทั่วท้องแข็งเกร็ง ระดับความปวดระดับ 3 ซีดเล็กน้อย ไม่บวม มีไข้ 38.6°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 198/94 mmHg ได้ยา amlodipine (10mg) 1 เม็ดรับประทาน ความดันโลหิตลดลง 183/84 mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ผลน้ำตาลปลายนิ้ว 331mg/dl ได้ RI 8 unit sc stat แต่ น้ำตาลปลายนิ้วยังสูง 260 mg/dl ได้ NPH 8 unit sc และน้ำตาลลดลงเหลือ 115 mg/dl, run CAPD 2,000 cc. x 4cycle/ day พบน้ำยาที่ออกมาขุ่น มี fibrin ปวดท้องขณะปล่อยน้ำยาเข้าน้ำยาขาดทุน 100 cc. ผลตรวจเลือดพบค่าผิดปกติที่สำคัญ คือ BUN 26.6 mg/dL, Creatinine 7.11 mg/dL, Hematocrit 27.9%, Potassium 3.86 mmol/L, Magnesium 1.60 Phosphorus 2.8 mg/dL</p>	<p>มาด้วยอาการสำคัญ 1 วัน ก่อนมาตามนัดที่หน่วยไตเทียม มีปัญหาน้ำยาล้างไตไหลเข้าออกช้า ไม่มีไข้และน้ำยา PD ไส แต่น้ำยาที่ออกขาดทุน 800 cc. พยาบาลล้างไตทางช่องท้องประเมินอาการ พบคราบดำคล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transfer แน่นอัดอัดท้องจากน้ำยาค้างในท้อง ไม่บวม มีภาวะซีดเล็กน้อย BT 36.8°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อ นาที BP 147/90 mmHg รายงานอายุรแพทย์โรคไต ให้ส่ง PDF C/S และตัดปลายสายส่วนที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ให้หยุดทำ CAPD และให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล ผลตรวจ PDF พบ White Blood Cell Count 110 cell/mm<sup>3</sup> ผล PDF C/S และ Hemoculture ไม่พบเชื้อผล แต่ Tip C/S จาก transfer พบเชื้อรากลุ่ม dematia- ceous fungi ผลตรวจเลือดพบค่าผิดปกติที่สำคัญ คือ BUN 58 mg/dL, Creatinine 12.39mg/dL, Hematocrit 30.1% Sodium 126 mmol/L,</p>	<p>ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการสอดใส่ท่อล้างไตเข้าไปในช่องท้องและต้องขาดเวลา ทำให้เสี่ยงต่อเชื้อโรคภายนอกเข้าสู่ร่างกายผ่านทางรอยต่อระหว่างผิวหนังกับท่อล้างไต การปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ้าน้ำยาล้างไต โอกาสติดเชื้อจากเชื้อประจำถิ่นในร่างกายผู้ป่วยเองผ่านทางอวัยวะภายในช่องท้องทางกระแสเลือด หรือแม้แต่ทางอวัยวะในสตรี<sup>11</sup> เชื้อที่เป็นสาเหตุมากที่สุด คือ เชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ส่วนสาเหตุจากเชื้อราพบได้ค่อนข้างต่ำ อาจเกิดจากเชื้อราชนิดเซลล์เดี่ยว (yeast) หรือราสาย ซึ่งยีสต์ในกลุ่ม Candida spp เป็นเชื้อก่อโรค ที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 68-90 และไม่บ่อยพบเชื้อราสาย ก่อให้เกิดโรคในภาวะปกติ แต่มีแนวโน้มพบอุบัติการณ์ของเชื้อราสายเพิ่มขึ้น ในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีได้แก่ Aspergillus spp, Paecilomyces spp, Penicillium spp, Fusarium spp, Zygomycetes spp, และ Acremonium spp. เป็นต้น จัดได้ว่าเป็นการติดเชื้อที่รุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีอัตราการเกิด technical failure ได้ถึง ร้อยละ 40 ไม่พบว่าการติดเชื้อ fungal peritonitis มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกแตกต่างกันจาก bacterial peritonitis แต่อาจพบ bloody effluent ในบางราย พบจำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยา PD ตั้งแต่ 90-23,600 cell/mm<sup>3</sup> ส่วนใหญ่เป็น Neutrophil เหมือน bacterial</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ตรวจ PDF พบ White Blood Cell Count 4,150 cell/ mm<sup>3</sup>, Neutrophil 98 % ผลPDF C/S ในวันแรกไม่พบเชื้อได้ยาปฏิชีวนะฉีดเข้าหลอดเลือดทุกวันแต่ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก Pain Score 8-10 คะแนน ได้ buscopan 1 ampule iv stat วันที่ 8 ก.ย. 2559 และ tramol 50 mg iv stat ในวันที่ 12 ก.ย. 2559 และมีคลื่นไส้ อาเจียนรับประทานอาหารได้น้อย ได้ omeprazole 40 mg iv stat วันที่ 8 ก.ย.2559 แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาอายุแพทย์โรคไตและพยาบาลล้างไต (PD Nurse) ส่งตรวจPDF C/S ซ้ำในวันที่ 6 กันยายน 2559 ให้ส่ง 10 cc. ในขวด H/C โดย PD Nurse ปล่อยน้ำยาออกมาจากช่องท้องผู้ป่วย แล้วปล่อยให้ตกตะกอน 30 นาที หลังจากนั้นดูดเอาส่วนที่มีตะกอนส่งตรวจ ผลPDF C/S พบเชื้อรา candida albicans และเปลี่ยนการให้ยาเป็นยาฆ่าเชื้อรา คือ ampoteracin B 40 mg + 5%D/W 500ml iv drip in 6 hrs. x14 วัน และ off สาย Tenckhoff เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็น</p>	<p>mmol/, Potassium 2.96 mmol/L, phosphorus 6.0 mg/dL, Albumin 3.2g/dL และ off สาย Tenckhoff เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต เป็น tempo-Rary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้งและให้ยาฆ่าเชื้อรา คือ Ampoteracin B 35 mg + 5%D/W 500 ml iv drip in 8 hrs. x4 สัปดาห์ มีภาวะโปรแตสเซียมต่ำ 2.96 mmol/L ได้ 5% E.kcl 30 ml รับประทาน x 2 dose และโซเดียมในเลือดต่ำ 126 mmol/L ได้ 3% NaCl 500ml iv drip 40 ml/hr. หลังให้การดูแลรักษามีอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ 36.7-37.3°C ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 135/80 mmHg ผลตรวจเลือดพบ BUN 42 mg/dL, Creatinine 10.71 mg/dL, Sodium 130 mmol/L, Potassium 3.81 mmol/L</p>	<p>peritonitis<sup>15</sup> ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด fungal peritonitis ได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคเบาหวานร่วม ผ่านการทำหัตถการทางลำไส้ เคยได้รับ board-spectrum antibiotics มาก่อนหน้า 1-3 สัปดาห์ มีภาวะ hypoalbuminemia หรือมีภาวะทุพโภชนาการ และบางรายมีความผิดปกติของท่อทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ทะลุ หรือ diverticulitis ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงจากอายุมาก มีโรคเบาหวานร่วมและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีภาวะอัลบูมินค่อนข้างต่ำมาตลอดไม่เกิน 2.8 g/dL เคยมีตุ่มน้ำใสและคันตามลำตัว และเคยได้รับ board-spectrum antibiotics มาก่อนจากเคยติดเชื้อ peritonitis ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีโรคเบาหวาน แต่มีการติดเชื้อรอบรอยต่อระหว่างผิวหนังกับท่อล้างไต และมี incisional hernia ร่วมกับมีภาวะอัลบูมินค่อนข้างต่ำมาตลอดไม่เกิน 3.2 g/dL ประกอบกับการปนเปื้อนของเชื้อในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดของผู้ดูแลหลักทั้ง 2 ราย</p>

### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>Temporary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังให้การดูแล รักษามีอาการดีขึ้นอาการปวด ท้องลดลง Pain Score 3-5 คะแนน ไม่มีไข้ 35.5-36.7 °C ซีฟ จร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที BP 156/80 mmHg ผลส่งเลือดเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อในกระแสเลือด</p> <p><b>ประเด็นเปรียบเทียบ 2 อาการและอาการแสดง</b></p> <p>มีไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น คลื่นไส้และอาเจียน ก่อนมา โรงพยาบาล 1 วัน ขณะนอน โรงพยาบาลอาการปวดทั่วท้อง เป็นพักๆ กดเจ็บทั่วท้องแข็งเกร็ง ระดับความปวดระดับ 3 ซีด เล็กน้อย ไม่บวม มีไข้ 38.6°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 198/94 mmHg ได้ยา</p>	<p>1 วัน ก่อนมาตามนัดที่หน่วยไต เทียม น้ำยาล้างไตไหลเข้าออกซ้ำ ไม่มีไข้และน้ำยา PD ไส แต่น้ำยา ที่ออกขาดทุน 800 cc.พยาบาล ล้างไตทางช่องท้องประเมินอาการ พบคราบสีดำคล้ายเชื้อราเกาะ ติดตามสาย transfer แน่นอึดอัด ท้องจากน้ำยาค้างในท้อง ไม่บวม มีภาวะซีดเล็กน้อย BT 36.8°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 147/90 mmHg</p>	<p>ข้อบ่งชี้ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ คือ น้ำล้างไตขุ่นจากการที่ไฟบริ โนไลเซนทำลายไฟบรินลดลง ทำให้พบโปรตีนจำนวนมากใน ช่องท้องและในน้ำยาล้างไตพบ เม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cell/mm<sup>3</sup> ผู้ป่วยจะมีอาการปวด ท้องเล็กน้อยจนถึงมากที่สุดและมี ไข้ต่ำๆ จนถึงไข้สูง 16 อาการนี้ พบในผู้ป่วยรายที่ 1 แต่ในรายที่ 2 เชื้อราที่เกิดขึ้นยังไม่กระจาย เข้าไปสู่ช่องท้องเพิ่ม จึงทำให้ไม่ พบอาการของการติดเชื้อ การป้องกันเชื้อราหลุดเข้าช่อง ท้อง โดยการประเมินจำนวน ลักษณะและตำแหน่งของคราบ เชื้อราบนสาย transfer และไม่ ทำการคลึงหรือรีดสายบริเวณที่มี คราบสีดำ ในขณะที่ทำการปล่อย น้ำยาเข้า-ออก และให้ข้อมูลของ การหยุดทำ CAPD รวมถึงการทำ hemodialysis</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<b>ประเด็นเปรียบเทียบ 3 การรักษาการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง</b>		
<p>- ปล่อน้ำยา PDF 2,000 cc. เข้า-ออกโดยไม่ต้องขังไว้ในท้อง จนกว่าน้ำยาที่ล้างไตออกมาจะใส</p> <p>- Run CAPD ด้วย 1.5% PDF 2,000 cc x 4 cycle/day</p>	<p>- Off run CAPD</p> <p>- Set off สาย Tenckh off catheter 1 พ.ย. 2559</p> <p>- ส่งไตเทียมเพื่อให้อายุรแพทย์โรคไต ใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่คอสำหรับฟอกเลือด วันที่ 28 ต.ค. 2559</p> <p>- Set Temporary HD 4hrs., no heparin, BFR 200ml/min, UF 2-2.5 Lit</p>	<p>แนวทางการรักษาตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการเฉพาะกิจISPD ปี พ.ศ. 2553<sup>15</sup> คือ ให้น้ำยาปฏิชีวนะเบื้องต้นที่มีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อคาดว่าจะเป็นตัวก่อโรคของการติดเชื้อในครั้งนี้นี้ ซึ่งควรให้ทันทีที่สังเกตพบน้ำยาขุ่น หรือมีไข และภายหลังการเก็บน้ำยาส่งเพาะเชื้อและย้อมสีแกรมแล้ว แนะนำให้ใช้น้ำยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ ไม่ได้จำเพาะว่าต้องเป็นยาปฏิชีวนะชนิดใด ขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์ของเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยนั้นๆ หากไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนและไม่มีสถิติของเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล ก็เลือกใช้น้ำยาปฏิชีวนะกลุ่ม cephalosporins เช่น cefazolin หรือ vancomycin หรือให้น้ำยาปฏิชีวนะอื่นที่ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ โดยเฉพาะ pseudomonas spp. เช่น ceftazidime ในทางปฏิบัติอาจเลือกให้ cefazolin ร่วมกับ ceftazidime ผสมในน้ำยาPD 2,000 cc. ทางช่องท้อง วันละ 1 ครั้ง (ค้างในช่องท้องนานกว่า 6 ชั่วโมง) ยกเว้นผลย้อมสีแกรมเป็นเชื้อรา หรือ เชื้ออื่นที่ไม่ใช่แบคทีเรีย สามารถใช้น้ำยาปฏิชีวนะที่มีความจำเพาะกับเชื้อที่พบ</p>
<p><b>การรักษาด้วย Antibiotic drug and Antifungal</b></p>	<p><b>การรักษาด้วยยา Antifungal</b></p>	
<p>- แรกได้รับได้ยาปฏิชีวนะคือ ceftazidime 1 gm iv stat then 0.5 gm iv ทุก 24 hrs. และ cefazoline 1 gm iv stat then 0.5 gm iv ทุก 12 hrs.</p>	<p>- Amphoteracin B 35mg+5 % D/W 500 cc.iv drip in 6 hrs. OD</p>	
<p>- วันที่ 2ของการนอนโรงพยาบาลได้เปลี่ยน routการให้น้ำยาปฏิชีวนะคือ cefazoline 1 gm และ ceftazidime 1 gm add ใน PDF 2,000 cc /วัน ของถุงสุดท้ายที่เปลี่ยนก่อนนอน</p>	<p><b>การรักษาอื่นๆ</b></p>	
<p>- วันที่ 7 ของการนอนโรงพยาบาลได้เปลี่ยนเป็นยาการรักษาเชื้อรา คือ Amphoteracin B 40 mg+5 % D/W 500cc.iv drip in 6 hrs. OD</p>	<p>- CPM 1 amp. iv OD ก่อนให้ Amphoteracin B</p> <p>- 5% E.kcl 30 ml oral stat x 2 dose วันที่ 28 ต.ค. 2559</p> <p>- 3% NaCl 500ml iv drip 40 ml/hr. in 6 hrs. วันที่ 4 พ.ย. 2559</p> <p>- Set HD สัปดาห์ละ 2 ครั้ง no heparin, BFR 200 ml/min, DFR 500 ml/min, UF 1.5-2 Lit x 1 เดือน</p> <p>- Restrict oral fluid &lt;800 cc./ day</p> <p>- Low salt, low phosphate diet</p>	
<p><b>การรักษาอื่นๆ</b></p>	<p><b>ยารับประทาน</b></p>	
<p>- On O2 Canular 5 lit/min keep O<sup>2</sup> sat ≥94 %</p> <p>- 50 %MgSO<sub>4</sub> 4ml+5 % D/W 100cc.iv drip in 4 hrs.x3 day</p>	<p>- Amlodipine (10) ½ x 1pc</p>	

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mixtard 8 ยูนิต ฉีดใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้าและ 4 ยูนิต ฉีด ก่อนอาหารเย็น</li> <li>- CPM 1 amp.iv OD ก่อนให้ Amphotericin B</li> <li>- Buscopan 1amp.iv stat และ Omeprazole 40 mg iv stat วันที่ 8 กย.2559</li> <li>-Tramal 50mg iv stat วันที่ 12 ก.ย.2559</li> <li>- off สาย Tenckhoff catheter วันที่ 12 ก.ย. 2559 เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็น Temporary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง x2 เดือน</li> <li>- Diabetic low salt diet ยารับประทาน</li> <li>- Folic acid( 5) 1x1pc</li> <li>Ferrous fumarate (200mg) 1 tab x 3 pc</li> <li>- Amlodipine (10) 1 x 2 pc</li> <li>-Hydralazine (25) 1 x 4 pc</li> <li>-Lasix (500) 1 x 1 pc</li> <li>-Omeprazole (20) 1 x 1 pc</li> <li>-Motilium 1 x 3 ac</li> <li>-B.co 1 x 3 pc</li> <li>-ASA (81) 1 x 1 pc</li> <li>-Mydocalm 1 x 2 pc</li> <li>-Paracetamal (500) 1tab prn ทุก 4 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lasix (500) 1 x 1 pc และ ½ x เทียง</li> <li>- Sodamint 2 x2pc</li> <li>- Hydralazine( 25) 2x4pc</li> <li>- Folic acid( 5) 1x1pc</li> <li>- Ferrous fumarate (200 mg) 1 tab x 3 pc</li> </ul>	<p>ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ ในระยะแรกแต่อาการยังไม่ดีขึ้นและผล PDF C/Sพบเชื้อราCandida albicans และเปลี่ยนการรักษาให้ยา anti-fungal ต่างกับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่พบอุบัติการณ์ติดเชื้อราตั้งแต่วินิจฉัย การรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อราโดยลำพังให้ผลสำเร็จต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตและการกลับเป็นซ้ำสูง เนื่องจากเชื้อสามารถสร้าง biofilm ช่วยในการ colonize อยู่ในสาย Tenckhoff และพิจารณาใส่สาย Tenckhoff ใหม่ หลังจากให้ยาฆ่าเชื้อราจนกระทั่งอาการอักเสบของช่องท้องหายเป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ 15 ยาฆ่าเชื้อราชนิดมาตรฐานที่ใช้คือ amphotericin B ให้ยาทางกระแสเลือดในขนาด 0.5 และ 1.0 มก./กก./วัน ในกรณีที่เป็นยีสต์และราสายตามลำดับระยะเวลาในการให้ยาฆ่าเชื้อราควรให้ยาอย่างน้อย 10วัน หลังทำการผ่าตัดถอดสาย Tenckhoff ออก แต่ควรมีระยะเวลาของการให้ยา 4 ถึง 6 สัปดาห์ และสามารถเปลี่ยนยา amphotericin B เป็นยาชนิดอื่นได้ตามผลการทดสอบความไวต่อยาฆ่าเชื้อรา ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วย amphotericin B 40</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		mg+5 % D/W 500cc.iv drip in 6 hrs. OD x1เดือน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ยามาเชื้อรา amphotericin B 35mg+5 % D/W 500cc.iv drip in 6 hrs. ODx1เดือน จึงนัดใส่สาย Tenckhoff ใหม่
<p><b>ประเด็นเปรียบเทียบ 4 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordon<sup>14</sup></b></p>		
1. มีไข้เนื่องจากการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จากการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง 3. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย; hypokalemia และ hypomagnesium เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย 4. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 5. มีภาวะ Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดขณะเจ็บป่วยและมีโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 7. อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด 8. มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการ	1. ไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้องเนื่องจากน้ำยาPDค้างในช่องท้องมาก จากมีราดำเกาะติดตามสายทางออกของน้ำยา 2. เสี่ยงต่อการกระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม เนื่องจากมีราดำเกาะติดตามสายทางเข้าออกของน้ำยาล้างไต 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง(CAPD) เป็นการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย; Hypokalemia และ Hyponatremia เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย 5. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่และต้องหยุดการล้างไตทางช่องท้องจากการมีคราบราดำติดที่ สาย transfer 6. อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด 7. มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัว	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 12 ข้อ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ เหมือนกัน 7 ข้อ และมีแตกต่างกัน 8 ข้อ ดังนี้ 1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่1 ผู้ป่วยรายที่1 มีไข้ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี 2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยรายที่1 มี hypokalemia และhypomagnesium แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาhypokalemia และ hyponatremia 4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Hyperglycemia แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี 5. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก แต่ผู้ป่วยรายที่2ไม่มี



### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>เบื่ออาหาร จากภาวะยูริเมีย และมีคลื่นไส้อาเจียน</p> <p>9. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่คุ้นเคยสถานที่ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยและมีปวดท้อง</p> <p>10. ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่องท้องและถูกจำกัดกิจกรรม</p> <p>11. วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม</p> <p>12. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</p>	<p>ของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการเบื่ออาหาร จากภาวะยูริเมีย</p> <p>8. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่คุ้นเคยสถานที่ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย</p> <p>9. ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่องท้องและถูกจำกัดกิจกรรม</p> <p>10. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</p>	<p>6. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 ของผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ ฐานะยากจน ส่วนรายที่ 2 ผู้ดูแลหลักขาดความเคร่งครัดในการปฏิบัติในขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา</p> <p>7. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ของผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่สุขสบาย แน่นอึดอัดท้อง เนื่องจากน้ำยา PD ค้างใน ช่องท้องมาก จากมีราดำเกาะติดตามสาย ทางออกของน้ำยา แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มี</p> <p>8. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ของผู้ป่วยรายที่ 2 เสี่ยงต่อการกระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม เนื่องจากมีราดำเกาะติดตามสายทางเข้าออกของน้ำยาล้างไต แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มี</p>

### ประเด็นเปรียบเทียบ 5 การปฏิบัติการพยาบาล

#### 5.1 ระยะแรกเริ่ม

<p>1. มีการพยาบาลเพื่อจัดการอาการไข้และส่งเสริมการหายจากการติดเชื้อและ โดยประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงการติดเชื้อ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง กรณีมีไข้ <math>38.4^{\circ}\text{C}</math> ดูแลเช็ดตัวลดไข้และประเมินอุณหภูมิหลังเช็ดตัว ลดไข้ 30 นาที กรณีมีไข้สูง <math>&gt;38.5^{\circ}\text{C}</math> ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาสังเกตและบันทึกลักษณะ สี</p>	<p>1. มีการพยาบาลเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้อง เนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้องมากจากมี คราบราดำติดตามสาย transfer โดยประเมินสัญญาณชีพและอาการแน่นอึดอัดในท้อง อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหรือนอนศีรษะสูง ถ้ามีอาการแน่นอึดอัดมากและหายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลในระยะแรกเริ่มอย่างครอบคลุม ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แตกต่างให้ amphotericin B ป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ของยาหลังจากนั้น ไข้เริ่มลดลงจนไม่มีและอาการปวดท้องไม่มี ส่วนรายที่ 2 ไม่มีไข้แต่มีแน่นอึดอัดท้องจากมีน้ำยาค้างในช่องท้อง จากมีเชื้อราเกาะติดตามสาย</p>
--	--	--

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ออกมาทุกครั้ง ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ทำแผลรอบๆ สาย Tenckhoff หน้าท้องวันละ 1 ครั้ง และเมื่อสกปรกหรือเปื่อยขึ้นและดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น</p> <p>2.การพยาบาลเพื่อจัดการอาการปวดท้อง โดยประเมินอาการปวด ลักษณะบริเวณ ระยะเวลา และความรุนแรงของการปวด ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหรืออนอนศีรษะสูง ดูแลให้น้ำยาPDให้มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิร่างกาย เนื่องจากถ้าน้ำยาPDที่เย็นมาก อาจทำให้ไม่สุขสบายและปวดท้องเพิ่ม แนะนำบุตรสาวให้ปล่อยน้ำยาไหลเข้าช้าๆ และซักถามอาการปวดขณะปล่อยน้ำยา และใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดปวด ถ้าค่าคะแนน pain score &gt;4 ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ถ้าพบว่าน้ำยาที่ออกมาขุ่น ทำการปล่อยน้ำยาเข้าแล้วปล่อยออกโดยไม่ต้องขังในช่องท้องทำแบบนี้จนกว่าน้ำยาที่ออกมาจะใสเพื่อลดจำนวนเชื้อโรคและลดอาการปวดท้อง</p>	<p>ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ซัก ถาม และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ดูแลจำกัดน้ำเข้าไม่เกิน 800ซีซี ต่อวัน และบันทึกปริมาณน้ำเข้าออก</p> <p>2. การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้อัศจรรย์หลุดเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม โดยประเมินจำนวน ลักษณะและตำแหน่งของ อัศจรรย์บนสาย transfer และให้ข้อมูลผู้ป่วย สามี ผู้ป่วยและบุตรสาว ไม่ทำการคลึงหรือรีดสายบริเวณที่มีคราบสีดำ และแพทย์ให้หยุด ทำ CAPD รวมถึงการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว</p> <p>3. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากการล้างไตทางช่องท้องเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับโรค ให้ผู้ป่วยและญาติระบายความคับข้องใจ ประสานกับอายุรแพทย์โรคไตในการให้ข้อมูลโรค อาการและแนวทางรักษา ตั้งแต่แรกก่อนให้นอนรักษาในโรงพยาบาลและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความไว้วางใจโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน</p>	<p>ทางออกของน้ำยา ซึ่งเสี่ยงต่อการหลุดของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้อง และสู่กระแสเลือดทำให้เสียชีวิตทันที ผู้ป่วยต้องหยุดล้างไตทางช่องท้องและเอาสาย Tenckhoff ออก เปลี่ยนการรักษาเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว ทำให้ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลมาก การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2 เน้นด้านจิตใจเป็นหลักและให้ได้ ซักถามจนเข้าใจ รวมถึงคอยสังเกตอาการและเข้าช่วยเหลือตั้งแต่แรกทำให้ผู้ป่วยรายนี้ยอมเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด</p>

### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>5.2 ระยะเวลาดูแลต่อเนื่อง</p> <p>3. การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โดยประเมินน้ำและสารน้ำเข้าออก การคั่งของน้ำในปอด และน้ำหนักตัว ตรวจสอบตำแหน่งและ การทำงานของสาย Tenckhoff บันทึกปริมาณการไหลเข้าออกของน้ำยาดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix (500) 1x1pc ดูแลให้ 50% MgSO4 4ml+5 % D/W 100 cc.iv drip in 4 hrs.x3 day ตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์และเฝ้าระวังอาการ hypokalemia และ hypomagnesium ได้แก่วิจิตใจเร็วขึ้น การหายใจช้าลง เปลี่ยนแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น</p> <p>4. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ลดลง สับสน ซึมลง กระตุกและชัก โดยดูแลในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาให้ได้ตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเตรียมป้องกันความเสี่ยงขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการพยาบาลภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine และ</p>	<p>4. การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายโดยประเมินน้ำและสารน้ำเข้าออก การคั่งของน้ำในปอด และน้ำหนักตัวดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ lasix (500) 1 x 1pc และ ½ x เที่ยงดูแลให้ได้รับ E.Kcl และ 3% NaCl 500ml iv drip 40 ml/hr. in 6 hrs. วันที่ 4 พ.ย. 2559 ตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์และเฝ้าระวังอาการ hypokalemia และ hyponatremia ได้แก่วิจิตใจเร็วขึ้น การหายใจช้าลง เปลี่ยนแขนขาอ่อนแรง ซึม ลง และหมดสติ เป็นต้น</p> <p>5.การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ลดลง สับสน ซึมลง กระตุกและชัก โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเตรียม ป้องกันความเสี่ยงขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาลภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและติดตามการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงทุกวัน และติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine และ Electrolyte</p>	<p>ในการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลผู้ดูแลต้องใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือนและความแตกต่าง ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ ด้านความเหมือนดังนี้</p> <p>มีของเสียคั่งในร่างกายจากการทำงานของไตลดลง ในผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีมากกว่าเนื่องจากไม่สามารถเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตได้ปกติเหมือนรายที่ 1 แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการผ่าตัดเอาสาย Tenckhoff ออกเนื่องจากติดเชื้อราและต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเหมือนกัน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องประเมินอาการและปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การดูแลขณะได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและทำการแก้ไขทันทีที่มีอาการ จนกระทั่งภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยมีค่า hematocrit และ hemoglobin ต่ำ จากการขาดฮอร์โมน erythropoietin ที่ช่วย</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>Electrolyte</p> <p>5. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ hyperglycemia โดย ประเมิน สัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตาม ผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลตาม แผนการรักษา คือ Mixtard 8 ยูนิท ฉีดใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้า และ 4 ยูนิท ฉีดก่อนอาหารเย็น และระวังอาการไม่พึงประสงค์ ของยา</p> <p>6. การพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง โดยประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของ ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย ฟูดไม่ ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลให้ยาตาม แผนการรักษา คือ amlodipine (10) 1x2 pc และ hydralazine (25) 1 x 4 pc และเฝ้าระวัง อาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น คลื่นไส้ หน้ามือ ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น</p> <p>7. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นและ ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายจาก มีภาวะซีด โดยดูแลให้ออกซิเจน ให้พักผ่อนและช่วยเหลือการทำ กิจกรรมดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือด ตามแผนการรักษา ติดตามอาการ</p>	<p>6. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นและ ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายจาก มีภาวะซีด โดยดูแลให้ออกซิเจน ให้พักผ่อนและช่วยเหลือการทำ กิจกรรมดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือด ตามแผนการรักษา ติดตามอาการ และอาการแสดงของภาวะโลหิต ใจง เช่น หายใจเหนื่อย หอบ ใจ สั่น อ่อนแรง ค่า hematocrit และ hemoglobin ต่ำ เป็นต้น</p> <p>7. การพยาบาลเพื่อให้ได้รับ พลังงานและสารอาหารอย่าง เพียงพอ โดยดูแลความสะอาด ของปากและฟัน ประเมินภาวะ ขาดสารอาหาร ผิวหนัง ดูแลให้ อาหาร low salt diet และ ประสานนักกำหนดอาหาร เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน ติดตามผลอัลบูมิน ฟอสฟอรัส และประเมินน้ำหนักตัว</p> <p>8. การจัดการอาการรบกวนเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ โดยจัดให้ นอนในห้องแยกต่างหากจาก ผู้ป่วยรายอื่น ลดอาการปวดท้อง และลดไข้ ดูแลความสะอาดของ เตียงและสิ่งแวดล้อม และ วางแผนทำกิจกรรมพยาบาลไม่ ให้ รบกวนเวลาผู้ป่วย</p> <p>9. การพยาบาลเพื่อลดอาการ ท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วย เคลื่อนไหว ดูแลให้อาหารที่มีกาก ใยที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ประเมินและบันทึกการขับถ่าย</p>	<p>กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงของ ไชกระดูกและภาวะยูริเมียทำให้ เม็ดเลือดแดงแตกง่ายและอายุ สั้น<sup>15</sup> ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่ได้รับ เลือด แต่ได้รับยาเพิ่มเม็ดเลือด แดงคือ folic acid (5) 1 x 1pc oral และ ferrous fumarate 1 tab x 3 pc oral</p> <p>- ปัญหาเรื่องโภชนาการและอัลบูมินในเลือดต่ำพบผู้ป่วยรายที่ 1 มี ภาวะทุโภชนาการต่ำกว่ารายที่ 2 ซึ่งในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ควรได้รับพลังงาน 35 กิโลกรัมต่อ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวันและ ต้องได้รับโปรตีนคุณภาพสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์และไข่ขาว 1.2 - 1.3 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อ วัน<sup>18</sup></p> <p>- ปัญหาอนไม่หลับ พบในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ ร้อยละ 50-75 %<sup>17</sup> ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการอนไม่ หลับของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้แก่ ความผิดปกติในระบบร่างกาย ภาวะโลหิตใจง อัลบูมินต่ำและ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย หลังให้ การพยาบาลผู้ป่วยนอนหลับ พักผ่อนได้เพิ่มขึ้น</p> <p>- ปัญหาท้องผูก ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จำเป็นต้องได้อาหารที่มีกากใย และผลไม้ที่ไม่ขัดต่อการรักษา เพื่อลดอาการท้องผูกและเพิ่มการ เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น</p>

### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>และอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง เช่นหายใจเหนื่อย หอบ ใจสั่น อ่อนแรง ค่าhematocritและhemoglobin ต่ำ เป็นต้น</p> <p>8. การพยาบาลเพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยดูแลความสะอาดของปากและฟัน ประเมินภาวะขาดสารอาหาร ผิวหนัง ดูแลให้อาหาร diabetic low salt diet และประสานนักกำหนดอาหารเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน ติดตามผลอัลบูมิน ฟอสฟอรัส และประเมินน้ำหนักตัว ดูแลให้การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาสอดคลองกับการพักรับประทานอาหารลดอาการแน่นอึดอัดท้องและเพิ่มการดูดซึมของลำไส้</p> <p>9. การจัดการอาการรบกวนเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ โดยจัดให้นอนในห้องแยกต่างหากจากผู้ป่วยรายอื่น ลดอาการปวดท้องและลดไข้ ดูแลความสะอาดของเตียงและสิ่งแวดล้อม</p> <p>10. การพยาบาลเพื่อลดอาการท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ดูแลให้อาหารที่มีกากใยที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ประเมินและบันทึกการขับถ่าย อุจจาระและฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้</p> <p>11. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ของ</p>	<p>อุจจาระและฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้</p>	<p>- ปัญหาความวิตกกังวล ผู้ป่วยรายที่1มีความวิตกกังวลและกลัวต่อการติดเชื้อซ้ำ และต้องเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และต้องมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลา 1 เดือนเนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาสี่ปดาท่ละ 2 ครั้ง ส่วนรายที่ 2 มีความวิตกกังวลตั้งแต่มก่อนนอนรักษาในโรงพยาบาล และต้องเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นระยะเวลา 2 เดือน ภายหลังให้การพยาบาลและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวลลดลง และมั่นใจเพิ่มขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ คือปัญหาจากการมีไข้สูง และอาการปวดท้อง ที่พบในผู้ป่วยรายที่1 แต่ไม่พบในรายที่ 2 ซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจะพบน้ำยาล้างไตขุ่นจากการที่ไฟบริโนไลซินทำลายไฟบรินลดลง ทำให้พบโปรตีนจำนวนมากในช่องท้อง และน้ำยาล้างไต มีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cc/cu.mm<sup>3</sup>ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องเล็กน้อยจนถึงมากที่สุดและมีไข้ต่างๆจนถึง</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความคับข้องใจ และสร้างความไว้วางใจ โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน และประสานงานกับอายุรแพทย์โรคไต ในการให้ข้อมูลโรค แนวทางการรักษาและการปรับเปลี่ยนการรักษาตามเชื้อที่พบ เป็นระยะ และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง</p>		<p>ใช้สูง<sup>18</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่พบ มีความผิดปกติของhypokalemia และhypomagnesium แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 แน่นอึดอัดท้องจากมีน้ำยาขังในช่องท้องที่ปล่อยไม่ออก มีความผิดปกติของhypokalemia และhyponatremia เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องจะเอาโพแทสเซียมออกมาจากร่างกายพร้อมน้ำยา ประมาณ 50-80 mEq/day ประกอบกับได้รับอาหารที่มีโพแทสเซียมไม่เพียงพอ หรือการล้างไตไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยจำกัดอาหารมากเป็นผลให้มีโพแทสเซียมต่ำ</li> <li>19 - ปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานเดิมและเครียดจากการติดเชื้อ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี</li> <li>- ปัญหาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยรายที่1 พบว่า 198/94 mmHg ในวันแรก และสัมพันธ์กับอาการปวดท้อง อาจจากการสูญเสียการทำงานของไตและมีปัจจัยเสริมจากการปวดท้อง ภายหลังจากได้รับการพยาบาล ความดันโลหิตลดลง 156/80 mmHg</li> </ul>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>5.3 ระยะเวลาแผนจำหน่าย</p> <p>12. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยค้นหาปัญหาในการดูแลตนเองของครอบครัว วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D ทบทวนและประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ หาแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>10. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยค้นหาปัญหาในการดูแลตนเองของครอบครัว วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D ทบทวนและประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ หาแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวทั้ง 2 ราย เข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง รายที่ 1 มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจรายได้หลักคือบุตรสาวคนที่ดูแล จากการทำนาและรับจ้าง มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลขอนแก่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ได้ประสานขอความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์และอปท. ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีความมั่นใจและกำลังใจในการรักษาและการดูแลตัวเองต่อส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจแต่ไม่รุนแรงเท่ารายที่ 1 ซึ่งทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานอื่น และได้รับสิทธิการรักษาโดยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราวตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p>

## ผลลัพธ์

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้อง อาการสำคัญ คือ มีไข้ ปวดท้องมากและน้ำยา PDF ชุ่ม ผลการเพาะเชื้อ PDF ในวันแรกไม่พบเชื้อ ได้รับการรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำและเปลี่ยนมาใส่ในถุงน้ำยา CAPD ที่เปลี่ยนตอนก่อนนอนวันละ 1 ครั้ง และพบเชื้อรา candida albicans ใน PDF C/S หลังเพาะเชื้อได้ 3 วัน แพทย์ได้เปลี่ยนเป็นยาฆ่าเชื้อราฉีดทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องอีก 14 วัน และ off สาย Tenckhoff ทำ hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง การพยาบาลที่สำคัญ คือ ส่งเสริมการหายจากการติดเชื้อและจัดการความไม่สุขสบายจากอาการไข้สูงและอาการปวดท้อง ป้องกันอันตรายจากอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย น้ำตาลในเลือดสูงของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะซีด การขาดสารอาหาร การนอนไม่หลับ ท้องผูก ดูแลขณะให้การพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร่วมกับการพยาบาลด้านจิตใจ คือ ลดความวิตกกังวล และการวางแผนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล 11 วัน อาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อรับยาฆ่าเชื้อราต่ออีก 14 วัน และนัดมารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราวที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลขอนแก่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 1 เดือน และวางแผนใส่สาย Tenckhoff อีกครั้งประมาณ 1 เดือน เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องต่อ

ผู้ป่วยรายที่ 2 มาโรงพยาบาลก่อนวันนัด อาการสำคัญคือ น้ำยาไม่ไหลเข้าออก พยาบาลล้างไตประเมินอาการ พบคราบสีดำคล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transfer ไม่มี

อาการปวดท้อง ไม่มีไข้ น้ำยา PD ใส ท้องโตจากมีน้ำยาล้างไตคั่งในช่องท้องมาก อายุรแพทย์โรคไตให้ส่ง PDF C/S และตัดปลายสายส่วนที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้หยุดล้างไตทางช่องท้องและให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล ผลตรวจ PDF C/S และ Hemoculture ไม่พบเชื้อ แต่ Tip C/S จาก transfer พบเชื้อรากลุ่ม dematiaceous fungi ได้รับการรักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อราเข้าทางหลอดเลือดดำ และ off สาย Tenckhoff เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต เป็น Temporary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รักษาในโรงพยาบาล 11 วัน อาการดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อรับยาฆ่าเชื้อราต่ออีก 1 เดือน และนัดมารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราวที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 2 เดือน และวางแผนใส่สาย Tenckhoff อีกครั้งประมาณ 2 เดือน เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องต่อ

## อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และเกิดการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ซึ่งการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นอุปสรรคสำคัญของการล้างไตทางช่องท้อง การติดเชื้อทำให้เกิดผลเสียคือเยื่อช่องท้องเสียประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่อาจล้างไตทางช่องท้องได้อีกต่อไป ถ้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง อาจเกิดติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเสียชีวิตได้<sup>20</sup> พยาบาลโรคไตเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ กล่าวคือ ตั้งแต่การให้ข้อมูล



และคำแนะนำประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดกรองการรักษา บทบาทในการวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการฝึกอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการทำล้างไตทางช่องท้อง บทบาทในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการวางสาย Tenckhoff บทบาทในการส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจจนถึงการนัดมาติดตามการรักษาของแพทย์ การเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการพยาบาลแบบองค์รวมคือ กาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้

### ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างเนื่อง เพื่อจะทำให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และสามารถทราบแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้ โดยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคไตของประเทศไทย ปี 2558. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. ไพฑูรย์ ขจรวัชรา และ สมเกียรติ วสุวิฑูรกุล. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง .ใน สมเกียรติ วสุวิฑูรกุล,บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต ฉบับครบรอบ 50 ปี สาขาวิชาวิภคเวทยา. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น จำกัด; 2553. 169-85.
3. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. ข้อมูลการรักษาทดแทนไตด้วย CAPD ในประเทศไทย. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2551.45- 61.
4. ชูชัย ศรขำนิ. การพัฒนานโยบายการดูแลโรคไตระยะสุดท้ายและการบริหารค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการโรคเพื่อดูแลโรคไตเรื้อรังและรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ,บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2551. 25-44.
5. ศิริรักษ์ อนันต์ณัฐศิริ. การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ใน ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. การล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวรสองฝั่งโงง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549. 75-81.
6. ศรีนยา พลสิงห์ชาญ. การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
7. อารุณี มีศรี. ต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศูนย์บริการโรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานผู้ป่วยในที่พบบ่อย [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2562].

9. Internation Society Peritoneal Dialysis. Peritoneal dialysis patient training 2006. Peritoneal Dialysis International 2006; 26: 625-32.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน. สงขลา: วนิดา เอกสาร ; 2552.
11. อัมพร สุกุลแสงประภา. Treatment and Prevention of Peritoneal Dialysis-Related Infections. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2551. 69-78 .
12. Teehan BP, Scheifler CR, Brown JM, Sigler MH, Raimondo J, Urea kinetic analysis and clinical outcomes in CAPD. A 5-year longitudinal study. Adv Perit Dial 1990;6:181-5.
13. Wiczorowska-Tobis K, Polubinska A, Schaub TP, Schilling H, Wisniewska J, Witowski J, et al. Influence of neutral-pH dialysis solution on the peritoneal membrane a long-term investigation in rats. Perit Dial int 2001; 21 Suppl3: S108-13.
14. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 9. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2549.
15. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. Infection- related peritonitis. ใน เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด; 2556. 113-79.
16. Li PK, Szeto CC, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo AE, Gupta A, et al. Peritoneal dialysis-related infection recommendation: 2010 update. Pert Dial int 2010; 30(4): 393-23.
17. อรวมน ศรียุคตศุทธ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเสียหายเฉียบพลันและโรคไตเรื้อรัง. ใน วันดี โตสุขศรีและคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส; 2559. 107-26.
18. นาดยา รัตน์อัมภา. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส; 2559. 127-49.
19. กิ่งกมล เพชรศรี, กัณฑ์พร ยอดไชย, ทิพย์มาส ชินวงศ์. การนอนไม่หลับ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560: 2553; 7: 1-12.
20. ศุภชัย ฐิติอาชากุล.ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยล้างไตช่องท้องถาวร (CAPD complication). ใน ศุภชัย ฐิติอาชากุล, บรรณาธิการ. การล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ตจำกัด; 2544. 206-62.