

การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ

มณีนันท์ จิรปภา วท.ม.*

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังพบเป็นปัญหาสำคัญก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอายุเลย 30 ปีขึ้นไปไตจะเสื่อม เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงและมีการลดปริมาณของหน่วยไตลง ปัจจัยเสี่ยงได้แก่พฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การไขมันไม่ถูกต้อง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน วิธีการที่ได้ผลดี คือ การป้องกันและรักษาโรคดังกล่าวก่อนที่จะเกิดไตเสื่อมเรื้อรัง เช่น การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพไต มีวิถีชีวิตที่ลดปัจจัยเสี่ยงโรคไตเสื่อม หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำงานไตลดลง ดังนั้น การค้นหาและคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อไตเสื่อมในระยะแรก รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงจำเป็นเพื่อควบคุมโรคและช่วยเหลือไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: ไตเสื่อม ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

The Slowly Progressive Chronic Kidney Disease from Adult to Elder Persons

Maneerat Jirubapa M.Sc.*

Abstract

Chronic Kidney Disease (CKD) is significant health problem before older persons. Particularly after age 30, renal function gradually deteriorates because of decreasing renal blood flow and losing number of nephrons. Risk factors are health behaviors and diseases such as smoking, medication misuse, hypertension and diabetes. The effective method for prevention of those disease and treated before progression to CKD are salient. As for example consumed food for healthy kidney, modified lifestyle for declining risk factor CKD, and avoided behavior to increase renal dysfunction. Therefore, screening who are at risk, early detection of CKD and health education to change behavior is necessary to control disease and prevent complication.

Keywords: Chronic Kidney Disease (CKD), Elderly

บทนำ

โรคไตเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคไตวายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปีพ.ศ.2555 มีอัตรา 743.46 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ 50-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไปมีอัตรา 1,021.60 และ 4,060.49 ตามลำดับ ซึ่งในช่วงอายุดังกล่าวจะพบโรคนี้เป็นอันดับสามของประเทศ เมื่อไตเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานเผชิญกับโรคเป็นเวลาหลายปีและหลังจากไตวายแล้วจะไม่สามารถกลับคืนมาได้ ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีชีวิตอย่างไร ไตจึงจะแข็งแรง เพราะการดูแลรักษาไม่เป่าประสงค์เพียงชะลออัตราการเสื่อมก่อนที่จะนำไปสู่ไตวายระยะสุดท้าย และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายก็ต้องตายหรืออาจจะชะลอการตายได้แต่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร การปลูกถ่ายไต ซึ่งใน

ผู้สูงอายุก็มีข้อจำกัดเพราะมีปัญหาทางร่างกายและต้องใช้เทคนิคที่ยากขึ้น เช่น ตามองเห็นไม่ชัดทำให้มีข้อจำกัดในการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร และการดึงน้ำออกขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเกิดหัวใจวายได้ง่าย

ฉะนั้นการบำบัดทดแทนไตไม่สามารถเข้าถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ทุกคน และผู้สูงอายุหลังล้างไตมีความเสี่ยงที่จะตายสูงสุดในปีแรกร้อยละ 17 (Rognant et al., 2013) สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นคุณภาพชีวิตที่รวันสุดท้ายเนื่องจากวิธีรักษาจะช่วยยืดเวลาการมีชีวิตและขณะเจ็บป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันควร และงบประมาณของชาติจำนวนมาก จะเห็นได้จากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555) พบว่าปีงบประมาณ 2556 มีการจัดสรรงบประมาณในการบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 31,434 ราย เป็นเงิน 4,357,785,000 บาท สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังจำนวน 22,810,000 บาท จะเห็นได้ว่าชีวิตมนุษย์มีคุณค่าจึงควรบำรุง อนุรักษ์ไตให้สามารถทำงานได้นานที่สุดก่อนจะถึงไตวายระยะสุดท้าย จึงมีความสำคัญ ถ้าหากดูแลดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วยหรือตั้งแต่วัยผู้ใหญ่จะสามารถคงไว้ซึ่งศักยภาพการทำงานที่ของไตได้นานขึ้น ดังนั้นบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์อธิบายปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น ความรุนแรงต่อร่างกายเมื่อไตเสื่อม และแนวทางชะลอความเสื่อมไตในช่วงวัยผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนให้พยาบาลได้ตระหนักถึงวิธีการต่างๆ ในการให้คำแนะนำกับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยไตเสื่อมได้ถูกต้องเพื่อให้ไตเสื่อมช้าลง

ทำไมผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อไตเสื่อม

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ จะเสื่อมลงโดยเฉพาะวัยสูงอายุไตจะทำงานลดลงเนื่องจากขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลงร่วมกับปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตลดลง ซึ่งปกติไตจะทำหน้าที่อย่างคงที่ตั้งแต่ทารกจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เมื่ออายุเลย 30 ปีขึ้นไปอัตราการกรองที่ไตจะลดลง 1 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (Zhang & Rothenbacher, 2008) และยังพบว่าโครงสร้างของไตมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตจะลดลงร้อยละ 1 และเมื่ออายุ 70 ปี หน้าที่ไตจะลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า (Ali & Gray-Vickrey, 2011) ผลที่ตามมาจากเลือดมาเลี้ยงไตลดลงและการสูญเสียหน่วยไตส่งผลให้อัตราการกรองลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดไตเสื่อมสูงมากเมื่อมีการใช้ยาที่มีพิษทำลายไตหรือมีโรคที่ทำลายหน้าที่ของไตจะยิ่งส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น จะเห็นได้ว่าเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไปไตจะเสื่อมลงเรื่อยๆ ดังนั้นประชากรที่มีอายุมากกว่า 30 ปีจึงถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไตเสื่อม (Zhang & Rothenbacher, 2008)

อะไรเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น

ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุพบปัจจัยส่งเสริมทำให้ไตเสื่อมมีจำนวนมาก ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการเป็นโรค โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้นที่สำคัญประกอบด้วย ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ซึ่งความเสี่ยงของไตเสื่อมจะขึ้นกับอายุโดยเมื่ออายุมากกว่า 60 ปีจะมีความเสี่ยงเป็น 4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอายุน้อยกว่า 60 ปี (Lin et al., 2013) และในแต่ละช่วงวัย ความชุกของไตเสื่อมจะเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากกว่า 30 ปีมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 7.2 อายุ 64 ปีหรือมากกว่ามีค่าร้อยละ 24 ถึง 35.8 (Zhang & Rothenbacher, 2008) จะเห็นได้ว่าการทำงานไตจะลดลงตามอายุ และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นผนังหลอดเลือดจะหนาขึ้นทำให้หลอดเลือดตีบแคบส่งผลต่อไตขาดเลือดไปเลี้ยงและทำงานลดลง ส่วนเพศชายจะเกิดไตเสื่อมมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะผู้ชายที่ดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นตัวเร่งให้ร่างกายขับน้ำออกจากร่างกายทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น และผู้ชายที่สูบบุหรี่จะมีสารนิโคติน(Nicotine) ทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลงส่งผลต่อไตเสื่อม และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีโอกาสสูงที่จะเกิดต่อมลูกหมากโตทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะนำไปสู่ไตเสื่อมได้ นอกจากนี้โรคไตบางชนิดเป็นกรรมพันธุ์ เช่น โรคไตเป็นถุงน้ำ (Polycystic Kidney Disease) ดังนั้นจึงมีโอกาสสูงที่จะถ่ายทอดทำให้เกิดไตเสื่อม

ส่วนปัจจัยที่สองเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนหนึ่งสามารถรักษาได้ด้วยยา เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด และอีกส่วนหนึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ความอ้วน บริโภคอาหารไม่เหมาะสม ไขมันไม่ถูกต้อง กลิ่นปัสสาวะบ่อยๆ จะเห็นได้ว่ามีกลไกกระตุ้นให้ไตเสื่อมหลายชนิดที่สำคัญสูงสุดเมื่อเกิดโรค คือ เบา

หวานและความดันโลหิตสูง เมื่อไม่สามารถควบคุมภาวะดังกล่าวในร่างกายได้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและไตถูกทำลายตามมา เมื่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงจะทำให้ ออสโมลาลิตีเพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการกรองของหน่วยไต (Glomerular Filtration rate) เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 1 จะทำให้มีอัลบูมินเพิ่มจำนวนมากในปัสสาวะโดยจะเริ่มเกิดภายใน 5 ปี ของการเจ็บป่วย และภายใน 10-15 ปี การดำเนินโรคจะก้าวหน้าจนเกิดพยาธิสภาพที่ไต โดยจะพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าปกติ และใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะพัฒนาเข้าสู่ภาวะไตเสื่อม (Castner, 2010) นอกจากนี้เมื่อเกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้หลอดเลือดเล็กๆที่ไตถูกทำลายและตีบแคบลงส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยง จึงทำให้ไตเสื่อมลง เช่นเดียวกันในบุคคลที่มีไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจะทำให้หลอดเลือดแคบลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย รวมทั้งทำให้การกรองและการดูดซึมสารต่างๆที่ไตลดลง และปัจจัยรองลงมาเมื่อเกิดโรค คือ กรวยไตอักเสบ เมื่อเกิดการอักเสบจะทำให้เซลล์ที่ไตและหลอดเลือดเล็กๆถูกทำลาย มีสารคัดหลั่งต่างๆหรือเม็ดเลือดขาวออกมา และมีหลายโรคที่เป็นสาเหตุไม่สามารถควบคุมการอักเสบที่จะทำลายไตได้

ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงจะส่งผลแตกต่างกันออกไป เช่น การสูบบุหรี่จะส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงทำให้ไตสูญเสียคุณสมบัติการกรองและการดูดซึมกลับสารต่างๆ ความอ้วนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรโดยเฉพาะบุคคลอ้วนลงพุงเนื่องจากจำนวนหน่วยไตไม่ได้เพิ่มขึ้นแต่น้ำหนักและขนาดร่างกายเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะส่งผลต่อหน่วยไตต้องรับภาระการกรองเพิ่มขึ้นจึงเกิดไตเสื่อมตามมา ดังนั้นบุคคลที่มีดัชนีมวลกายสูงจึงเพิ่มความเสี่ยงเกิดไตวายระยะสุดท้าย (Yen, Huang,

& Teng, 2008) นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่กระตุ้นให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น เช่น บริโภคอาหารที่มีโซเดียมมากจะทำให้ไตทำงานหนักเนื่องจากเกิดการคั่งของน้ำในร่างกายทำให้ต้องขับโซเดียมออกโดยปัสสาวะบ่อยๆ บริโภคอาหารโปรตีนมากจะทำให้เกิดการย่อยสลายโปรตีนแล้วของเสียจะผ่านไตมากทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น บริโภคอาหารไขมันสูงจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงส่งผลต่อหลอดเลือดตีบแคบทำให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้น และดื่มน้ำน้อยทำให้ปริมาตรเลือดในร่างกายลดลงเกิดภาวะขาดน้ำส่งผลให้เลือดหนืดขึ้นแล้วทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง

พฤติกรรมกรับใช้ยาไม่ถูกต้องจะมีผลต่อการทำงานของไต โดยจากผลการวิจัยของประชากรไทยพบว่า สาเหตุไตเสื่อมสัมพันธ์กับการใช้ยาพื้นบ้านชนิดใช้ต้ม เป็นผง ยาจีน และเป็นเม็ดสีดำที่เรียกว่ายา ลูกกลอนเนื่องจากการควบคุมน้อยและเข้าถึงได้ง่าย ยาดังกล่าวมีส่วนผสมของสมุนไพรและมีโลหะหนักที่เป็นพิษทำให้ไตถูกทำลาย (Ingsathit et al., 2010) และปัจจุบันพบว่าสมุนไพรจีนที่มีส่วนผสมกรดอริสโตโลเชีย (Aristolochic Acid) มีความเสี่ยงต่อไตเสื่อม (Lin, et al., 2013) กรดดังกล่าวพบในพืช เช่น ไคร้เครือ ซึ่งเป็นสมุนไพรในประเทศไทยที่ผสมในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับลดน้ำหนัก นอกจากนี้การใช้ยาด้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drug หรือ NSAID) เป็นเวลานานทำให้เกิดยาสะสมที่ไตเนื่องจากการขับออกทางไตลดลงและมีการสังเคราะห์โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ลดลงทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมส่งผลเกิดอาการบวมและความดันโลหิตสูงทำให้การไหลเวียนเลือดสู่ไตลดลงรวมทั้งยาด้านการอักเสบจะทำให้เลือดคั่งเกิดอาการบวมทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงส่งผลต่อไตเสื่อม

นอกจากนี้พฤติกรรมการกินปัสสาวะบ่อยๆ จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะนำไปสู่ไตเสื่อมได้ สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมี

หลายสาเหตุ มีความแตกต่างแต่ละบุคคล และเมื่อเกิดไตจะเสื่อมมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้ายของโรคจะทำให้ อัตราตายเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงเริ่มแรก เพราะกลุ่มเสี่ยงต่อไตเสื่อมจำเป็นต้องมีการคัดกรอง และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันและการบำบัดรักษา

การทำหน้าที่ไตบกพร่องจะมีความรุนแรงต่อร่างกายอย่างไร

ปัจจุบันมีการกำหนดความหมายของภาวะไตเสื่อมโดย National kidney Foundation มีการกำหนดเงื่อนไขที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคไตเสื่อม คือ อัตราการกรองของหน่วยไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรเป็นเวลา 3 เดือนหรือมากกว่า 3 เดือน โดยอาจมีหรือไม่มีการทำลายไต หรือมีความผิดปกติโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตร่วมกับการลดลงหรือไม่มีการลดลงของอัตราการกรองเท่ากับหรือมากกว่า 3 เดือน และกำหนดความรุนแรงของไตเสื่อมเป็น 5 ระยะ (Castner, 2010) โดยการเสื่อมหน้าที่ไตจะเสื่อมไปเรื่อยๆไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติเนื่องจากไตถูกทำลายถาวร และตัวบ่งชี้ของหน่วยไตเมื่อถูกทำลาย คือ การรั่วของโปรตีนและอัลบูมินออกมามากทางปัสสาวะ ความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมระยะ 1-2 เป็นระยะที่มีความเสียหายกับไตโดยที่การทำงานของไตยังปกติ ส่วนระยะ 3-4 เป็นระยะที่อัตราการกรองของหน่วยไตลดลงมากและจำเป็นต้องให้การบำบัดทดแทนไต การจำแนกระยะการเสื่อมของไตดังนี้

ระยะที่ 1 มีการทำลายไตโดยอัตราการกรองของหน่วยไตปกติหรือลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะนี้จะมีร่องรอยโรคไตแต่เพียงทำหน้าที่ปกติ ค่าครีเอตินินในเลือดไม่เกิน 1.2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะพบอัลบูมินในปัสสาวะโปรตีนในปัสสาวะ และปัสสาวะเป็นเลือด

ระยะที่ 2 มีการทำลายไตเล็กน้อยร่วมกับการลดลงของอัตราการกรองของหน่วยไต 60-89 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะนี้มีโรคไตและไตทำหน้าที่ลดลง จะพบอัลบูมินในปัสสาวะ โปรตีนในปัสสาวะ และปัสสาวะเป็นเลือด อาจพบความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 3 มีการทำลายไตปานกลางร่วมกับการลดลงของอัตราการกรองของหน่วยไต 30-59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร หน้าที่ไตพร่องลงเป็นเรื้อรังระยะเริ่มแรก ระยะนี้โรคไตเป็นมากขึ้นจะซับซ้อนเสียที่มีไนโตรเจนเป็นองค์ประกอบลดลงต่ำกว่าครึ่งและมีอาการซีด

ระยะที่ 4 มีการทำลายไตรุนแรงร่วมกับการลดลงของอัตราการกรองของหน่วยไต 15-29 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร หน้าที่ไตพร่องลงเป็นเรื้อรังในระยะหลัง ผู้ป่วยซีดมากขึ้น เริ่มมีภาวะเลือดเป็นกรด ไ้ไขมันในหลอดเลือดสูง อาจพบภาวะน้ำเกิน หัวใจวายและโปตัสเซียมสูงในเลือด

ระยะที่ 5 ไตสูญเสียหน้าที่ อัตราการกรองของหน่วยไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร จะพบไตวายระยะสุดท้ายและมีของเสียคั่งมาก

การชะลอความเสื่อมของไตพยาบาลมีบทบาทอย่างไร

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตเสื่อมและครอบครัวจะได้รับบริการเพื่อป้องกันไตเสื่อม 4 ระดับ (Rani, 2011) คือ 1) การป้องกันขั้นแรก (Primordial Prevention) เป็นการป้องกันความเสี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆขณะยังไม่ปรากฏโรค 2) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแวดล้อมและกำจัดปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดไตเสื่อม 3) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการค้นหาบุคคลที่มีไตเสื่อมจากกลุ่มเสี่ยงเพื่อวินิจฉัยโรคเมื่อเกิดโรคและส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคไตซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาเพื่อคง

สมรรถนะได้ไว้ 4) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งให้คำปรึกษาเมื่อได้รับการบำบัดทดแทนไต ดังนั้นเป้าหมายสำคัญเพื่อชะลอความเสื่อมของไต คือ ลดปัจจัยเสี่ยง ค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรก และดูแลให้ได้รับการรักษาในระยะแรก ซึ่งพยาบาลต้องวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อไตเสื่อม เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องโรคไต เพื่อจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสมในแต่ละคน และพิจารณาว่าบุคคลใดควรส่งพบแพทย์ โดยมีการประยุกต์ความรู้เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย ดังนั้นบทบาทพยาบาลที่สำคัญระยะที่ 1 คือ การจัดการควบคุมกับความเสี่ยงต่างๆด้วยวิธีการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และให้เรียนรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถชะลอความเสื่อมไตได้ เช่น การควบคุมความดันโลหิตต้องจัดการยาด้วยตนเองพร้อมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยมีการสร้างความเข้าใจและนำความเชื่อของวัฒนธรรมมาผสมผสานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งการจัดการข้อมูลความรู้พยาบาลจะปรึกษาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจตรงกันนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

นอกจากนี้พยาบาลจะต้องพัฒนาระบบโครงสร้างและขั้นตอนการให้ความรู้ให้มีความต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับมาหน่วยบริการ โดยในระยะที่ 1-3 จะเน้นการค้นหาความจริงเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพโรคไตเสื่อม การจัดการและอุปสรรคในการดูแลตนเอง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยต้องการแนวทางการดูแลตนเอง ความสะดวกเมื่อมารับบริการ และการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพเพื่อให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานและจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี

ขึ้น เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3-4 จะมีบทบาทให้การพยาบาลเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนและป้องกันความพิการหรือเสียชีวิต และในระยะที่ 4-5 บทบาทจะเน้นการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนและให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต จะเห็นได้ว่าวิธีชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ คือ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุทำให้ไตเสื่อม ทำให้ตระหนักถึงปัญหาไตเสื่อม และมีความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรกและปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดไตเสื่อมแล้วจะพัฒนาเป็นโรคสำหรับให้ดูแลตนเองเพื่อส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมก่อนไตเสื่อมในระยะที่ 3 จะมีความสำคัญ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Castner, 2010)

หากบุคคลที่ไตเสื่อมสามารถจัดการสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้จะเป็นการช่วยเฝ้าระวังการเกิดโรคไตเสื่อมและพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนให้ความช่วยเหลือโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง รักษาพยาบาล ประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย และจัดการข้อมูลและสื่อสารให้ข้อมูลด้านความรู้โดยมีรูปแบบตามความเหมาะสมผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสามารถนำไปดูแลตนเองได้จึงจะทำให้ไตเสื่อมลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้โรคไตเสื่อมทุกระยะและแนวทางการบริหารจัดการดูแลบุคคลที่ไตเสื่อมเป็นอย่างดี

การบริหารจัดการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมีอะไรบ้าง

1. การจัดการด้านอาหารโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพไตให้เหมาะสมตามระยะของโรคและแนวทางการรักษา

1.1 การควบคุมบริโภคโภชนาการโปรตีนเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อม การรับประทานโปรตีนต่ำจะลดการคั่งของไนโตรเจนในเลือดทำให้ไตทำงานลดลง ส่งผลให้โปรตีนและอัลบูมินรั่วในปัสสาวะลดลง

ซึ่งโดยทั่วไปควรได้รับโปรตีนต่ำกว่าคนปกติ คือ 0.58 กรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม/วัน และร้อยละ 50 ของโปรตีนควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (High Biological Protein) (Kovesdy, 2013) ซึ่งโปรตีนดังกล่าวจะมีกรดอะมิโนที่จำเป็นครบทุกชนิด และเป็นประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าชนิดอื่นเมื่อเทียบปริมาณเท่ากัน เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์ นม ไข่ขาว เป็นต้น โดยเฉพาะเนื้อปลา เพราะมีไขมันน้อย ซึ่งมีผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการบริโภคปลามากกว่า 100 กรัมต่อวันในระยะยาวจะช่วยชะลอความเสี่ยงของไตในผู้สูงอายุโดยจะทำให้อัตราการกรองที่หน่วยไตดีขึ้น (Chrysoshoou et al., 2013) อย่างไรก็ตามถึงแม้การจำกัดโปรตีนในอาหารสามารถชะลอความเสี่ยงของไตได้ แต่ขณะเดียวกันก็ควรจัดให้ได้รับพลังงานเพียงพอด้วยเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดทุพโภชนาการและป้องกันร่างกายนำโปรตีนที่ได้น้อยอยู่แล้วมาเป็นแหล่งพลังงานรวมทั้งลดอัตราการเพิ่มของยูเรียและครีเอตินินเพราะขณะจำกัดโปรตีนถ้าได้รับพลังงานไม่เพียงพอจะทำให้ร่างกายดึงโปรตีนที่มีอย่างจำกัด มาเผาผลาญเป็นพลังงานแทนเกิดการขาดสมดุลของไนโตรเจน (Negative Nitrogen Balance) ซึ่งไนโตรเจนเป็นองค์ประกอบของโปรตีนในร่างกาย และถ้าโปรตีนมีไม่เพียงพอมากๆ ร่างกายจะย่อยสลายกล้ามเนื้อ นำไขมันที่ร่างกายสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงาน ทำให้ไตต้องทำงานหนักและเสื่อมเร็ว โดยจำแนกอัตราส่วนคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันคิดเป็นร้อยละ 55 10-15 และ 30-35 ตามลำดับ (อุปถัมภ์ สุภสินธุ์, 2554) ซึ่งบุคคลไตเสื่อมเรื้อรังอายุมากกว่า 60 ปีควรได้รับพลังงานจากอาหาร 30-35 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน ส่วนบุคคลที่อายุน้อยกว่า 60 ปีควรได้รับพลังงานจากอาหาร 35 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน โดยผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 1-3 ควรได้รับสารอาหารโปรตีน 0.6-0.8 กรัมโปรตีน/กิโลกรัม/วัน และระยะที่ 4-5 ควรได้รับสารอาหารโปรตีน 0.6 กรัมโปรตีน/กิโลกรัม/วัน (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

นอกจากนี้ขณะที่ได้อาหารโปรตีนต่ำควรออกกำลังกายระดับปานกลางเพื่อคงระดับมวลโปรตีน โดยใช้เวลาออกกำลังกาย 20-30 นาทีให้มีค่าของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 60-75 (สมนึก คำรงกิจชัยพร และคณะ, 2550) ปัจจุบันมียุทธศาสตร์การควบคุมอาหารหลายรูปแบบและให้ความสำคัญต่อการศึกษาดูแลการบริโภคอาหารโดยจะคำนึงถึงพลังงาน ปริมาณและคุณภาพของสารอาหารโปรตีนที่ควรได้รับ เช่น การให้โปรตีนต่ำ 0.6 กรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม/วัน การให้โปรตีนต่ำมากๆ 0.3 กรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม/วัน ร่วมกับเสริมกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น คีโตสเตอรอล (Ketosteril) และการให้โปรตีนต่ำมากๆ 0.3 กรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม/วันร่วมกับโปรตีนจากผักและเสริมด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกาย (Keto Diet) โดยเฉพาะการเพิ่มกรดคีโต (Keto Acid) จะช่วยบรรเทาภาวะทุพโภชนาการที่ตีในบุคคลที่รับประทานอาหารโปรตีนต่ำมากๆ และทำให้ความเสื่อมไตช้าลงกว่าการให้อาหารโปรตีนต่ำชนิดเดียวในโรคไตเสื่อมระยะที่ 4-5 (Gameata & Mircescu, 2013)

1.2 การควบคุมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและโปตัสเซียม เนื่องจากเกลือโซเดียมจะส่งผลให้น้ำในร่างกายเกินและความดันโลหิตสูงทำให้กระตุ้นให้ไตทำงานหนักขึ้น ดังนั้นการลดปริมาณโซเดียมในอาหารจะช่วยลดความดันโลหิตได้ จะเห็นได้จากรายงานผลการศึกษา Sanghavi & Vassalotti (2013) พบว่าเมื่อให้เกลือโซเดียม 2-4 กรัมต่อวันจะลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะได้ 0.85 กรัมต่อวันและลดความดันโลหิตซิสโตลิกจาก 134 มิลลิเมตรปรอทเป็น 123 มิลลิเมตรปรอท ปัจจุบันในสหรัฐอเมริกา มีแนวปฏิบัติให้ผู้ใหญ่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมน้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน และบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น อายุมากกว่า 50 ปี ความดันโลหิตสูงหรือไตเสื่อม รับประทานได้ไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน (Sanghavi & Vassalotti, 2013) นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่

มีโปรตีนเชื่อมสูงจะสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำ โดยโปรตีนเชื่อมจะออกฤทธิ์ต้านกับโซเดียมโดยกระตุ้นหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวทำให้ความดันโลหิตลดลง และอาหารโปรตีนเชื่อมสูงมีในผักผลไม้ ซึ่งผู้ป่วยไตเสื่อมระยะเริ่มแรกและปานกลางระดับโปรตีนเชื่อมในเลือดไม่สูงสามารถรับประทานผักทุกชนิดไม่จำกัด เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะท้ายโปรตีนเชื่อมสูงกว่า 5.0 มิลลิกรัม/ลิตร ควรควบคุมโปรตีนเชื่อมในอาหาร โดยทั่วไปจำกัด 39 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม/วัน (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2554)

1.3 การควบคุมบริโภคอาหารไขมัน เพื่อช่วยชะลอภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากการสะสมไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ลดลง ปกติจะลดไขมันในเลือดให้ระดับไขมันไม่ดี (Low Density Lipoprotein - Cholesterol) ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, 2550; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) แต่ถ้าในผู้ป่วยไตเสื่อมมีโรคเบาหวานหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น บุคคลที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงและมีไขมันดี (High Density Lipoprotein - Cholesterol) ต่ำ หรือเป็นโรคหัวใจหลอดเลือด จะลดระดับไขมันไม่ดีต่ำกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2554) โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันหมู ไขมันสัตว์ติดหนัง กะทิ ไข่แดง เนย ครีม ปลาหมึก เนื่องจากถ้าบริโภคปริมาณมากจะทำให้ระดับไขมันไม่ดีสูงขึ้นในเลือดซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นหลอดเลือดแดง (Atherogenic) ส่งผลให้หลอดเลือดแข็ง ซึ่งบุคคลไตเสื่อมจะควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยใช้ยาลดไขมันร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น บุคคลที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงควรรับประทานปลาทะเลน้ำลึก เช่น ปลาทู ปลาซาบะ เพราะมีไขมันไม่อิ่มตัว ชนิดโอเมก้า 3 สูง จะช่วยลดไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และควรงดดื่มแอลกอฮอล์

เพราะจะส่งเสริมให้ไตรกลีเซอไรด์สูง ปัจจุบันมีข้อแนะนำควรเลือกดื่มนมถั่วเหลืองมากกว่าการดื่มนมวัว เพื่อช่วยลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะนมวัวมีส่วนผสมไขมันและโปรตีนที่สามารถกระตุ้นให้อินซูลินในเลือดเพิ่มขึ้น และนมถั่วเหลืองมีส่วนประกอบของไอโซฟลาโวน (Isoflavone) จะดูดซึมได้สูงกว่าผลิตภัณฑ์ถั่วเหลืองชนิดอื่นและลดระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (Miraghajani et al., 2013)

1.4 การควบคุมบริโภคสารอาหาร ฟอสฟอรัส ปกติฟอสฟอรัสจะถูกขับออกทางไต และเมื่อฟอสเฟตในเลือดเริ่มสูงจะทำให้เร่งการเสื่อมของไต จึงควรควบคุมปริมาณฟอสฟอรัสในอาหารให้ได้ 17 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม/วัน หรือระหว่าง 800-1,000 มิลลิกรัมต่อวันโดยระดับฟอสฟอรัสในเลือดไม่เกิน 5.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2554) ดังนั้นจึงควรลดอาหารที่มีปริมาณฟอสฟอรัสสูงซึ่งมักพบในอาหารโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง นม และเมล็ดพืช โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ถั่วเหลือง ควรระวังปริมาณที่ดื่มเข้าไปในผู้ป่วยไตเสื่อมเนื่องจากมีปริมาณฟอสฟอรัสสูง (Miraghajani, et al., 2013) และถ้าไม่สามารถควบคุมได้จะใช้ร่วมกับการใช้ยาจับสารฟอสเฟตจากอาหารในลำไส้ (Phosphate Binders) ได้แก่ แคลเซียม คาร์บอเนต (Calcium Carbonate) ซึ่งสามารถชะลอความเสื่อมไตได้โดยจะลดการนำไปสู่โรคต่อมไทรอยด์ทำงานเกินชนิดทุติยภูมิ (Secondary Hyperparathyroidism) และป้องกันภาวะกระดูกจากไต (Renal Osteodystrophy)

1.5 การควบคุมธาตุเหล็กในอาหาร เชื่อว่าการจำกัดธาตุเหล็กจะป้องกันการเสื่อมลงในการทำลายไต โดยในปัจจุบันมีการศึกษาทดลองในหนูพบว่า การจำกัดธาตุเหล็กในไตที่ถูกทำลายจะเพิ่มการขับโซเดียมและลดการขับโปรตีนเชื่อมในปัสสาวะ (Yoshiro et al., 2013)

1.6 การควบคุมปริมาณน้ำปัสสาวะ การควบคุมความสมดุลของน้ำในร่างกายถ้าได้รับน้ำน้อยเกินไปจะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอส่งผลต่อไตเสื่อมเร็วขึ้น แต่ถ้าได้รับมากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน มีอาการบวม หอบเหนื่อย และน้ำท่วมปอด ดังนั้นในภาวะปกติต้องดูแลร่างกายไม่ให้ขาดน้ำ โดยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5-2 ลิตร ส่วนบุคคลที่มีอาการบวมจากโรคไต ความดันโลหิตสูงหรือหัวใจล้มเหลว จึงต้องจำกัดปริมาณน้ำดื่ม โดยทั่วไปร่างกายจะได้รับน้ำจากการดื่มน้ำ และขบวนการเผาผลาญในร่างกายเฉลี่ย 200-300 มิลลิลิตรต่อวัน แล้วจะสูญเสียน้ำออกทางปัสสาวะ เหงื่อ อุจจาระ และลมหายใจ ดังนั้นในผู้ป่วยไตเสื่อมที่มีปัญหาบวมและปัสสาวะน้อยลงจะมีความต้องการสารน้ำเข้าสู่ร่างกายแต่ละวัน โดย ดูจากปริมาณปัสสาวะที่ออกมาแต่ละวันรวมกับ 500 มิลลิลิตร (500 มิลลิลิตรคำนวณมาจากการสูญเสียน้ำแต่ละวัน เช่น ทางเหงื่อและลมหายใจ) (อุปลักษณ์ สุภสินธุ์, 2554)

2. การจัดการความดันโลหิตให้เหมาะสม โดยมีเป้าหมายความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยจะควบคุมด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต (กลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor หรือ กลุ่ม angiotensin receptor blockers) (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Castner, 2010; เกรียง ตั้งสง่า, 2554) และควบคุมโดยไม่ใช้ยา เช่น ลดการบริโภคอาหารเค็ม ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่ ลดน้ำหนักในบุคคลที่มีน้ำหนักเกิน และงดดื่มแอลกอฮอล์เพราะมีพลังงานสูงจะทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น

3. การจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะช่วยชะลอความเสื่อมไต และลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าประมาณ 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HemoglobinA_{1c}) ต่ำกว่า 7% (อรรถพงษ์ วงศ์

วิวัฒน์, 2550; Castner, 2010) ซึ่งมีข้อชี้แนะจากกฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ (2550) ควรใช้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดเพราะจะแสดงระดับน้ำตาลย้อนหลัง 3 เดือน โดยเฉพาะภาคอีสานเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักซึ่งมีดัชนีของน้ำตาล (Glycemic Index) สูงกว่าข้าวชนิดอื่น รวมทั้งมีผลไม้ตามฤดูกาลทำให้ยากต่อการควบคุมระดับน้ำตาลที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. การจัดการพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำงานไตลดลง เช่น

4.1 กลั้นปัสสาวะบ่อยจะส่งเสริมทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

4.2 ควบคุมน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกายมีค่าใกล้เคียงปกติมากที่สุด (ปกติ 19-23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เนื่องจากน้ำหนักเกินจะควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตยาก (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

4.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมน้ำหนัก และลดปริมาณไขมันไม่ดี

4.4 งดสูบบุหรี่ ปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ไตเสียหายที่โดยเกิดอันตรายทั้งเพศหญิงและชาย โดยเฉพาะชายจะเสี่ยงเพิ่มขึ้นถ้าปริมาณการสูบบุหรี่มากและความเสี่ยงจะลดลงในรายที่เลิกสูบบุหรี่เป็นเวลาหลายปีถึงแม้ว่าความชุกการสูบบุหรี่จะแตกต่างกันระหว่างเพศ และการสูบบุหรี่จำนวนมากจะเร่งการเสื่อมของไตเร็วขึ้นเพราะจะส่งเสริมให้หลอดเลือดแข็งจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง (Hallan & Orth, 2011) ดังนั้นจึงควรวางแผนเลิกสูบบุหรี่ถ้าผู้สูบบุหรี่

4.5 หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานไต เช่น ยาบรรเทาปวดและลดการอักเสบกลุ่ม NSAID ยาต้านการอักเสบ (กลุ่ม aminoglycoside เช่น Streptomycin) ยาถูกกลอน ยาจีน ยาสมุนไพร และผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่มีส่วนผสมของสมุนไพร

ตาราง การจัดการช่วยเหลือป้องกันไตเสื่อมจำแนกตามระยะสูญเสียหน้าที่

ระยะไตเสื่อม	กิจกรรมการปฏิบัติ
ระยะ 1	1. ชะลอความเสื่อมของไตและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด
ระยะ 2	2. ประเมินความก้าวหน้า ติดตามความเสื่อมของไตที่เสื่อมอย่างรวดเร็วเพื่อหาสาเหตุและรักษา
ระยะ 3	3. ประเมินป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดในสมองจะควบคุมความดันโลหิต ลดอาหารเค็ม ให้คำแนะนำ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
ระยะ 4	4. เตรียมตัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนทางไต และค้นหาภาวะแทรกซ้อน ป้องกันไม่ให้เสียชีวิตหรือพิการ เช่น เลือดเป็นกรด โปตัสเซียมในเลือดสูง
ระยะ 5	5. ช่วยเหลือให้ได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น ล้างไตทางหน้าท้อง ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไต ค้นหาภาวะแทรกซ้อน และ แนะนำทางเลือกที่ต้องการรักษาแบบประคับประคอง

ที่มา: เกรียง ตั้งสง่า (2554), Castner (2010)

สรุป

ไตเสื่อมมีแนวโน้มมากขึ้นเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไปจนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและสูญเสียชีวิตในระยะต่อมา ดังนั้นในช่วงวัยผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนจัดการดูแลป้องกันสุขภาพไตให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดไตเสื่อมระยะสุดท้ายจำนวนมาก ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะทำให้ไตเสื่อมช้าลงคือการเป็นผู้จัดการสุขภาพที่เอื้อต่อผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้โดยมีการจัดการเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น การดูแลรักษา การประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย การจัดระบบการให้ข้อมูลและการสื่อสาร การเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยมีวิธีการชะลอความเสื่อมไต คือ 1) บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพไตโดยการควบคุมพลังงาน สารอาหารโปรตีน โซเดียม โปตัสเซียม ฟอสฟอรัส ธาตุเหล็ก

2) มีวิถีชีวิตที่ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเสื่อมที่สำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามกำหนดและระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) ไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมการทำงาน ไตลดลง เช่น “ ปลอดภัย น้ำหนักดี ฉีเร็วขึ้น(ไม่กลั้นปัสสาวะ) มีการออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการใช้ยาทำให้ไตเสื่อม” 4) ค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงต่อไตเสื่อมเพื่อให้ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ดังนั้นจึงต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความรู้ในการป้องกัน ควบคุม ชะลอไม่ให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพก่อนถึงวัยสูงอายุ ท่านจะจัดการชีวิตตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างไรและมีรูปแบบการจัดการช่วยเหลือเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มผู้เริ่มมีไตเสื่อมได้อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์. (2550). โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบึงกาฬ. *สรรพสิทธิ์ เวชสาร*, 28(34), 109-121.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2554). โรคไตเรื้อรัง(Chronic kidney disease). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า และวิศิษฐ์ สิตปรีชา (บรรณาธิการ), *Textbook of nephrology* (เล่ม 2, หน้า 1911-1924). กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- สมนึก ดำรงกิจชัยพร, กาญจนา ตังนรารัชชกิจ, ชัยยศ วรรณวงษ์, อรรณพ วงศ์วิวัฒน์, สุขฤทัย เลขยานนท์, และปิยะธิดา จึงสมาน. (2550). โภชนบำบัดและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ พ.ศ.2548* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า48-56). นนทบุรี: ทีพีลัม.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักนโยบายนและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2555*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรรณพ วงศ์วิวัฒน์. (2550). การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน Current concepts in management of chronic kidney disease. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on Chronic Kidney Disease Prevention: Strategies and Practical Points* (หน้า 43-56). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.

- อุปถัมภ์ สุภสินธุ์. (2554). บทบาทของอาหารและโภชนาการในการชะลอความเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง (Food, Nutrition, Chronic kidney disease). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์ พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, และวิศิษฐ์ สิตปรีชา (บรรณาธิการ), *Textbook of nephrology* (เล่ม 2, หน้า1949-1960). กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- Ali, B., & Gray-Vickrey, P. (2011). Limiting the damage from acute kidney injury. *Nursing*, 41(3), 22-31; quiz 32. doi: 10.1097/01.NURSE.0000394078.60229.0a
- Castner, D. (2010). Understanding the stages of chronic kidney disease. *Nursing*, 40(5), 24-31; quiz 32. doi: 10.1097/01.NURSE.0000371121.30888.0e00152193-201005000-00007 [pii]
- Chrysohoou, C., Pitsavos, C., Panagiotakos, D., Skoumas, J., Lazaros, G., Oikonomou, E., . . . Stefanadis, C. (2013). Long-term fish intake preserves kidney function in elderly individuals: the Ikaria study. *Journal of renal nutrition*, 23(4), e75-82. doi: 10.1053/j.jrn.2012.09.002S1051-2276(12)00181-1 [pii]
- Garneata, L., & Mircescu, G. (2013). Effect of low-protein diet supplemented with keto acids on progression of chronic kidney disease. *Journal of renal nutrition*, 23(3), 210-213. doi: 10.1053/j.jrn.2013.01.030S1051-2276(13)00056-3 [pii]
- Hallan, S. I., & Orth, S. R. (2011). Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure. *Kidney international*, 80(5), 516-523. doi: 10.1038/ki.2011.157ki2011157 [pii]

- Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., . . . Singh, A. K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant*, *25*(5), 1567-1575. doi: 10.1093/ndt/gfp669gfp669 [pii]
- Kovesdy, C. P. (2013). Traditional and novel dietary interventions for preventing progression of chronic kidney disease. *Journal of renal nutrition*, *23*(3), 241-245. doi: 10.1053/j.jrn.2013.02.001 S1051-2276(13)00059-9 [pii]
- Lin, M. Y., Chiu, Y. W., Lee, C. H., Yu, H. Y., Chen, H. C., Wu, M. T., & Hwang, S. J. (2013). Factors associated with CKD in the elderly and nonelderly population. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*, *8*(1), 33-40. doi: 10.2215/CJN.05600612CJN.05600612 [pii]
- Miraghajani, M. S., Najafabadi, M. M., Surkan, P. J., Esmailzadeh, A., Mirlohi, M., & Azadbakht, L. (2013). Soy milk consumption and blood pressure among type 2 diabetic patients with nephropathy. *Journal of renal nutrition*, *23*(4), 277-282 e1. doi: 10.1053/j.jrn.2013.01.017 S1051-2276(13)00043-5 [pii]
- Rani, A. U. (2011). Nurse role in prevention of chronic kidney disease (CKD). *International Journal of Nursing education*, *3*(2), 125-127.
- Rognant, N., Alamartine, E., Aldigier, J. C., Combe, C., Vendrely, B., Deteix, P., . . . Laville, M. (2013). Impact of prior CKD management in a renal care network on early outcomes in incident dialysis patients: a prospective observational study. *BMC nephrology*, *14*(41), 1-10. doi: 10.1186/1471-2369-14-411471-2369-14-41 [pii]
- Sanghavi, S., & Vassalotti, J. A. (2013). Dietary sodium : A therapeutic target in treatment of hypertension and CKD. *Journal of Renal Nutrition*, *23*(3), 223-227.
- Yen, M., Huang, J. J., & Teng, H. L. (2008). Education for patients with chronic kidney disease in Taiwan: a prospective repeated measures study. *Journal of clinical nursing*, *17*(21), 2927-2934. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02348.xJCN2348 [pii]
- Yoshiro, N., Aya , F., Hisashi, S., Shinichi, H., Toshihiro, I., Yoshitaka, O., & Tohru, M. (2013). Dietary iron restriction prevents further deterioration of renal damage in chronic kidney disease rat model. *Journal of Hypertension*, *31*(6), 1203-1213.
- Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-base studies systemic review. *BMC Public health*, *8*(117), 1-8.