


<p>โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์</p>		<p>ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure:SP) เลขที่ SP-PCTMED-028</p>
<p>เรื่อง: แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลปราสาท พ.ศ.2562</p>		
<p>จัดทำโดย: คณะกรรมการ PCT อายุรกรรม</p>	<p>ฉบับแรก (จำนวน 6 หน้า รวมปก) ประกาศใช้เมื่อ: 27 มิถุนายน 2562</p>	
<p>หน่วยงานนำไปใช้:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) องค์กรแพทย์ 2) องค์กรพยาบาล 3) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 4) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 5) กลุ่มงานเภสัชกรรม 6) กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ฯ 7) กลุ่มงานรังสีวิทยา 8) กลุ่มงานโภชนศาสตร์ 9) งานการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 10) คลินิกหออัครอบครัวอำเภอปราสาท 11) PCU, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอปราสาท 		

นางวันทนี มามูล

(นางวันทนี มามูล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธาน PCT อายุรกรรมและ

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ

(ลายเซ็น)

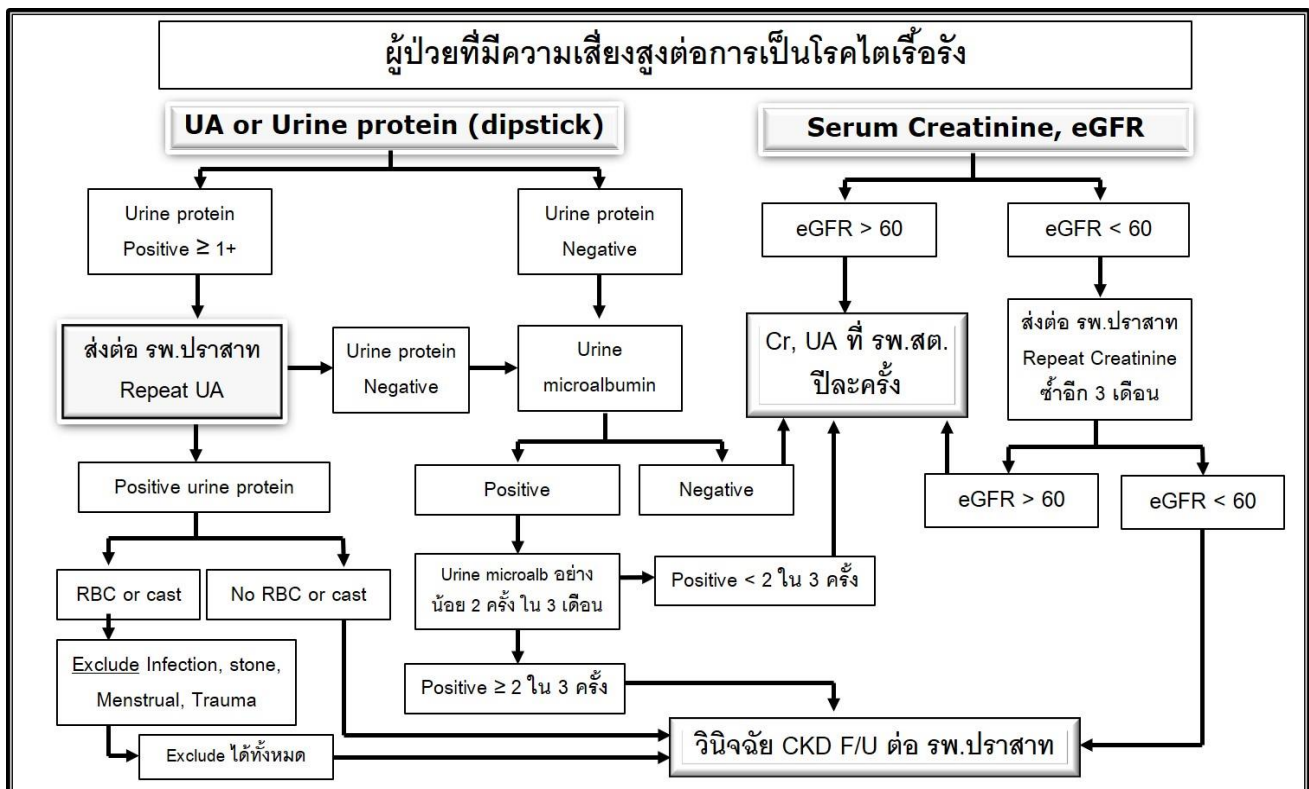
(นายประมวล ไทงามศิลป์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พ.ศ.2562

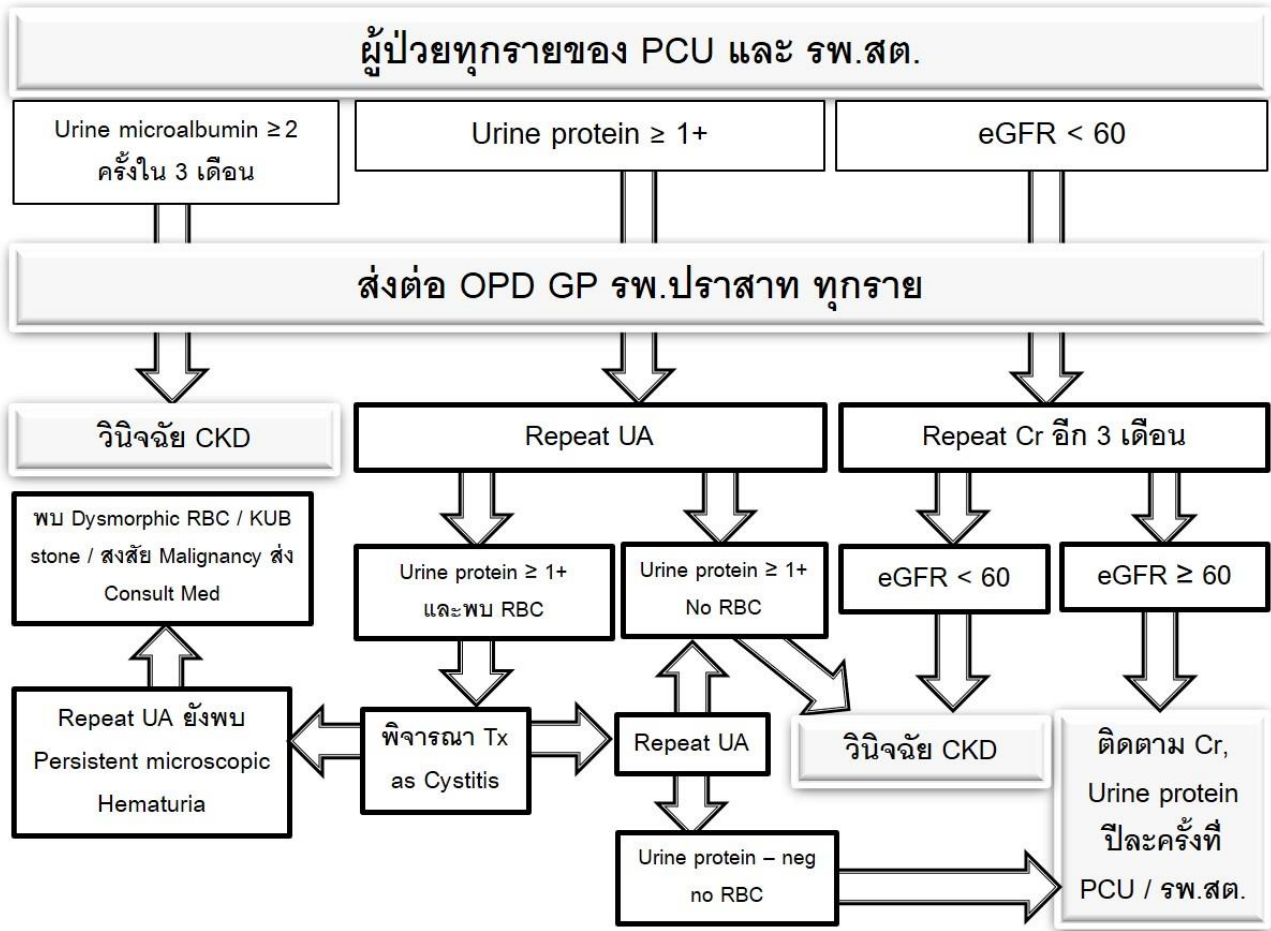
โรงพยาบาลปราสาท PCC PCU และรพ.สต.ในพื้นที่อำเภอปราสาท

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้	
1. โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง	7. อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. โรคแพ้ภูมิตนเอง (autoimmune diseases) ที่อาจก่อให้เกิดไตผิดปกติ	8. รับประทานแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs หรือสารที่มีผลกระทบต่อไต (nephrotoxic agents) เป็นประจำ
3. โรคติดเชื้อในระบบต่างๆ (systemic infection) ที่อาจก่อให้เกิดโรคไต	9. มีมวลเนื้อไต (renal mass) ลดลง หรือมีไตข้างเดียว ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นในภายหลัง
4. โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)	10. มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว
5. โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบนซ้ำหลายครั้ง	11. ตรวจพบนิ่วในไตหรือในระบบทางเดินปัสสาวะ
6. โรคเก๊าต์ (gout) หรือระดับกรดยูริกในเลือดสูง	12. ตรวจพบถุงน้ำในไตมากกว่า 3 ตำแหน่งขึ้นไป

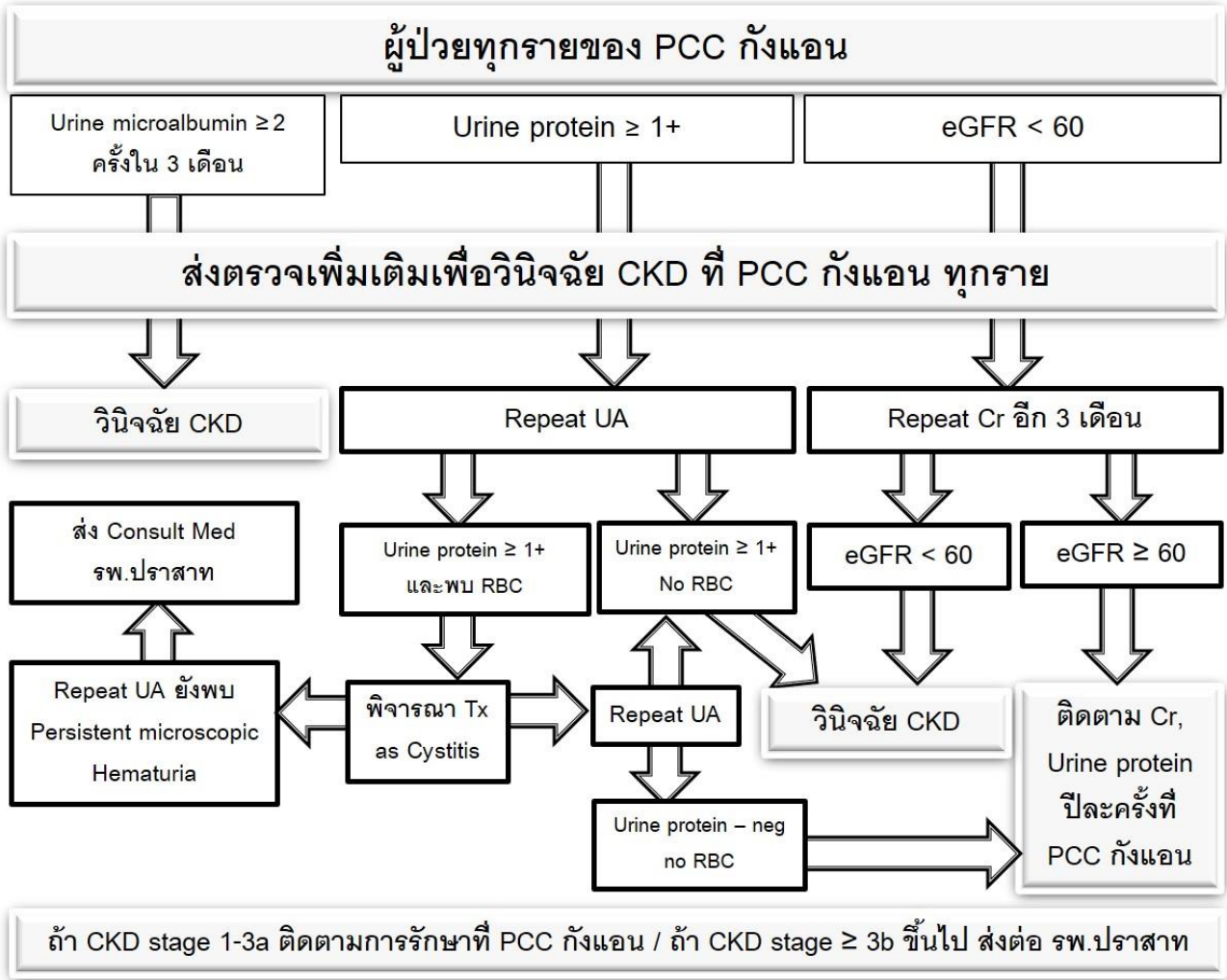


แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

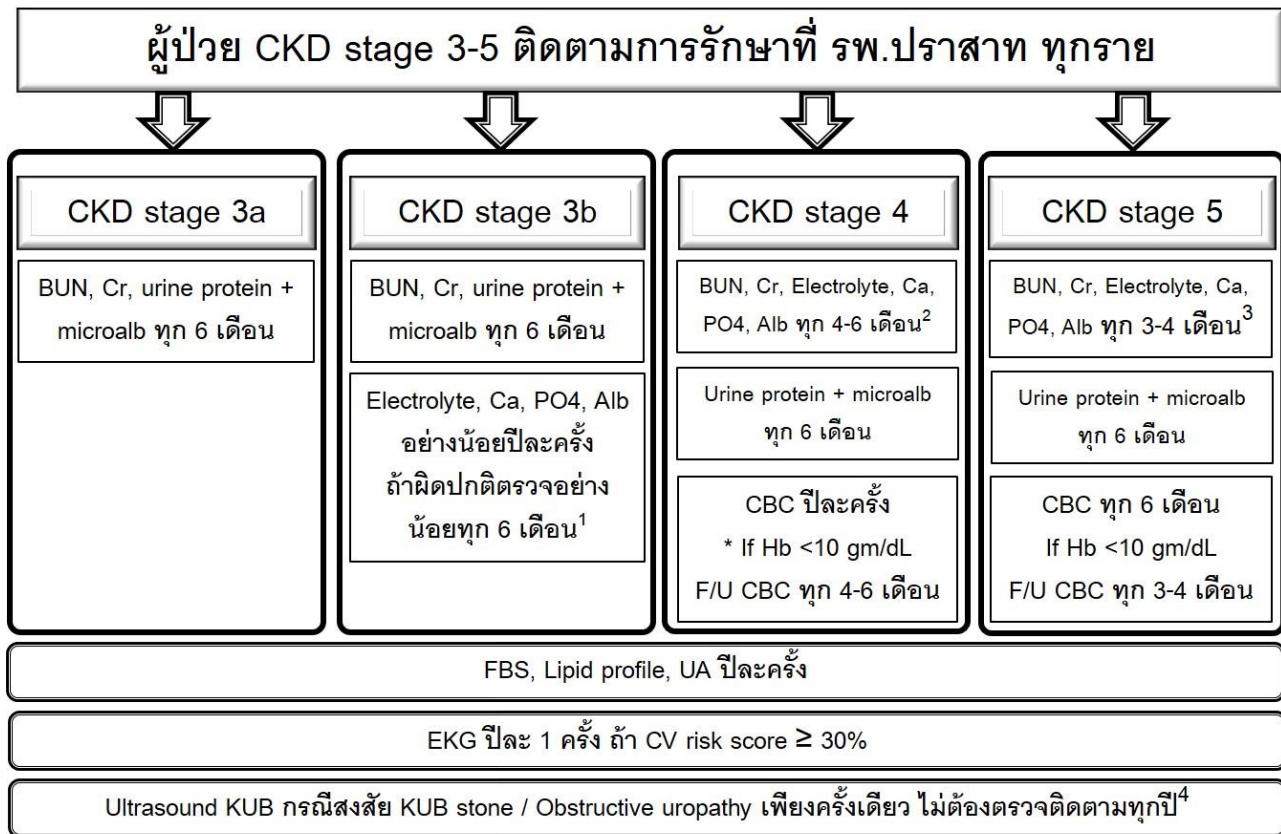
- กรณีผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก PCU หรือ รพ.สต. ให้ส่งพบแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป (OPD GP) ก่อน เพื่อวินิจฉัย CKD
- กรณีผู้ป่วยมีโรคที่มีความซับซ้อน หรือมีความกำกวมในการวินิจฉัย CKD ให้แพทย์ GP ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ทุกราย
- PCC clinic สามารถตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษา CKD stage 1-3a ได้ และส่งมา รพ.ปราสาท เมื่อเข้าสู่ Stage 3b



➤ กรณีผู้ป่วยได้รับวินิจฉัย CKD ครั้งแรกที่ OPD GP	
CKD stage 1-2	- ถ้าไม่มีโรคร่วมที่ต้องรับยาประจำ ให้ตรวจติดตาม Cr, Urine protein ปีละครั้งที่ PCU / รพ.สต. - ถ้ามีโรคร่วมที่ต้องรับยาประจำ ให้นำผู้ป่วยเข้าคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นๆ เช่น DM, HT clinic
CKD stage 3a	- ถ้าไม่มีโรคร่วมที่ต้องรับยาประจำ ให้ตรวจติดตาม Cr, Urine protein ทุก 6 เดือน ที่ OPD Med ถ้าแนวโน้ม GFR คงที่ หรือดีขึ้น 2 ครั้ง ให้ส่งกลับไปติดตาม Cr, Urine protein ทุก 6 เดือน ที่ PCU / รพ.สต. - ถ้ามีโรคร่วมที่ต้องรับยาประจำ ให้นำผู้ป่วยเข้าคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นๆ เช่น DM, HT clinic
CKD stage 3b	- ถ้าไม่มีโรคร่วมที่ต้องรับยาประจำ ให้นำติดตามการรักษา ที่ CKD clinic - ถ้ามีโรคร่วมที่ต้องรับยาประจำ ให้นำผู้ป่วยเข้าคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นๆ เช่น DM, HT clinic
CKD stage 4-5	- ให้นำติดตามการรักษาที่ CKD clinic
➤ กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดตามการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม	
CKD stage 1-3b	- ติดตามการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกอายุรกรรม
CKD stage 4	- ให้นำผู้ป่วยไปติดตามการรักษาที่ CKD clinic หรือติดตามการรักษาต่อที่คลินิกอายุรกรรมขึ้นกับความซับซ้อนของโรคทางอายุรกรรม และดุลพินิจของอายุรแพทย์
CKD stage 5	- ให้นำติดตามการรักษาที่ CKD clinic



แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลปราสาท พ.ศ.2562



1. CKD stage 3b

- ถ้าตรวจ Electrolyte, Ca, PO4, Albumin ครั้งแรกแล้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ต้องส่งตรวจซ้ำอีกในช่วง 1 ปี แต่หากตรวจพบผลผิดปกติหรือผู้ป่วยรับยา Phosphate binder/NaHCO₃ ให้ตรวจซ้ำอีก 6 เดือน

2. CKD stage 4

- ถ้าตรวจ BUN, Cr, Electrolyte, Ca, PO4, Albumin ครั้งแรกแล้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ตรวจซ้ำอีกครั้ง ที่ 6 เดือน แต่หากตรวจพบผลผิดปกติหรือผู้ป่วยรับยา Phosphate binder/ NaHCO₃ ให้ตรวจซ้ำทุก 4 เดือน

3. CKD stage 5

- แนะนำผู้ป่วยเพื่อ RRT ทุกราย หากผู้ป่วยต้องการ RRT ให้ตรวจ BUN, Cr, Electrolyte, Ca, PO4, Albumin ทุก Visit หรืออย่างน้อยทุก 3 เดือน จนกว่าผู้ป่วยจะไป Follow up ต่อที่ รพ.สุรินทร์

- ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ RRT ตรวจ BUN, Cr, Electrolyte, Ca, PO4, Albumin ครั้งแรกแล้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ตรวจซ้ำทุก 4 เดือน แต่หากตรวจพบผลผิดปกติหรือผู้ป่วยรับยา Phosphate binder/ NaHCO₃ ให้ตรวจทุก 3 เดือน

4. Ultrasound KUB ในกรณีต่อไปนี้

- มีอาการที่ทำให้สงสัย KUB stone เช่น ปัสสาวะเป็นนิ่ว, ปวดท้องร้าวไปขาหนีบ, ตรวจพบ microscopic hematuria , Recurrent UTI บ่อยๆ หรือมีภาวะ AKI ที่ไม่มีประวัติ Nephrotoxic หรือ infection ชัดเจน และไม่สามารถ exclude obstructive uropathy ได้

- กรณีส่งผู้ป่วย CKD stage 5 ไปพบ Nephrologist ควรมีผลตรวจ U/S KUB อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อน refer



การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวม

1. การรักษาเพื่อชะลอไตเสื่อม

- ออกกำลังอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที, BMI 18.5-22.9 kg/m², งดสูบบุหรี่
- หลีกเลี่ยง Nephrotoxic agents ได้แก่ NSAIDs, Antibiotics บางชนิด, ยาสมุนไพร
- Protein : CKD stage 3a-3b intake 0.8-1.0 gm/kg/day, stage 4-5 intake 0.6-0.8 gm/kg/day
- Keep BP < 130/80 mmHg (พิจารณา ACE-I/ARB เป็นยาตัวแรก, ไม่แนะนำ ACE-I/ARB ที่ GFR < 20)
- กรณีมี proteinuria แต่มีข้อห้ามในการให้ ACE-/ARB พิจารณาการให้ Manidipine 10-20 mg/day ทดแทน
- Keep HbA1c 6.5-7.5% (พิจารณาการใช้ Metformin เป็นยาตัวแรก if GFR > 45)
- Keep LDL < 100 แต่ถ้ามีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดหัวใจ Keep LDL < 70

2. การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

- จำกัด Na < 2 gm/day, Phosphate 800-1,000 mg/day, Potassium 4.7 gm/day
- if HCO₃ < 22 : พิจารณาการให้ NaHCO₃(300 mg) เริ่มต้น 1x3 to 3x3 po pc และปรับขนาดยาจน HCO₃ 22-24
- if PO₄ > 4.5 : พิจารณาการให้ CaCO₃(1 gm) 1x3 po with meal keep Corrected Ca 8.5-10.5, PO₄ 2.5-4.5
- if Hb 8-10 : Folic acid(5 mg) 1x1 po pc + Ferrous fumarate(200 mg) 1x3 po pc or 3x1 po hs จากนั้น F/U CBC อีก 1-2 เดือน if Hb < 9 พิจารณา Admit for blood transfusion keep Hb 10-11.5
- if Hb < 8 : Folic acid + Ferrous fumarate + Admit for blood transfusion keep Hb 10-11.5
- CKD stage 5 ที่ได้เหล็กมานาน หรือ Transfusion Dependence > 1 ปี ให้ W/U Ferritin ถ้ามากกว่า 1,000 ให้หยุดเหล็ก

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านหลอดเลือดหัวใจและสมอง

- พิจารณาการให้ Aspirin(81 mg) 1x1 po pc กรณีประเมิน CV risk > 20%

4. การเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไต

- แนะนำการบำบัดทดแทนไตตั้งแต่เข้าสู่ CKD stage 4 ทุกทราย
- กรณีผู้ป่วย CKD stage 5 ให้ส่งปรึกษา Palliative care clinic ร่วมดูแลทุกทราย ไม่ว่าผู้ป่วยต้องการบำบัดทดแทนไตหรือไม่