



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

เรื่อง แนวทางการดูแลพยาบาลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง	ทบทวนโดย : (นางสาวทองม้น เนียมหอม) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
จัดทำโดย : งานผู้ป่วยนอก	อนุมัติโดย : (นางสาวสุวดี พลเทพ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ที่มาของเอกสาร ☐ ความเสี่ยงสูง (High Risk) ☐ ค่าใช้จ่ายสูง (High Cost) ☐ ปริมาณสูง (High Volume) ☐ กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วางแผน ดูแลตามปัญหาและความต้องการ ก่อนเข้าสู่ระยะวิกฤต ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย 3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและปลอดภัยจากไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) 4. เพื่อลดการอัตราการกลับมา Admit ซ้ำ นโยบาย เพื่อความปลอดภัยและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ขอบเขต ใช้กับพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน คำจำกัดความ โรคไตเรื้อรัง คือ ภาวะที่ไตทำงานได้ลดลง โดยดูจากค่าอัตราการกรองของไตที่ผิดปกติ (estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) หรือไตมีภาวะผิดปกติ เช่น มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ หรือมีความผิดปกติทางรังสีวิทยา เป็นต้น ในระยะเวลา มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป	



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

Clinical Nursing Practice Guideline โรงพยาบาลบ่อพลอย	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
	แก้ไขครั้งที่ :
ผู้จัดทำ : ทีมดูแลผู้ป่วย	วันที่ประกาศใช้ : 30 มิถุนายน 2568
	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๑.นโยบาย/วัตถุประสงค์

นโยบาย ลดป่วย ลดตาย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

๑. คัดกรองและส่งปรึกษาหรือส่งต่อ (screening and consultation or referral) เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ในระยะแรกของโรคและส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยให้อายุแพทย์โรคไตได้อย่างเหมาะสม

๒. ชะลอการเสื่อมของไต (slowing the progression of kidney disease) เพื่อป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต

๓. ประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง (evaluation and treating complications) เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๔. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular risk reduction) เพื่อป้องกันการเกิดและลดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๕. เตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไต (preparation for renal replacement therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไตในระยะเวลาที่เหมาะสม

๒.ลำดับการปฏิบัติ

กรณีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

๑. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (โรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง) ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจปัสสาวะเพื่อดูปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ และได้รับการตรวจระดับ Serum creatinine สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจระดับ Serum creatinine แล้วนำค่า Serum creatinine ที่ได้มาคำนวณหาค่า eGFR

๒. การคัดกรองด้วยการตรวจปัสสาวะเพื่อดูปริมาณโปรตีน

๒.๑ ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะได้ผลลบให้ตรวจปัสสาวะซ้ำด้วย microalbuminuria หากผลลบให้ผู้ป่วยดูแลรักษาโรคเดิมที่ รพ.สต. คัดกรองซ้ำทุกปี

๒.๒ ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะได้ผลบวก (> ๑+) ให้ตรวจซ้ำอีก ๑-๒ ครั้ง ใน ๓ เดือน ถ้าผลเป็นบวก ๒ ใน ๓ ครั้ง สงสัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๑ หรือ ๒ (พิจารณาจากค่า eGFR) ส่งต่อพบ



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

แพทย์ที่ โรงพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัย และรับการรักษาตามมาตรฐาน โดยนัดตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๖ เดือน (ทุก ๑๒ เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่ และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ)

๒.๓ ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะด้วยแถบสีจุ่ม ถ้าได้ผลบวกให้ทำการตรวจ microscopic examination โดยละเอียด หากพบเม็ดเลือดแดงมากกว่า ๕ เซลล์/กำลังขยายสูง (high power field) ในปัสสาวะที่ได้รับการปั่นและไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีความผิดปกติ

๒.๔ ในกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติตามข้อ ๒.๑-๒.๓ ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งในระยะเวลา ๓ เดือน หากยืนยันความผิดปกติสามารถให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง หากผลการตรวจซ้ำไม่ยืนยัน ความผิดปกติ ให้ทำการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในปีถัดไป

๒.๕ การตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจทางรังสี (plain KUB) และ/หรือการตรวจอัลตราซาวด์ (ultrasonography of KUB) ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย

๓. การคัดกรองด้วยค่า Serum Creatinine เพื่อคำนวณหา eGFR

ควรมีการติดตามระดับการทำงานของไตโดยการตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) และอัลบูมิน จากตัวอย่างปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง แต่ควรตรวจถี่ขึ้นในกรณีที่ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วหรือเพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือติดตาม การรักษา โดยมีข้อแนะนำสำหรับความถี่ในการตรวจซึ่งแบ่งตามระยะของโรคไตเรื้อรังดังนี้

๓.๑ eGFR > ๖๐ มล./นาที่/๑.๗๓ ตรม. ร่วมกับโปรตีนในปัสสาวะได้ผลลบ ดูแลรักษาโรคเดิมที่ รพ.สต. และคัดกรองซ้ำทุกปีหรือทุก ๖ เดือน ถ้าตรวจพบสัดส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (ACR) มากกว่า ๓๐๐ มก./กรัม หรือสัดส่วนของโปรตีน ต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (protein-to-creatinine ratio, PCR) มากกว่า ๕๐๐ มก./กรัม

๓.๒ eGFR < ๖๐ มล./นาที่/๑.๗๓ ตรม. โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓a ให้ตรวจค่า Serum Creatinine ซ้ำเมื่อครบ ๖ เดือน

๓.๒.๑ ทุก ๔ เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า ๓๐๐ มก./กรัม หรือ PCR มากกว่า ๕๐๐ มก./กรัม

๓.๒.๒ ทุก ๑๒ เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ

๓.๒.๓ โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓b ควรติดตามอย่างน้อยทุก ๖ เดือน หรือควรติดตามทุก ๔ เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า ๓๐ มก./กรัม หรือ PCR มากกว่า ๑๕๐ มก./กรัม

๓.๒.๔ eGFR ๓๐ -๕๙ มล./นาที่/๑.๗๓ ตรม. สงสัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ส่งต่อพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยและรับการรักษาตามมาตรฐาน โดยนัดตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๖ เดือน

๓.๒.๕ eGFR < ๓๐ มล./นาที่/๑.๗๓ ตรม.สงสัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ควรติดตามอย่างน้อยทุก ๔ เดือน หรือควรติดตามทุก ๓ เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า ๓๐๐ มก./กรัม หรือ PCR มากกว่า ๕๐๐ มก./กรัม พบอายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลบ่อพลอย

๓.๒.๖ eGFR < ๑๕ มล./นาที่/๑.๗๓ ตรม. ส่งต่อพบอายุรแพทย์ เฉพาะทางโรงพยาบาลพล



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

คลินิกชะลอไตเสื่อม ให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยที่นัดติดตามในคลินิกชะลอไตเสื่อมจะได้รับบริการเป็นรายบุคคล ให้ตรงกับปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย นัดตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๓ เดือน

กรณีกลุ่มโรคไตเรื้อรัง

๑. รพ.สต.

๑.๑ เป้าหมายการดูแลรักษา ; ค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อ DM HT

๑.๒ กลุ่มเป้าหมาย

๑.๒.๑ CKD ระยะ ๑-๒

๑.๒.๒ CKD ระยะ ๓ ที่ได้รับการดูแลจนค่า eGFR คงที่ (eGFR ลดลง ≤ 4 มล/นาที่/๑.๗๓ ตรม.) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (ภาวะน้ำหรือเกลือเกิน สมดุลเกลือแร่ หรือกรดต่างในเลือดผิดปกติ ทุพโภชนาการ อาการจากของเสียในเลือดคั่ง)

๑.๓ จัดการปัจจัยเสี่ยง และชะลอความเสื่อมของไต โดยให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วย ดังนี้

๑.๓.๑ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

๑.๓.๒ การควบคุมระดับความดันโลหิต

๑.๓.๓ การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม

๑.๓.๔ การควบคุมการใช้ยา NSAIDs อย่างเหมาะสม

๑.๔ เยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน ในผู้ป่วยรายต่อไป

๑.๔.๑ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

๑.๔.๒ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

๑.๔.๓ มีภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้

๑.๔.๔ เพ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลหลังเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนทางไต

๒. โรงพยาบาลบ่อพลอย

๒.๑ เป้าหมายการดูแลรักษา

๒.๑.๑ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และ ระวังรักษาภาวะแทรกซ้อน

๒.๑.๒ เพื่อป้องกันการเกิดไตวายระยะสุดท้าย

๒.๒ กลุ่มเป้าหมาย

๒.๒.๑ DM, HT ที่ควบคุมไม่ได้ หรือ มีภาวะแทรกซ้อน (ตา, ไต, หัวใจ และ หลอดเลือดตีบ

๒.๒.๒ CKD ระยะ ๓ ในช่วง ๑ ปี แรก หรือ มี eGFR ไม่คงที่

๒.๒.๓ CKD ระยะ ๔ และ ๕ ได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

๓.เอกสารอ้างอิง

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(๒๕๖๕). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการ

บำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕(ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม).กรุงเทพฯ:บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์

จำกัด.

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๖). แนวทางพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐) คู่มือการจัดการโรคไต

เรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

๔. ภาคผนวก

๔.๑ DM, HT ที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความ
ดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๔.๒ eGFR คงที่ หมายถึง มีการลดลงของ eGFR เฉลี่ย < ๔ mL/min/๑.๗๓ ตรม. ต่อปี

๔.๓ ภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง ภาวะน้ำและเกลือเกิน สมดุลเกลือแร่หรือกรดต่างใน
เลือดผิดปกติ พุพโภชนาการ อาการจากของเสียในเลือดคั่ง เป็นต้น

๔.๔. การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

การแบ่งโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของ Kidney Disease Improving Global
Outcomes (KDIGO) พ.ศ. ๒๕๕๕ แนะนำให้พิจารณาตามสาเหตุ (cause), อัตราการกรองของไต
(GFR, G๑-G๕)และปริมาณอัลบูมินใน ปัสสาวะ (albuminuria, A๑-A๓) ดังแสดงในตารางที่ ๑ และ
๒

ตารางที่ ๑ การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของอัตราการกรองของไต

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.)
ระยะที่ ๑	≥ ๙๐
ระยะที่ ๒	๖๐-๘๙
ระยะที่ ๓a	๔๕-๕๙
ระยะที่ ๓b	๓๐-๔๔
ระยะที่ ๔	๑๕-๒๙
ระยะที่ ๕	< ๑๕



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

หมายเหตุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า ๖ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง

ตารางที่ ๒ การแบ่งโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ

ระยะ	ปริมาณอัลบูมิน ในปัสสาวะ (มก./๒๔ ชั่วโมง)	สัดส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ		คำแนะนำ
		(มก./มิลลิโมล)	(มก./กรัม)	
A๑	<๓๐	<๓	<๓๐	ปกติ หรือ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย
A๒	๓๐-๓๐๐	๓-๓๐	๓๐-๓๐๐	เพิ่มขึ้นปานกลาง
A๓	>๓๐๐	>๓๐	>๓๐๐	เพิ่มขึ้นมาก

การพยากรณ์โรคไตเรื้อรัง สามารถพยากรณ์โรคไตเรื้อรังตามความสัมพันธ์ของ GFR และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ ดังแสดงใน ตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ การพยากรณ์โรคไตตามความสัมพันธ์ของ GFR และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ

			ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ		
			A๑ < ๓๐ มก./ก. < ๓ มก./มิลลิ โมล	A๒ ๓๐ - ๓๐๐ มก./ ก. ๓ - ๓๐ มก./มิลลิ โมล	A๓ > ๓๐๐ มก./ก. > ๓๐ มก./มิลลิ โมล
ระยะของโรคไต เรื้อรัง ตามระดับ GFR (ml/min/๑.๗๓m๒)	ระยะที่ ๑	≥ ๙๐			
	ระยะที่ ๒	๖๐-๘๙			
	ระยะที่ ๓a	๔๕-๕๙			
	ระยะที่ ๓b	๓๐-๔๔			
	ระยะที่ ๔	๑๕-๒๙			
	ระยะที่ ๕	< ๑๕			

■ ความเสี่ยงต่ำ ■ ความเสี่ยงปานกลาง ■ ความเสี่ยงสูง
■ ความเสี่ยงสูงมาก

๔.๕ สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง นิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ โรคถุงน้ำในไต โรคหัวใจ โรคเก๊าท์ และการได้รับสารหรือยาที่ทำลายไต เช่น ยาแก้ปวดบางชนิด ยาปฏิชีวนะบางชนิด และยาสมุนไพรยาแผนโบราณบางชนิด (ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามมาตรฐาน)



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

๔.๖ อาการเตือนของโรคไตเรื้อรัง หากมีอาการดังต่อไปนี้ ควรไปพบแพทย์ โดยด่วน

๔.๖.๑ ปัสสาวะผิดปกติ เช่น มีฟองมาก ปัสสาวะขุ่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย

ปัสสาวะแสบ หรือเป็นสีน้ำตาลเนื้อหรือเป็นเลือด

๔.๖.๒ ปวดท้องอย่างรุนแรง หรือปวดบริเวณบั้นเอวอย่างรุนแรง

๔.๖.๓ คลำ ได้ก้อนบริเวณไต หรือบริเวณบั้นเอวทั้ง ๒ ข้าง

๔.๖.๔ มีอาการบวมที่ใบหน้า หนังตา ขา และเท้า

๔.๖.๕ ความดันโลหิตสูง

๔.๖.๖ ร่างกาย ชูบซิดผิดปกติ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หน้ามืด เป็นลมบ่อยๆ

๔.๗ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

๔.๗.๑ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

๔.๗.๒ เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดอื่น ๆ

๔.๗.๓ มีประวัติการเป็นโรคเกี่ยวกับไตและติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น โรคไต

อักเสบ เอสแอลอี (SLE) โรคเกาต์ โรคไตอักเสบชนิดไม่ติดเชื้อโรคแบคทีเรีย

๔.๗.๔ รับประทานยาบางชนิดโดยเฉพาะยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ ยาชุด ยาคลายเส้น ยาสมุนไพรที่ไม่ขึ้นทะเบียน

๔.๗.๕ อายุมากกว่า ๖๐ ปี

๔.๗.๖ มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคไต

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๑. เลิกสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายและ
จำกัดอาหารเค็ม

๒. ผู้ป่วยเบาหวานชายที่มีอายุ > ๕๐ ปี หรือในผู้ป่วยเบาหวานหญิงที่มีอายุ
> ๖๐ ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.1 ควรให้ aspirin ถ้าความดันโลหิต < 150/90 มม.ปรอท

2.2 ยาลดไขมันในเลือดโดยลดระดับไขมัน LDL-cholesterol < 100

มก./ดล.

3. ควบคุมความดันโลหิตเป้าหมายคือ <140/90 มม.ปรอท

4. ใช้ ACEIs/ARBs ถ้ามีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะหรือผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วม
ด้วย โดยตรวจ creatinine และ potassium ก่อนเริ่มยา หลังเริ่มยา 2 สัปดาห์ และหลังมีการ
เพิ่มยา ถ้า creatinine เพิ่มขึ้น > 30 % หรือ GFR ลดลง > 25 % พิจารณาส่งต่ออายุรแพทย์
โรคไต

5. ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วย
เบาหวาน

6. ถ้าระดับ serum potassium > 6 mEq/L หยุดยา ACEIs/ARBs



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (CKD 3) ควรมีการดูแลรักษาเพิ่มเติมดังนี้

1. แนะนำอาหารที่เหมาะสม

1.1 โปรตีนอยู่ระหว่าง 0.8–1 กรัมโปรตีนต่อน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น 1 กิโลกรัม

1.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงและให้ phosphate binders เช่น calcium carbonate ให้ serum phosphate < 4.6 mg/dL

2. ทบทวนยาของผู้ป่วย

2.1 ขนาดยาเหมาะสมหรือไม่ ควรปรับขนาดยาตาม eGFR

2.2 หลีกเลี่ยงยาที่เป็นอันตรายต่อไต : NSAIDs, minoglycoside, radiocontrast

3. สังเกตอาการไตเรื้อรังระยะที่ 3 เมื่อมีอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการลดลงของ eGFR อย่างรวดเร็ว

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ใน รพช. สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ได้

ข้อบ่งชี้ในการส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบอายุรแพทย์โรคไต

1. ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการลดลงของอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (estimated glomerular filtration rate, eGFR) มากกว่า 7 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี หรือ มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ที่มีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัม ต่อวัน หรือมีส่วนของโปรตีนต่อครีเอตินินในปัสสาวะมากกว่า 1 แม้จะได้ควบคุมความดันโลหิตตามเป้าหมาย

3. ผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ส่งต่อ รพ พหล

การส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วย

1 ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบอายุรแพทย์ เมื่อ

1.1 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต 30–59 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ร่วมกับการเสื่อมของไต ไม่มากกว่า (ไม่เกิน) 5 มล./นาที/1.73 ตร.ม.ต่อปี โดยเฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้รวมอื่นๆ

2 ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบอายุรแพทย์โรคไต เมื่อ

2.1 ผู้ป่วยมีภาวะการลดลงของการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง ได้แก่



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

2.1.1 มีการเปลี่ยนของระยะไตเรื้อรัง (CKD staging) เข้าสู่ระยะที่มีการทำงานของไต ลดลงจากเดิม หรือมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่าร้อยละ 25 จากค่าตั้งต้น

2.1.2 มีการลดลงของอัตราการกรองของไตมากกว่า 5 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ต่อปี

2.2 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม. โดยเฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมอื่นๆ

3 ข้อบ่งชี้รวมอื่นๆ ได้แก่

3.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ ให้การรักษาไม่ดีขึ้นหรือมีแนวโน้มต้องรักษาบำบัด ทดแทนไต

3.2 ผู้ป่วยมีสัดส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (ACR) ตั้งแต่ 300 มก./กรัม หรือมี อัลบูมินในปัสสาวะ (albumin excretion rate, AER) ตั้งแต่ 300 มก./วัน หรือเทียบเท่ากับมีสัดส่วนของ โปรตีนต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (PCR) ตั้งแต่ 500 มก./กรัม หรือมีค่าโปรตีนในปัสสาวะ (urine protein excretion rate, PER) ตั้งแต่ 500 มก./วัน หลังได้รับการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายแล้ว

3.3 มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป

3.4 ผู้ป่วยที่ตรวจพบ red blood cell cast และ/หรือ มีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะมากกว่า 20 เซลล์/กำลังขยายสูง และหาสาเหตุไม่ได้

3.5 ผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงเรื้อรัง

3.6 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจในทางเดินปัสสาวะมากกว่า 1 ครั้ง หรือร่วมกับภาวะ อุดกั้นทางเดินปัสสาวะ และส่งปรึกษาศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะร่วมดูแลรักษา

3.7 ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

3.8 ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดเลือดที่ไตตีบ

การติดตามการรักษา CKD

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	การประเมินทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ความถี่
----------------------	--	---------



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

CKD 1-2	ความดันโลหิต, eGFR, UA, UPCR (ในกรณี protein dipstick positive)	ทุก 1 ปี
CKD 3	ความดันโลหิต, eGFR, UA, UPCR (ในกรณี protein dipstick positive), hemoglobin, potassium, calcium, phosphate	ทุก 6 เดือน (12 เดือนถ้า ค่าไตคงที่)
CKD 4-5	ส่งต่อร.พ พหุ	



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอบ่อพลอย จ.กาญจนบุรี

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)

คัดกรอง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1. CKD ระยะ 1-2
2. CKD ระยะ 3 ที่ได้รับการดูแลจนค่า eGFR คงที่ (eGFR ลดลง ≤ 4 มล./นาที่/1.73 ตรม.) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

จัดการปัจจัยเสี่ยงและชะลอความเสื่อมของไต

1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. ควบคุมระดับความดันโลหิต
3. ควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม
4. ควบคุมการใช้ยา NSAIDs อย่างเหมาะสม

เยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน

1. ควบคุม Blood sugar ไม่ได้
2. ควบคุม BP ไม่ได้
3. มีภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้
4. เพิ่ง Discharge จาก รพ. จากภาวะแทรกซ้อน

ตรวจ UA ดูโปรตีนใน

ค่า Serum Creatinine เพื่อกำหนดหา eGFR

ผลลบ

ผลบวก ได้ผล $>1+$

eGFR > 60 มล./นาที่/1.73 ตรม.

eGFR < 60 มล./นาที่/1.73 ตรม.

ตรวจ eGFR ซ้ำเมื่อครบ 3 เดือน

eGFR 30 -59 มล./นาที่/1.73 ตรม.

eGFR < 30 มล./นาที่/1.73 ตรม.

CKD ระยะ 3

CKD ระยะ 4-5

ตรวจปัสสาวะด้วย microalbuminuria

ผลลบ

ผลบวก

ดูแลโดย รพ.สต.

คัดกรองซ้ำ ทุกปี

ให้ตรวจซ้ำอีก 1-2 ครั้ง
ใน 6 เดือน ผลเป็นบวก 2 ใน 3

CKD ระยะ 1-2

ส่งต่อพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย และรักษาตามเกณฑ์

นัดติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน (ทุก 12 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ)

กรณี eGFR < 45 มล./นาที่/1.73 ตรม.

คลินิกโรคไต



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

5.เกณฑ์ชี้วัด

- 5.1 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$
- 5.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk

6.บันทึกคุณภาพ(ถ้ามี)



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568