

# การติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบไม่ฟอกไต

**อำนวยการดูแล** แดงสีบัว\*

**อำนวยการดูแล** โดภาคงาม†

**สัจจะ** ตติยานุพันธ์วงศ์‡

**จุฬารักษ์** ลิ้มวัฒนานนท์†

## บทคัดย่อ

การรักษาแบบฟอกไตเป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนหนึ่งปฏิเสธการฟอกไตและเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังขาดข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิต การเข้าโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมาย (unplanned visit) และการเข้าอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต โดยติดตามข้อมูลผู้ป่วยจากวันที่มีค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ม.<sup>2</sup> เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี หรือจนกระทั่งเสียชีวิตหรือสิ้นสุดการศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีจำนวน 72 คน อายุเฉลี่ยคือ 65.4 ปี สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตเรื้อรังคือเบาหวาน 35 ราย (48.6%) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 54 ราย (38.6%) เหตุผลที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต ส่วนใหญ่คือไม่มีผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ค่ากลางการรอดชีวิตของผู้ป่วยคือ 26.1 เดือน (median overall survival) อัตราการรอดชีวิตปีที่ 1 และปีที่ 2 คือ 80.0% และ 59.0% ตามลำดับ มีการเข้าโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมายทั้งหมด 307 ครั้ง โดยสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง 115 ครั้ง (37.5%) มีผู้ป่วยที่เข้าอนโรงพยาบาล 56 คน (77.8%) เข้าอนโรงพยาบาลรวม 179 ครั้ง มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง 102 ครั้ง (57.0%) จากการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกรับการักษาแบบไม่ฟอกไต มีค่ากลางการรอดชีวิตประมาณ 2 ปี มีอัตราการเข้าโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมายและอัตราการอนโรงพยาบาลสูง การรักษาแบบไม่ฟอกไตจึงเหมาะสมเป็นเพียงทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการฟอกไต หรือผู้ป่วยที่อาจไม่ได้รับประโยชน์จากการฟอกไต

**คำสำคัญ:** โรคไตเรื้อรัง การรักษาแบบไม่ฟอกไต อัตราการรอดชีวิต

## Abstract

**Following up of Stage 5 Chronic Kidney Disease Patients Managed with Non-dialytic Treatment**  
Amnuayporn Daengsibua\*, Acharawan Topark-ngarm†, Sajja Tatiyanupanwong‡, Chulaporn Limwattananon†

\*Department of Pharmacy, Chaiyaphum Hospital, †Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University,

‡Department of Medicine, Chaiyaphum Hospital

The first treatment option for end stage renal disease patients is dialysis. However, some patients select non-dialysis treatment (NDT). Currently, data on clinical outcome of this treatment modality is limited. Therefore, a retrospective cohort study was performed to evaluate clinical outcomes of chronic kidney disease (CKD) stage 5 patients managed with NDT, including survival, factors affecting survival, and hospitalization. The data was reviewed from the first date approaching to stage 5 (glomerular filtra-

\*กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ

†คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

‡แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ



tion rate  $< 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ) for at least 2 years, until death, or until the end of the study. A total of 72 patients who fulfilled the eligibility criteria were included to the study. The mean age was 65.4 years old. The most common cause of CKD was diabetes mellitus ( $n = 35, 48.6\%$ ). The most common co-morbidity was hypertension ( $n = 54, 38.6\%$ ). The most common reason for selecting NDT was lacking of a caregiver. The median overall survival was 26.1 months. One-year and two-year survival rates were 80.0% and 59.0%, respectively. There were 307 occasions of unplanned visit, and 115 of these were related to renal causes (37.5%). A total of 56 (77.8%) patients were hospitalized on 179 occasions. One hundred and two (57.0%) of these were due to renal causes. This study demonstrates that the survival time of NDT patients was approximately 2 years. There were high numbers of unplanned visits and hospitalization among these patients. Therefore, NDT modality should be considered as a choice only for patients who are contraindicated or not eligible for dialysis, or who would not be beneficial from dialysis.

**Keywords:** chronic kidney disease, survival, non-dialytic treatment

### ภูมิหลังและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นปัญหาต่อระบบบริการด้านสุขภาพเนื่องจากการรักษามีค่าใช้จ่ายสูงมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย<sup>(1)</sup> ในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลการศึกษา Thai SEEK project ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ซึ่งได้คัดกรองและประเมินสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ.2551 พบว่าประชากรไทยร้อยละ 17.5 ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4<sup>(2)</sup> ในระยะสุดท้ายนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy; RRT) ซึ่งหมายรวมถึงการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) และการฟอกไต (dialysis) แม้ว่าการปลูกถ่ายไตเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด แต่ก็มีข้อจำกัดในการได้ไตมา การฟอกไตจึงเป็นทางเลือกหลักสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งปฏิเสธการฟอกไตด้วยเหตุผลหลายๆ ประการ<sup>(3,4)</sup> และเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (non-dialytic treatment) หรือแบบดั้งเดิม (conservative management) การรักษาแบบนี้จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย<sup>(5)</sup>

การรักษาแบบไม่ฟอกไต (non-dialytic treatment) เป็นการดูแลรักษาที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (supportive care) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการคุกคามที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย พยายามคงสภาพการทำงานของไตในส่วนที่เหลือ ดูแลสภาพจิตใจและสภาวะทาง

สังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงสุดท้ายของชีวิต (end of life) ที่ดี รวมไปถึงการดูแลระดับประคองสภาพจิตใจคนในครอบครัวและผู้ดูแล<sup>(6)</sup> ซึ่ง NICE guideline ได้จัดการรักษาแบบไม่ฟอกไตเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย<sup>(7)</sup> ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ ฝรั่งเศส ที่มีแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจนนั้น มีแนวทางที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>(8-11)</sup> กล่าวคือ มีคู่มือแนะนำที่เริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนหรือผลที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดขณะรับการรักษา เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการเลือกการรักษา และเมื่อเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) ซึ่งจะทำให้การดูแลรักษา จัดการกับภาวะโรคไตเรื้อรังอย่างจริงจัง (active disease management) โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค วิธีการปฏิบัติตัว การรักษาด้วยการใช้ยาและโภชนาบำบัด รวมถึงมีระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นเครือข่าย สำหรับประเทศไทยนั้น การรักษาแบบไม่ฟอกไตในปัจจุบันยังขาดแนวทางที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการใช้ยาเพื่อประคับประคองอาการหรือใช้โภชนาบำบัดร่วมด้วย และยังมีปัญหาที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดในสิทธิการรักษาด้วยยาบางชนิด ทำให้บริบทในการรักษามีความแตกต่างกับบริบทของต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว การศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความ

สำคัญในการสะท้อนผลจากกระบวนการรักษาภายใต้บริบทของประเทศไทย ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีผู้ใดรายงานไว้

โรงพยาบาลชัยภูมิเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 550 เตียง มีคลินิกโรคไตเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกทั้งหมดประมาณ 1,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรอดชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งความถี่ สาเหตุ ของการเข้าโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมาย และการเข้านอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต

### ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบติดตามไปข้างหน้า (retrospective cohort study) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2554 โดยติดตามจากวันแรกที่พบว่าค่าการทำงานของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) ลดลงอยู่ในช่วง 10 - 15 มล./นาที/1.73 ม.<sup>2</sup> และมีค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ม.<sup>2</sup> ตลอดช่วงที่ทำการศึกษา (คำนวณจากสูตร Modified Diet in Renal Disease; MDRD)<sup>(12)</sup> คือ  $eGFR = 175 \times \text{Serum Cr}^{-1.154} \times \text{age}^{-0.203} \times 1.212$  (if patient is black)  $\times 0.742$  (if female) โดยทำการติดตามผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือขาดการรักษา (Loss to follow up) หรือสิ้นสุดการศึกษาในวันที่ 31 ธันวาคม 2556 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต ณ คลินิกโรคไตโรงพยาบาลชัยภูมิ
3. มีประวัติมารับการรักษาหลังการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตมาก่อนและ/หรือผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในช่วงที่ศึกษา
2. มีค่าการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate; GFR) น้อยกว่า 10 มล./นาที/1.73 ม.<sup>2</sup> ตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5
3. ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นและ/หรือไม่สามารถติดตามประวัติการรักษาได้หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

### การวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิต

ระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยจะเริ่มนับจากวันที่ผู้ป่วยมีค่าการทำงานของไตเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือวันสิ้นสุดการศึกษา โดยข้อมูลวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรนำมาเปรียบเทียบกับประวัติการรักษาของผู้ป่วยโดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาวันปิดรับข้อมูล (censor date) ดังนี้

- 1) ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการมาติดตามการรักษาครั้งสุดท้ายและการนัดหมายครั้งต่อไป ถือว่าเป็นกรณีเสียชีวิต โดยถือว่าวันที่เสียชีวิตคือวันปิดรับข้อมูล
- 2) ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากที่ไม่มาตามวันนัดครั้งสุดท้ายถือว่าเป็นกรณีขาดการรักษา (loss of follow-up) โดยถือว่าวันนัดครั้งสุดท้ายคือวันปิดรับข้อมูล
- 3) ถ้าผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่หลังวันสิ้นสุดการศึกษา ถือว่าวันสิ้นสุดการศึกษาคือวันปิดรับข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 20.0 ข้อมูลแบบแบ่งกลุ่ม (category data) ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ของข้อมูล อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยใช้ Kaplan Meier Method และเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่ม เช่น เพศ ช่วงอายุ จำนวนโรคร่วม ใช้สถิติ log rank test ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ( $\alpha = 0.05$ ) และระดับ



นัยสำคัญที่  $p\text{-value} \leq 0.05$

### ผลการศึกษา

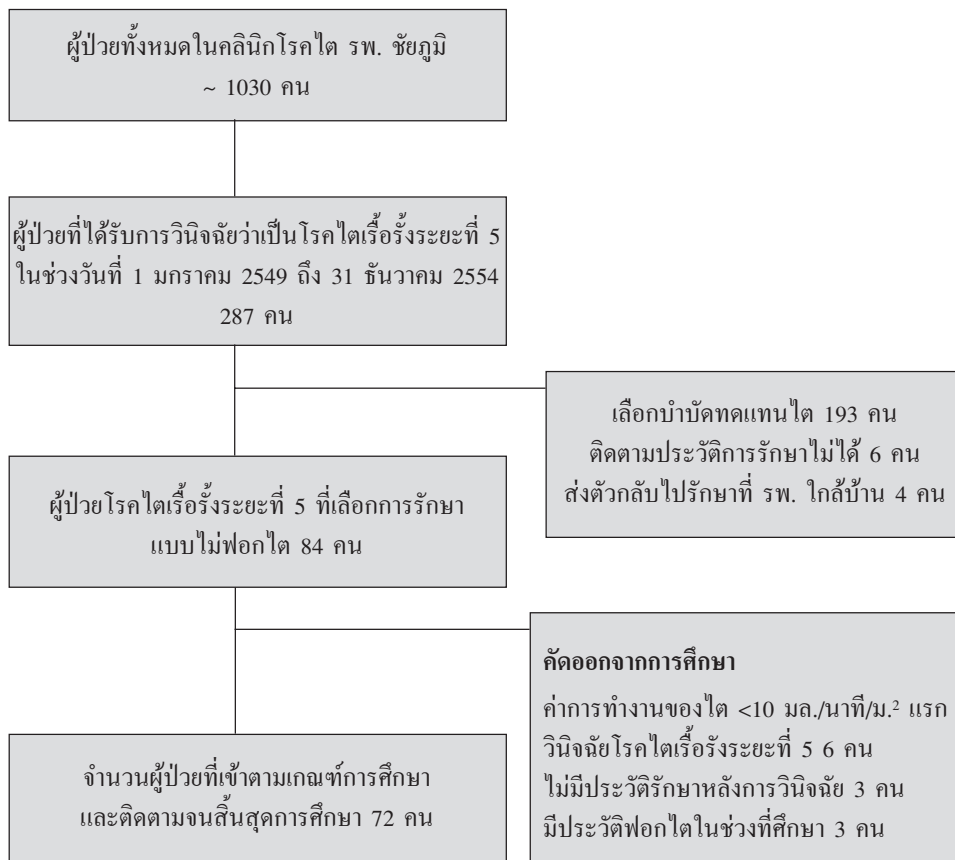
ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาและติดตามได้จนถึงสิ้นสุดการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 72 คน (ดังรูปที่ 1) หลังสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต 54 ราย (75%) ขาดการรักษา (loss to follow up) 11 ราย (15.3%) และยังมีชีวิตอยู่ 7 ราย (9.7%)

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 65.4 ปี (ช่วงอายุ 34-83 ปี) เป็นเพศหญิง 49 ราย (68.1%) มีค่าเฉลี่ยการทำงานของไตในวันเริ่มต้นการติดตามคือ 13.04 มล./นาที/1.73 ม.<sup>2</sup> ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม 48 ราย (66.7%) และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่คือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 58 ราย (80.6%) สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่คือเบาหวาน 35 ราย

(48.6%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 70 ราย (97.2%) มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง 54 ราย (38.6%) รองลงมาคือเบาหวาน 45 ราย (32.1%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คือ 49 ราย (68.1%) สำหรับเหตุผลที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตส่วนใหญ่คือไม่มีผู้ดูแล (no caregiver) 14 ราย (19.4%) รองลงมาคือตัวผู้ป่วยเองไม่ยอมฟอกไต (patient's personal decision) 5 ราย (7.0%) (ตารางที่ 1)

### อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต

จากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี พบว่าค่ากลางการรอดชีวิต (median overall survival) ของผู้ป่วยคือ 26.1 เดือน (รูปที่ 2) โดยมีอัตราการรอดชีวิตที่ปีที่ 1 และปีที่ 2 คือ 80.0% และ 59.0% ตามลำดับ



รูปที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (N = 72)

เพศหญิง, คน (%)	49 (68.1)
อายุเฉลี่ย, ปี (ช่วง)	65.4 ± 10.5 (34-83)
ค่าเฉลี่ยการทำงานของไต, มล. /นาที่/ 1.73 ม. <sup>2</sup> (ช่วง)	13.0 ± 1.5 (10.0 - 14.9)
<b>อาชีพ, คน (%)</b>	
เกษตรกร	48 (66.7)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	9 (12.5)
รับจ้าง	8 (11.1)
ค้าขาย	5 (6.9)
รับราชการ	2 (2.8)
<b>สิทธิการรักษา, คน (%)</b>	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	58 (80.6)
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	10 (13.9)
ประกันสังคม	3 (4.2)
อื่นๆ	1 (1.4)
<b>สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง, คน (%)</b>	
เบาหวาน	35 (48.6)
ไม่ทราบสาเหตุ	20 (27.8)
ความดันโลหิตสูง	2 (2.8)
กรวยไตอักเสบเรื้อรัง	2 (2.8)
ท่อไตอุดตัน	1 (1.4)
ไม่ระบุ	12 (16.6)
<b>จำนวนโรคร่วม, คน (%)</b>	
0	2 (2.8)
1	18 (25.0)
2	36 (50.0)
3	14 (19.4)
4	2 (2.8)
<b>ชนิดของโรคร่วม*, คน (%)</b>	
ความดันโลหิตสูง	54 (38.6)
เบาหวาน	45 (32.1)
เก๊าท์	10 (7.1)
โรคหลอดเลือดในสมอง (CVA)	7 (5.0)
โรคหัวใจล้มเหลว (CHF)	4 (2.8)
โรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD)	4 (2.8)

**ตารางที่ 1(ต่อ)** ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (N = 72)

โรคลิ้นหัวใจ (VHD)	3 (2.1)
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation)	3 (2.1)
ไทรอยด์	2 (1.4)
มะเร็ง	2 (1.4)
อื่นๆ	4 (2.8)
<b>การสูบบุหรี่, คน (%)</b>	
สูบ	6 (8.3)
ไม่สูบ	49 (68.1)
ไม่ระบุ	17 (23.6)
<b>เหตุผลที่เลือกรักษาแบบไม่ฟอกไต, คน (%)</b>	
ไม่ระบุเหตุผล (No data)	49 (68.0)
ไม่มีผู้ดูแล (No caregiver)	14 (19.4)
ผู้ป่วยไม่ยอมฟอกไต (Patient's personal decision)	5 (7.0)
ครอบครัวไม่ยอมให้ฟอกไต (Family opinion)	2 (2.8)
เหตุผลด้านค่าใช้จ่าย (Non-affordability)	2 (2.8)

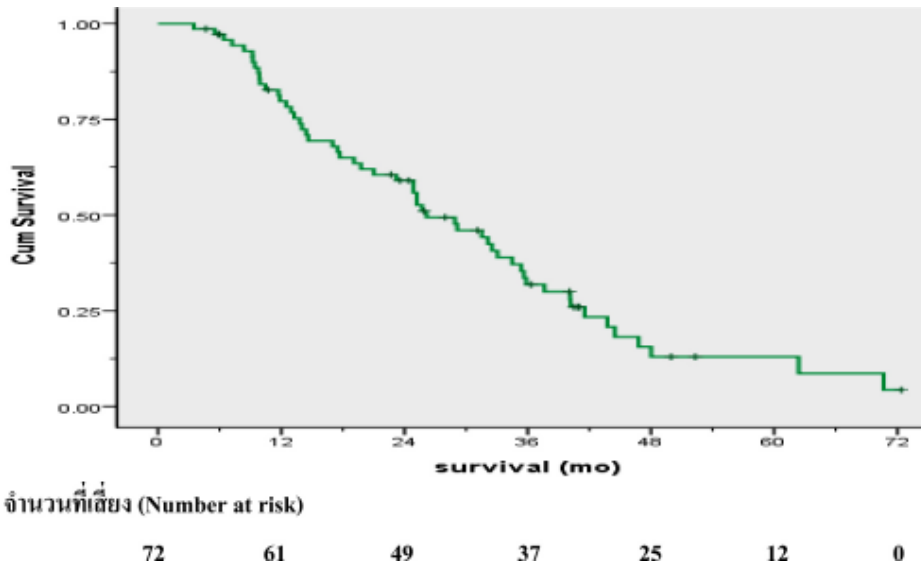
\*ผู้ป่วย 1 คน อาจมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

### ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิต

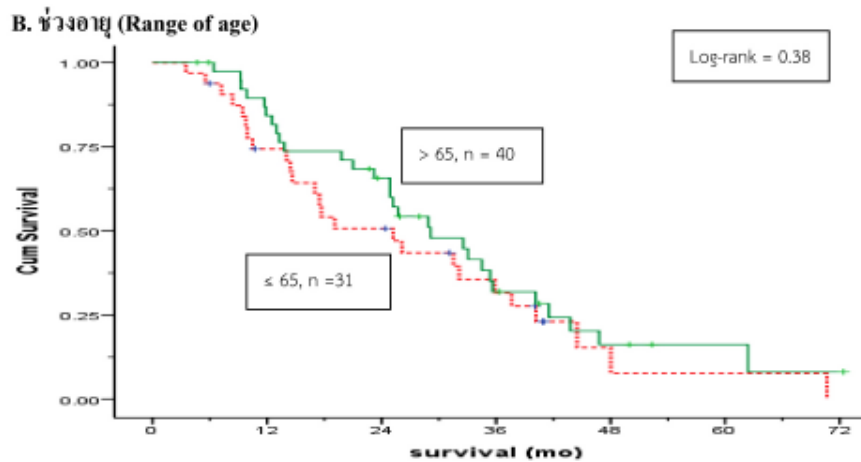
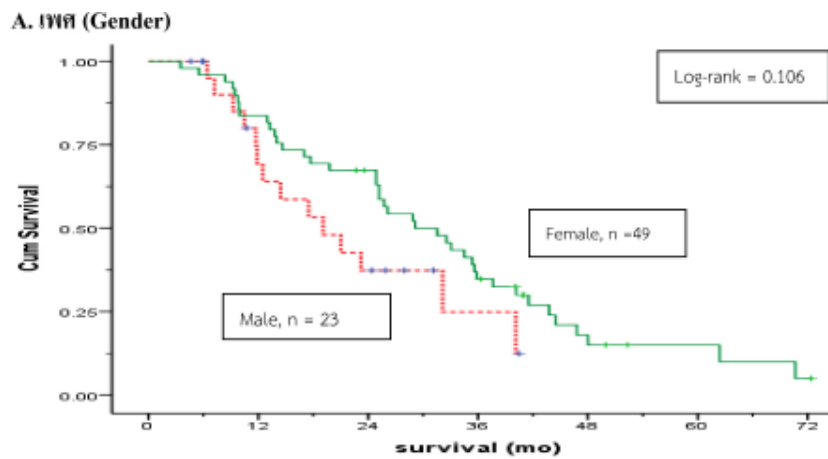
จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกรักษาแบบไม่ฟอกไต พบว่า ปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านเพศ (รูปที่ 3A) อายุ (รูปที่ 3B) จำนวนโรคร่วม (รูปที่ 3C) การมีโรคเบาหวานร่วม (รูปที่ 3D) และการสูบบุหรี่ (รูปที่ 3E) ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ถึงแม้จะพบว่าเพศหญิงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมเป็นเบาหวาน และในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมีชีวิตยืนยาวกว่า แต่ความแตกต่างเหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังรูปที่ 3)

### การมาโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมาย (unplanned visit)

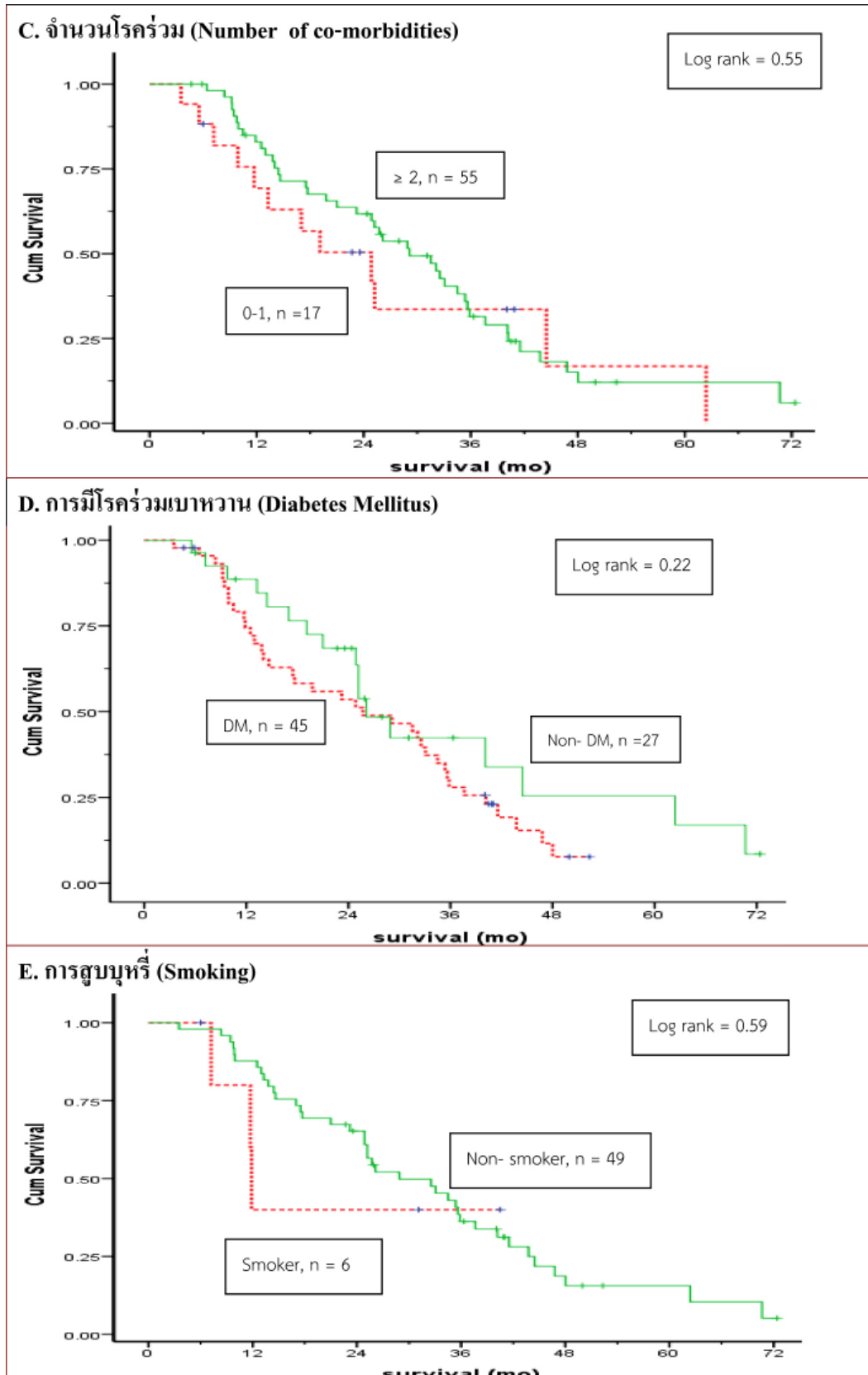
จากผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 72 คน มีการมาโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมายทั้งหมด 307 ครั้ง โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง (CKD-related cause) 115 ครั้ง (37.5%)



รูปที่ 2 ค่ากลางการรอดชีวิตรวม (Median overall survival) ของผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต



รูปที่ 3 ผลของปัจจัยต่างๆ ต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย



รูปที่ 3(ต่อ) ผลของปัจจัยต่างๆ ต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย

**ตารางที่ 2** จำนวนครั้งและสาเหตุการมาโรงพยาบาลนอกเหนือการนัดหมาย (Unplanned visit)

<b>การเข้าโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมายทั้งหมด (All unplanned visit) (N = 307)</b>	
สาเหตุเกี่ยวเนื่องจากโรคไตเรื้อรัง (CKD-related cause)	115 ครั้ง (37.5%)
สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกัโรคไตเรื้อรัง (Non-CKD related cause)	192 ครั้ง (62.5%)
<b>การเข้าโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมายที่เป็นการเข้านอนในโรงพยาบาลทั้งหมด (All unplanned admission) (N = 179)</b>	
สาเหตุเกี่ยวเนื่องจากโรคไตเรื้อรัง (CKD-related cause)	102 ครั้ง (57.0%)
สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกัโรคไตเรื้อรัง (Non-CKD related cause)	77 ครั้ง (43%)

**ตารางที่ 3** ข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบไม่ฟอกไต (N = 72)

จำนวนผู้ป่วยที่เข้านอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง, คน (%)	56 (77.8)
จำนวนครั้งของการเข้านอนโรงพยาบาลทั้งหมด, ครั้ง	179
อัตราการเข้านอนโรงพยาบาลเฉลี่ย, ครั้ง/คน	2.5
จำนวนผู้ป่วยที่เข้านอนโรงพยาบาลสาเหตุเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง, คน (%)	41 (56.9)
จำนวนครั้งของการเข้านอนโรงพยาบาลสาเหตุเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง, ครั้ง	102
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลสาเหตุเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังทั้งหมด, วัน	365
ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลจากสาเหตุเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง, วัน/คน	8.9
ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งการเข้านอนโรงพยาบาลสาเหตุเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง, ครั้ง/คน (ช่วง)	2 (1-7)
ค่ามัธยฐานระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจากสาเหตุเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง, วัน/ครั้ง (ช่วง)	2 (1-20)

และในการมาโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมายนี้เป็นการเข้านอนโรงพยาบาลทั้งหมด 179 ครั้ง โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกัโรคไตเรื้อรัง 102 ครั้ง (57.0%) (ดังตารางที่ 2)

**การเข้านอนในโรงพยาบาล (admission)**

จากผู้ป่วยที่ศึกษา 72 คน พบว่า 56 คน (77.8%) ที่ได้เข้านอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง รวมจำนวนการเข้านอนโรงพยาบาลทั้งหมด 179 ครั้ง เฉลี่ยอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลคือ 2.5 ครั้ง/คน จากการเข้านอนโรงพยาบาลทั้งหมดมี 102 ครั้งที่มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง พบว่ามีจำนวนวันที่เข้านอนในโรงพยาบาลรวมทั้งหมดคือ 365 วัน เฉลี่ยจำนวนวันที่ต้องเข้านอนในโรงพยาบาลสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง คือ 8.9 วัน/คน ค่ามัธยฐานระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในแต่ละครั้งคือ 2.0 วัน/ครั้ง (ตารางที่ 3)

**วิจารณ์และข้อยุติ**

ในปัจจุบันการรักษาแบบไม่ฟอกไตเป็นอีกหน้ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย<sup>(7)</sup> โดยในบริบทของประเทศไทยที่พัฒนาแล้วนั้น ส่วนใหญ่การดูแลรักษาแบบไม่ฟอกไตจะเป็นแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มจำเพาะ (special population) ให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นเครือข่าย มีการเยี่ยมบ้าน (home visit) เพื่อติดตามประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ และสามารถเข้าหาเพื่อรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ไม่มีข้อจำกัด การตัดสินใจเลือกที่จะฟอกหรือไม่ฟอกไตเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย โดยใช้คู่มือ 'Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis'<sup>(13)</sup> ของสมาคมโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกา (The



Renal Physicians Association and the American Society of Nephrology (RPA/ASN) เป็นแนวทางในการตัดสินใจ

ในประเทศไทยนั้น การรักษาแบบไม่ฟอกไตมักหมายถึงการรักษาแบบประคับประคองโดยการใช้ยาเป็นหลัก ร่วมกับการแนะนำในการปฏิบัติตัวและการควบคุมอาหาร ยาบางชนิดยังมีข้อจำกัดในการสั่งใช้ เช่น erythropoietin ที่ใช้รักษาภาวะโลหิตจาง (anemia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากยานี้ยังมีราคาแพงและสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ครอบคลุมถึงยาในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาจะมีแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค วิธีการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการฟอกไต จากนั้นผู้ป่วยและญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษา ถ้าผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตหรือยังไม่ต้องการฟอกไตในขณะนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป นัดหมายติดตามการรักษาตามตารางนัดหมาย ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลชัชวามิ ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีสภาวะผิดปกติใดๆ ระยะเวลานัดหมายจะอยู่ที่ 3-4 เดือน แพทย์และพยาบาลเป็นทีมหลักในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นว่าขั้นตอนการเลือกวิธีการรักษา ทีมดูแลผู้ป่วยและการเข้าถึงยาที่ใช้ในการรักษา มีความแตกต่างจากบริบทในต่างประเทศ และอาจส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวแตกต่างกัน ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้จึงถือเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาถึงผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตในประเทศออสเตรเลียมีรายงานว่า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกๆ รายที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต จะมีผู้ป่วยอีกหนึ่งรายเสมอที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต<sup>(14)</sup> และในประเทศฝรั่งเศสพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาตามหลักการ Shared Decision-Making เกือบร้อยละ 30 เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต<sup>(15)</sup> และสำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษานี้ซึ่งชี้ว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต ซึ่งถึงแม้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว และยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลทั้งประเทศได้ แต่จากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต ดังนั้น การนำเสนอเฉพาะข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตยังไม่ใช้ภาพรวมของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สมบูรณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาแบบไม่ฟอกไตคืออีกส่วนที่สำคัญที่ควรได้รับการเก็บรวบรวมเป็นภาพรวมของประเทศ เพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

การศึกษานี้พบเหตุผลในการเลือกไม่ฟอกไตที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่คือไม่มีผู้ดูแล นั่นอาจแสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และเหตุผลรองลงมาคือผู้ป่วยเองไม่อยากฟอกไต ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วย เช่น เพราะมีอายุมากแล้ว กลัวการฟอกไต กลัวว่าจะฟอกไตไม่เป็น ไม่อยากตายในโรงพยาบาล หรือยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องฟอกไต ส่วนเหตุผลด้านค่าใช้จ่ายกลับพบว่าไม่ใช่เหตุผลหลัก อาจเป็นเพราะในปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลได้มีนโยบายขยายสิทธิครอบคลุมบริการทดแทนไตให้กับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยการฟอกไตมากขึ้น จากเหตุผลต่างๆ เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงสภาวะโรค ตลอดจนมีทัศนคติเชิงลบต่อการฟอกไต การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก

ผลลัพธ์ของการรักษาแบบไม่ฟอกไตในปัจจุบันยังมีจำกัด และผลการศึกษามีความหลากหลาย เนื่องจากความแตกต่างของเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ทำให้ในแต่ละการศึกษามีความจำเพาะของกลุ่มประชากร (specific population) และการศึกษาผลลัพธ์ด้านอัตราการรอดชีวิตก็มีความหลากหลายของจุดเริ่มต้นที่ใช้ในการศึกษา เช่น เริ่มจากวันที่ผู้ป่วยควรเริ่มฟอกไต (putative dialysis date)<sup>(16)</sup> เริ่มจากวันที่ตัดสินใจเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต<sup>(17)</sup> หรือเริ่มจากวันที่ค่า



การทำงานของไตเริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้าย<sup>(18,19)</sup> เป็นต้น

การศึกษาแบบ systemic review รายงานว่า ค่ากลางอายุคาด (life expectancy) ของผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตอยู่ระหว่าง 6.3 เดือนถึง 23.4 เดือน<sup>(20)</sup> การศึกษาที่รายงานค่ากลางการรอดชีวิตที่สั้นที่สุด (6.3 เดือน)<sup>(16)</sup> เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคและมี impaired functional status ส่วนการศึกษาที่รายงานค่ากลางการรอดชีวิตยาวที่สุด (23.4 เดือน) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ยน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ อีกทั้งการวัดการรอดชีวิตเริ่มจากวันที่ตัดสินใจเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต โดยผู้ป่วยบางส่วนค่าการทำงานของไตยังไม่ถึงระยะสุดท้าย ซึ่งยังไม่มีผลจำเป็นในการฟอกไต<sup>(17)</sup> ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เลือกไม่ฟอกไตมีระยะเวลาการรอดชีวิต 26.1 เดือน ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ<sup>(16-19)</sup> และมีอัตราการรอดชีวิตปีที่ 1 และปีที่ 2 สูงถึงร้อยละ 80 และ 59 ซึ่งสูงกว่าที่ Murtagh และคณะ<sup>(21)</sup> ที่รายงานไว้ที่ร้อยละ 68 และร้อยละ 47 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถสรุปได้ว่าการรักษาแบบไม่ฟอกไตในบริบทของประเทศไทยให้ผลลัพธ์ด้านอัตราการรอดชีวิตดีกว่าหรือให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้กับผู้ป่วยในการศึกษาที่ผ่านมา จะเห็นว่ามีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดทั้งในด้านต่างๆ ได้แก่ ความผิดปกติร่วมอื่นๆ น้อยกว่า โดยเฉพาะโรคร่วมเบาหวาน<sup>(18,19)</sup> และโรคหัวใจขาดเลือด<sup>(15, 17, 18)</sup> ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลด้านลบต่อการรอดชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสนใจว่า ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอายุน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ ในต่างประเทศเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 65.4 ปี ในขณะที่ในการศึกษาอื่นๆ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมากกว่า 75 ปี<sup>(15, 17-18, 21-22)</sup> ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตั้งแต่อายุยังน้อยทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานอันเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง หรืออาจเป็นเพราะการดูแลรักษาโรคเบาหวานยังไม่ดีพอ การศึกษาเพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนวัยอันควรเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษา

ผู้ป่วยต่อไป

อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา และคณะ<sup>(23)</sup> รายงานว่า ในประเทศไทยนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis) มีอายุคาด 3.16 ปี และผู้ป่วยที่ฟอกไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) มีอายุคาด 3.59 ปี ถ้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตในการศึกษานี้จะเห็นว่า ผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตมีระยะเวลาการรอดชีพประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่รักษาแบบฟอกไต คือประมาณ 26 เดือน อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีความแตกต่างกันเนื่องจากการเปรียบเทียบข้อมูลจากต่างการศึกษา

การศึกษาที่เปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตและผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตในประเทศฝรั่งเศสโดย Joly และคณะ<sup>(15)</sup> รายงานว่า ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปีนั้นกลุ่มที่รักษาแบบฟอกไตมีอายุยืนยาวกว่ากลุ่มที่รักษาแบบไม่ฟอกไตอย่างมีนัยสำคัญ (28.9 เดือนกับ 8.9 เดือน) โดยอัตราการรอดชีวิตปีที่ 1 และ 2 ในกลุ่มที่รักษาแบบฟอกไตคือร้อยละ 73.6 และร้อยละ 60 และกลุ่มที่รักษาแบบไม่ฟอกไตคือร้อยละ 29 และร้อยละ 15 ตามลำดับ Chandna และคณะ<sup>(19)</sup> ได้ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกรักษาแบบฟอกไต พบว่ามีอายุยืนยาวถึง 67.1 เดือน ในขณะที่กลุ่มที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตมีอายุคาดเพียง 21.2 เดือน และในประเทศอังกฤษ Carson และคณะ<sup>(22)</sup> พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี และเลือกการรักษาแบบฟอกไต มีอายุยืนยาวกว่ากลุ่มที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (37.8 เดือนและ 13.9 เดือนตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่รายงานว่าผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตมีอายุคาดไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ฟอกไต แต่ผู้ป่วยในการศึกษาเหล่านี้มักมีโรคร่วมหรือมีสภาวะร่างกายที่ไม่เหมาะต่อการฟอกไต เช่น ในผลการศึกษาของ Smith และคณะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีโรคร่วมสูง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ทีมสหวิชาชีพแนะนำให้รักษาแบบไม่ฟอกไตแต่ยืนยันเลือกรักษาแบบฟอกไตกับกลุ่มที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตตามคำ

แนะนำ พบว่าการรอดชีวิตระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.3 และ 8.3 เดือน) Chandna และคณะ<sup>(19)</sup> รายงานว่าในผู้ป่วยอายุเกิน 75 ปี เมื่อปรับด้วยอายุและโรคร่วมเบาหวาน พบว่าการรอดชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตและไม่ฟอกไตไม่แตกต่างกัน Murtagh และคณะ<sup>(21)</sup> รายงานว่าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคะแนนความผิดปกติร่วมสูง (high comorbidity scores) การรอดชีวิตไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตและกลุ่มที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต จากข้อมูลการศึกษาต่างๆ เหล่านี้บ่งชี้ว่า การรักษาแบบฟอกไตทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตยาวนานกว่าการรักษาแบบไม่ฟอกไต ยกเว้นในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคร่วมหลายโรคหรือเป็นโรคร่วมที่มีความรุนแรง

การศึกษาก่อนหน้าที่ได้พยากรณ์ (prognosis) การรอดชีวิตในเพศหญิงว่าดีกว่าเพศชายและผู้สูงวัยกว่าจะดีกว่าผู้ที่อายุน้อย<sup>(19)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนความผิดปกติร่วม<sup>(17)</sup> (comorbidity score) การมีโรคร่วมเป็นเบาหวาน<sup>(19)</sup> (comorbidity with DM) การมีโรคร่วมโรคเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease)<sup>(21)</sup> เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความยืนยาวของชีวิตผู้ป่วยได้ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบว่าอัตราการรอดชีวิตสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ อายุ จำนวนโรคร่วม เบาหวานและการสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในการศึกษามีจำนวนไม่มาก และในการศึกษานี้วิเคราะห์ปัจจัยด้านโรคร่วมโดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามจำนวนของโรคร่วม ซึ่งต่างจากในการศึกษาก่อนนี้<sup>(17)</sup> ที่แบ่งตามความรุนแรงของโรคร่วม ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าจำนวนโรค จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ที่ได้แตกต่างกัน

จากการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปีในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่เลือกรักษาแบบไม่ฟอกไตเกือบร้อยละ 78 ต้องเข้านอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยสาเหตุการเข้านอนโรงพยาบาลร้อยละ 57 เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Wong และคณะ<sup>(17)</sup> ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตร้อยละ 60

ไม่ต้องเข้านอนในโรงพยาบาลเลย โดยสาเหตุของการเข้านอนในโรงพยาบาลมีเพียงร้อยละ 47 ที่เกี่ยวข้องกับภาวะไตวาย ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษาของ Wong และคณะ<sup>(17)</sup> เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นหนึ่งในคำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต<sup>(24)</sup>

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่า ในบริบทของประเทศไทยนั้น ผู้ป่วยที่เลือกรักษาแบบไม่ฟอกไตมีอายุคาดประมาณ 2 ปี มีอัตราการมาโรงพยาบาลนอกเหนือจากการนัดหมายและอัตราการนอนโรงพยาบาลสูง โดยการเข้านอนโรงพยาบาลร้อยละ 57 มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น การรักษาแบบไม่ฟอกไตจึงอาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดหรือมีข้อห้ามสำหรับการฟอกไต หรือผู้ป่วยที่การฟอกไตอาจจะไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในขนาดการศึกษาที่ใหญ่ขึ้นและเป็น multicenter เพื่อยืนยันผลการศึกษาดังกล่าว และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### เอกสารอ้างอิง

1. US Renal Data System. USRDS 2010 Annual Data Report. Bethesda, MD: USRDS; 2010.
2. Ingsathit A, Thakkinian A, Chairprasert A. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25(9):1567-75.
3. Johnston S, Noble H. Factors influencing patients with stage 5 chronic kidney disease to opt for conservative management: a



- practitioner research study. *J Clin Nurs* 2011;21:1266-74.
4. Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose P, Masterson R, Johnson DW, et al. Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ* 2012; 184(5):E278-283.
  5. Murtagh FEM, Cohen LM, Germain MJ. The “No Dialysis” Option. *Adv Chronic Kidney Dis* 2011;18(6):443-9.
  6. Murtagh FEM, Spagnolo AG, Panocchia N, Gambaro G. Conservative (non dialytic) management of end-stage renal disease and withdrawal of dialysis. *Progress in Palliative Care* 2009;17(4):179-85.
  7. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE pathways- management of stage 5 CKD [online] 2013 [cited 2014 May 20]. Available from: <http://www.pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-kidney-disease>
  8. Royal College of Physicians. The Changing Face of Renal Medicine in the UK: the Future of the Specialty. Report of a Working Party. London, UK: The Renal Association; 2007:23-24.
  9. Department of Health National Service Framework Renal Team. The National Service Framework for Renal Services. Part Two: Chronic Kidney Disease, Acute Renal Failure and End of Life Care. London, UK: Department of Health; 2005:21-23.
  10. National Kidney Foundation. K-DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy. Guideline 1. Initiation of dialysis. 1.1 Preparation for kidney failure. 2006; [http://www.kidney.org/Professionals/kdoqi/guideline\\_upHD\\_PD\\_VA/index.htm](http://www.kidney.org/Professionals/kdoqi/guideline_upHD_PD_VA/index.htm). Accessed January 28, 2011.
  11. Kainer G, Fetherstonhaugh D. The CARI guidelines. Acceptance onto dialysis. Ethical considerations. *Nephrology* 2010;15(suppl 1):S12-S14.
  12. Levey AS, Greene T, Kusek JW, Beck GJ. A simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol* 2000;11:A0828.
  13. Shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. Rockville, MD: The Renal Physicians Association, 2010. [www.renalmd.org](http://www.renalmd.org).
  14. Australian Institute of Health and Welfare. End-stage kidney disease in Australia: total incidence, 2003-2007. Canberra: Sage; 2001.
  15. Joly D, Anglicheau D, Alberti C, Nguyen AT, Touam M, Grunfeld JP, et al. Octogenarians reaching end-stage renal disease: Cohort study of decision-making and clinical outcomes. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:1012-21.
  16. Smith C, Da Silva-Gane M, Chandna S, Warwicker P, Greenwood R, Farrington K. Choosing not to dialyze: Evaluation of planned non-dialytic management in a cohort of patients with end-stage renal failure. *Nephron* 2003;95:40-6.
  17. Wong CF, McCarthy M, Howse ML, Williams PS. Factors affecting survival in advanced chronic kidney disease patients who choose not to receive dialysis. *Ren Fail* 2007;29:653-9.
  18. Ellam T, El-Kossi M, Prasanth KC, El-Nahas M, Khwaja A: Conservatively managed patients with stage 5 chronic kidney disease- outcomes from a single center experience. *QJM* 2009;102:547-54.
  19. Chanda SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: Comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant*. Published online November 22, 2010; doi:10.1093/ndt/gfq630.
  20. O'Connor NR, Kumar P. Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine* 2012;15(2):228-35.
  21. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:1955-62.
  22. Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1611-1609.
  23. Cheawchanwattana A, Limwattananon C, Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Siriwongs D, Pongsakul C. Cost utility analysis of hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis in patients with end stage renal disease in Thailand. *J Nephrol Soc Thai* 2003;9(2):158-69.
  24. Renal Association. Treatment of adults and children with renal failure. Standards and audit measures. 3rd ed. London: Royal College of Physicians; 2002.