เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรง (Class IV) ที่มีภาวะ Nephritic–Nephrotic Syndrome และได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น (IVMP และ IVCY) ในคลินิกโรคไต : การศึกษารายกรณี

พิมพ์ยุภา เอี่ยมสะอาด
โรงพยาบาลพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรง (Class IV) ที่มีภาวะ Nephritic–Nephrotic Syndrome และได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น (IVMP และ IVCY) ในคลินิกโรคไต : การศึกษารายกรณี

Nursing Care of a Patient with Class IV Lupus Nephritis Presenting with Nephritic–Nephrotic Syndrome Treated with Intravenous Methylprednisolone (IVMP) and Cyclophosphamide (IVCY): A Case Study

พิมพ์ยุภา เอี่ยมสะอาด พย.บ.
โรงพยาบาลพิจิตร
PIMYUPA IAMSA-ARD
PHICHIT HOSPITAL

บทคัดย่อ

ความเป็นมา โรค Systemic Lupus Erythematosus (SLE) ที่มีภาวะ lupus nephritis Class IV เป็นภาวะรุนแรงที่เสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของไตและภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน จึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุม ปลอดภัย และต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะ induction therapy ด้วย intravenous methylprednisolone และ cyclophosphamide เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรงที่มีภาวะ nephritic–nephrotic syndrome และได้รับยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น โดยเน้นการประเมินปัญหา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การติดตามผลการรักษา และการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 31 ปี วินิจฉัยเป็น SLE ร่วมกับ lupus nephritis Class IV และ nephritic–nephrotic syndrome ติดตามตั้งแต่ระยะเริ่มวินิจฉัยในเดือนสิงหาคม 2568 ระยะได้รับ IVMP ร่วมกับ IVCY และระยะติดตามต่อเนื่องในคลินิกโรคไต โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับ Roy Adaptation Model และ Orem's Self-Care Theory

ผลการศึกษา พบปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานของไต ภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อ ความผิดปกติของเม็ดเลือด และความจำเป็นในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ภายหลังได้รับการพยาบาลตามแผน พบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาในทิศทางที่ดี การทำงานของไตคงที่ ค่า eGFR อยู่ในเกณฑ์ดี proteinuria และ hematuria มีแนวโน้มลดลง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากยา และผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงให้ความร่วมมือในการติดตามรักษา อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพยาบาล, Systemic Lupus Erythematosus, Lupus nephritis, ยากดภูมิคุ้มกัน, การดูแลตนเอง

Abstract

Background : Systemic Lupus Erythematosus (SLE) with Class IV lupus nephritis is a severe condition associated with a high risk of renal function deterioration and complications from immunosuppressive therapy. Comprehensive, safe, and continuous nursing care is therefore essential, particularly during induction therapy with intravenous methylprednisolone (IVMP) and cyclophosphamide (IVCY). This case report aimed to study nursing care for a patient with severe Class IV lupus nephritis presenting with nephritic–nephrotic syndrome and receiving intensive immunosuppressive therapy, with a focus on problem assessment, complication surveillance, treatment monitoring, and promotion of self-care. This was a case study of a 31-year-old Thai female diagnosed with SLE, Class IV lupus nephritis, and nephritic–nephrotic syndrome. The patient was followed from the initial diagnosis in August 2025, through induction therapy with IVMP combined with IVCY, and during continuing care at the nephrology clinic. Nursing care was implemented using the nursing process integrated with the Roy Adaptation Model and Orem's Self-Care Theory.

Results : The major nursing problems identified included risk of renal function deterioration, complications from immunosuppressive therapy, infection, hematologic abnormalities, and the need for continuous self-care. After receiving nursing care according to the care plan, the patient showed a favorable response to treatment. Renal function remained stable, eGFR was preserved within a good range, and proteinuria and hematuria tended to decrease. No severe drug-related complications were found. The patient demonstrated improved knowledge and understanding of the disease, medication use, recognition of warning signs, and continuous adherence to follow-up care.

Keywords: Nursing care, Systemic Lupus Erythematosus, Lupus nephritis, Immunosuppressive therapy, Self-care

บทนำ

โรค Systemic Lupus Erythematosus (SLE) เป็นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่มีการอักเสบเรื้อรังหลายระบบ เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่สร้างแอนติบอดีต่อเนื้อเยื่อตนเอง ส่งผลให้เกิดการสะสมของ immune complex ในอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะไต ทำให้เกิดภาวะ lupus nephritis (LN) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่มีผลต่อพยากรณ์โรคในระยะยาว ทั้งด้านการเสื่อมของไต การเกิดโรคไตเรื้อรัง และการเสียชีวิต (Almaani et al., 2017; Anders et al., 2020) โดยเฉพาะ lupus nephritis Class IV หรือ diffuse proliferative lupus nephritis เป็นชนิดที่มีความรุนแรงสูง เนื่องจากมีการอักเสบของหน่วยไตอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิด proteinuria, hematuria, hypoalbuminemia, ภาวะบวม ความดันโลหิตสูง และเสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างรวดเร็ว ในระดับโลก คาดว่ามีผู้ป่วย SLE ทั่วโลกประมาณ 3.41 ล้านคน (Tian et al., 2023) ส่วน lupus nephritis พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วย SLE และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและไตวายระยะสุดท้าย โดยเฉพาะชนิด proliferative lupus nephritis ได้แก่ Class III และ Class IV (Roveta et al., 2024) ข้อมูลจากประเทศไทยและ Health Data Center สะท้อนว่า SLE และภาวะแทรกซ้อนทางไตยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในคลินิกโรคไตและคลินิกโรคเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ในเขตบริการ

สุขภาพที่ 3 ช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบผู้ป่วย SLE เพิ่มจาก 1,245 ราย เป็น 1,382 ราย และ 1,546 ราย ตามลำดับ โดยพบ lupus nephritis จำนวน 512 ราย ร้อยละ 41.1, 598 ราย ร้อยละ 43.3 และ 702 ราย ร้อยละ 45.4 ตามลำดับ จังหวัดพิจิตรพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีผู้ป่วย SLE จำนวน 182 ราย, 201 ราย และ 223 ราย และพบ lupus nephritis จำนวน 74 ราย ร้อยละ 40.7, 86 ราย ร้อยละ 42.8 และ 101 ราย ร้อยละ 45.3 ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วย SLE และภาวะแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่ต้องติดตามระยะยาว (Health Data Center, 2568)

แนวทางการรักษา lupus nephritis ชนิด active Class III/IV มุ่งควบคุมการอักเสบของไตอย่างรวดเร็วและป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของไต โดยแนะนำให้ใช้ glucocorticoids ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น mycophenolic acid analogs หรือ intravenous cyclophosphamide ในระยะ induction therapy (Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO], 2024) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักได้รับ intravenous methylprednisolone pulse เพื่อกดการอักเสบในระยะเริ่มต้น จากนั้นติดตามการตอบสนองจากอาการทางคลินิก proteinuria, hematuria และ eGFR อย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะเม็ดเลือดต่ำ ความผิดปกติของสมดุลน้ำและเกลือแร่ และอาการทางระบบทางเดินอาหาร จึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (Fanouriakis et al., 2024; KDIGO, 2024) จากสถิติคลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิจิตร ปี พ.ศ. 2566–2568 พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเพิ่มจาก 1,655 ราย เป็น 1,679 ราย และ 1,932 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วย SLE ร่วมกับ lupus nephritis ที่ได้รับ methylprednisolone มีจำนวน 26 ราย, 15 ราย และ 17 ราย ตามลำดับ สะท้อนภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มรุนแรงที่ต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ บริหารยาอย่างปลอดภัย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการกำเริบ ลดการกลับมารักษาซ้ำ และชะลอการดำเนินโรคไปสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลพิจิตร, 2568)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการการดูแล และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรงและได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างครอบคลุมและปลอดภัย
3. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษารายกรณีไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรงในคลินิกโรคไต

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติและข้อมูลผู้ป่วยโรค Systemic Lupus Erythematosus ที่มีภาวะไตอักเสบ (Lupus nephritis)
2. คัดเลือกผู้ป่วยโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรง (Class IV) ที่มีภาวะ Nephritic–Nephrotic syndrome จำนวน 1 ราย เป็นกรณีศึกษา
3. ศึกษาและทบทวนเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ งานวิจัย และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรค SLE, Lupus nephritis, การรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน ตลอดจนแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
4. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การซักประวัติ การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจชิ้นเนื้อไต การรักษาของแพทย์ และบันทึกทางการพยาบาล
5. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

รายงานกรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส อาชีพแม่บ้าน อาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตร สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท ผู้ป่วยมีบุตร 2 คน ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 60.9 ดัชนีมวลกาย 23.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด วันที่ศึกษา ผู้ศึกษาได้ติดตามกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2568 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มเข้ารับการประเมินและติดตามในคลินิกโรคไต ต่อเนื่องตลอดระยะการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569

2. การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Systemic Lupus Erythematosus with Lupus Nephritis, ISN/RPS Class IV (A) หรือโรคเอสแอลอีร่วมกับโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรง Class IV ระยะ active ร่วมกับภาวะ nephritic–nephrotic syndrome และมีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง (Hypertension)

3. อาการสำคัญ ตามัวทั้งสองข้าง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล

4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการตามัวทั้งสองข้าง มองเห็นไม่ชัด ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการปวดตา ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ไม่มีหายใจเหนื่อยหรือไอ จึงมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร แพทย์พิจารณาว่าอาจเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่ม hydroxychloroquine จึงส่งปรึกษาจักษุแพทย์เพื่อประเมินภาวะผิดปกติทางตาและติดตามผลข้างเคียงจากยา ผลการประเมินทางจักษุพบว่ายังไม่พบภาวะ retinal toxicity ชัดเจน และมีแผนติดตามอาการทางตาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการดูแลโรคไตอักเสบลูปัสในคลินิกโรคไต ผู้ป่วยยังคงได้รับการติดตามอาการ อาการบวม ความดันโลหิต ผลตรวจปัสสาวะ การทำงานของไต และผลข้างเคียงจากยากดภูมิคุ้มกันอย่างใกล้ชิด

5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง มีบุตร 2 คน ในการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุดมีภาวะครรภ์เป็นพิษ และได้รับการผ่าตัดคลอดเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2568 ทารกน้ำหนักแรกเกิด 1,900 กรัม ภายหลังคลอดผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณเท้าอย่างต่อเนื่อง จึงได้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม ต่อมาผู้ป่วยได้รับการตรวจพบความดันโลหิตสูง และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ได้แก่ proteinuria, hematuria และ hypoalbuminemia แพทย์จึงส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติทางไต ผู้ป่วยได้รับการตรวจชิ้นเนื้อไตเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2568 ผลการตรวจพบ diffuse lupus nephritis, ISN/RPS Class IV (A) ซึ่งเป็นโรคไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรงระยะ active ภายหลังได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยได้รับการวางแผนรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น ได้แก่ intravenous methylprednisolone (IVMP) ร่วมกับ intravenous cyclophosphamide (IVCY) ตามแผนการรักษา และได้รับการติดตามต่อเนื่องในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิจิตร ผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคเรื้อรังอื่นที่สำคัญ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคตับ และไม่มีประวัติการผ่าตัดอื่นนอกเหนือจากการผ่าตัดคลอด

6. การประเมินสภาพร่างกาย ตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

6.1 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี รู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไต มีประวัติบวมบริเวณเท้าหลังคลอด และมีอาการตามัวทั้งสองข้างในช่วงเริ่มรับการรักษา น้ำหนักมีการเปลี่ยนแปลงตาม

ระยะการรักษา โดยวันที่ 25 สิงหาคม 2568 น้ำหนัก 60.9 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 23.78 กก./ม² และวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569 น้ำหนัก 63.0 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 24.60 กก./ม²

ระบบหัวใจและหลอดเลือด แรกรับวันที่ 25 สิงหาคม 2568 พบความดันโลหิตสูง 160/110 มม.ปรอท สอดคล้องกับภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตอักเสบลูปัส หลังได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่อง ความดันโลหิตมีแนวโน้มควบคุมได้ดีขึ้น เช่น วันที่ 22 กันยายน 2568 ความดันโลหิต 130/76 มม.ปรอท และวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569 ความดันโลหิต 124/58 มม.ปรอท

ระบบทางเดินหายใจ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16–20 ครั้งต่อนาที ไม่พบอาการหอบเหนื่อย ไอ หรือภาวะพร่องออกซิเจนจากข้อมูลที่บันทึกไว้

ระบบทางเดินอาหาร ไม่พบอาการผิดปกติเด่นชัด มีการได้รับยา omeprazole เพื่อป้องกันอาการระคายเคืองกระเพาะอาหารจากการใช้ยากลุ่ม steroid และยากดภูมิคุ้มกัน และได้รับ metoclopramide ใช้เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยมีภาวะ lupus nephritis Class IV จากผลตรวจชิ้นเนื้อไต พบ proteinuria และ hematuria ต่อเนื่องในระยะเริ่มต้น สอดคล้องกับภาวะ nephritic–nephrotic syndrome โดยมีการติดตามค่า BUN, creatinine, eGFR, urine protein, UPCR และผลตรวจปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง

ระบบเลือดและภูมิคุ้มกัน มีภาวะโลหิตจางเล็กน้อยจากค่า Hb/Hct ต่ำกว่าหรือใกล้ค่าต่ำของปกติ และมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของเม็ดเลือดจากโรคและการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน จึงต้องติดตาม CBC อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ WBC และ platelet

ระบบประสาท จากการตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการอ่อนแรง ชัก หรือสับสน

ระบบตา วันที่ 1 กันยายน 2568 ผู้ป่วยมีอาการตามัวทั้งสองข้าง แพทย์สงสัยภาวะแทรกซ้อนจาก hydroxychloroquine จึงหยุดยาและส่งปรึกษาจักษุแพทย์ ผลตรวจตาพบ VA ตาซ้าย 20/50 และตาขวา 20/30 visual field ปกติ ผลวินิจฉัยทางจักษุระบุ Normal both eyes และ myopia left eye แนะนำใส่แว่นตา

6.2 ผลตรวจชิ้นเนื้อไต (NEEDLE CORE BIOPSY) จากโรงพยาบาลพระมงกุฎ วันที่ 18 สิงหาคม 2568

Pathological Findings : Renal biopsy revealed diffuse proliferative lupus nephritis (ISN/RPS Class IV) with prominent active lesions. The majority of glomeruli demonstrated endocapillary hypercellularity with inflammatory cell infiltration and luminal narrowing. Subendothelial immune complex deposition producing the characteristic *wire loop lesions* was identified. In addition, neutrophilic infiltration with karyorrhexis indicated severe active inflammation with necrotizing features. Crescent formation was observed, including cellular crescents (7 glomeruli) and fibrocellular crescents (3 glomeruli)**,** reflecting both active and evolving lesions.

Additional and Ultrastructural Findings : Chronic changes were minimal, with no global glomerulosclerosis**,** interstitial fibrosis <5%**,** and mild tubular atrophy, suggesting a low chronicity index and good potential for renal recovery. Tubulointerstitial findings included acute tubular injury and mild-to-moderate interstitial inflammation. Immunofluorescence demonstrated a typical “full-house” pattern (IgG, IgA, IgM, C3, C1q, kappa, lambda), supporting the diagnosis of lupus nephritis. Electron microscopy showed diffuse glomerular basement membrane thickening and foot process effacement (70–80%),consistent with significant podocyte injury and correlating with proteinuria.

Final Diagnosis: Diffuse lupus nephritis, ISN/RPS Class IV (A), indicating severe disease with predominantly active lesions. The disease shows moderate-to-severe activity with an NIH activity index (AI) of 9. A low chronicity index (CI = 2) suggests minimal irreversible damage and potential reversibility with appropriate therapy.

6.3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญเรียงตามวันที่ตรวจ

วันที่ 25 สิงหาคม 2568 โรงพยาบาลพิจิตร ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เท่ากับ 106 mg/dL อยู่ในระดับใกล้ปกติ ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) พบ WBC 13.2 x10³ cell/cu.mm สูงเล็กน้อย สะท้อนภาวะการอักเสบหรือการตอบสนองของร่างกายต่อโรค Hb 11.2 g/dL และ Hct 35.1% บ่งชี้ภาวะโลหิตจางเล็กน้อย ส่วน platelet 284 x10³ cell/cu.mm อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจปัสสาวะพบ protein 2+ และ urine protein 335.0 mg/dL แสดงถึงภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) ร่วมกับ albumin 2.8 g/dL ต่ำ สะท้อนการสูญเสียโปรตีนทางไต ส่วน creatinine 0.91 mg/dL และ eGFR 84.45 mL/min/1.73 m² แสดงว่าการทำงานของไตยังคงอยู่ในระดับค่อนข้างดี แปลผล ผลตรวจแสดงถึงภาวะ lupus nephritis ที่ยังมีการอักเสบของไต โดยพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะชัดเจน อัลบูมินในเลือดต่ำ และมีภาวะโลหิตจางเล็กน้อย แม้การทำงานของไตโดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ดี

วันที่ 10 กันยายน 2568 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลตรวจ CBC พบ WBC 16.50 x10³/µL สูงกว่าปกติ อาจสัมพันธ์กับการอักเสบ การตอบสนองต่อ steroid หรือภาวะติดเชื้อที่ต้องเฝ้าระวัง Hb 12.10 g/dL อยู่ในค่าต่ำของปกติ Hct 35.20% ต่ำเล็กน้อย และ RBC 4.10 x10^{6} /µL ต่ำ สะท้อนภาวะโลหิตจางเล็กน้อยชนิดเม็ดเลือดแดงขนาดปกติ ส่วน platelet 277 x10³/µL อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจชีวเคมีในเลือดพบ total protein 5.91 g/dL ต่ำ และ albumin 3.58 g/dL อยู่ในค่าต่ำของปกติ สอดคล้องกับการสูญเสียโปรตีนทางไต ค่า liver function และ electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการทำงานของไตพบ BUN 25.70 mg/dL สูง creatinine 0.84 mg/dL ปกติ และ eGFR 92.91 mL/min/1.73 m² อยู่ในเกณฑ์ดี ผลตรวจ urine chemistry พบ protein random urine 65 mg/dL สูง และ UPCR 0.67 mg/mg สูง ผลตรวจ urinalysis พบ protein 2+, blood 1+ และ RBC 5–10/HPF

วันที่ 22 กันยายน 2568 โรงพยาบาลพิจิตร ผลตรวจ FBS เท่ากับ 119 mg/dL อยู่ในระดับสูงเล็กน้อย ผลตรวจ BUN 24 mg/dL สูงเล็กน้อย ขณะที่ albumin 3.7 g/dL ดีขึ้นเมื่อเทียบกับระยะแรก ผล urine chemistry พบ urine protein 35.4 mg/dL และ urine creatinine 77.60 mg/dL ผล CBC พบ WBC 11.6 x10³/µL สูงเล็กน้อย RBC 3.9 ล้านเซลล์/µL ต่ำเล็กน้อย Hb 11.7 g/dL และ Hct 34.5% สะท้อนภาวะโลหิตจางเล็กน้อย ส่วน platelet 281,000/µL อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจปัสสาวะพบ blood 2+, protein 1+ และ RBC 20–30/HPF แสดงว่ายังคงมีเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ แปลผล ค่า albumin มีแนวโน้มดีขึ้น และระดับ proteinuria ลดลงเมื่อเทียบกับช่วงแรก แต่ยังพบ hematuria ต่อเนื่อง

วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569 โรงพยาบาลพิจิตร ผลตรวจ BUN 8 mg/dL อยู่ในเกณฑ์ดี albumin 4.1 g/dL อยู่ในเกณฑ์ปกติ urine protein 15.8 mg/dL ลดลง และ urine creatinine 279.00 mg/dL ผล CBC พบ WBC 5.7 x10³/µL อยู่ในเกณฑ์ปกติ Hb 11.8 g/dL และ Hct 33.5% ยังสะท้อนภาวะโลหิตจางเล็กน้อย ส่วน platelet 189,000/µL อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่า creatinine 0.89 mg/dL และ eGFR 86.17 mL/min/1.73 m² แสดงว่าการทำงานของไตยังคงอยู่ในระดับดี ผลตรวจปัสสาวะพบ protein negative

สรุปแนวโน้มผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะแรกผู้ป่วยมี proteinuria ชัดเจนร่วมกับ albumin ต่ำ สอดคล้องกับโรคไตอักเสบลูปัสระยะ active ต่อมาหลังได้รับการรักษา พบว่า urine protein ลดลงจาก 335.0

mg/dL เหลือ 15.8 mg/dL และ albumin เพิ่มจาก 2.8 g/dL เป็น 4.1 g/dL แสดงถึงแนวโน้มการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี ขณะที่ eGFR ยังคงอยู่ในระดับดี

7. สรุปการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน

ตารางที่ 3 แสดงแผนการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันในระยะ Induction Therapy ด้วย IVMP และ IVCY ในผู้ป่วย Lupus Nephritis”

ครั้งที่	วันเดือนปี	รายการยา	ขนาด
1	23 -25 กันยายน 2568	1.Intravenous Methylprednisolone (IVMP)	500 mg IV
		2.Cyclophosphamide (IVCY)	800 mg IV
2	23 -25 ตุลาคม 2568	1.Intravenous Methylprednisolone (IVMP)	500 mg IV
		2.Cyclophosphamide (IVCY)	1000 mg IV
3	23 – 25 พฤศจิกายน 2568	1.Intravenous Methylprednisolone (IVMP)	500 mg IV
		2.Cyclophosphamide (IVCY)	1000 mg IV
4	27 ธันวาคม 2568	Cyclophosphamide (IVCY)	1000 mg IV
5	10 มกราคม 2569	Cyclophosphamide (IVCY)	1200 mg IV
6	20 กุมภาพันธ์ 2569	Cyclophosphamide (IVCY)	1200 mg IV

9. การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) ตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน(Gordon ,1994), Gordon 2014 and Herdman et al.,2024)

1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโรค SLE และโรคไตเรื้อรังจาก lupus nephritis มีการมาตรวจตามนัดและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองไม่เพียงพอในระยะเริ่มต้น

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ แต่มีประวัติ **albumin ต่ำและ proteinuria** สะท้อนการสูญเสียโปรตีนทางไต ไม่มีแผลหรือภาวะขาดสารอาหารรุนแรง

3. แบบแผนการขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะพบความผิดปกติ ได้แก่ **proteinuria และ hematuria** สอดคล้องกับ lupus nephritis ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีอาการอ่อนเพลียเป็นระยะจากโรคและการรักษา ไม่มีภาวะหายใจลำบากหรือข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวอย่างรุนแรง

5. แบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับได้ปกติในบางช่วง แต่อาจมีปัญหานอนหลับไม่สนิทเป็นครั้งคราวจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

6. แบบแผนการรับรู้และสติปัญญา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และการตอบสนองเหมาะสม เคยมีอาการตามัว ซึ่งสงสัยเกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงของยา และได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินโดยจักษุแพทย์

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว แต่ยังคงมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นมารดาและสมาชิกในครอบครัว มีการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี ซึ่งช่วยในการดูแลและติดตามการรักษา

9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ มีประวัติการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง และมีภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ล่าสุด ซึ่งอาจสัมพันธ์กับโรค SLE และมีผลต่อสุขภาพในระยะยาว

10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและการปรับตัว ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แต่สามารถปรับตัวได้ในระดับหนึ่ง และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ

11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ยอมรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ

10. บทบาทของพยาบาล OPD ในการดูแลผู้ป่วย Lupus Nephritis ที่ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ ระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา

ระยะก่อนให้ยา พยาบาล OPD มีบทบาทในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการดูแลตนเอง ตรวจสอบคำสั่งการรักษาและความถูกต้องตามหลัก 6R ได้แก่ ถูกผู้ป่วย ถูกยา ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และถูกต้องในการบันทึก ตรวจสอบประวัติแพ้ยา โรคประจำตัว ยาที่ใช้อยู่เดิม และผลตรวจที่จำเป็น เช่น CBC, BUN, creatinine, eGFR, electrolyte, liver function test และ urinalysis รวมทั้งประเมินสัญญาณชีพ อาการติดเชื้อ ภาวะบวม ปริมาณปัสสาวะ และความวิตกกังวลของผู้ป่วย พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของยา วิธีให้ยา ผลข้างเคียง และอาการที่ต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อช่วยลดความกลัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา

ระยะขณะให้ยา พยาบาลต้องบริหารยาทางหลอดเลือดดำตามมาตรฐาน ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ตรวจสอบชนิดยา ขนาดยา อัตราการให้ยา และตำแหน่งหลอดเลือดดำให้ปลอดภัย ระหว่างให้ยาต้องเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น ผื่น คัน แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ความดันโลหิตสูง ใจสั่น หน้าแดง เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรืออาการแพ้ยา หากพบความผิดปกติต้องหยุดยาและรายงานแพทย์ทันที กรณีได้รับ IVCY ต้องส่งเสริมให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา กระตุ้นให้ปัสสาวะสม่ำเสมอ และสังเกตปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีเลือด หรือปวดท้องน้อย

ระยะหลังให้ยา พยาบาลประเมินสัญญาณชีพและอาการไม่พึงประสงค์ซ้ำ ติดตามผล CBC, renal function, urinalysis และ urine protein ตามแผนการรักษา เพื่อเฝ้าระวังเม็ดเลือดต่ำ การติดเชื้อ และการตอบสนองของไตต่อการรักษา ก่อนกลับบ้านต้องให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการเตือน เช่น ไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ แผลในปาก ปัสสาวะมีเลือด บวมมากขึ้น หรืออ่อนเพลียผิดปกติ และเน้นการมาตรวจตามนัด

11. การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เนื่องจากโรค SLE มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน และได้รับยากดภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น ได้แก่ IVMP และ IVCY

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาโรคไตอักเสบลูปัสด้วยยากดภูมิคุ้มกันต่อเนื่อง และต้องมาติดตามอาการตามนัด ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเรื่องการสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น ไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปัสสาวะแสบขัด หรือแผลอักเสบ

O : ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น SLE with lupus nephritis Class IV และได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ IVMP, IVCY, prednisolone และ mycophenolate mofetil เคยพบ WBC สูง เช่น 13.2 x10^3 cell/cu.mm และ 16.50 x10^3/µL ระยะติดตามพบ leukocyte 1+ และ bacteria moderate ในปัสสาวะ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตรวจพบอาการผิดปกติได้เร็ว และให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัวปกติ สื่อสารรู้เรื่อง

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BP 90/60–140/90 mmHg, MAP ≥65 mmHg, T 36.0–37.5 ℃, P 60–100 ครั้ง/นาที, R 16–20 ครั้ง/นาที และ O_2 saturation ≥95%

3. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ หนาวสั่น ไอมีเสมหะ เจ็บคอ แผลบวมแดง ปัสสาวะแสบขัด หรือปัสสาวะขุ่นผิดปกติ

4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ได้แก่ WBC 4,600–10,200 cell/cu.mm และ neutrophil ประมาณ 50–70% หรือตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และอาการติดเชื้อทุกครั้งที่มารับบริการ โดยเฉพาะไข้ หนาวสั่น ไอ เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด และแผลอักเสบ

2. ประเมินผล CBC โดยเฉพาะ WBC, neutrophil และ platelet ก่อนให้ยากดภูมิคุ้มกัน และรายงานแพทย์เมื่อพบค่าผิดปกติ

3. ใช้หลัก aseptic technique ในการเตรียมยา ให้ยา ดูแล IV line และทำหัตถการทุกครั้ง

4. ประเมิน IV site ก่อน ขณะ และหลังให้ยา หากพบอาการแดง ปวด บวม ร้อน หรือสงสัย phlebitis ให้หยุดใช้เส้นและรายงานแพทย์

5. เฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยสอบถามอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะขุ่น ปวดท้องน้อย และติดตามผล urinalysis ตามแผนการรักษา

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ ล้างมือบ่อย ๆ รับประทานอาหารสุกสะอาด หลีกเลี่ยงคนป่วยหรือสถานที่แออัด ดูแลสุขอนามัยช่องปากและผิวหนัง

7. แนะนำให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์เมื่อมีไข้ ≥38 ℃ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอมากขึ้น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีเลือด หรืออ่อนเพลียผิดปกติ

8. ตามทฤษฎีรอย ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและการใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง โดยลดความวิตกกังวลและสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ

9. ตามทฤษฎีโอเร็ม ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้วิธีสอน แนะนำ และทบทวนความเข้าใจด้วยการให้ผู้ป่วยอธิบายย้อนกลับ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหนาวสั่น ไอ เจ็บคอ หรือแผลอักเสบ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ไม่พบภาวะติดเชื้อรุนแรง ระยะติดตาม WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีป้องกันการติดเชื้อและอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน เนื่องจากได้รับ IVMP และ IVCY ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันทางหลอดเลือดดำต่อเนื่อง และมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา

O : ได้รับ IVMP , IVCY มีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจาก cyclophosphamide เช่น คลื่นไส้อาเจียน เม็ดเลือดต่ำ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ และติดเชื้อ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจาก IVMP และ IVCY รวมทั้งตรวจพบอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างรวดเร็ว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแพ้ยารุนแรง เช่น ผื่นลมพิษ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หรือ anaphylaxis

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ได้แก่ BP 90/60–140/90 mmHg, MAP ≥65 mmHg, T 36.0–37.5 ℃, P 60–100 ครั้ง/นาที, R 16–20 ครั้ง/นาที และ O_2 saturation ≥95%

3. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง หรือสามารถควบคุมได้ด้วยยา

4. CBC อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ไม่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหรือเกล็ดเลือดต่ำรุนแรง

5. Creatinine และ eGFR ไม่แย่ลงจากค่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญ

6. ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด หรืออาการผิดปกติที่สงสัย hemorrhagic cystitis

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ชนิดยา ขนาดยา วิธีให้ยา อัตราการให้ยา และความถูกต้องตามหลัก 6 Rights ก่อนให้ยาทุกครั้ง

2. ประเมินประวัติแพ้ยา อาการผิดปกติหลังได้รับยาเดิม และผลตรวจ CBC, renal function, liver function และ urinalysis ก่อนให้ยา

3. วัดสัญญาณชีพก่อนให้ยา ระหว่างให้ยา และหลังให้ยา โดยเฉพาะ BP, pulse, temperature และอาการหายใจลำบาก

4. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น หน้าแดง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง ผื่น คัน แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หรือหายใจลำบาก

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา โดยเฉพาะในวันที่ได้รับ IVCY เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตปัสสาวะ หากมีปัสสาวะมีเลือด ปัสสาวะแสบขัด หรือปวดท้องน้อย ให้แจ้งพยาบาลหรือมาพบแพทย์ทันที

7. ติดตาม CBC เป็นระยะเพื่อเฝ้าระวัง bone marrow suppression

8. ตามทฤษฎีรอย ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อผลข้างเคียงของยาและลดความกลัวการรักษา

9. ตามทฤษฎีโอเร็ม สอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองหลังได้รับยา เช่น ดื่มน้ำตามคำแนะนำ รับประทานยาตรงเวลา และสังเกตอาการผิดปกติ

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่พบอาการแพ้ยารุนแรง ไม่มีหายใจลำบาก ไม่มีผื่นลมพิษ อาการคลื่นไส้อาเจียนควบคุมได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ผลเลือดและการทำงานของไตอยู่ในระดับที่ติดตามได้ และผู้ป่วยสามารถบอกอาการอันตรายจากยาได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อสมดุลของของเหลวเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการอักเสบของไตจาก lupus nephritis ทำให้มี proteinuria และเคยมีภาวะบวมร่วมกับความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยมีประวัติบวมบริเวณเท้าหลังคลอด และต้องติดตามอาการบวม น้ำหนัก และปัสสาวะต่อเนื่อง

O : ได้รับการวินิจฉัยเป็น lupus nephritis Class IV ระยะแรกพบ proteinuria และ albumin ต่ำ เคยมีความดันโลหิตสูง 160/110 mmHg น้ำหนักมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างติดตามรักษา

วัตถุประสงค์ เพื่อคงสมดุลน้ำในร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำเกิน ลดอาการบวม และชะลอการเสื่อมของไต

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซึม สับสน หรือเหนื่อยหอบ

2. BP อยู่ในช่วง 90/60–140/90 mmHg หรือเป็นไปตามเป้าหมายการรักษา

3. ไม่มีอาการบวม หรือมีอาการบวมไม่เกินระดับ +1

4. น้ำหนักเปลี่ยนแปลงไม่เกิน ±1 กิโลกรัมต่อวัน

5. ปัสสาวะออกได้เหมาะสม ไม่มีอาการปัสสาวะลดลงผิดปกติ

6. ค่า creatinine และ eGFR คงที่หรือไม่แย่ลง

7. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการจำกัดโซเดียม การสังเกตอาการบวม และการชั่งน้ำหนักได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการบวมบริเวณใบหน้า รอบตา ขา และเท้า ทุกครั้งที่มารับบริการ

2. ชั่งน้ำหนักและเปรียบเทียบแนวโน้มกับครั้งก่อน

3. วัดความดันโลหิตและติดตามแนวโน้มอย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินปริมาณปัสสาวะ สีปัสสาวะ และอาการปัสสาวะผิดปกติ

5. ติดตามผล BUN, creatinine, eGFR, albumin และ urine protein ตามแผนการรักษา

6. ให้คำแนะนำเรื่องการจำกัดอาหารเค็ม ลดโซเดียม และหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป

7. แนะนำให้สังเกตอาการน้ำเกิน เช่น บวมมากขึ้น น้ำหนักขึ้นเร็ว เหนื่อยหอบ หรือนอนราบไม่ได้

8. ตามทฤษฎีรอย สนับสนุนการปรับตัวด้านร่างกายต่อภาวะบวมและโรคไต

9. ตามทฤษฎีโอเร็ม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้วยการชั่งน้ำหนัก สังเกตอาการบวม และควบคุมอาหารได้ด้วยตนเอง

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำเกินรุนแรง ความดันโลหิตควบคุมได้ดีขึ้น อาการบวมลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น น้ำหนักอยู่ในช่วงติดตามได้ ค่า eGFR คงอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองเพื่อลดบวมและควบคุมโซเดียมได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่สมดุลจากการสูญเสียโปรตีนทางไต เนื่องจากมี proteinuria จาก lupus nephritis

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยต้องควบคุมอาหารและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตและภาวะสูญเสียโปรตีน

O : ระยะแรกพบ proteinuria ชัดเจน Albumin เคยต่ำ 2.8 g/dL มีภาวะ lupus nephritis Class IV ซึ่งสัมพันธ์กับการสูญเสียโปรตีนทางไต ได้รับยาหลายชนิดที่อาจทำให้เบื่ออาหาร หรือคลื่นไส้

วัตถุประสงค์ เพื่อคงภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ลดผลกระทบจากการสูญเสียโปรตีน และสนับสนุนการฟื้นตัวของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพียงพอ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง

2. Albumin ≥3.5 g/dL หรือมีแนวโน้มดีขึ้น

3. น้ำหนักคงที่หรือเปลี่ยนแปลงตามแผนการรักษา

4. ไม่มีอาการบวมเพิ่มจากภาวะ albumin ต่ำ

5. ผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตและภาวะ SLE ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการ น้ำหนัก ความอยากอาหาร และอาการคลื่นไส้อาเจียนทุกครั้งที่มารับบริการ

2. ติดตาม albumin, total protein และ urine protein เพื่อประเมินภาวะสูญเสียโปรตีน

3. ให้คำแนะนำเรื่องอาหารโปรตีนคุณภาพดีในปริมาณเหมาะสมตามแผนแพทย์/โภชนากร เช่น ปลา ไข่ขาว เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน

4. แนะนำให้ลดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป และอาหารโซเดียมสูง เพื่อลดบวมและควบคุมความดันโลหิต

5. ประสานโภชนากรเมื่อผู้ป่วยมี albumin ต่ำ น้ำหนักลด หรือรับประทานอาหารได้น้อย

6. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา omeprazole และยาแก้คลื่นไส้ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากยา

7. ตามทฤษฎีรอย ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวด้านร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงของอาหารและข้อจำกัดจากโรค

8. ตามทฤษฎีโอเร็ม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารและดูแลโภชนาการของตนเองได้เหมาะสม

การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง Albumin ดีขึ้นเข้าสู่เกณฑ์ปกติ น้ำหนักอยู่ในช่วงติดตามได้ และผู้ป่วยสามารถบอกหลักการเลือกอาหารโปรตีนเหมาะสม ลดเค็ม และหลีกเลี่ยงอาหารเสี่ยงได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรง ต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันต่อเนื่อง และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีความกังวลเกี่ยวกับโรค การได้รับยา และผลข้างเคียงของยา

O: 1. ได้รับการวินิจฉัยเป็น lupus nephritis Class IV ซึ่งเป็นโรครุนแรง

2. ต้องได้รับ IVMP และ IVCY หลายครั้ง

3. ต้องมาตรวจติดตามผลเลือด ผลปัสสาวะ และอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่อง

4. เคยมีอาการตามัว ทำให้กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยา

5. มีบทบาทในครอบครัวและต้องปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการปรับตัวต่อโรคและการรักษา และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรายงานระดับความกังวลลดลง เช่น จาก 7/10 เหลือ ≤3/10
2. สีหน้าและพฤติกรรมผ่อนคลายมากขึ้น
3. ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอย่างเหมาะสม
4. ให้ความร่วมมือในการรักษา รับยา และมาตรวจตามนัด
5. สามารถอธิบายแผนการรักษาและเหตุผลของการติดตามต่อเนื่องได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวล สาเหตุของความกังวล และความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคและการรักษา

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค lupus nephritis แนวทางการรักษา ผลข้างเคียงของยา และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัยก่อนและหลังการให้ยา

4. ใช้การสื่อสารเชิงบำบัด เช่น รับฟังอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจ และยืนยันว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพได้

5. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ช่วยสังเกตอาการผิดปกติ เตือนเรื่องยา และพามาตามนัด

6. ตามทฤษฎีรอย สนับสนุนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัย

7. ตามทฤษฎีโอเร็ม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายขึ้น รายงานความกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษา มาตามนัด และสามารถซักถามหรือบอกข้อกังวลของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการดูแลตนเอง เนื่องจากโรคมีความซับซ้อน ต้องรักษาต่อเนื่อง และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

O : ผู้ป่วยเป็นโรค SLE with lupus nephritis Class IV ซึ่งต้องรักษาระยะยาว ได้รับยาหลายชนิด เช่น prednisolone, mycophenolate mofetil, hydroxychloroquine, ยาลดความดันโลหิต และยาป้องกันผลข้างเคียง ได้รับ IVMP และ IVCY ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ต้องติดตามผลเลือด ปัสสาวะ การทำงานของไต และการมาตามนัดต่อเนื่อง มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะกำเริบของโรคหากดูแลตนเองไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยอธิบายโรคและเหตุผลของการรักษาได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยบอกชื่อยา วิธีใช้ยา และข้อควรระวังที่สำคัญได้
3. ผู้ป่วยสามารถระบุอาการอันตรายที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีเลือด บวมมากขึ้น หายใจเหนื่อย หรืออ่อนเพลียผิดปกติ
4. ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผน ไม่หยุดยาเอง และมาตรวจตามนัด
5. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันโรคกำเริบได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เดิม ความเข้าใจผิด และข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. ให้สุขศึกษาเป็นรายหัวข้อ ได้แก่ ความรู้เรื่อง SLE/LN การใช้ยา การป้องกันการติดเชื้อ อาหาร การพักผ่อน และการมาติดตาม
3. ใช้วิธี teach-back โดยให้ผู้ป่วยอธิบายย้อนกลับเรื่องการใช้ยาและอาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์
4. จัดทำหรือใช้แผ่นพับ/สมุดบันทึกยาและวันนัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจดจำได้ง่าย
5. เน้นการรับประทานยาตรงเวลา ห้ามหยุดยาเอง และแจ้งทีมสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติ
6. แนะนำการหลีกเลี่ยงแดดจัด พักผ่อนเพียงพอ ลดความเครียด และป้องกันการติดเชื้อ
7. ประสานการติดตามต่อเนื่องในคลินิกโรคไต และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
8. ตามทฤษฎีรอย ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยต่อโรคเรื้อรังและบทบาทในครอบครัว
9. ตามทฤษฎีโอเร็ม ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถอธิบายโรค ยา วิธีปฏิบัติตัว และอาการอันตรายที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

อภิปรายผล

กรณีศึกษานี้สะท้อนลักษณะสำคัญของผู้ป่วยSLE ร่วมกับ lupus nephritis ชนิดรุนแรง ISN/RPS Class IV ซึ่งเป็นภาวะที่มีการอักเสบของไตอย่างกว้างขวาง และมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียหน้าที่ของไต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (Anders et al., 2020; Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO],

2024) ผู้ป่วยรายนี้มีอาการและผลตรวจสอดคล้องกับ nephritic–nephrotic syndrome ได้แก่ proteinuria, hematuria และ hypoalbuminemia ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ disease activity ของ lupus nephritis ผลตรวจชิ้นเนื้อไต พบ activity index สูง (AI = 9) และ chronicity index ต่ำ (CI = 2) แสดงว่าโรคอยู่ในระยะอักเสบชัดเจน แต่ความเสียหายถาวรของไตยังไม่มาก จึงมีโอกาสตอบสนองต่อการรักษาได้ดี หากได้รับการรักษาและติดตามอย่างเหมาะสม การรักษาระยะ induction therapy ด้วย intravenous methylprednisolone (IVMP) ร่วมกับ cyclophosphamide (IVCY) ในผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานสำหรับ active proliferative lupus nephritis Class III/IV ซึ่งแนะนำให้ใช้ glucocorticoids ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น cyclophosphamide หรือ mycophenolate เพื่อควบคุมการอักเสบของไต ลดการทำลายของหน่วยไต และป้องกันการดำเนินโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Fanouriakis et al., 2024; KDIGO, 2024) ภายหลังการรักษา พบว่า proteinuria และ hematuria ลดลง ระดับ albumin ดีขึ้น และ eGFR คงอยู่ในเกณฑ์ดี สะท้อนถึงการตอบสนองต่อการรักษาและการควบคุม disease activity ได้ดีในระยะ induction therapy

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ผู้ป่วยรายนี้ต้องเผชิญสิ่งเร้าหลายด้าน ได้แก่ ความรุนแรงของโรค การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบต่อบทบาทในครอบครัว พยาบาลจึงต้องประเมินและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัย โดยติดตามอาการบวม ความดันโลหิต การติดเชื้อ ผลเลือด และการทำงานของไต ช่วยลดความวิตกกังวล สร้างความเข้าใจต่อโรคเรื้อรัง สนับสนุนบทบาทในครอบครัว และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (Roy, 2009) ขณะเดียวกัน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ช่วยอธิบายบทบาทของพยาบาลในการประเมินความพร่องด้านการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยต้องดูแลตนเองต่อเนื่อง ทั้งการรับประทานยา การป้องกันการติดเชื้อ การจำกัดอาหารเค็ม การสังเกตอาการบวม ปัสสาวะผิดปกติ ไข้ หรืออาการเตือนจากยากดภูมิคุ้มกัน รวมถึงการมาตรวจตามนัด พยาบาลจึงใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยให้สุขศึกษา ฝึกทักษะการสังเกตอาการผิดปกติ ใช้วิธีสอนกลับ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง (Orem, 2001) ผลจากการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มาตรวจตามนัด รับประทานยาต่อเนื่อง และสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของรอยที่เน้นการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย และแนวคิดของโอเร็มที่มุ่งเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วย lupus nephritis Class IV ไม่ได้จำกัดเพียงการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ต้องอาศัยบทบาทของพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะ induction therapy ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการควบคุมโรค พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน บริหารยาอย่างปลอดภัย ส่งเสริมการปรับตัว และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 31 ปี ได้รับไว้เป็นกรณีศึกษาเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2568 หลังได้รับการวินิจฉัยเป็น Systemic Lupus Erythematosus (SLE) ร่วมกับ lupus nephritis ชนิดรุนแรง ISN/RPS Class IV (A) จากผลตรวจชิ้นเนื้อไต ซึ่งเป็นภาวะที่มีการอักเสบของไตอย่างรุนแรงและเสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของไตในระยะยาว แรกรับผู้ป่วยมีอาการสำคัญ ได้แก่ อ่อนเพลีย ตามัว และมีประวัติบวมบริเวณเท้า ร่วมกับผลตรวจที่พบ proteinuria, hematuria และ hypoalbuminemia สอดคล้องกับภาวะ nephritic–nephrotic syndrome ระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะ induction therapy ด้วย intravenous methylprednisolone (IVMP) ร่วมกับ intravenous cyclophosphamide (IVCY) ต่อเนื่องตามแผนการรักษา รวม 6 ครั้ง ตั้งแต่เดือนกันยายน 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 พร้อมได้รับยารับประทานต่อเนื่อง ได้แก่ steroid, mycophenolate mofetil, ยาควบคุมความ

ดันโลหิต และยาป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการทางคลินิก ผลเลือด ผลปัสสาวะ การทำงานของไต ความดันโลหิต อาการทางตา และอาการไม่พึงประสงค์จากยากดภูมิคุ้มกันอย่างใกล้ชิด

ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน เสี่ยงต่อสมดุลของของเหลวเปลี่ยนแปลง เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่สมดุลจากการสูญเสียโปรตีนทางไต วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการดูแลตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ เตรียมความพร้อมก่อนให้ยา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังให้ยา ให้สุขศึกษา ส่งเสริมการดูแลตนเอง และสนับสนุนด้านจิตใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เมื่อสิ้นสุดการดูแลและติดตามในเดือนกุมภาพันธ์ 2569 ผู้ป่วยมีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาที่ดี อาการทางคลินิกดีขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และให้ความร่วมมือในการมาติดตามรักษาตามนัด

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษานี้ ควรพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วย lupus nephritis อย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคไต โดยเน้นการใช้ตัวชี้วัดทางคลินิกและห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผลลัพธ์การรักษาอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้และเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อลดการกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ควรมีการบูรณาการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยในชุมชนเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล สุดท้าย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อยืนยันผลลัพธ์และพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลพิจิตร. (2568).*สถิติผู้ป่วยโรคไตและผู้รับบริการคลินิกโรคไต ปี พ.ศ. 2566–2568*. พิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร.

Almaani, S., Meara, A., & Rovin, B. H. (2017). Update on lupus nephritis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 12*(5), 825–835. https://doi.org/10.2215/CJN.05780616

Anders, H. J., Saxena, R., Zhao, M. H., Parodis, I., Salmon, J. E., & Mohan, C. (2020). Lupus nephritis. *Nature Reviews Disease Primers, 6*, Article 7. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0141-9

Askanase, A. D., Dall'Era, M., & Almaani, S. (2024). Insights into future management of lupus nephritis. *Frontiers in Lupus, 2*, Article 1334932. https://doi.org/10.3389/flupu.2024.1334932

Fanouriakis, A., Kostopoulou, M., Andersen, J., Aringer, M., Arnaud, L., Bae, S. C., Boletis, J., Bruce, I. N., Cervera, R., Doria, A., Dörner, T., Gordon, C., Govoni, M., Houssiau, F., Jayne, D., Kouloumas, M., Kuhn, A., Larosa, M., Morand, E. F., ... Bertsias, G. (2024). EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Annals of the Rheumatic Diseases, 83*(1), 15–29. https://doi.org/10.1136/ard-2023-224762

Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3rd ed.). Mosby.

Gordon, M. (2014). *Manual of nursing diagnosis* (13th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Health Data Center. (2568). *รายงานข้อมูลสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2566–2568*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024–2026 (13th ed.). Thieme.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Lupus Nephritis Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the management of lupus nephritis. *Kidney International, 105*(1S), S1–S69. https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.09.002

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Roveta, A., Parodi, E. L., Brezzi, B., Tunesi, F., Zanetti, V., Merlotti, G., Francese, A., Maconi, A. G., & Quaglia, M. (2024). Lupus nephritis from pathogenesis to new therapies: An update. *International Journal of Molecular Sciences, 25*(16), Article 8981. https://doi.org/10.3390/ijms25168981

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.

Tian, J., Zhang, D., Yao, X., Huang, Y., & Lu, Q. (2023). Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: A comprehensive systematic analysis and modelling study. *Annals of the Rheumatic Diseases, 82*(3), 351–356. https://doi.org/10.1136/ard-2022-223035