



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คู่มือการดูแลผู้ป่วย

แบบประคับประคองและระยะท้าย

(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)



คู่มือการดูแลผู้ป่วย

แบบประเมินประคับประคองและระยะท้าย

(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

ที่ปรึกษา	นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	อธิบดีกรมการแพทย์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
บรรณาธิการ	พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ พญ.เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง	ที่ปรึกษากรมการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ทีมบรรณาธิการ	ธีระพล สมหมายไชยา, อุมารณ พงษ์พันธุ์, ชลศณีย์ คล้ายทอง, ณัฐฐา อาสนเลขา, นฤมล เรืองกิจพัฒนกร, ศิวาพร สังข์รวม, ภัทราภรณ์ สมศรี, สมทิธิกร เย็นวัฒนา, สาวิตรี ยาหอม, ลลิตา พนาคร	
คณะผู้เขียน	บทที่ 1 บทนำ ปฐมพร ศิริประภาศิริ บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล บทที่ 3 หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง วรรณดา ฉายอรุณ, เขมจิต มุกดาดี, สุภารัตน์ ถัณฑ์ธรรม บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) นิอร โชติชนประสิทธิ์, ชลียา วามะสุน, โสภิต ทับทิมหิน, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, สุวรรณกิจ สมทรัพย์, ธีระพันธ์ กากแก้ว, นันทิยา แก้ววงษา บทที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ศรีเวียง ไพโรจน์กุล บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม บทที่ 6.1 การดูแลทางด้านร่างกาย ธีระพล สมหมายไชยา บทที่ 6.2 การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัทธี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุตีรัตน์ สารรัตน์, รัชนีภากรณ์ แซ่ลี บทที่ 7 การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต โชตินรินทร์ ไชยรินทร์ บทที่ 8 การดูแลภายหลังเสียชีวิต ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์, สิริกานดา กอแก้ว บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค บทที่ 9.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ชุดิมา สิมะสาธิตกุล, พิรัชญ์ ท้าวพงษ์, เพชรรัตน์ หาญอุทัยรัมย์, ศิริกัญญา จงเสถียรธรรม, อัจฉิมา ชลไพศาล, อรสา อัครวัชรางกูร, ศิริพร สวยพรั่ง, อัญชลี สุขขัง บทที่ 9.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท ญดา พงษ์กาญจนะ, อัญเชิญ ชัยลัธรัตน์, รัตนา จันทน์แจ่ม, สุพัตรา ปวนไผ่ บทที่ 9.3 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สุวารัวรรณ จิระเสวกติก	บทที่ 9.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ อลิศรา อนันันับ, พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล, ปาริศา บัวทอง บทที่ 9.5 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง กรณา ลีเมจริญ, ณัฐนันท์ หาญณรงค์ บทที่ 9.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด สตรีรัตน์ จันครุฑ, พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล บทที่ 9.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ ฐิติรัตน์ ตันดิปริชาพงศ์ บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง, ปราณี เมืองน้อย, ธิพร ตั้งจิตติพร, วาณี แม่นยำ, สยมพร รัตนติลก ณ ภูเก็ต, ปริภาดา สร้างนอก, จินณพัฑ ยอดไกรศรี, วรพัทธ์ ไทยสิทธิ บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ สกานต์ บุณนาถ, จิตนภา วาณิชวโรดม บทที่ 12 การดูแลโภชนาการแบบประคับประคอง พรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ, ชวลี เครือสุคนธ์ บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมนสหสาขาวิชาชีพ บทที่ 13.1 เกสัชกร วารภรณ์ รีมชัยสิทธิ์ บทที่ 13.2 นักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด อนุชตรา วรณเสวก บทที่ 13.3 นักสังคมสงเคราะห์ สุทวารณณ์ ไชยมูล, กรนิภา คงหนองลาน, สุภาวดี บุญรอด บทที่ 13.4 นักกายภาพบำบัด สุกัญญา ยังหอกิจไพศาล บทที่ 13.5 นักจิตวิทยา ปรียาพร จันทโรทาน, กุลธิดา พิพัฒน์จรัสสกุล บทที่ 14 กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ ปฐมพร ศิริประภาศิริ, ชลศณีย์ คล้ายทอง, ณัฐฐา อาสนเลขา
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2563 จำนวน 1,500 เล่ม	
ISBN	978-974-422-924-3	
พิมพ์ที่	สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์	
จัดทำโดย	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	

เอกสารเล่มนี้เป็นเอกสารวิชาการ ซึ่งเป็นความคิดเห็นของบรรณาธิการและคณะผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง

คำนำ

คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ฉบับนี้ เป็นการปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ 2 ฉบับ คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ และเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคองของโรคต่างๆ ใน List disease of palliative care and functional unit กรมการแพทย์ ให้มีความทันสมัยเหมาะกับการจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills) และในสถานการณ์ที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ตลอดจนการมีโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่จำเป็นต้องลดความแออัดของสถานบริการ ในขณะที่ประชาชนต้องได้รับการที่นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ไม่ลดลงกว่าเดิม การจัดบริการอาจเปลี่ยนรูปแบบบุคลากรให้การดูแลในโรงพยาบาลเป็นบุคลากรเสริมสร้างพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน กระตุ้นให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (home ward) เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อโรคจากโรงพยาบาล สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใกล้ชิดกันโดยไม่ต้องประสบปัญหาการจำกัดการเฝ้าไข้หรือเยี่ยมไข้ในกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และลดความแออัดของโรงพยาบาล

การสร้างวิถีใหม่ของการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะให้บุคลากรทางการแพทย์ในทีมสหวิชาชีพทุกระดับ สามารถจัดการอาการได้เป็นอย่างดี คู่มือนี้ประกอบด้วยแนวทางการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายแบบองค์รวมทุกมิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลรักษาโรค รายกลุ่มอาการ และรายวิชาชีพในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย เป็นเครื่องมือช่วยในการให้บริการตั้งแต่การเยี่ยมบ้าน การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีความมุ่งหวังให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในการดูแลอาการสามารถให้คำปรึกษาแก่จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะได้ศึกษาวิธีการดูแลจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดระยะท้าย (สำหรับผู้ดูแลหลัก) กรมการแพทย์มาก่อน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) จะช่วยพัฒนากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายให้บุคลากรมีความเข้าใจแนวทางการดูแล เพื่อดำเนินการตามแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan; ACP) และแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีและจากไปอย่างสงบตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้

บรรณาธิการ
กันยายน 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	I
สารบัญ	III
สารบัญตาราง	V
สารบัญภาพ	VII
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ	7
บทที่ 3 หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง	17
บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)	25
บทที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข	33
บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม	45
6.1 การดูแลทางด้านร่างกาย	47
6.2 การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา	65
บทที่ 7 การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต	73
บทที่ 8 การดูแลภายหลังเสียชีวิต	79
บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค	83
9.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง	85
9.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท	111
9.3 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	123
9.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ	135
9.5 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์แบบประคับประคอง	145
9.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด	153
9.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ	165
บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก	173
บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	225
บทที่ 12 การดูแลโภชนาการแบบประคับประคอง	235
บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	249
13.1 เกสัชกร	251
13.2 นักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด	261
13.3 นักสังคมสงเคราะห์	271
13.4 นักกายภาพบำบัด	279
13.5 นักจิตวิทยา	291

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 14 กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	299
บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่	313
ภาคผนวก	323
ภาคผนวกที่ 1 World Health Organization: Improving access to palliative care (infographic)	325
ภาคผนวกที่ 2 นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย	329
ภาคผนวกที่ 3 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข	347
ภาคผนวกที่ 4 ตัวอย่างหนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ กรมการแพทย์	353
ภาคผนวกที่ 5 แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ในระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	359

สารบัญตาราง

	หน้า
บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ	
ตารางที่ 2.1 Point-prevalence of palliative in-patients	10
ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบการใช้ strong opioids และ advance care planning ระหว่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาจากทีมดูแลประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา	10
ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบ point prevalence ของผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ	10
บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)	
ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง	28
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบ ECOG performance status, Kanofsky performance status และ palliative performance score	30
บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม	
ตารางที่ 6.1.1 หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก	51
ตารางที่ 6.1.2 ตัวอย่างยากลุ่ม non-opioid ที่ใช้บ่อย	51
ตารางที่ 6.1.3 รายละเอียดของยาในกลุ่ม weak opioid ที่ใช้บ่อย	52
ตารางที่ 6.1.4 รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย	52
ตารางที่ 6.1.5 Adjuvants drug ที่ใช้บ่อย	54
บทที่ 7 การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต	
ตารางที่ 7.1 แนวทางการจัดการในภาวะกำลังจะเสียชีวิต	76
บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค	
ตารางที่ 9.1.1 WHO analgesic ladder	89
ตารางที่ 9.1.2 รูปแบบต่างๆ ของมอร์ฟิน	91
ตารางที่ 9.1.3 Equianalgesic dose ของมอร์ฟินและเฟนทานิล	94
ตารางที่ 9.2.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	113
ตารางที่ 9.2.2 Expanded disability status scale (EDSS)	115
ตารางที่ 9.2.3 The modified rankin scale (mRS)	116
ตารางที่ 9.3.1 ข้อห้ามสมบูรณ์ของการล้างไตทางช่องท้อง	127
ตารางที่ 9.3.2 การประเมินด้วย Charlson comorbidity index	129
ตารางที่ 9.3.3 Karnofsky performance status scale	130
ตารางที่ 9.6.1 การประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมตามระดับการดำเนินของโรค	156
ตารางที่ 9.7.1 The Child-Turcotte-Pugh score and classification	168
ตารางที่ 9.7.2 Model for end stage liver disease (MELD) score	169
บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก	
ตารางที่ 10.1 การแบ่งผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลประคับประคอง	176
ตารางที่ 10.2 ความเข้าใจเรื่องความตายในเด็กแต่ละวัยและปฏิกิริยาต่อความตาย	177
ตารางที่ 10.3 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม (holistic care)	180
ตารางที่ 10.4 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินความปวดตามวัย	194
ตารางที่ 10.5 ขนาดยาสำหรับบรรเทาอาการปวดไม่รุนแรง	196
ตารางที่ 10.6 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด	196

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 10.7 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารก ตั้งแต่อายุ 1 เดือน - 1 ปี	196
ตารางที่ 10.8 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่อายุ 1-12 ปี	197
ตารางที่ 10.9 อัตราส่วนการปรับยาระหว่างการบริหารยาแบบ parenteral และ oral	197
ตารางที่ 10.10 ตัวอย่างยากลุ่ม ยาเสริม (adjuvant drugs)	197
ตารางที่ 10.11 Modified borg scale (MBS)	199
ตารางที่ 10.12 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินหายใจ	200
ตารางที่ 10.13 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินอาหาร	201
ตารางที่ 10.14 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน	201
ตารางที่ 10.15 แนวทางปฏิบัติให้การรักษาชักต่อน้องในโรงพยาบาล	202
ตารางที่ 10.16 การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ	218
ตารางที่ 10.17 ปัจจัยด้านบวกและด้านลบของกลุ่มเสี่ยง (high risk) ภายหลังการสูญเสีย	222
บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	
ตารางที่ 11.1 การดูแลผู้สูงอายุแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแบบประคับประคอง	228
บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	
ตารางที่ 13.3.1 ข้อมูลเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ	276
ตารางที่ 13.4.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทางกายภาพบำบัด	281
ตารางที่ 13.5.1 องค์ประกอบในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต	294
บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่	
ตารางที่ 15.1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ (new normal in palliative care) แบ่งตามระดับโรงพยาบาล	316

สารบัญภาพ

	หน้า
บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ	
ภาพที่ 2.1 โครงสร้างและการจัดการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์ดูแลประคับประคอง ในโรงพยาบาล	12
บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)	
ภาพที่ 4.1 แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	29
บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม	
ภาพที่ 6.1.1 เครื่องมือวัดระดับความปวด	50
บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค	
ภาพที่ 9.2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรกระบบประสาท	117
ภาพที่ 9.4.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตามระดับ PPS	142
ภาพที่ 9.6.1 การทำงานของปอดที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในคนปกติและผู้ป่วย COPD	157
ภาพที่ 9.6.2 ร้อยละการรอดชีวิตของผู้ป่วย IPF ที่ไม่ได้รับและได้รับการปลูกถ่ายเปลี่ยนปอด	158
ภาพที่ 9.7.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษารูปแบบประคับประคอง	170
บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก	
ภาพที่ 10.1 องค์ประกอบของ holistic care	179
ภาพที่ 10.2 PPS-children Suandok ใช้สำหรับเด็กอายุ 1-14 ปี	182
ภาพที่ 10.3 Distress thermometer for child	183
ภาพที่ 10.4 บันได 3 ขั้น ของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998	195
ภาพที่ 10.5 บันได 2 ขั้น ของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2012	195
ภาพที่ 10.6 แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับเด็ก screen for child anxiety related disorders (SCARED)-Thai version	209
บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	
ภาพที่ 11.1 เครื่องมือประเมิน activity of daily living; ADL	232
บทที่ 12 การดูแลโภชนาการแบบประคับประคอง	
ภาพที่ 12.1 เครื่องนึ่งนมที่ควรจัดเตรียม (จิ๋ว รสขม ส้ม กล้วย อังสะ และรัดประคด)	240
ภาพที่ 12.2 ตัวอย่างการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต	243
ภาพที่ 12.3 ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อม	244
ภาพที่ 12.4 วิธีห่มดองหรือห่มพาดสังฆาฏิ และวิธีห่มคลุม	245
ภาพที่ 12.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระภิกษุอาพาธ	247
บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	
ภาพที่ 13.1.1 แบบประเมิน palliative performance scale (PPS)	257
ภาพที่ 13.1.2 แบบประเมิน Edmonton symptom assessment system (ESAS)	258
ภาพที่ 13.4.1 ขั้นตอนการประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	284
ภาพที่ 13.4.2 แบบบันทึกทางกายภาพบำบัด	285
ภาพที่ 13.4.3 แบบบันทึกผลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด	286
ภาพที่ 13.4.4 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL	287

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 14 กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	
ภาพที่ 14.1 สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง	302
บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่	
ภาพที่ 15.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายเพื่อเลือกรูปแบบและสถานที่ จัดบริการ	318
ภาพที่ 15.2 ระบบพบแพทย์ทางไกล (telemedicine)	319
ภาพที่ 15.3 ระบบการให้บริการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์	320
ภาพที่ 15.4 ระบบการให้บริการรับยาแบบไม่ลงจากรถ (drive thru)	321

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a dark wooden surface. The background of the entire page features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta.

บทที่ 1

บทนำ

ปฐมพร ศิริประภาศิริ
กรรมการแพทย์

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก World Health Assembly ครั้งที่ 67 ปี ค.ศ. 2014 มีการสรุปข้อมติที่ 67.19 เรื่อง การสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต (Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course) ในปีเดียวกันนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รองประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายของไทยว่า ประชาชนและผู้อาศัยบนแผ่นดินไทยจะได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills)

การดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองกรรมการแพทย์ ร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานคร สมาคมวิชาชีพ หน่วยงาน องค์กรทางศาสนา และภาคประชาชน ร่วมกันพัฒนาการดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแนวทางสากลตามบริบทของประเทศไทย โดยมีเป้าประสงค์ร่วมกันในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะประคับประคองและวาระสุดท้ายของชีวิตของประชาชน เพื่อสร้างความเท่าเทียมให้ประชาชนไทยและประชากรโลก

องค์การอนามัยโลกมีการติดตามการดำเนินการและรายงานผลงานภาพรวมประเทศในเวทีโลก โดยหน่วยงานด้านวิชาการ Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) และหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์ (Intelligence Unit ของ The Economist) การประเมินระดับการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้มาตรฐาน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและทรัพยากร การมีโครงสร้างและระบบบริการแบบประคับประคอง การมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุม การเข้าถึงยา มอร์ฟีนและวัตถุออกฤทธิ์เพื่อจัดการอาการด้วยกระบวนการที่มีคุณภาพ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาร่วมกัน การมีระบบเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ การสร้างความตระหนักของประชาชนในสังคม และการมีระบบติดตามรายงานผลของประเทศ

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวานร้อยละ 4.59

โรคไตร้อยละ 2.02 โรคตับแข็งร้อยละ 1.70 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.65 และอื่นๆ สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงานร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปีร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 14.93

คณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินการตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-6 building blocks) และกรอบการติดตามการดำเนินการข้างต้นตามบริบทของประเทศไทย โดยดำเนินโครงการพัฒนาความรู้และศักยภาพบุคลากรในการจัดการอาการ การสร้างเครือข่ายและข้อมูล ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการสนับสนุนยามอร์ฟิน บูรณาการแพทย์แผนไทยเข้ามาอยู่ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพปรับการจ่ายค่าตอบแทนการบริการ ร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและสมาชิกสุขภาพแห่งชาติในการการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan; ACP) และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (living wills) และการพัฒนาระบบติดตามผลงานการปฏิบัติงาน

การติดตามประเทศสมาชิกที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญประการหนึ่ง คือ ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองจากการบริโภคยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioids) โดยติดตามปริมาณการใช้ยา opioids แบบ morphine equivalent (ME) minus methadone คือ ไม่รวมการใช้ opioids ในการรักษาผู้ติดยาเสพติดของทุกประเทศอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานของ WHO South East Asia Region ในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งมีประเทศสมาชิก 11 ประเทศ มีรายงานการใช้ยา opioids แบบ morphine equivalent (ME) minus methadone จากข้อมูลปี ค.ศ. 2015 พบประเทศสหรัฐแห่งสหภาพเมียนมามีรายงานการใช้ 3.71 มิลลิกรัมต่อประชากร ซึ่งสูงที่สุดใน 11 ประเทศสมาชิก รองลงมาคือประเทศไทยมีปริมาณการใช้ 2.97 มิลลิกรัมต่อประชากร และประเทศศรีลังกา มีปริมาณการใช้ 0.87 มิลลิกรัมต่อประชากร ตามลำดับ

เมื่อความสามารถการดูแลแบบประคับประคองของประเทศต่างๆ ถูกวัดจากการบริโภคยา opioids การพัฒนากรอบการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของประเทศไทยจึงมุ่งเน้นผลลัพธ์เป้าหมายที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพสากล คือ การเข้าถึงยา opioids ในการจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการวัดคุณภาพการให้บริการตาม Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) อื่นๆ โดยระบุไว้ในแนวทางการตรวจราชการ และคู่มือการรายงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นข้อแนะนำการให้บริการองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการสำคัญในการดูแล คือ การทำ family meeting การทำ advance care planning (ACP) การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน

การขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องมีองค์ประกอบต่างๆ คือ การมีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่ายยา จ่ายยา และบริหารยา opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย การมีระบบการวินิจฉัย (ICD-10; Z51.5) ในการให้บริการแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในฐานข้อมูลโรงพยาบาลและส่งข้อมูลเข้าระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข

(Health Data Center; HDC) การจัดการอาการอย่างมีคุณภาพโดยได้รับการบรรเทาอาการปวดและยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ ตามคำแนะนำด้านยาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization essential medicines in palliative care) และแนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลระดับประคับประคองอย่างไว้รอยต่อร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคมหรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และจัดการให้มีอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการจัดบริการ แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลระดับประคับประคอง

ผลการดำเนินการ 3 ปีที่ผ่านมามีความก้าวหน้าเป็นลำดับ ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ ด้วย opioid ในผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ที่มีอาการปวดในระยะท้ายของชีวิต คือ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคระบบประสาท (หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ) ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง และภาวะหัวใจล้มเหลว ใน 3 ช่วงอายุ ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง วัยรุ่น-วัยทำงาน และเด็ก ผลการปฏิบัติงานภาพรวมของประเทศในปีงบประมาณ 2561, 2562, 2563 (ไตรมาส 1-2) คือ ร้อยละ 28.77 ร้อยละ 34.10 และร้อยละ 33.35 ตามลำดับ ในปีงบประมาณต่อมาพิจารณาเพิ่มเติมตัวชี้วัดเพื่อกำกับการดำเนินการคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผลการดำเนินการในปีงบประมาณ 2562, 2563 (ไตรมาส 1-2) พบร้อยละ 33.83 และร้อยละ 37.63 ตามลำดับ ต่อมาในปีงบประมาณ 2563 เพิ่มตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับการทำ advance care plan

นอกจากการมุ่งเน้นการทำงานเชิงระบบสาธารณสุขเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดของประเทศและองค์การอนามัยโลก การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายอย่างมีคุณภาพมาตรฐานก็มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากัน เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายจึงดำเนินการพัฒนางานด้านคุณภาพร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ศูนย์การรณรงค์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พัฒนาเกณฑ์การรับรองคุณภาพในรูปแบบการประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (disease specific certification) และการประเมินเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับจังหวัด (provincial network) ในด้านการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย ได้จัดทำมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และสมุดคู่มือการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขึ้น พร้อมกันนี้กรมการแพทย์ จึงดำเนินการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย และ list disease of palliative care and functional unit ให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับบริบทของประเทศเป็นคู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2557.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. List disease of Palliative care and Functional unit. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์; 2559.
3. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง, ศูนย์การุณรักษ์, กรมการแพทย์. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2561.
4. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง, ศูนย์การุณรักษ์, กรมการแพทย์. สมุดคู่มือประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2561.
5. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550. (2550, 3 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 6.
6. Improving access to medicines in the South-East Asia Region: Progress, challenges, priorities. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.
7. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA 67.19; 24 May 2014.
8. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2020 June 18]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
9. The economist intelligence unit. The 2015 quality of death index ranking palliative care across the world. [internet]. 2015 [cited 2020 April 20]. Available from: <http://lib.med.psu.ac.th/libmed2016/images/van/van1nov1.pdf>.

The background of the slide features a photograph of several hands of different ages and skin tones gently cupping a small, red, fabric-like heart. The heart has a white, stitched border. The hands are positioned over a light-colored wooden surface. The overall composition is warm and conveys themes of care, support, and love. The slide is framed by abstract pink and purple geometric shapes on the left and bottom edges.

บทที่ 2

การดูแลแบบประคับประคอง ของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

และสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตาย ปัจจุบันสาเหตุการป่วยร้อยละ 71 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ สาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ในประเทศไทยจำนวนของผู้สูงอายุ มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าจะภายใน 20 ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็นปัญหาระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น การพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่างๆ ซึ่งในอดีตไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาไม่ได้ผลดี ในปัจจุบัน เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้น ขณะเดียวกันเทคโนโลยีเหล่านี้ ถูกนำมาใช้ในการยืดความตายในผู้ป่วยที่โรคร้ายอยู่ในระยะท้าย ซึ่งการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ต่อไป แต่สร้างความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลอดภัย ความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในผู้ป่วย ที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates) ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ และเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว การมีการดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และลดการมาห้องฉุกเฉิน การกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาล การมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมี case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลประคับประคองโดยเป็นการดูแลต่อยอดโดยทีม specialist palliative care ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ขนาดของปัญหา

การศึกษาความชุกไม่ว่าในประชากรทั่วไปหรือในสถานที่เฉพาะ อาจช่วยในการประเมินสถานการณ์ ความต้องการด้านการดูแลประคับประคอง การศึกษาใน high-income countries พบความชุกในประชากรทั่วไป ร้อยละ 1-1.4 ในโรงพยาบาล ร้อยละ 40 และพบถึงร้อยละ 40-65 ในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย (ทีมา; ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563) พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 โดยกลุ่มโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.1) ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการรักษา และอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแล จากศูนย์ดูแลประคับประคองพบมีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 88.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีทีมดูแลประคับประคอง

พบเพียงร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ตารางที่ 2.2) การศึกษานี้ยังพบความชุกของผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาดำเนินการในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตพบสูงถึงร้อยละ 45.7 แสดงให้เห็นถึงการที่แพทย์ไม่ได้มีความตระหนัก ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนินการในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.1 Point-prevalence of palliative in-patients

Hosp Level	No. Hosp	All (N)	PC (n)	% PC	CA (%)		Non-CA (%)	
					No.	%	No.	%
Super	2	1148	212	18.46	153	72.16	59	27.83
Tertiary	7	3216	631	19.62	315	49.92	316	50.07
Secondary	5	1399	236	16.86	73	30.93	163	69.06
Total	14	5763	1079	18.72*	600	55.66	538	44.00

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบการใช้ strong opioids และ advance care planning ระหว่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาจากทีมดูแลประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา

PC consultation	Strong Opioid Prescribed (%)	ACP in place (%)
All	25.9	28.4
Yes	61.49	88.77
No	20.27	15.76

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563

ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบ point prevalence ของผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ

Hosp Level	No. Hosp	% PC in general wards	% PC in ICUs
Total	14	18.72	45.7*

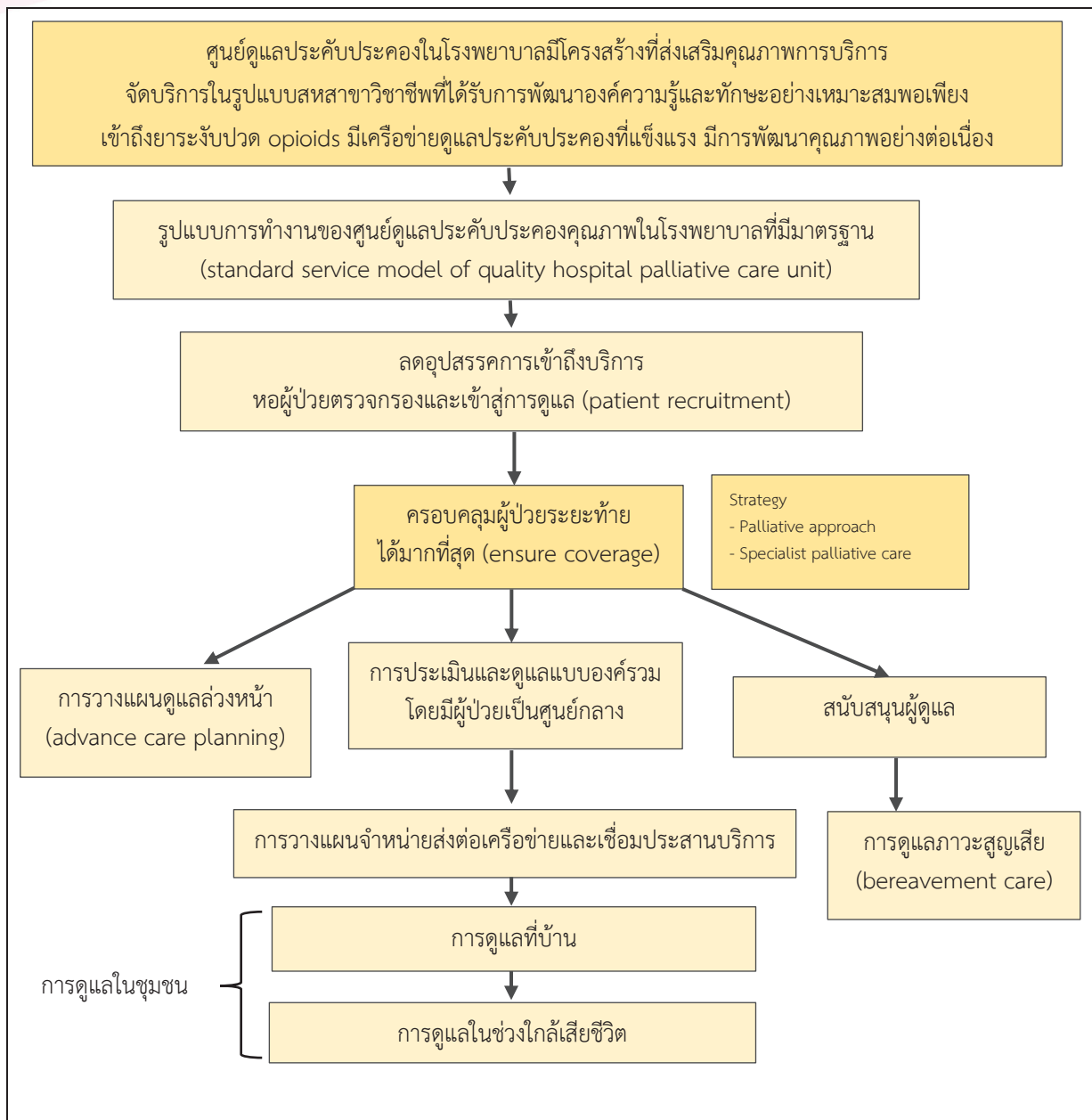
ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบ จึงไม่ทราบขนาดปัญหาที่แน่นอน แต่จากข้อมูล point prevalence survey ทำให้เห็นขนาดปัญหาของผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัดว่ามีความชุกสูง รวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการของ palliative specialist มีจำนวนน้อย ดังนั้นการพัฒนาการตรวจกรองและพัฒนาระบบ palliative care approach ในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการดูแลประคับประคองได้มากขึ้น ขณะเดียวกันต้องมีการพัฒนาระบบบริการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลที่แข็งแกร่งและมีคุณภาพที่ช่วยในการตรวจกรองวางแผนการดูแล ทำแผนดูแลล่วงหน้า และทำแผนจำหน่าย ทั้งนี้จำเป็นต้องมีเครือข่ายส่งต่อที่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองมักมีต้นทางในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไต และโรคอื่นๆ ที่ผ่านการรักษาจนเข้าสู่ในระยะท้าย ศูนย์ดูแลประคับประคองที่แข็งแกร่งในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การดูแลและส่งต่อให้ชุมชนดูแลต่อเนื่อง ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนด้านพัฒนาองค์ความรู้แก่เครือข่าย

การพัฒนาระบบบริการของศูนย์ดูแลประคับประคอง

โรงพยาบาลเป็นต้นทางของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะท้ายดังกล่าวแล้ว การตรวจกรองจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม มีการประเมินแบบองค์รวมรอบด้านทุกมิติ ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การให้ข้อมูลช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีการวางแผนจำหน่ายที่ดี ส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลให้ทีมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีเครือข่ายในชุมชนที่รับการส่งต่อและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องเป็นแม่ข่ายที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ทีมในชุมชน

โครงสร้างและระบบการทำงานที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของศูนย์ดูแลประคับประคองต้องประกอบด้วย ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างและการจัดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์ดูแลระดับประคับประคองในโรงพยาบาล

ในการพัฒนาระบบบริการของศูนย์ดูแลระดับประคับประคองในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลของสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพเหมาะกับบริบท ระบบบริการ และวัฒนธรรมประเพณีของประเทศไทย

การประเมินสมรรถนะ ปัญหาอุปสรรค ช่องว่าง และปัจจัยแห่งความสำเร็จของศูนย์ดูแลระดับประคอง

เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ช่วยในการปรับระบบบริการโดยหาทางกำจัดหรือผ่อนคลายนปัญหาและอุปสรรคเดิมเติมช่องว่าง และพัฒนาให้เกิดระบบที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ในปี พ.ศ. 2557 (ขณะนั้นการดูแลระดับประคองยังไม่เข้า service pan) ศูนย์การุณรักษ์ได้จัดการประชุมปฏิบัติการโครงการถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดบริการศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเชิญโรงพยาบาลจังหวัด 10 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ที่ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ดูแลระดับประคอง และสรุปบทเรียนที่สำคัญคือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีพยาบาลที่มีใจรักการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ทำงานประจำ ผ่านการฝึกอบรมระยะกลางจากศูนย์การุณรักษ์ทำงานเต็มเวลา ส่วนใหญ่มีหมอที่มารับการฝึกอบรมระยะสั้น/ กลาง จากการุณรักษ์ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสั่งยาจัดการอาการ ส่วนใหญ่มี oral morphine ทั้งชนิดออกฤทธิ์สั้นและยาว อุปกรณ์การแพทย์ที่มีส่วนใหญ่ได้จากการบริจาคและมีจำนวนน้อย งบประมาณส่วนน้อยได้จากเงินบำรุง ส่วนใหญ่ได้จากโครงการพัฒนาเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเงินบริจาคโรงพยาบาลบางแห่งเริ่มเปิดดำเนินการคลินิกผู้ป่วยนอกและมีการเชื่อมต่อการเยี่ยมบ้านกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ศูนย์ดูแลระดับประคองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการหรือฝ่ายการพยาบาล แต่สิ่งที่ขาด คือ โครงสร้าง ระบบบริหาร นโยบายของโรงพยาบาล ขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ขาดการกำหนดตัวชี้วัดและการพัฒนาคุณภาพ

การวิเคราะห์คุณภาพการทำงานของศูนย์ดูแลระดับประคองหลังการเข้าสู่ service plan

ในปี พ.ศ. 2559 แม้การดูแลระดับประคองจะเข้าสู่ระบบ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้เกิดศูนย์ดูแลระดับประคองในทุกโรงพยาบาล แต่คุณภาพการให้บริการยังเป็นเรื่องที่ต้องมีการประเมินและพัฒนา ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและเครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคองแห่งประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำ Quality Standard for Palliative Care พร้อมสมุดคู่มือประเมินตนเองขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2561 เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคอง โดยยึดแนวทางการประเมินคุณภาพของประเทศออสเตรเลีย และสิงคโปร์มาเป็นต้นแบบและปรับให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทย คู่มือนี้กรมการแพทย์ได้พิมพ์และแจกให้ศูนย์ดูแลระดับประคองทั่วประเทศเพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน แต่ไม่ได้มีการควบคุมหรือตรวจสอบด้านคุณภาพอย่างเคร่งครัด การตรวจสอบคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคองจะทำให้เห็นภาพสถานการณ์ของการจัดบริการ เห็นช่องว่างของคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคอง และช่วยในการพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐาน

องค์ประกอบที่สำคัญของระบบการดูแลระดับประคองที่มีคุณภาพตั้งแต่ต้นน้ำคือโรงพยาบาลจนถึงปลายน้ำคือบ้านผู้ป่วยในชุมชน

Seow H และ Bainbridge D ได้วิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลระดับประคอง โดยได้ศึกษาวิเคราะห์ในหลายแง่มุม ดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

- การทำงานประสานกันในทีมงานข้ามขอบเขตของสถานที่ดูแล (teamwork across settings) โดยการประสานที่ไร้รอยต่อ มีการสื่อสารที่ดี และมีความร่วมมือจากทีมปฐมภูมิ
- การจัดการอาการที่ดี โดยสามารถวัดจากการมีและการเข้าถึงยา opioids มีแพทย์สั่งยา
- การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลอารมณ์ สนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การจบฉากชีวิตอย่างสวยงาม และความสัมพันธ์ที่ดี

- มีบุคคลที่เหมาะสมกับงาน เนื่องจากงานดูแลระดับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตในอีกไม่นาน เป็นงานที่หนัก มีความกระตือรือร้นจิตใจ ต้องมีใจรักจึงจะทำงานได้ดี ระบบจึงต้องมีการสนับสนุนบุคลากรผู้ทำงาน ทั้งหลักประกันในวิชาชีพ และการพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

- การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมและทันเวลา ซึ่งหมายถึง การจัดการภาวะวิกฤติ การค้นหาปัญหาแต่แรกเริ่ม การเข้าถึงทีมระดับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมพลังครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแล การสอนทักษะต่างๆ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน พบว่า องค์ประกอบของการดูแลที่บ้าน ต้องมีการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและทีมในชุมชน มีการจัดการอาการที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีทีมสหสาขาในชุมชนดูแลเรื่องจิตใจและจิตวิญญาณ มีการประเมินและการวางแผน ทีมสุขภาพต้องมีองค์ความรู้ และทักษะเบื้องต้นและระดับปานกลาง และต้องสามารถเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. การรวบรวมข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ให้บริการระดับประคอง ได้แก่ ต้องมีทีมทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารเชื่อมต่อระหว่างทีมเป็นอย่างดี คำนึงถึงความชอบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในความต้องการต่างๆ ช่วยวางแผนการดูแลและให้ตอบสนอง ต่อเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัววางไว้ สามารถเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลากรณีมีภาวะวิกฤติ ตอบสนองอย่างทันการ การศึกษาอบรมให้มีศักยภาพเพียงพอและต่อเนื่อง

4. ข้อมูลจากครอบครัวผู้สูญเสีย พบว่าต้องการการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว มีการสนับสนุนด้านการพยาบาลและการดูแลที่บ้าน ต้องการความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือ ในภาวะวิกฤติ การรับรู้แผนการดูแลและมีส่วนร่วม รับรู้หรือคาดการณ์ว่าจะเกิดอะไรต่อไป

5. การรวบรวมข้อมูลจากประชาชนทั่วไป พบว่าต้องการให้มีผู้ประสานงาน การช่วยเหลือในการดูแล ใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ การได้รับองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และการเข้าถึงในภาวะวิกฤติ

ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้วางแผนการจัดระบบบริการนำมาใช้ในการพัฒนาระบบที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ

การพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคอง

ระบบบริการด้านการดูแลระดับประคองของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 ได้รับการจัดให้อยู่ในระดับ 3a คือ มีการจัดบริการดูแลระดับประคองเฉพาะแห่ง ไม่ครอบคลุม และยังไม่เข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ (ทีมา; Global atlas of palliative care at the end of life 2014) ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยได้ถูกยกขึ้นให้อยู่ในระดับ 4a คือ เริ่มมีการจัดระบบบริการดูแลระดับประคองที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งประเทศ อยู่ในระบบสุขภาพของประเทศ แต่ยังไม่อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ (ทีมา; Clark D., et al. 2020) ซึ่งนับว่าการพัฒนาของระบบบริการด้านการดูแลระดับประคองมีการพัฒนาไปเป็นอย่างมาก แต่เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่แข็งแกร่ง ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้อย่างครอบคลุม จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลระดับประคองให้ขึ้นไปอยู่ในระดับ 4b เทียบเท่ากับไต้หวัน และประเทศญี่ปุ่น ซึ่งควรทำอย่างเร่งด่วนให้ทันรับกับสถานการณ์สุขภาพของประเทศ การพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคองจำเป็นต้องมีความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาการต่างๆ รวมถึงความมุ่งมั่นของบุคลากรสุขภาพที่ทำงาน เพื่อฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ โดยมีเข็มมุ่งให้การดูแลระดับประคองของประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าไม่แพ้ประเทศที่มีระบบการดูแลระดับประคองที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับโลก

บรรณานุกรม

1. ศูนย์การณักรักษ์. รายงานสรุปโครงการโครงการจัดการความรู้เพื่อหา Key success ของการจัดบริการ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. ขอนแก่น: ศูนย์การณักรักษ์; 2557.
2. Casarett DS., Shreve C., Luhrs K., Lorenzet K., Smith D., De Sousa M., et al. Measuring families' perceptions of care across a health care system: preliminary experience with the family assessment of treatment at end-of-life short form (FATE-S). J Pain Symptom Manage 2010; 40: 801-9.
3. Cassel JB., Garrido M., May P., Del Fabbro E., Noreika D. Impact of specialist palliative care on re-admissions: A "Competing Risks" analysis to take mortality into account," J Pain Symptom Manage 2018; 55(2): 581.
4. Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., López-Fidalgo J., Connor S., et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. J Pain Symptom Manage 2020; 59(4): 794-807.
5. Gómez-Batiste X., Martínez-Muñoz M., Blay C., Amblàs J., Vila L., Costa X., Espauella J., et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Palliat Med 2014; 28(4): 302-11.
6. Khandelwal N., Kross EK., Engelberg RA., Coe NB., Long AC., Curtis JR. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: A systematic review. Crit Care Med 2015; 43(5): 1002-11.
7. Krakauer R., Spettell C., Reisman L., et al. Opportunities to improve the quality of care for advanced illness. Health Aff [Internet]. 2009 [cited 2020 July 28]; 28(5): Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.28.5.1357>.
8. Lustbader D., Mudra M., Romano C., Lukoski E., Chang A., Mittelberger J., et al. The impact of a home-based palliative care program in an accountable care organization. J Palliat Med 2017; 20(1): 23-8.
9. May P., Normand C., Cassel JB., Del Fabbro E., Menz R., Fine RL., et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. JAMA Intern Med 2018; 178(6): 820-9.
10. Morrison RS., Penrod JD., Cassel JB., Caust-Ellenbogen., Litke A., Spragens L., et al. Cost saving associated with US hospital palliative care consultation programs. Arch Intern Med 2008; 168: 1783-90.

11. National strategy for palliative care implementation taskforce. National guidelines for palliative care [Internet]. Singapore: Singapore hospice council; 2015 [cited 2020 June 10]. Available from: <http://singaporehospice.org.sg/en/wp-content/uploads/2018/05/National-Guidelines-for-Palliative-Care-and-Interpretation-Guide-1st-Edition-Dec-2015.pdf>.
12. Pairojkul S., Thongkhumcharoen R., Raksasattaya A., et al. Point prevalent survey of 14 hospitals in Thailand. [In press].
13. Pairojkul S. Quality standard for palliative care [Internet]. Khon Kaen: Klung Nanathum Publishing; 2019 [cited 2020 June 10]. Available from: <http://karunruk.org/home/index.php/component/content/article/91-content/135-quality-standards?Itemid=437>.
14. Palliative care Australia. Standard for providing quality palliative care for all Australians [Internet]. Australian Capital Territory: Palliative care Australia; 2005 [cited 2020 June 10]. Available from: <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/07/Standards-for-providing-quality-palliative-care-for-all-Australians.pdf>.
15. Scibetta C., Kerr K., McGuire J., Rabow MW. The costs of waiting: Implications of the timing of palliative care consultation among a cohort of decedents at a comprehensive cancer center. J Palliat Med 2016; 19(1): 69-75.
16. Seow H., Bainbridge D. A review of the essential components of quality palliative care in the home. J Palliat Med 2017; 20: S37-44.
17. Spettell CM., Rawlins WS., Krakauer R., Fernandes J., Breton ME., Gowdy W, et al. A comprehensive case management program to improve palliative care. J Palliat Med 2019; 12(9): 827-32.
18. Tangcharoensathien V., Prakongsai P., Lim- wattananon S., Patcharanarumol W., Jongudomsuk P. From targeting to universality: Lessons from the health system in Thailand. In: Townsend P., ed. Building decent societies: Rethinking the role of social security in development. Hampshire: Palgrave Macmillan; 2009. 310-22.
19. World Health Organization. Global health observatory [Internet]. World Health Organization [cited 2019 September 16]. Available from: <http://www.who.int/gho/en/>.
20. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. World Health Organization; 2005 [cited 2020 April 15]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
21. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Worldwide Palliative Care Alliance; 2014 [cited 2020 Mar 20] Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Accessed Mar 2020.

A photograph of three hands, likely belonging to a child and two adults, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The background is a soft-focus wooden surface. The image is partially obscured by a large, semi-transparent pink heart shape that serves as a background for the text.

บทที่ 3

หลักการสื่อสาร เพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

วรรณา ฉายอรุณ

เชมจิต มุกดาดี

สุภารัตน์ ลัทธิธรรม

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

อุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยแบบประคับประคอง การสื่อสารที่ดีที่สุด คือ การรับฟังผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด ไม่ควรมุ่งให้ข้อมูลหรือตอบคำถาม เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ คือ การสื่อสารให้บุคลากรผู้ดูแลได้รับทราบถึงความกังวล ความทุกข์ใจ และความกลัวที่มี

การสื่อสารตามระยะปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจระยะต่างๆ ของคูเบอร์รอส (Kubler-Ross)

คูเบอร์รอสได้กล่าวถึงปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่เผชิญกับข่าวร้ายไว้ 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะจะมีผลต่อการสื่อสาร การทำความเข้าใจผู้ป่วยแต่ละระยะจะช่วยให้พยาบาลสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ระยะปฏิเสธ (Denial) เป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถยอมรับกับข่าวที่ได้รับ จึงปฏิเสธความจริงดังกล่าวเพื่อปกป้องตนเอง อาจแสดงออกโดยการปฏิเสธความจริงนั้นๆ และอาจปฏิเสธการรักษา

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัว และยอมรับการวินิจฉัย เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา สำคัญการสื่อสาร คือ การสื่อสารให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์พร้อมดูแล โดยการตรวจเช็กอย่างสม่ำเสมอ ในระยะนี้การฟังอย่างลึกซึ้งเป็นการสื่อสารที่ดีที่สุด การใช้คำพูดที่แสดงถึงการยอมรับ เข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำครอบครัวให้รับฟังด้วยความเข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมที่ปฏิเสธการรักษาและให้การดูแล เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดี การประเมินภาษาท่าทางมีความสำคัญ หากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะปฏิเสธ ทีมควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่จะคุยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์

2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเผชิญกับการสูญเสียที่ไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์ไม่พอใจต่อสิ่งต่างๆ ได้ง่าย และมีคำถามที่อาจก้าวร้าว ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจ ไม่ตอบโต้ ให้การดูแลตามปกติ การตอบคำถามที่แสดงถึงการยอมรับเข้าใจในสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นไม่ควรโต้แย้งหรือพยายามอธิบาย การนั่งเป็นเพื่อนจะทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ ตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจ เช่น “ดิฉันเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ยากที่ใครจะทำได้ อย่างไรก็ตามการยอมรับและตั้งหลักหาวิธีแก้ไขจะช่วยให้อาการดีขึ้น”

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ การช่วยให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมผู้ดูแลเป็นไปด้วยดี เพราะหากมีปัญหาสัมพันธภาพจะทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุน สำคัญที่จะสื่อสารในระยะนี้ คือ สื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่าทีมผู้ดูแลเข้าใจสภาวะอารมณ์และทุกคนพร้อมร่วมแก้ไขปัญหานอกจากนี้ควรสื่อสารให้ทราบว่าทีมการดูแลรักษาจะทำให้มีโอกาสดีขึ้นไม่ทุกข์ทรมาน

3. ระยะต่อรอง (Bargaining) เป็นช่วงเวลาทำใจกับสิ่งที่ยากที่จะยอมรับ โดยหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ช่วยให้สิ่งที่ได้รับรู้มันไม่ใช่ ไม่เป็นจริง โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะขอไปรับการรักษาทางเลือกอื่นๆ

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ สื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาหรือตัดสินใจในเรื่องใดๆ ทีมบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ การต่อรองใดๆ เป็นสิ่งปกติที่สามารถทำได้ โดยขอให้ตัดสินใจในเวลาที่เหมาะสม และการสื่อสารจากทีมสุขภาพควรมาจากทัศนคติที่ดี ไม่โกรธหากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แต่สื่อสารให้รู้ว่ามีทางเลือกอื่นพร้อมที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือ สำคัญที่จะสื่อ คือ ผู้ป่วยมีสิทธิในการต่อรองร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

4. ระยะซึมเศร้า (Depression) เป็นสภาวะอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความเสียใจที่รับทราบผลการตรวจและผลการรักษา เป็นสภาวะที่ผิดหวังกับสิ่งที่คาดหวัง สิ่งที่ต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จ ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง

เป้าหมายในระยนี้ที่สำคัญ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความกลัว ความกังวล สิ่งที่ต้องการ โดยการตั้งคำถามปลายเปิด และสารการสื่อสาร คือ สื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์พร้อมอยู่เป็นเพื่อนคอยรับฟัง คอยปลอบประโลม การสื่อสารนี้มาจากภาษาท่าทางที่สม่ำเสมอในการปฏิบัติ และสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อการยอมรับ

5. ระยะเวลา (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยจะถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี เป็นช่วงเวลาที่สามารถสื่อสารข้อมูลได้มาก เช่น การร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อคุณภาพชีวิต การตั้งความหวัง การมีกิจกรรมในครอบครัว อย่างไรก็ตามการยอมรับไม่ใช่การยอมจำนน ผู้ป่วยจะเร่งระยะสุดท้ายหลายรายที่สู้เต็มที่ อุดหนุน แสวงหาการดูแลตนเอง แสวงหาญาติใหม่ๆ ค้นหาแนวทางการรักษาใหม่ๆ และร่วมหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจร่วมกับทีมผู้ดูแล

เป้าหมายในระยนี้ที่สำคัญ คือ ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเองและการตัดสินใจ ดังนั้นควรสนับสนุนการดูแลและสื่อสารทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

จากการสื่อสารตอบสนองต่อปฏิกิริยาของคูเบอร์รอส จะเห็นได้ว่าความใส่ใจและความเข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วยจะทำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถตอบสนองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทีมควรต้องประเมินความพร้อมและเตรียมตนเองให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความเครียด ความกลัว ความโกรธ ให้เข้าสู่การยอมรับ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่เสียเวลาต่อรองกับสิ่งที่เผชิญ แต่อยู่กับปัจจุบันขณะและดำรงอยู่กับปัจจุบันด้วยความสุข การสื่อสารทักษะที่สำคัญมากที่สุด คือ ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง

การแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news)

คำจำกัดความ

การแจ้งข่าวร้าย หมายถึง กระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแจ้งข่าวสารหรือข้อมูลที่เลวร้าย ซึ่งมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคต โดยใช้วิธีการและทักษะที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลอย่างถูกต้องตามความจริง และปรับใจยอมรับการเจ็บป่วยได้

แนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย

Robert Buckman ได้เสนอแนวทางการแจ้งข่าวร้ายไว้ 6 ขั้นตอน “SPIKES” ได้แก่

1. เตรียมความพร้อม (S-setting up the interview)
2. ประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P-assessing the patient's perception)
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I-obtaining the patient's invitation)
4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (K-giving knowledge and information to the patient)
5. ตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ (E-addressing the patient's emotion and empathic response)
6. สรุปและวางแผน (S-strategy and summary)

ขั้นตอนที่ 1 Setting up

ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมตัวก่อนเริ่ม ควรต้องมีเวลาเพียงพอ ไม่เร่งรัด สถานที่ควรมีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบพอสมควร ควรมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน (ไม่ควรยืนคุย) ตัดสิ่งรบกวน ไม่ให้ใครมารบกวน ขณะกำลังคุยกับผู้ป่วย ควรปิดโทรศัพท์มือถือระหว่างคุย ควรมีกระดาษทิชชูในกรณีที่ผู้ป่วยอาจร้องไห้ ผู้แจ้งข่าวร้ายต้องมีจิตใจที่สงบเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงควรทบทวนประวัติและผลตรวจของผู้ป่วยให้พร้อม

ขั้นตอนที่ 2 Patient perception

ขั้นการประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P-assessing the patient's perception) การประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้างแล้ว (รู้เขา) ควรเริ่มการสนทนาด้วยการทักทาย แนะนำตนเอง ถามชื่อผู้ป่วย และญาติ (ทุกคนได้จะดีที่สุด ไม่ควรเรียกญาติว่า “ญาติ”) มีบทสนทนาเกริ่นนำเล็กน้อยเพื่อสร้างความคุ้นเคย แล้วค่อยประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้าง หากพบว่าผู้ป่วยทราบบ้างแล้ว แต่ดูกังวลหรือกลัว ก็ควรถามลงลึกไปว่า เหตุผลที่กังวล และอาจให้ความหวังเสริมไปได้เลยในขั้นตอนนี้

ขั้นตอนที่ 3 Invitation of bad news

ขั้นการประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I-obtaining the patient's invitation) การเชื้อเชิญ ตระเตรียมให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์กำลังจะบอกข่าวร้าย เช่น

“ตอนหมอบอกผล คุณสมชายอยากฟังคนเดียว หรืออยากให้..(ญาติ)..มาร่วมฟังด้วยไหมคะ?”

ถ้าข่าวร้ายนั้นค่อนข้างร้าย ก่อนจะบอก แพทย์ควรมี “warning shot” ก่อน เช่น “ผลชิ้นนี้ออกมาไม่ค่อยดีค่ะ...” หรือ “ผลออกมาไม่เป็นดังที่เราหวังค่ะ...” แล้วจึงตามด้วยข่าวร้าย

ขั้นตอนที่ 4 Knowledge

เป็นการให้ข่าวร้าย (ไม่ใช่ให้ความรู้ทางการแพทย์) ได้แก่ ตัวข่าวร้ายที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ต้องการแจ้งนั่นเอง ควรบอกอย่างชัดเจน ไม่กำกวม หลังจากบอกข่าวร้ายแล้ว ควรให้ความหวังแก่ผู้ป่วยตามมาเสมอ ควรพูดให้ช้า ให้ชัด อาจหยุดเพื่อถามความเข้าใจผู้ป่วยเป็นระยะๆ (ask-tell-ask) ในขั้นตอนนี้ไม่ควรพูดถึงข้อมูลทางการแพทย์มากมาย เช่น รายละเอียดของโรค หรือการรักษา และทีมต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 5 Emotion and empathic response

ขั้นตอนการรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยหลังจากได้รับข่าวร้ายจะมีการตอบสนองแตกต่างกันไป เช่น ร้องไห้ โกรธ ปฏิเสธ ต่อร้อง ซ็อก เจ็บไป หรืออาจยอมรับได้เป็นอย่างดี ปฏิกิริยาทั้งหมดเป็นสิ่งปกติทั้งสิ้น เป็นกลไกป้องกันจิตใจของผู้ป่วยเอง ดังนั้นต้องเข้าใจและช่วยส่งเสริมกลไกเหล่านี้ให้ไปสู่การทำให้ผู้ป่วยยอมรับในที่สุด ได้แก่

5.1 ผู้ป่วยที่ร้องไห้ (crying) เป็นสิ่งที่ส่วนใหญ่ผู้แจ้งข่าวร้ายกลัวที่สุดหรือทำอะไรไม่ถูก จึงมักรีบยับยั้งหรือลอบผู้ป่วยเร็วเกินไป เช่น พูดว่า “อย่าร้องไห้.....ใจเย็นๆ.....ไม่ต้องคิดมาก” ซึ่งเป็นการทำร้ายผู้ป่วยทางอ้อม เพราะการร้องไห้ทำให้ความทุกข์ที่ท่วมท้นในใจของผู้ป่วยหลังไหลออกมา ผู้ป่วยจะดีขึ้นและสงบลงเอง จนพร้อมจะรับฟังข่าวร้ายต่อได้เอง ที่จริงผู้ป่วยที่ร้องไห้กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือง่ายกว่าอย่างอื่น สิ่งที่เราควรทำคือ ควรเจียบให้ผู้ป่วยร้องไห้สักพัก ยืนกระดากศีรษะให้ (ไม่ควรใช้ผ้าเช็ดหน้า) หรือการสัมผัสโดยแตะมือผู้ป่วยเบาๆ (ไม่ควรแตะสูงเกินไหล่หรือต่ำกว่าเอว) โดยอาจไม่ต้องพูดอะไรกับผู้ป่วยเลย

5.2 ผู้ป่วยที่โกรธ (anger) อาจกล่าวโทษแพทย์ กล่าวโทษโรงพยาบาลอื่น หรือโทษโชคชะตา ทีมผู้ดูแลควรเข้าใจ ไม่ควรรีบยับยั้งผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยระบาย (release) สิ่งที่อยู่อัดแน่นออกมา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เช่น “พูดออกมาเลยครับ หมอกำลังฟังครับ” เมื่อผู้ป่วยระบายความโกรธออกมาแล้วจนเริ่มสงบ ทีมบุคลากรทางการแพทย์อาจพูดว่า “หมอขอบคุณที่คุณสมชายบอกให้หมอทราบ” “หมอเสียใจกับเรื่องที่เกิดขึ้น” ไม่ควรไปแก้ตัวหรือแก้ตัวแทนผู้อื่น เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยโกรธยิ่งขึ้น

5.3 ผู้ป่วยที่ปฏิเสธ (denial) เช่น “ไม่น่าใช่嘛ังครับ...ผลผิดพลาดหรือเปล่าครับ...หมอตระหนักที่มัยครับ” ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการคำตอบจริงๆ แพทย์ไม่ควรไปตอบหรือย้ำผู้ป่วยว่า “ใช่แน่นอนครับ...ผลไม่ผิดแน่ครับ...ไม่ต้องตรวจใหม่ครับ” เพราะจะเป็นการย้ำความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยปฏิเสธให้เจ็บยิ่งขึ้น ทีมผู้ดูแลควรรับฟัง แสดงความเห็นใจ เช่น การสัมผัส แสดงความเห็นใจ (empathy) บอกผู้ป่วยว่า “หมอเข้าใจ” “คุณสมชายคงไม่อยากเชื่อ”

5.4 ผู้ป่วยที่ต่อรอง (bargaining) ยังลังเลหรือสองจิตสองใจ ควรรับฟังและแสดงต่อผู้ป่วยว่าเข้าใจ ให้เวลาผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องนัดมาใหม่ภายหลัง

5.5 ผู้ป่วยที่ช็อก (shock) หรือเงียบไป (silence) กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือยากที่สุด เพราะดูยากว่าผู้ป่วยคิดอะไรอยู่ ควรให้ผู้ป่วยเงียบและใช้เวลาอยู่กับตนเองสักครู่ แล้วจึงกระตุ้นผู้ป่วยโดยการสัมผัส แล้วถามหยัง (probing) ดู เช่น “คุณสมชายเงียบไป รู้สึกอย่างไรครับ บอกหมอหน่อยครับ” เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะแสดงออกมาว่าที่จริงมีปฏิกิริยาอย่างไร แพทย์ก็จะรับมือได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 Strategy and summary

เป็นการวางแผนต่อไปและการสรุป หลังจากรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ป่วยสงบแล้ว สามารถถามผู้ป่วยได้ว่า พร้อมทั้งจะให้พูดคุยเรื่องแนวทางต่อไปเลยหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพร้อมก็สามารถพูดคุยแนวทางในระยะอันใกล้นี้ได้เลย ควรพูดซ้ำๆ พูดให้น้อยเฉพาะสิ่งที่จำเป็นใกล้ๆ นี้เท่านั้น โดยสลับกับการสอบถามความเข้าใจเป็นระยะๆ (ask-tell-ask) ก่อนจบการสนทนาควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม หลังจากนั้นควรพูดสรุปสิ่งที่ได้พูดกันมาในวันนี้ และนัดแนะการพบกันครั้งต่อไป เช่น

“คุณสมชายครับ หมอขอสรุปนะครับว่า วันนี้หมอได้แจ้งผลตรวจผลชิ้นเนื้อคุณสมชาย สรุปว่าเป็นมะเร็งครับ แต่มีทางรักษาได้.....จะรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด.....หมอจะนัดคุณสมชายสัปดาห์หน้านะครับ”

สิ่งที่พึงระวังในการแจ้งข่าวร้าย

1. ข้อมูล: ควรศึกษาข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนแจ้งข่าวร้าย
2. เวลา: เตรียมเวลาให้เพียงพอต่อการชี้แจงรายละเอียดและตอบคำถาม
3. ภาษาและท่าทาง: เวลาใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึกใด ภาษากายควรสอดคล้องร่วมไปด้วยกับความรู้สึกนั้น
4. อารมณ์และความรู้สึก: อย่าให้ความสำคัญเฉพาะข้อมูลที่จะแจ้ง จนลืมใส่ใจ ระมัดระวังอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย
5. ความหวัง: ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย มองหาความหวังที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ให้ความหวังที่ตรงกับความเป็จริง
6. กำลังใจ: ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ควรพูดปลอบใจเกินจริง
7. แจ้งข่าวเป็นขั้น: ไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวร้ายให้เสร็จสิ้นทุกเรื่องภายในครั้งเดียว
8. หยุดเป็นระยะ: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาปรับตัว

เมื่อพบปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ป่วย ควรใช้เทคนิคการรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด และสะท้อนความรู้สึก

บรรณานุกรม

1. ทศนีย์ ทองประทีป. จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง. ใน: ประคอง อินทรสมบัติ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา บรรณาธิการ. คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลและสมาคมการพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี; 2558. 47-56.
2. นันทวัช สิริธิรักษ์. จิตเวช ศิริราช DSM-5 / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558.
3. ภูซังค์ เหล่าจุสิสวัสดิ์. Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2550.
4. วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์, เยาวรัตน์ มัชฌิม. อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์. 2557; 34 (3): 97-108.
5. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การสื่อสารเพื่อการพยาบาลประคับประคอง. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2559.
6. Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for healthcare professionals. Papermac, London; 1992.
7. Kubler-Ross E. On death and dying. New York (NY): MacMillian Publishing; 1969.

The background of the slide features a photograph of several hands of different skin tones gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned in the upper right quadrant. The left side of the slide is decorated with large, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta, creating a modern, abstract design.

บทที่ 4

การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)

นอร ไซติธนประสิทธิ์

ชลียา วามะสุน

โสภิต ทับทิมหิน

เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์

สุวรรณกิจ สมทรัพย์

ธีระพันธ์ กากแก้ว

นันทิยา แก้ววงษา

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)

การตระหนักว่าบุคคลหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใกล้จะสิ้นสุดลงแล้วนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ด้วยการเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาจากการหวังผลการรักษาให้หายขาด สู่แผนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาประเมินและให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย แต่การระบุว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการสิ้นสุดภาวะการเจ็บป่วยหรือเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตเมื่อไรนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะกำหนดได้ถูกต้องเสมอไป อีกทั้งการวินิจฉัยภาวะสุดท้ายของชีวิตหรือภาวะกำลังจะเสียชีวิตเป็นการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน และมีความไม่แน่นอน ด้วยเหตุนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะเห็นว่าการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยนอกจากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้าข่ายต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่แรกๆ แล้วนั้น ประเด็นสำคัญคือเพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีรายละเอียดการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคองดังต่อไปนี้

แนวทางการวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีกรอบในการประเมินได้หลายแบบที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งพิจารณาจากอาการไม่สบาย และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีเกณฑ์ประเมินที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรค และองค์ประกอบอื่นๆ ดังรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อสนับสนุนในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกๆ แสดงดังตารางที่ 4.1 โดยมีกระบวนการคัดกรองที่สอดคล้องกับ Gold Standard Framework ในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งมีข้อแนะนำสำหรับกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย (Identify) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการคัดกรอง โดยมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่อาจได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคองในตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของวิถีการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assess) ในขั้นตอนนี้ควรมีการประเมินที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมถึงความต้องการการดูแลของบุคคลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่มีความเหมาะสมและถูกต้อง ทั้งจากการสัมภาษณ์ประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อพิจารณาร่วมกันในการประเมินผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (Plan) จากการประเมินในขั้นตอนที่ 2 จะช่วยในการพิจารณาการดูแลที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 3 คือ การวางแผนและการจัดการอันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลต่อไป

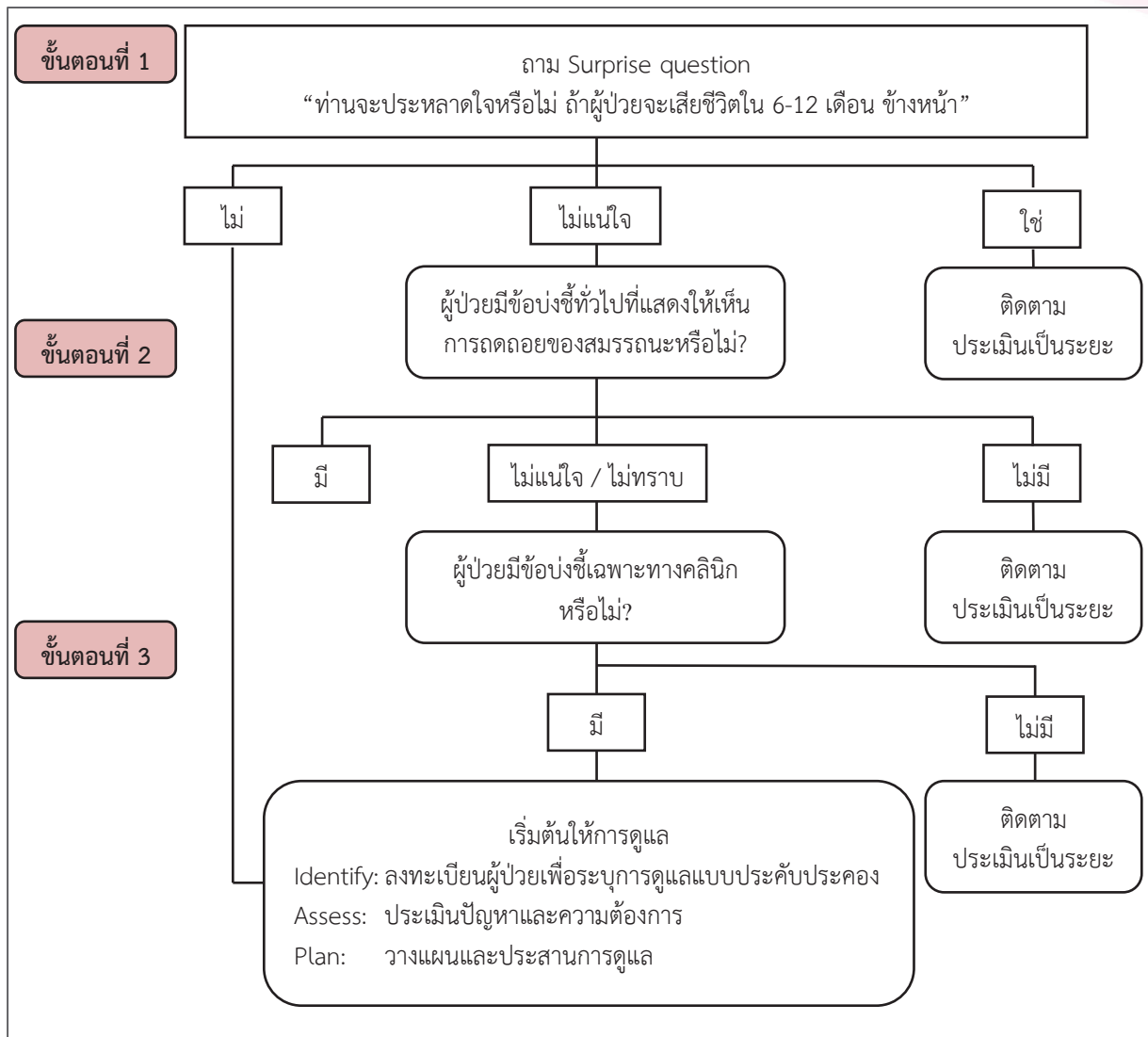
ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง

คุณสมบัติ	เครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง			
	PIG	SPICT	NECPAL	RADPAC
Surprise question	✓		✓	
All disease	✓	✓	✓	✓
Setting				
Primary care	✓	✓	✓	✓
Hospital Care		✓	✓	
General indicators	✓	✓	✓	
Specific indicators				
Cancer	✓	✓		✓
Chronic obstructive pulmonary disease	✓	✓		✓
Heart Disease	✓	✓		✓
Kidney disease	✓	✓		
Liver disease		✓		
Neurological disease	✓	✓		
Motor neurone disease	✓	✓		
Parkinson's disease	✓	✓		

PIG: Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance; SPICT: Supportive and Palliative Care Indicators Tool; NECPAL: Palliative Necessities CCOMS-ICO; RADPAC: RADboud Indicators for Palliative Care Need.

จากตารางที่ 4.1 จะเห็นว่าเครื่องมือในการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมีความเหมือนและแตกต่างกันในบางประเด็น โดยในการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Walsh ได้ระบุว่า RADPAC เป็นเครื่องมือที่แตกต่างจากเครื่องมืออื่น คือที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดทั่วไปของสุขภาพที่เสื่อมถอย และไม่ได้ใช้ Surprise question ซึ่งคล้ายกับ SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) ที่ไม่ได้ใช้ Surprise question ในการประเมินเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย การประยุกต์ใช้เครื่องมือควรให้มีความเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมถึงบริบทวัฒนธรรม และที่สำคัญเครื่องมือจะต้องสามารถตอบสนองต่อระบบการบันทึกข้อมูลและการเงิน ตลอดจนอำนวยความสะดวกแก่สหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วย

นอกจากนี้ ตามแนวทาง Gold Standard Framework ของประเทศสหราชอาณาจักร ยังมีข้อเสนอแนะแก่แพทย์สำหรับการนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพัฒนาแนวทางในฉบับภาษาไทยโดย ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ (2560) ให้แพทย์ถามคำถาม “Surprise question” ในใจว่า ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตใน 6-12 เดือน ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ผู้ป่วยรายนั้นควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ถ้าคำตอบคือประหลาดใจ หรือไม่แน่ใจ ให้แพทย์มองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปที่บ่งบอกถึงสมรรถนะที่ถดถอย หรือการต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ให้แพทย์ดูตัวชี้วัดด้านโรคว่ามีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่ ดังบทสรุปแนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 3 ขั้นตอน ในภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งคำถาม “Surprise question”

ในผู้ป่วยที่มีสถานะของโรคที่อยู่ในระยะลุกลามหรือสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง (advance disease) รวมไปถึงจนถึงสภาวะที่สมรรถนะของร่างกายถดถอย มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (progressive life limiting condition) ให้ตั้งคำถาม “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า” และควรดึงข้อมูลของสภาวะของโรค เช่น โรคร่วม (co-morbidity) ปัจจัยทางสังคมและอื่นๆ มาประกอบการพิจารณาเพื่อให้เห็นภาพรวมในการวินิจฉัย ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กรณีคำตอบคือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อเป็นคำตอบในการค้นหาผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การหาข้อบ่งชี้ทั่วไป

ในขั้นตอนที่ 2 จะเป็นสถานะที่สามารถนำมาพิจารณาเพื่อประกอบเป็นข้อมูลการค้นหาผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้
ข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีคำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไป เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น นั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน
- Multiple co-morbidity เป็นข้อบ่งชี้ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์การเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น
- สภาพของร่างกายที่มีการเสื่อมถอยและต้องการการดูแลและความช่วยเหลือมากขึ้น
- โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีความไม่แน่นอน มีอาการของโรคที่ซับซ้อน
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- ตัวเลือกของการรักษา คือ จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ 10) ใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การเข้ารับการดูแลในสถานบริบาล เป็นต้น
- Serum albumin < 2.5 mg/dl

สำหรับการประเมินสถานะ/ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยในข้อบ่งชี้ทั่วไปนี้ สามารถใช้แบบประเมินต่างๆ ต่อไปนี้

- ใช้ดัชนีบาร์เธลเอ็ดเอล (Barthel Index) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นหลัก ที่จะอธิบายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลืนอาหาร ปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว เป็นต้น
- PULSE เป็นการคัดกรองเพื่อประเมิน โดย P (Physical condition), U (Upper limb function), L (Lower limb function), S (Sensory), E (Environment)
- Karnofsky performance status score (KPS) ระดับ 0-100
- WHO / ECOG performance status ระดับคะแนน 0-5

ซึ่งจากข้อบ่งชี้ของ The Gold Standards Framework Centre มี 4 ด้าน เป็นข้อพิจารณา แต่ในบริบทของประเทศไทย จะเห็นได้ว่ามีหลายหน่วยงานใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) จึงขอเปรียบเทียบเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบ ECOG performance status, Kanofsky performance status และ palliative performance score

ECOG Performance Status	Kanofsky Performance Status	Palliative Performance Score	Stage
0-1	80-100	70-100	Stable: สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
2	60-70	40-60	Transitional: ไม่สามารถทำงานได้ แต่สามารถอยู่ที่บ้าน และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
3	40-50		
4	10-30	10-30	End of life: ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการดูแลจาก hospital care หรือสถานบริการการรักษา
*	0	0	Dead

Adapt from European Society for medical Oncology

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินข้อบ่งชี้เฉพาะกลุ่มโรค (Specific criteria)

โรคที่นำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เช่น cancer, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), stroke ฯลฯ มีเกณฑ์ข้อบ่งชี้การเข้าสู่ palliative care เฉพาะกลุ่มโรค ซึ่งจะนำเสนอในบทถัดไป

โดยทั่วไปจะมีข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ palliative care ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน นิ่งหรือนอนมากกว่าละ 50 ของวัน ต้องพึ่งพิงมากขึ้น

1.1. การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS $\leq$ ร้อยละ 50 หรือ

1.2. การประเมิน functional assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) $\leq$ ร้อยละ 50 หรือ ECOG $\geq$ 3 เป็นต้น

2. Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ

3. โรคที่อยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก

4. Terminal delirium

5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, serum albumin < 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง

6. Persistent Hypercalcemia

7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

8. ผู้ป่วย/ ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่

9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง

10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/ บริบาล

จะเห็นได้ว่าการประเมินผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ต้องประเมินให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยมีหลักสำคัญ ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการประเมิน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล การประเมิน คำนึงถึงการเลือกและการตัดสินใจของผู้ป่วย

2. เคารพในสิทธิของผู้ป่วย คำนึงว่าเป็นส่วนบุคคล และการรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพในความประสงค์ของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

3. วางแผนการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือกันในทีมการดูแลรักษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเคารพนับถือในคุณค่า ศักดิ์ศรี และยอมรับในความแตกต่างทางความคิดความเชื่อของผู้ป่วย รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

1. กิตติกร นิลมานัต. การประเมินสุขภาพผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม. ใน: ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ (บรรณาธิการ) คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง ฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media; 2559. 20.
2. บุษยามาศ ชีวสกุลยง, และลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน : บุษยามาศ ชีวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินันต์ สิริพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม, และ ปัทมา โกมุตบุตร (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
3. บำเพ็ญจิต แสงชาติ.การพยาบาลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายและภายหลังการตาย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา; 2560.
4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองใน โรงพยาบาล ศูนย์การุณรักษ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา; 2560.
5. European society for medical oncology. Performance scales: Karnofsky & ECOG Scores. [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <https://oncologypro.esmo.org/oncology-in-practice/practice-tools/performance-scales>.
6. Oken MM., Creech RH., Tormey DC., Horton J., Davis TE., McFadden E.T., et al. Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. Am J Clin Oncol 1982; 5: 649-55.
7. Thomas K., William JA., et al. The gold standards framework proactive identification guidance (PIG) [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>.
8. Walsh RL, Mitchell G., Francis L., van Driel ML. What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in general practice? A systematic review. J Palliat Care. 2015; 31(2): 118-23.
9. World Health Organization. Definition of palliative care [Internet]. 2002 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

The background of the slide features a photograph of several hands of different ages and skin tones gently cupping a small, red, fabric-like heart with a white scalloped edge. The hands are positioned over a light-colored wooden surface. The entire slide is framed by large, abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta, creating a modern and warm aesthetic.

บทที่ 5

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
และการทำหนังสือแสดงเจตนา
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

และสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกระบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ และนำไปสู่การทำแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายต้องจัดให้มีการพูดคุยในหัวข้อนี้ เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย

คำจำกัดความ

ก่อนอื่นควรทราบคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรที่มีบทบาท สำคัญด้านการดูแลประคับประคองได้จัดทำคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย (ภาคผนวก 2) เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ทั้งนี้ได้นำคำจำกัดความ ที่เกี่ยวข้องมาให้ทราบ ดังนี้

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will) คือหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) คือ บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วย หมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด จะได้รับ การพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (lasting/durable power of attorney) คือเอกสาร ทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้

ความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ การที่บุคคลเตรียมตัววางแผนการดูแลรักษาในแนวทางที่ตัวเองต้องการ เพื่อในกรณีที่บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ไม่มีสติหรือการรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจ ไม่สามารถแจ้งความจำนงค์ แนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการแก่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลได้ เมื่อมีเหตุแทรกซ้อนที่แพทย์ลงความเห็นว่า ผลลัพธ์ของการรักษาอาจล้มเหลว หรือเมื่อผลการรักษาไม่สามารถทำให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หรือเมื่อโรคอยู่ในวาระสุดท้าย ในกรณีดังกล่าวข้างต้นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันจำนวนมากไม่ต้องการรับการรักษาที่รุกรานกับร่างกายและที่แพทย์เห็นว่าไม่ก่อเกิดประโยชน์หรือได้ประโยชน์น้อยแต่สร้างความทุกข์ทรมาน ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ที่แข็งแรงดี มีโอกาสประสบอุบัติเหตุหรือป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สูญเสียสมรรถนะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียการรับรู้อย่างถาวร มีคนจำนวนมากมีความเห็นว่าเป็นสภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิต และถ้าผลลัพธ์เป็นเช่นนั้น บางคนอาจไม่ต้องการให้แพทย์ยืดการรักษาต่อ หรือตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นมะเร็งปอด หรือมะเร็งแพร่กระจายไปปอด ต่อมาโรคลุกลามจนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถหายใจได้ ทางเลือกของการใส่เครื่องช่วยหายใจอาจใช้เวลาได้มากขึ้นเป็นวันๆ หรือสัปดาห์ๆ แต่ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้ ต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งครอบครัวไม่สามารถอยู่ด้วยได้ ต้องเสียชีวิตในสภาพเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และโดดเดี่ยว ผู้ป่วยจำนวนมากจึงทำแผนการดูแลตัวเองไว้ล่วงหน้า โดยเลือกการดูแลรักษาในแนวทางแบบประคับประคอง ซึ่งมีทีมดูแลประคับประคองช่วยดูแล ใช้จ่ายจัดการอาการไม่ให้เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน และสามารถวางแผนแจ้งความต้องการรับการดูแลในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลในสภาวะแวดล้อมที่สงบ มีครอบครัวอยู่รายล้อม และจากไปอย่างสงบตามสภาวะโรค โดยไม่ใช่เครื่องพยุงชีพต่างๆ มายืดความตาย การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาในแนวทางที่ตนเองต้องการ ไม่ใช่ให้ลูกหลานหรือคนอื่นมาตัดสินใจให้ ซึ่งอาจทำให้ลำบากใจถ้าจะไม่รักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ทำให้ครอบครัวทราบความต้องการและไม่ต้องลำบากใจในการตัดสินใจแทน รวมถึงลดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้ทีมสุขภาพทราบและดำเนินการในแนวทางการดูแลที่ตนเองต้องการ ลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระในวาระสุดท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้าช่วยให้การดูแลในช่วงท้ายของชีวิตเป็นไปได้อย่างราบรื่น และพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่า ปัจจัยสำคัญที่ผู้ทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า มักระบุว่าเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์คือ การได้มีโอกาสเตรียมตัว ไม่ต้องการเป็นภาระกับผู้อื่น และการรับรู้ว่ามีโอกาสควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง และเป็นการตายดี

ทีมดูแลประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงตามความจริง รวมถึงทางเลือกต่างๆ ในการตัดสินใจ และช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จากประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยเมื่อรับรู้สภาวะโรคมักมีการเตรียมตัวมักเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน และต้องการทางเลือกที่สุขสบายไม่เจ็บปวด รวมถึงการมีโอกาสดำเนินชีวิตในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัว และโรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ นอกจากนี้ การทำแผนดูแลล่วงหน้าจะหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ สร้างภาระกับระบบสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกาการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพพบสูงที่สุดในช่วงหนึ่งปีก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า ผู้เสียชีวิตซึ่งพบร้อยละ 5-6 ใช้จ่ายค่าในการบริการสุขภาพถึงร้อยละ 26-30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ร้อยละ 55-77 ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในประเทศไทยมีการศึกษาการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2550 พบว่า มากกว่าครึ่งเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ

และครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรง การศึกษาของศูนย์การณรักษ์ พบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายถึง 16,000 บาทต่อรายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

พัฒนาการด้านการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในต่างประเทศและในประเทศไทย

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในปี ค.ศ.1990 โดยบุคคลสามารถทำเอกสารปฏิเสธการพุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิต และภายใน ค.ศ.1997 ทุกรัฐได้มีการออกกฎหมายดังกล่าวและสามารถกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน ในประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ก็เริ่มมีการออกกฎหมายให้ประชาชนสามารถแสดงความจำนงในการปฏิเสธการพุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเรียกว่า advance directive (AD) ซึ่งสำหรับประเทศไทย คือมาตรา 12 แห่งพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า advance directive ไม่ได้ได้รับความนิยมหรือการยอมรับดีเท่าที่ควรตามเป้าประสงค์ โดยมีผู้ทำ advance directive เพียงร้อยละ 5-25 เนื่องจากการเกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของชีวิตและเป็นเรื่องของการปฏิเสธการรักษา ซึ่งสร้างความกังวลใจกับแพทย์ผู้รักษา การวิเคราะห์ความล้มเหลวของ advance directive พบว่าการทำ advance directive มักไม่มีการพูดคุยถึงแนวทางการดูแลในระยะที่ยังไม่ใช่วาระสุดท้าย ไม่มีการพูดคุยถึงการมองเห็นคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการ การพูดคุยมุ่งไปที่ปฏิเสธการรักษาพุงชีพในวาระสุดท้ายเท่านั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำ advance directive มักเป็นผู้ป่วยสูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (non-cancer) ซึ่งการประเมินว่าเมื่อไรผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายบางครั้งประเมินได้ลำบาก ทำให้แพทย์ลำบากในการตัดสินใจและเลือกที่จะรักษาเต็มที่ซึ่งมักตามมาด้วยการรักษาพุงชีพในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและบางครั้งมีการยืดอย่างยาวนาน รวมถึงไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่ในสภาวะยื้อความตายจากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดการพัฒนาการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าขึ้น (advance care planning) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ได้รับการยอมรับที่ดีจากผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดความก้าวหน้าในพัฒนาการด้านนี้ไปอย่างมาก มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ Five Wishes มีการจัดตั้งองค์กรชื่อ Respecting Choices Program ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1991 เพื่อทำการรณรงค์ในวงกว้างในเรื่องการทำแผนดูแลล่วงหน้า มีการฝึกอบรมทีมสุขภาพและทีมในชุมชนเพื่อเป็น program facilitators อย่างเป็นระบบ รวมถึงจัดทำเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าและส่งเสริมการใช้อย่างกว้างขวาง ผลลัพธ์ของโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มการทำ advance directive ได้ถึงร้อยละ 85 และร้อยละ 98 ของแนวทางการรักษาเป็นไปตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนตัดสินใจไว้ล่วงหน้า ในสหราชอาณาจักรก็ได้มีการขับเคลื่อนเรื่องการทำแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเช่นกันโดยมีการจัดตั้งโปรแกรมชื่อ Preferred Priorities for Care ซึ่งดัดแปลงจาก Preferred Place of Care พัฒนาโดย Lancashire and South Cumbria Cancer Network เพื่อประเมินโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลชุมชนซึ่งส่งเสริมการวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น Preferred Priorities for Care และได้รับการนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งใน NHS End of Life Programme ร่วมกับ Liver Pool Care Pathway และ Gold Standard Framework ปัจจุบัน Preferred Priorities for Care ได้รับการนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในผู้ป่วย acute organ failure, dementia, frail elderly, non-cancer illnesses ทั้งใน acute hospital, residential home และ hospice การประเมินผลการใช้ Preferred Priorities for Care พบว่า ได้ผลน่าพอใจ

ทั้งในผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ในประเทศไทยยังไม่มี การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเปรียบเทียบระหว่างอัตราการทำแผนดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารมาตรา 12 จากสถิติของศูนย์การุณรักษ์ในปี พ.ศ. 2555 พบมีการทำเอกสารมาตรา 12 ร้อยละ 11 ในขณะที่มีแผนการดูแล ล่วงหน้าร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2560 มีแผนดูแลล่วงหน้าร้อยละ 85 ในขณะที่มีการทำเอกสารมาตรา 12 เพียงร้อยละ 8

ความแตกต่างระหว่างการทำแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (Advance directive)

แผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกให้ทีมสุขภาพทราบถึงแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ กรณีเกิดเหตุการณ์ ร้ายแรงหรือการเจ็บป่วยทั้งที่คาดคิดและไม่คาดคิดเกิดขึ้นตลอดเวลาหลังการทำแผน โดยบุคคลสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าการรักษาแบบใดที่บุคคลนั้นต้องการหรือไม่ต้องการ สามารถกำหนดผู้มีสิทธิ ตัดสินใจแทน แผนดูแลล่วงหน้าไม่ใช่เอกสารตามกฎหมาย ซึ่งแตกต่างจากหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพฯ ซึ่งเป็นเอกสารตามกฎหมายที่บุคคลปฏิเสธ การรักษาพยาบาลเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น การทำแผนดูแลล่วงหน้ามักมีการนำไปสู่การทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพฯ ด้วย

ใครควรทำแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยด้วยโรคที่คุกคามกับชีวิต หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยง ที่จะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่ไม่คาดคิด ซึ่งได้แก่บุคคลเหล่านี้

1. ผู้ที่เสี่ยงกับการเกิด strokes (ผู้ที่มี hypertension)
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น early dementia
3. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกับอุบัติเหตุทางสมอง
4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และมีโอกาสเป็นซ้ำ
5. ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลใน long-term care

อย่างไรก็ตามบุคคลที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคภัยเรื้อรังก็สามารถที่จะทำแผนดูแลล่วงหน้าได้

ข้อดีของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มักก่อให้เกิดการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการทำงานเป็นทีม การพูดคุยทำให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วย รู้ความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หลีกเลี่ยงความสับสน หรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้น คือ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ในเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ
2. ลดปัญหา over หรือ under-treatment
3. ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ
4. ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลในแบบที่ต้องการได้ ช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะที่ตนเองรู้สึกไร้พลังอำนาจ
5. ลดการเป็นภาระให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน

ในวัฒนธรรมบ้านเรามักให้ความสำคัญในสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยน้อย การไม่ยอมให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วย รวมถึงการไม่ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเอง เมื่อมอบการตัดสินใจให้ผู้อื่น บางครั้งผู้ตัดสินใจเกิดความกังวล และไม่มั่นใจว่าการตัดสินใจดังกล่าวเป็นความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ รวมถึงบางครั้งผู้ตัดสินใจยึดเอาผลประโยชน์ของตนเองเป็นที่ตั้ง เช่น บุตรที่ไม่มีโอกาสได้ดูแลบิดามารดาอาจต้องการให้แพทย์ยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสดูแลทดแทนคุณหรือครอบครัวอาจกลัวถูกวินิจฉัยโรคจากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องที่ไม่ให้แพทย์ทำถึงที่สุด

อุปสรรคของการทำแผนดูแลล่วงหน้าและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากในประเทศไทย ยังไม่มีระบบการทำแผนดูแลล่วงหน้ามาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ยังไม่มีระบบจัดเก็บเอกสารการทำแผนดูแลล่วงหน้ารวมถึงเอกสารมาตรา 12 ที่สามารถให้แพทย์เข้าถึงได้ จึงยังมีความยุ่งยากทั้งในขั้นตอนการทำและการเข้าถึง อุปสรรคที่สำคัญได้แก่

1. ในผู้ป่วยระยะท้ายบางครั้งมีความยากลำบากในการประเมินพยากรณ์โรค ทำให้แพทย์ไม่มีความมั่นใจว่าสมควรถึงจุดที่จะทำตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วหรือไม่ การแก้ปัญหาคือการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแลประคับประคอง
2. แพทย์ขาดความเชี่ยวชาญในการสื่อสาร ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการสื่อสารด้านนี้ได้อย่างมั่นใจ ทำให้แพทย์ไม่สบายใจในการพูดคุย หรือหลีกเลี่ยงการพูดคุย จึงควรมีการพัฒนาทักษะทีมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป และทีมสุขภาพของศูนย์ดูแลประคับประคอง
3. ไม่มีระบบการรองรับ เพื่อให้สามารถเข้าถึงแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีความมั่นใจในการนำไปสู่การปฏิบัติ ในอนาคตควรมีการทำระบบจัดเก็บแผนดูแลล่วงหน้าและเอกสารมาตรา 12 ของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงได้ และควรเป็นระบบที่ยอมรับและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ
4. ประชาชนขาดความตระหนัก เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์โรคเข้าสู่ระยะท้ายไม่ยอมพูดคุยเรื่องร้ายแรงหรือเกี่ยวกับความตาย และไม่เห็นความสำคัญของการเตรียมตัวล่วงหน้า จึงควรมีการสร้างความรู้ความตระหนักให้กับสังคม จุดเริ่มที่ดีคือการทำในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการมีแผนดูแลล่วงหน้ารองรับการทำจำเป็นต้องมีครอบครัวอยู่ด้วย ก็จะเป็นการสร้างความรู้ความตระหนักให้กับคนรุ่นต่อไปด้วย
5. ประเพณีวัฒนธรรมของไทยที่ไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะกลัวผู้ป่วยหมดความหวัง รวมถึงการเคารพในตัวตนของผู้ป่วย ความเชื่อในเรื่องของการรักษาให้ถึงที่สุด ควรกระตุ้นให้มีการเคารพสิทธิ การพูดคุยอย่างเปิดเผยและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า

แนวทางการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวและขั้นตอนเกี่ยวกับการทำแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย

เป็นกระบวนการที่อาศัยความละเอียดอ่อน และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนการดูแล และเป็นกระบวนการที่ทำให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยได้ทราบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1) กระบวนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารสร้างความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว
แพทย์ใช้ความละเอียดอ่อนและสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสาร พูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนดังกล่าว แพทย์ต้องพูดคุยเพื่อค้นหาผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (surrogate decision maker) รวมถึงค้นหาผู้เป็นตัวแทนหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในระดับใด

ขั้นตอนที่ 2 การบอกพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง แพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคที่ตรงตามความจริง โดยแพทย์ต้องมีทักษะการบอกความจริงด้วยวิธีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดกำลังใจ ใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวัน เพื่อให้เข้าใจง่าย การสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคมีความสำคัญไม่ควรให้การพยากรณ์โรคที่ดีเกินจริง หลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง ควรมีการพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ รวมถึงทีมสุขภาพช่วยร่วมวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากร และการบริการต่างๆ ที่ครอบครัวต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ ควรพยายามส่งเสริมให้มีการพูดคุย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายในชีวิต และมีโอกาสสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษาในระยะต่างๆ ของโรค รวมถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ถ้าผู้ป่วยยังมีสมรรถนะดี ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินขึ้น ผู้ป่วยมีเป้าหมายให้แพทย์ดูแลในแนวทางใด เป้าหมายอาจได้แก่ การทำทุกอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดไม่ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร หรือเป้าหมายการรักษาที่ไม่รุกรานถ้าแพทย์เห็นว่าโอกาสสำเร็จมีน้อยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางคนอาจอยากเลือกเป้าหมายให้แพทย์ทดลองรักษาแต่ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นตามที่หวังขอให้ยุติและถอดถอนการรักษานั้นออก ควรมีการพูดคุยถึงเป้าหมายการดูแลเมื่อโรคอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งผู้ป่วยมักอยู่ในสถานะติดเตียงต้องพึ่งพิงทุกอย่างต้องเข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่คล้ายกันคือ ต้องการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว หลีกเลี่ยงการอยู่ในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและหลีกเลี่ยงการพุงซีฟ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนการดูแล ทีมสุขภาพควรพูดคุยเรื่องรายละเอียดทางเลือกของการดูแลรักษาต่างๆ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง แผนการดูแลของผู้ป่วยต้องคล้อยตามเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยวางไว้ เช่น ไม่ว่ามีอะไรเกิดขึ้นเป้าหมายคือการรักษาเต็มที่ให้ได้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล การรักษาทุกอย่างยังต้องคงไว้ เช่น การรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใช้เครื่องพุงซีฟต่างๆ แต่ถ้าเป้าหมายของผู้ป่วย คือ การดูแลให้สุขสบายไม่รุกราน แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวด เช่น ให้ยาระงับอาการ การให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม ปฏิเสธการพุงซีฟที่รุกราน เช่น การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การล้างไต เป็นต้น ทีมสุขภาพอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเป้าหมายของการดูแลแบบ palliative care ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานที่อยู่ที่ต้องการเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง

รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เครื่องพองชีพ ข้อดี ข้อเสีย ความไม่สบายและภาระที่เกิดขึ้น พุดคุยคำสั่งการกู้ชีพ (resuscitation order) การยืนยันถอดเครื่องพองชีพถ้าการลองรักษาไม่ได้ผลตามคาด

2) การบันทึกเจตจำนงของผู้ป่วยและการจัดเก็บบันทึกเอกสาร (Advance care planning documents)

- หลังจากที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงเลือกเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า แพทย์ควรทบทวนเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก้ไขในส่วนที่ยังคลาดเคลื่อนหรือเข้าใจไม่ตรงกัน
- ให้มั่นใจว่าเอกสารแสดงเจตจำนงต้องมีความชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจการรักษาของทีมสุขภาพ
- ให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสาร
- เก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย

3) มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นระยะ

บทบาทของตัวแทนผู้ป่วย ต้องให้ตัวแทนในการตัดสินใจของผู้ป่วยอยู่ในการสนทนาเพื่อให้รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องระบุบทบาทของตัวแทนในการตัดสินใจแทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะทำได้ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ ตัวแทนต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วยโดยยึดเจตจำนงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อบกพร่องที่มักพบในการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

- ขาดการพูดคุยอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นเฉพาะการลงนามเอกสาร
- การสนทนาทำในวงแคบ ไม่มีการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นรูปธรรมและหลากหลาย ให้มีโอกาสพิจารณาอย่างทั่วถ้วน
- เจตจำนงของผู้ป่วยที่ระบุไว้อาจไม่ชัดเจน
- ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยไม่ได้ร่วมในการสนทนา ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ทำให้ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ปัญหาและช่องว่างด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าในประเทศไทยและแนวทางการพัฒนา

ปัจจุบันในระบบสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีแบบฟอร์มและการจัดเก็บแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบศูนย์ดูแลระดับประจักษ์ซึ่งมีบทบาทในการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายยังต้องการพัฒนาทักษะเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถเผยแพร่และช่วยในการฝึกอบรมทีมสุขภาพอื่น แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไปไม่เข้าใจหลักการและขาดทักษะการสื่อสาร รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปและผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในระยะท้ายไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลระดับประจักษ์ทำให้ขาดการพูดคุยทำแผนดูแลล่วงหน้า แนวทางการพัฒนาให้ผู้ป่วยและประชาชนเข้าถึงการทำแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ ศักยภาพของทีมดูแลระดับประจักษ์เพื่อช่วยเผยแพร่องค์ความรู้และทักษะ การจัดตั้งคลินิกการทำแผนดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาล โดยอาศัยทีมดูแลระดับประจักษ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการทำแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้น นอกจากนี้การสร้างความตระหนักทั้งในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปก็เป็นส่วนที่มีความสำคัญ

สรุปโดยรวมภาระโรคในปัจจุบันของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น รวมถึงปริมาณผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าจากการที่ไม่มีทีมดูแลระดับประคับประคองเข้าร่วมดูแล การขาดความตระหนักในบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ รวมถึงประชาชนขาดความเข้าใจ เข้าไม่ถึงข้อมูล ทำให้ขาดการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ ทุกข์ทรมานและสร้างความล้มเหลวทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว จึงควรมีการสร้างและพัฒนาระบบการเข้าถึงและการส่งเสริมการทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย และการสร้างความตระหนักในประชาชนทั่วไป แม้มาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพฯ ได้เริ่มดำเนินการมาร่วม 12 ปี แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับขององค์การแพทย์และมีการทำเอกสารตามมาตรา 12 น้อยมาก เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การส่งเสริมการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าจะช่วยให้มาตรา 12 ประสบความสำเร็จมากขึ้น และครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่า

บรรณานุกรม

1. ชูติมา อรรถสิทธิ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาศวิท, อรศรี อินทามะ, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
2. ศูนย์การุณรักษ์. สถิติศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2555-2560. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์; 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น; 2562.
4. Agency for Integrated Care. [cited 2020 January 11]. Available from: <https://www.aic.sg>.
5. Brown BA. The history of advance directive: a literature review. J Geronto Nurs 2003; 29: 4-14.
6. Center of disease control. Deaths: Public health and aging: trends in aging–United States and worldwide. MMWR Weekly 2003; 52: 101-6.
7. Detering KM., Hancock AD., Reade MC., Silverter W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized control trial. BMJ 2010; 340: c1345.
8. National health service (NHS). End of Life Care Programme (2006) - Advance Care Planning NSH end of life care programme [Internet]. National health service; 2006. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/>.
9. Five Wishes. [cited 2020 July 28]. Available from: <https://fivewishes.org>.
10. Hammes BJ., Rooney BL. Death and end-of-life planning in one midwestern community. Arch Int Med 1998; 158: 383-90.
11. Lorenz K., Lynn J., Morton SC., et al. End-of-Life care and outcomes. Summary, evidence report/technology assessment: Number 110. AHRQ Publication Number 05-E004-1, December 2004. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/eolsum.htm>.
12. Lynn J and Goldstein N. Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwanted suffering. Ann of Int Med 2003; 13: 812-16.
13. Ramsaroop SD., Reid MC., Edelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success. J Am Geri Soc 2007; 55: 277-83.
14. Schwartz CE., Hammes B. Measuring patient treatment preferences in end-of-life care between patients and their health care agents helps define and document the patient's wishes for both patient and agent. J Palliat Med 2004; 7: 233-45.
15. Seshamani M., Gray AM. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on healthcare costs. Age Ageing 2004; 33(6): 556-61.

16. Sinsuwan W., Pairojkul S., Gomutbutra P., Kongkum K., Kosuwon W. A retrospective, single center, observational study, comparing the direct cost of end-of-life care patients with advanced cancer care: Palliative care versus usual Care. J Palliat Care Med 2016; 6: 243. doi:10.4172/2165-7386.1000243.
17. Smith RA. Good death “Age Concern Debate of the Age”. BMJ 2010; 320: 129-30.
18. Steinhauser KE., Clipp EC., McNeilly M., et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Ann Int Med 2000; 132: 825-32.
19. Storey L., O’Donnell L., Howard A. Developing palliative care practice in the community. Nursing Standard 2002; 18: 40-2.
20. Storey L., Wood J., Clark D. An evaluation strategy for preferred place of care. Prog Pall Care 2006; 14: 120-3.
21. The Respecting Choices Program. [cited 2020 July 28]. Available from: <http://www.learnrc.org/default.asp>.
22. Wood J., Storey L., Clark D. Preferred place of care: an analysis of the “first 100” patient assessments. Pall Med 2007; 21: 449-50.

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a wooden surface. The background of the entire page features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta.

บทที่ 6

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
แบบองค์รวม



บทที่ 6.1

การดูแลทางด้านร่างกาย

ธีระพล สมหมายไชยา

โรงพยาบาลเลิดสิน

การดูแลทางด้านร่างกาย

การดูแลแบบประคับประคองทางกายจะเชื่อมโยงกับการตัดสินใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายแนวทางการรักษาและการปฏิบัติจริง ซึ่งผู้ป่วยและญาติควรได้รับการอธิบายให้เข้าใจ มีความเห็นและยอมรับร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางวัฒนธรรม ศีลธรรม และจริยธรรมของผู้ป่วยและผู้ให้การรักษานบนพื้นฐานของสังคม และกฎหมายของระบบสาธารณสุขที่มี ทั้งนี้การดูแลทางด้านร่างกายควรมีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิต โดยควรเป็นไปในลักษณะที่จริงใจ เป็นที่ยอมรับของสังคม และเป็นการตัดสินใจร่วมกันบนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์หรือผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้มีการใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือต่างๆ ทางกายในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ตลอดจนภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาด้านร่างกายหลายอย่างร่วมกัน

1. ความปวด (Pain)

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการปวดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาอาการปวดมีทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้การประเมินความปวดและทักษะของผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะจัดการอาการปวดของผู้ป่วยจนอยู่ในระดับที่พึงพอใจ การจัดการปัญหาความปวดของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ วิธีการจัดการความปวดทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาที่จัดทำขึ้นนี้จะเป็นเครื่องมือทางวิชาการในการสนับสนุนความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

1.1 การรักษาด้วยยา

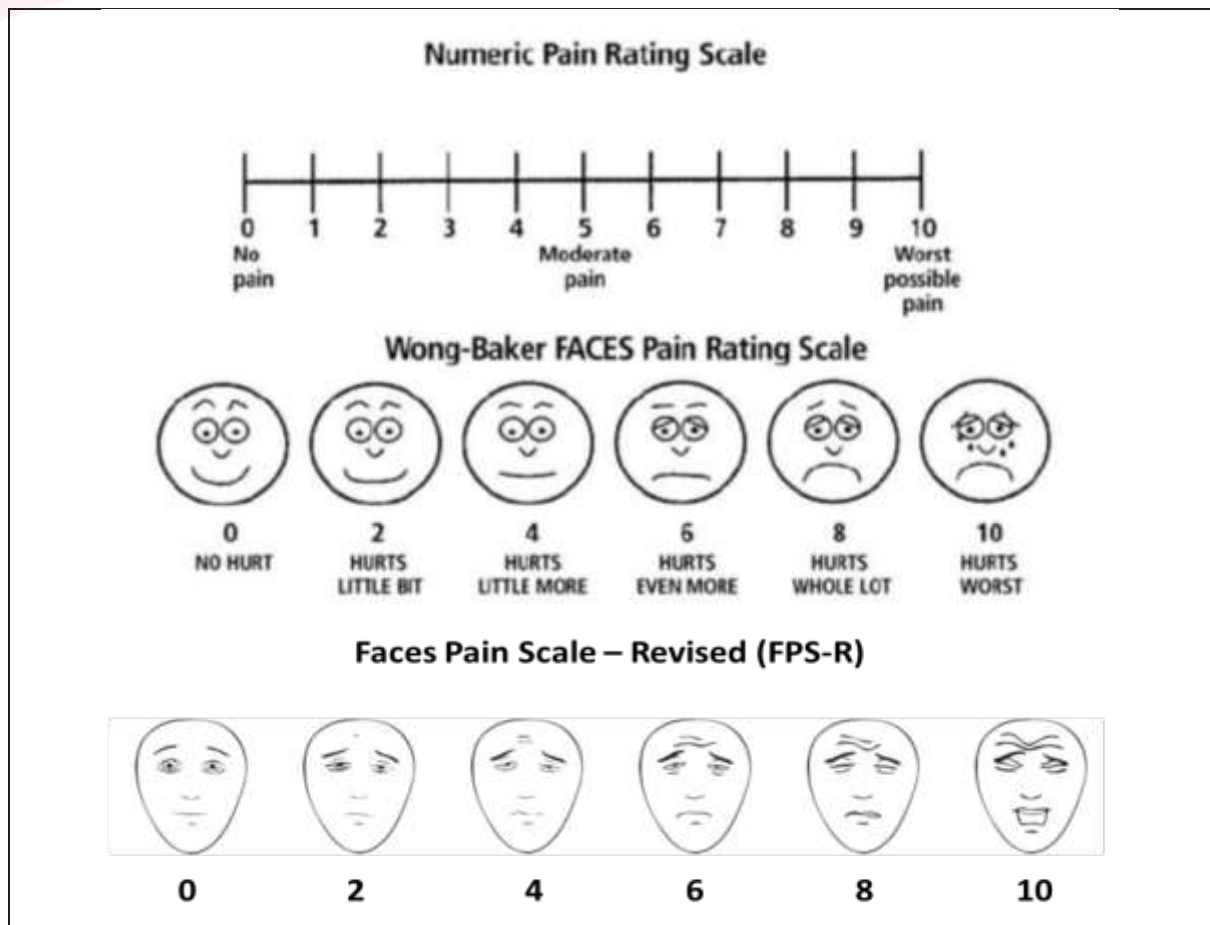
1.1.1 การประเมินความปวด: วัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุและติดตามประเมินความรุนแรงของความปวด เป็นการตอบสนองต่อการรักษาโดยให้ครอบคลุม ดังนี้

1) ตำแหน่ง (pain position) สามารถทำให้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (body chart) และบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่งหลายลักษณะ

2) ลักษณะความปวด (pain characteristics) เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตึบๆ ปวดเหมือนถูกเข็มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลมๆ ปวดร้าว เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวดว่าน่าจะมีกลไกความปวดอย่างไร

3) ความรุนแรงของความปวด (pain intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวด ดังนี้ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ให้ประเมินความรุนแรงของความปวดว่าผู้ป่วยปวดกี่คะแนน โดยใช้แบบประเมิน numerical rating scale (NRS) คือ จากคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ (ภาพที่ 6.1.1)

กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน faces pain rating scale (ภาพที่ 6.1.1) และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม ฯลฯ



ภาพที่ 6.1.1 เครื่องมือวัดระดับความปวด

ที่มา: Turk DC., Melzack R. 2011, International association for the study of pain 2018

4) ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

5) ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน นอนหลับ และผลกระทบทางด้านอารมณ์

6) ผลของการรักษาต่อความปวด ได้แก่ ใชยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้

1.1.2 การวางแผนการรักษา

1) การบำบัดความปวด

หลักการบำบัดความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายใช้หลักการขององค์การอนามัยโลกที่ให้ยาแก้ปวดตามขั้นตอน (ตารางที่ 6.1.1) และการใช้วิธีที่ไม่ซับซ้อน (non-invasive) ก่อน เช่น ให้รับประทาน (by mouth) และให้ตามเวลา (by the clock) ขนาดไม่มีจำกัด แต่ให้ประเมินติดตามการเลือกใช้นิตและปรับขนาดตามความรุนแรง ไม่ใช่ตามระยะของโรค และเมื่อยาแก้ปวดในระดับขั้นเดียวกันใช้ไม่ได้ผลในขนาดสูงแล้ว ควรปรับเป็นยาในชั้นที่สูงกว่า **ไม่ควรให้ซ้อนชนิดกัน** เช่น ให้ยา codeine และ tramadol ในช่วงเวลาเดียวกัน และเมื่ออาการปวดดีขึ้น ให้ปรับขนาดลงตามความรุนแรง เมื่อมีอาการปวดแบบต่อเนื่องต้องให้ยาตามตารางเวลาเพื่อคุมอาการต่อเนื่อง (around the clock) แต่เมื่อมีความปวดที่เกิดเป็นครั้งคราว (breakthrough) ก็ให้เสริมอีกด้วยยาที่ออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วเพื่อรับคุมอาการ

ตารางที่ 6.1.1 หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก

ตามความรุนแรงของความปวดเป็นขั้นบันได (by the ladder)	ขั้นที่ 1 รายที่มีความปวดน้อยถึงปานกลาง
	ให้ยาในกลุ่ม non opioids โดยร่วมกับยาเสริมตามอาการ
	ขั้นที่ 2 รายที่มีความปวดปานกลางถึงรุนแรง
	ให้ยาในกลุ่ม weak opioids โดยให้ยาในกลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย
	ขั้นที่ 3 รายที่มีความรุนแรงมาก
	ให้ยาในกลุ่ม strong opioids โดยให้ยาในกลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย

2) หลักการรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ยาในกลุ่ม acetaminophen และ non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) สามารถให้ได้ในทุกระดับความปวด โดยสามารถให้ตั้งแต่อาการปวดน้อย และใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม opioid เพื่อลดขนาดของยา opioid ดังตารางที่ 6.1.2

ตารางที่ 6.1.2 ตัวอย่างยาในกลุ่ม non-opioid ที่ใช้บ่อย

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาด (มก.)	ความถี่	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)
Acetaminophen	Paracetamol	325, 500	ทุก 4 - 6 ชม.	2,000
NSAIDs	Ibuprofen	200, 400, 600	ทุก 4 - 6 ชม.	2,400
	Diclofenac	25, 50	ทุก 8 ชม.	150
	Indomethacin	25	ทุก 8 - 12 ชม.	200
	Naproxen sodium	275	ทุก 12 ชม.	1,000
Coxibs	Celecoxib	200, 400	ทุก 12 ชม.	400
	Etoricoxib	30, 60, 90, 120	ทุก 14 ชม.	120

การให้ยาในกลุ่ม NSAIDs ควรระวังผลข้างเคียงในเรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร และผลข้างเคียงต่อไต ซึ่งในผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ อยู่แล้ว จึงควรใช้ยาในกลุ่มนี้ในระยะสั้น

ขั้นที่ 2 Weak opioid พิจารณาใช้ได้ในระดับความปวดน้อยถึงปานกลาง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ tramadol และ codeine ดังตารางที่ 6.1.3

ตารางที่ 6.1.3 รายละเอียดของยาในกลุ่ม weak opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด (มก.)	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)	ความถี่	อาการ ไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
Tramadol	50	400	ทุก 6-8 ชม.	มีนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	- เพิ่มความเสี่ยงของ อาการชักในผู้ป่วยที่มี ประวัติลมชัก - ควรลดขนาดยา ในผู้ป่วยโรคไต โรคตับ และผู้สูงอายุ - ระวังการเกิด serotonin syndrome เมื่อใช้ร่วมกับ SSRIs หรือ SNRIs
Codeine	15, 30	240 - 360	ทุก 4-6 ชม.	มีนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	- ควรลดขนาดยา ในผู้ป่วยโรคไต - ฤทธิ์แก้ปวดลดลงเมื่อ ใช้ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้ง CYP2D6 เช่น fluoxetine และ paroxetine

ขั้นที่ 3 Strong opioid ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ดังตารางที่ 6.1.4

ตารางที่ 6.1.4 รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
MO IR (ยามอร์ฟินเม็ดแบบ ปลดปล่อยทันที)	10 มก.	ทุก 3-4 ชม.	ที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มีนงง ง่วงนอน	- ปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ มีภาวะไตบกพร่อง - ระวังภาวะการ หายใจถูกกดในผู้ที่มีความ เสี่ยง เช่น โรคระบบ ทางเดินหายใจ โรคระบบ ไหลเวียนเลือดรุนแรง
Morphine syrup (ยามอร์ฟินชนิด น้ำเชื่อม)	2 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.	ที่พบบ่อย คือ ความ ดันโลหิตต่ำ กัดกร หายใจ คั่น กล้ามเนื้อ	
ยาแคปซูลแบบควบคุม การปลดปล่อย (Kapanol®)	20 มก., 50 มก., 100 มก.	ทุก 24 ชม.	กระตุก delirium	

ตารางที่ 6.1.4 (ต่อ) รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
มอร์ฟีนฉีดเข้าใต้ผิวหนัง, มอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	10 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.		ใช้ร่วมกับยาอื่นที่กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น high potency benzodiazepines และผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง
ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (morphine sustained-released tablet: MST®)	10 มก., 30 มก., 60 มก.	ทุก 6-12 ชม.		*ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (MST) ห้ามหัก แบ่ง บด เคี้ยว เมื่อยา
Pethidine	50 มก./มล.	ทุก 4-6 ชม.	delirium, myoclonus	ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็ง
Fentanyl transdermal patch	12, 25, 50 มก./ชม.	ทุก 72 ชม. (3 วัน)	เหมือนมอร์ฟีน แต่ต้องผูกน้อยกว่า	ห้ามให้ความร้อนจากกระเป๋าน้ำร้อน ผ้าห่ม ไฟฟ้าสัมผัสบนแผ่นยาเมื่อแปะ

กรณีเกิดการกดหายใจ (respiratory depression) การวินิจฉัยภาวะกดการหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะกดการหายใจจะมีอาการที่สามารถพบได้ คือ ซึมลง pupil pin point ร่วมกับหายใจน้อยกว่า 6-10 ครั้งต่อนาที (โดยใช้แบบประเมิน sedative score) ให้การรักษาโดยใช้การล้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม opioid ให้การรักษาโดยเจ็จาก naloxone 1 ampule (0.4 มก.) ใน 0.9% normal saline 9 มล. แบ่งครั้งละ 1-2 มล. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ทุก 30-60 วินาที จนอาการดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองภายใน 10 นาที ให้ฉีดจนได้ขนาดรวม 1 มก. แต่อย่างไรก็ตามยาในกลุ่ม opioid มี half life นานกว่ายา naloxone (45 นาที-1 ชั่วโมง) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นในช่วงแรก ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะถ้าฤทธิ์ของ naloxone หหมด แต่ฤทธิ์ของยา กลุ่ม opioid ยังอยู่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกดการหายใจขึ้นอีก จึงต้องให้ยา naloxone เป็นระยะตามอาการผู้ป่วย

ยากลุ่ม adjuvants

ยาแก้ปวดกลุ่ม adjuvants คือ ยากลุ่มที่มีข้อบ่งใช้หลักทางคลินิกสำหรับสำหรับโรคอื่นๆ แต่สามารถนำมาใช้ร่วมเพื่อบำบัดความปวดได้ หรืออาจเหมาะสำหรับความปวดบางชนิด ยาแก้ปวดในกลุ่ม adjuvants มีหลายกลุ่ม เช่น antidepressants, anticonvulsants, muscle relaxants, antispasmodics, corticosteroids และ bisphosphonates แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์ในการใช้แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 6.1.5

ตารางที่ 6.1.5 Adjuvants drug ที่ใช้บ่อย

ยา	ความแรง (มก.)	ขนาดยา (มก./วัน)	อาการไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวัง
Amitriptyline	10, 25	10-75	- anticholinergic side effect ง่วงนอน หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ - ระวังระวังหรือหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต โรคต่อหิมนมปิด โรคลมชัก
Gabapentin	100, 300, 400, 600	300-3,600	- ง่วงนอน วิงเวียน บวมที่รยางค์ส่วนปลาย - ขับทางไตในรูปเดิม จึงต้องลดขนาดในผู้ป่วยซึ่งมีการทำงานของไตบกพร่อง
Pregabalin	25, 75	75-600	- ง่วงนอน วิงเวียน บวมที่รยางค์ส่วนปลาย - ขับทางไตในรูปเดิม จึงต้องลดขนาดในผู้ป่วยซึ่งมีการทำงานของไตบกพร่อง
Corticosteroid (dexamethasone, prednisolone)	ความปวดที่เกิดจากภาวะ inflammation, nerve compression, diffuse bone pain, bowel obstruction, acute management ในภาวะ pain crisis จากพยาธิสภาพที่ dural structures หรือ bone, intracranial pressure สูงจากมะเร็งในสมอง	ขนาดยาแล้วแต่ชนิดของยาที่ใช้ และข้อบ่งใช้	- ประโยชน์อื่นๆ ของยาในผู้ป่วยมะเร็งคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิต mood elevation กระตุ้นความอยากอาหาร ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความรู้สึกไม่สบายหรืออ่อนแอของร่างกาย (malaise) ระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระยะยาว

การตรวจติดตามผลการระงับปวดต้องมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจนผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด

1.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีการที่ใช้บ่อยและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีดังนี้

การนวด (massage) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกาย หรือบริเวณที่นวดควรนวดแบบ effleurage/ stroking คือ การใช้มือไล่นิ้วหนึ่งลงน้ำหนักเบาหรือแรงก็ได้ ซึ่งจะให้ผลแตกต่างกัน ถ้าน้ำหนักเบาในทิศทางใดๆ กระทำได้ทั่วร่างกาย จะเป็นการกระตุ้น reflex และเกิดผลทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่ถ้าลงน้ำหนักแรงต่อตำแหน่งเป็นแนวยาวจะให้ผลทางกลศาสตร์ระดับลึก

ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของอาการ โดยถ้าเกิดการบาดเจ็บเฉียบพลันร่วมกับเกิดการบวมขึ้นควรเลือกใช้ความเย็นเพราะความเย็นจะช่วยลดบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นอาการแบบเป็นๆ หายๆ มีอาการเรื้อรังหรือปวดตึงกล้ามเนื้อ ควรใช้ความร้อนเพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ

การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนังผ่านทางแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วยโดยอาศัยกลไกการลดปวดจาก gate-control theory

1.3 Palliative radiotherapy

ใช้รักษาอย่างประคับประคองโดยเฉพาะอาการปวดกระดูก ปวดบริเวณก้อนมะเร็ง โดยจะทำการฉายรังสีระยะสั้นขึ้นกับลักษณะของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

2. อาการทางกายอื่นๆ ที่พบได้บ่อย

2.1 เหนื่อย/ อ่อนเพลีย (Tiredness/ Fatigue)

ความอ่อนล้า คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดแรง เหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง สัมพันธ์ภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกาย และความทนทานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย สาเหตุของความอ่อนล้ามีความซับซ้อนต้องตรวจวินิจฉัยอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปวด คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก ท้องผูก อาการซึมเศร้า ภาวะติดเชื้อมี และภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

แนวทางการจัดการ

การเพิ่มแคลอรีของอาหารด้วยการรับประทาน หรือเข้าทางหลอดเลือดจะได้ผลน้อยและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นควรรักษาสาเหตุ เช่น ให้เลือดกรณีเกิดภาวะซีด ให้ยาบรรเทาอาการอ่อนล้า เช่น ยากลุ่ม steroid erythropoietin และ anti-depressive กรณีมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นให้จำกัดกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกเดิน การเข้าห้องน้ำ การเผื่อระวังอุบัติเหตุ การพักผ่อน อย่างเพียงพอ และกรณีเหนื่อยให้ออกซิเจนร่วมด้วย

2.2 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

คลื่นไส้ คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็ว

อาเจียน คือ เป็นอาการที่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะให้ไหลย้อนขึ้นมาจากปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะท้ายมักมีปัญหาเรื่องคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งต้องประเมินและหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และรักษาผู้ป่วยตามสาเหตุดังกล่าว

แนวทางการจัดการ

การรักษาโดยใช้ยา: domperidone, prochlorperazine, metoclopramide, ondansetron, granisetron, haloperidol

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มจืดๆ บ่อยๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศสดชื่น

2.3 ง่วงซึม/สับสน (Drowsiness)

Drowsiness เป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะท้ายเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ยา การติดเชื้อ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ภาวะล้มเหลวของอวัยวะในร่างกาย เช่น ไตวาย ตับวาย

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุ

แนวทางการจัดการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบในกรณีที่เป็นผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioid ให้ลดขนาดยาลง หรืออาจจำเป็นต้องใช้ methylphenidate เพื่อกระตุ้นระบบประสาทซึ่งอาจจะไม่สามารถแก้ไขได้ในกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

2.4 เบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia)

Anorexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารร่วมกับการลดลงของแคลอรีที่ได้รับ

Cachexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ร่วมกับมีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมินระดับความรุนแรงโดยดูจากน้ำหนักตัวที่ลดลงเพื่อการจัดการที่เหมาะสม

แนวทางการจัดการ

กรณีประเมินระดับความรุนแรงได้เล็กน้อย ให้ดูแลเรื่องความสะอาด และความชุ่มชื้นในช่องปาก โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดและซับที่ปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดอาหารมื้อที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย กรณีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก รายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษานักโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ และให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร

2.5 เหนื่อยหอบ (Shortness of breath)

เหนื่อยหอบ คือ เป็นอาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจติดขัดเหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่เต็ม เหมือนสำลักหรือหายใจหนักๆ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากตัวโรคคลุกราม อาจพบปัญหาการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ พบอุบัติการณ์ของการหายใจลำบากเป็นลำดับต้นๆ

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้การบอกจำนวนตัวเลข (visual analogue scale; VAS) หรือประเมินโดยใช้คำพูดหรือภาพ กรณีสื่อสารไม่ได้

การตรวจวินิจฉัย: การประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอดของผู้ป่วย อาการซีด หรือเขียวที่เล็บ การใช้กล้ามเนื้ออื่นๆ ช่วยหายใจ ควรตรวจร่างกายโดยการคลำและเคาะท้อง เพื่อประเมินภาวะท้องมาน สังเกตเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ติดตามผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (hematocrit) และฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เพื่อหาสาเหตุเพิ่มเติมของการหายใจลำบาก ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคสาเหตุบางอย่างเป็นอันตรายต่อชีวิตและสามารถแก้ไขได้ควรให้การรักษารวดเร็ว เช่น pericardial effusion, pleural effusion, superior vena cava syndrome, pneumonia สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้การรักษาควรเป็นไปตามอาการแบบประคับประคอง โดยไม่จำเป็นต้องพยายามตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

แนวทางการจัดการ

การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายจะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดรัดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดท่าเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้นและเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ควรใช้ท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's or semi sitting position)

ท่าทางการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมตามความเหมาะสมช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดอาการหายใจลำบาก เช่น นอนหงายแขนแนบข้างลำตัว สูดลมหายใจเข้าลึกๆ พร้อมกับยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้น และยกแขนลงพร้อมกับหายใจออกช้าๆ ทางปาก

การฝึกหายใจโดยการห่อปาก (pursed-lip breathing) เป็นการบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม สามารถลดอาการเหนื่อยได้ และจะช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลม และป้องกันปอดแฟบ เริ่มจากจัดท่านอนหงาย หนุนหมอน และชันเข่า 2 ข้าง หรือนั่งเก้าอี้ในท่าผ่อนคลาย โน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 3-4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดเป่าลมออกให้ช้า และยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (diaphragmatic breathing) เป็นการฝึกหายใจที่ใช้กล้ามเนื้อที่แข็งแรงและได้ลมเข้าออกปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ เริ่มจากผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณกลางอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ขณะหายใจเข้าท้องป่องออกจนรู้สึกว่ามีมือที่วางบริเวณท้องเคลื่อนสูงขึ้น หายใจออกทางปากหน้าท้องจะยุบลง

2.6 ท้องผูก (Constipation)

ท้องผูก เป็นอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ opioid และสาเหตุอื่นๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย นอนติดเตียงหรืออัมพาต

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ และระยะเวลาที่เป็น

แนวทางการจัดการ

การรักษาเชิงพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยประเภทที่ละลายได้ง่าย เช่น ผัก ผลไม้ และข้าวโอ๊ต อย่างเพียงพอ จะช่วยให้อุจจาระมีขนาดใหญ่และนุ่ม ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 1.5-2.0 ลิตรต่อวัน ควรปรึกษานักโภชนาการช่วยวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ อาหารบางชนิดมีคุณสมบัติช่วยระบายโดยธรรมชาติ เช่น ลูกพรุน ผลมะเดื่อฝรั่ง ผลกีวี ชะเอมเทศ กากน้ำตาล (molasses) สำหรับผู้ที่ท้องผูกง่ายควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีเส้นใยหรือน้ำน้อย เช่น ไอศกรีม

ชีส เนื้อสัตว์ หรืออาหารสำเร็จรูป เพิ่มกิจกรรมทางกายตามความเหมาะสมเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ และจัดที่นั่ง ไม่ควรละเลยหรือยับยั้งความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ สร้างบรรยากาศที่ดีในการขับถ่าย ควรหลีกเลี่ยง การใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก และหลีกเลี่ยงการใช้ยาระบายต่อเนื่องยาวนานโดยไม่จำเป็น

การรักษาโดยการให้ยาระบายทั้งชนิดรับประทาน เหน็บทวารหนัก หรือสวนอุจจาระ ยาระบาย กลุ่มกระตุ้นออกฤทธิ์ ทำให้กล้ามเนื้อลำไส้บีบตัวเป็นจังหวะๆ ตัวอย่าง เช่น senna (มะขามแขก), bisacodyl ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินความจำเป็น เช่น รับประทานยาต่อเนื่องเป็นประจำหรือใช้ในปริมาณมาก เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ยาระบายกลุ่มออสโมซิสออกฤทธิ์ดูดซึมทำให้สารน้ำไหลกลับเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ ผ่านช่องทางพิเศษ จึงมีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะท้องผูกชนิดไม่ทราบสาเหตุ เช่น polyethylene glycol, lactulose และ sorbitol โดยทั่วไปนิยมใช้ polyethylene glycol เพราะต่างจาก lactulose และ sorbitol ตรงที่ไม่ก่อให้เกิดแก๊สหรือท้องอืด ส่วน sorbitol นั้นให้ผลเช่นเดียวกับ lactulose แต่ราคาถูกกว่า ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรระมัดระวังในการใช้นี้ ยาระบายกลุ่มเกลือออกฤทธิ์เหมือนฟองน้ำที่ดึงน้ำเข้าสู่ ลำไส้ใหญ่เพื่อให้อุจจาระเคลื่อนตัวผ่านไปได้ง่ายคล้ายคลึงกับยาระบายกลุ่มออสโมซิส เช่น magnesium hydroxide และ magnesium citrate ยาระบายกลุ่มนี้ใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกเฉียบพลันที่ไม่ได้เกิดจากการอุดตัน ของลำไส้ ยาเหน็บทวารและการสวนอุจจาระ นอกจากยาระบายจะมีรูปแบบการใช้เป็นยาแบบรับประทาน (ยาน้ำ ยาเม็ด ยาง หรือยาแกรนูล) ยังมีในรูปแบบของยาเหน็บหรือยาสวนทวาร ซึ่งใช้โดยการสอดผ่านรูทวาร เข้าไปในไส้ตรง แม้ว่าคนจำนวนมากไม่ชอบใช้ยาแบบนี้แต่เป็นวิธีที่ให้ผลเร็วกว่าการรับประทาน เมื่อสอดเข้าไป ในไส้ตรง ยาจะไปทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลงและทำให้ผนังของไส้ตรงหดตัวเพื่อขับอุจจาระออกมา การใช้ยาในเวลาเดิม ของทุกวันอาจช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีรักษาดังกล่าวมาแล้วอาจใช้ ชุดสวนอุจจาระสำเร็จรูปที่มีเกลือ sodium phosphate/ biphosphate (fleet) เป็นครั้งคราวได้ แต่ไม่แนะนำให้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจหรือโรคไต ยกเว้นแพทย์สั่งให้ใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์

2.7 สะอึก (Hiccup)

สะอึก คือ เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานที่ไม่สัมพันธ์ของกระบังลมกับกล้ามเนื้อหายใจ ภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินจากอาการและระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น

แนวทางการจัดการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ เช่น ลดภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง จิบน้ำเย็น เป่าลมใส่ถุงกระดาษ เพื่อเพิ่มปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ หรือกลืนหายใจ ทำให้ตกใจ และให้ยากลุ่ม corticosteroid เช่น dexamethasone, prednisolone ให้ยากลุ่ม antipsychotics เช่น haloperidol, chlorpromazine ให้ยากลุ่ม muscle relaxants เช่น baclofen

3. ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะท้าย

2.8 อาการปวดรุนแรง อาจเป็นอาการปวดที่เกิดเมื่อเคลื่อนไหวแม้เพียงเล็กน้อย หรืออาการปวด ที่กำเริบจนทำให้นอนไม่ได้

การรักษา

อันดับแรก คือ การใช้ morphine ทางหลอดเลือดดำ โดยแบ่งการใช้เป็น 2 กรณี ดังนี้

ประเภทผู้ป่วย	การดูแล
ในผู้ที่ไม่เคยได้รับ morphine มาก่อน	ให้บริหาร morphine 2-5 มก.ทางหลอดเลือดดำ
ในผู้ที่ได้รับ morphine อยู่แล้ว	ให้ morphine ขนาด 10-20% ของขนาดที่ได้รับ ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ประเมินอาการซ้ำใน 15 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นให้ซ้ำ โดยเพิ่มขนาดขึ้นอีก 50-100% ถ้าอาการปวดดีขึ้น แต่ pain score ยังอยู่ในระดับ 4-6 ให้ซ้ำอีกในขนาดเดิม ถ้าอาการดีขึ้น และ pain score อยู่ในระดับ 0-3 ให้ยาต่อในขนาดและช่วงเวลาที่เคยได้รับ

2.9 Spinal cord compression พบได้ประมาณร้อยละ 5 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบบ่อยในมะเร็งของ breast, bronchus, prostate, cervix, thyroid และ multiple myeloma โดยมะเร็งกระจายไปที่กระดูก และลามเข้า epidural space หรือกระดูกสันหลังยุบตัวไปกดไขสันหลัง และเส้นประสาทตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่ คือ thoracic รองลงมาเป็น lumbosacral พบน้อยบริเวณ cervical

อาการ	ช่วงแรกไม่เด่นชัด แต่เมื่ออาการแสดงชัดเจนมักสายเกินไปที่จะรักษา ควรตระหนักเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ซึ่งอาจนำมาก่อนเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน มีอาการปวดแปลบไปด้านหน้ารอบลำตัว เป็นมากขึ้นเวลาไอ จาม หรือก้มตัว มีอาการขาอ่อนแรง ชาขา หรือเท้าชาบริเวณ perianal ส่วนความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะมักพบเมื่อโรคเป็นระยะท้าย
การตรวจร่างกาย	มักกดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง reflex ลดลงในช่วงแรก และไวขึ้นในระยะต่อมา ชาต่ำกว่า dermatome ที่มีการกดทับ มี motor weakness ไม่มี anal tone
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	plain film ของ spine พบผิดปกติ 80% MRI ช่วยประเมินหาสาเหตุได้อย่างถูกต้อง (gold standard)
การรักษา	<u>การรักษารีบด่วน</u> - รับประทานโดยใช้ immediate-released opioids และยารักษา neuropathic pain - ให้ dexamethasone 12 มก. ตอนเช้าครั้งเดียวเพื่อลดบวม <u>การรักษาอื่น</u> การรักษาอื่นๆ ขึ้นกับ functional status ของผู้ป่วย ได้แก่ - Radiotherapy ถ้าเป็นชนิด radio-responsive และ spine stable - Surgery กรณีมี vertebral body collapse, unstable fracture หรือต้องการ tissue diagnosis - Chemotherapy ถ้าเป็นชนิด responsive - ในระยะ terminal ให้ corticosteroid เพียงอย่างเดียว
พยากรณ์โรค	- การกลับมาเดินได้ 70% ในผู้ป่วยที่เดินมาได้, 30% ในผู้ป่วยที่มี paraparesis, 5% ในผู้ป่วยที่มี paraplegia - การมี spinal cord compression จาก bone metastasis มักทำนายได้ว่าผู้ป่วยมี survival ไม่เกิน 3-6 เดือน
การดูแลระยะยาว	ดูแลไม่ให้มีแผลกดทับ - เนื่องจากระบบประสาทควบคุมการขับถ่ายสูญเสีย และการให้ opioid ทำให้ท้องผูก ควรสวนอุจจาระทุก 3 วัน - ถ้าถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้ ใส่ urinary catheter - psychosocial support

ดังนั้นในผู้ป่วยมะเร็ง ถ้ามีอาการปวดหลัง ให้ถือเป็น warning sign ของ spinal cord compression จนกว่าจะพิสูจน์ว่าไม่ใช่ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบจัดการภายใน 24 ชั่วโมงแรก ถ้าซ้ำโอกาสกลับมาเดินได้จะน้อยหรือไม่มี และมีผลต่อ survival และ quality of life

2.10 Superior vena cava obstruction

สาเหตุ	- primary bronchial carcinoma, lymphomas ในช่องทรวงอก - เคยได้รับการฉายแสงบริเวณช่องทรวงอก - การใส่ central venous catheter, benign mediastinal tumors, thoracic aortic aneurysms, SVC thrombosis
อาการ	บวมบริเวณใบหน้า ลำคอ หอบเฉียบพลัน ปวดศีรษะจากสมองบวม
ตรวจร่างกาย	- พบบวมรอบตา ใบหน้า คอ และแขน - พบเส้นเลือดบริเวณลำคอโป่ง ไม่มี pulsation - พบ dilated collateral vessels บริเวณทรวงอกด้านบน - พบทางเดินหายใจอุดกั้นจาก laryngeal edema
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- chest x-ray พบ widened mediastinum, right pleural effusion - CT scan ช่วยบอกสาเหตุและการตัดสินใจทำ biopsy เพื่อการวินิจฉัยหรือ radiotherapy
การรักษาเบื้องต้น	- นอนยกหัวสูง ให้ออกซิเจน - ให้ immediate-released morphine SC/IV ขนาดที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงขนาดที่ผู้ป่วยเคยได้มาก่อน - dexamethasone 16 มก. PO/SC/IV single dose x 5 วัน - radiotherapy มักช่วยให้ดีขึ้นในสองสามวัน - chemotherapy ในมะเร็งที่ตอบสนองและอาการไม่รุนแรง เช่น lymphoma - small cell lung cancer - thrombolysis - endovascular stent - กรณีไม่ตอบสนองหรือผู้ป่วยมีเวลาเหลือเป็นวัน/สัปดาห์ ให้มุ่งเน้นจัดการอาการโดยให้ opioids และ sedation

2.11 Dyspnea crisis

สาเหตุ	pulmonary embolism, fulminant pneumonia, upper airway obstruction, hemoptysis
การรักษา	- เน้นดูแลให้สุขสบาย พยายามให้สงบสติอารมณ์ - ให้ออกซิเจน - ให้ยา IV opioids - อาจต้องให้ยา sedatives: lorazepam, midazolam - การให้ morphine ใน dyspnea crisis: morphine 5-10 มก. IV ถ้าไม่ดีขึ้นใน 10 นาที ให้ morphine 10-15 มก. ถ้าไม่ดีขึ้นใน 10 นาที ให้ morphine 15-20 มก.

2.12 Acute airway obstruction

มักเกิดจากก้อนเนื้ออุดกั้นบริเวณศีรษะและคอ หรือหลอดลม ที่พบบ่อยคือ primary หรือ secondary lung cancers หรืออาจเกิดจากการกดเบียดภายนอกจาก malignant mediastinal lymph nodes และมะเร็งบริเวณช่องปากและลำคอ

อาการ	หอบ อาจมีเสียง stridor หรือ wheezing
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษา	- CXR: collapse, consolidation, lymphadenopathy - CT Chest จะช่วยให้เห็นพยาธิสภาพได้ดีขึ้น - bronchoscopy เพื่อดูพยาธิสภาพ - bronchoscopic stenting อาจช่วยในรายที่มี extrinsic compression ของหลอดลม - Laser ablation ก้อนมะเร็งในหลอดลม
การจัดการภาวะอุดกั้นฉุกเฉิน	- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ให้ออกซิเจน ช่วยดูดเสมหะ - ให้ morphine เพื่อลดอาการหายใจไม่อึด - ถ้าการอุดกั้นเกิดจากการลุกลามของมะเร็งให้ dexamethasone 16 มก. SC/IV 2 วัน - ใน terminal stage ควรให้ midazolam ร่วมกับ morphine เพื่อลดความทุกข์ทรมาน

2.13 Hypercalcemia

เป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พบบ่อยใน multiple myeloma, CA breast, CA lung, renal cancer

อาการ	- mild symptoms: เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หิวน้ำ ปัสสาวะบ่อย - severe symptoms: ชัดน้ำ ง่วงซึม สับสน delirium cardiac arrhythmias coma
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ระดับ total calcium ปกติ 8-10 มก./ดล. - mild: total calcium 10.5-11.9 มก./ดล. มักไม่มีอาการ ไม่ต้องการการรักษา - moderate: total calcium 12-13.9 มก./ดล. - hypercalcemic crisis: total calcium 14-16 มก./ดล. - การคำนวณ corrected calcium concentration = measured Ca + [(4-alb)×0.8]
การรักษา (ขึ้นกับสมรรถนะของผู้ป่วย)	1) ผู้ป่วยที่อยู่ได้เป็นเดือน - rehydrate ด้วย 0.9% NaCl 1-3 ลิตร/24 ชม. ระวังในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคหัวใจ - bisphosphonate (pamidonate 60-90 มก. ใน 2 ชม., zoledronate 4 มก.) 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เน้นให้ยาเพื่อลดอาการไม่สบาย เช่น ปวด และ delirium

2.14 ภาวะเลือดออก

พบได้บ่อยในมะเร็งระยะลุกลามและในภาวะการทำงานของตับล้มเหลว ตำแหน่งเลือดออกที่พบบ่อยได้แก่ เลือดกำเดา ไอเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระหรืออาเจียนเป็นเลือด เลือดออกจากก้อนมะเร็ง ส่วนใหญ่เกิดจากการกัดเซาะที่หลอดเลือด หรือมะเร็งแตกเป็นแผลจากเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

การดูแล ถ้าไม่ได้อยู่ใน terminal stage ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กดให้เลือดหยุด pressure dressing ด้วย adrenaline ให้เลือด/ เกล็ดเลือด/ FFP, tranexamic acid 1-1.5 กรัม วันละ 2-3 ครั้ง, RT หรือพิจารณาทำ embolization ถ้ามีเลือดออกมากในตำแหน่งเดิมซ้ำๆ และยังมีระยะรอดชีวิตนาน ถ้าอยู่ใน terminal stage ให้อยู่เป็นเพื่อน ดูแลให้สบาย เตรียมยาพร้อมใช้ โดยให้ morphine 5-10 มก. IV/IM หรือปรับขนาดที่เคยได้มาก่อน midazolam 5-10 มก. IV/IM หรือ lorazepam 1 มก. SL ทุก 2-4 ชม. และใช้ผ้าสีเข้มรองรับเพื่อไม่ให้เห็นสีของเลือดซึ่งจะก่อให้เกิดความกลัว

2.15 Delirium

เป็นความเปลี่ยนแปลงของความนึกคิด การรับรู้ เกิดขึ้นเฉียบพลัน อาการขึ้นๆ ลงในหนึ่งวัน ตรวจพบ disorientation, over/ under activity, abnormal sleep/ wake cycle, delusion/ hallucination แบบซึ่ม (hypoactive type) พบประมาณร้อยละ 19 แบบวุ่นวาย (hyperactive type) พบประมาณร้อยละ 15 แบบผสม (mixed type) พบประมาณร้อยละ 52 ผู้ป่วยชนิด hypoactive type มักวินิจฉัยผิดพลาด

สาเหตุ	สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ drug toxicity, metabolic abnormalities, sepsis
การประเมิน	- อาการ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาที่ผ่านมา - โรคที่ป่วยในปัจจุบัน โรคร่วม สมรรถนะ และพยากรณ์โรค - สถานะของผู้ป่วยสามารถกลับเป็นปกติได้หรือไม่ - เป้าหมายการดูแล - ความวิตกกังวลของครอบครัว/ผู้ดูแล
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC, UA, BS, BUN/Cr, LFT, Electrolytes, Ca, TFT, CXR, CT brain
การจัดการ	- mild-moderate delirium อาจดีขึ้นโดยไม่ต้องใช้ยา - จัดการปัจจัยเสี่ยง และการใช้ nonpharmacological measures เช่น เพิ่มแสงสว่าง สิ่งแวดล้อมที่สงบ
การใช้ยา	- reversible delirium ใช้ haloperidol 1 มก. SC ทุก 30 นาที prn หลังคุมอาการได้ ให้ใช้ขนาดที่ได้ทั้งหมดในหนึ่งวัน มาปรับให้เป็น bid/od และ prn ถ้ามีอาการ - acute agitation crisis ใช้ haloperidol 2-5 มก. SC ทุก 30 นาที จนคุมอาการได้ และให้ Diphenhydramine 50-100 มก. ป้องกัน extrapyramidal side effects - irreversible delirium เกิดจากพยาธิสภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น end-organ failure หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะกำลังเสียชีวิต ใช้ midazolam 0.2 มก./กก. SC loading ต่อด้วย 0.1 มก./กก. ทุก 30 นาที prn ต่อด้วย 0.5 มก./ชม. continuous infusion และ titrate ตามอาการ - terminal restlessness อาจเกิดจาก unrelieved pain, distended bladder or rectum, cerebral anoxia, dyspnea, inability to move due to weakness, corticosteroids, neuroleptic drugs
Nonpharmacological approaches	- ช่วยการรับรู้ของผู้ป่วยเรื่อง วัน เวลา สถานที่ บุคคล - จำกัดผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแล - เพิ่มแสงสว่าง ใช้แว่นตา เครื่องช่วยฟังที่ผู้ป่วยเคยใช้ - ป้องกันการพลัดตกหกล้ม - แก้ไขภาวะขาดน้ำ - การผูกมัดเป็นสิ่งสุดท้ายที่ควรทำ - ให้ข้อมูลและประคับประคองครอบครัว

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2558.
2. Gleason OC. Delirium. Am Fam Physician. 2003; 67(5): 1027-34.
3. International association for the study of pain. Faces Pain Scale - Revised Home [Internet]. International association for the study of pain; 2018 [cited 2020 July 18]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519&&navItemNumber=577>.
4. Irwin SA., Pirrello RD., Hirst JM., Buckholz GT., Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. J Palliat Med. 2013; 16(4): 423-35.
5. Kumar KS., Rajagopal MR., Naseema AM. Intravenous morphine for emergency treatment of cancer pain. Palliat Med. 2000; 14(3): 183-8.
6. National Health Service (NHS). Palliative Care Guidelines: Emergencies in Palliative Care [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/palliative-emergencies.aspx>.
7. Turk DC., Melzack R., editors. Handbook of pain assessment. 3rd ed. New York (NY): Guilford Press; 2011.



บทที่ 6.2 | การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา

เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์

พัชรี ยิ้มแย้ม

นุชนารถ เขียนนุกูล

วณิชชา เรืองศรี

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

บุลลรัตน์ สารรัตน์

รศ.ดร.กรรณ แสงสี

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา

จิตวิญญาณ คือ การให้ความหมายและคุณค่า (ทั้งในด้านบวกและลบ) แก่สิ่งต่างๆ ที่ได้รับรู้ ซึ่งฝังอยู่ในส่วนลึกของจิตใจของบุคคล และมีอิทธิพลและแรงผลักดันต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น เช่น ความเชื่อในทางศาสนา หรือพิธีกรรม ประเพณี หรือบุคคลต้นแบบที่ชื่นชอบ ที่ส่งผลก่อให้เกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็งในจิตใจพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ แต่ละศาสนามีแนวทางหรือคำสั่งสอนที่แตกต่างกัน หลายศาสนาเชื่อว่า การตายดีหรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ ญาติสามารถส่งเสริมสภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงภavnะนั้นได้ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางของศาสนาต่างๆ มีดังนี้

1. การดูแลตามหลักพุทธศาสนา

ศาสนาพุทธเห็นว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นทุกข์ ประเทศไทยเป็นพุทธศาสนานิกายเถรวาท มีหลักธรรม 3 หมวดใหญ่ๆ ที่ใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ คือ

1) ไตรลักษณ์ ได้แก่ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ซึ่งเป็นลักษณะของสรรพสิ่งในโลก

2) กฎแห่งกรรม ได้แก่ ระบบความเชื่อที่ว่า การกระทำใดๆ ก็ตาม ล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่ากรรมดีหรือกรรมชั่ว

3) มงคลสูตร ได้แก่ หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส โดยหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความหวังความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จ ก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้อโหสิกรรม คืนดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน หรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วยโดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นต้น

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิถีพุทธ

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธไว้ว่า มีวิธีการ คือ

1) การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศล

2) การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีเกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

3) การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

4) การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการวางแผนการดูแลรักษาจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติเข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี

สะสางสิ่งค้างคาใจปลดปล่อยภาระติดค้างเพื่อคนข้างหลัง

การได้สะสางสิ่งค้างคาใจจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้ตายสงบ เพราะในช่วงที่มีชีวิตร่วมหรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่น อาจมีเรื่องกระทบกระทั่งทำให้ผิดใจกัน ไม่ว่าจะเป็นสามีภรรยา ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือกระทั่งคนรอบข้าง หากว่าในช่วงสุดท้ายของชีวิตไม่ได้มีการปรับความเข้าใจหรือสะสางความรู้สึกไม่ดีที่มีต่อกัน เมื่อผู้ป่วยจากไปแล้ว ก็อาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจน้อยเนื้อต่ำใจ เสียใจ หรือโทษตัวเอง ที่ไม่ได้ขอโทษ ขอขมา หรือตอบแทนบุญคุณ กลายเป็นปม อุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต จมจ่อมจนชีวิตหาเป็นสุขได้ไม่

ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สิ่งที่ยากสำหรับหลายคน คือ การรู้ใจคนป่วยว่ามีใครที่เขาติดค้างอยู่ และต้องการทำอะไรให้กับบุคคลเหล่านั้น การเตรียมตัวให้แก่ผู้ป่วย โดยถามเขาหรือบอกเขาให้เตรียมการแต่เนิ่นๆ จะทำให้เขามีเวลา ที่จะใคร่ครวญถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมา ระลึกถึงใครบางคน และจะดำเนินการสะสางความรู้สึกยิ่งทำแต่เนิ่นๆ เท่าไหร่ยิ่งเป็นการดีเท่านั้น เพราะนับวันผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่เคลื่อนไหวคล่องตัวได้น้อยลง อีกทั้งธรรมชาติของผู้ป่วยเองก็มักจะไม่อยากรบกวนคนอื่น บางรายมีโลกส่วนตัวสูง ไม่กล้าบอก หรือไม่เปิดเผยตัวตน บางคนมีชื่อเสียง ศักดิ์ศรีที่ต้องการรักษา ยิ่งคนที่มียศถาบรรดาศักดิ์มากเท่าไรก็ยิ่งอยากรักษาตัวตนมากเท่านั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจพื้นฐานของผู้ป่วย จนเมื่อเขาไว้วางใจ จึงจะเผยความในใจของเขาหรือสิ่งค้างคาใจ หรือแสดงออกที่ไม่ใช่คำพูด ผู้ดูแลต้องสังเกตว่าผู้ป่วยต้องการอะไร

นอกจากนั้นแล้วผู้ดูแลอาจต้องเพิ่มการสังเกตบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซึ่งมักจะถูกละเลย เพราะเขาอาจจะไม่ได้มาปรากฏต่อหน้าผู้ป่วย หรือไม่ได้แสดงออก ผู้ดูแลต้องสังเกตเอง บุคคลเหล่านี้อาจมีเรื่องติดค้างกับผู้ป่วยจากความสัมพันธ์ในฐานะที่เขาเป็นคนใกล้ชิด ภรรยา สามี พ่อ แม่ ลูก ญาติ เพื่อนของผู้ป่วย เคยมีการกระทำในอดีตที่ติดค้างคาใจกับผู้ป่วย เช่น การไม่ได้ตอบแทนบุญคุณ ขอบคุณ หรือมีเหตุกระทบกระทั่ง จนเกิดความโกรธ เกลียด น้อยใจ แค้นฝังใจ ทำให้ไม่ยอมมาเผชิญหน้ากับคนป่วย ไม่มาเยี่ยม ไม่ดูแล บางรายแม้แต่งงานศพก็ยังไม่ได้ด้วย จนกลายเป็นเก็บความทุกข์ใจในภายหลัง และเสียใจไปตลอดชีวิต ถ้าไม่มีการจัดการสิ่งค้างคาใจให้ดี นอกจากตนเองและผู้ป่วยแล้ว คนรอบข้าง คนในครอบครัวก็ได้รับผลกระทบไปด้วย เหมือนอย่างที่เราเคยเห็นคนในครอบครัวขัดแย้งกัน คนที่เหลือก็ไม่สบายใจไปด้วย

ผู้ที่ไม่ยอมสะสางสิ่งค้างคาใจ แม้ผู้ป่วยตายไปแล้ว อาจจะมีเรื่องหรือปัญหาค้างคาใจ เวลานึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้วก็จะเศร้าโศกเสียใจ หรือไม่ก็โทษ ต่ำหนืดตนเอง บั่นทอนกำลังใจ กลายเป็นคนหงุดหงิด พฤติกรรมเปลี่ยนไป ชีวิตขาดความสุข ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงควรให้ความสำคัญในการสะสางสิ่งค้างคาใจที่เกิดขึ้นกับทุกคนไม่เพียงแต่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น

การสร้างสมาธิ

การให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิและจดจ่อกับสิ่งดีงาม เราสามารถเสริมด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น

- 1) การทำบุญ ทั้งการทำบุญแก่พระศาสนา การใส่บาตร การถวายสังฆทาน และการสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของแก่คนทุกข์คนยาก
- 2) การถือศีล กินเจ (ในกรณีที่ไม่มีส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย)
- 3) การสวดมนต์ หากผู้ป่วยไม่สามารถสวดเองได้ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง
- 4) การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ
- 5) การทำสมาธิด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การจดจ่อกับท้องที่พองและยุบ ทุกครั้งที่หายใจเข้าและออก หรือการจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การกระพริบตา ขยับมือ
- 6) การระลึกถึงความดีที่ได้ทำมาด้วยความภูมิใจ ไม่ว่าจะเป็นความดีที่ทำกับพ่อแม่ ลูกหลาน ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน

7) การทำบุญต่ออายุ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ญาติอาจนิมนต์พระสงฆ์มาสวดพุทธมนต์บทโพชฌงค์ และทำการชักบังสุกุลเป็น พรหมทั้งทำบุญปล่อยนกปล่อยปลา หรือไปซื้อสัตว์เป็นๆ เช่น ไก่ หมู วัว ควาย ที่กำลังจะถูกฆ่าไปปล่อยเพื่อเป็นการต่อชีวิตแก่สัตว์โลก แต่อย่างไรก็ตามการทำพิธีต่ออายุหรือพยายามรักษาไว้เมื่อถึงวาระสุดท้ายใกล้หมดลมหายใจ ญาติควรจัดเตรียมกรวยดอกไม้ธูปเทียน นามาสื่อให้ผู้ป่วยพนมไว้ และทำการบอกหนทาง โดยการบอกหรือกระซิบข้างหูว่า ให้ระลึกถึงพระอรหันต์หรือภวนานอรหังสัมมาฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

2. การดูแลตามหลักศาสนาอิสลาม

การดูแลตามหลักศาสนาอิสลามมีเป้าหมาย คือ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ สัมผัสดีศรีของความเป็นมนุษย์ ขณะเดินทางไปสู่วันสุดท้ายของการมีชีวิตไปเริ่มต้นชีวิตหลังความตายกับผลงานที่ได้กระทำไว้ก่อนตายจนกระทั่งถึงวันฟื้นคืนชีพอีกครั้งตามผลงานที่ได้กระทำไว้เมื่อครั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ การดูแลสภาพทั้งในชุมชนหรือในโรงพยาบาล โดยหลักการแล้วใกล้เคียงกัน เพราะที่สำคัญจะต้องพยายามให้เกิดความครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ ของสุขภาพ คือ

1) มิติสุขภาพด้านร่างกาย โภชนาการต้องเป็นอาหารฮาลาล การออกกำลังกาย เน้นให้ละหมาด 5 เวลา ซึ่งการละหมาดยามป่วยใช้จะมีข้อผ่อนปรนบางประการ การดูแลความสะอาด แปรงฟันทุกครั้งก่อนละหมาด กรณีผู้ป่วยสัมผัสน้ำไม่ได้ ใช้วิธีตะยัมมุแทน หากมีข้อห้ามต่างๆ ผู้ป่วยสามารถละหมาดโดยไม่ต้องอาบน้ำ ละหมาดและตะยัมมุได้

2) มิติสุขภาพด้านจิตวิญญาณ สอนให้ผู้ป่วยตระหนักอยู่เสมอว่า เจ็บไข้ได้ป่วยเป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากพระองค์อัลลอฮ์ และเป็นการลบล้างความผิดของเขาไปด้วยให้ระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ และขอวิงวอนต่อพระองค์ให้หายจากโรคที่เป็นอยู่

3) มิติสุขภาพด้านจิตใจ สอนผู้ป่วยให้ซิกิร์ลลอฮ์ (ระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์) ให้มากๆ อ่านคัมภีร์กุรอ่าน เพราะการระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ จะทำให้จิตใจสงบนิ่ง ระบบประสาทจะทำงานดีขึ้น จะมีผลต่อการสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ให้ความหวังกับผู้ป่วย อย่าได้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังจากความเมตตา ของพระองค์อัลลอฮ์ ให้มองโลกในแง่ดี

4) มิติสุขภาพด้านสติปัญญา บริโภคอาหารฮาลาล มีประโยชน์ ห่างไกลจากอาหารเครื่องดื่มที่ทำลายสติปัญญา เช่น สิ่งเสพติดและสิ่งมีเมาทั้งหลาย พร้อมทั้งเสริมพลังด้านปัญญา ด้านความรู้ที่ดีและถูกต้อง

การดูแลตามแนวทางนี้

การแพทย์ของท่านนี้ มิได้มุ่งเน้นด้านเฉพาะการมีสุขภาพที่ดีเฉพาะบนโลกนี้เท่านั้น แต่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความสุขในโลกหน้าด้วย การประพฤติปฏิบัติทุกอย่างควรอยู่ในกรอบของอิสลาม จึงเป็นหน้าที่ของผู้รู้ทั้งด้านการแพทย์และศาสนา โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และพยายามจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อผู้ป่วยมุสลิมในการปฏิบัติศาสนกิจของเขา เรียกว่า Ibadah Friendly Hospital โดยมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับความสงบ เพื่อเพียรรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ ละหมาด อ่าน-ฟังกุรอ่าน ปฏิบัติความดี เช่น ปฏิบัติตามแผนการรักษาของโรงพยาบาล บริจาคทาน/ ตามความสามารถ ทบทวนผลงานที่ผ่านมาเพื่อขอบคุณและขออภัยโทษจากพระองค์อัลลอฮ์

2) อำนวยความสะดวกแก่ญาติในการนำผู้ป่วยปฏิบัติละหมาด อ่านคัมภีร์กุรอ่าน ขอพรจากพระองค์อัลลอฮ์ อิสลามให้ความสำคัญเรื่องการเพียรรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์/ พระเจ้า (เพียรเจริญสติ เพียรภวนา/ ขอคูอาฮ์) เพียรปฏิบัติละหมาด นั่งละหมาดไม่ได้ก็ให้นอน พุดไม่ได้ก็ให้นึกในใจ เคลื่อนไหวไม่ได้ก็ให้กระพริบตา

3) ผู้ป่วยมุสลิมมีสิทธิได้รับการเยี่ยมจากญาติ คนรู้จัก เพราะเป็นหน้าที่ของผู้นับถือนุสลิมเมื่อรู้ว่าญาติ คนรู้จักป่วยต้องไปเยี่ยม

4) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาล ควรมีห้องเฉพาะผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติที่ใกล้ชิดได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาให้ญาติได้อ่านกุรอ่าน หรือสอนให้ผู้ป่วยกล่าว กาลิมะฮ์ ฎ็อยยิบะฮ์ (ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์)

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสงบและปรับตัวยอมรับความตาย

1) ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ดี เช่น คุณเป็นคนใช้ที่อดทน และมีความพยายามในการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดีมาก

2) ให้ผู้ป่วยทบทวนบอกเล่าถึงสิ่งดีๆ ที่เคยทำไว้ ชื่นชมให้กำลังใจในความอดทนและพยายามทำสิ่งดีๆ เหล่านั้น

3) ให้ผู้ป่วยอดทนกับกำหนดสภาวะของพระองค์อัลลอฮ์ ไม่ขัดขืนการรักษา ไม่ทำให้ตนเองหายป่วยช้าลง ถ้าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรักษาหายจากโรค ให้ผู้ป่วยขออภัยจากพระเจ้าให้มีชีวิตอยู่ต่อไปถ้าการมีชีวิตอยู่เป็นการดี

4) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยวางมือตรงตำแหน่งที่มีอาการเจ็บปวดแล้วกล่าวบิสมิลลาฮ์ 3 ครั้ง

5) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยพบบุคคลที่ต้องการพบเพื่อสั่งเสียให้ปฏิบัติภารกิจสำคัญ

6) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยขออภัยจากบุคคลที่เคยล่วงละเมิด หรือขอใช้สิทธิของผู้อื่น (ถ้ามี)

7) เมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตให้ผู้ป่วยกล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์”

3. การดูแลตามหลักศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้าตลอดช่วงการดำเนินชีวิต พระเจ้าจะให้ปัจจัยที่จะใช้ดำเนินชีวิตด้วยความดีไว้ให้ นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ซึ่งพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่มนุษย์จะก้าวไปสู่อีกโลกที่สมบูรณ์กว่านี้ให้อีกเช่นกัน ช่วงชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาชั่วคราวเท่านั้น คาทอลิกจึงมีทัศนคติต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า ดังนั้นจึงต้องดูแลช่วงเวลานี้ดูแลวิญญาณให้ไปสู่ความเป็นอมตะนิรันดร์ คาทอลิกให้ความสำคัญกับช่วงเวลาก่อนเสียชีวิตไม่น้อยกว่าเวลามีชีวิต เพราะถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มียิ่ง เพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่คนจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดพลาดเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้ ฉะนั้นจึงไม่เห็นด้วยกับการฆ่าเพื่อยุติความเจ็บปวด ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และน้ำตาเป็นกุศลได้ เพราะฉะนั้นทุกเวลาของชีวิตจึงต้องให้ออกาสเขาได้เรียนรู้ที่จะทำเช่นนี้ ดังนั้นทุกสัปดาห์ทุกคนจึงต้องไปโบสถ์ทุกอาทิตย์เพื่อรับศีลและฟังคำสอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตด้วยความดีตลอดเวลา

บทบาทของบาทหลวงต่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

1) อภัยบาปในนามพระเจ้า เพราะผู้ป่วยระยะนี้ จะคิดถึงความผิดในอดีต ทำให้กังวล หวาดกลัว บาทหลวงจะอ่านคัมภีร์ตอนที่กำลังว่าพระเจ้ามีเมตตาให้อภัยลูกตลอดเวลา กล่าวซ้ำๆ เพื่อให้เขาสงบและไว้วางใจในพระเมตตาของพระเจ้า

2) ให้กำลังใจและกำลังใจ โดยอ่านคัมภีร์เกี่ยวกับความตายให้ฟัง เพื่อให้มีสติตลอดเวลา

3) ให้ศีลศักดิ์สิทธิ์แห่งพระกายของพระเจ้า ที่จะให้กำลังใจและจิตวิญญาณ เช่น ศีลเจิมผู้ป่วย ศีลหาสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต บาทหลวงจะเสกน้ำมันมะกอก เจิมผู้ป่วย 3 จุด คือ ศีรษะ (ให้รักษาความสงบมองโลกในแง่ดี) และมือ 2 ข้าง (ให้รับพลังกลับคืน)

นอกจากคุณพ่อบาทหลวงแล้ว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงผู้เป็นที่รัก ควรจะมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เขารู้สึกอบอุ่น และไม่รู้สึกเหงาจากไปคนเดียว

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการศพตามหลักศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าร่างกายของคนเสียชีวิตควรได้รับความเคารพ เพราะร่างกาย คือ เครื่องมือของจิตใจที่จะทำความดี ร่างกายทุกร่างกายจะถูกปลุกเพื่อรวมกับจิตวิญญาณอีกครั้ง เพราะฉะนั้นจึงไม่นิยมเผาศพ แต่จะฝังผาที่ดินไว้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะเก็บศพไว้ 3 วัน แล้วคุณพ่อบาทหลวงจะมารวมตัวกันเพื่อทำพิธีกรรมสำหรับคนเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าแม้มนุษย์จะเสียชีวิตแล้วแต่ความสัมพันธ์ทางใจยังคงอยู่ ฉะนั้นการไปเยี่ยมเยียนที่หลุมฝังศพ และการสวดมนต์ให้กับคนที่จากไปจึงยังสำคัญและควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

นอกจากการนำคำสอนทางศาสนามาใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายแล้ว ผู้ป่วยบางรายสามารถมีกิจกรรมต่างๆ เช่น

- 1) ดนตรีบำบัด ควรเปิดดนตรีในแนวที่ผู้ป่วยชอบ ระหว่างการฟังอาจร้องเพลงคลอไปด้วย หรืออาจชวนเพื่อนๆ และญาติ มาร่วมร้องเพลงก็จะเป็นการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น สนุกสนาน
- 2) การนวดและสัมผัส การสัมผัส เป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ไร้คำพูด หากเราสัมผัสมือหรือลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้และรู้สึกดี การกอดอุ้ม นวด ลูบสัมผัสด้วยความรักและความอ่อนโยนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย การนวดช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยึดเกร็งจากความปวดได้คลาย ซึ่งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดไปได้บ้าง แต่ต้องระวังไม่นวดบริเวณจุดที่ปวด
- 3) การทำงานอดิเรก ควรสนับสนุนให้ทำเพื่อความเพลิดเพลิน ไม่คิดฟุ้งซ่าน การชมภาพยนตร์ การท่องเที่ยว การอ่านและเขียนหนังสือ เป็นการถ่ายทอดและระบายความรู้สึก
- 4) การทำงานศิลปะ เช่น การวาดภาพ ระบายสี ปั้นดิน เป็นการระบายความรู้สึกออกมาทางผลงานก็สามารถนำมาใช้เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี
- 5) การหัวเราะและมีอารมณ์ขัน ช่วยบริหารอวัยวะภายใน กล้ามเนื้อใบหน้า และทำให้จิตใจปลอดโปร่ง

บรรณานุกรม

1. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.
2. นกขมิ้นเหลืองอ่อน. บทความการสื่อสารสิ่งค่าใจปลดปล่อยภาระติดค้างเพื่อคนอยู่ข้างหลัง. จดหมายข่าว อาทิตยอัสดง 2557; 21.
3. นักวิชาการศาสนา ผู้บริหารชมรมมัสยิดเขตหนองจอก และคณะที่ปรึกษา. ชมรมมัสยิดเขตหนองจอก 20 ธันวาคม 2562.
4. ปรีดา เวียงชัย. การดูแลตามหลักศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก. สัมภาษณ์ ศูนย์คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ ระยะอง 21 กรกฎาคม 2555; 2555.
5. พรทวิ ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2557. 33-6.
6. พรทวิ ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care). พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2558.
7. มุhammad อาเะ เจะเลาะ, สุรีย์พร ศิริยะพันธุ์, สุภิรัชต์ นิธิวิสุทธิ, นิฐดา ชัยเกตุ. การดูแลตามหลักศาสนา อิสลาม. สัมภาษณ์กลุ่มหน่วย palliative care โรงพยาบาลยะลา 26 กรกฎาคม 2555; 2555.



บทที่ 7

การดูแลผู้ป่วย ในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

โชตินรินทร์ ไชยรินทร์
โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี

การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

ผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต คือ ผู้ป่วยที่มีช่วงเวลาที่เหลืออยู่อาจไม่กี่ปีกว่าหรือไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรง ร่างกายอ่อนล้าลงมาก ระดับความรู้สึกตัวและความอยากอาหารเริ่มลดลงจำเป็นต้องได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายหรือทุกข์ทรมาน ให้ความตายถูกยอมรับและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี การดูแลระยะใกล้เสียชีวิตมีความเปลี่ยนแปลง 2 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 9 ประการ ได้แก่

1.1 ความอ่อนเพลีย อ่อนล้า: เป็นสิ่งที่ควรยอมรับและไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่ การดูแลเน้นความสบาย ดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

1.2 เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ลดลง: ผู้ป่วยจะกินอาหารน้อยลง ซึ่งความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความอยากอาหารลดลง การดูแลเน้นความสบาย ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเท่าที่ได้ ถ้าเริ่มกลืนลำบากพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการไม่สบายทางอื่น เช่น ทางใต้ผิวหนัง

1.3 ตื่นน้ำน้อยลง จิบได้เฉพาะน้ำอย่างเดียวหรือดื่มน้อยลง: ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตาย ไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร endorphins ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก/ริมฝีปากแห้ง จมูกแห้ง และตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาดและรักษาความชื้นไว้ โดยอาจใช้สาลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สิ่งของที่ริมฝีปาก สำหรับตากก็ให้หยอดน้ำตาเทียม

1.4 รู้สึกง่วง ซึมมากขึ้นหรือถึงรู้และไม่รู้สติ อาจนอนหลับตลอดเวลา: ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

1.5 ตาค้าง หลับตาไม่สนิท: ให้ข้อมูลครอบครัวว่า เกิดจากความอ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรง และบางครั้งมีรูปร่างผอมมากจึงทำให้หลับตาไม่สนิท แนะนำญาติดูแล eye care

1.6 ระบบทางเดินหายใจ: ภาวะหายใจแบบหิวอากาศ (air hunger) เป็นลักษณะการหายใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิต ควรทำความเข้าใจกับครอบครัวว่าถึงระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ทุกข์ทรมาน ควรอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและครอบครัว

1.7 การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว: อาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้

1.8 อาจมีเสมหะมากหรือหายใจมีเสียงเสมหะ: อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงดังกล่าวเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ ไม่ใช่การสำลัก อย่าให้สารน้ำมากเกินไป จับผู้ป่วยนอนตะแคงแล้วเช็ดน้ำลายจากปาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะ ซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (เฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกำลังจะเสียชีวิตเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

1.9 ไม่รู้สึกตัว: ไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้างๆ เพราะผู้ป่วยอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในเรื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือเป็นกังวล

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ผู้ป่วยหนักในภาวะกำลังจะเสียชีวิต จะมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก สิ่งที่คุณใกล้ชิดเสียชีวิตกลัวที่สุด คือ การถูกทอดทิ้ง การอยู่โดดเดี่ยว และต้องการใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เมื่อผู้ป่วยต้องการ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดควรให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็นผู้ฟังที่ดีและควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ชิดเสียชีวิต ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การดูแลด้านจิตใจกับให้โอกาสผู้ป่วยที่ใกล้ชิดเสียชีวิตเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

ตารางที่ 7.1 แนวทางการจัดการในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

อาการเปลี่ยนแปลง	การจัดการดูแลในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนกรณีผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลกรณีต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านในช่วง 24-48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต
ด้านร่างกาย	- ดูแลสถานที่พักภายในโรงพยาบาลให้มีความสะอาดสงบ สิ่งแวดล้อมเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยแบบปัจเจกบุคคล (ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล ควรพิจารณาการดูแลที่พิกัดในฐานะผู้ร่วมการรักษา) - ให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนและมีกิจกรรมที่เหมาะสมตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน - ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจภาวะเบื่ออาหารในระยะท้าย สามารถทำสื่อการสอนตามบริบท - สนับสนุนสถานที่และอุปกรณ์ในการปรุงอาหารโดยมีนักโภชนาการร่วมดูแล - การดูแลความสะอาดช่องปาก ร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายตามความเหมาะสม - การดูแลอาการรบกวนต่างๆ	- เตรียมความพร้อมปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลของญาติ - Family, doctor, coordinator, family care team ควรเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง ในสัปดาห์แรก และควรเยี่ยมบ้านต่อเนื่องตามความเหมาะสม ให้คำแนะนำญาติ - ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการใช้ทรัพยากรที่หน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายเอกชนที่มีส่วนสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในเขตพื้นที่ - เตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล และอาสาสมัครให้สามารถดูแลอาหารและความสะอาดร่างกายได้อย่างเหมาะสม ตามประเด็นการดูแลทางร่างกาย	- ประสานแหล่งสนับสนุนแต่ละพื้นที่เรื่องการเดินทางกลับบ้าน - ประสานส่งต่อข้อมูล เพื่อให้บุคลากรในพื้นที่ทราบผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน - มอบสมุดประจำตัวผู้ป่วยซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับโรคการรักษา และบ่งชี้ความต้องการเสียชีวิตที่บ้านและอาจรวมถึงหนังสือ living will เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเขียนใบรับรองการเสียชีวิต - ควรมีคำแนะนำสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนเสียชีวิต ช่วงเสียชีวิต และการจัดการหลังเสียชีวิต - ประเมินการดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายตามความเหมาะสมในช่วง 24-48 ชั่วโมง

ตารางที่ 7.1 (ต่อ) แนวทางการจัดการในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

อาการ เปลี่ยนแปลง	การจัดการดูแลในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านและชุมชนกรณีผู้ป่วยไม่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลกรณี ต้องการกลับไปเสียชีวิต ที่บ้านในช่วง 24-48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต
ด้านจิตใจ	- เสริมสร้างคุณภาพชีวิต สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่า ในตนเอง สร้างเป้าหมาย ระยะสั้นที่เป็นไปได้ - สร้างค่านิยมให้ผู้ป่วย และครอบครัวให้รู้จักความพึงพอใจ ความพอเพียง และการปรับตัว ต่อความผิดหวัง - ควรทำ advanced care plan เพื่อลดภาวะปัญหา การดูแลด้านจิตใจตั้งแต่ ระยะเริ่มแรก - ค้นหาความปรารถนาครั้ง สุดท้ายร่วมกับนักสังคม สงเคราะห์และทีมการดูแล - บุคลากรต้องปฏิบัติตามแนว ทางการดูแลที่เหมาะสมในการ พูดคุย รวมถึงการสื่อสาร ภาษากาย - ให้คำแนะนำการเยี่ยมไข้ ที่เหมาะสม - สนับสนุนการทำพิธีกรรมตาม ศาสนา หรือความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วย - การดูแลอาการทางจิตใจ	- สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ให้สอดคล้องกับแนวทางการ ดูแลในโรงพยาบาล - ประสานงานเชื่อมต่อ การดูแลจากโรงพยาบาล สู่ชุมชน	- ให้กำลังใจสนับสนุน ความต้องการอย่าง เต็มความสามารถ - ให้คำแนะนำเรื่อง ช่องทางการปรึกษา เมื่อใดเกิดข้อสงสัย

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2558.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ ปาริชาติ เพ็ญพรรณ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์การดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.



บทที่ 8

การดูแลภายหลังเสียชีวิต

ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์

สิริกานดา กอแก้ว

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติต่อศพ ควรให้สมเกียรติและคงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์กระทำเช่นเดียวกับขณะที่ผู้ตายยังมีชีวิตอยู่ ทำด้วยความนุ่มนวลให้ความเคารพ การตกแต่งร่างกายส่วนต่างๆ ต้องทำให้เรียบร้อยที่สุดเหมือนคนธรรมดา เช่น เย็บแผลให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยส่วนที่ไม่น่าดูเปิดเผยต่อสายตาญาติและผู้อื่น ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตที่กำลังนอนหลับสนิทมากที่สุด การห่มผ้าคลุมศพ ควรคลุมแคอก ไม่ควรคลุมใบหน้าหรือศีรษะ

2. ประเมินการปรับตัวและสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและญาติอย่างต่อเนื่อง

3. เข้าใจและยอมรับว่าสมาชิกครอบครัวย่อมมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียและการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวอาจจะแตกต่างกันไป เช่น ความรู้สึกผิด พยาบาลควรช่วยให้ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกันจะช่วยให้ความรู้สึกผิดลดน้อยลงไปได้

4. ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนรบกวนและมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง หรือให้ครอบครัวที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายคอยช่วยเหลือ

5. แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวหรือญาติให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ บางกรณีพยาบาลอาจอยู่เป็นเพื่อน

6. คอยให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ ตามที่สามารถทำได้ เช่น ช่วยเหลือในการแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาในการรับศพ การขอรับใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลควรคอยช่วยเหลือญาติให้เข้มแข็งขึ้น ให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ หรือผู้ปกครองแสดงบทบาทของตนเองเป็นครั้งสุดท้าย

8. แนะนำแหล่งสนับสนุนประคับประคองจิตใจแก่ครอบครัว เช่น กลุ่มญาติ เพื่อน เป็นต้น

9. สนับสนุน ส่งเสริมพิธีกรรมตามความเชื่อของครอบครัว

10. ติดตามดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย โดยการเยี่ยมครอบครัวที่บ้าน/ การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการประสานส่งต่อไปยังภาคีเครือข่ายการดูแลที่อยู่ใกล้บ้าน

10.1 สอบถามชีวิตความเป็นอยู่ภายในครอบครัว การกลับเข้าสู่กระบวนการของครอบครัวตามปกติ

10.2 สอบถามและสังเกตการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวภายหลังการสูญเสีย เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้จ่ายฟุ้งเฟ้อ เป็นต้น ถ้าพบว่ามีพฤติกรรมดังกล่าวควรให้การดูแล และประสานความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

10.3 ประเมินสภาพปัญหาของครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการดูแลบุคคลที่เคยอยู่ภายใต้การพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต หากจำเป็นอาจต้องหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

10.4 ประเมินปัญหาด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกโศกเศร้า หากพบว่ามีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป หลังจากการเสียชีวิตควรได้รับการดูแลและปรึกษาจิตแพทย์

บรรณานุกรม

1. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก และการดูแลหลังการเสียชีวิต. ใน: พิกุล พรพิมล, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, สุรีพร ธนศิลป์, ฐิติณัฐ อัครเดชนันต์, จอนพะจง เพ็งจาด, วาสนี วิเศษฤทธิ์ และคณะ. บรรณาธิการ. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media; 2559. 79-80.
2. พิกุล นันทชัยพันธ์, ประทุม สร้อยวงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: บริษัท จุฑทองจำกัด; 2557. 77.



บทที่ 9

การดูแลแบบประคับประคอง
เฉพาะโรค



บทที่ 9.1

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็ง

ชุตินา สิมะสาธิตกุล
พีรวิชญ์ ทัพวงษ์
เพชรรัตน์ หาญอุทัยรัมย์
ศิริกัญญา จงเสถียรธรรม
อััจฉิมา ชลไพศาล
อรสา อัครวัชราราม
ศิริพร สวยพริ้ง
อัญชลี สุขขัง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง

มะเร็ง เป็นภาวะที่เซลล์มีการแบ่งตัวที่ผิดปกติ มีการเจริญเติบโตอย่างไม่หยุดยั้ง เกิดเป็นก้อนเนื้อแทรกอยู่ตามอวัยวะที่เป็นต้นกำเนิดของมะเร็ง กดเบียดอวัยวะข้างเคียง และสุดท้ายจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย โดยก้อนเนื้อที่เกิดจากเซลล์มะเร็งจะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และจะทำให้การทำงานของอวัยวะเดิมเสื่อมถอยลง จนเกิดความล้มเหลวของระบบอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

มนุษย์เรามีความพยายามที่จะต่อสู้กับมะเร็งมาเป็นเวลานาน ปัจจุบันองค์ความรู้ในการรักษามะเร็งก้าวหน้าไปมาก ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อเพิ่มโอกาสพบผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้น การผ่าตัดด้วยเทคนิคและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความจำเพาะต่อเซลล์มะเร็งแต่ละชนิด และการฉายรังสีที่มีความแม่นยำสูง เพื่อให้ผลจากการรักษาดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีการรักษาอีกวิธีหนึ่งที่จะทำควบคู่ไปพร้อมกับการรักษามะเร็ง และเมื่อถึงเวลาการรักษาทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีไม่ใช่หนทางที่ดีที่สุด การรักษาชนิดนี้จะยังคงเป็นการรักษาที่ให้อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยควบคุมอาการของมะเร็งไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจนรบกวนการใช้ชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีราบเท่าที่ระยะเวลาของร่างกายจะเอื้ออำนวยให้ การรักษานี้มีชื่อว่า การดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคอง คือ กระบวนการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงที่คุกคามต่อการมีชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกระบวนการนี้จะเริ่มตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหา ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงการรักษา และป้องกันปัญหาและความทุกข์ทรมาน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

1. มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้
2. มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
3. มีการพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน เช่น Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ≥ 3 หรือ Karnofsky performance status (KPS) ≤ 50 หรือ palliative performance scale (PPS) ≤ 50
4. มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง
5. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ควรได้รับการวางแผนแบบประคับประคองจากทีมสหสาขาที่อาจจะประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ผู้นำทางศาสนาหรือนักบวชตามศาสนาที่ผู้ป่วยและญาตินับถือ เป็นต้น

การดูแลแบบประคับประคอง ควรทำร่วมกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป และแนะนำให้มีการส่งปรึกษาและประสานงานกับทีมผู้ดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่นั้นๆ เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินอาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการในผู้ป่วยประคับประคองมีหลายแบบ แยกเป็นประเมินอาการและความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ประเมินสภาพจิตใจ ประเมินญาติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แบบประเมินที่ใช้จะเป็นแบบประเมินที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองจากทุกโรค โดยที่มักใช้บ่อย ได้แก่ Edmonton symptom assessment scale (ESAS), Brief pain inventory (BPI), Wong-Baker FACES pain rating scale, ECOG performance status, Karnofsky performance scale, palliative care outcome scale (POS)

การศึกษาโดย Kutner และคณะ ในปี ค.ศ. 2001 พบว่าอาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง ได้แก่ ภาวะไม่มีกำลัง (ร้อยละ 83) อาการปวด (ร้อยละ 76) ความไม่อยากอาหาร (ร้อยละ 63) รู้สึกซึม (ร้อยละ 61) ไม่มีสมาธิ (ร้อยละ 60) และเมื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ความเจ็บปวดเป็นอาการที่สำคัญที่สุดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง

การควบคุมอาการที่เหมาะสม ทีมผู้ดูแลไม่ควรคำนึงถึงการใช้ยาอย่างเดียว แต่ควรคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย

การควบคุมดูแลอาการทางร่างกายในผู้ป่วยมะเร็ง

ในผู้ป่วยมะเร็ง ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุด โดยความปวดจากมะเร็งสามารถพบได้ทุกระยะของโรค โดยพบร้อยละ 55.0 ในระหว่างการรักษามะเร็ง และเพิ่มเป็นร้อยละ 66.4 ช่วงที่โรคลุกลามหรือในระยะสุดท้าย ความล้มเหลวในการควบคุมอาการปวดจากมะเร็งจะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ความปวดจากมะเร็งสามารถเกิดได้จากตัวมะเร็งเอง หรือจากการกดเบียดต่ออวัยวะข้างเคียงหรือกลุ่มเส้นประสาท หรือเป็นผลมาจากการรักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดหรือการฉายรังสี และอาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น ภาวะปวดศีรษะไมเกรน หรือภาวะกระดูกพรุน

ในการควบคุมและจัดการความปวดจากมะเร็ง ประวัติจากผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล การซักประวัติอาการปวดที่ครบถ้วน จะช่วยให้ผู้ดูแลทราบสาเหตุ สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด ส่งผลให้คุมความปวดได้ดี

ข้อมูลที่แนะนำให้ถามผู้ป่วยที่มีความปวด สามารถใช้ตัวย่อ O P Q R S T ดังนี้

O = onset	ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวด
P = position, palliated or provoked factors	ตำแหน่งที่ปวด ปัจจัยที่บรรเทา หรือกระตุ้นความปวด
Q = quality	ลักษณะของความปวด
R = radiation	อาการปวดร้าวไปที่บริเวณใด
S = severity	ความรุนแรงของความปวด
T = time, temporal pattern	ระยะเวลา หรือแบบแผนของอาการปวด

หลักมาตรฐานของการควบคุมความปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งคือ WHO analgesic ladder ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมความปวดได้ถึงร้อยละ 75 แนะนำให้บริหารยาโดยการรับประทาน โดยการให้ยาตามเวลา และควรปรับขนาดของยาให้เข้ากับแต่ละบุคคล

ตารางที่ 9.1.1 WHO analgesic ladder

ระดับความปวด	ยาที่แนะนำ
ขั้นที่ 1 ปวดน้อย	ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า
ขั้นที่ 2 ปวดปานกลาง	ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน เช่น โคเดอีน ทรามาดอล ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า
ขั้นที่ 3 ปวดมาก	ยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล เมทาโดน ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

เป็นสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเสมอถ้ามีทรัพยากรเอื้ออำนวย เช่น การนวดสัมผัส การทำสมาธิ การผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การทำศิลปะบำบัด การทำดนตรีบำบัด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การรักษาด้วยยา

เนื่องจากก่อนมะเร็งมักเป็นสาเหตุที่ทำให้ปวด และในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มักไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง ที่จะทำให้อ่อนยุบลงไปได้ การระงับปวดด้วยวิธีการใช้ยาจึงจำเป็นต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่กังวล ไม่ว่าจะเป็นความกังวลเรื่องติดยา กังวลเรื่องยาจะมีผลต่อการทำงานต่างๆ ของร่างกาย

หลักการรักษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จึงต้องกำหนดเป้าหมายในการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติเสมอ เนื่องจากเป็นความปวดที่ไม่เพียงเกิดจากพยาธิสภาพ แต่เกิดจากสภาพด้านจิตใจ สังคม และความเชื่อของผู้ป่วยรวมกัน จึงแนะนำให้มีการรักษาความปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วยเสมอ และแนะนำให้กำหนดเป้าหมายให้ควบคุมความปวดไว้ในลักษณะปวดน้อย และสามารถใช้ชีวิตได้โดยไม่เป็นอุปสรรค เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดโอกาสการเสพติดยาแก้ปวด และลดโอกาสการใช้ยาเกินขนาด

1. พาราเซตามอล (Paracetamol หรือ Acetaminophen) เป็นยาแก้ปวดที่ช่วยลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง โดยขนาดสูงสุดที่แนะนำในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น และมีน้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม คือ 4 กรัมต่อวัน แต่หากผู้ป่วยน้ำหนักไม่ถึง 50 กิโลกรัม ไม่ควรใช้เกิน 75 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ใน 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคตับไม่ควรใช้เกิน 3 กรัมต่อวัน

ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำว่า มียาแก้ปวดหลายชนิดเป็นยาที่ผสมพาราเซตามอลถึงแม้จะไม่ได้ชื่อพาราเซตามอล และควรได้รับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะการได้ยาพาราเซตามอลเกินขนาดเมื่อใช้ยาแก้ปวดหลายชนิดพร้อมๆ กัน

2. ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs หรือ NSAIDs) เป็นยาแก้ปวดที่ช่วยลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง มีหลักฐานที่แสดงถึงการใช้ยานาโปรเซน (naproxen) ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในการบรรเทาความปวดจากมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังกระดูกได้ดี

อย่างไรก็ตามยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มีผลข้างเคียงคือ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร การมีพิษต่อไต และเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาที่มีผลกับไต เมื่อใช้ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์แล้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมมากขึ้น

ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในช่วงเวลาสั้นๆ และควรให้ยาลดการหลั่งกรดร่วมด้วยเสมอในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

ข้อห้ามของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่กำลังมีแผลในกระเพาะอาหาร และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน (Weak opioids) ใช้สำหรับรักษาอาการปวดปานกลาง ยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์แก้ปวดจำกัด หากใช้ในขนาดสูงสุดแล้วยังไม่สามารถระงับปวดได้ ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง โดยในประเทศไทยจะมีโอปิออยด์ชนิดอ่อน 2 ชนิด คือ โคเดอีน (codeine) และ ترامาดอล (tramadol)

3.1 โคเดอีน (Codeine) มีฤทธิ์น้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า ขนาดสูงสุดของยา คือ 240 มิลลิกรัมต่อวัน นิยมบริหารยาโดยการรับประทาน 30-60 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีตับหรือไตวาย

โคเดอีนไม่มีฤทธิ์แก้ปวด แต่จำเป็นต้องอาศัยเอนไซม์ CYP2D6 ในร่างกาย เพื่อเปลี่ยนจากโคเดอีนเป็นมอร์ฟีน ซึ่งจะให้ฤทธิ์ระงับปวด โดยจะมีความหลากหลายของเมตาบอลิซึมของยาในแต่ละบุคคล

กลุ่ม slow metabolizer โคเดอีนจะถูกเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนน้อย ทำให้ไม่ได้รับฤทธิ์แก้ปวดจากโคเดอีน

กลุ่ม ultra-rapid metabolizer โคเดอีนจะถูกเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนปริมาณมาก นำไปสู่การได้รับโอปิออยด์เกินขนาดได้ โดย ultra-rapid metabolizer พบได้มากถึงร้อยละ 29 ในประชากรกลุ่มแอฟริกา/ เอเชีย ส่วนในประชากรกลุ่มชาวเอเชียพบได้ร้อยละ 1.2-2

3.2 ترامาดอล (Tramadol) มีฤทธิ์น้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า โดยนิยมให้ 50-100 มิลลิกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง ขนาดสูงสุดของยา คือ 400 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว และ 300 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนผู้ป่วยไตวายหรือตับวายไม่ควรใช้

ترامาดอลและโคเดอีนจะอยู่ในอันดับที่ 2 ของการระงับปวดจากมอร์ฟีน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงในขนาดต่ำทดแทนการใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน โดยการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการระงับปวดที่ดีกว่าโดยผลข้างเคียงที่เกิดไม่แตกต่างกัน

การใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน ควรพิจารณาให้ยาระบายกลุ่มที่กระตุ้นการทำงานของลำไส้ เช่น สารสกัดมะขามแขก ร่วมด้วยเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะท้องผูกจากโอปิออยด์

4. ยากลุ่มโอปิออยด์หรือโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง (Strong opioids) เช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล ใช้รักษาความปวดปานกลางถึงปวดมาก เป็นยามาตรฐานที่รักษาความปวดจากมอร์ฟีน ยาจะไม่มีขนาดสูงสุด แต่จะต้องปรับยาให้เข้ากับระดับความปวดและความทนได้ของผลข้างเคียงที่จะเกิดจากยา

หากผู้ป่วยไม่เคยได้รับโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงมาก่อน แนะนำให้เริ่มต้นจากขนาดแนะนำที่น้อยที่สุดก่อนเสมอ จากนั้นดูการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา แล้วจึงพิจารณาปรับเพิ่มขนาดยาขึ้นให้ได้ผลการระงับปวดตามต้องการ

โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงที่ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันในการระงับปวดจากมอร์ฟีน คือ เพทิดีน (pethidine) เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นนอร์เพทิดีน (norpethidine) ที่มีพิษต่อระบบประสาท

4.1 มอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาที่สามารถบริหารยาได้หลายรูปแบบ โดยรูปแบบที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็ง คือ รูปแบบรับประทาน ควรเริ่มต้นด้วยมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที (morphine immediate release) รูปแบบเม็ดหรือรูปแบบน้ำเชื่อมก็ได้ โดยเริ่มที่ขนาด 5-10 มิลลิกรัม แต่หากผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะที่มีความเจ็บปวดรุนแรงและต้องระงับอาการปวดแบบเร่งด่วน ควรให้เป็นรูปแบบฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยขนาดยาที่ใช้เริ่มต้นคือ 0.5-1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สำหรับฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ไม่แนะนำให้ฉีดมอร์ฟีนเข้ากล้ามเนื้อเพราะไม่สามารถทำนายการออกฤทธิ์ได้แน่ชัด

ไม่แนะนำให้ใช้มอร์ฟีนในผู้ป่วยโรคไต แต่หากจำเป็นต้องใช้ แนะนำให้เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากมอร์ฟีนเกินขนาดอย่างเคร่งครัด

ในประเทศไทย มอร์ฟีนชนิดรับประทานมีหลายรูปแบบ ดังนี้

ตารางที่ 9.1.2 รูปแบบต่างๆ ของมอร์ฟีน

รูปแบบ	ความแรง	เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาที่ยามีฤทธิ์	ข้อควรระวัง
มอร์ฟีนเม็ดชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที (morphine immediate release tablet)	10 มิลลิกรัม	30 นาที	2-4 ชั่วโมง	
มอร์ฟีนน้ำเชื่อม (morphine syrup)	10 มิลลิกรัม ต่อ 5 มิลลิลิตร	30 นาที	2-4 ชั่วโมง	
มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (morphine controlled release tablet, MST continus [®])	10, 30, 60 มิลลิกรัม	3 ชั่วโมง	12 ชั่วโมง	ไม่สามารถหัก บด แบ่งเม็ดยา
มอร์ฟีนแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (morphine controlled release capsule, Kapanol [®])	20, 50, 100 มิลลิกรัม	3 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	สามารถแกะแคปซูล ให้ยาทางสายอาหาร ได้ แต่ห้ามบดเม็ดยา ที่อยู่ในแคปซูล

มอร์ฟีนแบบฉีดจะมีรูปแบบเดียว คือ 10 มิลลิกรัมในสารละลาย 1 มิลลิลิตร ขนาดบรรจุ 1 มิลลิลิตร ต่อหลอด โดยหากฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายในระยะเวลา 5-10 นาที แต่หากฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์ในระยะเวลา 20-60 นาที และจะมีระยะเวลาการมีฤทธิ์ที่ใกล้เคียงกัน คือ 3-4 ชั่วโมง

การปรับยามอร์ฟีน หากผู้ป่วยไม่เคยรับยามอร์ฟีนมาก่อน ควรเริ่มต้นจากการให้รับประทานมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 5-10 มิลลิกรัม และอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานซ้ำได้หากยังมีการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ซ้ำได้ทุก 2-4 ชั่วโมง จากนั้นนำผลรวมของยาที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง เพื่อมาคำนวณปรับเป็นมอร์ฟีนชนิดควบคุมการปล่อยยา

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วย นาย ก. ได้รับยามอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ ดังนี้			
08.00 น.	5 มิลลิกรัม	20.00 น.	5 มิลลิกรัม
10.00 น.	5 มิลลิกรัม	01.00 น.	5 มิลลิกรัม
13.00 น.	5 มิลลิกรัม	05.00 น.	5 มิลลิกรัม
16.00 น.	5 มิลลิกรัม	09.00 น.	5 มิลลิกรัม
จากตัวอย่างที่ 1 จะเห็นว่า ใน 24 ชั่วโมง (08.00-07.59 น.) ผู้ป่วยใช้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ 35 มิลลิกรัม (ไม่นับยาที่ได้เวลา 09.00 น. เพราะเกิน 24 ชั่วโมง) เราสามารถแปลผลได้ว่า ความต้องการมอร์ฟินชนิดรับประทานต่อวัน คือ ประมาณ 35 มิลลิกรัม ดังนั้นเราสามารถปรับยาเป็น มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (MST continus[®]) 10 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง หรือมอร์ฟินแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (Kapanol[®]) 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง กรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร เพื่อสามารถแกะแคปซูลของยาและให้ทางสายอาหารได้ ร่วมกับให้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ 5 มิลลิกรัม (ประมาณร้อยละ 14 ของมอร์ฟินที่ได้รับต่อวัน) รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง หากยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีหลังจากได้ยามอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ไปแล้ว 2-3 ครั้ง แนะนำปรับเพิ่มยามอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ร้อยละ 25-50 กรณีปวดปานกลาง หรือหากปวดมากสามารถเพิ่มขนาดได้ร้อยละ 50-100 แล้วจึงนำผลรวมของมอร์ฟินที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงมาปรับยาการให้ยาใหม่			

ตัวอย่างที่ 2 จากการไปซักถาม นาย ก. แจ้งว่าหลังได้ยามอร์ฟินยังคงมีอาการปวดมาก แพทย์จึงเพิ่มมอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ เป็นครั้งละ 10 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง พบว่า นาย ก. ได้รับยา ดังนี้	
08.00 น.	มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
10.00 น.	มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ 10 มิลลิกรัม
15.00 น.	มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ 10 มิลลิกรัม
20.00 น.	มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
03.00 น.	มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ 10 มิลลิกรัม
08.00 น.	มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
จากตัวอย่างที่ 2 จะเห็นว่า ใน 24 ชั่วโมง (08.00-07.59 น.) ผู้ป่วยใช้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ 3 ครั้ง คือ เวลา 10.00 น., 15.00 น., และ 3.00 น. เท่ากับ 30 มิลลิกรัม ร่วมกับมอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 2 ครั้ง คือ เวลา 08.00 น. และ 20.00 น. เราสามารถแปลผลได้ว่า ความต้องการมอร์ฟินชนิดรับประทานต่อวันคือประมาณ 50 มิลลิกรัม ดังนั้นเราสามารถปรับยาเป็น มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (MST continus[®]) 10 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทานทุก 12 ชั่วโมง หรือมอร์ฟินแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (Kapanol[®]) 20 มิลลิกรัม 2 แคปซูล วันละครั้ง หรือ 50 มิลลิกรัม 1 แคปซูล วันละครั้ง ร่วมกับให้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยด้วยาแทนที่ 10 มิลลิกรัม (ประมาณร้อยละ 20 ของมอร์ฟินที่ได้รับต่อวัน) รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง	

ตามปกติขนาดมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยยาทันทีที่ได้รับประทานเมื่อมีอาการมักคิดเป็นร้อยละ 5-20 ของขนาดมอร์ฟีนที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง หากสามารถควบคุมอาการปวดให้อยู่ในระดับปวดน้อย และรับประทานมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยยาทันทีไม่เกิน 3-4 ครั้งต่อวัน ไม่มีความจำเป็นต้องปรับขนาดมอร์ฟีนชนิดควบคุมการปล่อยยา

หากผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต และไม่สามารถรับประทานยาได้ แต่ยังมีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟีน สามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง โดยคำนวณขนาดมอร์ฟีนจากค่า equianalgesic dose ของมอร์ฟีนชนิดฉีดต่อรับประทาน คือ 1:3 (ขนาดยาที่ใช้ฉีดของมอร์ฟีนจะน้อยกว่าขนาดยาที่ใช้รับประทานประมาณ 3 เท่า)

จากตัวอย่างที่ 2 หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ โดยมีความต้องการมอร์ฟีนชนิดรับประทานต่อวันประมาณ 50 มิลลิกรัม เราสามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง โดย $50/3 = 16.67$ มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 0.7 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ร่วมกับให้มอร์ฟีนฉีด 10/3 หรือประมาณ 3 มิลลิกรัม ฉีดเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง

ผลข้างเคียงของมอร์ฟีนที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับมอร์ฟีนไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากมอร์ฟีนมีผลโดยตรงที่ทำให้ลำไส้เคลื่อนตัวช้าลง จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้ควบคู่ด้วยเสมอ ได้แก่ ยาระบายมะขามแขก bisacodyl ยาระบายชนิดอื่นที่สามารถให้ได้ คือ milk of magnesia, lactulose แต่ยาระบายกลุ่มที่ไม่ควรให้ คือ ยาระบายกลุ่มเพิ่มเนื้ออุจจาระ กลุ่มเส้นใย เนื่องจากเพิ่มโอกาสการเกิดลำไส้อุดตัน

ควรใช้มอร์ฟีนอย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีค่าไตผิดปกติ เนื่องจากมอร์ฟีนเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกร่างกายเปลี่ยนเป็นสารอื่นและจะถูกกำจัดออกทางไต หากผู้ป่วยมีการทำงานของไตที่ผิดปกติจะทำให้กำจัดไม่ได้ อาจเกิดภาวะง่วงซึมและกดการหายใจจนถึงแก่ชีวิต

4.2 เฟนทานิล (Fentanyl) เป็นโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติละลายในไขมันได้ดี ทำให้สามารถนำมาทำในรูปแบบของแผ่นปิดผิวหนังเพื่อตัวยาสามารถซึมผ่านชั้นใต้ผิวหนังผ่านเข้าสู่กระแสเลือด และออกฤทธิ์ระงับปวดได้ โดยแผ่นปิดผิวหนังสามารถออกฤทธิ์ได้นานถึง 72 ชั่วโมง และเฟนทานิลยังมีข้อดีที่สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตได้

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเฟนทานิลในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนังมีระยะเวลาในการเริ่มออกฤทธิ์นานถึง 12-24 ชั่วโมง ทำให้ไม่เหมาะกับการนำมาใช้เป็นอันดับแรกในการปรับยาระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

เฟนทานิลมีความแรงมากกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า แต่ขนาดยาที่ใช้ก็จะลดลง 100 เท่าเช่นกัน ดังนั้นควรระมัดระวังหน่วยที่ใช้ในการสั่งยา ซึ่งเฟนทานิลจะใช้หน่วยเป็นไมโครกรัม

เฟนทานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนังมี 3 ขนาด คือ 12, 25 และ 50 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

การเปลี่ยนมาใช้เฟนทานิลในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนัง แนะนำให้ปรับยาด้วยโอปิออยด์ชนิดอื่นหรือบริหารยาด้วยวิธีอื่นก่อน หลังจากปรับระดับยาโอปิออยด์ที่ใช้ในการควบคุมความปวดคงที่มาแล้วระยะหนึ่งจึงสามารถเปลี่ยนเป็นเฟนทานิลในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนังได้ โดยใช้ตารางเทียบ equianalgesic dose ดังแสดงในตารางที่ 9.1.3 และผู้ป่วยควรได้ยาโอปิออยด์ที่ใช้อยู่เดิมต่ออีก 24 ชั่วโมง หลังจากมีการปิดแผ่นเฟนทานิล

ตารางที่ 9.1.3 Equianalgesic dose ของมอร์ฟินและเฟนทานิล

ขนาดยามอร์ฟินชนิดรับประทาน ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)	ขนาดยาเฟนทานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง (หน่วยเป็นไมโครกรัมต่อชั่วโมง)
20-44	12
45-134	25
135-224	50
225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150

จากตัวอย่างที่ 2 ข้างต้น นาย ก. ที่ได้รับมอร์ฟินชนิดฉีด 16.67 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง ถ้าต้องการเปลี่ยนเป็นเฟนทานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง ทำได้โดยปรับเป็นมอร์ฟินชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมงจะได้ $16.67 \times 3 = 50$ มิลลิกรัม จากตารางที่ 9.1.3 พบว่าหากใช้มอร์ฟินชนิดรับประทานปริมาณ 50 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง จะตรงกับเฟนทานิล 25 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

อย่างไรก็ตามหากมีการเปลี่ยนชนิดของโอปิออยด์ แนะนำให้ลดขนาดของยาลงร้อยละ 25-50 เนื่องจากผู้ป่วยอาจตอบสนองกับโอปิออยด์ชนิดใหม่มากกว่า อาจเกิดภาวะได้รับโอปิออยด์เกินขนาดได้เมื่อเปลี่ยนยา

จากตัวอย่างที่ 2 ข้างต้น หากปรับเป็นมอร์ฟินชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมง ได้ $16.67 \times 3 = 50$ มิลลิกรัม พิจารณาลดขนาดยาลงร้อยละ 25 จะได้ $50 - (50 \times 0.25) = 37.5$ มิลลิกรัม จากตารางที่ 8.1.3 พบว่า หากใช้มอร์ฟินชนิดรับประทานปริมาณ 37.5 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง จะตรงกับเฟนทานิล 12 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

ผลข้างเคียงของเฟนทานิลพบได้เช่นเดียวกับผลข้างเคียงของมอร์ฟิน ที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับเฟนทานิลไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้เสมอ เช่นเดียวกับการให้การรักษาผลข้างเคียงของมอร์ฟิน

หากได้รับเฟนทานิลเกินขนาด สามารถทำให้เกิดอาการง่วงซึมและกดการหายใจ และอาจเสียชีวิตได้

4.3 ออกซีโคโดน (Oxycodone) เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการนำเข้าในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2558 โดยมีรูปแบบเดียว คือ รูปแบบออกฤทธิ์ยาว 12 ชั่วโมง มี 2 ขนาด คือ 10 และ 40 มิลลิกรัม ยังจัดอยู่ในยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ออกซีโคโดนมีความแรงมากกว่ามอร์ฟินประมาณ 1.5-2 เท่า และมีคุณสมบัติที่ดูดซึมทางเดินอาหารได้ประมาณร้อยละ 60-87 (มอร์ฟินจะดูดซึมได้ประมาณร้อยละ 20-40) อย่างไรก็ตามมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าทั้งออกซีโคโดนและมอร์ฟินให้การระงับปวดที่ไม่แตกต่างกัน

ผลข้างเคียงของออกซีโคโดนพบได้เช่นเดียวกับผลข้างเคียงของมอร์ฟิน ที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับออกซีโคโดนไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้เสมอเช่นเดียวกับการให้การรักษาผลข้างเคียงของมอร์ฟิน

หากได้รับออกซีโคโดนเกินขนาด สามารถทำให้เกิดอาการง่วงซึมและกดการหายใจ และอาจเสียชีวิต

การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นระยะที่มีการลุกลามและอาการแสดงของโรคเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อจิตใจ มีความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงต้องดูแลทุกมิติแบบองค์รวมอย่างบูรณาการ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความหมาย และสามารถเตรียมพร้อมที่จะเผชิญความตายได้อย่างสงบ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ประกอบด้วย การบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง การพยาบาลให้ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การประสาน การประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนและปกป้องสิทธิผู้ป่วย การจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

ปัญหาความต้องการด้านจิตใจ

ปัญหาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความกลัวเกี่ยวกับความตาย มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รวมถึงมีความคิดทำร้ายตนเอง

การประเมินด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็ง

- ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรค
- ประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษา
- ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว
- ประเมินคัดกรองเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า
- ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็ง

- การยอมรับ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยด้วยการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ ใช้เวลา เยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ
- ประเมินและสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นระยะ สอบถามความต้องการ แหล่งสนับสนุน และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความสูญเสียและความตาย
- ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการดูแลรักษา
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในเรื่องการตัดสินใจด้านการดูแลรักษา เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ซักถามปัญหา พุดคุยถึงความหวังความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับความตาย
- ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก
- จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสงบใจ

ปัญหาความต้องการด้านสังคม

ปัญหาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักเป็นความรู้สึกขัดแย้งต่อผู้ใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าเวลาเหลือน้อยลง จึงมีอาการหงุดหงิด ท้อแท้ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกแยกและถูกปฏิเสธ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลัวเป็นภาระคนอื่น เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เสียรายได้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว

การประเมินด้านสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง

- บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว
- ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
- ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก (care giver)
- ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน
- เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม
- ความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษา
- ความต้องการด้านการเข้าถึงสังคมและกิจกรรมพักผ่อนต่างๆ

การดูแลด้านสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง

- ประเมินค้นหาปัญหาด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมของครอบครัวและสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย

- ให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้
- ให้คำปรึกษา วางแผนร่วมกับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจในการดูแล
- ประสานแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เครือข่ายชุมชน
- ส่งเสริมและเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว
- เตรียมความพร้อมครอบครัว/ ผู้ดูแล ในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- อำนวยความสะดวกในการดูแลของครอบครัว การเข้าเยี่ยมของญาติ
- จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ปัญหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยมะเร็งที่รับรู้ว่าเป็นโรคของตนเองไม่สามารถรักษาต่อไปได้แล้ว ความตายกำลังใกล้เข้ามา และต้องพลัดพรากจากบุคคลที่รัก ผู้ป่วยจะเสียกำลังใจ ท้อแท้สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาใจได้ ลุกลี้้ง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขออโหสิกรรมต่อการกระทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น ต้องการกลับไปเยี่ยมเยียน สักลา หรือได้พบและอยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งที่รู้สึกผูกพัน ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นสิ่งสำคัญของการมีชีวิตอยู่ เพื่อช่วยให้มีกำลังใจที่แข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและยอมรับกับความตายได้

การประเมินด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

- ความรักและความสัมพันธ์ ความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- ความศรัทธา ประเมินค้นหาแหล่งกำลังใจ ความเชื่อมั่นในชีวิตและจิตวิญญาณ
- ความหวังในการดำเนินชีวิต
- ความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา

- การค้นหาความหมายของการเจ็บป่วย คุณค่าและเป้าหมายของชีวิต ที่มีผลในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป
- การให้อภัย ความรู้สึกผิดและการปฏิบัติเพื่อแก้ไขความรู้สึกผิด
- ค้นหาความต้องการครั้งสุดท้ายในชีวิต (last wish)
- ภาระที่ยังไม่เสร็จ (unfinished business)

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ
- ให้ความรักความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ดูแล ให้ความหวัง และกำลังใจ ไม่ทอดทิ้งแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้
- ให้ความสนใจ เคารพในความเชื่อและสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ
- เต็มใจที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อ ความต้องการในการปฏิบัติตามความเชื่อนั้น
- ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย
- เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุย เล่าระบายความคิด ความรู้สึกต่างๆ
- ให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับทีมการดูแล
- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึงและมีความพร้อมสำหรับการจากไป
- ช่วยประคับประคองจิตใจให้จดจ่อกับสิ่งที่ตั้งตาม
- ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ
- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ
- อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลา

ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งในผู้ป่วยระยะประคับประคอง

1. ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง (Brain metastasis)

1.1 สาเหตุและอุบัติการณ์

ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง (brain metastasis) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของโรคเนื้องอกของสมองในผู้ใหญ่ ซึ่งพบบ่อยเป็น 10 เท่าของโรคเนื้องอกจากสมอง (primary brain tumor) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการจากภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองนั้น มีประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองทั้งหมด ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของมะเร็งแพร่กระจายไปยังสมองมากขึ้น เนื่องจากการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ดีขึ้น ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองพบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา (melanoma) ตามลำดับ บริเวณของสมองที่พบรอยโรคบ่อย จะเป็นสมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum) ร้อยละ 80 ซีรีเบลลัม (cerebellum) ร้อยละ 15 และก้านสมอง (brain stem) พบได้ร้อยละ 5

1.2 อาการ

คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชัก อ่อนแรง ชา และอาการอื่นๆ ตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการดังกล่าว ควรมีการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด เนื่องจากอาการเหล่านี้อาจบ่งบอกถึงการมีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองได้

1.3 การวินิจฉัย

1.3.1 ซักประวัติ

1) อาการทางระบบประสาท

ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชัก อ่อนแรง ชา ที่เป็นมากขึ้น ไม่ดีขึ้น เมื่อรักษาตามอาการ และสอดคล้องเข้าได้กับพยาธิสภาพของระบบประสาท และอาการอื่นๆ ตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง

2) อาการร่วม

ในกรณีที่อาการทางระบบประสาทเป็นอาการนำ ควรตรวจหาอาการร่วมอื่นๆ ที่อาจบ่งชี้ถึงโรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มายังสมอง (primary tumor) เช่น หากผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลดร่วมด้วยอาจบ่งบอกถึงมะเร็งปอด การมีก้อนที่เต้านมอาจบ่งบอกถึงมะเร็งเต้านม เป็นต้น

อาการร่วมของการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นนอกจากสมอง ในผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย (ระยะที่ 4) นั้น ถ้ามีมะเร็งกระจายมาที่สมอง ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น กระดูก ปอด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องซักประวัติ ถึงอาการร่วมที่ผิดปกติของระบบอื่นๆ ด้วย เช่น ปวดหลังมากผิดปกติ ปวดมากช่วงเวลากลางคืน ไอเรื้อรัง เป็นต้น

1.3.2 การตรวจร่างกาย

ควรตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด เพื่อหาตำแหน่งของรอยโรคในสมอง และใช้เป็นการประเมินเบื้องต้นก่อนการรักษา (initial assessment) จากนั้นนำมาวัดผลเปรียบเทียบ (comparison) และประเมินผลการรักษา (evaluation and result of treatment)

ตรวจหาความผิดปกติของระบบอื่น ๆ ที่อาจบ่งชี้ถึงโรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มายังสมอง (primary tumor) และตรวจเพื่อหาการแพร่กระจายไปที่ระบบอื่นนอกจากระบบประสาท (other metastasis site)

1.3.3 การตรวจทางรังสีวินิจฉัย (computer tomography หรือ CT, magnetic resonance imaging หรือ MRI)

การตรวจทางรังสีวินิจฉัยมีความสำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมอง เพราะสามารถใช้ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยเพื่อวินิจฉัย ใช้ประเมินความรุนแรง การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษาทั้งการผ่าตัดและการฉายรังสี

ภาพทางรังสีวินิจฉัยของภาวะมะเร็งแพร่กระจายมาสมองมีรูปแบบที่หลากหลาย พบได้ทั้ง isodense, hypodense or hyperdense เมื่อเทียบกับเนื้อสมองปกติ โดยอาจมีภาวะบวมรอบก้อน (surrounding edema) มากน้อยต่างกันไป และอาจมีรอยโรคเพียงจุดเดียว หรือมีหลายจุดได้ โดยรอยโรคมักพบอยู่บริเวณรอยต่อสมองส่วนเทาและขาว (grey-white matter junction) และบริเวณส่วนปลายของเส้นเลือด (arterial watershed areas) ส่วนรอยโรคในภาวะมะเร็งแพร่กระจายมาสมองของมะเร็งชนิด melanoma, renal cell carcinoma, choriocarcinoma, thyroid cancer, lung and breast cancers มักมีเลือดออก (hemorrhage) ในสมองร่วมด้วย

1) Computer tomography หรือ CT เป็นการวินิจฉัยเบื้องต้น สำหรับภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง

2) Magnetic resonance imaging หรือ MRI มีความไว (sensitivity) ต่อการวินิจฉัยมากกว่า CT และถือเป็นตัวเลือกหลัก (imaging of choice) ในการวินิจฉัยภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง

อย่างไรก็ตามพบว่าการทำ MRI เพื่อหารอยโรคในผู้ป่วยหลายราย (screening) ไม่ได้เปลี่ยนแปลงผลของการรักษา ดังนั้น CT จึงอาจใช้เป็นการตรวจภาพทางรังสีวินิจฉัยในเบื้องต้น (initial test of choice) แทนได้

3) การตรวจทางรังสีวินิจฉัยอื่นๆ ที่อาจบ่งถึงโรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มายังสมอง (primary tumor) และตรวจหาความผิดปกติของระบบอื่นๆ เพื่อหาการแพร่กระจายไปที่ระบบอื่นนอกจากระบบประสาท (other metastasis sites)

1.4 การพยากรณ์โรค การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) ชนิดของโรคมะเร็งต้นกำเนิด (primary site) มะเร็งเต้านม มีการพยากรณ์โรคที่ดีที่สุด มะเร็งปอดมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีนัก
- 2) อายุ และสมรรถนะของผู้ป่วย
- 3) ตำแหน่ง ขนาด จำนวน และปริมาณรอยโรคที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังสมอง
- 4) รอยโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งนอกจากสมอง

1.5 การรักษา

1) การรักษาเบื้องต้น

เมื่อได้รับการวินิจฉัยภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง และผู้ป่วยมีอาการจากการกดเบียดเนื้อสมอง แพทย์จะพิจารณาให้ยา dexamethasone เพื่อบรรเทาอาการอักเสบของเนื้อสมอง หากต้องรักษาด้วยการฉายรังสีที่สมอง จะเริ่มให้ยา dexamethasone อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ก่อนเริ่มฉายรังสี

การให้ยา dexamethasone

สัปดาห์ที่ 1 เริ่มที่ 8 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง (หรือแบ่งให้ได้ขนาดยา 16 มิลลิกรัมต่อวัน)

สัปดาห์ที่ 2 จะลดขนาดยาลง 2-4 มิลลิกรัม ทุก 5 วัน เช่น เริ่มต้นที่ 8 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จากนั้นลดขนาดยาเป็น 4 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จากนั้นลดขนาดยาเป็น 2 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จนจบการฉายรังสี

อย่างไรก็ตามการปรับยาต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ หากผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหลังจากลดยา สามารถปรับเพิ่มกลับไปให้ขนาดยาเท่าเดิมหรือมากขึ้นกว่าเดิมก่อนที่จะลดยาได้ และเมื่อมีอาการคงที่หรือดีขึ้น จึงทำการลดยาอีกครั้ง

2) การรักษาตามอาการ เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย ได้แก่

- 2.1) อาการปวดศีรษะ นิยมรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ ร่วมกับยากลุ่มระงับปวดปลายประสาท เช่น กาบาเพนติน (gabapentin) หรือพรีกาบาลิน (pregabalin)
- 2.2) อาการชัก ให้ยากันชักเมื่อมีอาการชัก ไม่ให้เพื่อป้องกันอาการชัก
- 2.3) อาการอื่นๆ ให้ยารักษาตามอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน

3) การรักษาเฉพาะที่

หลังจากรักษาเบื้องต้นและรักษาตามอาการแล้ว แพทย์เฉพาะทางจะเป็นผู้พิจารณาการรักษาเฉพาะที่ ตามจำนวนรอยโรคในสมอง หากรอยโรคในสมองมีจำนวนจำกัด (limited brain metastasis) อาจพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด การฉายรังสีเฉพาะจุด แต่ถักรอยโรคในสมองมีจำนวนมาก (Extensive brain metastasis) อาจพิจารณาการรักษาโดยการฉายรังสีเฉพาะจุด ฉายรังสีทั้งสมอง หรือรักษาตามอาการ

3.1) การรักษาด้วยการผ่าตัด ใช้ในกรณีที่

- มีภาวะกดเบียดจากก้อน
- ขนาดก้อนมากกว่า 3 เซนติเมตร และอยู่ในตำแหน่งที่สามารถผ่าตัดได้
- เมื่อต้องการผลชัดเจนเพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

3.2) การรักษาด้วยการฉายรังสี แบ่งเป็นการฉายรังสีเฉพาะจุด (stereotactic radiosurgery หรือ SRS และ stereotactic radiotherapy หรือ SRT) และการฉายรังสีทั้งสมอง (whole brain radiotherapy หรือ WBRT) ซึ่งแพทย์เฉพาะทางจะเป็นผู้พิจารณาเลือกชนิดการรักษาในแต่ละราย

3.3) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิดที่มียีนที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (เช่น มะเร็งปอดที่มีการกลายของยีน ALK หรือ EGFR (ALK or EGFR mutations) มะเร็งผิวหนังชนิด Melanoma ระยะแพร่กระจายที่มีการกลายของยีน BRAF (BRAF mutations) แพทย์อาจพิจารณาให้ยา เพื่อรักษาภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองในรายที่ยังไม่มีอาการ หรือตามแต่ดุลยพินิจของแพทย์เฉพาะทาง

1.6 การตรวจติดตาม

ตรวจติดตามอาการ อาการแสดง และภาพทางรังสีวินิจฉัย ทุก 3 เดือน ใน 1 ปีแรก จากนั้นอาจตรวจติดตามทุก 4-6 เดือน

2. ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypercalcemia)

ผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 30 มีโอกาสเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ซึ่งร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน ถึงแม้ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจะได้รับการรักษา ซึ่งแสดงถึงภาวะฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงในมะเร็งระยะลุกลาม มักเกิดร่วมกับมะเร็งชนิดมัลติเพิล มัยอิโลมา (multiple myeloma) มะเร็งเต้านม มะเร็งปอดแบบ squamous cell, non-small cell มะเร็งของหูก คอ จมูกแบบ squamous cell และมะเร็งของต่อมไทรอยด์

2.1 คำจำกัดความ

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง คือ ภาวะที่มีระดับแคลเซียมในเลือดมากกว่า 2.6 มิลลิโมลต่อลิตร (หรือ 10.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

2.2 พยาธิกำเนิดของโรค

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น การหลั่งของฮอร์โมนพาราไธรอยด์จากก้อนมะเร็ง หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่หลั่ง 1.25 (OH) 2D (vitamin D) หรืออาจเกิดภาวะการสลายของกระดูกจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปกระดูก

2.3 อาการและอาการแสดง

ระบบ	อาการและอาการแสดง
อาการโดยทั่วไป	ภาวะขาดน้ำ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย คันตามร่างกาย หรืออาจจะมีอ่อนแรง หรือปวดตามกระดูก
ระบบประสาท	อาการเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ การตอบสนองโดยอัตโนมัติช้าลง (hyporeflexia) ชัก ประสาทหลอน หรือโคม่า โดยอาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะเพ้อ
ระบบทางเดินอาหาร	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ท้องผูก ท้องอืด หรือปวดท้อง
ระบบหัวใจ	คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เช่น shorten Q-T interval, prolonged P-R interval , wide T waves หัวใจห้องบนและห้องล่างเต้นระริก หัวใจเต้นช้าผิดปกติจนถึงแก่ชีวิตได้
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ภาวะขาดน้ำ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย และมีนิ่วในไต

ความรุนแรงของอาการอาจจะไม่ได้สอดคล้องกับปริมาณแคลเซียมในเลือด แต่มักจะสอดคล้องกับการเกิดอาการเร็วหรือช้า และผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มีอาการทุกอาการ ในช่วงแรกของการมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง โดยรวมจะมีภาวะขาดน้ำ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า อ่อนแรง การตอบสนองโดยอัตโนมัติช้าลง (hyporeflexia) และมีอาการปวด เมื่ออาการดำเนินมาสู่ระยะหลังๆ จะมีการกระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า ไม่แสดงอารมณ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน สายตาพร่ามัว มีอาการโคม่า และอาจเสียชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับประทานยา digitalis

2.4 การตรวจวินิจฉัย

เนื่องจากร้อยละ 40 ของแคลเซียมจะจับอยู่กับโปรตีนซึ่งส่วนมากเป็นอัลบูมิน ร้อยละ 15 จับกับ citrate, sulfate และ phosphate ที่เหลือจะอยู่ในรูปแคลเซียมอิสระ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อค่าของแคลเซียมในเลือดที่ได้จากการตรวจวัดในห้องปฏิบัติการ ตัวอย่างที่สำคัญคือ ปริมาณของอัลบูมินในเลือด ซึ่งการลดลงของอัลบูมินในเลือดทุก 1 กรัมต่อเดซิลิตร จำเป็นจะต้องปรับ total calcium เพิ่มขึ้น 0.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ดังนั้นการตรวจเลือดเพื่อระดับแคลเซียมในเลือด จำเป็นต้องดูค่าอัลบูมินควบคู่ด้วยเสมอ โดยค่าของอัลบูมินที่จะใช้ในการคำนวณ จะอยู่ในหน่วยกรัมต่อเดซิลิตร (g/dL) โดยสามารถคำนวณค่าแคลเซียมในเลือด หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ได้ตามสูตร

$$\{(4 - \text{Serum albumin}) \times 0.8\} + \text{serum calcium} = \text{corrected serum calcium}$$

2.5 การรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

จำเป็นต้องหาสาเหตุเพื่อแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง สาเหตุของโรคอาจเกิดจากการที่โรคลุกลามมากขึ้น ทำให้เราไม่สามารถแก้ไขสาเหตุโดยตรงได้ แต่ไม่ว่าสาเหตุโดยตรงจะสามารถจัดการได้หรือไม่ ผู้ป่วยทุกคนจะยังได้ประโยชน์จากการดูแลของทีมแพทย์และพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคและอาการ การให้สารน้ำ และการรักษาด้วยยา

2.6 การรักษา

2.6.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การให้สารน้ำ สามารถเพิ่มการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะ และมักเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีแคลเซียมสูงไม่มากที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะแคลเซียมสูง โดยสามารถลดระดับแคลเซียมได้ประมาณ 0.25 มิลลิโมลต่อลิตร

ผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงทุกคนมักมีภาวะขาดน้ำร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปัสสาวะบ่อยและคลื่นไส้ อาเจียน ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณ 2-3 ลิตรต่อวัน หรือให้สารละลายเกลือแร่ 100-120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดด้านการให้สารน้ำ (หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดการให้สารน้ำ เช่น มีโรคหัวใจ อาจให้ปริมาณที่น้อยลง)

ในทางทฤษฎี ยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretic สามารถลดการดูดซึมกลับของแคลเซียมได้ อย่างไรก็ตามหากจะมีการให้ยาขับปัสสาวะต้องแน่ใจว่าได้แก้ไขภาวะการขาดน้ำแล้ว ห้ามให้ยาขับปัสสาวะหากผู้ป่วยยังมีภาวะขาดน้ำอยู่

การที่ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวนั้นก่อให้เกิดการสลายตัวของทั้งเนื้อเยื่อและกระดูก ดังนั้นควรกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายถ้ายังสามารถทำได้

หยุดยาที่อาจเพิ่มปริมาณของแคลเซียมในเลือด เช่น ลิเทียม วิตามินดี ยาระบาย หรือยาลดกรด ที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม อาหารเสริมที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม หรือหยุดการเสริมแคลเซียมในสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือด และเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ

2.6.2 การรักษาด้วยยา

1) Calcitonin ขนาดที่ใช้ calcitonin 4-8 หน่วยสากลต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดทางขึ้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง โดย calcitonin จะออกฤทธิ์ที่ 4 ชั่วโมง เหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องการลดปริมาณของแคลเซียมในเลือดลงอย่างรวดเร็ว แต่ฤทธิ์จะสั้น จึงแนะนำให้ใช้ร่วมกับ bisphosphonate

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการหน้าแดง คลื่นไส้ ปวดท้อง และอาจเกิดการแพ้ได้ เนื่องจากมีส่วนผสมจากสารที่ได้จากปลาแซลมอน

2) Bisphosphonates ออกฤทธิ์ลดระดับแคลเซียมโดยกลไกยับยั้งการทำงานของ osteoclast โดยทั่วไปยาในกลุ่ม bisphosphonates จะออกฤทธิ์ลดระดับแคลเซียมในเวลา 48 ชั่วโมง จึงควรใช้ควบคู่ไปกับการให้สารน้ำ และ calcitonin แนะนำให้ bisphosphonate เมื่อค่าแคลเซียมในเลือดสูงกว่า 3.0 มิลลิโมลต่อลิตร (หรือ 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) หรือค่าแคลเซียมในเลือดต่ำกว่า 3.0 มิลลิโมลต่อลิตร (หรือ 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร่วมกับมีอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

มักพบว่าผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองจะทนต่อ bisphosphonate รูปแบบรับประทาน เช่น clodronate หรือ alendronate ไม่ค่อยได้ แต่รูปแบบที่ใช้ฉีดเข้าหลอดเลือด เช่น pamidronate หรือ zoledronic acid มักประสบความสำเร็จในการใช้มากกว่าทั้งในเรื่องการทนต่อผลข้างเคียง และลดระดับแคลเซียมได้ดีกว่า

ก่อนใช้ยาในกลุ่ม bisphosphonate ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ และผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้อย่างปกติ หากผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำหรือปัสสาวะได้น้อยต้องแก้ไขก่อนเสมอ และห้ามใช้ bisphosphonate ถ้าค่า creatinine สูงกว่า 4.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ควรมีการติดตามเกลือ ค่าแคลเซียมในเลือด และค่าการทำงานของไต (BUN และ creatinine) วันที่ 3 หลังจากได้ยา bisphosphonate เนื่องจากผลข้างเคียงที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ ภาวะไตวาย

ขนาดยา

ยา/ ขนาดยา	วิธีการใช้
Pamidronate 30-90 มิลลิกรัม	ให้ทางหลอดเลือดดำสำหรับภาวะที่แคลเซียมในเลือดสูงมากกว่า 3.5 mmol per Litre โดยใช้ 90 มิลลิกรัม ผสมน้ำเกลือ นอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 60-90 นาที โดยควรให้พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม รับประทานก่อนเพื่อป้องกันการเกิดไข้จากการให้ยา pamidronate โดยยา pamidronate จะมีฤทธิ์ 3-4 สัปดาห์
Clodronate 1,500 มิลลิกรัม	ผสมน้ำเกลือ นอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง หรือผสม 500 มิลลิกรัม ในน้ำเกลือ นอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำวันละครั้งนาน 3 วัน โดยยา clodronate จะมีฤทธิ์ 2 สัปดาห์ ถ้าการทำงานของไตเสื่อมลง โดยค่า creatinine clearance 10-50 มิลลิลิตรต่อนาที ให้ลดขนาดยาลงร้อยละ 25-50
Zoledronic acid 4 มิลลิกรัม	ผสมน้ำเกลือ นอร์มัล 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 15 นาที ซึ่งพบว่ามีการออกฤทธิ์ที่เร็วกว่าและมีฤทธิ์ดีกว่า pamidronate โดยจะออกฤทธิ์นาน 4-6 สัปดาห์ และช่วยลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระดูกที่เกิดจากมะเร็งชนิดต่างๆ รวมถึงมะเร็งชนิดมัลติเพิล มัยอีโลมา

3) สเตียรอยด์ สามารถใช้ได้กรณีที่มะเร็งชนิดนั้นๆ ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) หรือมะเร็งเม็ดเลือดชนิดมัลติเพิล มัยอีโลมา (multiple myeloma) มักแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์กรณีที่ไม่มียาในกลุ่ม bisphosphonate หรือในกรณีที่มิชอบซื้ออื่นๆ ในการให้ยา สเตียรอยด์ร่วมด้วย เช่น มีความปวด หรือมีอาการคลื่นไส้

ขนาดยา

Prednisolone รับประทาน 40-100 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 1 สัปดาห์ หรือ hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 6 ชั่วโมง หรือ dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง นาน 3-5 วัน

2.6.3 การล้างไต

สามารถลดระดับของแคลเซียมได้รวดเร็ว แต่ควรสงวนไว้ใช้ในกรณีที่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล เช่น ในผู้ป่วยมีภาวะไตวายหรือหัวใจวาย ทำให้ไม่สามารถให้ยาหรือให้สารน้ำทางเส้นเลือดได้

3. ภาวะมะเร็งกดไขสันหลัง (Spinal cord compression)

ภาวะมะเร็งการกดไขสันหลังพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 หรือโรคมะเร็งแพร่กระจาย พบอุบัติการณ์ของภาวะมะเร็งกดไขสันหลัง 2.2 รายต่อแสนประชากรต่อปี และในกลุ่มของคนไข้มะเร็งจะพบได้ร้อยละ 2-14

ภาวะมะเร็งการกดไขสันหลังถือว่าเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องการการดูแลเพื่อป้องกันความพิการจากอาการชาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินและควบคุมการขับถ่ายได้ ซึ่งการรักษาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตระยะท้าย

3.1 สาเหตุ

เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งมาที่เยื่อหุ้มไขสันหลังส่วนนอก (extradural metastasis) นอกจากนี้อาจเกิดจากโรคมะเร็งมีการกระจายมาที่กระดูกสันหลังระดับอก หลัง และคอ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังจากที่ถูกกลุ่กลามมายังบริเวณ vertebral body หรือเมื่อมีการขยายใหญ่ของกระดูกส่วน pedicle ทำให้เกิดการกดเบียดเยื่อหุ้มไขสันหลังที่อยู่ระดับล่าง โดยตำแหน่งที่พบบ่อยสุดคือ thoracic spine (ร้อยละ 70) รองลงมาคือ lumbosacral spine (ร้อยละ 20) มะเร็งต้นเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งไต multiple myeloma และ lymphoma

3.2 อาการและอาการแสดง

ตรวจพบอาการปวดหลังและจุดกดเจ็บเฉพาะที่ อาการดังกล่าวเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นอาการเริ่มแรกสุดของการกดไขสันหลัง สามารถพบอาการดังกล่าวได้นานหลายเดือนก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย การกดไขสันหลังหรือตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท ส่วนมากอาการปวดเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณกระดูกสันหลัง อย่างไรก็ตามอาจเกิดจากการดึงรั้งของเส้นประสาทไขสันหลังที่เกิดจากการกดไขสันหลัง ภาวะดังกล่าวมีลักษณะพิเศษที่แพทย์ต้องให้ความสนใจเพื่อการวินิจฉัย ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดหลังควรได้รับการประเมินการกดเบียดของไขสันหลังเสมอ การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้ก่อนการเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงถือเป็นสิ่งสำคัญ

3.3 การวินิจฉัย

1) การซักประวัติ อาการปวดหลัง อาจมีปวดร้าวไปขาหรือไม่ก็ได้ โดยมักมีอาการปวดมากขึ้นเวลากลางคืนไม่สามารถบรรเทาด้วยยาแก้ปวดทั่วไป และอาการอาจแย่ลงเมื่อนอนหงาย มีการขยับตัวหรือท่าทางที่ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังขึ้นนอก ได้แก่ ไอ จาม หรือเบ่ง ซึ่งอาการดังกล่าวแตกต่างจากภาวะความเสื่อมของกระดูกสันหลังที่มีมักจะอาการดีขึ้นเมื่อได้พัก

ควรซักประวัติเรื่องอาการปัสสาวะลำบากหรือ ท้องผูก หรืออาการชาอบๆ รูขุมริบ ซึ่งมีความสำคัญมาก อาการดังกล่าวบ่งบอกถึงการทำลายของไขสันหลังในระยะท้าย ถือเป็นกรณีฉุกเฉินทางรังสีรักษา (emergency radiation therapy) ซึ่งควรได้รับการฉายรังสีภายใน 24-48 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการ หากปล่อยไว้นานส่วนมากพบว่าไม่สามารถฟื้นคืนกลับมาได้หลังได้รับการรักษา

2) การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายประเมินระบบประสาทในแง่ระบบสั่งการกล้ามเนื้อ ความรู้สึกและระบบประสาทอัตโนมัติให้ครบถ้วน เพราะจะช่วยระบุตำแหน่งที่มีรอยโรคได้ เพื่อส่งตรวจทางรังสี ในบริเวณนั้นๆ ได้ตรงจุด ลดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัย และช่วยลดปริมาณการได้รับรังสีของผู้ป่วยในส่วนที่ไม่จำเป็น

3) การตรวจภาพทางรังสีวินิจฉัย (X-ray) ในผู้ป่วยที่มีการกดเบียดไขสันหลัง ความผิดปกติที่พบได้แก่ bone erosion หรือ การหายไปของกระดูก pedicle หรือพบการยุบตัวของกระดูกสันหลัง (vertebral collapse) หรือพบก้อนเนื้อบริเวณข้างกระดูกสันหลัง (paraspinal soft tissue mass)

หากภาพทางรังสีวินิจฉัย (x-ray) ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้ ควรพิจารณาส่งตรวจทางรังสีด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging หรือ MRI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการประเมินการกดเบียดไขสันหลัง เพื่อระบุบริเวณที่ถูกกดเบียดได้อย่างชัดเจน และช่วยวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3.4 การรักษา

การรักษาการกดเบียดไขสันหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและคงสภาพหรือฟื้นกลับมาของการทำงานของไขสันหลัง สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ประสงค์จะรับการดูแลแบบประคับประคอง เคยแสดงความประสงค์ไม่รับการผ่าตัดและการฉายรังสี ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับคำแนะนำ แนวทางการรักษา ผลการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา และพิจารณาทำ Advance care plan ผ่านกระบวนการ family meeting อีกครั้ง คำแนะนำการรักษาแบ่งเป็นดังนี้

1) การรักษาเบื้องต้น

เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะการกดเบียดไขสันหลัง แพทย์ต้องให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการอักเสบของไขสันหลังด้วยยาทันที โดยยา dexamethasone เป็นสเตียรอยด์ที่ใช้ในการรักษาภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปไขสันหลัง ซึ่งวัตถุประสงค์ของการใช้สเตียรอยด์ เพื่อลดการบวมของเนื้อเยื่อและการอักเสบที่จะเกิดขึ้นบริเวณที่เกิดการกดทับไขสันหลัง แต่การให้ยา dexamethasone ไม่สามารถลดขนาดของก้อนมะเร็งได้

ขนาดยาที่ใช้ แนะนำให้ dexamethasone ขนาด 4-5 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง สามารถบริหารยาได้ทั้งการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ หรือรับประทาน และรับส่งปรึกษาแพทย์รังสีรักษา

ไม่แนะนำให้ใช้สเตียรอยด์ในขนาดสูง เนื่องจากการวิจัยในสัตว์ทดลองพบว่า ถึงแม้จะช่วยให้สัตว์ทดลองกลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้สเตียรอยด์ขนาดต่ำ แต่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญจากการติดเชื้อที่รุนแรง และทางเดินอาหารเลือดออกและทะลุ

ในอดีตเคยมีการศึกษาในมนุษย์เปรียบเทียบการให้ยา dexamethasone ที่ขนาดต่างกัน โดยกลุ่มแรกจะให้ในขนาดสูงคือ 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เทียบกับกลุ่มที่สองที่ให้ครั้งแรกในขนาด 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ตามด้วยรับประทานขนาด 16 มิลลิกรัมต่อวัน ทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งพบว่าช่วยระงับปวดได้ดีในทั้ง 2 กลุ่ม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของการระงับปวด การฟื้นคืนของระบบประสาท และอัตราการรอดชีวิตระหว่างกลุ่ม

ดังนั้นเมื่อให้ยา dexamethasone จึงไม่ควรให้นานเกิน 1 สัปดาห์ และต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีเกร็ดเลือดต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีรักษา โรคมาเร็วก่อน

2) การรักษาบรรเทาอาการ เพื่อลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

2.1) อาการปวด นิยมรักษาด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ ร่วมกับยากกลุ่มระงับปวดปลายประสาท เช่น ยากลุ่มกาบาเพนตินอยด์ (gabapentinoids) หรือยาต้านเศร้า เช่น อะมิทริปไทลีน (amitriptyline)

2.2) การเสียการควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ อาจพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ

2.3) การเสียการควบคุมระบบขับถ่ายอุจจาระ หรือปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาทำทวารเทียม

นอกจากปัญหาด้านร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักสูญเสียความเป็นตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งตัวเอง และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการขับถ่าย รับประทานอาหาร นั่ง เดิน หรือขับถ่าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า เพราะอาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจจากนักจิตบำบัด หรือจิตแพทย์ร่วมด้วย

3) การรักษาเฉพาะที่

3.1) การรักษาด้วยการฉายรังสี

เหมาะสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีการกดเบียดไขสันหลังและเป็นโรคมะเร็งที่ตอบสนองต่อการรังสีรักษา (radiosensitive tumor) แนะนำให้มีการฉายรังสีโดยเร็วที่สุด คือ ภายใน 48 ชั่วโมงหลังมีอาการแสดงการกดทับไขสันหลัง ซึ่งแพทย์รังสีรักษามักพิจารณาฉายรังสีแบบประคับประคองประมาณ 10 ครั้งใน 2 สัปดาห์ ร่วมกับการให้ยา dexamethasone โดยจำนวนครั้งของการฉายรังสีกับปริมาณรังสีต่อครั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นอยู่กับว่ากระดูกสันหลังบริเวณนั้นเคยได้รับการฉายรังสีหรือไม่

การฉายรังสีตามแผนของแพทย์รังสีรักษาไม่ได้เป็นการช่วยพยุงกระดูกสันหลังให้มั่นคงมากขึ้น และไม่มีผลต่อระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วย แต่การฉายรังสีสามารถช่วยลดอาการปวดลงได้ ซึ่งเป็นผลของรังสีที่ทำลายก้อนมะเร็งที่กดเบียดไขสันหลัง

3.2) การรักษาด้วยการผ่าตัด

เพื่อลดการกดเบียดไขสันหลังร่วมกับทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงมากขึ้น จึงแนะนำในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อการฉายรังสี (radioresistant tumors) เช่น มะเร็งชนิด melanoma หรือ clear-cell carcinoma หรือถ้ามีกระดูกสันหลังยุบตัว หัก หรือมีเลือดกดเบียดไขสันหลัง ในกรณีที่พบการกระจายของโรคมะเร็งไปที่ไขสันหลังระดับเดียวโดยไม่พบการกระจายไปยังอวัยวะภายใน อาจเป็นข้อบ่งชี้ให้การผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ นอกจากนี้การผ่าตัดยังมีข้อบ่งชี้เพื่อนำเนื้อเยื่อเยื่อมาตรวจ เพื่อการวินิจฉัยในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการไขกระดูกกดทับและยังไม่ทราบสาเหตุ

4. ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ Superior vena cava (superior vena cava syndrome; SVCS)

หลอดเลือดซูปิเรียเวนาคาวา เป็นหลอดเลือดดำใหญ่ที่รับเลือดดำมาจากศีรษะ คอ รางางค์ส่วนบน และช่องอกส่วนบน และมีอวัยวะสำคัญอยู่ล้อมรอบ เช่น หลอดลม หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (aorta) หลอดเลือดปอด (pulmonary artery) ต่อมน้ำเหลืองรอบๆ หลอดลม (paratracheal lymph node) และกระดูกหน้าอก

ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ เกิดจากการอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมดของหลอดเลือดซูปิเรียเวนาคาวา (superior vena cava) ที่เปิดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ทำให้การไหลกลับของหลอดเลือดดำบริเวณศีรษะและคอ แขนทั้งสองข้างและหน้าอกลดลง ภาวะดังกล่าวจัดเป็นภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน

4.1 สาเหตุ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุหลักของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ โดยพบมากถึงร้อยละ 80 มะเร็งที่พบได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งปอดโดยเฉพาะชนิด small-cell และ squamous cell และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยเฉพาะชนิด non-Hodgkin สำหรับโรคมะเร็งอื่นๆ ที่เกิดบริเวณ mediastinum (primary mediastinal tumors) เช่น มะเร็งของต่อมไทมัส, germ cell tumor พบได้น้อยกว่าร้อยละ 2 ของมะเร็งที่เป็นสาเหตุของภาวะการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ทั้งหมด

สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากโรคมะเร็ง ได้แก่ retrosternal goiter วัณโรค การเกิดพังผืดบริเวณช่องอกหลังการได้รับรังสีรักษา สาเหตุจากหัวใจ เช่น ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือสาเหตุจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่

4.2 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่พบได้หลายแบบ ได้แก่ อาการบวมบริเวณใบหน้าและคอโดยเฉพาะบริเวณรอบดวงตา อาการหายใจลำบาก และไอ ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นๆ ตึงๆ บริเวณศีรษะ เสียงแหบ ปวดศีรษะ ภาวะคั่งจุก เลือดกำเดาไหล ไอเป็นเลือด เวียนศีรษะ กลืนลำบาก เป็นลม และหมดสติ อาการของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่จะแย่ลง เมื่อผู้ป่วยนั่งก้มตัวไปข้างหน้าหรือนอนหงาย (stoop or lie down)

การตรวจร่างกายที่พบได้แก่ การโป่งขยายของหลอดเลือดบริเวณคอและหน้าอก ใบหน้าบวมและบวมแดง (plethora) ตาโปน (proptosis) เสียงหายใจครืดคราด (stridor) และแขนบวม

4.3 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ สามารถวินิจฉัยโดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย อย่างไรก็ตามสำหรับการตรวจทางรังสีวินิจฉัย การเอกซเรย์ปอด อาจพบก้อนในบริเวณผนังขวาของทรวงอก ซึ่งจากการศึกษาของ Parish และคณะ พบว่ามีเพียงร้อยละ 16 มีภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่แต่ยังมีผลเอกซเรย์ปอดปกติ

การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computer tomography scan หรือ CT scan) บริเวณทรวงอก เป็นการตรวจที่เหนือกว่าการเอกซเรย์ปอด และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถวินิจฉัยภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ ซึ่งจะเห็นบริเวณที่เกิดการอุดตันและ collateral flow นอกจากนี้การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ยังสามารถใช้แยกสาเหตุที่เกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดบริเวณหลอดเลือดดำ ออกจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด และยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของก้อนมะเร็ง และการลุกลามไปยังโครงสร้างอวัยวะภายในช่องอก และช่วยเป็นแนวทางในการทำเจาะชิ้นเนื้อมาตรวจ (fine-needle aspiration หรือ biopsy) หากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging; MRI) ยังไม่แนะนำให้ใช้สำหรับวินิจฉัยภาวะนี้ เนื่องจากใช้เวลานานในการตรวจและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า อย่างไรก็ตามสามารถใช้เป็นทางเลือกหากผู้ป่วยมีภาวะไตวาย หรือแพ้สารทึบรังสี

สำหรับหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) ได้แก่ bronchoscope, mediastinoscopy และ thoracotomy ควรทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะเลือดออก

4.4 การรักษา

1) **การรักษาประคับประคอง** จุดประสงค์เพื่อช่วยลดความไม่สบายตัวที่เกิดจากภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ ได้แก่ การนอนยกศีรษะสูง เลือกเสื้อผ้าที่นุ่มและหลวม นอนบนหมอน ให้ยาระงับปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า การจัดปรับสภาพแวดล้อมให้สะอาดปลอดโปร่ง และมีลมพัดอ่อนๆ จะช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยและอึดอัดให้ผู้ป่วยได้

การให้ยาขับปัสสาวะ (diuretic) พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองหรือทางเดินหายใจบวม ให้สเตียรอยด์ โดยแนะนำให้ dexamethasone ขนาด 16 มิลลิกรัม สามารถบริหารทางการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือให้รับประทานทางปากได้ ตามด้วย 8 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง และควรหยุดเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น หรือการตอบสนองต่อยาลดลง และควรให้ยาลดกรดกลุ่ม proton pump inhibitor ร่วมด้วยเสมอ เพื่อลดผลข้างเคียงการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

2) **การรักษาจำเพาะ** จำเป็นต้องหาสาเหตุเพื่อวินิจฉัยให้ได้ว่าภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ของผู้ป่วยมีสาเหตุจากอะไร หากพบว่าสาเหตุเกิดจากมะเร็ง จะเริ่มให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

2.1) **เคมีบำบัด** เหมาะสำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปอดชนิด small cell มะเร็ง germ cell เนื่องจากเป็นมะเร็งชนิดที่ตอบสนองกับเคมีบำบัด (chemo-sensitive tumors) ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำนวนมากมีการตอบสนองที่ดี และตรวจไม่พบอาการของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ภายใน 1 หรือ 2 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด

2.2) **รังสีรักษา** ถือเป็นการรักษาหลักในภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ที่เกิดจากโรคมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อเคมีบำบัด เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell

การฉายรังสีแบบ external beam ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากสามารถทนผลข้างเคียงได้ และมีอาการดีขึ้นภายในไม่กี่สัปดาห์หลังจากได้รับรังสีรักษา

ไม่แนะนำให้ใช้รังสีรักษาแก่ผู้ป่วยภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ ก่อนที่จะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน เนื่องจากเนื้อเยื่อที่ได้รับรังสีแล้ว จะทำให้การแปลผลชิ้นเนื้อเกิดความผิดพลาดได้ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ในกรณีฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น เช่น ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น (impending airway obstruction) หรือภาวะการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ (increase intracranial pressure) ที่ควรได้รับการฉายรังสีโดยเร็วที่สุด

2.3) **การให้ยาละลายลิ่มเลือด** หากสาเหตุของการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่เกิดจากลิ่มเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ สามารถส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาการให้ยาละลายลิ่มเลือด และพิจารณาเอาสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ออก

บรรณานุกรม

1. พชัย พรหมสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
2. พระไพศาล วิสาโล. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด; 2552. 239-249.
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์. พิมพ์ครั้งที่1. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
4. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai association for the study of pain). แนวทางเวชปฏิบัติความ ปวดจากมะเร็ง (clinical practice guideline for cancer pain) กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย; 2556.
5. สินี ดิษฐบรรจง. ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด (Hypercalcemia) [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Hypercalcemia.pdf>.
6. Bandieri E., Romero M., Ripamonti Cl., Artioli F., Sichetti D., Fanizza C., et al. Randomized trial of low-dose morphine versus weak opioids in moderate cancer pain. J Clin Oncol 2015; 34: 436-42.
7. Codeine phosphate tablets 30mg-Summary of product characteristics (SmPC)-(emc) [Internet]. UK: Datapharm Ltd; 2020 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.medicines.org.uk/emc/product/5753/smpc>.
8. Delattre JY., Arbit E., Rosenblum MK., et al. High dose versus low dose dexamethasone in experimental epidural spinal cord compression. Neurosurgery 1988; 22: 1005-7.
9. Guo KK., Deng CQ., Lu GJ., Zhao GL., et al. Comparison of analgesic effect of oxycodone and morphine on patients with moderate and advanced cancer pain: a meta-analysis. BMC Anesthesiol 2018; 18: 132.
10. Fraserhealth. Hospice palliative care program-symptom guidelines: Hypercalcemia in malignant disease [Internet]. Fraserhealth; 2020 [cited 21 February 2020]. Available from: https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-20-FH---Sym_Guide-Hypercalcemia.pdf.
11. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. Journal of Boromarajonani college of Nursing, 2014; 30: 100-4.
12. Kutner J., Kassner C., Nowels D. Symptom burden at the end of life. Journal of pain and symptom management. 2001; 21(6): 473-80.
13. Lemay K., Wilson KG., Buenger U., Jarvis V., Fitzgibbon E., Bhimji K., et al. Fear of pain in patients with advanced cancer or in patients with chronic noncancer pain. Clin J Pain 2011; 27(2): 116-24.
14. Levick S., Jacobs C., Loukas DF., Gordon DH., Meyskens FL., Uhm K. Naproxen sodium in treatment of bone pain due to metastatic cancer. Pain 1988; 35: 253-8.

- 15.Measurement and evaluation tools [Internet]. New York: National palliative care research center; 2020 [cited 2020 Feb 17]. Available from:
<http://www.npcrc.org/content/25/Measurement-and-Evaluation-Tools.aspx>.
- 16.NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Central nervous system cancers version 3. 2019 [Internet]. Pennsylvania: National comprehensive cancer network; 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from:
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cns.pdf.
- 17.Orton T. Brain metastases. Radiology Reference Article. Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia.org; 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from:
<https://radiopaedia.org/articles/brain-metastases>.
- 18.Parish JM., Marschke RF. Jr., Dines DE. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. Mayo Clin Proc. 1981; 56(7): 407-13.
- 19.Radiation oncology/palliation/brain metastases - Wikibooks, open books for an open world [Internet]. Wikimedia foundation; 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from:
https://en.m.wikibooks.org/wiki/Radiation_Oncology/Palliation/Brain_Metastases.
- 20.Rajer M., Kovac V. Malignant spinal cord compression. Radiol Onco 2008; 42(1): 23-31.
- 21.Siddiqui F., Weissman DE. Hypercalcemia of malignancy - palliative care network of Wisconsin [Internet]. Wisconsin: Palliative Care Network of Wisconsin; 2020 [cited 2020 Feb 22]. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/hypercalcemia-of-malignancy/>.
- 22.Skeoch GD., Tobin MK., Khan S., Linninger AA., Mehta AI. Corticosteroid treatment for metastatic spinal cord compression: A Review. Global Spine J. 2017; 7(3): 272–9. doi:10.1177/2192568217699189.
- 23.Scottish palliative care guidelines. Superior vena cava obstruction [Internet]. NHS Scotland; 2020 [cited 2020 Mar 19]. Available from:
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71299/2019-superior-vena-cava-obstruction.pdf>.
- 24.Superior vena cava obstruction (SVCO) [Internet]. Velindrecc.wales.nhs.uk; 2020 [cited 2020 Mar 19]. Available from:
<http://www.velindrecc.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1087/SUPERIOR%20VENA%20CAVA%20OBSTRUCTION.pdf>.
- 25.World Health Organization. Cancer pain relief, 2nd edition with a guide to opioid availability. Geneva: WHO; 1996.
- 26.World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. WHO; 2020 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- 27.van den Beuken-van Everdingen MH., Hochstenbach LM., Joosten EA., Tjan-Heijnen VC., Janssen DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage 2016; 51(6): 1070-90 e9.

- 28.Vecht CJ., Haaxma-Reiche H., van Putten WL., de Visser M., Vries EP., Twijnstra A. Initial bolus of conventional versus high-dose dexamethasone in metastatic spinal cord compression. Neurology 1989; 39: 1255-7.
- 29.Zech DFJ., Grond S., Lynch J., Hertel D., Lehmann KA. Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 1995; 63: 65-76.



บทที่ 9.2

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคระบบประสาท

ญดา พงษ์กาญจนะ

อัญเชิญ ชัยลือรัตน์

สถาบันประสาทวิทยา

รตนา จันทรแจ่ม

สุพัตรา ปวนไผ่

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท

การให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทมีความท้าทายหลายประการ เนื่องจากโรคทางระบบประสาทหลายโรคมีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน และในขณะเดียวกันการดำเนินโรคก็ยังมีผลแตกต่างกันแม้จะเป็นโรคเดียวกัน นอกจากนี้โรคทางระบบประสาทยังมีความยากลำบากในการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยบางรายมีการเสียชีวิตแบบกะทันหัน ขณะที่บางรายการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยแท้จริง บางครั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเฉพาะทางอีกด้วย และเมื่อโรคดำเนินไปผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านพุทธิปัญญา (cognitive function) และอาการทางจิตเวชส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ เป็นต้น

การดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทเนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งตรงกับหลักการในการรักษาโรคทางระบบประสาทหลายๆ โรค การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทสามารถให้การดูแลไปพร้อมกับการดูแลรักษาหลักตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและบริบทของสถานพยาบาล

โรคทางระบบประสาทที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรง (severe stroke) โรคพาร์กินสันระยะท้าย (advanced Parkinson's disease) โรคสมองเสื่อมระยะท้าย (advanced dementia) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่มีการดำเนินโรคไปมาก (progressive and incurable neuromuscular disease) โรคปลอกประสาทอักเสบระยะท้าย (advanced multiple sclerosis) เป็นต้น

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคอง

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Stroke คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตกอย่างเฉียบพลัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจนและสารอาหาร แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 ระยะ ดังตารางที่ 9.2.1

ตารางที่ 9.2.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะผู้ป่วย	รายละเอียด
ระยะเฉียบพลัน (Acute stroke)	มีภาวะ coma หรืออยู่ในภาวะผัก (vegetative state) ระยะเวลามากกว่า 3 วันร่วมกับอาการอย่างน้อย 3 อย่าง ดังต่อไปนี้ 1. Abnormal brain stem response 2. Absent verbal response 3. Absent withdrawal response to pain 4. Serum creatinine > 1.5 mg/dL

ตารางที่ 9.2.1 (ต่อ) การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะผู้ป่วย	รายละเอียด
ระยะเรื้อรัง (Chronic stroke)	1. เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ระยะติดเตียงเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป 2. ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำได้ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ร่วมด้วย 1 ข้อ - มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่ง ได้แก่ 2.1 น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 2.2 Serum albumin < 2.5 g/dL 2.3 ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (aspirated pneumonia) โดยไม่ตอบสนองต่อการฟีกกลืน 2.4 มีความยากลำบากในการกลืนจนมีภาวะทุพโภชนาการ

2. Motor neuron disease (MND)

- 1) มีการติดเชื้อในปอดจากการสูดสำลัก
- 2) มีอาการซัปป้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
- 3) ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้วยตัวเอง (dependent in basic ADL)
- 4) มีภาวะหายใจลำบาก จากอาการเหนื่อยเวลานอนราบ ต้องนั่งหลับ หรือ vital capacity ต่ำ (< 70 % predicted) ตรวจโดย standard spirometry
- 5) ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้

3. Parkinson's disease

- 1) อาการอยู่ในระยะท้าย ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาชนิดรับประทานหรือยาแผ่นแปะ และไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีการฉีดยาใต้ผิวหนังหรือการผ่าตัดทางสมองได้
- 2) มีปัญหาการเดินและการทรงตัวผิดปกติที่เกิดจากตัวโรคและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา
- 3) มีอาการทางจิตเวชและภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากตัวโรคและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

4. Multiple sclerosis, Neuromyelitis optica

- 1) Expanded Disability Status Scale (EDSS) $\geq$ 8 (ตารางที่ 9.2.2)
- 2) กลืนลำบาก และมีภาวะทุพโภชนาการ
- 3) มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก

5. Encephalitis

- 1) Modified Rankin Scale (mRS) $\geq$ 4 (ตารางที่ 9.2.3)
- 2) มีภาวะ cognitive dysfunction ที่รุนแรงไม่สามารถให้การตัดสินใจเองได้
- 3) Vegetative state
- 4) มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก

ตารางที่ 9.2.2 Expanded disability status scale (EDSS)

Score	Description
0	Normal neurological exam, no disability in any FS
1.0	No disability, minimal signs in one FS
1.5	No disability, minimal signs more than in one FS
2.0	Minimal disability in one FS
2.5	Minimal disability in two FS
3.0	Moderate disability in one FS, or mild disability in three or four FS. No impairment to walking
3.5	Moderate disability in one FS and more than minimal disability several others. No impairment to walking
4.0	Significant disability but self-sufficient and up and about some 12 hours a day. Able to walk without aid or rest for 500 m
4.5	Significant disability but up and about much of the day, able to work a full day, may otherwise have some limitation of full activity or require minimal assistance. Able to walk without aid or rest for 300 m
5.0	Disability severe enough to impair full daily activities and ability to work a full day without special provisions. Able to walk without aid or rest for 200m
5.5	Disability severe enough to preclude full daily activities. Able to walk without aid or rest for 100 m
6.0	Requires a walking aid – cane, crutch, etc. – to walk about 100 m with or without resting
6.5	Requires two walking aids – pair of canes, crutches, etc. – to walk about 20 m without resting
7.0	Unable to walk beyond approximately 5 m even with aid. Essentially restricted to wheelchair; though wheels self in standard wheelchair and transfers alone. Up and about in wheelchair some 12 hours a day
7.5	Unable to take more than a few steps. Restricted to wheelchair and may need aid in transferring. Can wheel self but cannot carry on standard wheelchair for a full day and may require a motorized wheelchair
8.0	Essentially restricted to bed or chair or pushed in wheelchair. May be out of bed itself much of the day. Retains many self-care functions. Generally, has effective use of arms
8.5	Essentially restricted to bed much of day. Has some effective use of arms retains some self-care functions
9.0	Confined to bed. Can still communicate and eat
9.5	Confined to bed and totally dependent. Unable to communicate effectively or eat/ swallow
10.0	Death due to MS

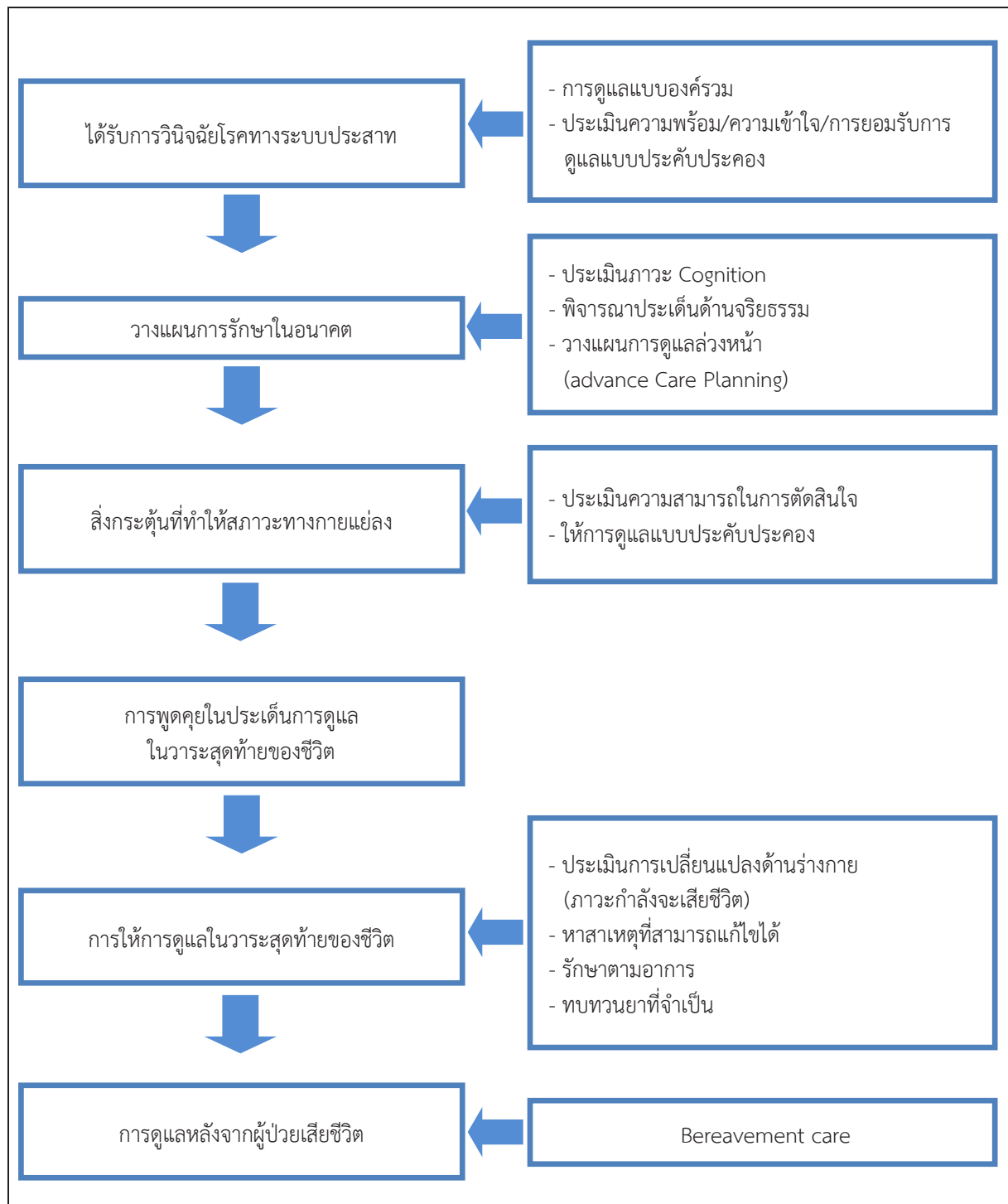
หมายเหตุ: ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทจากการตรวจร่างกาย คะแนน 10 หมายถึง เสียชีวิตจากโรค

ตารางที่ 9.2.3 The modified rankin scale (mRS)

Score	Description	Date/ Score			
0	No symptoms at all.				
1	No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities.				
2	Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance.				
3	Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance.				
4	Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance.				
5	Severe disability, bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention.				
6	Dead.				
Total					
Signs					

หมายเหตุ: คะแนน functional systems (FS) บ่งชี้ถึงระดับความพิการ (disability) มีระดับตั้งแต่ 0 ถึง 5 (หรือ 6) โดยคะแนนที่มากบ่งบอกถึงระดับความพิการมาก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทระยะท้าย



ภาพที่ 9.2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นความผิดปกติของสมองที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุ คาดว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 450,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 และ 1,200,000 คน ในปี พ.ศ. 2593 โดยพบว่าโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40-70 ของภาวะสมองเสื่อม ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้ อาการของโรคจะค่อยๆ แย่ลง การรักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นชะลอการดำเนินโรค และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตพบว่าผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี

ลักษณะและการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

การดำเนินของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (mild cognitive impairment)
2. ภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (mild dementia) สามารถตรวจพบความผิดปกติโดยแพทย์ เช่น พบว่ามีปัญหาสูญเสียความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น สูญเสียความสามารถในการคำนวณ สูญเสียสามารถในการวางแผนทำกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การจัดการเรื่องเงิน การประกอบอาหาร สูญเสียความจำเกี่ยวกับเรื่องราวส่วนตัวของตนเองและบางรายอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์หรือแยกตัวได้
3. ภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง (moderate dementia) ในระยะนี้จะพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำและการคิดมากขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ เช่น ไม่สามารถจำที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ ไม่สามารถจำชื่อโรงเรียนที่เรียนจบมา อาจมีความสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ เช่น มีการทำกิจกรรมซ้ำๆ ในตอนกลางคืน มีปัญหาเกี่ยวกับการคำนวณหรือการนับเลขง่ายๆ เช่น 40-4 หรือ 20-2 จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม แต่ยังช่วยตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ห้องสุขาได้ ในช่วงท้ายของระยะกลางอาจมีปัญหาใช้ห้องสุขาเองไม่ได้ และมีปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ ในระยะนี้มักพบปัญหาด้านจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พฤติกรรมทำกิจกรรมซ้ำๆ และการเดินหลงทาง เป็นต้น
4. ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (severe or advanced dementia) พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ปัญหาการกลืน ปัญหาการสนทนากับบุคคลอื่น และสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักพบในลักษณะของผู้ป่วยติดเตียง จำบุคคลใกล้ชิดไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก กลืนลำบาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในขณะเดียวกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อดังกล่าวอาจนำไปสู่ภาวะสับสนหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

ปัจจุบันพบว่า การวางแผนและการตัดสินใจว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ยังไม่มีการกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะเริ่มกล่าวได้ว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การวางแผนและการตัดสินใจยังคงเป็นเรื่องเฉพาะตัวและความจำเป็นต้องปรับให้เหมาะกับคนคนนั้น

สำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นกระบวนการสนทนาระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ โดยอาจมีทั้งครอบครัวและเพื่อนมาร่วมกันสนทนา โดยมีการบันทึกการสนทนาเพื่อทบทวน และสื่อสารกับทีมผู้รักษา การสนทนาเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจหมายถึงความกังวลของบุคคลนั้น ค่านิยมที่สำคัญหรือเป้าหมายส่วนบุคคลสำหรับการดูแล ความเข้าใจเรื่องโรค และการพยากรณ์โรค รวมถึงการประเมินความพึงพอใจของการดูแลหรือการรักษาที่อาจเป็นประโยชน์ในอนาคต

การจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย

การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรกเน้นเรื่องความสะดวกสบายของผู้ป่วย และเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายพบว่าปัญหาความปวดเป็นปัญหาของความไม่สุขสบายที่ประเมินความรุนแรงได้ยาก และจากหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักใช้ยาแก้ปวดน้อยลง เพราะการประมวลผลความปวดของผู้ป่วยในภาวะสมองเสื่อมอาจมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ที่มีอาการปวดอาจมีความผิดปกติในการแปลผลการรับรู้ และการประเมินอารมณ์เกี่ยวกับความปวดที่แตกต่างกันไป ส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองตีบอาจมีความรู้สึกปวดมากกว่าปกติ เพราะรอยโรคที่ชั้นสมองเนื้อสีขาวถูกการกระตุ้นให้เกิดความปวดจากระบบประสาทส่วนกลาง

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักไม่สามารถบอกถึงความเจ็บปวดได้ แต่จะแสดงอาการเจ็บปวดด้วยพฤติกรรมต่างๆ ฉะนั้นจึงใช้การสังเกตพฤติกรรมหรือการใช้แบบประเมินพฤติกรรมความปวดที่ได้รับการตรวจสอบความแม่นยำในการประเมินความปวดหรือความไม่สุขสบาย แนวทางปฏิบัติของสมาคมอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำเสนอการประเมินพฤติกรรมความปวดด้วยเครื่องมือต่างๆ โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมความปวดจากการสังเกตส่วนมากที่นิยมใช้ ได้แก่ Abbey pain scale, pain assessment in advanced dementia (PAINAD) และ the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC)

วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดมีหลากหลายขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บปวด ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยาลดอาการปวดและการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยวิธีต่างๆ การนวด การฝังเข็ม การกดจุด เป็นต้น รวมทั้งการติดตามประเมินผลความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลจนผู้ป่วยสูงอายุมีความเจ็บปวดลดลงหรือไม่รู้สึกปวด

ส่วนอาการรบกวนอื่นๆ สามารถพบได้เหมือนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาททั่วไป การจัดการไม่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรคอื่นที่เน้นการบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประคับประคองจิตใจของครอบครัวหรือผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไป

บรรณานุกรม

1. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. กรุงเทพฯ: ธนาเพรศ; 2558.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2556.
3. วีระศักดิ์เมืองไพศาล. ระยะการดำเนินของภาวะสมองเสื่อม[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช; (เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2563). เข้าถึงได้จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title2_3.html#.
4. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. คู่มือยืดอายุสมอง. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2552.
5. Holloway RG., Arnold RM., Creutzfeldt CJ., Lewis EF., Lutz BJ., McCann RM., et al. AHA/ASA Scientific statement palliative and end-of-life care in stroke: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. Stroke 2014; 45(6): 1887-916.
6. Abbey J., Piller N., De BA., Esterman A., Parker D., Giles L., et. al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 2004; 10(1): 6-13.
7. Achterberg WP., Pieper MJ., van Dalen-Kok AH., de Waal MW., Husebo BS., Lautenbacher S., et al. Pain management in patients with dementia. Clin Interv Aging 2013; 8: 1471-82.
8. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002; 50 (6 Suppl): S205-24.
9. Benedetti F., Vighetti S., Ricco C., Lagna E., Bergamasco B., Pinessi L., et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. Pain 1999; 80 (1-2): 377-82.
10. De la Torre JC. Alzheimer's disease is incurable but preventable. Journal of Alzheimers Disease 2010; 20(3): 861-70.
11. Fuchs-Lacelle S., Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). Pain Manag Nurs 2004; 5(1): 37-49.
12. Heerema, E. When to use antibiotics in late stage dementia [Internet]. Verywellhealth; 2016 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.verywellhealth.com/antibiotic-use-in-advanced-dementia-98209>.
13. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983; 33(11): 1444-52.
14. North west coast strategic clinical networks. Palliative care guidelines in dementia 2nd edition [Internet]. UK: North west coast strategic clinical networks; 2018 [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/north/wp-content/uploads/sites/5/2018/06/palliative-care-guidelines-in-dementia.pdf>.

- 15.Scherder E., Herr K., Pickering G., Gibson S., Benedetti F., Lautenbacher S. Pain in dementia. Pain 2009; 145(3): 276-8.
- 16.Van Swieten J., Koudstaal P., Visser M., Schouten H., van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1998; 19(5): 604-7.
- 17.Warden V., Hurley AC., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc 2003; 4(1): 9-15.



บทที่ 9.3

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สุวารีวรรณ จิระเสวกดีลก
โรงพยาบาลราชวิถี

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคอง

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ให้ความหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคอง ว่าเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative care; CCM) หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งมุ่งเน้นการรักษาอาการและความไม่สบาย จากโรค รักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่ใช้การบำบัดทดแทนไต ชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นส่วนประกอบ ทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต และให้การดูแลอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว แต่มีการวางแผนและเป้าหมายการรักษาโดยอาศัยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. กระบวนการรักษาที่มีจุดประสงค์เพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตและลดโอกาส การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์
2. ไม่ใช้การบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่งร่วมด้วย ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไต ทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต
3. การรักษาควรเน้นที่การแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ
4. การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาควรได้รับการวางแผนและวางแผนเป้าหมายไว้ล่วงหน้า (advance care planning) โดยผ่านการปรึกษาและเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลรักษา
5. รูปแบบการรักษาประคับประคองควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

คำแนะนำการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางขึ้นไป และการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

1.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการกำหนด แนวทางและเป้าหมายของการรักษาของตนเอง

1.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ควรได้รับการส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และได้รับการกำหนดแนวทางและเป้าหมาย ของการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

1.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ควรได้รับความรู้และข้อมูลสำหรับการเตรียมการบำบัดทดแทนไต และการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรงอย่างครบถ้วน และรอบด้าน ทั้งวิธีการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง โดยคำนึงถึงข้อดี ข้อด้อย และผลการรักษาของแต่ละวิธี กระบวนการดูแลทางการแพทย์ การดำรงชีวิต เศรษฐฐานะ และคุณภาพชีวิต

1.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมีการทบทวนแผน และเป้าหมายของการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละรายเป็นระยะทุก 6-12 เดือน รวมถึงการพิจารณาร่วมกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนแผน และเป้าหมายในการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีสภาวะเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการดำเนินและการพยากรณ์โรค

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความหลากหลายของการดำเนินโรคและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ รวมทั้งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยค่อนข้างมาก เป้าหมายหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังคือการชะลอความเสื่อมของไต การลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง และการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้อย่างเหมาะสมและราบรื่นที่สุด องค์ประกอบในการทำให้กระบวนการดูแลรักษาได้เป้าหมายดังกล่าวมีหลายประการและเกี่ยวเนื่องกับแง่มุมต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งครอบคลุมทั้งในด้านการแพทย์ การดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ สภาพครอบครัวและสังคม ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การดำเนินโรค และผลของโรค รวมถึงแนวทางการรักษาในระยะต่างๆ ของโรคไตเรื้อรัง จะทำให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยและครอบครัวได้สำเร็จ และประสิทธิผลเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาขั้นตอนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย ก็จะมีควมราบรื่นมากขึ้นด้วย ปัจจัยที่ช่วยเกื้อหนุนให้กระบวนการนี้สำเร็จ ได้แก่ การให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างรอบด้านและเป็นกลาง ช่วงระยะเวลาสำหรับผู้ป่วยในการปรับตัว สภาพจิตใจให้คุ้นเคยกับตัวโรค ผู้รักษา และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team; MDCT) ที่ประกอบด้วยแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เภสัชกร นักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา รวมถึงอาสาสมัครชุมชนในระดับต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเสื่อมของไตช้าลง อัตราการเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้ายและอัตราการเสียชีวิตต่ำลง อย่างไรก็ตามช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจาก MDCT ก่อนจะเริ่มการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง และไตวายเรื้อรังระยะท้ายก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาปรับตัวทำความเข้าใจตัวโรค และวางแผนการดำเนินชีวิตได้ง่ายขึ้น รวมถึงการปรับวิธีการรักษาและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเร่งความเสื่อมของไต เช่น การควบคุมความดันโลหิต การหลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต และมีโอกาสในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังได้เร็วและง่ายขึ้น ข้อมูลจากหลายการศึกษา และ meta-analysis พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลรักษาจาก MDCT อย่างน้อย 6-12 เดือน ก่อนการเริ่มบำบัดทดแทนไต มีอัตราการยอมรับการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้น ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดก็ได้รับการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดได้พร้อมในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลง

วิธีการรักษาที่เพิ่มเข้ามาเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย ได้แก่ การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative management; CCM) โดยแต่ละวิธีมีข้อดีข้อด้อยและรายละเอียดในการดูแลทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายต่างกัน อย่างไรก็ตามการรักษาทุกวิธีที่กล่าวมามีจุดประสงค์หลักเดียวกันคือ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดผลแทรกซ้อน ลดความทุกข์จากโรค และการรักษาให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะพื้นฐานประจำตัวและลักษณะทางคลินิก ได้แก่ อายุ จำนวนและความรุนแรงของโรคร่วมอื่นๆ ที่อยู่อาศัย และความร่วมมือในการรักษาจากครอบครัว ความพร้อมทางกายภาพ และจิตใจในการดูแลรักษาตลอดจนความเชื่อ และวัฒนธรรมประจำถิ่น ทำให้แต่ละรายมีความเหมาะสมและความพึงพอใจต่อวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแตกต่างกัน การมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาใดๆ ก็ตามบนพื้นฐานของข้อมูลความรู้แง่มุมต่างๆ ของการรักษาอย่างถูกต้องรอบด้าน และเป็นกลาง จะทำให้กระบวนการรักษาประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองดีขึ้น

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เป็นวิธีการรักษาที่มีมานานแล้ว แต่ไม่เป็นที่รู้จักและนิยมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานมักมีความเห็นว่าวิธีการนี้มีความซับซ้อน และมีความเกี่ยวข้องกันของหลายหน่วยงานที่ต้องมีการประสานงานที่ดี รวมทั้งความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกระบวนการ และวัตถุประสงค์

ของการรักษา นอกจากนี้การจัดวิธีการบริหารจัดการให้เป็นระบบยังไม่ชัดเจน คณะทำงานของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ได้ประชุมรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญนานาชาติและเผยแพร่คำจำกัดความของ “การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง หรือ *comprehensive conservative management*” ว่าเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โดยได้รับการวางแผนแนวทางและเป้าหมายไว้ล่วงหน้าจากการพิจารณาร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษาและผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลแก้ไขอาการทางกาย การดูแลทางจิตใจ สังคม ความเชื่อ และจิตวิญญาณ รายละเอียดของการรักษาล้ายคลึงกับผู้ที่วางแผนจะรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต แต่ต่างกันไปที่ไม่มีการทำบำบัดทดแทนไตในรูปแบบใดๆ สำหรับผู้ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง วัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อลดและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน และความทุกข์จากโรคและการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะท้าย โดยเฉพาะช่วงสุดท้ายของการดำเนินโรค ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีสุขภาวะดีที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้เหมาะกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่แสดงเจตจำนงไม่ประสงค์รับการรักษาชนิดรุกราน (aggressive management) รวมทั้งการบำบัดทดแทนไตชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือผู้ที่มีลักษณะที่น่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใดๆ (vegetative stage) หรือผู้ที่แพทย์หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรมเห็นพ้องต้องกันว่าไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต
- 3) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาแล้วว่าโรคนั้นๆ อยู่ในระยะท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี
- 4) ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่
 - 4.1) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดทุกประเภทที่ตำแหน่งใดได้ และมีสภาพภายในช่องท้องหรือผนังหน้าท้องไม่เหมาะกับการล้างไตทางช่องท้อง (ตารางที่ 9.3.1)
 - 4.2) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการล้างไตทางช่องท้องทดแทนได้

ตารางที่ 9.3.1 ข้อห้ามสมบูรณ์ของการล้างไตทางช่องท้อง

1	มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้ หมายถึง รอยโรคที่เป็นถาวรในบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัดวางสาย tenckhoff ได้แก่ แนว midline หรือ paramedian และผิวหนังบริเวณที่จะทำ exit site ซึ่งรอยโรคดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคต่อการหายของแผลหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2	มีพังผืดภายในช่องท้องไม่สามารถวางสายได้ โดยต้องมีหลักฐานทางการแพทย์บ่งบอกชัดเจนว่ามี peritoneal fibrosis หรือ peritoneal sclerosis หรือมี bowel adhesion ซึ่งอาจทราบได้จากการตรวจ abdominal CT scan หรือ laparoscopic examination หรือการผ่าตัดวางสาย tenckhoff แล้วประสบปัญหา
3	มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งอาจกระทบต่อการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่มีสติปัญญาบกพร่อง (mental retardation)
4	ภาวะ pleuroperitoneal fistula

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; อ้างอิงจากคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559

สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายบางรายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่แล้วที่น่าจะมีความเหมาะสมในการเปลี่ยนมารับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ได้แก่

- 1) ผู้ที่แสดงเจตจำนงด้วยตัวเองเป็นลายลักษณ์อักษรในการขอยุติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง
- 2) ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ แสดงเจตจำนงด้วยตัวเองเป็นลายลักษณ์อักษรในการขอยุติการฟอกไตทุกประเภท
- 3) ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใดๆ (vegetative stage) หรือผู้ที่แพทย์หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรมเห็นพ้องต้องกันว่าไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- 4) ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่

4.1) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดทุกประเภทที่ตำแหน่งใดได้ และมีสภาพภายในช่องท้องหรือผนังหน้าท้องไม่เหมาะกับการล้างไตทางช่องท้อง (ตารางที่ 9.3.1)

4.2) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการล้างไตทางช่องท้องทดแทนได้

4.3) ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องจนอาจเกิดอันตรายร้ายแรงได้

นอกจากนั้นการประเมินเพื่อคัดกรองว่าผู้ป่วยรายใดมีแนวโน้มจะมีการพยากรณ์โรคหรือได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ อาจทำได้โดยใช้ Charlson comorbidity index (CCI) หรือ Karnofsky performance status scale (ตารางที่ 9.3.2 และ 9.3.3) ร่วมกับการตั้งคำถาม (surprise question) และตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 6-12 เดือนข้างหน้า หากได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” ร่วมกับการประเมิน CCI ได้สูงกว่า 8 คะแนน หรือ Karnofsky performance status scale ได้ต่ำกว่า 40 คะแนน จะบ่งชี้ถึงว่าผู้ป่วยรายนั้นมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และไม่น่าจะได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร แพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือทีมดูแลโรคไตเรื้อรัง อาจจะเป็นผู้เริ่มต้นคัดกรองลักษณะผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อให้ทีมผู้รักษาและผู้ป่วยเองเกิดความคำนึงอย่างรอบคอบถึงข้อดีและข้อด้อยของการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ระหว่างการตัดสินใจเลือกการรักษา

จากการทบทวนหลักฐานการศึกษาในปัจจุบันที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15-20 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ระหว่างการเข้าสู่วิธีการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองกับการทำบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง พบว่ากลุ่มหลังมีความยืนยาวของชีวิตโดยเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มแรก 10-45 เดือน แต่ความแตกต่างนี้จะลดลงอย่างมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป หรือมี CCI สูงกว่า 8 คะแนน หรือกลุ่มที่ต้องเริ่มการฟอกเลือดอย่างฉุกเฉิน โดยมีระยะเวลาต่างกันเพียง 4-6 เดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดมักมีอัตราและระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลมากกว่า อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาประคับประคอง และผู้ป่วยยังต้องใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่งของระยะเวลาการรอดชีวิตในหน่วยฟอกเลือดทำให้เกิดคุณภาพชีวิตไม่ดี ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับทราบควบคู่ไปกับ

ข้อมูลอื่นๆ ของการบำบัดทดแทนไต อย่างไรก็ตามข้อสรุปของการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาควรได้มาจากผู้ป่วยและครอบครัวเอง หลังจากได้ปรึกษาพูดคุยกับแพทย์ประจำตัว หรือทีมดูแลโรคไตเรื้อรังจนเข้าใจดีแล้ว

ตารางที่ 9.3.2 การประเมินด้วย Charlson comorbidity index

หัวข้อประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ส่วนที่ 1 การประเมินจากโรคประจำตัว		
- ประวัติโรคหัวใจขาดเลือด (ไม่มี ECG ประกอบ), ภาวะหัวใจวาย, โรคหลอดเลือดแดงตีบตัน (รวมหลอดเลือดแดง aorta โป่งพองขนาดมากกว่า 6 ซม.), โรคหลอดเลือดแดงสมองที่มีการฟื้นตัวของการทำงานของสมองจนปกติ หรือร่อยหรอน้อย, โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว, ภาวะสมองเสื่อม, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, โรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและใหญ่, โรคตับที่ยังไม่มีแรงดันพอร์ทัลสูง, โรคตับอักเสบเรื้อรัง	1 คะแนน	
- โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ได้แก่ ความผิดปกติของจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน โรคเส้นประสาทบกพร่องจากเบาหวาน, โรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรง ปานกลางขึ้นไป, โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก, โรคกระดูกสันหลังค่อม, โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก, โรคกระดูกสันหลังค่อม, โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก, โรคกระดูกสันหลังค่อม, โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก	2 คะแนน	
- โรคตับที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก	3 คะแนน	
- โรคกระดูกสันหลังค่อม โรคเอชไอวี	6 คะแนน	
- (ไม่นับรวมการตรวจพบ anti HIV ในเลือด โดยไม่มีอาการ)		
ส่วนที่ 2 การประเมินจากอายุ		
- ทุก 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นนับจาก 40 ปี	1 คะแนน	
คะแนนรวม		

หมายเหตุ: ประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วน คือ การประเมินให้คะแนนตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย และการประเมินจากอายุของผู้ป่วย แล้วนำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 9.3.3 Karnofsky performance status scale

100 คะแนน	ปกติยังไม่มีอาการของโรคต่างๆ
90 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องพื้นฐานได้เป็นปกติ มีอาการ อาการแสดงของโรคเล็กน้อยมาก
80 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น มีอาการ อาการแสดงของโรคบางอย่าง
70 คะแนน	สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงาน หรือกิจกรรมอื่นได้
60 คะแนน	สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวของตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
50 คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และต้องได้รับการรักษา การตรวจจากแพทย์บ่อยครั้ง
40 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือพิเศษ
30 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาล
20 คะแนน	ป่วยหนักจำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาลแบบ active support
10 คะแนน	ใกล้ตาย หรือมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว
0 คะแนน	เสียชีวิต

หมายเหตุ: เป็นการประเมินตามความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยดูจากความสามารถในการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

2. องค์ประกอบและกระบวนการเตรียมการรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

2.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ควรได้รับการเตรียมตัวอย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายตามแผนและเป้าหมายที่ผู้ป่วยและทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพิจารณาและให้ความเห็นร่วมกัน

2.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรบันทึกแผนและเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยในเวชระเบียนรวมทั้งเอกสารการส่งตัวไปต่างสถานพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาหลายแห่ง หรือมีโอกาสได้รับการรักษาฉุกเฉินในต่างสถานพยาบาล

2.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ที่เลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองและมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่แล้วที่แสดงความประสงค์ขอรับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับการดูแลจากทีมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับแพทย์หรือทีมผู้รักษาโรคไตเดิม

หลังจากการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการรักษาที่เลือกในระยะเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้แพทย์และทีมดูแลโรคไตเรื้อรังอาจพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย และบริบทของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับการรักษาหรือถูกส่งต่อไปรับการรักษา กล่าวคือ

1) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการรักษาชนิดประคับประคองควรได้รับการประเมินจากแพทย์บริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือบุคลากรที่ได้รับการอบรมจนเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เมื่ออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10-15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

2) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการฟอกเลือดควรได้รับการส่งต่อพบศัลยแพทย์หลอดเลือดก่อนเวลาที่คาดว่าจะเริ่มการฟอกเลือดประมาณ 6-9 เดือน หรืออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15-20 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

3) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการล้างไตทางช่องท้องควรได้รับการส่งต่อพบศัลยแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคไต เพื่อวางแผนสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ประมาณ 4-6 สัปดาห์ ก่อนเวลาที่คาดว่าจะผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเริ่มล้างไตทางช่องท้องหรืออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6-8 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

4) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการปลูกถ่ายไตควรได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเองและญาติสายตรง ที่สมัครใจเป็นผู้บริจาคไต 6-9 เดือน ก่อนเวลาที่คาดว่าจะเข้าสู่ไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

การทบทวนแผนและเป้าหมายการรักษาโรคไตเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะทุก 6-12 เดือน จะช่วยให้ทีมผู้รักษาและผู้ป่วยค้นพบการเปลี่ยนแปลง หรือปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ระหว่างการติดตามการรักษา ได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ สถานะของโรคร่วม ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย ผู้ป่วยสามารถแจ้งทีมผู้รักษาหรือแพทย์ประจำตัว เพื่อขอคำปรึกษาหรือทีมผู้รักษาอาจเป็นผู้เริ่มต้นการพูดคุยกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนแผนและเป้าหมายของการรักษาอย่างเหมาะสม

แผนและเป้าหมายของการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายควรได้รับการบันทึกไว้ในเอกสารในสถานพยาบาล หรือเวชระเบียนที่สามารถใช้สื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบี่ยงไปจากเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ อาจก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะผู้ที่มีเป้าหมายจะเลือกการรักษาชนิดประคับประคองไม่ได้รับการรักษาชนิดรุกราน ผู้ป่วยที่อาจจะเข้ารับการรักษาท่างสถานพยาบาลในกรณีฉุกเฉินควรมีเอกสารสรุปประวัติและแผนการรักษาไว้ให้ผู้ป่วยใช้สื่อสารกับแพทย์และบุคลากรต่างสถานพยาบาลด้วย เอกสารเหล่านี้ควรได้รับการปรับเปลี่ยนโดยเร็วที่สุดหากผู้ป่วยแสดงความจำนงเปลี่ยนแนวทางการรักษา

3. เกณฑ์เป้าหมายของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

3.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ยังมีอัตราการกรองของไตสูงกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการมาตรฐานตามคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558

3.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายกายและใจจากโรคเป็นสำคัญโดยไม่เป็นการเร่งหรือยื้อการเสียชีวิตตามธรรมชาติ

3.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพียงเพื่อป้องกันหรือแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ระยะสั้นจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะสามารถได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลของโรค การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรคที่ถูกต้องจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนวางแผนและเป้าหมายการรักษาของตนเองได้ล่วงหน้า หรือเรียกว่า advance care planning ซึ่งแผนการรักษาและเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เฉพาะบุคคลได้ตามความเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเลือกรับการรักษาดังวิธีต่างๆ โดยอยู่บนพื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทราบถึงข้อดี ข้อด้อย และผลข้างเคียงของการรักษาอย่างครบถ้วน โดยทั่วไปโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 มักมีการดำเนินโรคช้า จากข้อมูลการสำรวจติดตามอาสาสมัครในโครงการศึกษาอุบัติการณ์และการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai-SEEK (Thai-SEEK 2 project) โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่าอาสาสมัครที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 มีอัตราการลดลง

ของการกรองของไตโดยเฉลี่ย 1.3-1.6 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตรต่อปี และอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 10 ต่อปี ดังนั้นการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังจึงยังคงจำเป็นสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ยังคงมีอัตราการกรองของไตสูงกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร โดยไม่ขึ้นกับวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่วางแผนไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะท้ายเร็วเกินไปและมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพขณะที่ยังไม่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งเป็นการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และร่นระยะเวลาการเสียชีวิตโดยธรรมชาติของโรค รายละเอียดของการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังอ้างอิงตามคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่ 5 อัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10-15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร มักมีอาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังชัดเจนขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เหนื่อย เหนื่อย ภาวะบวม ปวดตามร่างกาย คัน ภาวะซีด การแก้ไขอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยหวังผลเพียงบรรเทาอาการระยะสั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต วิธีการบรรเทาอาการ อาจเป็นการใช้ยาหรือเวชภัณฑ์อย่างสมเหตุสมผล การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับสภาพห้องพัก การประคบลดอาการปวด การรับฟังความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและประเพณี เป็นการรักษาประคับประคองทางกายควบคู่กับการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความผ่อนคลาย ความกลัวและวิตกกังวลสำหรับการบริหารยาควรคำนึงถึงประเด็นการกระจายของยาในร่างกายและการขับถ่ายยาออกจากร่างกายด้วยหลักการที่ซับซ้อนที่ซับซ้อน รวมทั้งความสามารถในการรับยาได้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายอาจมีปัญหาในการกลืน อาจเปลี่ยนมาใช้ยาชนิดผ่านผิวหนัง ยาฉีดทางหลอดเลือด และยาพ่นแทน ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดควรได้รับการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือมีอาการจากภาวะซีดมากน้อยเพียงใด แพทย์สามารถเลือกวิธีเพิ่มระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงได้ตามความเหมาะสมและรักษาระดับฮีโมโกลบินให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะซีดเท่านั้น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับฟอสเฟต แคลเซียม และฮอร์โมนพาราไธรอยด์ ควรได้รับการแก้ไขเพียงเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการคัน และอาการจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะบวมหรือสารถน้ำเกินควรได้รับยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretics ในรูปแบบและขนาดที่เหมาะสม ร่วมกับการจำกัดน้ำและเกลือโซเดียม การให้ออกซิเจน อาจพิจารณาให้ยาลดสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ ยาลดความวิตกกังวล หรือยาในกลุ่ม opioid ในขนาดต่ำ การร่วมดูแลระหว่างทีมดูแลโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจร่วมกับแพทย์บริบาลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยให้กระบวนการเหล่านี้มีโอกาสประสบความสำเร็จสูง

บรรณานุกรม

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2560.



บทที่ 9.4

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคหัวใจ

อลิศรา อนันันัน

พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล

ปวีศา บัวทอง

สถาบันโรคทรวงอก

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure)

เป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง เช่น ความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ หรือ โรคของหลอดเลือด ซึ่งส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจโดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular systolic function) หรืออาจเกิดจากการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติไป ได้แก่ การมีภาวะหัวใจเต้นช้าเกินไป หรือเต้นเร็วเกินไป ในผู้ป่วยที่ยังคงมีโครงสร้างหัวใจปกติ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการที่สำคัญ 2 ประการ ประการแรกคือหายใจลำบากและอ่อนเพลีย ประการที่สองคืออาการที่เกิดจากการมีน้ำคั่งและเกลือในร่างกาย (congestion) ทำให้บวม ไอ หอบ และนอนราบไม่ได้

ภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถถูกแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ตามเกณฑ์ที่นำมาใช้ ได้แก่ การแบ่งประเภทตามความรุนแรงของอาการรวมกับการใช้ New York Heart Association (NYHA) functional classification การแบ่งประเภทตามการประเมินค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction; LVEF) และการแบ่งประเภทตามระยะเวลา (time course) ตั้งแต่ผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure หรือ chronic HF)

เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่มี LVEF < 40 % ร่วมกับเคยมีอาการหัวใจล้มเหลวมาแล้ว สาเหตุสำคัญของ chronic HF คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง และสำหรับประเทศไทยโรคลิ้นหัวใจ rheumatic ยังเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของ chronic HF

Dilated cardiomyopathy (DCM) และ Ischemic cardiomyopathy (ICM)

Dilated cardiomyopathy (DCM) เป็นภาวะผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ที่มีสาเหตุมาจากโรคที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ส่งผลให้การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดน้อยลง โดยไม่มีภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบที่อธิบายได้ว่าเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจที่อ่อนแรงลง ส่วน ischemic cardiomyopathy (ICM) เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวน้อยลง ที่มีสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดพังผืดที่กล้ามเนื้อหัวใจ โดยทั้ง 2 โรคนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหัวใจห้องล่างซ้าย (LV remodeling) จากเดิมที่เคยเป็นรูปทรงรีกลายเป็นรูปทรงกลมและมีปริมาตรเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะดำเนินไปพร้อมกับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจที่ลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการ บางรายต้องใช้เครื่องพุงหัวใจ เพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ หรือประคับประคองอาการให้หายเหนื่อยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของประเทศไทย

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของ American Heart Association ในปี ค.ศ. 2011 ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงถึง 5.7 ล้านคน ประเมินการณ์ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั่วโลกเป็นจำนวน 26 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนจะเพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคอ้วนลงพุง และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ในปัจจุบันยังพบว่าโรคนอนกรนเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วย

จากการศึกษา Framingham Heart Study พบว่าอุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับอายุ และเพศ กล่าวคือ ในผู้ชายอายุระหว่าง 65-70 ปี, 75-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป พบภาวะหัวใจล้มเหลว 9.2, 22.3 และ 41.9 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิงกลุ่มอายุเดียวกันพบภาวะหัวใจล้มเหลว 4.7, 14.8 และ 32.7 ต่อพันประชากร ตามลำดับ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้หญิงพบได้น้อยกว่าผู้ชายในกลุ่มอายุเดียวกัน แต่ก็พบว่าในผู้สูงอายุผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่า

ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจาก Thai ADHERE registry ซึ่งเป็นการศึกษาลักษณะรวบรวมทะเบียนผู้ป่วยในกลุ่ม acute decompensated heart failure ที่ได้รับการนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เข้าร่วมในการลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในประเทศไทย จำนวน 18 สถาบัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 65 ปี ซึ่งน้อยกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรป ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี และ 69.7 ปี ตามลำดับ โรคที่พบเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) พบร้อยละ 45 โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) พบร้อยละ 19 โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (cardiomyopathy) พบร้อยละ 14 และโรคหัวใจล้มเหลวจากความดันโลหิตสูง (hypertensive heart disease) พบร้อยละ 12 จากรายงานนี้พบว่าหลังการวินิจฉัยอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปี และ 10 ปี ของผู้ป่วยอยู่ที่เพียงร้อยละ 50 และ 10 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะ acute decompensated heart failure มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 5.5 โดยเมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและทวีปยุโรปจะพบว่าอัตราการอยู่ที่ร้อยละ 3.8 และ 6.8 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการติดตามผู้ป่วยระยะยาวพบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตสะสมที่ 5 ปี เป็นร้อยละ 59.8

Advanced heart failure (advanced HF/ atage D heart failure)

เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต่อการรักษา (refractory heart failure) หรืออาจนิยามได้ว่าเป็น end-stage HF ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจล้มเหลวตลอดเวลาแม้ในขณะที่พักหรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย (NYHA III-IV) มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือน แม้จะได้รับยาอย่างเหมาะสม คำนิยามของ advanced heart failure และลักษณะที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ refractory/ end-stage HF จากหลายองค์กร ได้แก่ มีภาวะ fluid retention บ่อยครั้ง เช่น การมี pulmonary/ systemic congestion และ peripheral edema หรือร่วมกับมี peripheral hypoperfusion แม้ในขณะที่พัก เช่น ตรวจพบ systolic blood pressure (SBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่ามีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงระดับรุนแรง ได้แก่ LVEF < 30%, ค่าเฉลี่ย pulmonary capillary wedge pressure (mean PCWP) > 16 มิลลิเมตรปรอท หรือร่วมกับการมีค่า right atrial pressure (RAP) > 12 มิลลิเมตรปรอท จากการตรวจด้วยสายสวนหัวใจวัดแรงดันโลหิตที่เส้นเลือด pulmonary artery (PA catheterization) การมีค่า pro B-type natriuretic peptide (PRO-BNP)

หรือ N-terminus pro B-type natriuretic peptide (NT-PROBNP) ในระดับสูงโดยไม่มีสาเหตุอื่น นอกเหนือจากความผิดปกติของหัวใจ นอกจากนี้ภาวะ advanced HF ยังบ่งบอกได้จากการมี severe Impairment ของ functional capacity ได้แก่ การไม่สามารถออกกำลังกายได้แม้เพียงเล็กน้อยต้องอยู่ในขณะพักตลอดเวลา การไม่สามารถเดินทางราบได้ระยะทางหนึ่งช่วงตึก (ประมาณ 300 เมตร) เนื่องจากมีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อย นอกจากนี้การมี frequent ICD shock ในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่อง automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD) แล้วยังอาจบ่งบอกว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่ภาวะ end-stage HF แล้ว เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยภาวะ advanced heart failure ต้องใช้ทั้งการประเมินด้านอาการ อาการแสดง และการตรวจด้วยอุปกรณ์พิเศษที่เหมาะสมร่วมกันในการวินิจฉัย และเนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง โดยค่อยๆ ปรากฏอาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้การวางแผนการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

เครื่องพุงหัวใจ (Mechanical circulatory support)

เป็นการรักษาขั้นสูงของภาวะ advanced HF โดยใช้อุปกรณ์เพิ่มความดันเลือดหรือทดแทนการบีบตัวของหัวใจ แบ่งเป็น ventricle assisted device (VADs) กับ total artificial heart (TAH) มีวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกันตามกลุ่มผู้ป่วย วัตถุประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ การใช้พุงหัวใจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อรอการทำการ heart transplantation (bridge to transplant) หรือในรายที่มี progressive end-organ dysfunction จาก low cardiac output

อาการที่พบบ่อย

อาการที่พบบ่อยในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ อาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม แน่นอึดอัดที่หน้าอกและท้องอ่อนเพลีย ไม่มีแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ เหนื่อยเมื่่อออกกำลังกาย ขณะได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือทรุดลงเป็นระยะ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง จนถึงระยะรุนแรงของโรคซึ่งผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะท้ายของโรค (end-stage heart failure) มีตัวชี้บ่งดังนี้

1. CHF, NYHA III/ IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อยมีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้ ตาม stage D in ACC/AHA guideline
2. เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยภาวะหัวใจวายหรือมี angina pectoris
3. ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะและ vasodilator อย่างเต็มที่แล้ว

ในผู้ป่วยระยะท้าย มักมีอาการปวดทรมาน หายใจลำบาก เหนื่อย อาการเป็นมากขึ้น ครอบคลุมต่อการดำเนินชีวิตโดยปกติ ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หดหู่ รู้สึกสูญเสีย เป็นภาระกับคนอื่น รู้สึกไม่มีคุณค่าไร้ความหมาย ไม่รู้จะหันหน้าไปหาใคร เป็นความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Criteria for palliative care in heart failure) มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง (advanced heart failure)
2. มีการประเมินพยากรณ์โรคว่า อาจเสียชีวิตเวลาน้อยกว่า 1 ปี (predicted by HF survival models)
3. ผู้ป่วย cardiomyopathy ทั้ง ischemic และ non-ischemic cardiomyopathy ที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30% ร่วมกับมีอาการหัวใจล้มเหลว แม้จะได้รับการรักษาเต็มที่ด้วยยา อุปกรณ์พิเศษ หรือหัตถการรักษาสายสวน หรือการผ่าตัดแล้วก็ตาม
4. มีการดำเนินของโรคที่เลวลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมิน PPS < 50%
5. มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ในเวลา 12 เดือน ด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว
6. ใช้เครื่องพุงหัวใจ (mechanical circulatory support) เพื่อประคับประคอง
7. มีข้อห้ามในการทำผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
8. น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือน (cardiac cachexia)
9. แพทย์ผู้ดูแลพิจารณาแล้วว่าอาการทางคลินิกโดยรวมบ่งชี้ว่าถึงภาวะใกล้เสียชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

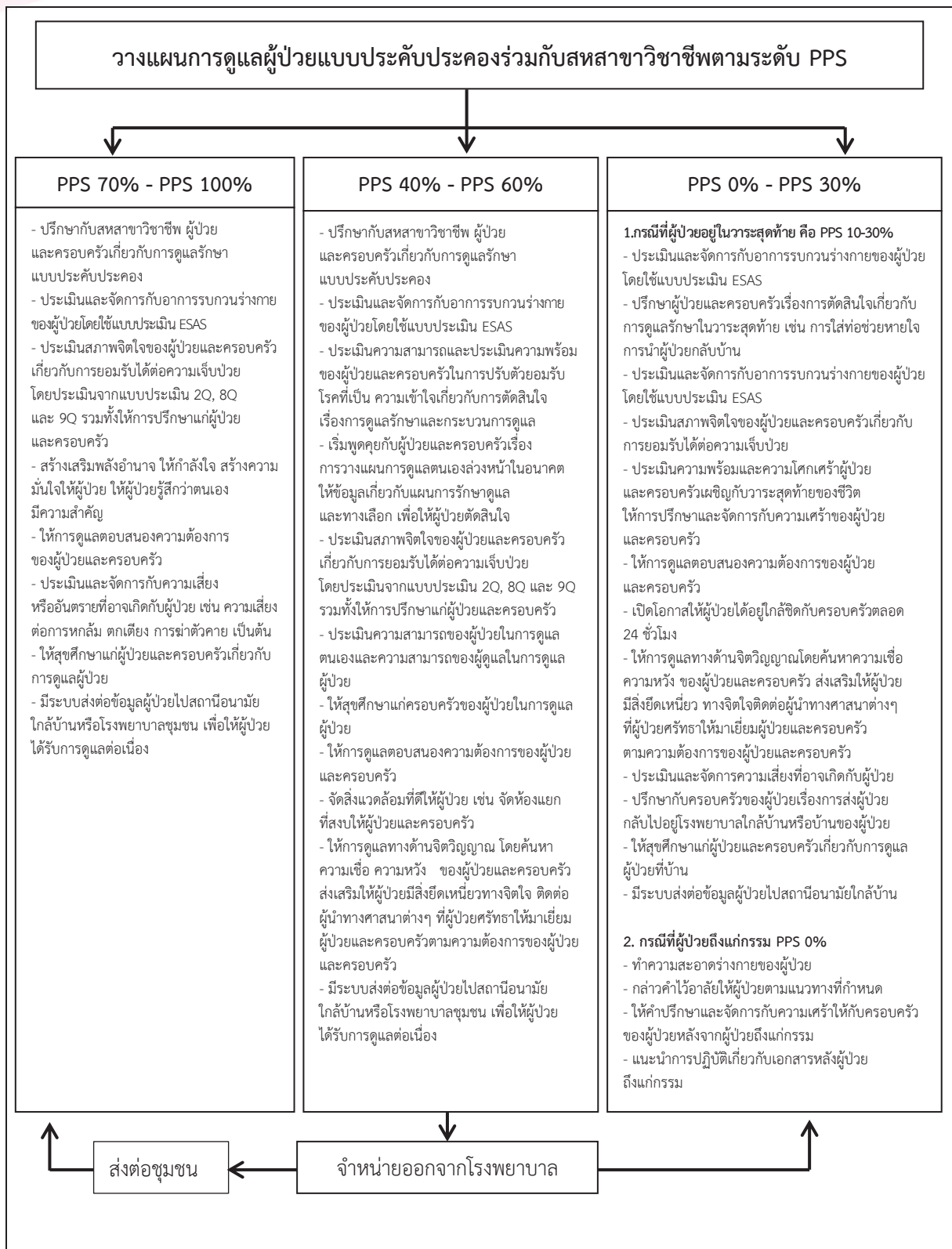
การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวควรให้ความสำคัญในการดูแลรักษาและบรรเทาอาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวังและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการดูแลจากครอบครัว การให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถสอดแทรกในแผนการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัย แม้ในช่วงที่ความรุนแรงของโรคจะยังไม่เข้าสู่ภาวะ advanced/ refractory HF ก็ตาม โดยเพิ่มและมุ่งเน้นการรักษาแบบประคับประคองมากขึ้นเมื่ออาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดำเนินไปมากขึ้น ทั้งนี้การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาจากการรักษาเพื่อลดอัตราการตาย ยืดชีวิต หรือลดอัตราการดำเนินของโรค ไปสู่เป้าหมายเพื่อลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยการรักษาแบบประคับประคองนั้น ควรต้องเป็นการพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลผู้ให้การดูแล โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและการยอมรับของครอบครัว

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ช่วงการดูแลโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (NYHA I-III) จุดมุ่งหมายเพื่อยืดชีวิต โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในด้านตัวโรค และเข้าใจแนวทางการรักษาตามมาตรฐาน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการยืดชีวิต ลดอัตราการตาย และลดอัตราการดำเนินโรคที่แย่ง ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน (optimal medication therapy; OMT) การรักษาด้วยการฝังเครื่อง AICD หรือร่วมกับเครื่อง cardiac resynchronization therapy (CRT) ในรายที่มีข้อบ่งชี้ หรือการรักษาขั้นสูงสุดด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ และไม่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองในระยะนี้ยังมุ่งเน้นและสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และมีการประเมินติดตามอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยเป็นระยะตามมาตรฐานเพื่อวางแผนแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเหมาะสม

ระยะที่ 2 ช่วงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิต (NYHA I-III) จุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากหัวใจล้มเหลว และเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับโรคได้ โดยสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวมเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล มีการวางแผนดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 24 ชั่วโมง มีการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ช่วงระยะท้ายของชีวิต (terminal care phase or end of life; NYHA IV) ตัวบ่งชี้ทางคลินิกว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะนี้แล้ว ส่วนใหญ่พบว่ามีอาการซับซ้อนหลายอาการที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ บวมตลอดเวลา อ่อนเพลีย เบื่ออาหารมาก ไตวาย หรืออวัยวะล้มเหลวหลายระบบ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาและวิธีอื่นตามมาตรฐานแล้ว ในระยะนี้นอกจากผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ยังมีผลกระทบต่อจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณร่วมด้วย จุดมุ่งหมายการรักษาในระยะนี้เพื่อลดความทรมานจากอาการของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจะดำเนินต่อไป และมีการปรึกษาศูนย์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และ/หรือผู้ป่วย ได้ผลสรุปแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการกู้ชีวิต (resuscitation) การเสียชีวิต และการจากไปของผู้ป่วย ตามแนวทางมาตรฐานโดยเน้นเรื่องการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมของการดูแลให้เอื้อต่อการตายดีหรือเสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ตามเจตจำนงความประสงค์ ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วย รวมทั้งมีการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจว่าสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (bereavement care)



ภาพที่ 9.4.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตามระดับ PPS

บรรณานุกรม

1. กนกพร แจ่มสุบรรณ, พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
2. เกรียงไกร เสงี่ยม. สถานการณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของประเทศไทยและทั่วโลก: มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2561.
3. ทศนีย์ ทองประทีป. Palliative Care Nursing: Competency. ใน: การประชุมวิชาการ 1st National Palliative and Hospice Care Conference (NPHC); 25 มีนาคม 2558; ณ รร.ริชมอนด์. กรุงเทพฯ; 2558.
4. ยูเรศมคุณ สติธิชาญบัญชา, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช, ศากุน ปวีณวัฒน์. การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ: National forum of palliative care: The harmony of education to service. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
5. สุวคนธ์ ภูรัตน์, พิชรี ภาระโช, สุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
7. Hemani S., Letizia M. Providing palliative care in end stage heart failure. J Hosp Palliat Nurs 2008; 10(2): 100-5.
8. Konstam MA., Kramer DG., Patel AR., Maron MS., Udelson JE. Left ventricular remodeling in heart failure current concepts in clinical significance and assessment. JACC Cardiovascular Imaging 2011; 4(1): 98-108.
9. Laothavorn P., Hengrussamee K., Kanjanavanit R., Moleerergpoom W., Laoakpongse D., et al. Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). CVD Prevention and Control 2010; 5(3): 89-95.
10. Mahmood SS., Levy D., Vasan RS., Wang TJ. The Framingham heart study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Lancet 2014; 383(9921): 999-1008.
11. Ponikowski P., Voors AA., Anker SD., Bueno H., Cleland JGF., et al. Guideline for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Euro Heart J 2016; 37(27): 2129-200.
12. Yancy CW., Jessup M., Bozkurt B., Butler J., Casey DE., Drazner MH., et al. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American college of cardiology foundation/ American heart association task force on practice guidelines. JACC. 2013; 62(16): 147-239.



บทที่ 9.5 | การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ แบบประคับประคอง

กรุณา ลี้มเจริญ
ณัฐนันท์ หาญณรงค์
สถาบันบำราศนราดูร

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์แบบประคับประคอง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยส่วนใหญ่จะไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรืออาการแสดงของโรคแทรกซ้อน แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์จะเป็นการติดเชื้อเอชไอวีระยะรุนแรงเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันซีดีโฟร์ลดลงมาก ส่งผลให้มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น เชื้อราขึ้นสมอง วัณโรค ปอดอักเสบ หรือเชื้อไวรัสซีสต์เป็นต้น ประเทศทั่วโลกที่มีระบบการดูแลสุขภาพขั้นสูงมีการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เหมือนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์อาจแตกต่างจากโรคเรื้อรัง คือ ความสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย รวดเร็ว อาจเนื่องจากสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ การตีตราและแบ่งแยกเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) จากตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ทีมผู้ให้บริการหรือจากสังคมที่เหมารวมทั้งในรูปแบบตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการดูแลรักษา ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพตนเองล่าช้า และอาจเสียชีวิตจากโรคเอดส์

เป้าหมายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์แบบประคับประคองเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (เอดส์) มุ่งทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับโรค โดยให้การป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตั้งแต่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

ประเด็นท้าทายสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์แบบประคับประคองมีดังนี้

1. มุ่งเน้นผู้ป่วยและ/ หรือครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient and family's focus) ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกและใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ
2. การรักษาความลับ (confidential)
3. การไม่ตีตราและไม่เลือกปฏิบัติ (non-stigma and discrimination)
4. การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (culturally sensitive care) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบไร้พรมแดน
5. การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (collaborated and coordinated care) โดยผู้จัดการพยาบาลประคับประคองรายกรณี (case manager)
6. การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในสถานพยาบาล เครือข่ายภายนอก ครอบครัวและชุมชน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

1. People with HIV/AIDS in advance diseases with poor prognosis ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (end stage heart failure) โรคปอดระยะสุดท้าย (end stage lung disease) โรคไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal failure) โรคตับระยะสุดท้าย (end stage liver disease)
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีโรคร่วมที่รักษาไม่ได้
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีภาวะคุกคามถึงชีวิต (life threatening concomitant condition)
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีการดำเนินของโรคมารถึงระยะสุดท้าย

แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์แบบประคับประคองโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ด้านกระบวนการทางพยาธิวิทยาตามการดำเนินการของโรค และด้านความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเป็นความจริงเฉพาะแต่ละบุคคล และซับซ้อน ซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลตามพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ตามการรับรู้ส่วนใหญ่จากตัวผู้ป่วยและครอบครัวข้างเป็นทางเชิงลบ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตีตราตนเอง ดังนั้นกรอบแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์แบบประคับประคอง ที่บูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของเดมมิ่งและมาตรฐานสถานพยาบาลคุณภาพ ประกอบด้วย

1. Context and assessment: การประเมินลักษณะทั่วไป อาการ อาการแสดง และระดับความต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถผสมผสานแบบประเมินร่วมกันเพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว ได้แก่

1.1 ประเมินข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ครอบคลุมตั้งแต่ลักษณะนิสัย ระดับการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ครอบครัว ความเชื่อ ประเมินความคาดหวังในเป้าหมายและคุณค่าของบุคคล (personal goal, values expectation)

1.2 แบบประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative performance scale version 2; PPS) เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามระดับเหมือนกลุ่มโรคอื่นๆ

1.3 แบบประเมินอาการรบกวน (Edmonton symptom assessment system; ESAS) เพื่อประเมิน ความทุกข์ทรมาน/ อาการรบกวนทางกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทางกาย

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วยขณะที่รักษาในสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแล ด้านระบบการให้บริการ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และรวมถึงพฤติกรรมบริการของทีมให้บริการ

2. Plan (design): การออกแบบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เฉพาะรายบุคคล

2.1 ให้คำปรึกษาแบบกัลยาณมิตรเพื่อเพิ่มคุณค่าของตัวเองสำหรับผู้ป่วย (life meaning) จากผลการประเมินที่ใส่ใจในการฟังผู้ป่วยและทราบถึงปม หรือสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย (life review) ที่อาจฝังใจผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ประชุมกลุ่มครอบครัวร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (family meeting and advance care planning; ACP) เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวล่วงหน้า

2.3 ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อาทิ การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม ยาต้านไวรัสเอดส์ และยาระงับปวด ออกซิเจน สารน้ำ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองต่อการเจ็บป่วย

2.4 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารมีอิสระจำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง ประเมินการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องปาก ประเมินความเสี่ยง ของการเกิดแผลกดทับ

2.5 จัดสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยจัดให้มีห้องแยกหรือสถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน ในวาระสุดท้ายของชีวิต

3. Do (action): การดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองนี้จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันตามบริบท ดังนั้นการดูแลรักษาด้านร่างกายเพื่อบรรเทาอาการที่รบกวน ควบคู่กับการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับหรือสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ อาทิ

3.1 สร้างสัมพันธภาพอย่างมีมิตรแท้ ใช้ทักษะการสื่อสารแบบ 2 ทาง รับฟังผู้ป่วยและญาติ ไม่ควรโต้แย้งต่อความเชื่อของญาติและผู้ป่วย เพื่อจะลดความรู้สึกผิดที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

3.2 สร้างขวัญและพลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง มีคนพูดคุยด้วย อยากฟังอะไรให้ความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลดีที่สุด การให้กำลังใจ ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจพร้อมที่จะต่อสู้

3.3 ผู้ป่วยที่ยังไม่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อแก่ญาติ ทีมการพยาบาลที่ดูแลควรรับฟังความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยมีความต้องการให้แจ้งญาติเรื่องผลเลือดหรือไม่ ถ้าต้องการจะแจ้งผลเลือด ผู้ป่วยต้องการแจ้งด้วยตนเองหรือไม่ หรือต้องการให้ทีมพยาบาลเป็นผู้แจ้ง สุดท้ายอาจต้องบอกความจริงเรื่องโรค

3.4 ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ติดต่อผู้นำทางศาสนาที่ศรัทธามาเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.5 ประเมินและจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น จัดห้องแยกที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว

3.6 การแพทย์ผสมผสาน ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลรักษาที่ใช้ควบคู่ไปกับการรักษาหลัก มิได้มุ่งหวังให้หายขาดจากโรค แต่มุ่งหวังเพื่อให้มีอาการที่ดีขึ้นบ้าง เช่น การทำสมาธิบำบัด การนวดผ่อนคลายความอ่อนล้าปวดกล้ามเนื้อหรือคลายความตึงเครียด การฝังเข็มเพื่อลดอาการปวด ดนตรีและศิลปะบำบัด หัตถะบำบัด เป็นต้น

3.7 ให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามหลักมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้าน แก่ญาติและครอบครัว และปรึกษากับครอบครัวเรื่องการส่งผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านหรือกลับไปอยู่ที่บ้าน

3.8 มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

3.9 การผ่อนคลายภาระเบียดเบียนของโรงพยาบาล เช่น ไม่เข้มงวดเวลาเยี่ยม การจัดกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เหมาะสม เช่น การทำพิธีละหมาด การทำพิธีบวชพระ การจัดงานวันเกิด เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า (ในศาสนาพุทธ) การเปิดเทปการบรรยายของพระสงฆ์ การให้ผู้ป่วยไปเที่ยว ฯลฯ

3.10 ผู้ให้การปรึกษาควรเปิดโอกาสให้ญาติได้พบ พูดคุยเพื่อสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่ถูกต้อง

3.11 ความต้องการครั้งสุดท้าย (the last wish) หมายถึง การจัดเตรียมเอกสารเพื่อระบุความต้องการของตนเองตามมาตรา 12/2550 วรรค 1 (living will) ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางการแพทย์เป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจวางแผนการรักษา อาทิ การใช้หัตถการเพื่อยื้อชีวิตออกไป ในกรณีที่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อ หรือปล่อยให้เสียชีวิตตามกลไกธรรมชาติโดยไม่ต้องยื้อเวลาออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งไม่มีความสามารถที่จะเลือกหรือตัดสินใจได้เอง

4. Check (learn): การทบทวน ติดตามประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นไปตามความต้องการหรือไม่ อย่างไร

4.1 ประชุมกลุ่มครอบครัวร่วมกับ/ หรือสหสาขาวิชาชีพ (family meeting and advance care planning; ACP) เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวต่อเนื่อง

5. Action (improve): ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.1 ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามสถานการณ์ และผลการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง (reassessment) กรณีรายบุคคล

5.2 ประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมเพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีศึกษา

6. Linkage: การทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ

6.1 สถานพยาบาลควรมีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ทีมบริหาร ทีมดำเนินการ และทีมสนับสนุน มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนกลยุทธ์ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

6.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ (แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลประคับประคอง เกสเซอร์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ บุคลากรอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ นักบวช แพทย์แผนโบราณ ฯลฯ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร

6.3 ประชุมกลุ่มครอบครัวร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์. List disease of palliative care and functional unit. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2559.
2. Sepulveda. C et.al. Palliative Care: World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24(2): 91-6.



บทที่ 9.6

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคปอด

สตรียรัตน์ จันครุฑ

พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล

สถาบันโรคทรวงอก

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกคาดว่าปี ค.ศ. 2030 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2549-2556 พบว่าอัตราการตายของโรคมียาวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ ซึ่งหมายรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมมีการอักเสบและตีบแคบลงร่วมกับความยืดหยุ่นของถุงลมปอดสูญเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว แยกตัวออกจากสังคม และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา อาการหายใจลำบาก จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

อาการหายใจลำบาก

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ เมื่อสารพิษจากควันบุหรี่เข้าสู่ทางเดินหายใจ สารนี้จะส่งผลกระทบทำให้หลอดลมมีการอักเสบอย่างเรื้อรัง เซลล์ขนกวัด (ciliated columnar cells) ทำงานลดลง และต่อมเมือกเพิ่มจำนวนและขนาดโตมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง เกิดการคั่งของเสมหะร่วมกับหลอดลมตีบแคบส่งผลให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ นอกจากนี้เกิดการทำลายอีลาสติน (elastin) ที่ผนังของถุงลม ส่งผลให้ถุงลมปอดสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับขณะหายใจออก หลอดลมจะตีบแคบลงก่อนที่อากาศในถุงลมจะออกให้หมด มีอากาศคั่งค้างอยู่ในถุงลม ผนังถุงลมขยายออกเรื่อยๆ เกิดภาวะถุงลมปอดโป่งพอง การแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมปอดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถึงความยากลำบากในการหายใจของตนเอง และต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ หากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 24-48 ชั่วโมง มีอาการไอและเสมหะมากขึ้นร่วมด้วย เรียกว่าอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และหากอาการหายใจลำบากไม่รุนแรงและอาการคงที่อยู่ตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานกว่า 1 เดือน เรียกว่าอาการระยะสงบ (stable stage) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกในวินาทีแรกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (force expiratory volume in one second; FEV₁) โดยเกณฑ์ของ Gold guidelines แบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับเล็กน้อย ค่า FEV₁ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการกำเริบของโรคสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ แต่ถ้าทำงานหนักจะมีอาการหายใจลำบาก

ระดับที่ 2 ระดับปานกลาง ค่า FEV₁ อยู่ระหว่างร้อยละ 50-79 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย เมื่อทำกิจกรรมประจำวันร่วมกับมีอาการกำเริบของโรคไม่รุนแรง

ระดับที่ 3 ระดับรุนแรง ค่า FEV₁ อยู่ระหว่างร้อยละ 30-49 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น จนรบกวนการทำกิจกรรมประจำวันและมีอาการกำเริบของโรครุนแรงมาก

ระดับที่ 4 ระดับรุนแรงมาก ค่า FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากตลอดเวลา มีอาการกำเริบรุนแรงมากและบ่อยครั้ง จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคและการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมโดยใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบากของสภาวิจัยทางการแพทย์ประเทศอังกฤษ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; mMRC) ทำให้พยาบาลสามารถแยกความแตกต่างของระดับการดำเนินของโรค และสามารถนำไปวางแผนการจัดการอาการหายใจลำบากได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรม ดังตารางที่ 9.6.1

ตารางที่ 9.6.1 การประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมตามระดับการดำเนินของโรค

ระดับการดำเนินของโรค	การประเมินอาการหายใจลำบาก
ระดับ 0	รู้สึกหายใจเหนื่อยง่าย ขณะออกกำลังกายหนักเท่านั้น
ระดับ 1	หายใจเหนื่อยง่าย เมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
ระดับ 2	เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจเหนื่อย หรือต้องหยุดเดินเพื่อหายใจ เมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ
ระดับ 3	ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ
ระดับ 4	หายใจเหนื่อยมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือหายใจเหนื่อยมากขณะแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า จำเป็นต้องพักอยู่บนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ และต้องมีผู้ช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน

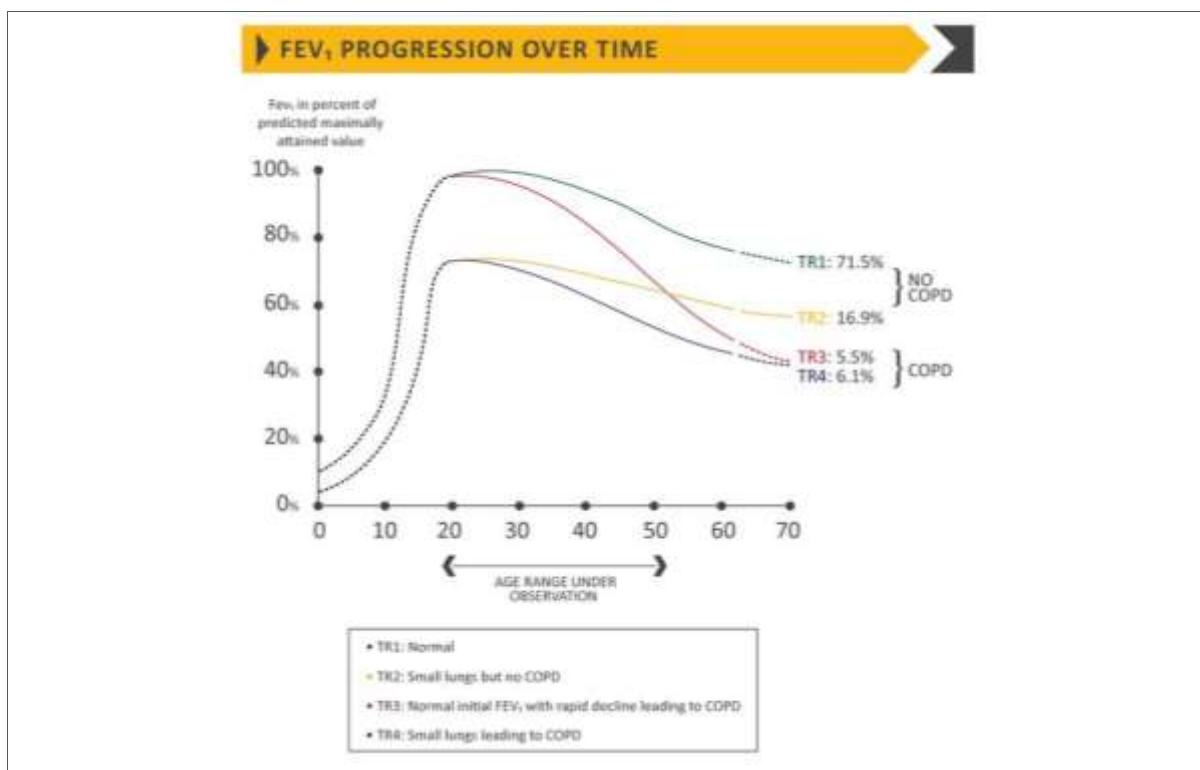
COPD and Comorbidities

ผู้ป่วยโรค COPD อาจมีโรคร่วมได้ทุกโรค และอาจมีผลกระทบต่อสาเหตุของการเกิดโรค โดยทั่วไปการเกิดโรคร่วมไม่เปลี่ยนแปลงการรักษา COPD และโรคร่วมสามารถรักษาร่วมกับการรักษามาตรฐานของ COPD โรคร่วมที่พบได้บ่อย ได้แก่

- Lung cancer พบบ่อยในผู้ป่วย COPD และเป็นสาเหตุหลักของการตาย
- Cardiovascular disease มีความสำคัญและพบบ่อยใน COPD
- Osteoporosis และ depression/ anxiety พบบ่อยและมีความสำคัญ มักไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและการพยากรณ์โรค
- Gastrointestinal reflux มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของ exacerbation และภาวะสุขภาพที่แย่ง

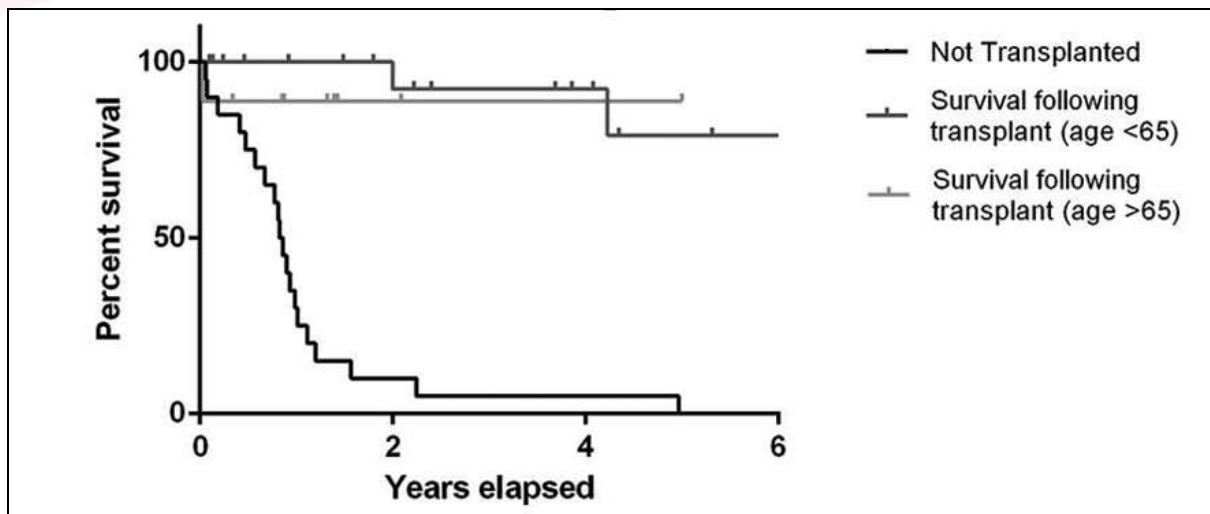
Palliative care criteria in pulmonary disease

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD เป็นโรคที่มีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (multicomponent disease) โดยทั่วไปมักหมายรวม 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) มักวินิจฉัยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ที่มีอาการเหนื่อย ไอเรื้อรัง และมีประวัติสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรค ยืนยันการวินิจฉัยด้วยการทำสมรรถภาพปอดพบว่า postbronchodilator $FEV_1/FVC < 0.70$ ซึ่งหมายถึงมี persistent airflow limitation โดยจะมีการลดลงของการทำงานของปอดเมื่อเวลาผ่านไป ดังภาพที่ 9.6.1



ภาพที่ 9.6.1 การทำงานของปอดที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในคนปกติและผู้ป่วย COPD

โรคปอดเรื้อรังอื่นๆ ในที่นี้หมายรวมถึงโรคที่มีการเสื่อมถอยของพยาธิสภาพของโรคปอดนั้นๆ เช่น bronchiectasis, severe restrictive lung disease เช่น severe kyphoscoliosis และ idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) มีการศึกษาอัตราการมีชีวิตรอดชีวิตในผู้ป่วย IPF ดังภาพที่ 9.6.2



ภาพที่ 9.6.2 ร้อยละการรอดชีวิตของผู้ป่วย IPF ที่ไม่ได้รับและได้รับการปลูกถ่ายเปลี่ยนปอด

การประเมิน specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค มีดังนี้

ข้อบ่งชี้ทาง palliative care for pulmonary disease

1. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) มี 2 ข้อขึ้นไป

- สถานะของโรคอยู่ระดับรุนแรง ($FEV1 < 30\%$ predicted)
- เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลบ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 12 เดือนที่มาจากภาวะ COPD exacerbation)

- ข้อบ่งชี้การใช้ long-term oxygen therapy
- mMRC score ระดับที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตร ในพื้นที่ราบ หรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัดจากภาวะหายใจหอบเหนื่อย

- มีอาการและอาการแสดงของ right heart failure
- ได้รับ systemic corticosteroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือน

ที่ผ่านมา

2. โรคปอดเรื้อรังอื่นๆ

หลักเกณฑ์พิจารณามีดังต่อไปนี้ (ต้องมีข้อ 1, 2 และ 3)

1) ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ (ทุกข้อ)

- เหนื่อยมากขณะพัก
- ไม่ตอบสนองหรือตอบสนองน้อยต่อยาขยายหลอดลม
- Decreased functional capacity (อยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ อ่อนเพลีย ไอ)

2) Progression of end-stage pulmonary disease (increasing visits to ER or hospitalizations for pulmonary infection and/ or respiratory failure)

- 3) มีข้อใดข้อหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
 - Hypoxemia at rest ($\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ or $\text{SpO}_2 \leq 88\%$)
 - Hypercapnia ($\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$)
- 4) Supporting documentation includes
 - Right heart failure secondary to pulmonary disease (cor pulmonale)
 - Unintentional progressive weight loss $\geq 10\%$ ใน 6 เดือน
 - Resting tachycardia $\geq 100/\text{minute}$

การดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายโรคปอดให้การดูแลตามการประเมิน PPS ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะคงที่ PPS 70-100%

มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้มีองค์ประกอบหลายอย่าง คือ

1. ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ ครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินไปของโรค และแนวโน้มของโรคในอนาคต
2. ประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจ สังคม ค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย
3. ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมพลังอำนาจ สนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง การจัดการตนเองแบบไม่ใช้ยา (เช่น การใช้พัดลมมือถือ หรือผ้าเย็นเช็ดบริเวณใบหน้า ขณะมีอาการหายใจลำบาก) หรือให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น เทคนิคการขับเสมหะให้ถูกวิธี การหายใจที่ถูกต้อง เทคนิคการเบี่ยงเบนต่างๆ เทคนิคการผ่อนคลาย

4. สหสาขาวิชาชีพร่วมให้การดูแลผู้ป่วย โดยร่วมประเมินและฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ ภาวะโภชนาการ การใช้ยาที่ถูกต้องและการฝึกการออกกำลังกาย อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสม การฝึกออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนด ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

5. สนับสนุนและให้กำลังใจครอบครัว ผู้ดูแล
6. ส่งต่อผู้ป่วยกับเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ติดตามเป็นระยะ

ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนผ่าน PPS = 40-60%

ระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการรบกวนมากขึ้น มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพเพิ่มขึ้น จากอาการหอบเหนื่อย ทำให้กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้อง เกิดความอ่อนเปลี้ย น้ำหนักร่างกายลดลง เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นส่งผลต่อการลดลงของความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดทางกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจด้วย ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มีความกลัวอย่างรุนแรงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก และผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทสำคัญในสังคม มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ การดูแลผู้ป่วยระยะนี้เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและยอมรับในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง การให้การดูแลในระยะนี้มีดังต่อไปนี้

1. ให้การดูแลเช่นเดียวกับระยะที่ 1
2. ประเมินอาการหอบเหนื่อย อาการรบกวนทางกายอื่นๆ ที่มีเพิ่มขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งการได้รับยา และการดูแลแบบไม่ใช้ยา
3. สหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
5. ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับต่อความเจ็บป่วยและการดำเนินไปของโรค
6. ประเมินแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงจากอาการหายใจลำบาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบากขณะนอนเวลากลางคืน เพื่อร่วมวางแผนควบคุมปัจจัยที่รบกวนการนอนให้กับผู้ป่วย
7. ประเมินด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา และปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอิทธิพล
8. ประเมินสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่ต้องการทำและยังไม่สำเร็จ เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย
9. สร้างเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อครอบครัว แนะนำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย
10. เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล สามารถเผชิญปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว
11. เริ่มพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในอนาคต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาดูแลและทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ
12. เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกหรือเตียงที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
13. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและครอบครัว ค้นหาผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง เพื่อช่วยกันดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งอาการปัจจุบันและอาการที่จะเกิดขึ้น ฝึกสอนญาติเกี่ยวกับการประเมินอาการต่างๆ
14. เตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เช่น โถง สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก เตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่น oxygen และ nebulizer
15. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเครือข่ายทีมสุขภาพในพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่องในกรณีกลับบ้าน ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ

การประเมินอาการหายใจลำบาก

1. ประเมินจากการบอกเล่า บรรยายความรู้สึกขณะมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย
2. ประเมินโดยถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก เช่น
 - อาการเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลา และความถี่ที่เกิด เช่น เกิดเมื่อมีกิจกรรม หรือแม้ขณะนอน
 - อะไรทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง อยู่ในท่าใดสบายที่สุด
 - ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการขณะปัจจุบัน อาการที่รู้สึกดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด
 - ผลกระทบต่อกิจกรรมหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รบกวนการดำรงชีวิต/ การนอนหรือไม่ อย่างไร
 - การดำเนินของอาการ ถ้าเริ่มมักมีสาเหตุที่แก้ไขได้ ตัวอย่างเช่น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด ปอดบวม
3. ประเมินปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ได้แก่
 - ด้านร่างกาย เช่น อาการเจ็บป่วยและไม่สบายทางกาย
 - ด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด กังวล หรือความกลัว เป็นต้น
 - ด้านสังคม สถานการณ์ทางครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด หรือ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว
 - ด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อในอำนาจการควบคุมตนเองลดลง ความเข้มแข็งและศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตลดลง

4. ประเมินทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สาเหตุด้านพยาธิของโรคอย่างครอบคลุมร่วมกับผู้ป่วยบางรายมีอาการหายใจลำบากโดยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางพยาธิสภาพปอดและการหายใจ

ระยะที่ 3 ระยะสุดท้าย PPS = 10-30%

ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการรบกวนมากขึ้น โดยอาการรบกวนสำคัญเด่นชัด คือ อาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น สมรรถภาพของร่างกายลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ ทั้งยังมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยระยะนี้เป็นช่วงที่ต้องให้การบรรเทาอาการด้วยยาโดยผู้เชี่ยวชาญ การจัดการอาการหอบเหนื่อย กับอาการไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งการดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และญาติ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจนถึงใกล้เสียชีวิตให้การดูแลดังนี้

1. ให้การดูแลต่อเนื่อง ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเช่นเดียวกับระยะที่ 2
2. พุดคุยและทบทวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในช่วงใกล้เสียชีวิต และแผนการรักษาการดูแล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำในสิ่งที่ต้องการ หรือตามเจตนาของของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อ การประกอบพิธีทางศาสนา
5. ให้การดูแลปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น ถ้าผู้ป่วยปากและนัยน์ตาแห้ง ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าว หรือทำความสะอาดปากและฟันให้เกิดความสุขสบาย
6. รับฟังปัญหาและเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ญาติและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล ให้การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติ
7. ให้ความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

7.1 การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความกลัวอย่างมาก เช่น กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตายอย่างโดดเดี่ยว ความรักกำลังใจจากลูกหลาน คนใกล้ชิด ญาติมิตรมีความสำคัญมาก เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้เกิดความมั่นคงในจิตใจได้

7.2 การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงและยอมรับการตายที่จะมาถึง การทำให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้ ทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเตรียมตัวและปรับตัวปรับใจ ให้เข้าสู่ความสงบและได้สะสางสิ่งค้างคาใจก่อนจากไปได้เหมาะสม

7.3 การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งงาม การนึกถึงสิ่งตั้งงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจน้อยลงและสามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

7.4 การช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ สิ่งต่างๆ ที่ค้างคาใจผู้ป่วย ควรได้รับการประเมินและช่วยเหลือปลดปล่อยอย่างเร่งด่วนเพราะเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยทรมานพยายามปฏิเสธความตายและจากไปไม่สงบ

7.5 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับ ความจริงที่อยู่เบื้องหน้าสาเหตุของความทุกข์ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งบางครั้งเกิดจากการยึดติดอยู่กับบางสิ่งบางอย่างไม่สามารถพลัดพรากจากสิ่งนั้นได้ เช่น ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สิน การงานหรือโลกทั้งโลกที่เคยชิน การช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ จะทำให้ความกลัว ความกังวล ทรมานทรมานในวาระสุดท้ายลดลง

7.6 การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เน้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติ การกล่าวคำอำลาขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไปและสัญญาในชีวิตที่อ่อนลง หากลูกหลานญาติมิตรต้องการกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติระงับความโศกเศร้า จากนั้นกระซิบบ้างหูพูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อผู้ป่วย ชื่นชมและขอบคุณในสิ่งดีๆ ที่ผู้ป่วยได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมา จากนั้นน้อมจิตให้เป็นกุศล บอกผู้ป่วยให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ อย่างกังวลสิ่งใดๆ และให้ระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือ

การดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

เป็นการดูแลในเรื่องภาวะจิตใจของญาติและผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นการเยียวยาภาวะจิตใจของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ หลังจากการสูญเสีย อาจมีสภาพจิตใจที่ยังไม่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต บางคนมีความรักความผูกพันกับผู้ที่จากไปมาก การยอมรับการสูญเสียจึงเป็นเรื่องที่ทุกข์ทรมาน ทรมานสุขภาพสามารถเข้าไปให้กำลังใจ ปลอบโยน และหาวิธีการถ่ายโอนความเศร้าให้เป็นความหวัง และมีกำลังใจ ในการดำรงชีวิตอยู่ เช่น การบำเพ็ญประโยชน์หรือดูแลสิ่งที่ยังตายค้างอยู่ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตควรดูแล ดังนี้

1. การช่วยทำความสะอาดร่างกายของผู้ตาย ใส่ฟันทบถม หวีผม แต่งตัวให้เรียบร้อย ควรดูแลทันที ก่อนที่เนื้อเยื่อจะผิรุปร่างหรือถูกทำลาย จัดทำให้ผู้ปวยนอนในท่าที่สุขสบายคล้ายผู้ป่วยกำลังหลับ กระทำด้วยความนุ่มนวล สมศักดิ์ศรี
2. แจ้งให้ญาติทราบว่าการตายได้เกิดขึ้นแล้ว ดูแลจิตสภาพผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ดี ก่อนให้ญาติเข้าเยี่ยม ให้เวลาแก่ญาติบอกกล่าวผู้ป่วย แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ คอยอยู่เป็นเพื่อน
3. อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายศพ เปิดโอกาสให้ญาติได้ประกอบพิธีตามความเชื่อ ในแต่ละศาสนา
4. เขียนใบมรณะบัตร พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนต่างๆ ตามกฎหมาย ให้ความช่วยเหลือ ประสานให้ แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น ที่เก็บศพ สถานที่จัดงานศพ
5. ติดตามเยี่ยมประเมินสุขภาพจิตครอบครัวผู้ตายหลังจากการจัดงานศพ อาจจนถึงประมาณ 1 ปีหลังการตาย

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2557.
2. ผาณิต หลีเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. วารสาร มฉก. วิชาการ 2557; 17(34): 127-38.
3. ปาริชาติ เพ็ญสุวรรณ, สุธีรา พิมพ์รส. การจัดการกับอาการในผู้ป่วยระยะท้าย. คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สมาคมพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2558.
4. เมธิณี จันทิยะ, พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, ผุสดี คุณาพันธ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี. รามาธิบดีรามาสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2563]; 17(3): 328-42. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9033>.
5. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. อุรเวชช์ในเวชปฏิบัติ, ภาคพิมพ์ :190; 2557.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พศ.2556 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics_2556.pdf.
7. สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, สุริยา พองเกิด. การดูแลตนเองเพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอดเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560; 9(2): 140-51.
8. อัจฉาณัฐ วังโสม. การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก. 2559; 27(1): 2-12.
9. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2019 report [Internet]. Global initiative for chronic obstructive lung disease 2019 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>.
10. Riddell P., Lawrie I., Winward S., Redmond K., Egan JJ. Lung transplantation and survival in idiopathic pulmonary fibrosis - An Irish perspective: Thorax 2013; 68(Suppl 3): A1-A220.
11. Maddocks M., Lovell N., Booth S., D-C Man W., Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2017; 390: 988-1002.
12. Lanken PN., Terry PB., DeLisser HM., Fahy BF., Hansen-Flaschen J., Heffner JE., et al. An official American thoracic society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177(8): 912-27.



บทที่ 9.7

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคตับ

ฐิติรัตน์ ตันติปรีชาพงศ์
โรงพยาบาลราชวิถี

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ

แนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

โรคตับเรื้อรัง (chronic liver disease; CLDs) คือภาวะของตับที่มึการทำงานลดลง เกิดจากการที่ตับได้รับอันตรายหรืออักเสบจากหลายสาเหตุ เช่น การดื่มสุรา การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ หรือการใช้ยาบางชนิดติดต่อกันนานๆ ส่งผลให้เนื้อตับถูกทำลายกลายเป็นพังผืด ถ้ามีการทำลายเซลล์ตับอย่างเรื้อรังจนมีพังผืดเกิดขึ้นมาก เนื้อตับที่เคยนุ่มจะค่อยๆ แข็งขึ้น จนกลายเป็น “ตับแข็ง” (cirrhosis) ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของตับลดลง และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งตับ

ปัจจุบันอุบัติการณ์ทั่วโลกของผู้เสียชีวิตจากโรคตับประมาณ 2 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง 1 ล้านคน และเสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบบและมะเร็งตับอีก 1 ล้านคน นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 11 และ 16 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ภาพรวมโรคตับอักเสบบในช่วงปี พ.ศ. 2549-2558 พบอัตราป่วยอยู่ระหว่าง 12.06-15.06 คนต่อแสนประชากร แม้ว่าปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้นและการปลูกถ่ายตับถือเป็นการรักษาที่เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตับวาย แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้ารับการปลูกถ่ายตับได้ ปัญหาที่สำคัญคือการขาดแคลนอวัยวะ ในประเทศไทยอัตราผู้ให้ต่อผู้รอคอยไม่ต่ำกว่า 1:80 ทำให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นจำนวนมากระหว่างการรอรับการปลูกถ่ายตับ สำหรับอาการที่พบได้ในผู้ป่วยตับวาย ได้แก่ ปวด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องมาน ความดันในตับสูง อาเจียนเป็นเลือด ภาวะสับสน ตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) โดยเป้าหมายการดูแล คือ หวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดความทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการรักษาดังกล่าวนี้ควรเริ่มทำตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ยังรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากเกิดการสูญเสีย

ในผู้ป่วยโรคตับระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นภาวะตับแข็งหรือโรคมะเร็งตับ จัดว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยผู้ป่วยจัดการกับอาการที่ทำให้ไม่สบาย ช่วยการสื่อสารให้มองเห็นภาพชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลที่มีผลต่อการวางแผนการรักษา ตลอดจนช่วยประสานงาน ทีมแพทย์ พยาบาล รวมถึงบุคลากรด้านอื่นในการร่วมดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในวาระสุดท้าย

การดำเนินและพยากรณ์โรค

การทำนายระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังและตับแข็งจัดว่าทำได้ยาก เนื่องจากมีความไม่แน่นอนในวิถีการดำเนินโรค (disease trajectory) โดยตามธรรมชาติของการเกิดโรคตับเรื้อรังและตับแข็ง เริ่มจากตับถูกทำลายเกิดการอักเสบมีพังผืดเกิดขึ้น ส่งผลให้การทำงานของตับค่อยๆ เสื่อมถอยลง แต่ยังไม่แสดงอาการหรืออยู่ในระยะ compensated cirrhosis ผู้ป่วยในระยะนี้อาจมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน จากนั้นหากการทำงานของตับลดลงมากผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ decompensated cirrhosis ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น เช่น ท้องมาน ดีซ่าน มีจุดจ้ำเลือดตามตัว อาจมีอาเจียนเป็นเลือดจากการแตกของเส้นเลือดที่หลอดอาหาร

(esophageal varices) จากความดันหลอดเลือดพอร์ทัลสูงขึ้น (portal hypertension) และในระยะสุดท้ายเมื่อเข้าสู่ภาวะตับวายอาจเกิดอาการทางสมอง (hepatic encephalopathy) ได้แก่ ซึม สับสน เพ้อ ไม่รู้สึกตัว ค่ามัธยฐานการอยู่รอดของผู้ป่วยระยะ compensated cirrhosis อาจมากกว่า 12 ปี ในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ประมาณร้อยละ 5-7 ต่อปี ในผู้ป่วยระยะ decompensated cirrhosis ที่มีภาวะหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (esophageal varices) การอยู่รอดเฉลี่ยลดลงอยู่ที่ประมาณ 7 ปี และพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าร้อยละ 10 ในแต่ละครั้งที่ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมานที่ดื้อต่อการรักษาด้วยยา (refractory ascites) พบว่าอัตราเสียชีวิตที่หนึ่งปีสูงถึงร้อยละ 70 ผู้ป่วยตับแข็งที่มีการติดเชื้อมาร่วมด้วยพบว่ามีอัตราการตายสูงกว่าปกติถึง 4 เท่า และพบว่าร้อยละ 30 จะเสียชีวิตภายใน 1 เดือน และผู้ป่วยอีกร้อยละ 30 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้บ่อยในเวชปฏิบัติเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตับวาย ใช้ในการทำนายโอกาสเสียชีวิตและนำมาช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ Child-Turcotte-Pugh classification (CTP) และ model for end-stage liver disease (MELD) สำหรับ Child-Turcotte-Pugh classification (CTP) คำนวณจาก 5 พารามิเตอร์ ประกอบด้วย อาการทางสมอง (hepatic encephalopathy) ภาวะท้องมาน ระดับ bilirubin albumin ในเลือด และค่า prothrombin time โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ระดับตามผลรวมคะแนน พบว่าสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี และ 2 ปี โดยร้อยละอัตราการรอดชีวิตที่ 1 และ 2 ปีของผู้ป่วยระดับ A (คะแนน 5-6) อยู่ที่ร้อยละ 95 และ 90 ผู้ป่วยระดับ B (คะแนน 7-9) อยู่ที่ร้อยละ 80 และ 70 และผู้ป่วยระดับ C (คะแนน 10-15) อยู่ที่ร้อยละ 45 และ 38 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการแบ่งความรุนแรงของโรคตับแข็งตาม MELD scoring system โดยคำนวณตามสูตร ซึ่งต้องใช้ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) ค่าบิลิรูบิน (serum bilirubin) และค่า international ratio (INR) นิยมใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อการปลูกถ่ายตับและสามารถใช้ทำนายอัตราการรอดชีวิตในระยะ 3 เดือน

ตารางที่ 9.7.1 The Child-Turcotte-Pugh score and classification

Criteria	1 point	2 points	3 points
Bilirubin (mg/dL)	<2	2-3	>3
Albumin	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time and INR	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Hepatic encephalopathy	none	stage 1-2	stage 3-4
Ascites	none	mild-moderate	severe

ตารางที่ 9.7.2 Model for end stage liver disease (MELD) score

Score	3-Month mortality (%)
40 or more	71
30-39	53
20-29	20
10-19	6
9 or less	2

หมายเหตุ: MELD = $3.78[\ln \text{ serum bilirubin (mg/dL)}] + 11.2[\ln \text{ INR}] + 9.57[\ln \text{ serum Cr (mg/dL)}] + 6.43$

Any value <1 is given a value of 1

ที่มา: Wiesner R, Edwards E, Freeman R, et al. Model for end-stage liver (MELD) and allocation of donor livers. *Gastroenterology*.2003;124(1):91-96

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคอง

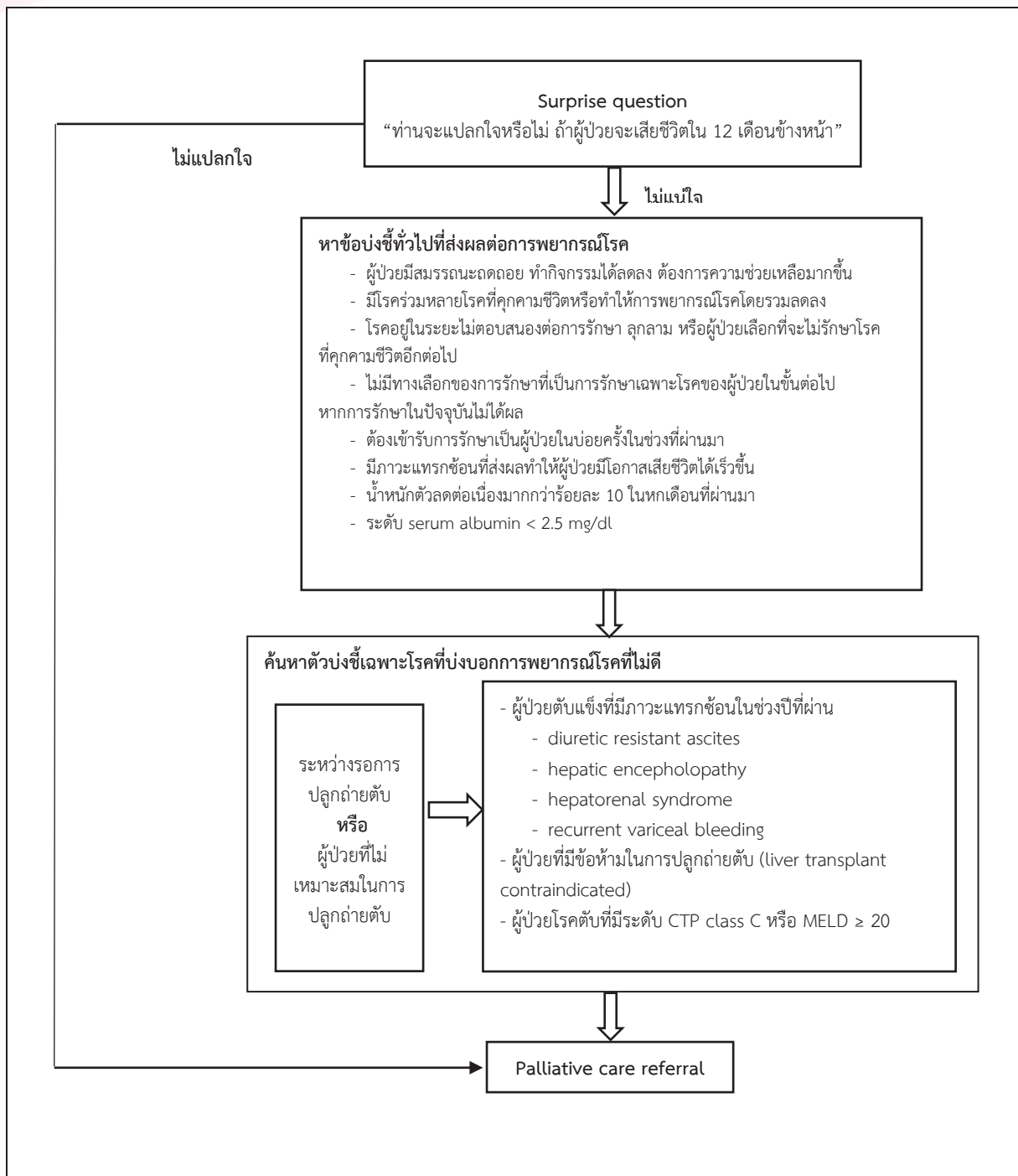
แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคองอิงตามแนวทางของ The Gold Standards Framework ประเทศอังกฤษ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้ surprise question ให้แพทย์ที่ดูแลถามคำถามกับตัวเองว่า “ท่านจะแปลกใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตใน 12 เดือนข้างหน้า” หากไม่แปลกใจ ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยคำตอบของคำถามนี้ ควรได้หลังจากประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยพิจารณาจากอาการของโรค โรคประจำตัว ปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แต่หากไม่แน่ใจควรพิจารณาต่อในขั้นที่ 2 และ 3

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาข้อบ่งชี้ทั่วไปที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรค กรณีที่คำตอบ คือ ไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจจะมีการพยากรณ์โรคลดลง ดังภาพที่ 9.7.1

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาตัวบ่งชี้เฉพาะโรคที่บ่งบอกการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (disease specific indicators of decline) ข้อบ่งชี้เฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง มีดังนี้

- ผู้ป่วยตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนในช่วงปีที่ผ่านมา เช่น มีภาวะท้องมานที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยาขับปัสสาวะ (diuretic resistant ascites) มีอาการทางสมองจากโรคตับ (hepatic encephalopathy) ภาวะไตวายจากโรคตับแข็ง (hepatorenal syndrome) มีเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำจากหลอดเลือดโป่งพอง (recurrent variceal bleeding)
- ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการปลูกถ่ายตับ ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายตับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 ได้แก่ ตับสุราเป็นประจำ ติดเชื้อทั่วร่างกายรุนแรง ติดเชื้อเอชไอวี มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคทางระบบประสาทที่มีผลต่อหัวใจค่อนข้างมาก มะเร็งจากอวัยวะอื่นที่รักษาไม่หายขาด โรคจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการปลูกถ่ายตับทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ไม่มีผู้ดูแลที่เหมาะสม
- ผู้ป่วยโรคตับที่มีระดับ Child-Pugh class C หรือ MELD ≥ 20



ภาพที่ 9.7.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคอง

บรรณานุกรม

1. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายตับ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.transplantthai.org/upload/170815114538293_MNB.pdf.
2. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558 เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/sum_aesr.php.
3. Arvaniti V., D'Amico G., Fede G., Manousou P., Tsochatzis E., Pleguezuelo M., et al. Infections in patients with cirrhosis increase mortality four-fold and should be used in determining prognosis. *Gastroenterology* 2010; 139: 1246-56.
4. D'Amico G., Garcia-Tsao G., Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006; 44: 217-31.
5. D'Amico G., Pasta L., Morabito A., D'Amico M., Caltagirone M., Malizia G., et al. Competing risks and prognostic stages of cirrhosis: A 25-year inception cohort study of 494 patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 39: 1180-93.
6. Garcia-Tsao G., Lim JK. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and the National Hepatitis C Program. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 1802-29.
7. Kamath PS., Wiesner RH., Malinchoc M., Kremers W., Therneau TM., Kosberg CL., et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* 2001; 33: 464-70.
8. Mokdad AA., Lopez AD., Shahraz S., Lozano R., Mokdad AH., Stanaway J., et al. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Med* 2014; 12: 145.
9. Planas R., Montoliu S., Balleste B., Rivera M., Miguel M., Masnou H., et al. Natural history of patients hospitalized for management of cirrhotic ascites. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4: 1385-94.
10. Roth K., Lynn J., Zhong Z., Borum M., Dawson NV. Dying with end stage liver disease with cirrhosis: insights from SUPPORT. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: S122-30.
11. Runyon BA. Treatment of patients with cirrhosis and ascites. *Semin Liver Dis* 1997; 17: 249-60.
12. NHS Lothian and The University of Edinburgh primary palliative care research group. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT). The university of Edinburgh; 2013.
13. Thomas K., Wilson JA., et al. Prognostic indicator guidance, 4th Edition. The gold standards framework centre in end of life care CIC; 2011.
14. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2019 April 18]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

