



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ISBN 978-974-422-921-2

แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

บรรณาธิการ

- วีรฤติ อิมลํารานู
- ดนัย มโนรมณ์
- อาคม ชัยวีระวัฒน์
- ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็ง

บรรณาธิการ

วีรุฒิ อิมตำราญ

อาคม ชัยวิระวัฒน์

คณัฎ มโนรมณ์

ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวนพิมพ์ 1,500 เล่ม

จำนวนหน้า 201 หน้า

สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

268/1 ถนนพระรามที่ 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2237

โทรสาร : 0 2644 9097

สงวนลิขสิทธิ์

ISBN 978-974-422-921-2

พิมพ์ที่

บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด

373 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

โทร. 0 2424 8715 โทรสาร. 0 2879 7082

แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำนำ

การจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีจุดมุ่งหมายที่จะให้มีแนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในประเทศไทย การจัดทำแนวทางฯ ให้ทันสมัยตามการเปลี่ยนแปลงขององค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และบริบทของประเทศไทย โดยได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคมะเร็งแบบประคับประคองหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์ชีวทันตภิบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล และชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นงานศิลปะอย่างหนึ่ง การใช้แนวทางฯฉบับนี้ใช้สำหรับสถานพยาบาลที่มีบุคลากรและทรัพยากรมีขีดความสามารถครบถ้วน และไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงกับการรักษาผู้ป่วยทุกรายโดยรวมได้ โดยให้แต่ละสถานพยาบาลพิจารณานำแนวทางฯฉบับนี้ไปปรับใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับความสามารถของสถานพยาบาลนั้น ๆ ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัตินี้จึงไม่อาจใช้เป็นเอกสารอ้างอิงใด ๆ ในทางกฎหมายได้

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำหนังสือแนวทางฯ ฉบับนี้ และคณะทำงานยินดีรับคำวิจารณ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้หนังสือได้รับการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข อันจะเป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในประเทศไทยต่อไป

คณะทำงาน

มกราคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 การดูแลแบบประคับประคอง	39
บทที่ 2 การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	44
บทที่ 3 การประเมินโดยทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	46
บทที่ 4 การประเมินด้านการดูแลแบบประคับประคอง	47
บทที่ 5 การคัดกรองและการประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	48
บทที่ 6 Criteria Consultation with Palliative Care Team	50
บทที่ 7 Oncology team intervention	52
บทที่ 8 ประโยชน์และโทษของการให้การรักษามะเร็ง	57
บทที่ 9 PAIN	59
ภาคผนวก การสื่อสารและการให้ความรู้เรื่องปวด	71
ภาคผนวก การรักษาเฉพาะของความปวดจากมะเร็งที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ	73
ภาคผนวก Opioids	81
ภาคผนวก Non-opioids	92
ภาคผนวก Adjuvants	95
ภาคผนวก Integrative intervention	98
ภาคผนวก Pain at the end of life	100
บทที่ 10 ภาวะหายใจลำบาก	106
บทที่ 11 ความไม่ย่อยอาหารและภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก	113
บทที่ 12 อาการคลื่นไส้อาเจียน	119
บทที่ 13 อาการท้องผูก	123
บทที่ 14 ลำไส้อุดตันจากมะเร็ง	126
บทที่ 15 ปัญหาการหลับ / ตื่น	130
บทที่ 16 อาการสับสน (DELIRIUM)	135
บทที่ 17 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของสังคมสงเคราะห์	142
บทที่ 18 การวางแผนล่วงหน้าเพื่อแสดงความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต	146

สารบัญ

บทที่ 19 Imminently Dying	159
บทที่ 20 Guideline for palliative sedation therapy	169
บทที่ 21 Complementary and Alternative medicine in palliative cancer care	178
บทที่ 22 Hospice Care	183
บทที่ 23 การประเมินภาวะ "ทุกข์ใจ"	188
บทที่ 24 การดูแลร่างกายและจัดการทรัพย์สินอย่างไรให้หายห่วง	193
บทที่ 25 หลักจริยธรรมและกฎหมายกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	198
รายนามคณะผู้จัดทำ	203

DEFINITION AND STANDARDS OF PALLIATIVE CARE (PAL 1)

คำนิยามของการดูแลแบบประคับประคอง (PALLIATIVE CARE)^{a,c}

การดูแลแบบประคับประคอง คือ กระบวนการดูแลด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่เฉพาะเจาะจงในการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนอื่น ๆ รวมถึงด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม โดยมีวัตถุประสงค์คือการคาดการณ์ล่วงหน้า การป้องกัน และลดความทุกข์ทรมาน การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งพิจารณาถึงระยะของโรค หรือความจำเป็นสำหรับการรักษาอื่น ๆ ด้วย การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่วินิจฉัยโรค และควรมีบริการด้านประคับประคองควบคู่ไปกับการดูแลรักษาโรคมะเร็งด้วย เช่น ผ่าตัด เคมี ฉายแสง

มาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง^{b,c}

- ในองค์กรควรมีการพัฒนากระบวนการในการบูรณาการดูแลแบบประคับประคองรวมเข้าไปในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งในส่วนที่เป็นงานประจำและในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยทีมบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองด้วย
- ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายควรมีการคัดกรองแบบประคับประคองเพื่อค้นหาความต้องการ ตั้งแต่ตอนเริ่มต้นรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม และตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก
- ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีการรับทราบถึงทางเลือกในการดูแลแบบประคับประคอง รวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของผลการดูแลรักษาโรคมะเร็ง ที่มีการพิจารณาถึงความเข้าใจ ความรู้ ทัศนคติที่ดีที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็ง
- โปรแกรมการให้ความรู้ควรจัดให้กับบุคลากรด้านสุขภาพ และผู้ฝึกฝนเพื่อการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ
- การดูแลแบบประคับประคองโดยผู้เชี่ยวชาญและทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยการแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง และแพทย์ในเวชปฏิบัติทั่วไป นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม ทั้งพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เกสซกร นักโภชนาการ นักบำบัดทางจิตวิทยาเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความต้องการ
- คุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองควรมีนโยบายและการติดตามโดยสถาบันที่มีคุณภาพในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ป่วยประคับประคอง

^aHui D, Mori M, Parsons HA, et al. The lack of standard definitions in supportive and palliative oncology literature. J Pain Symptom Manage 2012;43:582-592.

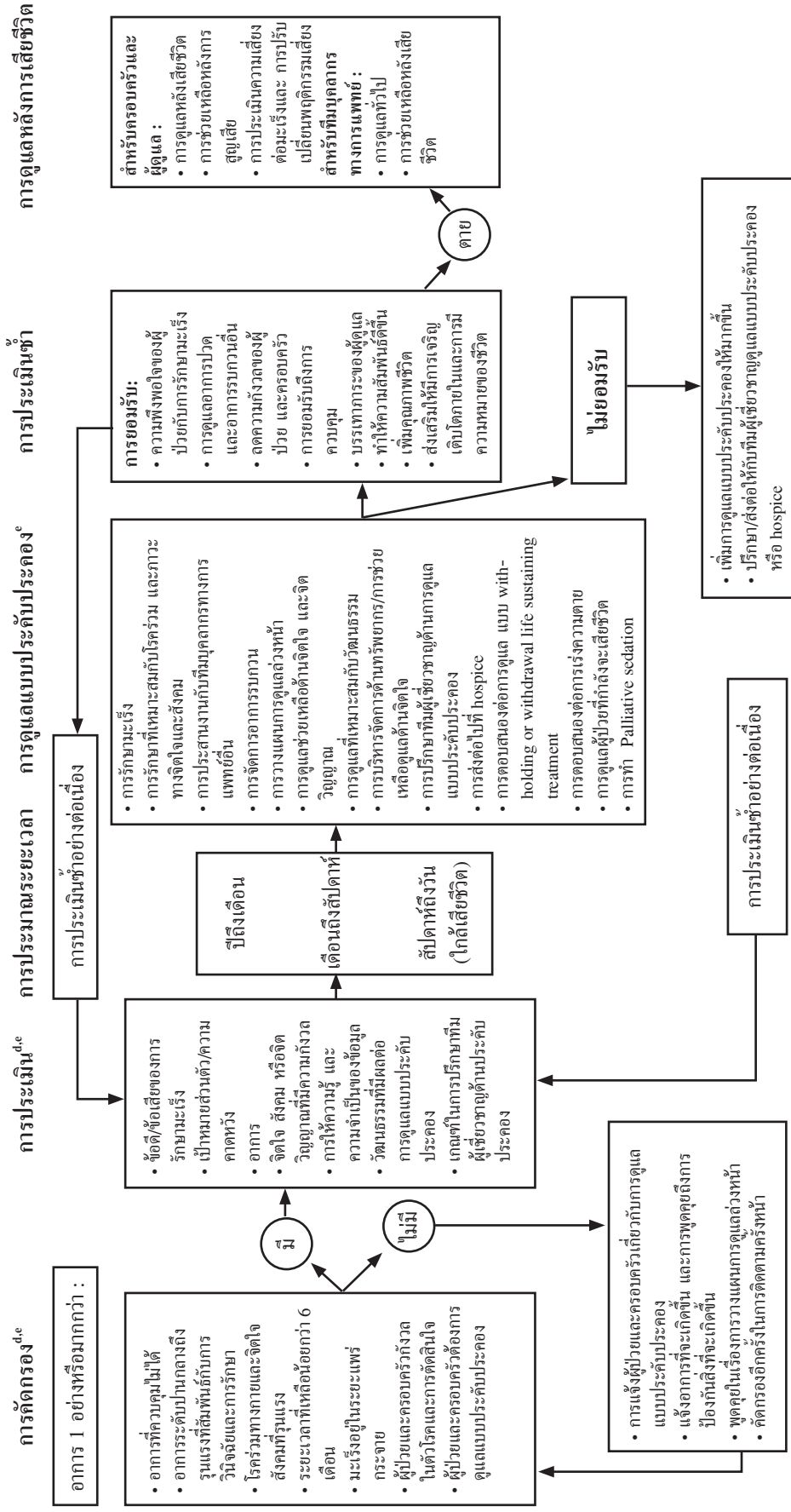
^bFerris FD, Bruera E, Chery N, et al. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps – from the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2009;27:3052-3058.

^cIOm (Institute of Medicine). 2014 Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life. Washington, DC: The National Academies Press. (iom.edu/endlife)

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SCREENING AND ASSESSMENT BY ONCOLOGY TEAM (PAL 2)

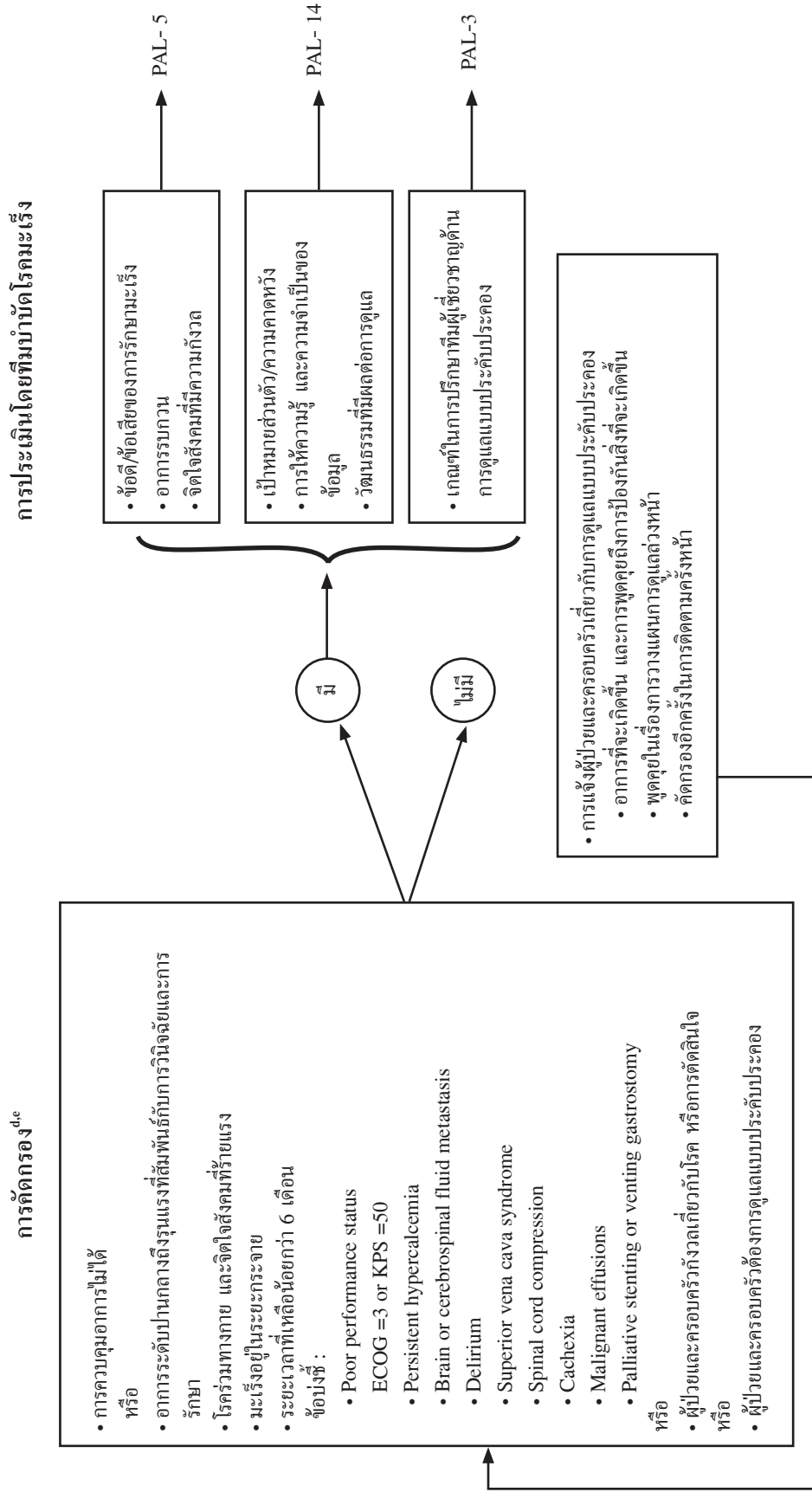


^dPatients who screen positive require a care plan developed by an interdisciplinary team of physicians, nurses, social workers, and other mental health professionals, chaplains, nurse practitioners, physician Assistants, and dietitians.

^eOncologists should integrate palliative care into general oncology care. Early consultation/collaboration with a palliative care specialist/hospice team should be considered to improve quality of life and survival.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SCREENING AND ASSESSMENT BY ONCOLOGY TEAM (PAL 2)



⁴Patients who screen positive require a care plan developed by an interdisciplinary team of physicians, nurses, social workers, and other mental health professionals, chaplains, nurse practitioners, physician assistants, and dietitians.

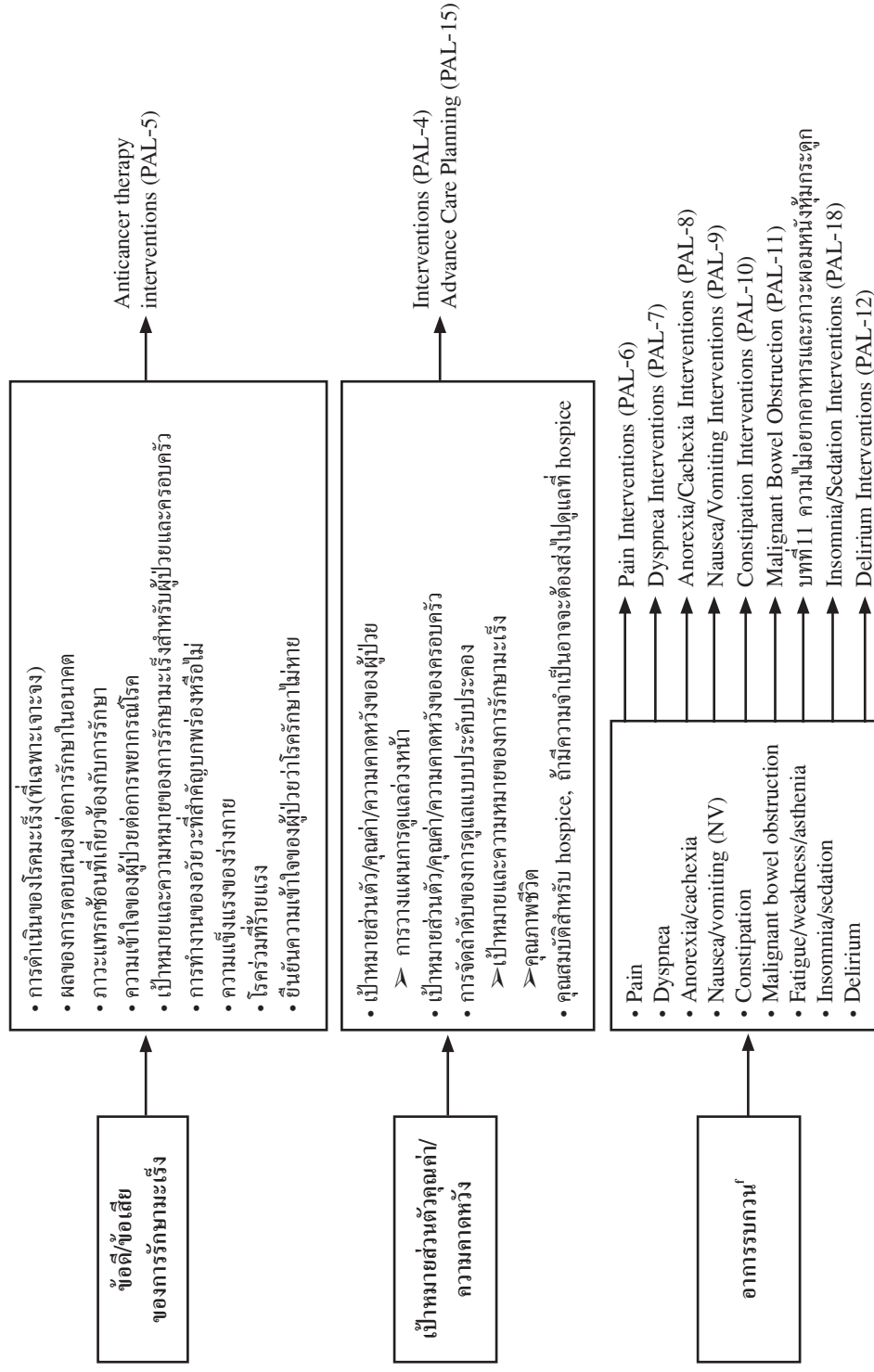
^cOncologists should integrate palliative care into general oncology care. Early consultation/collaboration with a palliative care specialist/hospice team should be considered to improve quality of life and survival

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SCREENING AND ASSESSMENT BY ONCOLOGY TEAM (PAL 2)

การประเมินโดยทีมดูแลรักษาโรคมะเร็ง

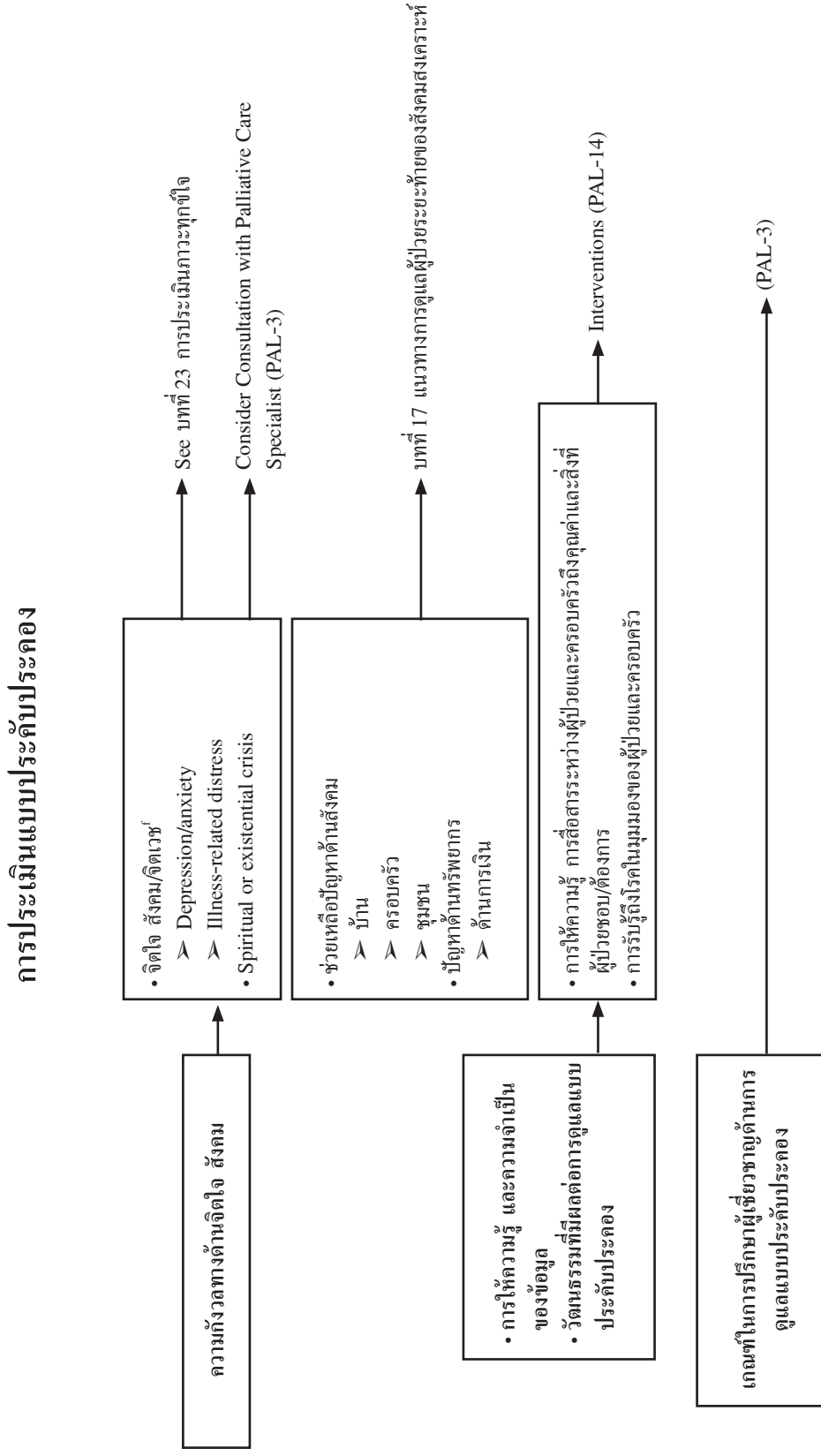


[†]Look for opportunities to use single agents to treat multiple symptoms.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

CRITERIA FOR CONSULTATION WITH PALLIATIVE CARE TEAM (PAL 3)



¹Look for opportunities to use single agents to treat multiple symptoms.

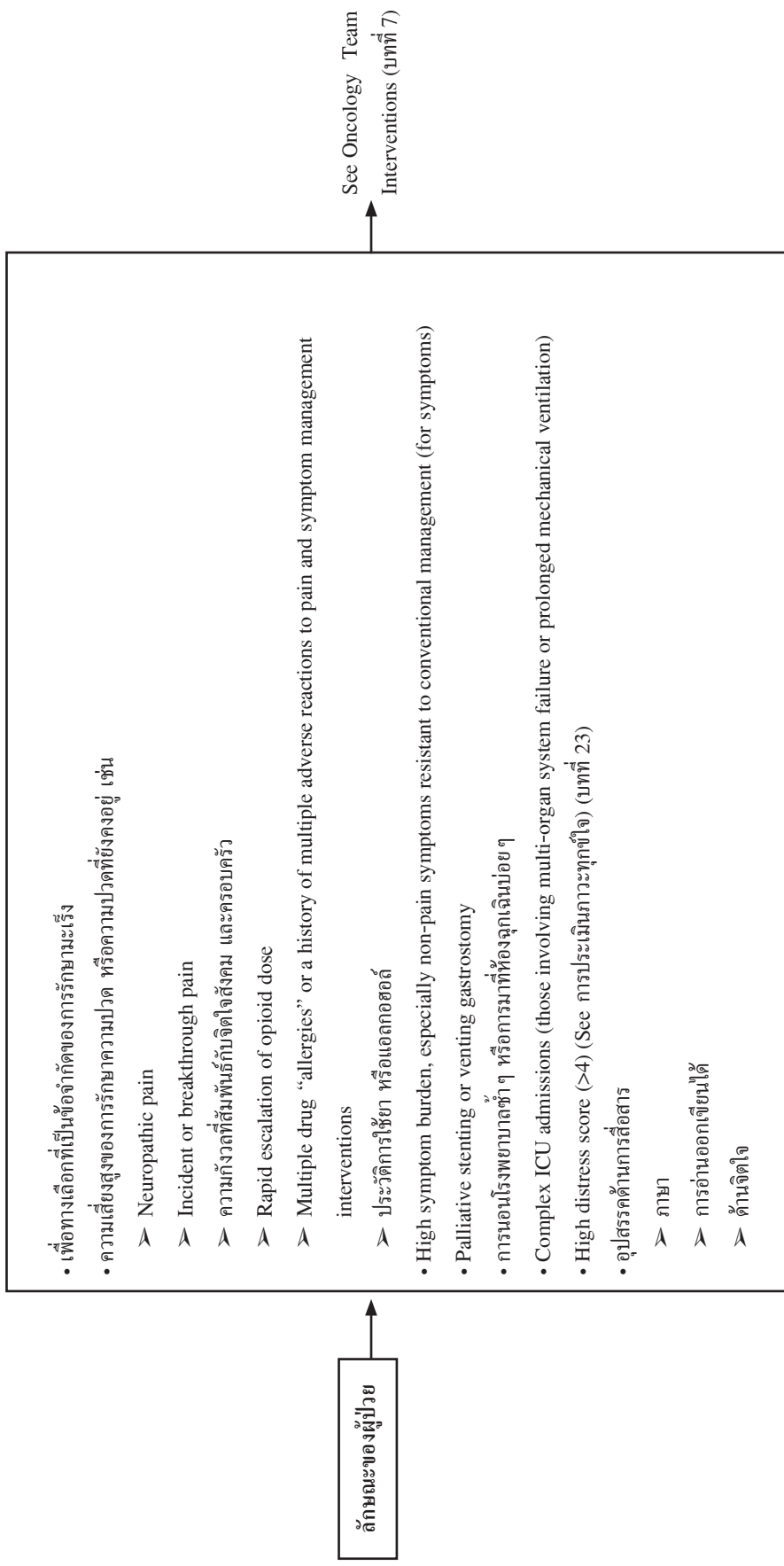
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

CRITERIA FOR CONSULTATION WITH PALLIATIVE CARE TEAM (PAL 3)

เกณฑ์ในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง

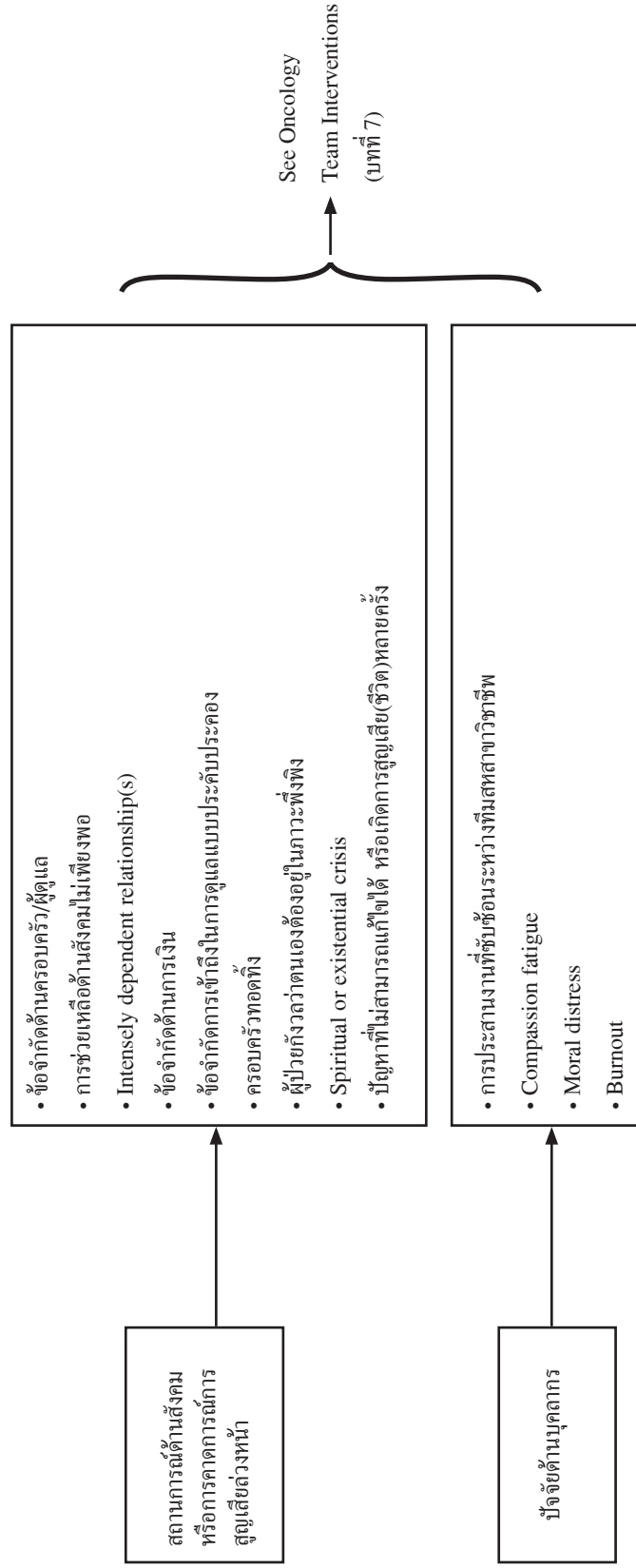
การประเมิน



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

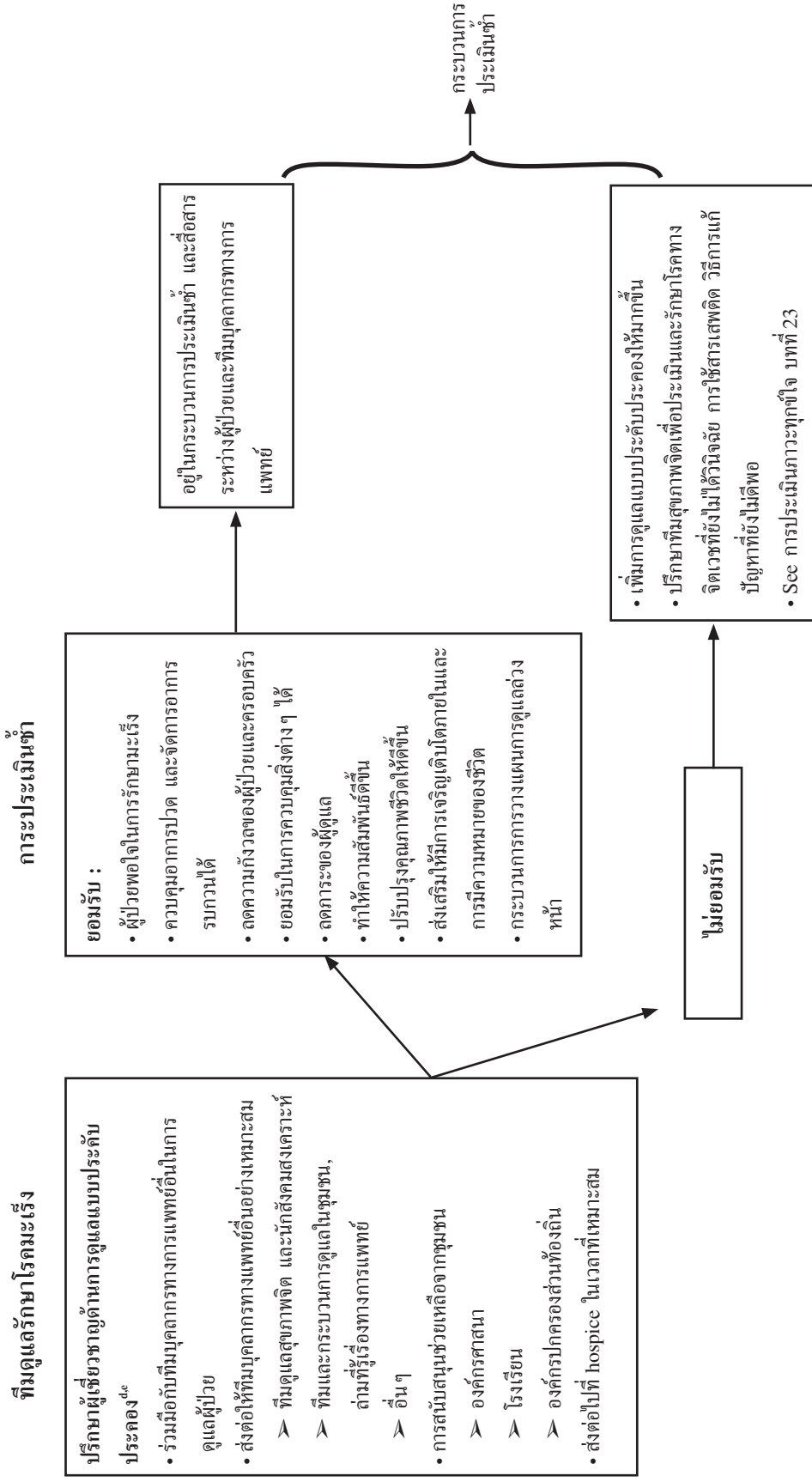
CRITERIA FOR CONSULTATION WITH PALLIATIVE CARE TEAM (PAL 3)

เกณฑ์ในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง การประเมิน



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

ONCOLOGY TEAM INTERVENTIONS AND REASSESSMENT (PAL 4)



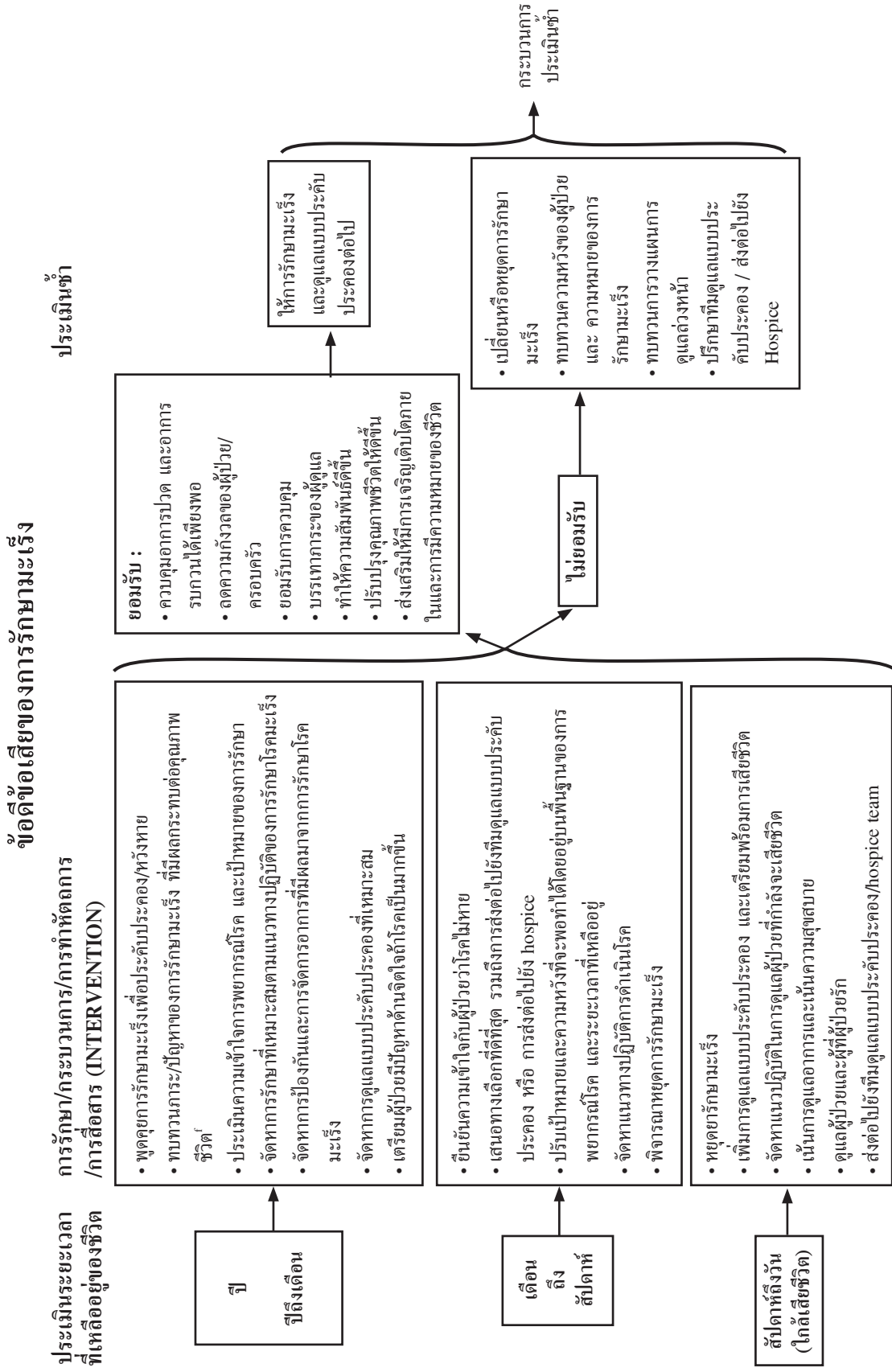
^dPatients who screen positive require a care plan developed by an interdisciplinary team of physicians, nurses, social workers, and other mental health professionals, chaplains, nurse practitioners, physician assistants, and dietitians.

^eOncologists should integrate palliative care into general oncology care. Early consultation/collaboration with a palliative care specialist/hospice team should be considered to improve quality of life and survival.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

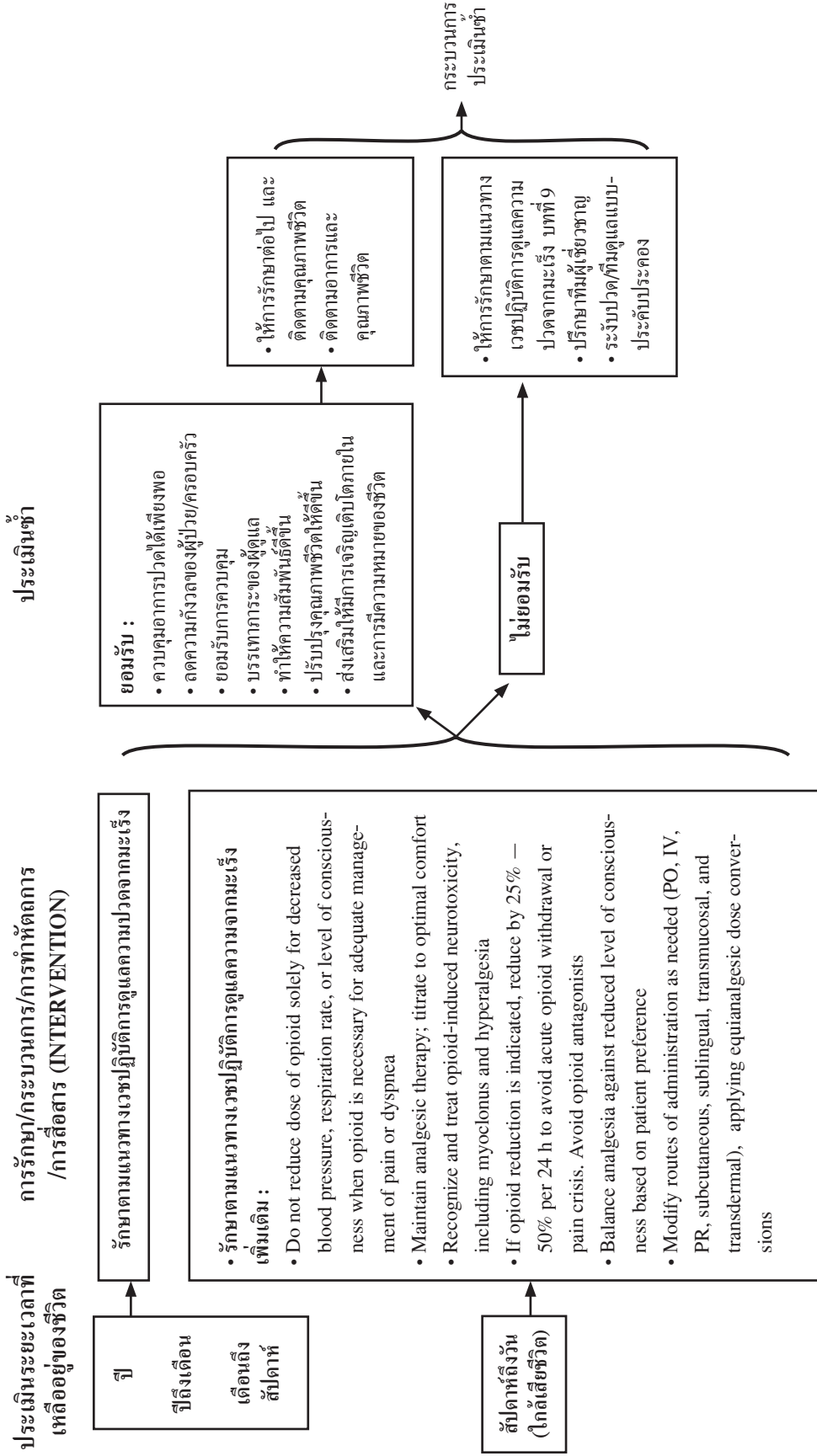
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

BENEFITS/RISK OF ANTICANCER THERAPY (PAL 5)



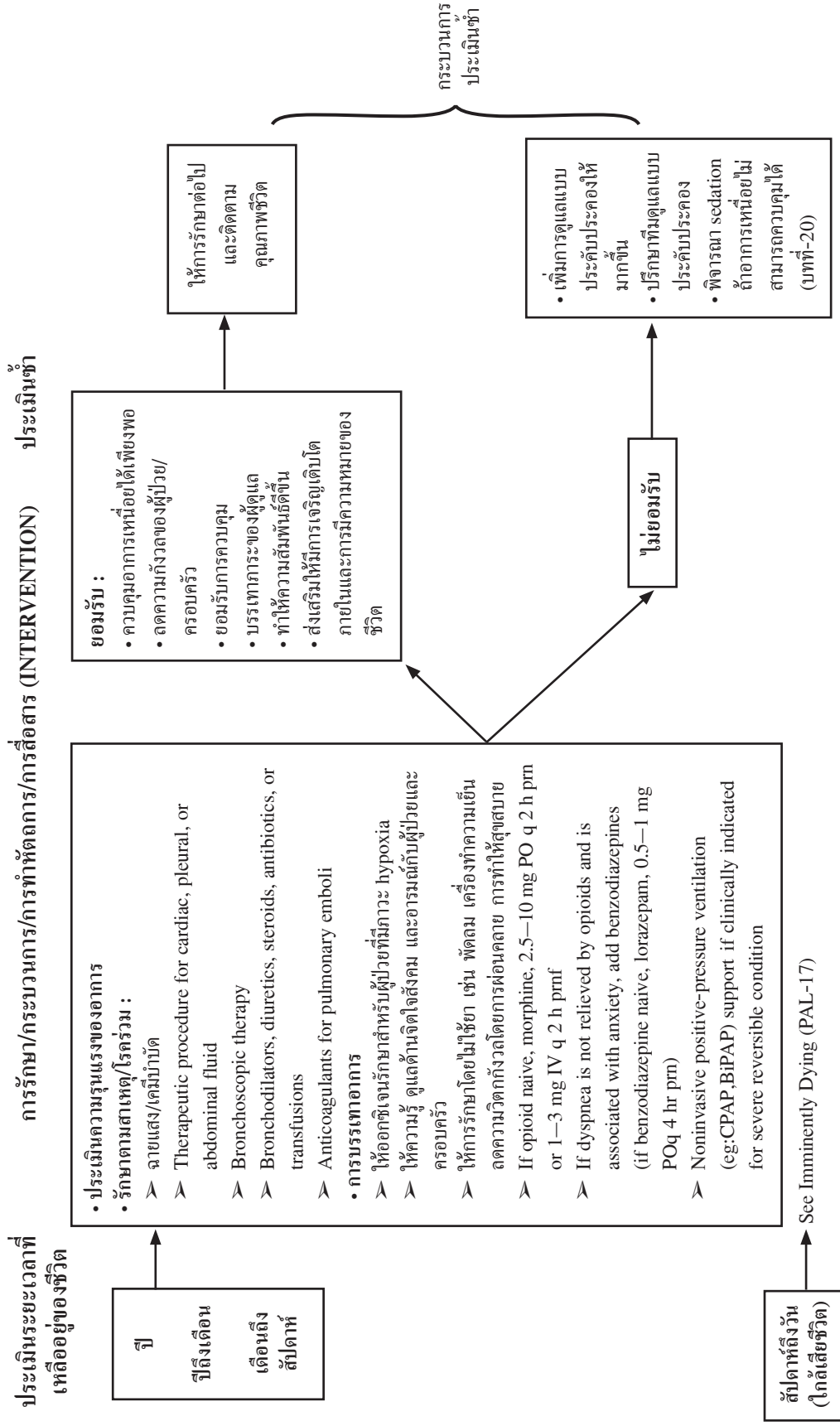
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : PAIN (PAL 6)



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : DYSPNEA (PAL 7)



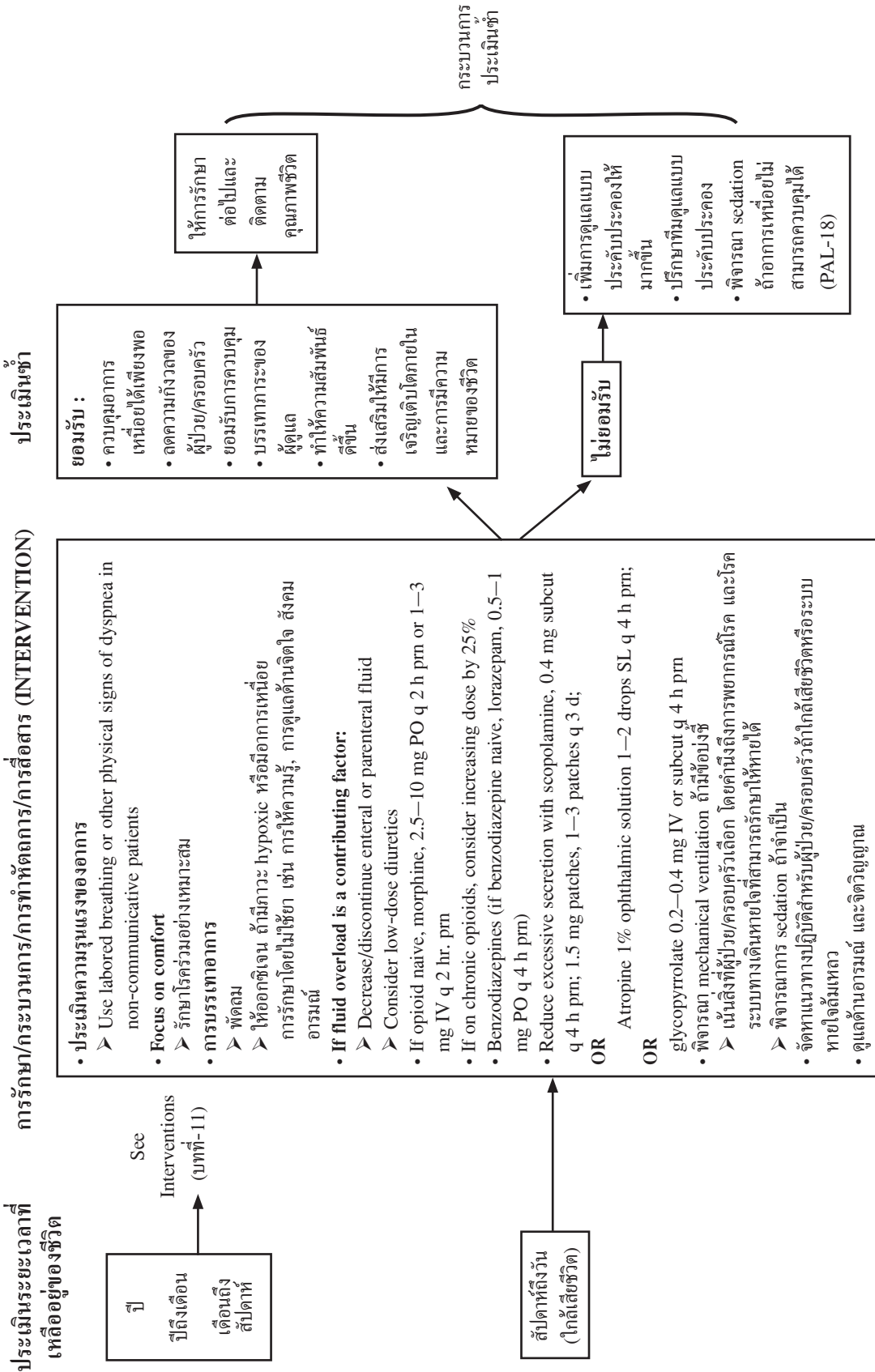
⁹For acute progressive dyspnea, more aggressive titration may be required.

¹⁰Hughes A, et al. Audit of three antimuscarinic drugs for managing retained secretions. Palliative Medicine. 2000; 14:221-222.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

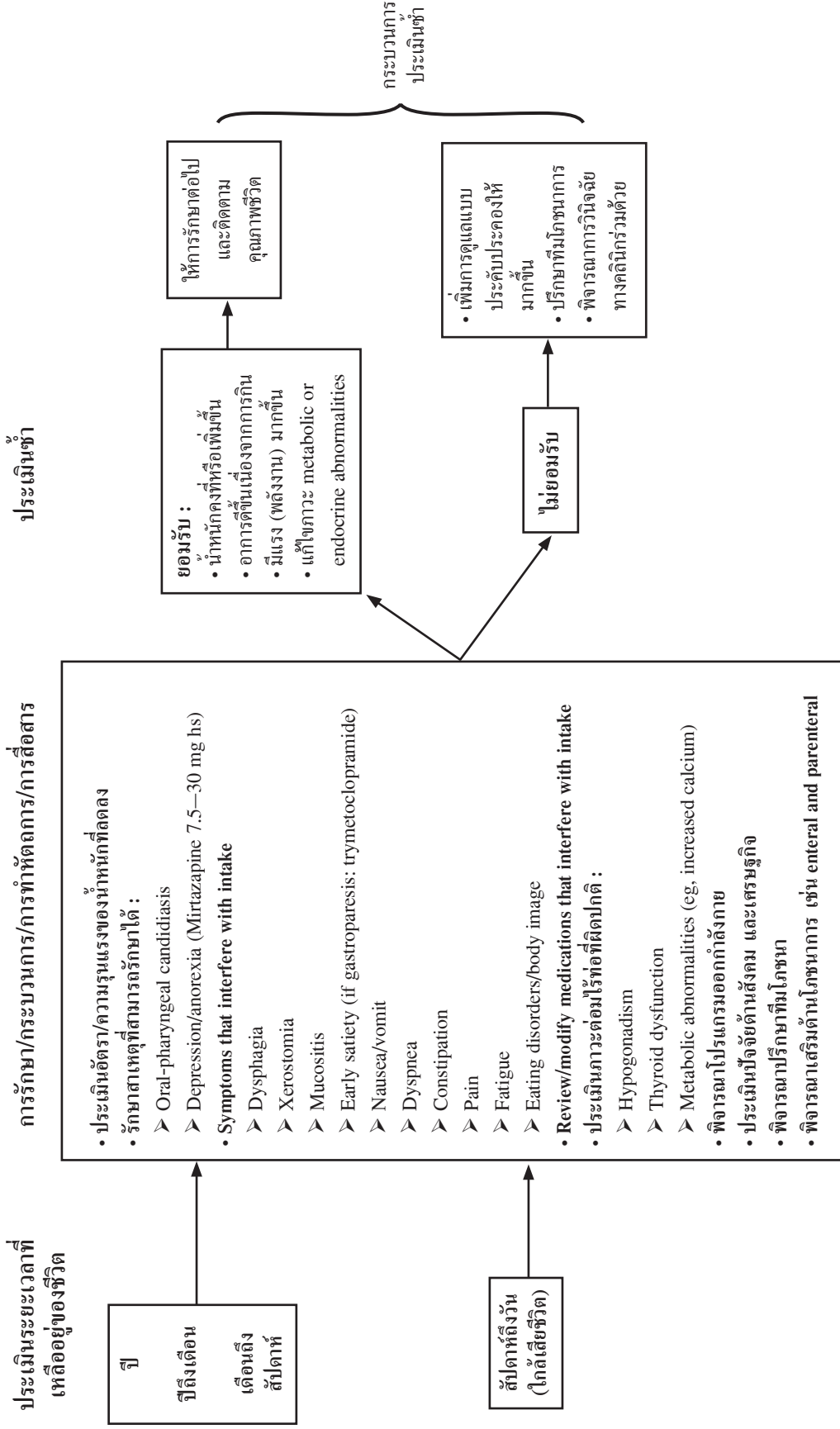
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : DYSPNEA (PAL 7)



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : ANOREXIA/CACHEXIA (PAL 8)

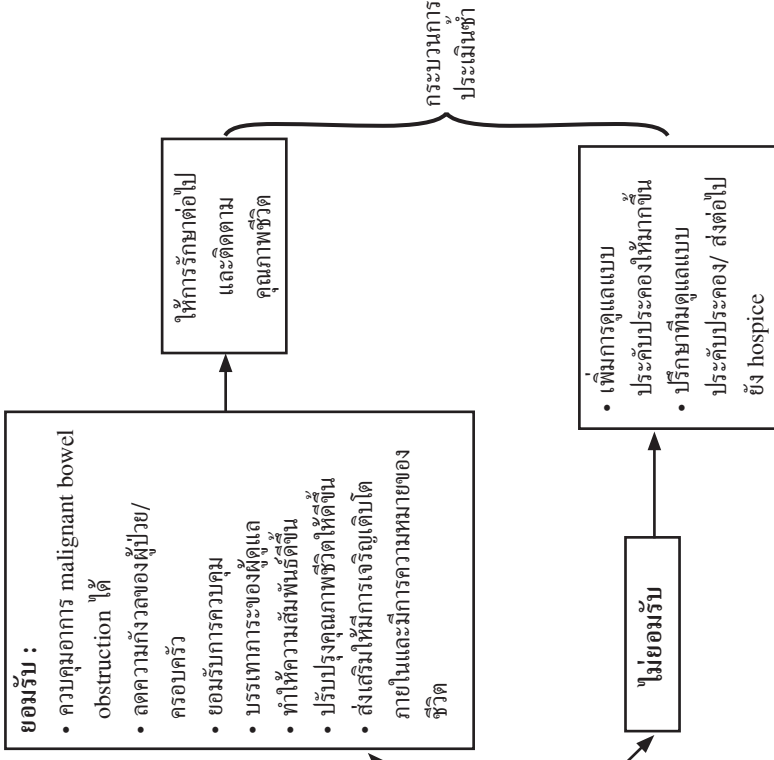


SYMPTOMS : ANOREXIA/CACHEXIA (PAL 8)

INTERVENTIONS

- Operative management
 - Risks must be discussed with the patient/family
 - Improved quality of life should be the primary goal of surgical treatment
- Endoscopic management
 - Percutaneous endoscopic gastrostomy tube for drainage
 - Endoscopic stent placement
- Interventional radiology management
 - Ultrasound-guided gastrostomy tube for drainage
- Pharmacologic management when the goal is maintaining gut function:
 - Use rectal, transdermal, subcutaneous, or intravenous routes of administration
 - Opioids
 - Antiemetics: Do not use antiemetics that increase gastrointestinal mobility such as metoclopramide; however, these may be beneficial in incomplete bowel obstruction
 - Corticosteroids: Dexamethasone 4–12 mg IV, daily, discontinue if no improvement in 3–5 days
- Pharmacologic management when gut function cannot be maintained:
 - Administer anticholinergics (eg, scopolamine, hyoscine, glycopyrrolate)
 - Administer octreotide: (100–300 mcg SC BID-TID or 10–40 mcg/h continuous SC/IV infusion) if prognosis >8 weeks, consider long-acting release (LAR) or depot injection
- Intravenous or subcutaneous fluids
 - Consider if there is evidence of dehydration
- Nasogastric or gastric tube drainage
 - Usually uncomfortable
 - Increased risk of aspiration
- Consider a limited trial only if other measures fail to reduce vomiting
- Total parenteral nutrition (TPN)
 - Consider only if there is expected improvement of quality of life and life expectancy of months to years

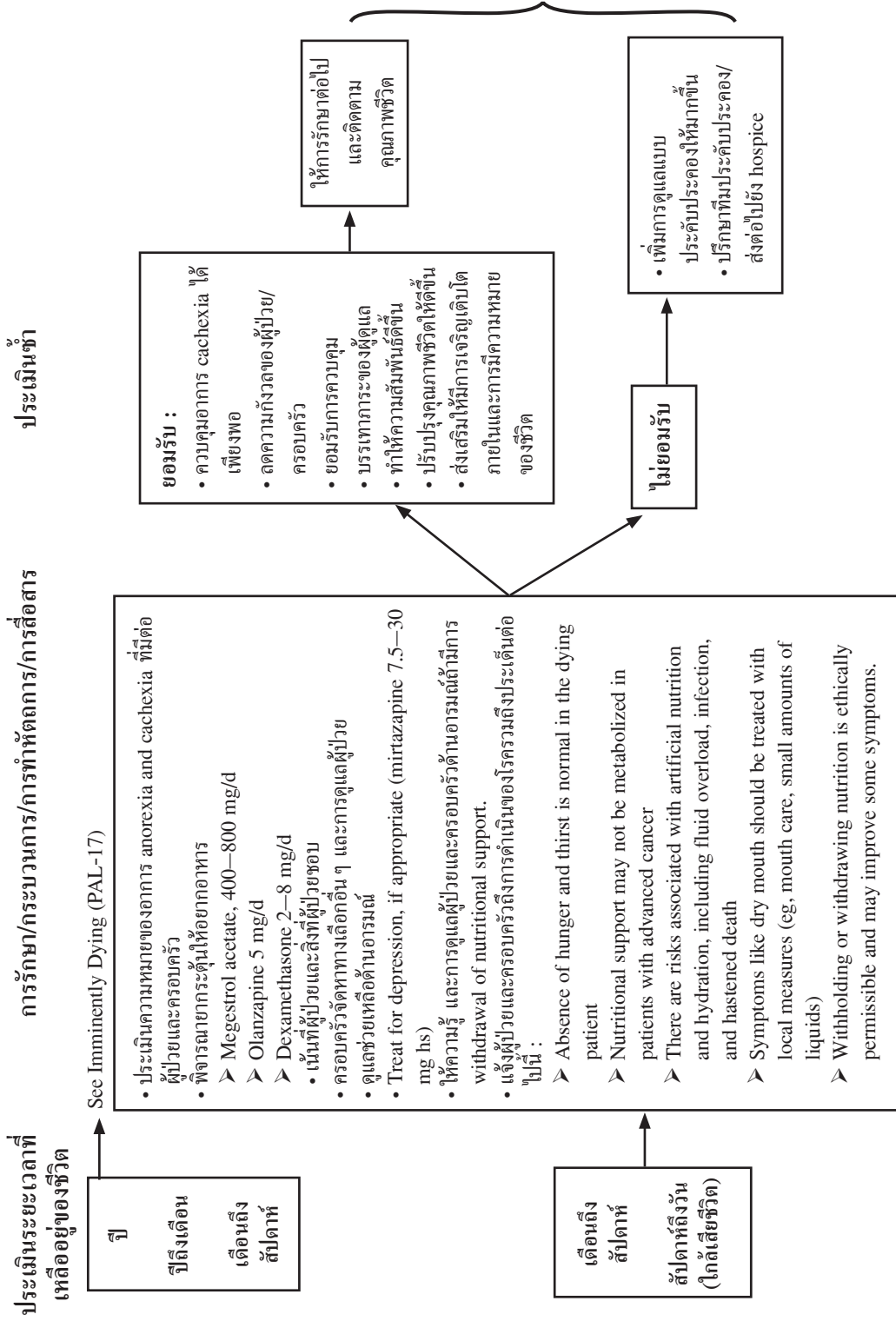
ประเมินซ้ำ



Discuss risk of mortality, morbidity, and re-obstruction. Risk factors for poor surgical outcome include: ascites, carcinomatosis, palpable intra-abdominal masses, multiple bowel obstructions, previous abdominal radiation, very advanced disease, and poor overall clinical status.

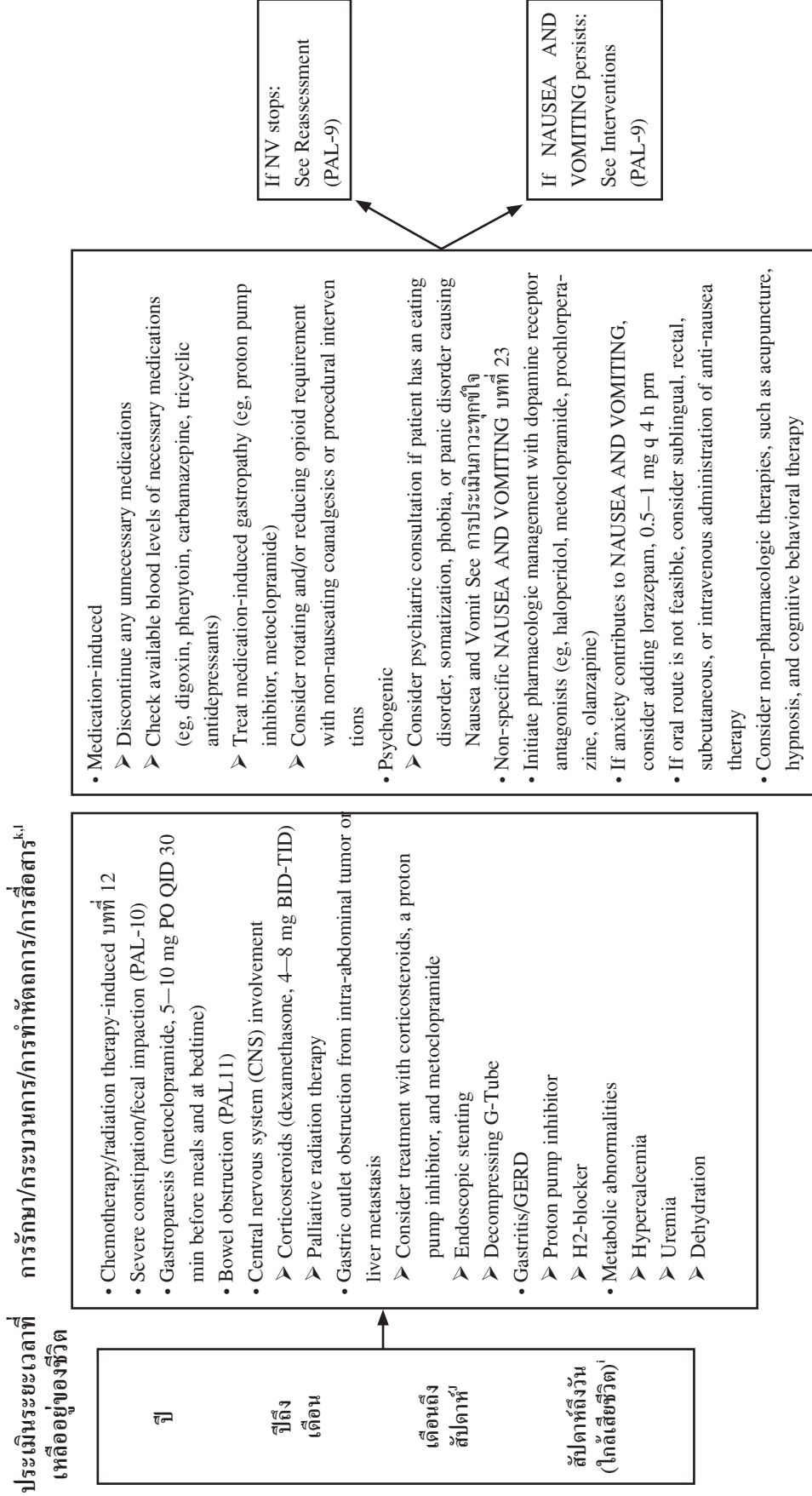
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : ANOREXIA/CACHEXIA (PAL 8)



Navari RM, Brenner MC. Treatment of cancer-related anorexia with olanzapine and megestrol acetate: a randomized trial. 2010. Support Care Cancer 18(8):951-956.
 Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
 Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : ANOREXIA/CACHEXIA (PAL 8)



In patients with advanced cancer, NAUSEA AND VOMITING may be secondary to the cachexia syndrome (chronic nausea, anorexia, asthenia, changing body image, and autonomic failure).

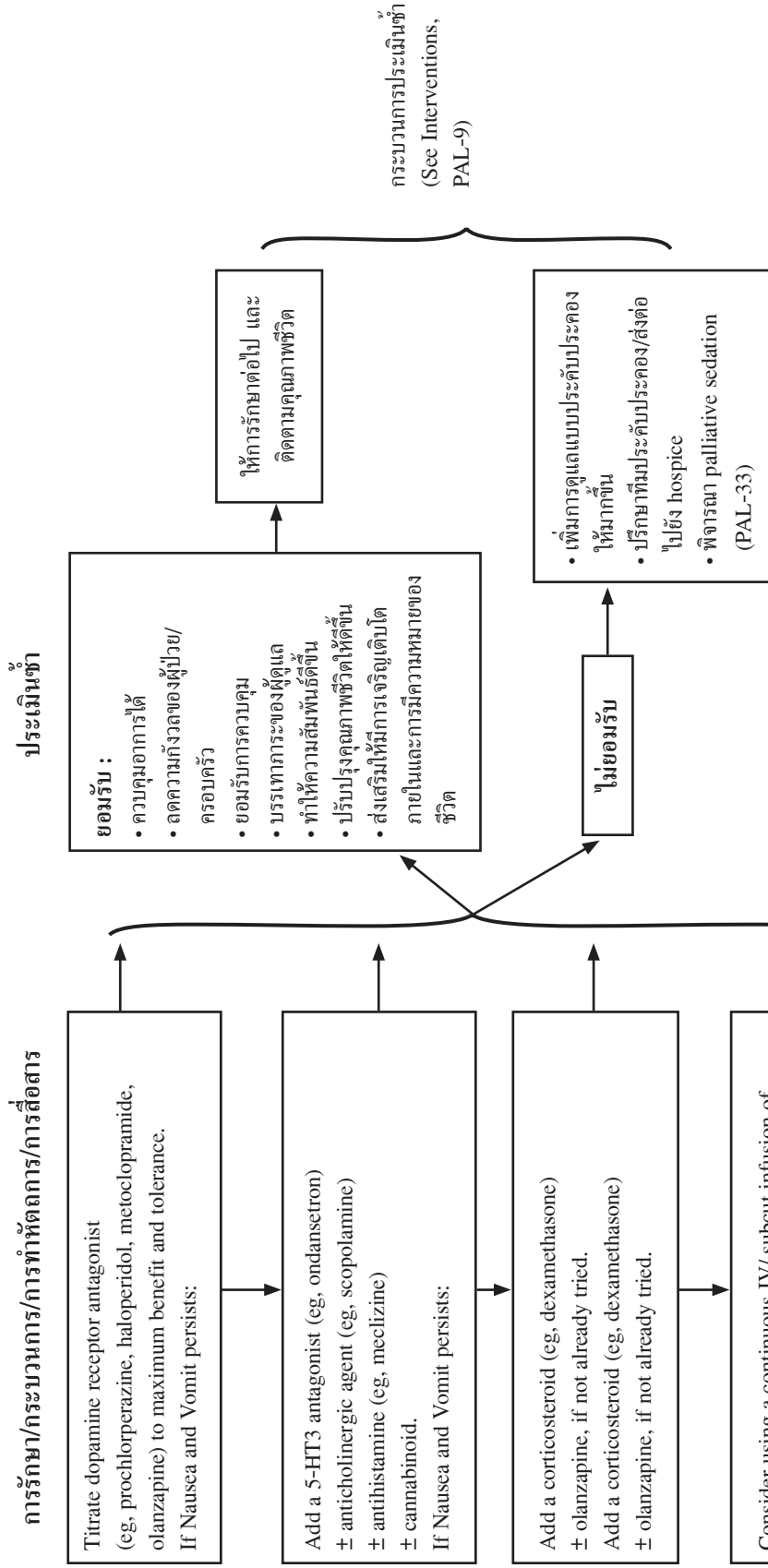
^kAn around-the-clock dosing schedule may provide the most consistent benefit to the patient.

^lContinuous intravenous or subcutaneous infusions of different antiemetics may be necessary for the management of intractable NAUSEA AND VOMITING.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

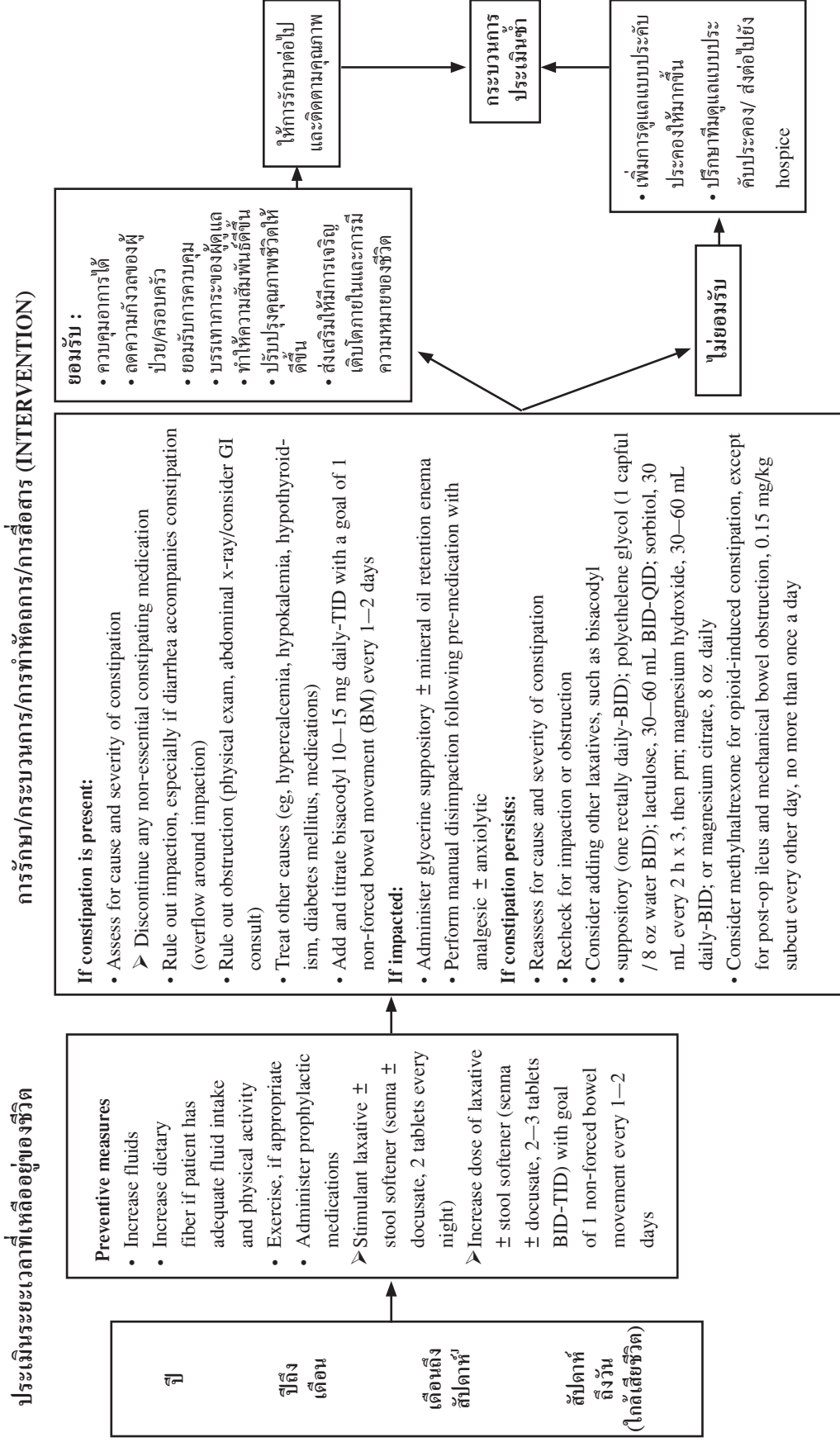
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : PERSISTENT NAUSEA AND VOMITING (PAL 9)



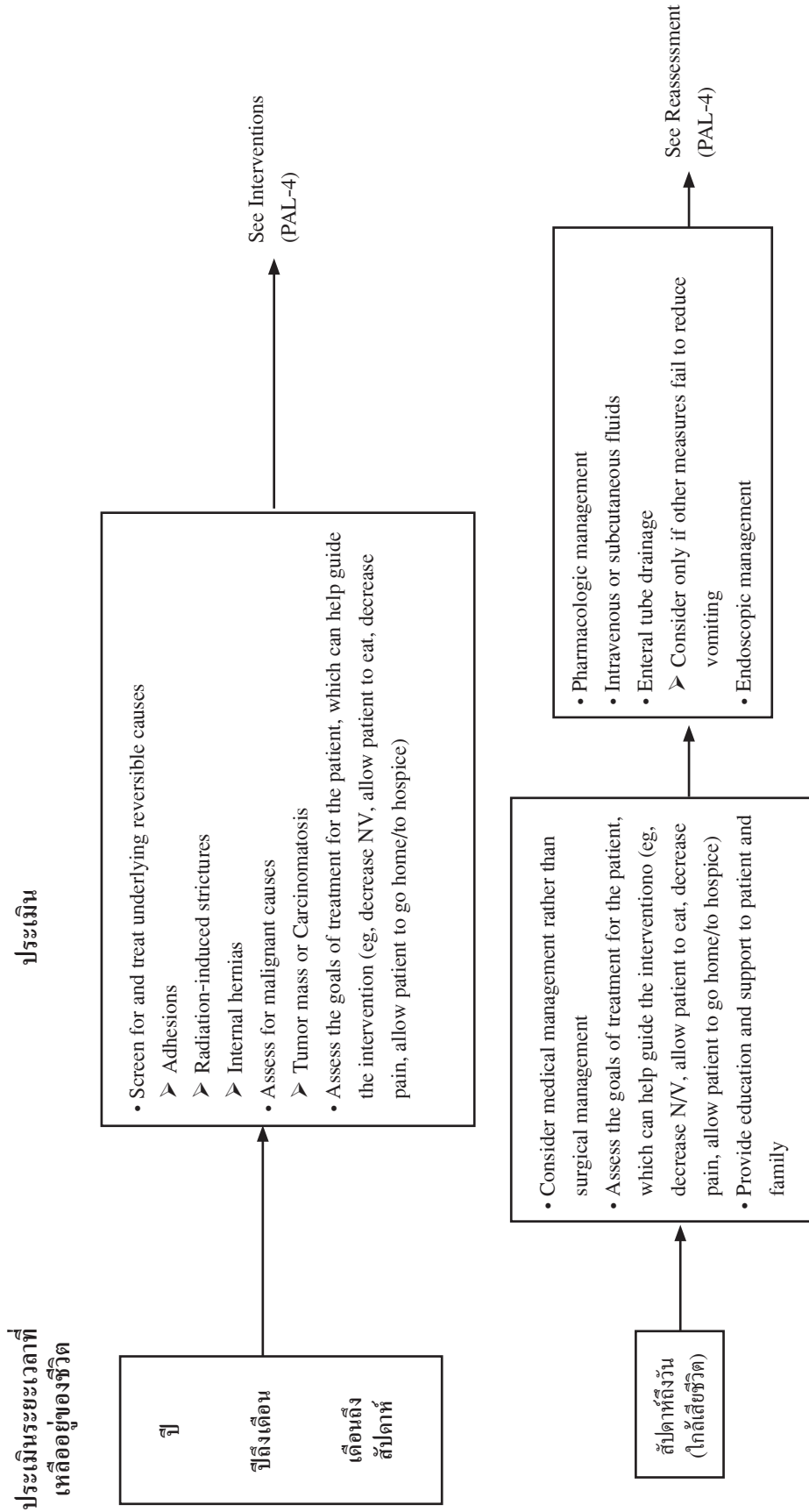
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.
Version 1.2016, 11/17/15 © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2015, All rights reserved. The NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN®.

SYMPTOMS : CONSTIPATION (PAL 10)



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : MALIGNANT BOWEL OBSTRUCTIONⁿ (PAL 11)



ⁿPlain film radiography may be helpful in confirming the clinical diagnosis of bowel obstruction. Consider a CT scan if surgical intervention is contemplated, as it is more sensitive and may help identify the cause of obstruction.

^oMost malignant bowel obstructions are partial, allowing time to discuss appropriate intervention with the patient and family.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : MALIGNANT BOWEL OBSTRUCTIONⁿ (PAL 11)

INTERVENTIONS

ประเมินระยะเวลาที่
เหลืออยู่ของชีวิต

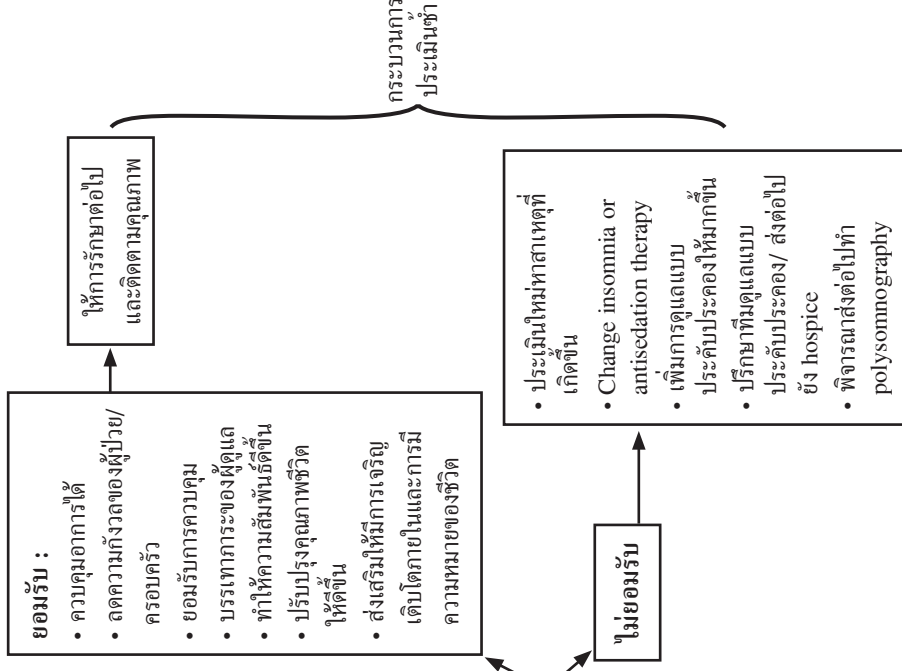
- Evaluate type/severity of sleep-wake disturbance, including daytime impairments (eg, Epworth Sleepiness Scale)
- Explore fears and anxiety regarding death/disease
- Provide sleep-hygiene education
- Provide cognitive-behavioral treatment
 - Includes stimulus control, progressive muscle relaxation
- Consider polysomnography if history is suggestive of sleep- disordered breathing
 - Treat contributing factors:
 - Pain, depression, anxiety, delirium, and nausea
 - Medication side effects or withdrawal syndromes (eg, corticosteroids, opioids, anticonvulsants, caffeine, hormones, herbals, barbiturates, benzodiazepines, alcohol, tricyclic antidepressants)
 - Primary sleep disorders such as obstructive sleep apnea and periodic limb movement disorder
- ◊ CPAP/BiPAP
- For restless leg syndrome consider trial of the following:
 - ◊ Ropinirole
 - ◊ Pramipexole with pregabalin
 - ◊ Carbidopa-levodopa
- Provide pharmacologic therapies for refractory sleep/wake disturbance
 - Insomnia:
 - ◊ Trazodone, 25–100 mg PO at bedtime
 - ◊ Olanzapine, 2.5–5 mg PO at bedtime
 - ◊ Zolpidem, 5 mg PO at bedtime
 - ◊ Mirtazapine, 7.5–30 mg PO at bedtime
 - ◊ Chlorpromazine, 25–50 mg PO at bedtime
 - ◊ Quetiapine, 2.5–5 mg PO at bedtime
 - ◊ Lorazepam, 0.5–1 mg PO at bedtime
 - Daytime sedation:
 - ◊ Caffeine 100–200 mg PO q 6 hours, last dose 4 PM
 - ◊ Methyphenidate, start with 2.5–20 mg PO BID, second dose
 - ◊ Dextroamphetamine, 2.5–10 mg PO BID, second dose no later than 12 hours before bedtime

ปี
ปีถึงเดือน
เดือนถึง
สัปดาห์

สัปดาห์ถึงวัน
(ใกล้เสียชีวิต)

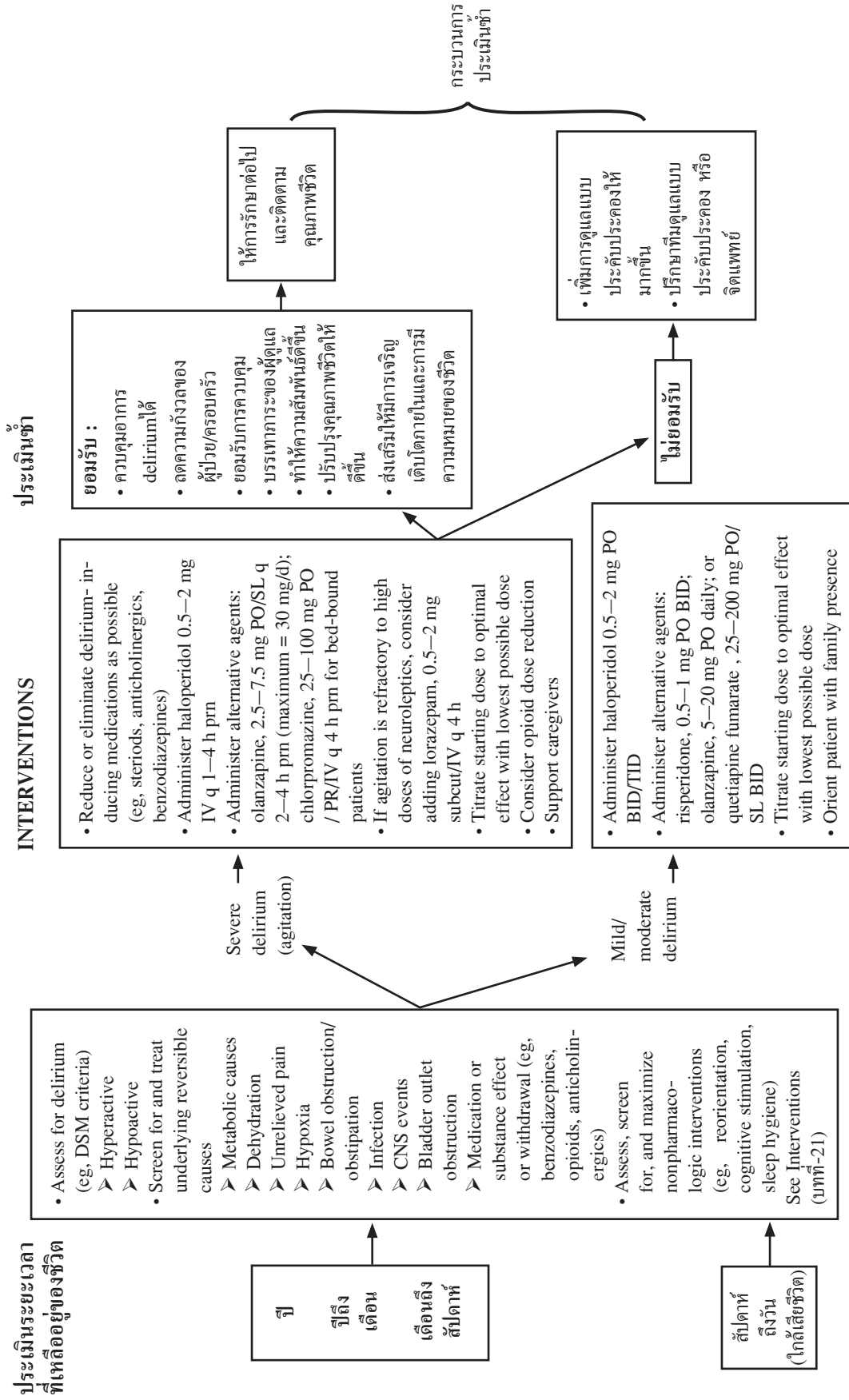
- Assess patient's desire to have insomnia and sedation treated
- Adjust doses of pharmacologic therapies
 - Consider chlorpromazine, 25–100 mg PO/PR at bedtime

ประเมินขั้น



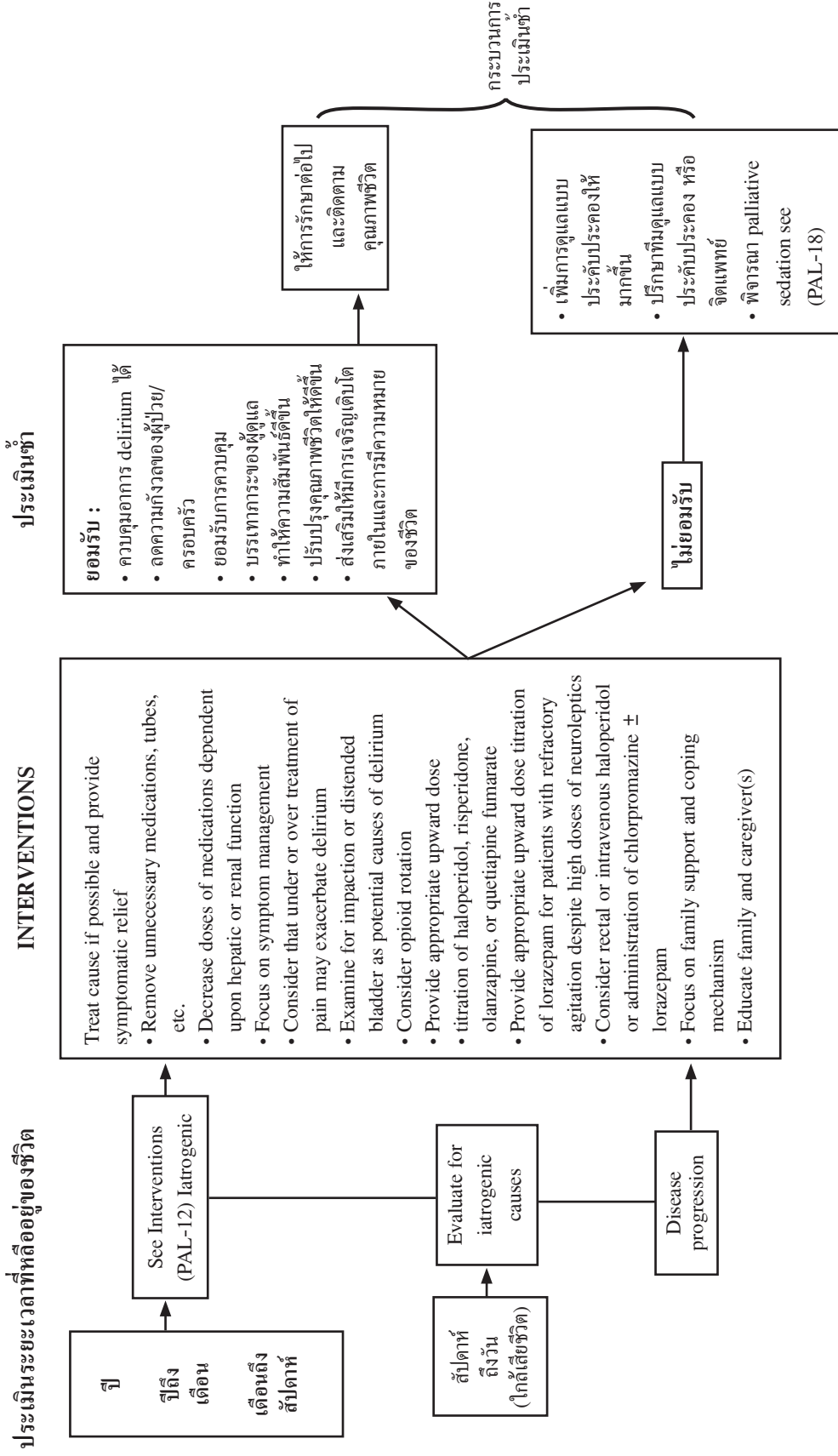
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : DELIRIUM (PAL 12)



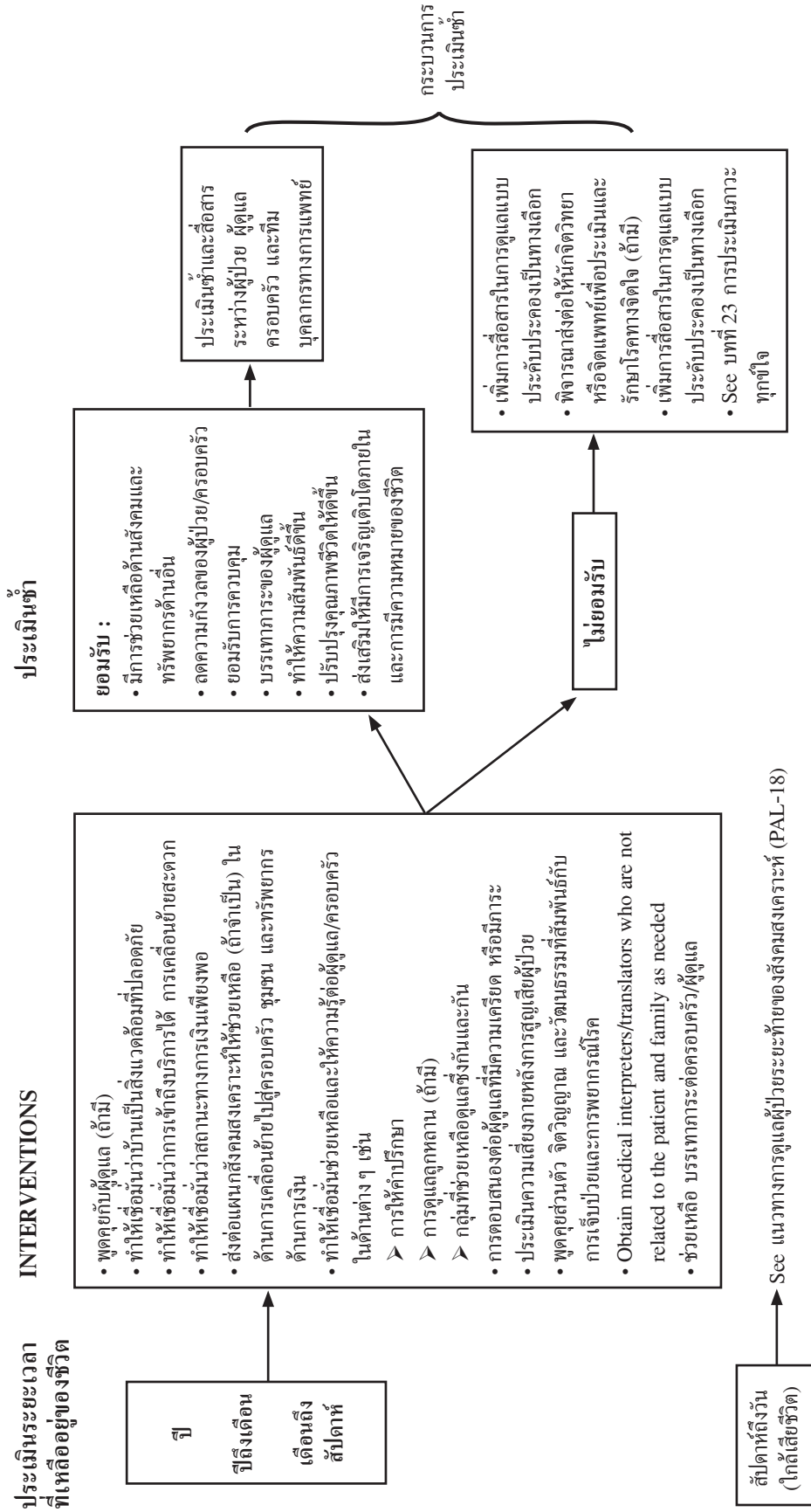
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SYMPTOMS : DELIRIUM (PAL 12)

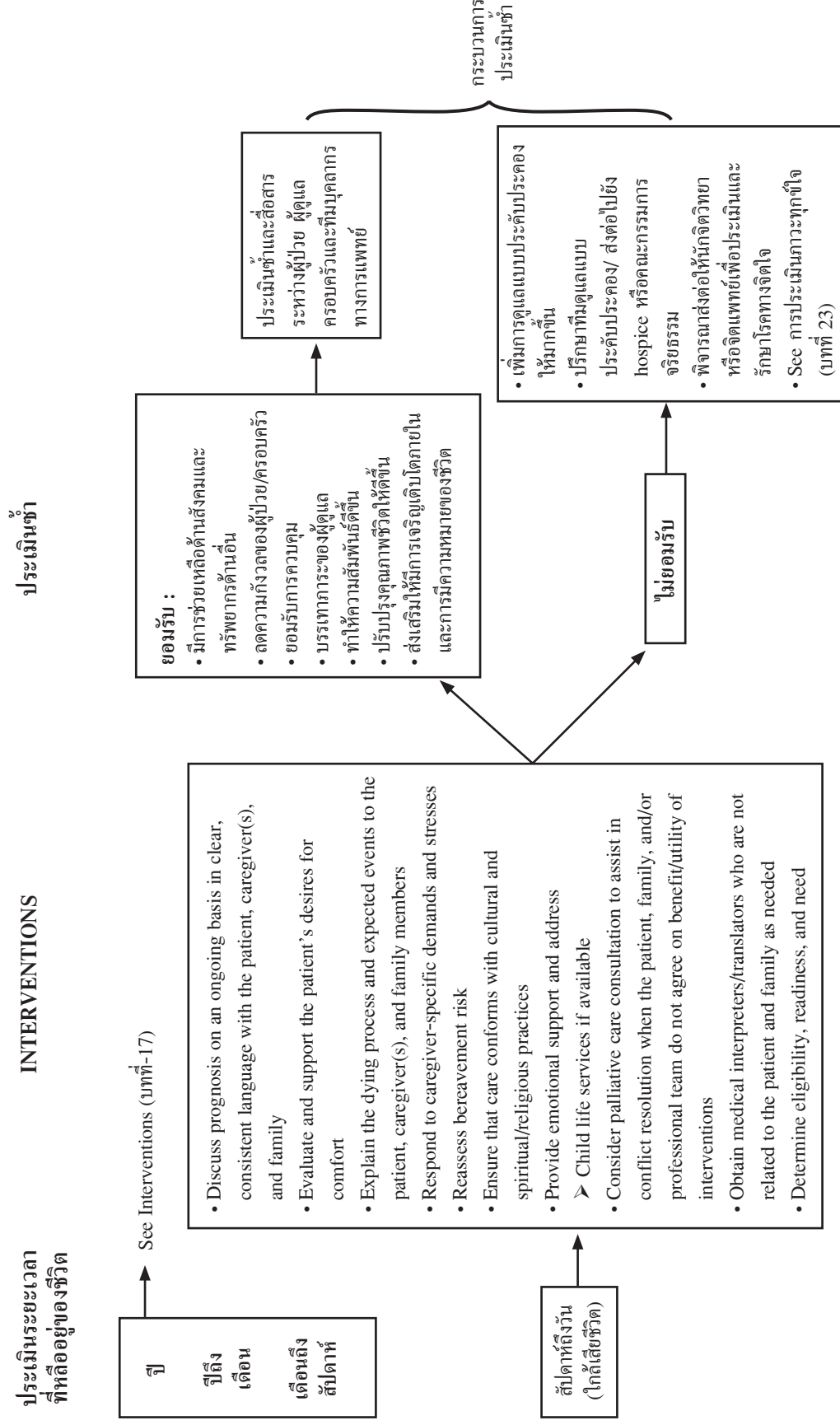


Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

SOCIAL SUPPORT/RESOURCE MANAGEMENT (PAL 13)

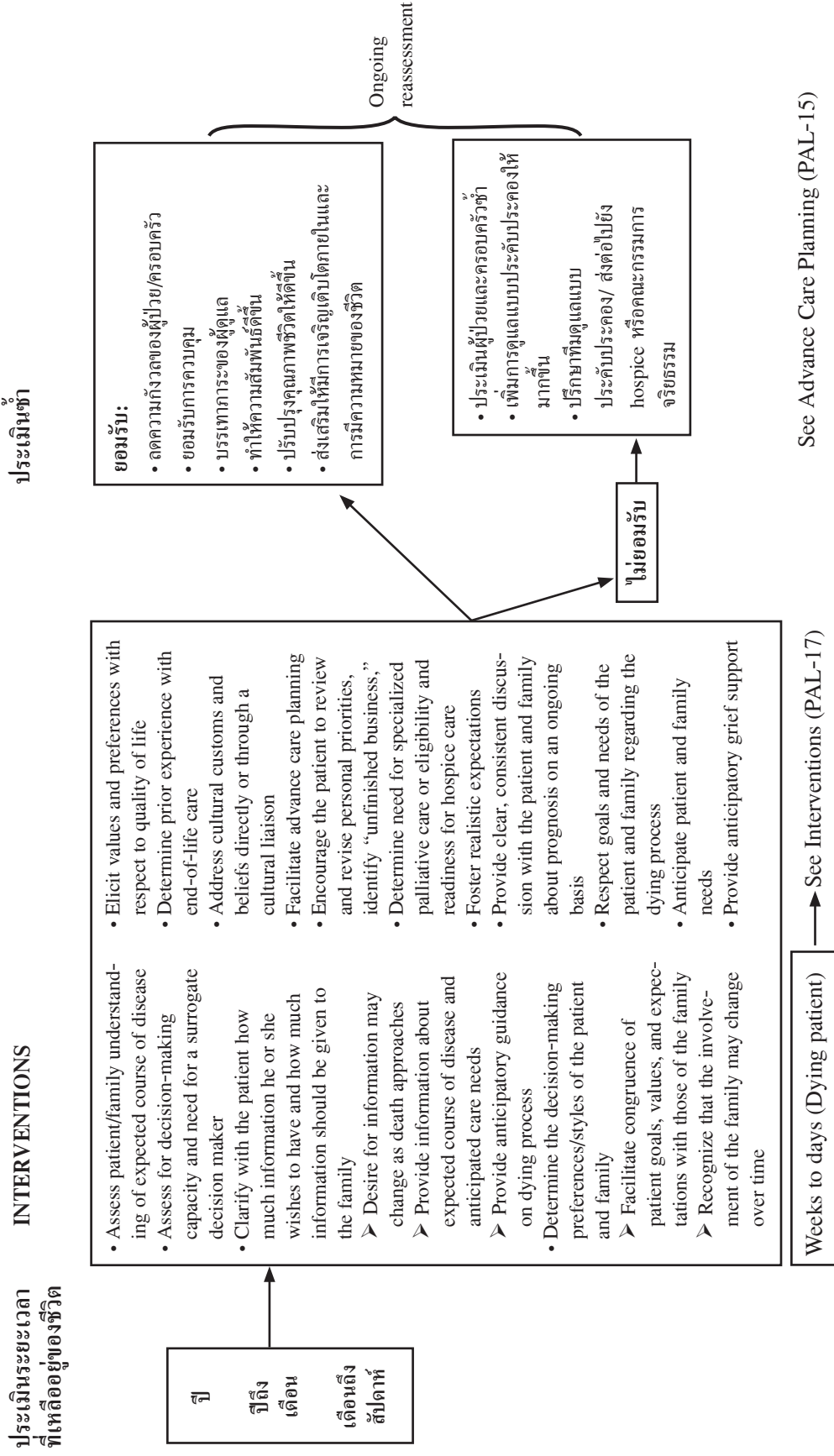


SOCIAL SUPPORT/RESOURCE MANAGEMENT (PAL 13)



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

GOALS/VALUES/EXPECTATIONS, EDUCATIONAL AND INFORMATIONAL NEEDS, AND CULTURAL FACTORS AFFECTING CARE FOR THE PATIENT AND FAMILY (PAL 14)

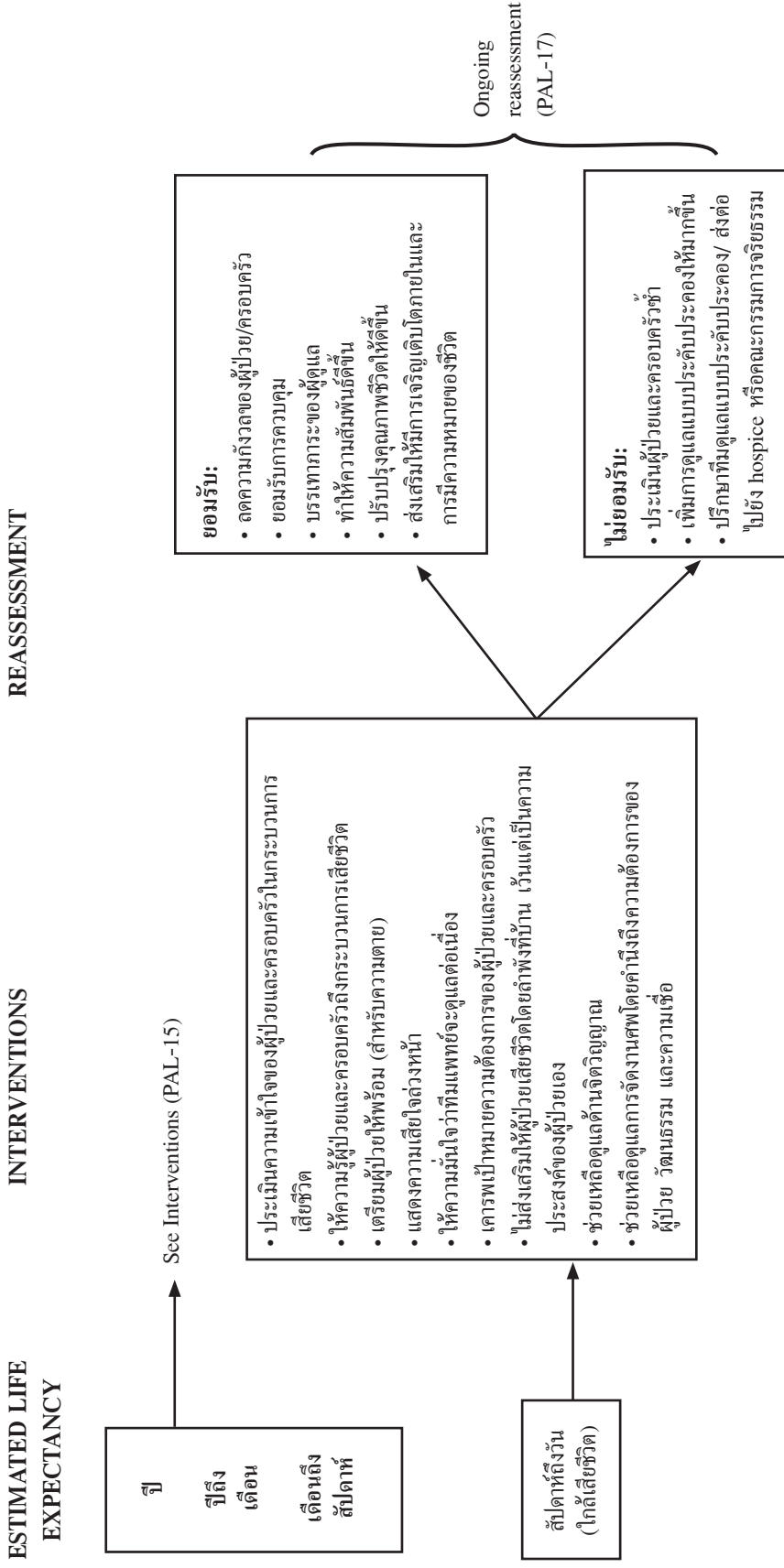


Weeks to days (Dying patient)

See Interventions (PAL-17)

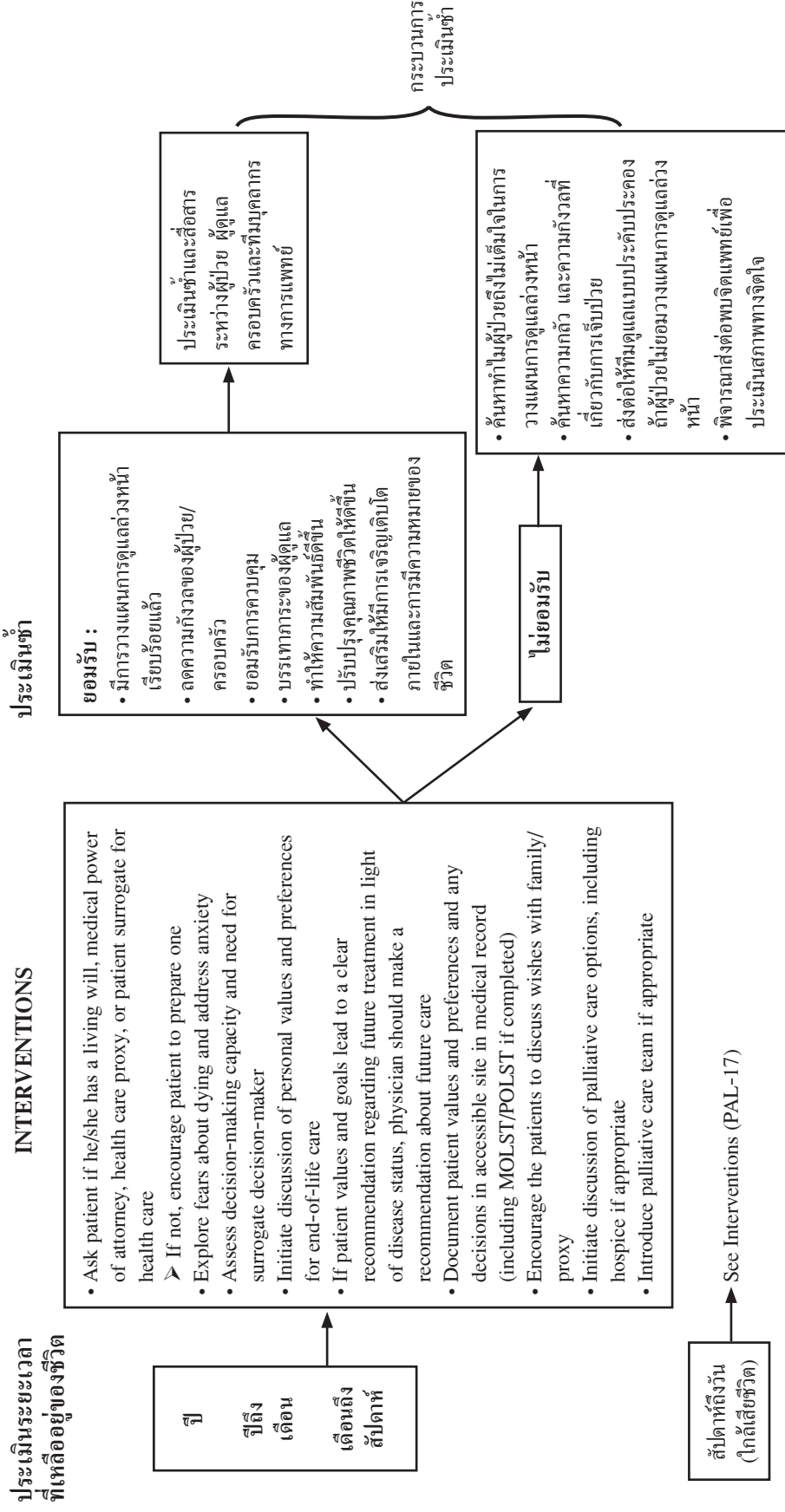
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

GOALS/VALUES/EXPECTATIONS, EDUCATIONAL AND INFORMATIONAL NEEDS, AND CULTURAL FACTORS AFFECTING CARE FOR THE PATIENT AND FAMILY (PAL 14)



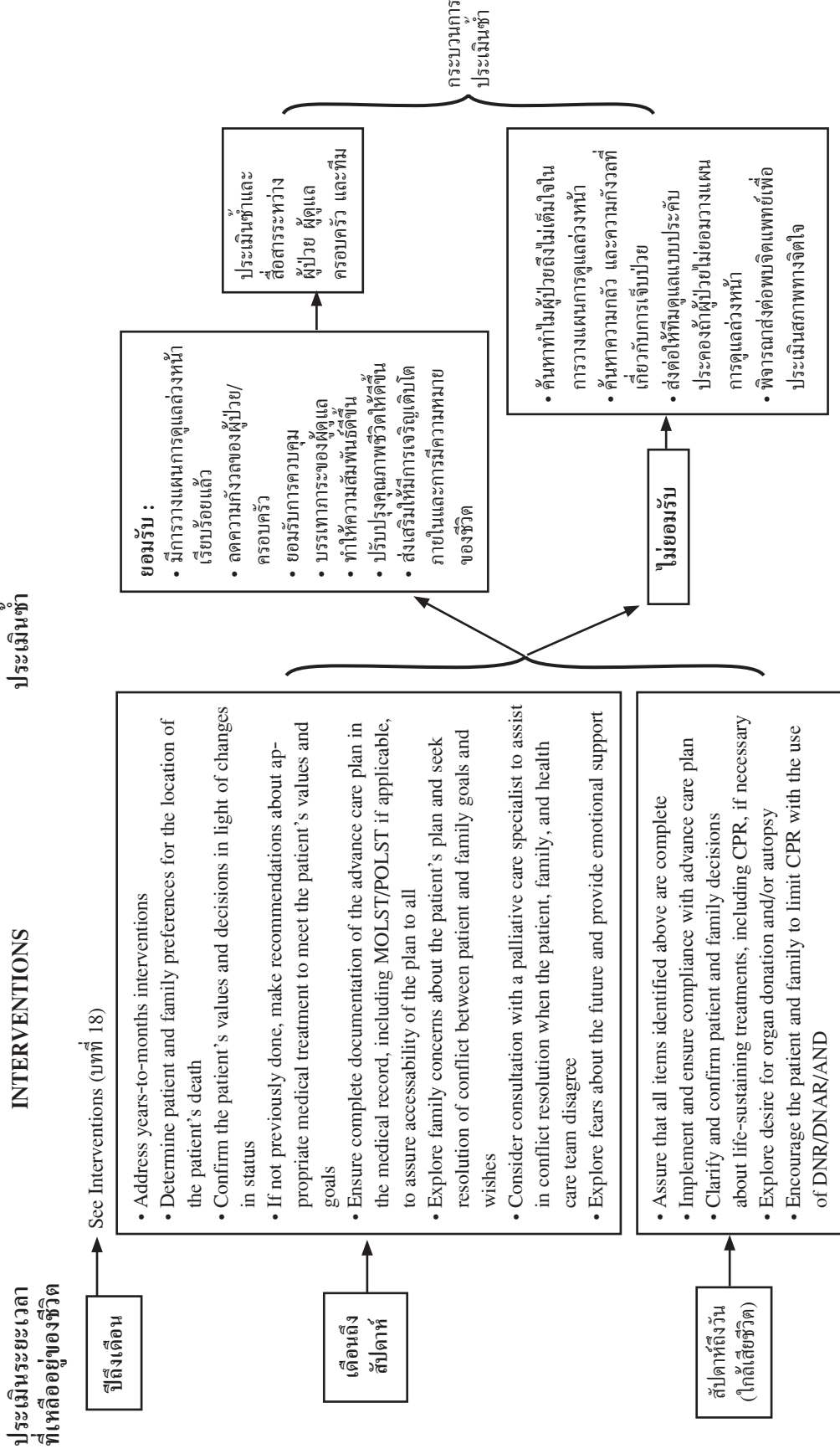
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

ADVANCE CARE PLANNING (PAL 15) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

ADVANCE CARE PLANNING (PAL 15) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า



RESPONSE TO REQUESTS FOR HASTENED DEATH (PAL 16) (PHYSICIAN AID-IN-DYING, PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE, EUTHANASIA)

- ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเชื่อว่า “ถ้าในผู้ป่วยที่เร่งให้เสียชีวิตต้องยังให้การดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น” ถ้าผู้ป่วยร้องขอแบบนั้นให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญด้าน การดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตามในการประเมินผู้ป่วยที่อยากตายต้องใช้ทักษะอย่างมาก และที่มึนคฤภการมักจะมีสติที่ผิดธรรมดา และต้องค้นหาว่าในผู้ป่วยถึงร้องขอความตาย ค้นหาความหมาย/ทางเลือกที่มีประโยชน์ในการรักษา ซึ่งอาจจะลดความประสงค์อยากตายของผู้ป่วยลงได้
- เน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขออย่างชัดเจน ถ้าผู้ป่วยใช้ถ้อยคำที่คลุมเครือในเรื่องความตาย หรือเป็นการสื่อสารทางอ้อม โปรดถามให้ชัดเจน อย่างเป็นความประสงค์ที่ จะอยากตายในไม่ช้า เปรียบได้กับ ในสิ่งที่ต้องการให้ตาย
- แยกให้ออกว่าเป็นความประสงค์ที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่เพื่อต้องการเร่งความตายหรือจากสาเหตุอื่น
- ค้นหาเหตุผลสำหรับการร้องขอการเร่งความตาย เพื่อหาสาเหตุ และเพราะอะไร
 - ประเมินซ้ำในเรื่องการจัดการอารมณ์ต่าง ๆ
 - ประเมินซ้ำด้านจิต จิตใจ โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า วิตกกังวล โศกเศร้า psychosis delirium และ dementia
 - ถามถึงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัว หรือบุคคลสำคัญ
 - ถามเกี่ยวกับคุณค่าของชีวิต คุณค่าของตนเองในมุมมองด้านจิตวิญญาณ หรือสิ่งที่เป็นความทุกข์ทรมานอยู่ในตอนนี้
 - ประเมินความกลัวสำหรับภาวะของผู้ดูแล และการทอดทิ้ง และเน้นอีกครั้งถึงที่แพทย์ได้รับปากไว้กับผู้ป่วย
- ร้องขอให้ปรึกษาจิตแพทย์เพื่อที่จะวินิจฉัย ปรึกษาสาเหตุที่รักษาได้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ
- เสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรค และอธิบายกระบวนการเสียชีวิต
- พุดคุยระหว่างการ withdrawal of life-sustaining nutrition/hydration, หรือการหยุดเองโดยความสมัครใจในเรื่องการกิน การดื่ม หรือการให้ยา sedation ถ้าได้รับ refractory symptoms.
- เน้นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์รวมถึง hospice (ถ้าเหมาะสม)
- ระบุรู้เท่าทันถึงกฎหมายที่เร่งให้เสียชีวิต โดยที่ผู้ป่วยบางรายอาจจะสับสนในเรื่องกฎหมาย/จริยธรรม การรักษากฎการรบกวนที่เป็น การ withdrawal และการรักษาแบบ aggressive treatments เช่นความปวดไม่ได้เร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น การทำ Euthanasia ไม่ถูกกฎหมายในประเทศไทย
- แพทย์ต้องตรวจสอบในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ โดยเฉพาะความตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องเผชิญ ความเป็นวิชาชีพ ศีลธรรม กฎหมายก็จะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และแต่ละสถานการณ์ พิจารณาปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีประสบการณ์อื่น ๆ ซึ่งในรายที่ซับซ้อน และต้องคิดถึงประโยชน์/ข้อดีในแต่ละมุมมองที่หลากหลาย
- ระบุให้ชัดเจนถึงแผนการดูแล ถ้ามีการร้องขอเร่งความตายพร้อมที่จะพูดคุย แนะนำและพยายามที่จะบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เน้นอีกครั้งถึงสิ่งที่ได้รับปากที่จะดูแลผู้ป่วยไปตลอดอย่างต่อเนื่อง

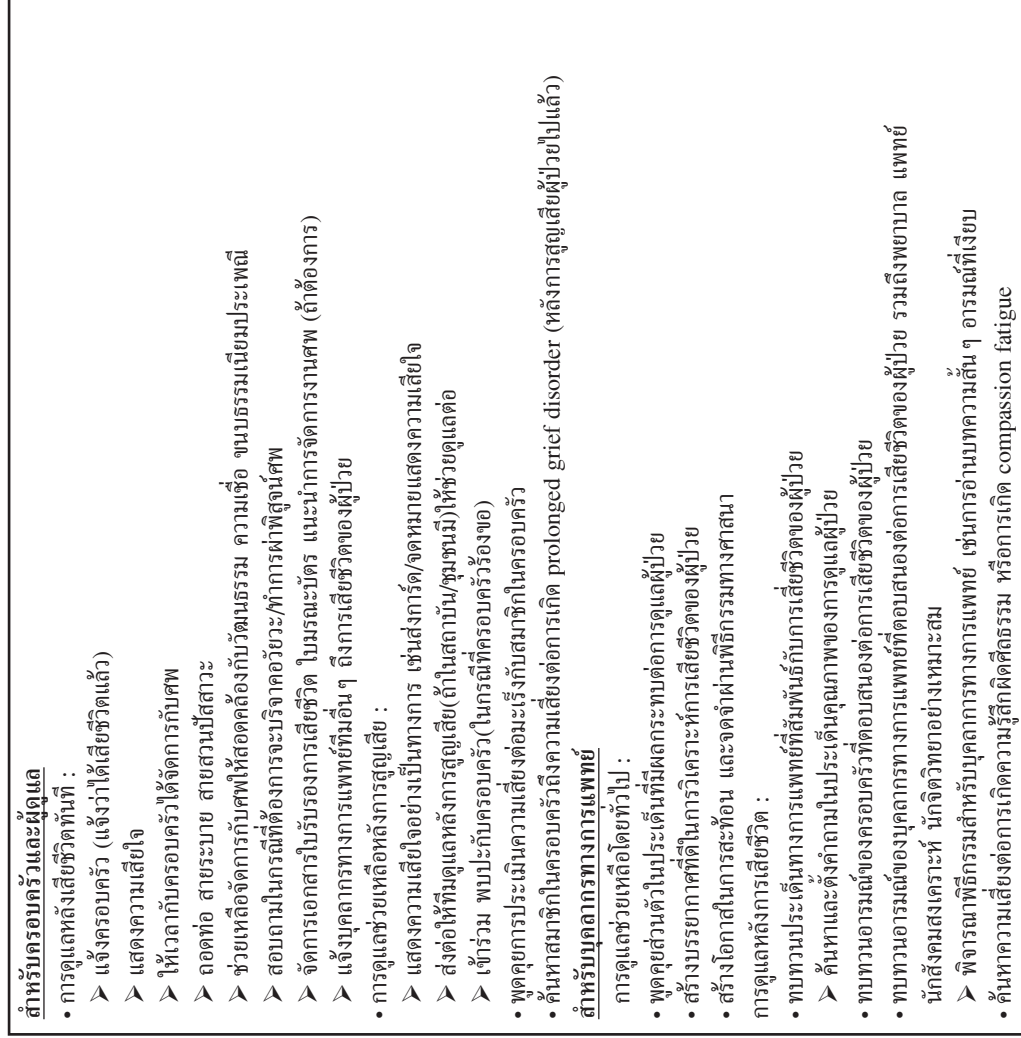
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

CARE OF THE IMMINENTLY DYING PATIENT (PAL 17)

เสียชีวิต

ประเมิน

การดูแลหลังความตาย



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

CARE OF THE IMMINENTLY DYING PATIENT (PAL 17)

สำหรับผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต พิจารณาการดูแล และคำสั่งการรักษาต่าง ๆ ในทางปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม :

<ul style="list-style-type: none"> • ด้านร่างกาย ➢ เพิ่มในสิ่งที่มีความสุขสบาย : <ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันผิวหนังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น ใช้เครื่องนอนที่ป้องกันแผลกดทับ การคอยเปลี่ยนท่านอนเพื่อให้ผู้ป่วยสบาย ประเมินซ้ำในเรื่องการดูแลแผล (ถ้ามีความเสี่ยง) - การดูแลตา และอนามัยในช่องปากให้ความชุ่มชื้น - ดูแลเรื่องปัสสาวะไม่ออก และท้องผูก ➢ หยุดการตรวจวินิจฉัยที่ไม่จำเป็น เช่น การเจาะเลือด การตรวจน้ำตาล การวัดออกซิเจนการดูดเสมหะ ➢ ควรตรวจดูแลเฉพาะอาการ (เพื่อทดแทนการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.) ➢ เปลี่ยนวิธีบริหารยาเมื่อไม่สามารถกินยาทางปากได้แล้ว ➢ ปรับขนาดของยาเพื่อความสะดวกสบาย ➢ ถ้าผู้ป่วยมีอาการ death rattle ควรแก้ไขด้วยการจัดทำทาง และลดการให้สารน้ำการให้อาหาร ➢ รักษาอาการเหนื่อยโดยการปรับขนาดยา (บทที่-10) ➢ รักษาอาการกระสับกระส่าย หรือ agitation ด้วยการทำ palliative sedation (บทที่-20) ➢ เตรียมการบริจาคอวัยวะ (ถ้าต้องการ) หรือผ่าพิสูจน์ศพ (ถ้ามีความจำเป็น) 	<ul style="list-style-type: none"> • ด้านจิตใจ สังคม ➢ ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่จะหยุดการให้ TPN หรือการให้เลือด การล้างไต การให้สารน้ำ และการให้ยาที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ➢ พิจารณาปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ หรือนักบวช ➢ ไม่ควรรบกวนเวลาที่ผู้ป่วยจะได้มีเวลาอยู่กับครอบครัว ➢ รับรองกับครอบครัวเพื่อเข้าใจสัญญาณและอาการของผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต และดูแลช่วยเหลือในกระบวนการของการเสียชีวิต ➢ เสนอทีมที่ช่วยดูแลหลังการสูญเสียผู้ป่วยไปแล้ว ➢ หากดูแลถูกและหวาน (ในกรณีที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้) ➢ ส่งเสริมให้เด็กสามารถเข้าเยี่ยมได้ (ถ้าเด็กมีความหมายต่อผู้ป่วย/ครอบครัว) ➢ ส่งเสริมด้านวัฒนธรรม หรือพิธีกรรมที่มีความหมายต่อผู้ป่วย/ครอบครัว ➢ ยืนยันกับผู้ดูแลให้เข้าใจ และยอมรับตามในสิ่งที่ living will เขียนไว้ ➢ ช่วยเหลือในตอนที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว • ในทางปฏิบัติ ➢ การเคลื่อนย้ายในโรงพยาบาลกรณีที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไปตามนโยบาย และกระบวนการของทางโรงพยาบาล ➢ รับรองว่าผู้ป่วยมี living will เป็นเอกสารและปฏิบัติตามที่เขียนไว้ใน Living will ➢ สนับสนุนความประสงค์ของผู้ป่วยในเรื่องการช่วยเหลือ และ/หรือตามคำสั่ง do-not-attempt-resuscitation (DNAR) ได้เขียนไว้ในเอกสารแล้ว และควรมีปฏิบัติตามนั้น - ถ้าผู้ป่วย/ครอบครัวไม่ได้เขียนไว้ในคำสั่งเรื่อง DNAR order, เพิ่มการให้ความรู้กับผู้ป่วย/ครอบครัว ปรึกษาครอบครัวถึงความสำคัญของการ DNAR และการเสียชีวิตตามธรรมชาติ allow natural death (AND) ➢ รับรองจัดหาสถานที่เพื่อความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (ถ้าสถานที่นั้นไม่ใช่ที่บ้าน) ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นห้องพิเศษ ➢ ส่งเสริมให้ครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลา ➢ จัดหาสถานที่ที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาอยู่ด้วยกันไม่มีผู้รบกวน ➢ ช่วยเหลือในการจัดการงานศพ
--	---

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated. Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

PALLIATIVE SEDATION (PAL 18)

- ยืนยันว่าผู้ป่วยมีอาการที่ขัดต่ออาการปวด และกำลังใกล้จะเสียชีวิต
 - Refractory symptoms คืออาการที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้ง ๆ ที่ดูแลอย่างครอบคลุมแล้ว ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองในช่วงนี้อาจจะไม่สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวได้
 - ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตจะมีการพยากรณ์โรคเป็นชั่วโมงถึงวัน ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับ palliative sedation การที่จะบอกระยะเวลาที่เหลืออยู่ควรจะให้แพทย์ 2 คน ร่วมกันพิจารณา
 - ถ้าจะทำ palliative sedation ต้องแจ้งผู้ป่วย/ครอบครัว/ตัวแทนของผู้ป่วย
 - พูดคุยกับผู้ป่วย/ตัวแทนถึงสถานะ ระยะของโรค เป้าหมายของการรักษา การพยากรณ์โรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการรักษา
 - ทำความเข้าใจในการทำ sedation ที่อาจจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง หรือไม่รู้สึกรู้ตัว
 - ทบทวนด้านจริยธรรมในการใช้ sedation กับผู้ป่วย/ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์
 - การปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมให้พิจารณาตามแนวปฏิบัติ และกฎหมายของประเทศนั้น ๆ
 - อธิบาย แจ้งสำหรับการทำ sedation สำหรับในการตั้งต่าไปนี้ :
 - การหยุดการรักษาที่ขีดยึด (ข้อ) ซิริติด
 - Withholding of cardiopulmonary resuscitation
 - ยินยอมให้ทีมบุคลากรส่งต่อผู้ป่วยไปยังอีกทีมได้ เนื่องจากในบางกรณีผู้ป่วยจะทำ sedation แต่บุคลากรไม่สามารถทำให้ได้(เนื่องมาจากความเชื่อ คุณค่าของเจตจำนงบุคคล หรือบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยมานาน)
 - การวางแผนทำ sedative ขึ้นอยู่กับอาการตอบสนองของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยทั่วไปแล้วการทำ palliative sedation จะให้ยาหยุดเข้าทางเส้นเลือด (แล้วแต่ความเหมาะสม) ใช้ยาตั้งนี้ กลุ่ม
 - Midazolam หรือ Propofol หรือ Opioid เป็นต้น (แล้วแต่ความเหมาะสม)
 - ยาแก้ปวด และยาอื่น ๆ ยังคงต้องค่อย ๆ ปรับไปตามความจำเป็น
 - การติดตามอาการทำเป็นระยะ ๆ การปรับยาเพื่อ sedatives และยาอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของผู้ป่วย และปรับยาตามหลักเภสัชวิทยาเพื่อบรรเทาอาการในทันทีได้
 - จัดหาความช่วยเหลือ ดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย หรือตัวแทน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

บทที่ 1

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลแบบประคับประคองมีการจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1987 มีการเขียนนิยามของการดูแลรูปแบบนี้ที่หลากหลาย แต่ที่ได้รับการกล่าวถึง และพบว่ามีคุณประโยชน์อย่างมากจากนิยามที่เขียนไว้เพื่อเตรียมการ จัดตั้งการดูแลรูปแบบนี้ที่ Great Britain โดยมีข้อความว่า “การดูแลแบบประคับประคองเป็นเวชกรรมทางการแพทย์ที่พิเศษแขนงหนึ่ง มีไว้เพื่อการศึกษาและดูแลผู้ป่วยที่โรคมะเร็งยังไม่สงบมีการลุกลาม และขยายไปอย่างมาก การเจ็บป่วยได้รับการพยากรณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และมุ่งเน้นไปสู่ให้การดูแลเพื่อให้ได้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” จากนิยามนี้ การดูแลแบบประคับประคอง จึงหมายถึงการปฏิบัติทางการแพทย์ในรูปแบบพิเศษ โดย แพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ทั้งนี้ยังรวมถึงนักสังคมสงเคราะห์ พระ นักบวช และ อาสาสมัคร⁽¹⁾

ในเวลาต่อมาองค์การอนามัยโลก ได้ปรับเปลี่ยนนิยามใหม่ให้เหมาะสมมากขึ้นในปี ค.ศ.1990⁽²⁾ โดยมีข้อความว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยที่โรคมะเร็งไม่สนองต่อการบำบัดให้หายขาดได้ เป็นการดูแลในเรื่องควบคุม อาการปวด และอาการรบกวนอื่นๆ รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นสำคัญ เป้าหมายของการดูแลเพื่อให้เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย และครอบครัว การดูแลแบบประคับประคองสามารถนำมา ใช้ได้ตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บป่วยหรือดูแล และในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ได้ปรับนิยามของการดูแล แบบประคับประคองไว้ใหม่เพิ่มเติม ดังนี้ “คือ กระบวนการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย และครอบครัวใน การเผชิญกับปัญหาด้านการเจ็บป่วย ที่อันตรายถึงชีวิต รวมไปถึงการป้องกัน และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการค้นหา และประเมินปัญหาดังแต่เริ่มต้น และให้การบำบัดรักษาอาการปวด อาการรบกวนอื่น อีกทั้ง ปัญหาด้านอื่น เช่น ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแบบ ประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตวิญญาณ อาสาสมัคร เกสัชกร”

แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการบูรณาการ สามารถดูแล ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย โรคลุกลามแล้ว โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการดูแลสามารถให้ไปพร้อมกับการ รักษาโรคหลัก และควรให้การดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค เป็นการดูแลและให้บริการแบบองค์ รวม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาคความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยในทุกมิติ นอกจากนี้ความยินยอมของผู้ป่วยเป็นเรื่อง จำเป็น จึงควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา ผู้ทำการรักษาต้องให้ข้อมูลที่ครบถ้วน แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และยอมรับข้อแนะนำต่าง ๆ

ภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง (โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง) ในประเทศไทย

หลังการก่อตั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2510 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้าย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 80⁽¹⁵⁾ มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากในขณะนั้นยาแก้ปวดในประเทศไทยมีจำนวนไม่กี่ชนิด โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids มีแค่ยาฉีด คือ Morphine และ Pethidine ยารับประทานมี Codeine tablet ซึ่งถูกนำไปใช้ในการบำบัดอาการไอ และ Methadone ใช้รักษาผู้ติดยาเสพติดเท่านั้น ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดรุนแรงจำนวนหนึ่งได้ถูกส่งมาปรึกษาที่กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ได้ทำการบรรเทาความปวดโดยวิธี block nerve แต่ยาเท่าที่มีคือ 1% และ 2% Xylocaine และเครื่องมืออื่นๆ เช่น เข็มที่ความยาวไม่เหมาะสม เครื่อง X-ray ในขณะนั้นยังไม่ทันสมัยสำหรับทำ Fluoroscope ทำให้การ block nerve ได้ผลไม่ดีนัก

ในปี พ.ศ. 2528 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ด้วยความตระหนักในปัญหาเรื่องความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง นพ.พิสิษฐ์ พันธุมจินดา ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติในขณะนั้นได้พยายามหาทางแก้ไข และโดยความเห็นชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้อนุมัติให้ทางกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันมะเร็ง-แห่งชาติ ทำการศึกษายา morphine tablet ขนาด 10, 30, 60 mg/tablet ชนิด sustained release ที่ออกฤทธิ์ต่อเนื่องนาน 8-12 ชม. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพความเหมาะสมของยา morphine ชนิดรับประทานในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดในประเทศไทย ซึ่งได้ผลเป็นอย่างดี ทำให้ได้รับการอนุมัตินำยาชนิดนี้เข้ามาใช้ใน ประเทศไทย โดยผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดมารับบริการมากขึ้น ทางกลุ่มงานวิสัญญีจึงได้จัดตั้งคลินิกระงับปวดขึ้นและจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้ทำให้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบประคับประคองขึ้นในเวลาต่อมา และผลของการศึกษาในครั้งนั้น ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้แนะนำให้บริษัทยาที่ต้องการนำยากกลุ่ม Opioids เข้ามาจำหน่ายในประเทศไทย ให้นำยาเหล่านั้นมาให้ Pain Clinic กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติทำการศึกษถึงความเหมาะสมก่อนที่จะอนุมัตินำยากกลุ่มนี้เข้ามาจำหน่ายในประเทศไทย เพิ่มขึ้นอีก 2 ชนิด คือ morphine ในรูปของ controlled release pellet บรรจุใน capsule ขนาด 20, 50 และ 100 mg ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 24 ชม. และ fentanyl transdermal system ขนาดยา 25, 50 และ 100 microgram/hour ซึ่งออกฤทธิ์ได้ต่อเนื่อง 48 – 72 ชม.

เนื่องจากการใช้ morphine ในรูปแบบรับประทานและ fentanyl ในรูปแบบแผ่นปิดบนผิวหนัง สำหรับบำบัดความปวดเป็นความรู้ใหม่ของบุคลากรในวงการแพทย์ไทย ทำให้ทาง Pain Clinic ต้องจัดทำหนังสืออธิบายถึงความไม่เข้าใจในยากกลุ่มนี้ โดยมีการจัดพิมพ์หนังสือ เช่น “ทำความรู้จัก Oral Morphine; Morphine สน(ใจ)มอร์ฟิน” “แผนการรักษาและบำบัดเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนส่งคลินิกระงับปวด” “DurogesicR (Fentanyl Transdermal System) ทางเลือกใหม่สำหรับบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง” “การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง” เป็นต้น นอกจากนี้ก็ได้รับการเชิญเป็นวิทยากรไปบรรยาย

เรื่องเหล่านี้ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองตามคณะแพทยศาสตร์ การประชุมวิชาการของ ราชวิทยาลัย โรงพยาบาลต่างในปี พ.ศ. 2532 Professor Michael Cousins (วิสัญญีแพทย์ออสเตรเลีย) ซึ่ง ดำรงตำแหน่ง President of International Association for the Study of Pain (IASP) และ Professor John Dr. Locser (ประสาทศัลยแพทย์จาก (University of Seattle) ซึ่งเป็นเลขาธิการของสมาคม และได้สนับสนุนให้ประเทศไทย จัดตั้งชมรมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทยขึ้น และในการประชุมใหญ่ ของ IASP ที่ Adelaide ออสเตรเลีย ได้รับชมรมฯ ของประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิก โดย Thai Chapter of IASP โดย ศ.นพ.สิระ บุญยะรัตเวช (ประสาทศัลยแพทย์) เป็นประธาน และ ศ.พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ เป็นเลขาธิการ มีวาระครั้งละ 3 ปี มีกิจกรรมต่างๆ มากมายโดยกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดย นพ.สถาพร ลีถนันทกิจ ได้รับหน้าที่เป็นบรรณาธิการ Pain News ซึ่งเป็นวารสารราย 3 เดือน และร่วม ในการให้ความรู้สอนตามโรงพยาบาล เรื่องการบำบัดความปวด การจัดประชุมวิชาการประจำปี ซึ่งได้นำเอา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองร่วมในการบรรยายด้วย

ในปี พ.ศ. 2533 ทางกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้รับการเชิญจาก คณะ กรรมการเครือข่ายมะเร็ง มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมเป็นคณะอนุกรรมการ อีกทั้งได้จัดทำแผนการรักษา Cancer Pain และจัดพิมพ์เป็นหนังสือชื่อ Treatment Protocol for Cancer Pain ของมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2534 ISBN 974-589-002-1 ซึ่งได้เผยแพร่ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งทั้งในมหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันทางการแพทย์ได้นำไปใช้เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จากการบำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบ ว่ายามอร์ฟินที่จำหน่ายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีจำนวนยาใช้อย่างจำกัด โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มียากลุ่มนี้ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีขั้นตอนการจัดซื้อที่ยุ่งยากซับซ้อน และได้จำนวนยาอย่างจำกัด เพราะเป็นยาเสพติดทำให้มีการควบคุมที่เข้มงวด อีกทั้งต้องทำรายงานส่งกลับไป อย. ส่งผลให้คณะกรรมการ บริหารของ IASP (Thai Chapter) มีความเห็นว่า ควรหาทางดำเนินการให้มีนโยบายระดับชาติในเรื่องของ Cancer Pain เป็นรูปแบบที่เหมาะสม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แพทย์มียามอร์ฟินใช้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วย สามารถได้รับยาที่จำเป็นโดยไม่มีข้อจำกัด ทาง IASP ได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่ออนุมัติ จำหน่าย ปริมาณยา Opioids สำหรับใช้บำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งปัจจุบันสถานพยาบาลแต่ละแห่งสามารถจัดหา ยา Opioids ได้ในจำนวนมากขึ้น จนผู้ป่วยมะเร็งมียาแก้ปวดอย่างพอเพียง ยกเว้นบางโรงพยาบาลที่ยังไม่มี การจัดหายากลุ่มนี้ไว้ให้บริการทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากเมื่อต้องการกลับไปดูแล และใช้ชีวิตในวาระสุดท้าย ที่บ้าน

ตามที่กล่าวมาแล้วถึงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งส่วนมากเข้าสู่ระยะลุกลาม และสุดท้าย การนำเอาการดูแลแบบประคับประคองมาร่วมดูแล สามารถทำให้การบำบัดความปวดมีความง่าย ขึ้น ในสมัยที่ น.พ.พิสิษฐ์ พันธุจินดา ซึ่งเป็นผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้หาทุนให้จัดสร้างตึกชั้นเดียว 2 หลังในที่อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยมีจำนวนเตียง 60 เตียงไว้รองรับผู้ป่วยในรูปแบบ Hospice โดยให้ถือเป็นหน่วยงานรับผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติและให้กลุ่มงานวิสัญญีวิทยาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กำกับดูแล ต่อมาในรัฐบาล นายบรรหาร ศิลปอาชา ได้ให้งบประมาณจัดสร้างตึกเพิ่มเติม จึงกลายเป็น ศูนย์มะเร็งมหาจักรงกรณธัญบุรี ต่อมาเปลี่ยนชื่อมาเป็นโรงพยาบาลมะเร็งมหาจักรงกรณธัญบุรี จังหวัด ปทุมธานี สถาบันมะเร็งแห่งชาติหลังการจัดตั้ง Pain Clinic และการดูแลแบบประคับประคองที่สถาบันมะเร็ง-แห่งชาติ ภาระหนึ่งได้จัดตั้งทีม home care ในปี พ.ศ. 2539 โดยมีอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างให้ผู้ป่วย ยืมไปใช้ที่บ้าน และติดตามไปเยี่ยมที่บ้านด้วย อีกทั้งมีทีมดูแลด้าน Bereavement Care ครอบคลุมหลังการ เสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย

ในปี พ.ศ. 2542 ในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ทางสถาบันมะเร็ง-แห่งชาติ ได้เสนอนโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งได้รับการบรรจุไว้ในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้ความเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ตามที่ได้รับฉันทมติจากสมาชิก สุขภาพเฉพาะประเด็นเมื่อปี พ.ศ. 2556 และที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 67 พ.ศ. 2557 มีมติเรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ผสมผสานช่วงตลอดชีวิต”⁽¹⁶⁾

ในปลายปี พ.ศ. 2557 นโยบายสุขภาพของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ในสมัย พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ระบุไว้ว่า “ระบุเร่งรัดการดำเนินการระบบการ สร้างเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้ง ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ให้เกิดผลเป็น รูปธรรมภายในหนึ่งปีและมีผลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน โดยเน้นการ ดูแลโดยชุมชนและครอบครัว ด้วยการสนับสนุน และความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่าง สถานพยาบาล สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

ส่วนด้านกฎหมาย มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎ กระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบซึ่งจะมองเห็นว่าเป็น right to self determination และเป็นสิ่งที่บอกถึงความเป็นตัวตนของผู้ป่วยหรือ autonomy นั้นเอง เมื่อผู้ป่วยรายนั้นถ้าผู้ป่วยอยู่ในวาระ ท้ายของชีวิตแล้วการที่จะตัดสินใจในการเลือกรับหรือไม่รับบริการทางการแพทย์ใดๆ บ้าง ซึ่งเรียกว่า Living Will หรือ Advance Directive และถ้าบุคลากรทางการแพทย์กระทำตามสิ่งที่เขียนไว้แล้วนั้นกฎหมายให้สิทธิ ปกป้องบุคลากรทางการแพทย์ เพราะทำไปด้วยเจตนาบริสุทธิ์ และทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: New York; Oxford University Press, 1923; 3-8.
2. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
3. World Health Organization. Pain Relief and Palliative Care. In: National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial guidelines. 2nd ed. WHO Geneva 2000; 83-91.
4. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva: World Health Organization, 1998; 7-10.
5. Stjernsward J. Palliative medicine Care in Children. Geneva: World Health Organization, 1998; 7-10. Policies and Managerial guidel, Oxford University Press, 1993:803-811.
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742.
7. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al. Effect of Early Palliative Care on Chemotherapy Use and End of Life Care in Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 394-400.
8. Temel JS, Greer JA, Admane S, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol* 2011; 29: 2319-2326.
9. Cruz VM, Camaliente L, Caruso P. Factors Associated With Futile End of Life Intensive Care in a Cancer Hospital. *Am J Hosp Palliat Care* 2014.
10. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care. *J Clin Oncol* 2012; 30: 880-887.
11. Partridge AH, Seah DS, King T, et al. Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now. *J Clin Oncol* 2014; 32: 3330-3336.
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN GuidelinesR) Version 2.2015 Palliative Care.
13. Hui D, Mori M, Passons HA. et al. The lack of standard definitions in supportive and palliative oncology.
14. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, et al. Palliative cancer care a decade later: Accomplishments, the need, next step-from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2009; 27: 3052 3058.
15. Leelanuntakit S. Management for Terminal Cancer Patient. International College of Surgeon of Thailand, Annual Meeting, November 21-22 1994, Asia Hotel, Bangkok. P.18-22.
16. World Health Organization http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162863/1/A67_R19-en.pdf?ua=1

บทที่ 2

การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล แบบประคับประคอง

การคัดกรองผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	การประเมิน	กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง	การประเมินซ้ำ	กระบวนการดูแลหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย
<p>ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างน้อย 1 อย่างดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการที่ควบคุมไม่ได้ - มีความทุกข์ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง - มีโรคร่วมหรือภาวะผิดปกติที่รุนแรงของร่างกายจิตใจ และสังคม - คาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดนานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน - ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการตัดสินใจเรื่องโรคมะเร็ง - การร้องขอให้มีการดูแลแบบประคับประคองจากผู้ป่วยและครอบครัวกรณีไม่มีลักษณะดังกล่าว - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง - ถามและค้นหาอาการและสาเหตุหรือถึงวิธีการป้องกันปัญหา - อภิปรายถึงการวางแผนชีวิตของการดูแลล่วงหน้า - ประเมินและคัดกรองใหม่เมื่อมีการนัดตรวจครั้งต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลดี ผลเสีย ผลข้างเคียงและภาระจากการรักษาโรคมะเร็ง - เป้าหมายคุณค่าและความคาดหวังของผู้ป่วย - อาการของผู้ป่วย - ปัญหาและความทุกข์ทางจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ - ความต้องการข้อมูลและความรู้ - ปัจจัยทางวัฒนธรรม ประเพณีและศาสนาที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย - เหน็ดเหนื่อยในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 	<ul style="list-style-type: none"> - การรักษาโรคมะเร็ง - การรักษาโรคหรือปัญหาที่พบร่วมด้านกาย จิตใจ และสังคมอย่างเหมาะสม - การดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์แบบสหสาขาวิชาชีพ - การจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วย - การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) - การดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ - การจัดการและการดูแลด้านวัฒนธรรมประเพณี - การจัดการทรัพยากรและสังคม - ปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง - ส่งต่อ Hospice (ถ้ามี) - การหารือวางแผนทางการหยุดหรือชะลอการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยเมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วยและครอบครัว - การปรึกษากรณีมีการขอให้เร่งการตายโดยแพทย์ - การวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต - การดูแลรักษาให้ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตให้สงบด้วย palliative sedation 	<p>เกณฑ์ยอมรับ (ควรมีการประเมินซ้ำต่อเนื่องตามหัวข้อการประเมิน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยพอใจกับการตอบสนองต่อการรักษาโรคมะเร็ง - การจัดการอาการรบกวน เช่นอาการปวดและอาการอื่นได้เพียงพอ - การลดความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว - การยอมรับและรู้ถึงการควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ - การบรรเทาภาระของผู้ดูแล - มีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น - มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสม - ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของชีวิตและมีการเติบโตมากขึ้น <p>กรณีไม่ผ่านเกณฑ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น - ปรึกษา/ส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีการดูแลเฉพาะทางแบบประคับประคอง ควรมีการประเมินซ้ำต่อเนื่องตามหัวข้อการประเมิน 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลต่อครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยดูแล หลังผู้ป่วยเสียชีวิตทันที - การดูแลเหยี่ยวาหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (bereavement) - มีการประเมินความเสี่ยง และการลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งที่บุคลากรทางการแพทย์ - ดูแลทั่วไป - ดูแลญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (bereavement)

หัวข้อการคัดกรอง*	การประเมินโดยทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
<ul style="list-style-type: none"> - อาการที่ควบคุมไม่ได้ - ความทุกข์ (โดยใช้ thermometer distress) ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง - โรคร่วมหรือภาวะผิดปกติที่รุนแรงของร่างกายจิตใจ และสังคม - ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย - การคาดการณ์ผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดนานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนโดยดูจากสิ่งบ่งชี้ดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ➢ สมรรถภาพของร่างกาย (performance status) อยู่ในระดับต่ำ (ECOG > 3 หรือ KPS < 50) ➢ ภาวะแคลเซียมสูงในเลือดต่อเนื่อง ➢ การแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่สมองและน้ำไขสันหลัง ➢ ภาวะเพ้อ (delirium) ➢ ภาวะ superior vena cava syndrome ➢ การกีดการทำงานของไขสันหลัง ➢ ภาวะพอมแห้ง (cachexia) ➢ ภาวะ malignant effusion ➢ มีการใส่ stent เพื่อบรรเทาอาการ หรือใส่ gastrostomy หรือ - ความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการดำเนินโรค และการตัดสินใจการดูแลรักษา - การร้องขอให้มีการดูแลแบบประคับประคองจากผู้ป่วยและครอบครัว <p>กรณีไม่มีลักษณะดังกล่าว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง - ถามและค้นหาอาการและสันทนาถึงวิธีการป้องกันปัญหา - อภิปรายถึงการวางแผนชีวิตของการดูแลล่วงหน้า - ประเมินและคัดกรองใหม่เมื่อมีการนัดตรวจครั้งต่อไป 	<p>ผลดี ผลเสีย ผลข้างเคียงและภาวะจากการรักษา</p> <p>มะเร็ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการของผู้ป่วย - ปัญหาและความทุกข์ทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ - เป้าหมาย คุณค่า และความคาดหวังของผู้ป่วย - ความต้องการทราบข้อมูลและการให้ความรู้ - ปัจจัยทางวัฒนธรรม ประเพณี และศาสนาที่มีผลต่อการดูแล - เกณฑ์ในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองแล้ว ควรมีการวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และผู้ดูแลด้านจิตใจ ด้านศาสนา นักโภชนาการ - แพทย์สาขามะเร็งวิทยาควรเริ่มการดูแลแบบประคับประคองควบคู่ไปกับการดูแลมะเร็งด้วยพิจารณาปรึกษาร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้คุณภาพชีวิตและการรอดชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

บทที่ 3

การประเมินโดยทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

อธิบายถึง ผลดี ผลเสีย ผลข้างเคียงและภาระจากการรักษามะเร็ง	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะการดำเนินโรคของมะเร็ง - ความเป็นไปได้การตอบสนองต่อการรักษา - ผลข้างเคียงที่สัมพันธ์กับการรักษา - ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการพยากรณ์โรค - เป้าหมายและความหมายของการรักษามะเร็งของผู้ป่วยและครอบครัว - ความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย - สมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกาย (performance status) - โรคร่วมที่สำคัญ 	กระบวนการรักษามะเร็ง
เป้าหมายและความคาดหวังของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมายและความคาดหวังของผู้ป่วย - การวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance care planning) - เป้าหมาย คุณค่า และความคาดหวังของครอบครัว - ลำดับความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง - เป้าหมายและความหมายของการรักษาโรคมะเร็ง - คุณภาพชีวิต - เกณฑ์เข้ารับการดูแลใน hospice และความจำเป็นที่อาจต้องดูแลใน hospice ต่อไป 	กระบวนการวางแผนชีวิตล่วงหน้า
อาการของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - อาการปวด - อาการหายใจลำบาก - อาการเบื่ออาหารและพอมแห้ง - อาการคลื่นไส้อาเจียน - อาการท้องผูก - อาการท้องร่วง - อาการล้าใ้จุดตันจากโรคมะเร็ง - อาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง หดแรง - อาการนอนไม่หลับ/ง่วงซึม - อาการเพ้อ (delirium) 	กระบวนการรักษาอาการต่างๆ

บทที่ 4

การประเมินด้านการดูแลแบบประคับประคอง

<p>ความทุกข์กังวลใจด้านจิตใจ และสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ด้านจิตใจและสังคม - ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล - ความกังวลใจเกี่ยวกับโรค - ภาวะวิกฤตด้านจิตวิญญาณ/จิตใจ และสังคม - ปัญหาการดูแลด้านสังคม - บ้าน - ครอบครัว - ชุมชน - ปัญหาด้านทรัพยากร เช่น ด้านการเงิน 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการด้านความกังวลใจ - พิจารณาปรึกษาทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง - การจัดการดูแลด้านสังคมและทรัพยากร
<p>ความต้องการทราบข้อมูล และการให้ความรู้ปัจจัยด้านวัฒนธรรม/ประเพณี ที่มีผลต่อการดูแล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลและการสื่อสาร - การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อสถานะของโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการดูแล การให้ความรู้ และด้านวัฒนธรรม/ ประเพณี
<p>เกณฑ์ในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง คือ PAL 3 และบทที่ 6</p>		

บทที่ 5

การคัดกรองและการประเมินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

การคัดกรองเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในทีมผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยมะเร็ง ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่มาพบทุกครั้งในหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 1) อาการที่จัดการควบคุมไม่ได้
- 2) ความทุกข์ (โดยใช้ thermometer distress) ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

- 3) โรคร่วมหรือภาวะผิดปกติที่รุนแรงของร่างกาย จิตใจ และสังคม
- 4) ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย
- 5) การคาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดนานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน
- 6) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรค และการตัดสินใจเรื่องโรคมะเร็ง
- 7) มีการร้องขอให้มีการดูแลแบบประคับประคองจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวและผู้ที่มีการร้องขอการดูแลแบบประคับประคองเป็นพิเศษ สมควรที่จะได้รับการประเมินการดูแลแบบประคับประคองเต็มรูปแบบ สำหรับผู้ป่วยไม่มีลักษณะดังกล่าวที่เข้าเกณฑ์ ควรมีการคัดกรองใหม่ในครั้งต่อไปทุกครั้ง และควรให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการบริการการดูแลแบบประคับประคอง ร่วมกับการพูดคุยปรึกษาถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในอนาคต และการป้องกันอาการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงเริ่มกำหนดการวางแผนชีวิตล่วงหน้าไว้ด้วย

การประเมินเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่มีลักษณะเข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองสมควรได้รับการประเมินให้ครอบคลุม โดยทีมผู้ดูแลหลัก โดยประเมินผลดี ผลเสีย ผลข้างเคียงและภาวะจากการรักษามะเร็ง อาการของผู้ป่วย ปัญหาและความทุกข์ทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป้าหมาย คุณค่า และความคาดหวังของผู้ป่วย ความต้องการทราบข้อมูลและการให้ความรู้ และปัจจัยทางวัฒนธรรม ประเพณี และศาสนาที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย การประเมินผลดีผลเสีย

การประเมินผลดีผลเสีย ผลข้างเคียงและภาวะจากการรักษามะเร็ง

อาการส่วนมากของโรคมะเร็งสามารถบรรเทาได้จากการควบคุมรักษาโรคมะเร็ง การประเมินข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงและภาวะจากการรักษามะเร็งอยู่บนพื้นฐานรายละเอียด และการดำเนินโรคของมะเร็งแต่ละ

ชนิด ความเข้าใจของผู้ป่วยในการพยากรณ์โรค เป้าหมายและความหมายของการรักษามะเร็งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย (performance status) และโรคร่วมที่สำคัญ

การประเมินเป้าหมาย คุณค่าและความคาดหวังส่วนตัว

ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการสอบถามถึงเป้าหมาย คุณค่าและความคาดหวังส่วนตัว มีการประเมินลำดับความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งการรับรู้ถึงความหมายของการรักษา การให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนการค้นหาเป้าหมายและความคาดหวังที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีต่อการรักษา โดยรูปแบบของการให้การดูแลแบบประคับประคองอาจเป็นแบบ hospice care และเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมอาจจะประเมินซ้ำในเรื่องความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการเป็นโรคอีกครั้ง รวมไปถึงอัตราการรอดชีวิตด้วย

การประเมินด้านอาการทางกาย

อาการที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ผอมแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ลำไส้อุดตันจากโรคมะเร็ง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ/ง่วงซึม และเพ้อ (delirium)

การประเมินด้านจิตใจและสังคม

การประเมินด้านจิตใจและสังคมควรเน้นความกังวลใจประเด็นด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ปัญหาในการดูแลด้านสังคม ทรัพยากร (บ้าน ครอบครัว ชุมชน หรือปัญหาทางการเงิน) ด้วย

การประเมินด้านความต้องการของการศึกษา ข้อมูล และวัฒนธรรม ประเพณีที่ส่งผลต่อการดูแล

ควรมีการประเมินคุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัวและลำดับความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อมูลและการสื่อสาร ทีมรักษาผู้ป่วยมะเร็งควรสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณีที่ส่งผลต่อการดูแล และการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

บทที่ 6

Criteria for Consultation with Palliative Care Team

แนวทางการรับปรึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (NCCN guidelines)

1. การรักษามะเร็งด้วยวิธีมาตรฐานไม่ได้ประโยชน์
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก ไม่สามารถจัดการอาการปวดได้ แม้ให้การจัดการอาการปวดเบื้องต้นไปแล้ว เช่นกรณีดังต่อไปนี้
 - 2.1 มีอาการปวดทางระบบประสาทร่วมด้วย
 - 2.2 มีอาการปวดแบบจุกเงินขึ้นมาทันทีทันใดอยู่ตลอดเวลา
 - 2.3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกับอาการปวด
 - 2.4 มีการใช้ยาแก้ปวดชนิด opioids เพิ่มขึ้นมาก แต่อาการไม่ทุเลา
 - 2.5 มีประวัติการแพ้ยา หรือผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดหลายชนิด
 - 2.6 มีประวัติการใช้สารเสพติด หรือติดสุรา
3. มีอาการและอาการแสดงอื่นๆ นอกเหนือจากอาการปวด ที่แม้ได้รับการจัดการอาการเบื้องต้นแล้วแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
4. ผู้ป่วยได้รับการสอดใส่ Palliative stent หรือ palliative gastrostomy
5. ผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในบ่อยๆ ด้วยปัญหาทางการดูแลประคับประคอง
6. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติที่มีปัญหาาระบบต่างๆ ในร่างกายล้มเหลว หรือการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน
7. ผู้ป่วยที่มี Distress score > 4
8. ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร เช่น ภาษา ความเข้าใจ และปัญหาด้านกายภาพ
9. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมทำ Advanced care plan
10. ผู้ป่วยที่ต้องการข้อมูลสำหรับเป้าหมายการรักษา
11. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการลดลงของ PPS อย่างรวดเร็ว หรือมี PPS ที่ต่ำตลอดแม้ให้การรักษาอย่างเต็มที่
12. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำและการช่วยเหลือตนเองไม่ได้
13. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายอย่างที่รุนแรง รวมถึงภาวะแทรกซ้อน
14. ผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบสุข

แนวทางการประเมินสภาวะทางสังคมและความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วยและญาติในการดูแลแบบประคับประคอง จะต้องประเมินในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ข้อจำกัดของครอบครัว หรือ care giver
2. ข้อจำกัดการช่วยเหลือในสังคม
3. ข้อจำกัดด้านภาวะการพึ่งพิง
4. ข้อจำกัดด้านการเงิน
5. ความบาดหมางกัน ข้อขัดแย้งระหว่างสมาชิกครอบครัว
6. สิ่ง que ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง
7. การประเมินทางจิตวิญญาณและสังคม
8. การประเมินความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาก่อนหน้านี้
9. การประเมินครอบครัวในกรณีที่มีเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี อยู่อาศัยด้วย

นอกจากนี้ยังต้องมีการประเมิน Palliative care staff ที่ทำงานเป็นระยะๆ ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ
2. การประเมินความเหนื่อยล้าในการทำงาน
3. การประเมินความเครียดจากการทำงาน
4. การประเมินความท้อแท้ หมดพลังในการทำงาน (Burnout Syndrome)

บทที่ 7 Oncology team intervention

ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Staff)

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยประคับประคองมีความซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงต้องประสานงานและทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ที่ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพดังนี้

- แพทย์
- พยาบาล
- เภสัชกร
- โภชนากร นักกายภาพบำบัด
- นักสังคมสงเคราะห์
- นักจิตวิทยา
- อาสาสมัคร/จิตอาสา
- ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม

คุณสมบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ทีมสหสาขาวิชาชีพควรได้รับการเตรียมความพร้อมทั้ง ทักษะคติ ความรู้ และทักษะความชำนาญที่เชี่ยวชาญประกอบด้วย

แพทย์

1. ทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วย
2. ทักษะการสื่อสาร (Communication skills)
3. ผ่านการอบรมอย่างน้อยหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

พยาบาล

1. ทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วย
2. ทักษะการสื่อสาร (Communication skills)
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย
4. ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
5. ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลให้คำปรึกษา

6. สำหรับผู้ที่ต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโดยตรง จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลา 4 เดือน

เภสัชกร

1. จัดเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวด โดยเฉพาะยากุ่ม morphine รูปแบบต่าง ๆ
2. ช่วยให้การดูแลบริบาล การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาต่าง ๆ และให้คำแนะนำในการใช้ยาต่างๆ
3. ผ่านการอบรมอย่างน้อยหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โภชนาการ

1. จัดเตรียมและดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. ฝึกทักษะญาติในการเตรียมอาหาร เช่น อาหารทางสายยาง(อาหารปั่น) อาหารเฉพาะโรค

นักสังคมสงเคราะห์

1. ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน และการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้
2. ให้คำปรึกษา สนับสนุนดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน
3. การประสาน การติดต่อการเข้า-ออกจากโรงพยาบาล หรือประสานแหล่งสนับสนุนอื่นๆ
4. ร่วมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

อาสาสมัคร

1. มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย
2. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม

1. ผู้มีวุฒิภาวะที่สามารถชี้แนะการดำเนินชีวิตด้วยคำสอน ตามหลักธรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา ขนบธรรมเนียมประเพณี
2. มีทัศนคติที่ดีต่อความตาย หรือการสูญเสีย
3. มีความเข้าใจในธรรมชาติของการดำเนินชีวิต (เกิด แก่ เจ็บ ตาย)
4. มีความรู้พื้นฐานในเรื่องของโรคและอาการแสดง (อาการรบกวน)
5. มีความรู้ด้านการฟื้นฟู และพัฒนาจิตใจ
6. มีเทคนิคในการให้คำปรึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการจัดบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
2. การบริการผู้ป่วยตามระบบบริการสุขภาพ
3. อาสาสมัครร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. กระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการประเมินสภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือโดยนักสังคมสงเคราะห์
5. การประเมินสภาพจิตใจของบุตร หลาน ของผู้ป่วยว่ามีผลกระทบในเรื่องใดบ้าง เช่น ภาวะซึมเศร้า การขาดเรียน เป็นต้น
6. ทีมเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
7. การดูแลภาวะโศกเศร้าของญาติและครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (bereavement care team)

อุปกรณ์/เครื่องมือที่จำเป็น

1. ออกซิเจน
2. เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นยา
3. ที่นอนลม หรือที่นอนนุ่ม ๆ
4. อุปกรณ์พยุงเดิน (Walker)
5. เตียงนอนที่สามารถปรับระดับเตียงได้
6. รถเข็นผู้ป่วย
7. อุปกรณ์จำเป็นพื้นฐานอื่นๆ เช่น เครื่องปั่นอาหารเหลว

การจัดสถานที่หน่วยงานบริการ

1. มีการจัดห้องพักผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน / ห้องส่วนตัว ที่ญาติสามารถเฝ้าได้
2. มีการจัดพื้นที่ เตียงผู้ป่วย และอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก
3. ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยมและทำกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ตามความต้องการโดยไม่รบกวนผู้ป่วย

รายอื่น

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้ใกล้ชิดธรรมชาติ สุข สงบ มีแสงสว่างเพียงพอ ลักษณะสีที่ใช้ควรเป็นโทนสีอ่อน (ตามหลักของ Healing environment)
5. มีสัญญาณกริ่งที่ผู้ป่วยและญาติสามารถกดเรียกขอความช่วยเหลือได้ง่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Fourt Edition (Fifth Economy Reprint), Robert twycross ,Printed and bound in India by Harvest Printing Services Pvt.Ltd.,
2. แนวทางดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พิมพ์ครั้งที่ 1 กรมการแพทย์.

บทที่ 8

ประโยชน์และโทษของการให้การรักษามะเร็ง

8.1 ประเมินอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยตามระยะโรค และให้ข้อมูลผู้ป่วย ระยะเวลาอยู่รอดเดือนถึงปี

- ร่วมสนทนากับผู้ป่วยถึงเป้าหมายของการรักษามะเร็ง ว่าเป็นการรักษาเพื่อประคับประคอง หรือ
หายขาด

- ให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อมูลผลข้างเคียงของการรักษามะเร็งที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้
- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยากรณ์โรค และเป้าหมายของการรักษา
- ระหว่างการรักษามะเร็ง จะให้การรักษาดูแลผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็งร่วมด้วย
- ให้การรักษาที่เหมาะสมร่วมด้วย(ตามมาตรฐานของการรักษา) ทั้งการป้องกันและการดูแลรักษา

อาการที่เกิดจากการรักษามะเร็งหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง

- มีการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วย
- เตรียมสภาพจิตใจผู้ป่วยให้พร้อมรับมือ สำหรับภาวะโรคที่อาจลุกลามมากขึ้นได้ในอนาคต

ระยะเวลาอยู่รอดถึงสิ้นปีถึงเดือน

- ยืนยันให้ผู้ป่วยทราบว่าโรคไม่สามารถรักษาให้หายได้
- เสนอการดูแลที่ดีที่สุดโดยรวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง หรือ hospice ด้วย
- ชี้แจงเป้าหมาย และความหวังที่มีต่อการพยากรณ์โรค และระยะเวลาที่เหลือของชีวิต
- แนะนำทางเลือกการดูแลรักษาตามระยะและโรคที่เป็นอยู่
- พิจารณาหยุดการรักษามะเร็ง

ระยะเวลาอยู่รอดวันถึงสัปดาห์

- หยุดยั้งการรักษามะเร็ง
- ให้การดูแลแบบประคับประคองเพื่อเตรียมรับการเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้น
- แนะนำถึงการดูแลกระบวนการเสียชีวิตที่กำลังจะเกิดขึ้น
- เน้นในเรื่องการจัดการอาการรบกวน และการดูแลเพื่อความสบาย
- ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- ส่งต่อให้กับทีมดูแลประคับประคอง/ hospice

8.2 ประเมินความเข้าใจหลังจากให้ข้อมูลข้างต้น

กรณีที่ผู้ป่วยยอมรับแนวทางการรักษากับพยากรณ์โรค

จัดการอาการปวดและอาการรบกวนให้ได้

ลดความทุกข์ของผู้ป่วย และครอบครัว

- ยอมรับถึงการควบคุมอาการและอื่น ๆ
- บรรเทาภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลด้วย
- เสริมความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้มแข็ง
- มุ่งเน้นให้คุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด
- มีการเจริญเติบโตภายในผู้ป่วยเอง และเห็นคุณค่าความหมายของชีวิต

กล่าวโดยสรุปในกรณีที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้การดูแลแบบรักษาโรคมะเร็งต่อไป ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองไปพร้อมกัน

8.3 กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับแนวทางการรักษากับพยากรณ์โรค

- เปลี่ยนหรือหยุดการรักษามะเร็ง
- ทบทวนความหวังของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความหมายของการรักษาโรคมะเร็ง
- ให้การดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น
- ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)
- ปรีกษา/ส่งต่อไปยังทีมดูแลแบบประคับประคอง/hospice

ทั้งผู้ป่วยที่ยอมรับ หรือไม่ว่าผู้ป่วยจะยอมรับหรือไม่ยอมรับนั้น ยังคงต้องมีการประเมินซ้ำเรื่อยๆ

บทที่ 9 PAIN

บทนำ Cancer pain

ความปวดจากมะเร็งทำให้มีความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยทุกระยะของโรคร้อยละ 53 ในผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการลุกลามของโรคพบความปวดเกิดขึ้นร้อยละ 64 และผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 มีความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก ความปวดจากมะเร็งที่แย่งลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง การประเมินผู้ป่วยจำเป็นต้องทำอย่างครอบคลุมทั้งในแง่ของความปวดและด้านอื่น ๆ จะทำให้การรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ผลดี เมื่อใช้ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวดและการรักษามะเร็งที่เหมาะสม

น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++ หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูงเพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและค้ำค่า “ควรทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ + หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจมีค้ำค่าในภาวะจำเพาะ “น่าทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ +/- หมายถึง ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำเนื่องจากมาตรการดังกล่าว ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจไม่ค้ำค่าแต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ “อาจทำหรือไม่ทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ - หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำ ห้ามทำอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่ค้ำค่าหากไม่จำเป็น “ไม่น่าทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ -,- หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูงเพราะมาตรการดังกล่าว อาจเกิดโทษหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่ควรทำ”

ตารางที่ 1 สรุปนำหนักคำแนะนำที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็ง

คำแนะนำ	น้ำหนัก
- ประเมินความปวดแบบครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม	+,+
• ประเมินสาเหตุ ชนิด และความรุนแรงของความปวด	+,+
• การตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ (additional investigation) เพื่อการบำบัดอาการปวด	+
- ให้การรักษาที่จำเพาะกับอาการเฉพาะอื่น ๆ ที่เกิดร่วมเช่น	+
• การใช้ adjuvant analgesics ที่เหมาะสม	+
• พิจารณาการรักษาที่ไม่ใช่ยาในกรณีที่เหมาะสม เช่น รังสีรักษา เวชศาสตร์ฟื้นฟู หัตถการ การลดปวด (pain intervention)	+
- ให้คำแนะนำและสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาเป็นระยะๆ	+,+
- การวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้า (advance care plan)	+
- ติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคมะเร็งและภาวะทางจิตเวช เช่น ทุกข์ วิตกกังวล ซึมเศร้า การปรับตัว	+
- การรักษาความปวดด้วย complementary and alternative medicine หรือ integrative intervention ในกรณีที่เหมาะสม	+
การรักษาความปวดด้วยยา	
- การปรับยาแก้ปวดตามระดับความปวดตาม WHO analgesic ladder	+,+
- การสั่งใช้ opioids แบบ around-the-clock ในการรักษา ผู้ป่วย cancer pain ซึ่งมี continuous pain	+,+
- การมี rescue analgesic สำหรับ breakthrough pain และประเมินความปวดซ้ำทุก 48-72 ชั่วโมง	+,+
- การใช้มาตรการเพื่อป้องกันอาการท้องผูกล่วงหน้าในผู้ป่วย cancer pain ที่ได้รับ opioids ในระยะยาว	+,+
- ติดตามการทำงานของตับและไตเป็นระยะๆ	+
- การใช้ pethidine ในผู้ป่วย chronic cancer pain	-, -
- การให้ยาหรือสารอื่น ๆ เพื่อหวัง placebo effect	-, -

ลำดับขั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็งมีดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยตามแผนภูมิที่ 1 ซึ่งแสดงการประเมินผู้ป่วยมะเร็งโดยแบ่งการประเมินเป็น

3 ด้าน

- การประเมินความปวด โดยใช้ **Check list: Comprehensive pain assessment** เพื่อให้ทราบสาเหตุ ชนิด และความรุนแรงของความปวด
- ประเมินอาการเฉพาะอื่น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของความปวดซึ่งต้องได้รับการรักษาเฉพาะตามบทยอาการเฉพาะอื่น ๆ
- ประเมินภาวะทางจิตเวชที่สำคัญที่มีผลต่อการดูแลรักษาความปวดและรักษาตามบทยภาวะทางจิตเวช

2. หลังจากให้การวินิจฉัยความปวดแล้ว หากผู้ป่วยมีความปวดจากมะเร็ง (cancer-related pain) จะให้การบำบัดความปวดตามอาการต่อไปโดยพิจารณาเลือกใช้ยาโดยอาศัย

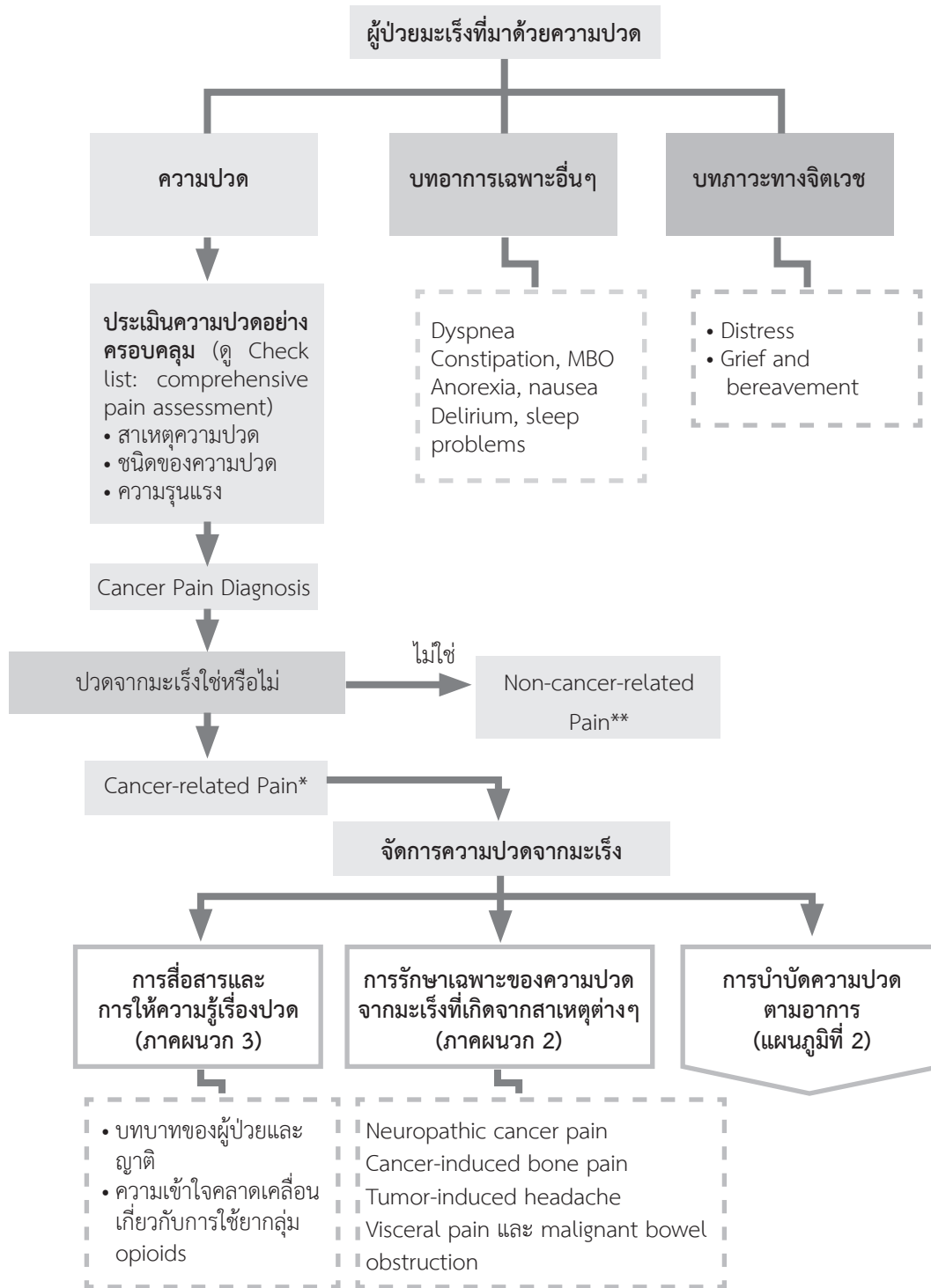
- ระดับความรุนแรงตามแผนภูมิที่ 2 โดยมีหลักการใช้ยาตามภาคผนวก 3 Opioid, ภาคผนวก 4 Non-opioids และภาคผนวก 5 Adjuvants การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids จำเป็นต้องมีการทำความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้การระงับปวดได้ผลดีซึ่งมีประเด็นสำคัญตามภาคผนวก 1 การสื่อสารและการให้ความรู้เรื่องปวด
- สาเหตุของความปวดที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็ง บางสาเหตุต้องได้รับการรักษาเฉพาะตามภาคผนวก 2 การรักษาเฉพาะของความปวดจากมะเร็งที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ โดยความปวดแต่ละสาเหตุหรือแต่ละชนิดมีระดับการตอบสนองของยาแก้ปวดแตกต่างกันดังในตารางที่ 2

3. พิจารณา integrative intervention หรือ complementary and alternative medicine ตามความเหมาะสม (ภาคผนวก 6 integrative interventions for pain และบท CAM)

4. เมื่อผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้ายมีหลักในการดูแลรักษาตาม ภาคผนวก 7

Pain at the end of life

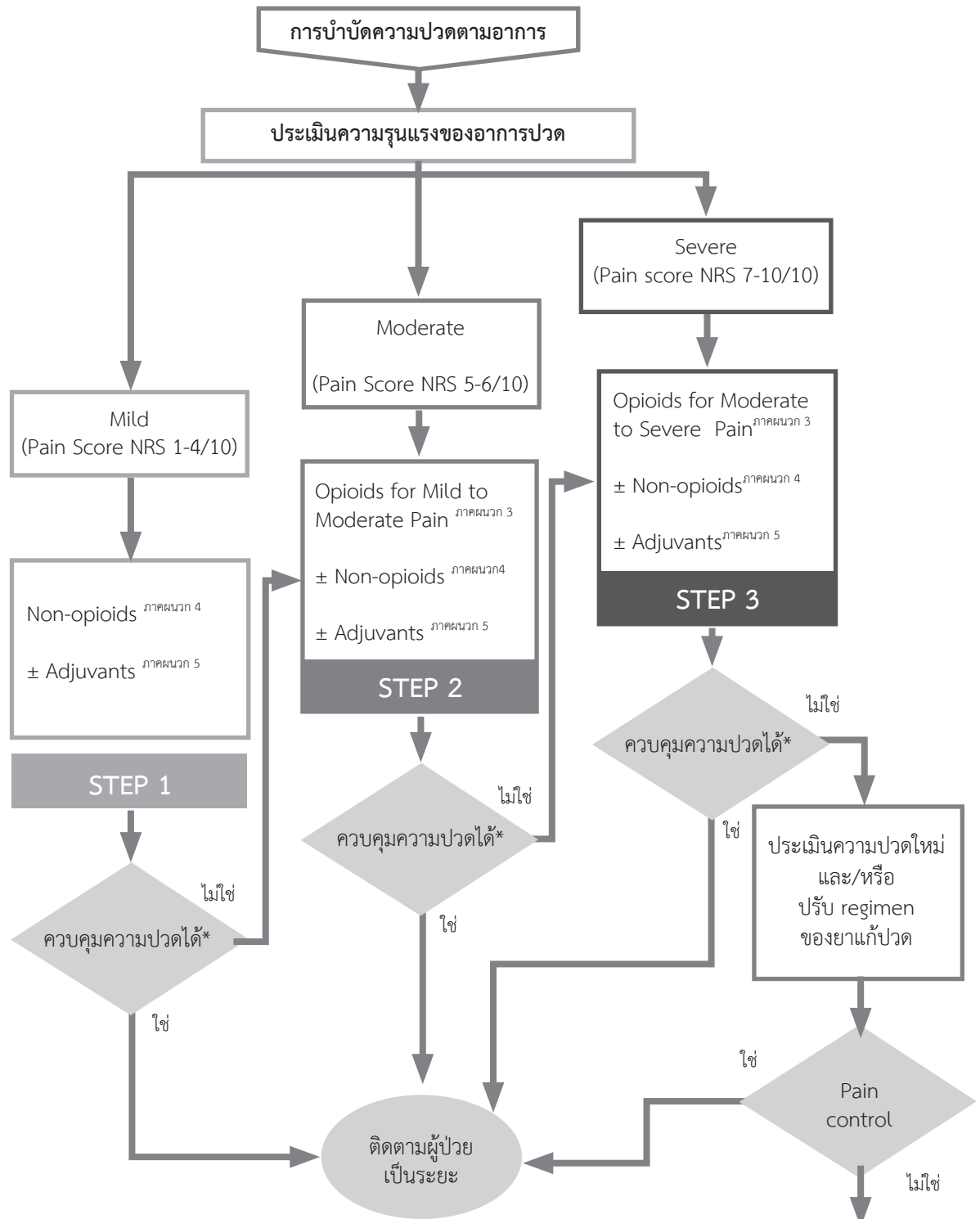
แผนภูมิที่ 1 แนวทางการประเมินความปวด และอาการร่วมต่างๆในผู้ป่วยมะเร็ง



*Cancer-related pain หมายถึงความปวดที่เกิดจากมะเร็ง การลุกลามของมะเร็ง หรือเป็นผลจากการรักษามะเร็ง ไม่ว่าจะ เป็นจากการผ่าตัด ฉายรังสี หรือ เคมีบำบัด

**Non cancer-related pain หมายถึงอาการปวดที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็ง แต่สาเหตุของอาการปวดไม่ได้เกิดจากมะเร็งหรือผล พวงของมะเร็ง เช่น อาการปวดจากงูสวัด อาการปวดหัวไมเกรน เป็นต้น

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการบำบัดความปวดจากมะเร็ง



*หมายถึง ความปวดมีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยยอมรับได้ และผู้ป่วยสามารถทนอาการไม่พึงประสงค์ของยาแก้ปวดได้ ดูเพิ่มเติมใน ภาคผนวก 3.3 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids

**ทุกระดับความรุนแรงให้พิจารณา integrative intervention หรือ complementary and alternative medicine ได้ตามความเหมาะสม (ภาคผนวก 6) และ (บท CAM)

- Consult pain/palliative care team/ specialist
- Pain at the end of life (ภาคผนวก 7)

ตารางที่ 2 แสดงระดับการตอบสนองของความปวดแบบต่างๆที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งต่อเยื่อแก้วตาแก้ปวดกลุ่มต่างๆ

	Nociceptive pain	NCP*	CIBP*	TIH*	Vis/MBO*
Opioids	+++	+	+++	++	+++ สำหรับอาการปวด ตลอดเวลา + สำหรับอาการปวดบิด เป็นพักๆ
NSAIDs/Coxibs	+++	-	+++	++	ไม่แนะนำ
Antidepressants TCAs และ SNRIs	-	+++	+	ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
Gabapentinoids	-	+++	++	ไม่แนะนำ	++ สำหรับ visceral hyperalgesia
Carbamazepine	-	++ สำหรับ paroxysmal sharp shooting pain	-	- ยกเว้นใช้ เป็นยากัน ชัก	-
Bisphosphonates	-	-	++ ใช้โดยผู้ เชี่ยวชาญ เท่านั้น	-	-
Corticosteroids	ไม่แนะนำ	+++ สำหรับ nerve/spinal cord compression	+	+++	++ สำหรับ capsule distension

*มีการรักษาเฉพาะให้ดูใน ภาคผนวก 2 การรักษาเฉพาะของความปวดจากมะเร็งที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ

คำย่อ: NCP=Neuropathic cancer pain, CIBP=Cancer-induced bone pain, TIH, Tumor-induced headache, Vis/MBO=Visceral pain และ malignant bowel obstruction

เครื่องหมาย: - = ไม่ได้ผล, + = ตอบสนองน้อย, ++ = ตอบสนองปานกลาง, +++ = ตอบสนองดี, ++++ = ตอบสนองดีมาก (ทั้งนี้ขึ้นกับขนาดของยาที่ใช้ และระดับความรุนแรงของความปวด)

การประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐานคือการรายงานความปวดโดยผู้ป่วยเอง (patient's self report) การประเมินความปวดอย่างครอบคลุม (comprehensive pain assessment) ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสี

การประเมินประสบการณ์ความปวด

- เมื่อใดที่ความปวดเริ่มเกิดขึ้น (onset) ปวดอย่างต่อเนื่องหรือเป็นครั้งคราว (temporal pattern) ปวดแต่ละครั้งนานแค่ไหน
- ตำแหน่งที่ปวด (มากกว่า 1 ตำแหน่งหรือไม่) และการกระจายของความปวด (referral pattern, radiation of pain)
- ลักษณะของความปวด เช่น ตื้อๆ ตึบๆ ทิ่มตำ บีบรัด แหลมๆ ปวดร้าว เป็นต้น
- ความรุนแรงของความปวด (เช่น จากคะแนน 0-10, 0 หมายถึงไม่ปวดเลยและ 10 หมายถึงปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยปวดกี่คะแนน) โดยประเมินความรุนแรงของความปวดขณะนั้น (right now) ขณะพัก ขณะเคลื่อนไหว ระดับที่รุนแรงมากที่สุดและน้อยที่สุดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของความปวดเป็นตัวเลข อาจให้ผู้ป่วยเลือกใบหน้าแสดงความปวดโดยใช้ faces pain rating scale หรือใช้คำคุณศัพท์แสดงความปวด เช่น ปวดน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด เป็นต้น
- แพทย์หรือพยาบาลอาจต้องประเมินความรุนแรงของความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดด้วยตนเองไม่ได้จากสาเหตุทางกายหรือการรับรู้บกพร่อง (cognitive impairment) แต่ต้องตระหนักว่าสาเหตุอื่นๆ เช่น ความทรมานทางด้านจิตใจ ก็ส่งผลให้มีพฤติกรรมนั้นๆ ได้เช่นกัน
- ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ปวดลดลง
- ผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ และอารมณ์ เป็นต้น
- อาการอื่นๆ ที่เป็นร่วม เช่น คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น
- การระงับปวดที่ได้รับขณะนี้ (current pain management) ทั้งการใช้ยาและวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา ในกรณีที่เป็นการรักษาแบบใช้ยา ให้ซักประวัติรายละเอียดเหล่านี้ด้วย ได้แก่
 - ใช้ยาอะไรบ้าง
 - ขนาดที่ใช้
 - ความถี่ที่ใช้

- ผลการระงับปวดที่ได้รับ (จากยาแต่ละชนิด)
- อาการไม่พึงประสงค์ (จากยาแต่ละชนิด) เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ ง่วงซึม เป็นต้น
- การระงับปวดที่เคยได้รับ ทั้งการใช้ยาและวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา โดยช้กรายละเอียดเกี่ยวกับ เหตุผลที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ การตอบสนองต่อการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ และเหตุผลที่หยุดใช้ยาแต่ละตัวหรือหยุดการรักษาแต่ละชนิด

การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

- ความเข้าใจและผลกระทบของมะเร็งและการรักษามะเร็งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ความหมายและผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล
- พฤติกรรมในการตอบสนองต่อความเครียดหรือความปวดของผู้ป่วย
- ความรู้ ความสงสัย ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการระงับปวด
- ความกังวลของผู้ป่วยต่อการใช้ยาระงับปวด เช่น ยากลุ่ม opioids ยานอนหลับ เป็นต้น
- ผลของศาสนา วัฒนธรรม ต่อความปวดและการแสดงออกของความปวด (pain expression)
- ผลกระทบของความปวดและการระงับปวดต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย
- ผลกระทบของความปวดต่ออารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ทำให้หดหู่ซึมเศร้า เป็นต้น
- ความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม

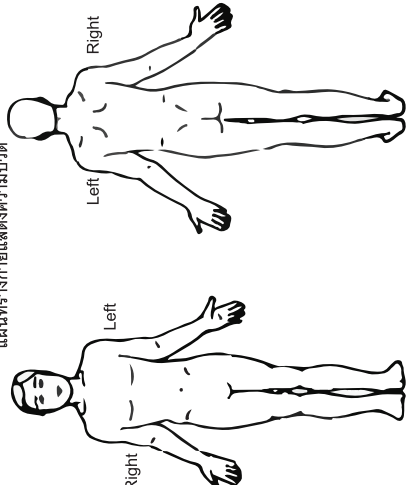
การประเมินสภาวะสุขภาพ

- โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็น
- การรักษามะเร็งที่ได้รับ เช่น การผ่าตัด การฉายแสง เคมีบำบัด เป็นต้น
- ความปวดเรื้อรังอื่นๆ ที่เป็นมาก่อน

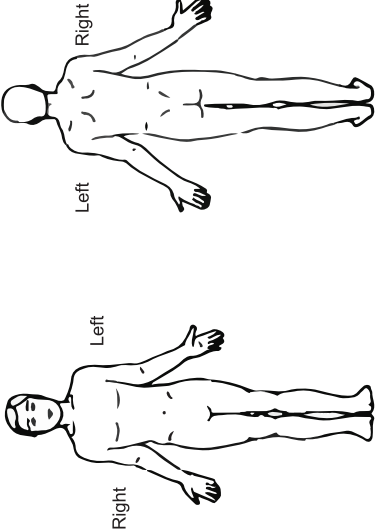
การตรวจร่างกายและการตรวจทางระบบประสาท

- ตรวจบริเวณที่มีความปวดและบริเวณที่มักมีการกระจายของความปวด
- ตรวจทางระบบประสาท
 - ตรวจเส้นประสาทสมองและจอประสาทตา (fundoscopic evaluation) ในผู้ป่วยที่มีความปวดบริเวณศีรษะและลำคอ
 - ตรวจการรับรู้ความรู้สึก การทำงานของกล้ามเนื้อของรยางค์ การทำงานของหูรูดของท่อน้ำดีและทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มีความปวดที่คอหรือหลัง

ตารางที่ 3 แสดงตัวอย่างแบบประเมินความปวดอย่างครอบคลุมในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินผู้ป่วยโดยเฉพาะในการตรวจรักษาครั้งแรก และตารางที่ 4 แสดงตัวอย่างแบบติดตามความปวดในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งใช้ในการติดตามผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง HN _____ <input type="checkbox"/> First visit / <input type="checkbox"/> Visit ที่ _____ : วันที่ _____ Vital signs: BP _____ mmHg, PR _____ /min, RR _____ /min, BW _____ Kg โรคร่วมอื่นๆ _____ ยาเดิมที่ใช้ (ไม่รวมยาแก้ปวด) _____	ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่อยู่ _____				
 <p>แผนที่ร่างกายแสดงความปวด</p>					
ให้ระบยตำแหน่งที่มีความเจ็บปวด ระดับตำแหน่งเป็นหมายเลขและประเมินด้านขวา					
ลักษณะของ ความปวด	ตำแหน่งที่ 1	ตำแหน่งที่ 2	ตำแหน่งที่ 3	ตำแหน่งที่ 4	
เวลาที่ปวด	<input type="checkbox"/> ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____	<input type="checkbox"/> ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____	<input type="checkbox"/> ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____	<input type="checkbox"/> ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____	
ปัจจัยที่ทำให้ ปวดมากขึ้น					
ปัจจัยที่ทำให้ ปวดลดลง					
๒/ประเมิน					
ปัจจัยที่มีผลต่อ ความปวด					
ผลการตรวจจาก	การนอนหลับ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ อารมณ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> หงุดหงิด <input type="checkbox"/> วิตกกังวล <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า	กิจกรรมประจำวัน <input type="checkbox"/> ทำได้เหมือนเดิม <input type="checkbox"/> มีผลบ้าง <input type="checkbox"/> มีผลมาก			
ยาแก้ปวด	ขนาดที่ใช้	วิธีบริหารยา	ความถี่ของการใช้	ผลข้างเคียง	วันที่เริ่มใช้
ยา					

ตารางที่ 3 ตัวอย่างแบบประเมินความปวดอย่างครอบคลุมในผู้ป่วยมะเร็ง

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง HN _____ <input type="checkbox"/> First visit / <input type="checkbox"/> Visit ที่ _____ : วันที่ _____		ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่อยู่ _____							
แผนที่ร่างกายแสดงตำแหน่งปวด 	ตำแหน่งที่ 1		ตำแหน่งที่ 2		ตำแหน่งที่ 3		ตำแหน่งที่ 4		
	ลักษณะของ ความปวด	ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว		ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว		ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว		ปวดต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ปวดเป็นครั้งคราว	
	เวลาที่ปวด	น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____		น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____		น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____		น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____	
คะแนนความ ปวด (0-100)	น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____		น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____		น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____		น้อยที่สุด _____ มากที่สุด _____ เฉลี่ย _____		
ปัจจัยที่ทำให้ ปวดมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ ปวดลดลง	ปัจจัยที่ทำให้ ปวดมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ ปวดลดลง		ปัจจัยที่ทำให้ ปวดมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ ปวดลดลง		ปัจจัยที่ทำให้ ปวดมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ ปวดลดลง		ปัจจัยที่ทำให้ ปวดมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ ปวดลดลง		
ให้ระบายตำแหน่งที่มีความเจ็บปวด ระบุตำแหน่งเป็นหมายเลขและประเมิน ด้านขวา	๒๗๖๗๘๙๐		๒๗๖๗๘๙๐		๒๗๖๗๘๙๐		๒๗๖๗๘๙๐		
ผลกระทบจากความ ปวด	การนอนหลับ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ อารมณ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ทุกข์ใจ <input type="checkbox"/> วิดกกังวล <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า		กิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> ทำได้เหมือนเดิม <input type="checkbox"/> มีผลบ้าง <input type="checkbox"/> มีผลมาก						
ยาแก้ปวดที่ใช้	<input type="checkbox"/> Morphine syrup (2mg/ml) จำนวน _____ ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> Immediate release tablet (10 mg.) จำนวน _____ เม็ด _____ ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> Morphine sustain release tablet ขนาด _____ มล. _____ ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> Morphine sustain release capsule ขนาด _____ รวมขนาดต่อวัน <input type="checkbox"/> Fentanyl transdermal patch ขนาด _____mcg/hr		<input type="checkbox"/> Morphine syrup (2mg/ml) จำนวน _____ ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> Immediate release tablet (10 mg.) จำนวน _____ เม็ด _____ ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> Morphine sustain release tablet ขนาด _____ มล. _____ ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> Morphine sustain release capsule ขนาด _____ รวมขนาดต่อวัน						
อาการข้างเคียง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ไปรตระนู → <input type="checkbox"/> คนไข้ไอ้ดากเรียน <input type="checkbox"/> ท้องผูกถ่าย _____ วันต่อครั้ง <input type="checkbox"/> ง่วงนอน								
อาการอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ไปรตระนู → <input type="checkbox"/> เห็นอัย (dyspnea) <input type="checkbox"/> บวม (lymphedema) <input type="checkbox"/> เพลียหรือเหนื่อยล้า (fatigue)								

ตารางที่ 4 ตัวอย่างแบบติดตามความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

การให้การวินิจฉัยความปวด (pain diagnosis)

- ตามสาเหตุ (etiology)
 - มะเร็ง
 - การรักษามะเร็ง
 - สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง
- ตามพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology)
 - Nociceptive pain เช่น ความปวดจากก้อนมะเร็งที่กดเบียดเนื้อเยื่อส่วนกายเช่น กล้ามเนื้อ กระดูก หรือเนื้อเยื่ออ่อนอื่นๆ หรือ visceral organ เช่น ตับ กระเพาะอาหาร
 - Neuropathic pain เช่นความปวดจากมะเร็งที่กระจายไปที่ somatosensory system เช่น เส้นประสาทส่วนปลาย และไขสันหลัง

การตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ (additional investigation) เพื่อการบำบัดอาการปวด (ตารางที่ 5) โดยทั่วไปจะตรวจเพิ่มเติมเมื่อ

1. สงสัยหรือไม่แน่ใจในสาเหตุหรือที่มาของอาการปวด ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษา ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจทางรังสี
2. ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย ตรวจหาโรคที่เป็นร่วม เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกยา ปรับยา หรือวิธีการรักษาให้ปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด

ตารางที่ 5 การตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยการบำบัดความปวด

การตรวจเพื่อช่วยหาสาเหตุของอาการปวด	
Plain film: chest X-ray (CXR)	ดูการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ปอด ช่องเยื่อหุ้มปอด หรือช่องเยื่อหุ้มหัวใจ
Plain abdomen	อาการปวดในช่องท้องที่อาจเกิดจากลำไส้อุดตัน ภาวะลำไส้หรือกระเพาะอาหารทะลุ
Bone scan	อาการปวดที่สงสัยว่าอาจเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูก
Computed tomography (CT)	ดูการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับอาการปวดนั้นๆ ดูลำไส้อุดตัน ภาวะลำไส้หรือกระเพาะอาหารทะลุ การกระจายไปที่สมอง
Magnetic resonance imaging (MRI)	ดูการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาทหรือไขสันหลัง รวมถึงการกดทับเส้นประสาท
การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกยา ปรับขนาดยา	
Complete blood count (CBC)	ตรวจดูภาวะ anemia ที่อาจเกิดจากยาบางกลุ่ม เช่น NSAIDs ทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร
Blood urea nitrogen (BUN) และ electrolyte	การได้ยาระงับปวดหลายตัว อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม ในขณะเดียวกัน ภาวะ electrolyte imbalance และการเพิ่มขึ้นของค่า BUN ก็มีผลทำให้ผู้ป่วยง่วงซึมด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 5 การตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยการบำบัดความปวด (ต่อ)

การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกยา ปรับขนาดยา	
Liver function test	การทำลายยาแก้ปวดส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นที่ตับ อาศัยเอนไซม์ของตับ หากหน้าที่ของตับผิดปกติ จะทำลายยาได้ช้าลง ยาจะออกฤทธิ์ได้นานขึ้น
Creatinine clearance	แสดงถึงประสิทธิภาพของไต การลดลงของค่า creatinine clearance หมายถึง การทำงานของไตแย่ง การจับยาแก้ปวดออกจากร่างกายจะลดลงด้วย ทำให้ต้องลดขนาดยาหรือเพิ่มระยะห่างของการให้ยา

ภาคผนวก 1

การสื่อสารและการให้ความรู้เรื่องปวด

1) บทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วยและญาติ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วยและญาติที่สำคัญที่ควรแจ้งมีดังนี้

1.1 ใช้ยาแก้ปวดตามที่ระบุไว้ตามหน้าของยาอย่างเคร่งครัด

1.2 จดบันทึกการใช้ยาแก้ปวด เช่น เวลาและขนาดที่ใช้ยาตามเวลา (around the clock) เวลาและขนาดที่ใช้ยาแก้ปวดที่ใช้เพิ่ม (rescue dose)

1.3 จดบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและวิธีแก้ไขที่ผู้ป่วยใช้ เช่น อาเจียน ผู้ป่วยจึงรับประทานยา ondansetron

2) นับจำนวนยาแก้ปวด และยาทุกชนิดที่ใช้ และนำมาพบแพทย์ด้วยทุกครั้ง

2.1) ทำให้ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยได้ เช่น เหลือมากกว่าที่ควรเป็น อาจเกิดจากผู้ป่วยกินยาไม่ครบตามเวลา หรือยาหมดก่อนกำหนด อาจเกิดจากผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาตามเวลาด้วยตนเองเนื่องจากขนาดที่แพทย์สั่งอาจไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยรับประทาน rescue dose มากกว่าที่แพทย์คาดคะเน

2.2) การนับยาที่เหลือจะช่วยให้อาสาสมัครเพิ่มเท่าที่สมควรไม่สั่งซ้ำ ๆ จนผู้ป่วยได้ยาจำนวนมากเกินไป ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองและยาที่ได้รับมากเกินไปไม่ได้ใช้อาจหมดอายุได้

2.3) ไม่ควรนำยาออกจากซองที่มีชื่อยาหรือนำยาหลายชนิดมาไว้ในซองเดียวกัน

3) ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา opioids

มีความเชื่อที่คลาดเคลื่อนหลายข้อเกี่ยวกับการใช้ opioids รักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น บุคลากรทางการแพทย์มักเชื่อกันว่า การสั่งยา opioids เป็นการทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดส่วนทางผู้ป่วยและญาติก็กังวลใจเมื่อต้องสั่งยาในกลุ่มนี้ ดังนั้นจึงควรได้รับการปรับความเข้าใจตั้งแต่เมื่อเริ่มรักษาในประเด็นต่อไปนี้

3.1) ยากลุ่มนี้ถูกมองทางลบว่าเป็นยาเสพติด

นโยบายทางภาครัฐต้องการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงเกิดการรณรงค์และพลอยควบคุมการสั่งยาในกลุ่ม opioids ไปด้วย แต่ที่จริงแล้ว opioids ไม่ใช่ยาเสพติดเหมือนฝิ่นและเฮโรอีน เป็นเพียงยาในกลุ่มควบคุมพิเศษเพราะอาจมีผู้เอาไปใช้ในทางที่ผิดนอกจากการสั่งจ่ายของแพทย์เท่านั้น จากสถิติที่ผ่านมาทั่วโลกมีโอกาสดำมากที่สุดที่ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับวินิจฉัยว่าเสพติดยาแก้ปวด opioids ความกลัว opioids โดยขาดเหตุผล (opiophobia) จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาการดูแลรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็ง ความสะดวกในการเข้าถึงยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและปริมาณยาสั่งยา opioids ที่สูงขึ้นกลับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับนานาชาติ

4) สาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์คิดว่าผู้ป่วยติดยา

➢ ผู้ป่วยร้องขอยาในปริมาณที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่ามากเกินไป หรือขอบ่อยเกินไป ระดับยาที่เหมาะสมนั้นขึ้นกับหลายปัจจัย ทั้งชนิดของความปวด ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ รวมทั้งความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายในเชิง pharmacokinetics และ pharmacodynamics การสั่งยาจึงไม่สามารถมีระดับยาที่ตายตัวได้ ต้องปรับระดับยาโดยดูจากผลการตอบสนองของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยขอยาเพิ่มจึงไม่ใช่เพราะเสพติดยา แต่เป็นระดับยาที่ได้ยังไม่เพียงพอต่อการระงับปวด (inadequate treatment) ไม่มีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยทนปวด หรือมีความปวดระดับรุนแรงจึงค่อยใช้เพื่อจะได้ไม่กลายเป็น “คนติดยา” อย่างที่เคยเชื่อกัน

➢ ไม่สามารถลดขนาดการใช้ยาได้ หยุดใช้แล้วกระวนกระวายเหมือนลงแดง ต้องใช้ไปเรื่อย ๆ และเพิ่มขนาดยาขึ้นยาที่ออกฤทธิ์กับระบบประสาททุกชนิดสามารถเกิด physical dependence คือมี withdrawal symptoms และ tolerance ได้ แต่ physical dependence ไม่ใช่นิยามของภาวะเสพติดยาเพราะเป็นกลไกตามปกติในผู้ที่ใช้ยาทุกราย รวมทั้งต้นเหตุของอาการปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งก็มักไม่ทุเลา หากยังทวีความรุนแรงมากขึ้น อาจจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นด้วย แต่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจะมีโอกาสเกิด physical tolerance และ psychological dependence กับยากลุ่มนี้ต่ำอยู่แล้ว

➢ ยามีผลต่อสุขภาพจิตผู้ป่วย ดูเหมือนเคลิ้ม ๆ มีความสุข Opioids แต่ละตัวมีผลต่อความรู้สึกดีและผ่อนคลายต่างกันไปรวมกับการที่ผู้ป่วยหายปวดย่อมมีความสุขมากยิ่งขึ้น ไม่ควรสรุปว่าผู้ป่วยใช้ยาเพราะอยากมีความสุขเพราะจุดมุ่งหมายในการสั่งยาคือรักษาอาการปวด ผู้ป่วยขอยาเพราะอยากหายปวดมิใช่อยากยา

➢ ผู้ป่วยเคยมีประวัติติดสารเสพติดมาก่อน

ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เคยมีประวัติสารเสพติดอื่น ๆ มาก่อนเมื่อพบว่าเป็นโรคมะเร็งและมีอาการปวดแล้ว การรักษาก็ยังคงเป็นไปตามหลักการปกติ มิควรให้น้อยกว่าปกติดังที่เข้าใจกัน การให้ยาต่ำกว่าขนาดปกติทำให้ผู้ป่วยไม่หายปวดและยังแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์กับทีมผู้รักษามากขึ้น ในทางกลับกัน ผู้ป่วยอาจต้องใช้ยาปริมาณยาในขนาดที่สูงกว่าปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเคยติด เฮโรอีนเพราะสมองผู้ป่วยอาจชินกับระดับ opioids ที่สูงมาก่อนได้รับยาแก้ปวดและมีแนวโน้มทนต่อความปวดได้ต่ำ

➢ ความเชื่อที่ว่า opioids จะกดการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้นได้

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ opioids สามารถป้องกันได้เมื่อมีการเฝ้าระวังที่ดี โดยทั่วไปก่อนจะเกิดอาการกดการหายใจจะมีอาการต่างๆ ให้สังเกตก่อน เช่น ง่วงซึมหรือมีนงง ผู้ป่วยก็มักจะไม่ได้รับยาเพิ่มอีก นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะอื่นๆ เช่น ขาดน้ำ อวัยวะทำงานล้มเหลว ติดเชื้อ ที่เสริมให้อาการไม่พึงประสงค์ของยามากขึ้นจนกดการหายใจได้ บางครั้งความเชื่อนี้อาจจะเกิดจากการสังเกตว่าผู้ป่วยที่ได้ opioids มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่วัน แต่ที่จริงเกิดจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งในช่วงวันสุดท้ายของชีวิตมักมีอาการปวดหรือหายใจเหนื่อยที่รุนแรง เลยจำเป็นต้องใช้ opioids เพื่อรักษามากกว่าและไม่ควรสรุปว่าเสียชีวิตเพราะการใช้ opioids

➢ ความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยมะเร็งติดยา ก็ไม่เป็นไร เพราะเวลาในชีวิตก็เหลือน้อยอยู่แล้ว

นิยามของการติดสารเสพติด คือ การแสวงหาสารเสพติดมาเสพโดยไม่สามารถควบคุมการใช้ได้ แม้รู้ว่าเกิดโทษนำไปสู่ปัญหาในการใช้ชีวิตและฝ่าฝืนกฎหมายของสังคม ซึ่งไม่ตรงกับผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยา opioids อย่างมีจุดมุ่งหมายภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์เพื่อระงับปวด ช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาในชีวิตอันจำกัดอย่างมีความหมายต่อไปได้ ผู้ป่วยจึงไม่ถือว่าเป็นผู้ติดยาแต่อย่างใด

นอกจากทัศนคติที่ถูกต้องของทีมผู้รักษาแล้ว ควรประเมินทัศนคติที่มีต่อ opioids ในผู้ป่วย และญาติด้วย เพื่อชี้แจงปรับความเข้าใจให้ตรงกันเพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษา

ภาคผนวก 2 การรักษาเฉพาะของความปวดจากมะเร็ง ที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ

2.1 Neuropathic cancer pain (NCP)

ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทในผู้ป่วยมะเร็ง (Neuropathic cancer pain; NCP) เป็นภาวะที่สำคัญที่ทำให้การบำบัดรักษาความปวดจากมะเร็งไม่ได้ผลไม่คืนัก พบได้ราวร้อยละ 19-39 โดยอาจเป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็งหรือเกิดภายหลังก็ได้

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมะเร็งกดเบียดส่วนต่างๆ ของระบบประสาท เช่น เส้นประสาท ขั้วประสาท รากประสาท ไขสันหลัง สมอง โดยเกิดได้ในมะเร็งระยะต่างๆ นอกจากนี้อาจเกิดตามหลังผ่าตัดรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ตามรายละเอียดในตารางที่ 6

ความปวดลักษณะเฉพาะของ neuropathic pain ได้แก่ aching, burning, stabbing หรือ lancinating และอาจพบ paraesthesia, dysaesthesia, hyperalgesia หรือ allodynia

ตารางที่ 6 ภาวะปวดประสาทที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งที่พบบ่อย

Cancer — related neuropathic pain

- Paraneoplastic neurological syndrome
- Tumor metastasis infiltration or compression of the peripheral nervous system เช่น nerves, plexus, cranial nerve
- Tumor metastasis infiltration or compression of the central nervous system เช่น spinal cord compression
- อื่นๆ : metastatic cancer — induced bone pain, mixed pain

Cancer therapy — induced neuropathic pain

- Chemotherapy — induced peripheral neuropathy เช่น vincristine, oxaliplatin, taxane
- Radiation treatment เช่น plexopathies, tissue fibrosis, mucositis
- Surgery เช่น postmastectomy pain, post thoracotomy pain, phantom limb pain

Cancer — associated pain

- Postherpetic neuralgia

การประเมิน

- ประเมินความปวดทุกองค์ประกอบ คือ ความรุนแรง ลักษณะ บริเวณที่ปวด การปวดร้าว เวลาของการปวด ปัจจัยที่ทำให้มีการปวด และการส่งผลต่อการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อช่วยในการวินิจฉัยกลุ่มอาการปวดเฉพาะ ติดตามอาการความปวดที่เป็นมากขึ้นและการตอบสนองต่อการรักษา และต้องประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ และควรเขียนบันทึกความปวดที่เกิดขึ้นใหม่
- หาสาเหตุว่าเกิดจากการกดทับเส้นประสาทหรือระบบประสาทส่วนที่สำคัญหรือไม่ ซึ่งต้องรีบแก้ไขทันที การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น CT scan, MRI, electromyography จะช่วยประเมินความผิดปกติทั้งทางระบบกายวิภาคและสรีรวิทยาของประสาทที่เกี่ยวข้อง ช่วยในการหาบริเวณที่มีการกดทับหรือพยาธิสภาพ และช่วยวางแผนการรักษาจำเพาะ อย่างไรก็ตามควรเริ่มให้ยาแก้ปวดให้เร็วที่สุด แม้วังยังไม่ทราบผลการตรวจวินิจฉัยที่สมบูรณ์

การรักษา

- การรักษาจำเพาะทางมะเร็ง

ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด เช่น รังสีรักษาตรงที่ก้อนเนื้อมะเร็งกดเส้นประสาทหรือระคายเคืองเส้นประสาท การผ่าตัด หรือรังสีรักษา ร่วมกับการให้สเตียรอยด์ในกรณีที่มีมะเร็งกดทับไขสันหลังหรือสมอง

- การรักษาตามอาการ

ใช้แนวทางของ neuropathic pain ที่ไม่ได้เกิดจากมะเร็งมาประยุกต์ซึ่งยาที่ใช้เป็นการรักษาลำดับแรก คือ ยากลุ่มกันชักและยาด้านเศร้า ในรายที่มีชนิดของความปวดหลายชนิดร่วมกัน (mixed pain) ควรพิจารณาใช้ที่มีฤทธิ์ต่างกันร่วมกัน เช่น ยากันชัก, ยาด้านเศร้า, opioid, NSAIDs

- กลุ่มยากันชักที่ได้ผลดี เช่น gabapentin และ pregabalin ส่วน phenytoin และ carbamazepine ผลไม่ชัดเจน
- ยาด้านเศร้า ใช้ได้ดีในการเป็นยาเสริม โดยเฉพาะอาการปวดต่อเนื่อง ได้แก่ tricyclic antidepressant (เช่น amitriptyline, nortriptyline) หรือกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (เช่น venlafaxine และ duloxetine)
- ยาอื่นๆ เช่น lidocaine, mexiletine, ketamine มักไม่นิยมใช้เนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์สูง หากจำเป็นควรใช้โดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น
- การใช้ intervention therapy ได้แก่ (neurostimulation, spinal cord stimulation, neural blockade, neurolysis) ยาทาเฉพาะที่ เช่น ครีม/เจล อาจใช้ในอาการปวดเฉพาะที่ หลังผ่าตัด intrathecal opioid, clonidine เฉพาะรายที่การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือไม่สามารถทนต่อยาได้

2.2 Cancer-induced bone pain (CIBP)

กระดูกเป็นอวัยวะที่โรคมะเร็งแพร่กระจายไปมากที่สุด ความปวดกระดูกจากมะเร็ง (Cancer-induced bone pain; CIBP) พบได้ประมาณร้อยละ 28-45 ของผู้ป่วยมะเร็งที่แพร่กระจายไปกระดูก¹ โดยมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากความปวดประเภทอื่น คือ นอกจากจะมี background pain แล้ว ยังมี breakthrough pain บ่อยมาก ทั้งแบบ spontaneous rest pain และ incident pain ที่มักคาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อไร จึงรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและดูแลรักษายากกว่า

การรักษาความปวดกระดูกจากโรคมะเร็งในปัจจุบัน ประกอบด้วย การฉายรังสี (external radiotherapy), ไอโซโทปกัมมันตรังสี (radioisotopes), การใช้ยาระงับปวดกลุ่ม opioids, ยากลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ bisphosphonates

การฉายรังสี (external radiotherapy) ได้ผลบรรเทาความปวดในภาพรวม overall response ร้อยละ 58-59 และ complete response ร้อยละ 23-24² จึงควรส่งผู้ป่วยทุกรายที่ควบคุมความปวดด้วยยาแล้วได้ผลไม่ดีปรึกษาแพทย์รังสีรักษา³ และเนื่องจากการฉายรังสีเพียงครั้งเดียว (single fraction) ได้ผลไม่ต่างจากการฉายหลายครั้ง (multiple fraction)^{2,4} ผู้ป่วยที่มีระยะเวลารอดชีวิตสั้นหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา ก็ยังได้ประโยชน์จากการฉายรังสีเพียงครั้งเดียว

ไอโซโทปกัมมันตรังสี (radioisotopes) ได้ผลบรรเทาความปวด complete relief เปรียบเทียบกับ placebo RR = 2.10 (95% CI =1.32 -3.35) โดยต้องระมัดระวังเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดลดลง⁵ จึงควรส่งผู้ป่วยที่มีการกระจายไปกระดูกหลายแห่งและควบคุมความปวดด้วยยาแล้วได้ผลไม่ดี ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์³

ยาระงับปวดกลุ่ม opioids ได้ผลดีในการบรรเทา background pain แต่ยังมีปัญหาในกรณี breakthrough pain ที่มี rapid onset ซึ่งอาจจำเป็นต้องพึ่ง parenteral form หรือ rapid onset opioids

ยากลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ได้ผลดีกว่ายาหลอก และการใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยากลุ่ม opioids มีแนวโน้มลดความปวดจากโรคมะเร็งได้ดีกว่ายาเพียงกลุ่มเดียว⁶ แต่หลักฐานเชิงประจักษ์การใช้ยากลุ่มนี้ในระยะยาว และในการบรรเทาความปวดกระดูกยังไม่ชัดเจน จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์จากยา¹

ยากลุ่ม bisphosphonates ได้ผลบรรเทาความปวด best pain response ใน 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม OR = 2.37 (95% CI =1.61-3.50) แต่น้อยกว่าการใช้ยาระงับปวดกลุ่ม opioids หรือรังสีรักษา⁷ สามารถใช้ป้องกันการเกิด skeletal-related event ในอนาคต เช่น กระดูกหัก ไขสันหลังถูกกดทับ เป็นต้น และรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 10-30 ในผู้ป่วยมะเร็ง⁸ แต่ไม่ควรใช้ทดแทนยาระงับปวด และผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินสุขภาพของฟันก่อน³

ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการใช้ calcitonin⁹ และการฝังเข็ม¹⁰ ในการบรรเทาความปวดกระดูกจากโรคมะเร็ง

2.3 Tumor-induced headache (TIH)

ภาวะปวดศีรษะจากความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (Tumor-induced headache; TIH) เกิดได้ทั้งมะเร็งของสมองหรือระบบประสาทเอง และมะเร็งที่กระจายมาจากอวัยวะอื่น อย่างไรก็ตามกลุ่มมะเร็งที่กระจายมาพบบ่อยกว่ามากถึงราวร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยมะเร็ง และราวสองในสามจะมีอาการ มะเร็งที่กระจายมาบ่อย ได้แก่ ปอด เต้านม ผิวหนัง ลำไส้ใหญ่ และไต ส่วนหนึ่งจะไม่พบมะเร็งปฐมภูมิที่กระจายมา

อาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในภาวะที่มะเร็งกระจายมาที่สมอง ตามด้วยความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ และอาการชัก

อาการปวดศีรษะส่วนใหญ่มักปวดทั่วๆ ทั่วๆ มีนๆ บางส่วนอาจปวดตุ๊บๆ หรือปวดแทง มักมีอาการร่วม เช่น คลื่นไส้/อาเจียน และปวดมากขึ้นเมื่อเบ่งไอ จามหรือทำกิจกรรมทั่วไป อาการปวดศีรษะจะกำเริบเป็นครั้งๆ และมีความรุนแรงมากขึ้น ประมาณหนึ่งในสี่จะปวดเวลากลางคืนหรือตื่นนอน หากโรคถูกถามจะมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ตำแหน่งที่ปวดอาจบอกถึงรอยโรคได้บ้างแต่ไม่แน่นอนนัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตอบสนองดีต่อการรักษาที่ไม่ใช่จะเป็นการรักษาจำเพาะและการรักษาตามอาการ หากมีการปวดซ้ำ ควรระวังว่าโรคจะลุกลามหรือเป็นซ้ำภายหลัง

การวินิจฉัยภาวะนี้มักใช้ CT หรือ MRI สมองที่พบก้อนตั้งแต่ 1 ก้อนขึ้นไป ก้อนมักมีลักษณะกลม บวมรอบๆ และมีการเรืองแสงหลังฉีดสารปรับชัด บางรายมีการกระจายไปที่เยื่อหุ้มสมองร่วมด้วย

การรักษา

• การรักษาจำเพาะ

- การผ่าตัดมักเลือกทำในรายที่มีก้อนเพียง 1-2 ก้อน ในตำแหน่งที่ผ่าตัดได้ไม่ยากมีความปลอดภัย ในผู้ป่วยที่มีสถานะดี และไม่มีโรคอื่นร่วมมากนัก
- รังสีรักษามักใช้ในรายที่ก้อนหลายก้อนผู้ป่วยมีสถานะไม่ดีนักโดยมักฉายรังสีทั้งศีรษะ (whole brain radiation) โดยแบ่งฉายเป็นหลายครั้งในขนาดที่ต่ำๆ
- เคมีบำบัดใช้ในรายที่มะเร็งปฐมภูมิตอบสนองต่อเคมีบำบัดมาก่อน เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เต้านม และมะเร็งเซลล์สืบพันธุ์

• การรักษาประคับประคอง

- สเตียรอยด์: Dexamethasone เป็นยาในกลุ่มนี้ที่ใช้บ่อยที่สุด มักในขนาดสูง โดยให้ครั้งแรกในขนาด 4-8 มก. แล้วให้ต่อเนื่องราว 8 มก./วัน โดยแบ่งให้ 2-4 ครั้งในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น ระดับสติลดลงความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงมากอาจใช้ยาในขนาดสูงราว 16-24 มก./วัน แล้วลดขนาดลงเรื่อยๆ ในสัปดาห์แรกแล้วหยุดยาภายใน 2 สัปดาห์ หากเป็นไปได้ระหว่างนั้นผู้ป่วยควรได้รับการรักษาและเฝ้าภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาได้

- อื่น ๆ

- ยากันชัก: ใช้ในรายที่มี อาการชัก เพื่อป้องกันไม่ให้ความดันในกะโหลกสูงขึ้นอีก
- Mannitol : ใช้ในช่วงสั้น ๆ เพื่อให้ลดความดันอย่างรวดเร็วร่วมกับสเตียรอยด์
- ยาแก้ปวด มักใช้ร่วมกับการรักษาต่างๆ ข้างต้น โดยเฉพาะสเตียรอยด์ชนิดของยาแก้ปวดนั้นจะเลือกตามความรุนแรงของอาการปวดศีรษะซึ่งใช้ได้ทั้งยาแก้ปวดธรรมดา, NSAIDs, paracetamol หรือ opioids ควรระวังอาการไม่พึงประสงค์และปฏิกิริยาระหว่างกันของยาด้วย

2.4 Visceral pain and malignant bowel obstruction (MBO)

ความปวดจากอวัยวะภายในและภาวะลำไส้อุดตันจากมะเร็ง (Visceral pain and malignant bowel obstruction; MBO) (บท MBO) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานระยะลุกลาม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ มะเร็งรังไข่¹ และอาจเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งตำแหน่งอื่นมายังช่องท้อง การวินิจฉัยได้จากประวัติ การตรวจร่างกาย และภาพถ่ายทางรังสี

พยาธิสรีรวิทยา²

ต้องแยกพยาธิสรีรวิทยาของ MBO ว่าเกิดจาก mechanical obstruction หรือ functional obstruction โดย

- Mechanical obstruction เกิดจากการอุดตันจากภายนอกลำไส้จากก้อนมะเร็งเองหรือพังพืดในช่องท้อง หรือการอุดตันจากภายในลำไส้
- Functional obstruction (หรือ adynamic ileus) เกิดจากเส้นประสาทหรือ coeliac plexus เกิดภาวะ paraneoplastic neuropathy, autonomic neuropathy ภาวะไขสันหลังถูกกดทับ, peritonitis, intra-abdominal carcinomatosis หรืออาจเกิดจากยา เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids และยากลุ่ม anticholinergics

อาการแสดง^{3,4,5}

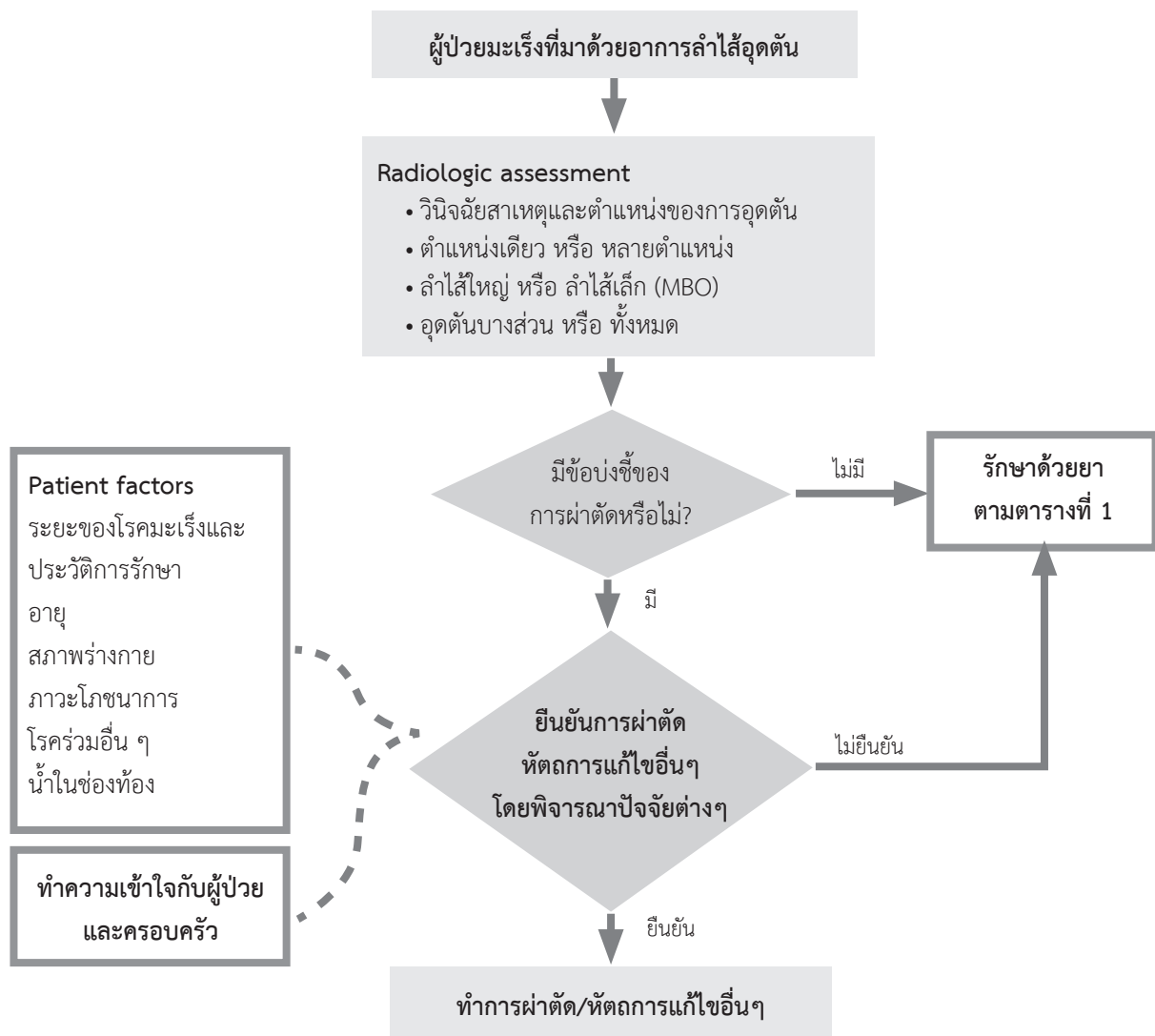
อาการมักค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องโป่งพอง ซึ่งมีกรุนแรงเป็นระยะๆ และหายได้เอง ความรุนแรงจะขึ้นกับตำแหน่งของการอุดตัน เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นอาจปวดตลอดเวลา ไม่ถ่ายอุจจาระไม่ผายลม เบื่ออาหาร อาจพบอาการท้องเสียจากการสะสมของแบคทีเรียในลำไส้ อาจพบอาการร่วมอื่นๆ เช่น ง่วง ซึม หายใจลำบาก ปากแห้ง จากภาวะขาดน้ำ ตรวจพบท้องโป่งพอง อาจมองเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้จากผนังหน้าท้อง

อย่างไรก็ตามควรแยกปัญหาท้องผูกและลำไส้ไม่ทำงานจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านเศร้า เป็นต้น หลักการวินิจฉัยแยกตำแหน่งของลำไส้อุดตันจะใช้ประวัติและอาการแสดงเป็นสำคัญ ส่วนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย MBO ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 และการรักษาอาการต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 7

การตรวจภาพถ่ายทางรังสีวิทยา⁶

พิจารณาการตรวจภาพถ่ายทางรังสี plain abdominal radiography และในกรณีที่มีเครื่องมือหรือมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจทำการตรวจพิเศษอื่นๆเช่น computed tomography, ultrasonography, limited pressure barium enema

แผนภูมิที่ 3 แสดงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย MBO



ตารางที่ 7 แสดงอาการและการรักษา MBO

1. สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ MBO	2. มีการอุดตันบางส่วนหรือบางครั้ง	3. มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์
อาการ <ul style="list-style-type: none"> • อาเจียนเป็นอาหารที่ไม่ย่อย • คลื่นไส้เป็นระยะๆ และอาการบรรเทาเมื่ออาเจียน • ไม่มีอาการปวดบิด • ผายลมได้ • น้ำหนักขึ้น บวม • เสียงเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง • + ท้องอืด • + อาเจียน 	อาการ <ul style="list-style-type: none"> • ผายลม หรือ ถ่ายอุจจาระบ้าง • คลื่นไส้ อาเจียน ปวดบิด • รุนแรงมากสลับน้อย 	อาการ <ul style="list-style-type: none"> • ไม่ถ่ายอุจจาระ • ท้องโป่ง พอง • คลื่นไส้ อาเจียนพุ่งรุนแรง
การรักษา <ul style="list-style-type: none"> • หยุดยากลุ่มที่เป็นสาเหตุเช่น anticholinergics, tricyclic antidepressants • ลดขนาดยา opioids • ให้ยาระบาย • ให้ยา prokinetic antiemetic เช่น metoclopramide 30 - 120 มก./วัน 	การรักษา <ul style="list-style-type: none"> • หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยสูง • ให้ยาระบายอ่อนๆ เพื่อให้อุจจาระนิ่ม • พิจารณา dexamethasone 8 - 10 มก. 2 ครั้ง/วัน • ลดขนาดยา opioids คลื่นไส้ อาเจียน <ul style="list-style-type: none"> • ถ้าไม่ปวดบิด ให้ metoclopramide 30 - 120 มก./วัน • ถ้าปวดบิดให้ cyclizine 100 - 150 มก./วัน ปวดต่อเนื่องจากมะเร็ง ให้ opioids ปวดบิดเป็นพักๆ ให้ antispasmodic ขนาด เช่น hyoscine-N-butylbromide 20 มก.ทันที / 20 - 60 มก./วัน	การรักษา <ul style="list-style-type: none"> - หยุดยาระบายทุกชนิด คลื่นไส้ อาเจียน <ul style="list-style-type: none"> • cyclizine 100 - 150 มก./วัน • ถ้ายังมีอาการอาเจียนให้ haloperidol 1.25 - 2.5 มก. ทางหลอดเลือดดำทันที • dexamethasone 8 - 10 มก. สองครั้ง/วัน • Octreotide 300 - 600 มคก/วัน ปวดบิด <ul style="list-style-type: none"> • Hyoscine-N-butylbromide 20 มก.ทันที (30 - 120 มก./วัน) ปวดต่อเนื่องจากมะเร็ง ให้ opioids ยังคงอาเจียน <ul style="list-style-type: none"> • ให้ anticholinergic ร่วมกับ octreotide • ทำ vent stomach-PEG • Stent

PEG คือ percutaneous endoscopic gastrostomy

2.5 อาการปวดที่สัมพันธ์กับภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา (Pain related with oncologic emergencies)

ได้แก่ การกดเบียดไขสันหลัง (spinal cord compression) และภาวะ increased intracranial pressure (บท Tumor induced headache) spinal cord compression จัดอยู่ในกลุ่มของ structural emergency ที่เกิดจากการกดเบียดส่วนของร่างกายที่สำคัญ โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดหลัง พบได้บ่อยในกลุ่มมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และ มะเร็งในกลุ่ม lymphoma ตำแหน่งที่พบได้บ่อยที่สุด คือกระดูกสันหลังส่วนอก (thoracic spine) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 70 รองลงมา คือกระดูกสันหลังส่วนเอว ภาวะนี้จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้การดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการเกิด permanent neurological deficit

พยาธิสรีระวิทยา

จากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นจากการขยายตัวของก้อนมะเร็งเข้าไปกด spinal cord โดยตรงหรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งมากด dural sac (epidural metastasis) หรืออาจเกิดจากการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูกสันหลังแล้วทำให้เกิดการยุบตัวของกระดูกสันหลังตามมา

การวินิจฉัย

ควรนึกถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่เคยมีอาการปวดหลังมาก่อน อาการปวดมักรุนแรงมากในเวลากลางคืน ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ด้วยยาแก้ปวดทั่วไป พบอาการปวดรุนแรงขึ้นเวลานอนราบหรือเวลาเบ่ง ไอ จาม ซึ่งทำให้เพิ่มความดันใน epidural space ซึ่งเป็นลักษณะของความปวดที่แตกต่างจากอาการปวดหลังจากสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้บ่อยกว่า เช่น disc herniation หรือ lumbar stenosis

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดหลังควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยจะพบจุดกดเจ็บบนกระดูกสันหลัง ระยะแรกอาจตรวจยังไม่พบอาการชา หรืออ่อนแรงของขา ต่อมาอาจพบอาการอ่อนแรงหรือชาตาม dermatome ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่ถูกกดเบียด ในระยะท้ายอาจพบมีการสูญเสียหน้าที่ของการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ซึ่งถ้าพบแล้วมักสัมพันธ์กับการเกิด permanent neurological deficit

เมื่อสงสัยภาวะนี้ ควรให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา โดยการถ่ายภาพ magnetic resonance imaging (MRI) ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดสำหรับภาวะนี้ เพราะช่วยระบุตำแหน่งการกดเบียดได้ชัดเจน และช่วยในการวางแผนการรักษาต่อไป

การรักษา

ได้แก่ การบรรเทาอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่เหมาะสมและหากพบว่ามีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วย ผู้ป่วยควรได้รับยากลุ่ม steroid เช่น dexamethasone 10 มก.ทางหลอดเลือดดำทันที ตามด้วยการให้ต่อในขนาด 4 มก.ทุก 6 ชั่วโมง โดยไม่จำเป็นต้องรอผลการตรวจทางรังสี หลังจากนั้นพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีรักษาหรือการผ่าตัดขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางรังสีและชนิดของมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ภาคผนวก 3

Opioids

ยาแก้ปวดในกลุ่ม opioids เป็นยาแก้ปวดหลักที่นำมาใช้บำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ในการใช้ยาจำเป็นต้องทราบข้อมูลพื้นฐานดังนี้

3.1 เกสัชวิทยาคลินิกของยาในกลุ่ม opioids แต่ละขนาน แต่ละเภสัชภัณฑ์ เพราะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดประสิทธิภาพ รูปแบบการบริหารยา และการติดตามผลการบำบัดความปวด รวมถึง equianalgesic dose และการคำนวณเมื่อมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดของยา opioids หรือเปลี่ยนวิธีในการบริหาร

3.2 หลักการใช้ยา opioids ได้แก่ การเริ่มใช้ยา strong opioids ในขนาดที่เหมาะสม และทำการปรับขนาดยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย รวมถึงการใช้ rescue analgesics สำหรับรักษา breakthrough pain (BTP)

3.3 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids

คำแนะนำในการใช้ยา opioids มีดังนี้

- การสั่งใช้ opioids ควรให้ยาตามเวลา (around-the-clock; ATC) ในการรักษาผู้ป่วย cancer pain ซึ่งมีความปวดอย่างต่อเนื่อง (continuous pain)
- หากผู้ป่วยมีความปวดกำเริบขึ้นในช่วงสั้น ๆ แม้จะได้รับยาแก้ปวดแบบ ATC จนควบคุมความปวดส่วนใหญ่ได้แล้วก็ตาม (breakthrough pain) ควรมีการสั่งยาแก้ปวดที่ใช้เพิ่ม (rescue analgesic) และประเมินความปวดซ้ำทุก 48-72 ชั่วโมง
- การใช้มาตรการเพื่อป้องกันอาการท้องผูกถ่วงหน้ำในผู้ป่วย cancer pain ที่ได้รับ opioids ในระยะยาว
- ติดตามการทำงานของตับและไตของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ
- หลีกเลี่ยงการใช้ pethidine ในผู้ป่วย chronic cancer pain

3.1 เกสัชวิทยาคลินิกของยาในกลุ่ม opioids

Weak opioids

ที่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ codeine และ tramadol ใช้ในการรักษาความปวดจากมะเร็งที่รุนแรงน้อยถึงปานกลางเท่านั้น เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์แก้ปวดจำกัด เมื่อใช้ถึงขนาดยาสูงสุดที่แนะนำ หากยังได้ฤทธิ์ระงับปวดไม่เป็นที่น่าพอใจ ให้เปลี่ยนเป็นยาในกลุ่ม strong opioids โดยใช้ equianalgesic dose (ดูรายละเอียดในตารางที่ 9 และตัวอย่างในตารางที่ 12)

Strong opioids

ยาในกลุ่ม strong opioids เช่น morphine, oxycodone และ fentanyl transdermal patch ใช้การรักษาความปวดจากมะเร็งในระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ดี ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์แก้ปวดแรง สามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความปวดและความทนต่อยาของผู้ป่วย มีช่วงของขนาดยาที่ใช้ในการรักษาค่อนข้างกว้าง แต่ในการใช้ต้องตระหนักถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและควรให้การป้องกัน ติดตาม และจัดการอย่างเหมาะสม โดย strong opioids ที่ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันเป็นระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็ง คือ pethidine เพราะมี toxic metabolite คือ norpethidine ซึ่งทำให้เกิดพิษต่อระบบประสาท

• Morphine

Strong opioids ที่จัดเป็นยาอันดับแรกในการรักษาความปวดจากมะเร็งในระดับปานกลางถึงรุนแรง คือ morphine ชนิดรับประทาน แต่ในกรณีที่ต้องระงับปวดอย่างเร่งด่วน ควรให้ morphine ด้วยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้าหลอดเลือดดำ ทั้งนี้ ไม่แนะนำให้ฉีด morphine เข้ากล้ามเนื้อ เพราะการดูดซึมไม่สม่ำเสมอ ทำให้ประสิทธิผลของยาได้ยาก สำหรับ equianalgesic dose ของ morphine ชนิดรับประทานและชนิดฉีด คือ 1: 3 (ตารางที่ 9)

รูปแบบเภสัชภัณฑ์ของ morphine ที่มีใช้ในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ แต่ละแบบมีระยะเวลาที่ morphine ให้ฤทธิ์แก้ปวดสูงสุด (onset of action) และระยะเวลาที่มีฤทธิ์แก้ปวด (duration of action) แตกต่างกัน ดังสรุปในตารางที่ 10 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเวลาเพื่อการประเมินความปวดหลังให้ morphine และกำหนดระยะห่างในการให้ morphine

• Fentanyl Transdermal patch

Fentanyl มีความแรงมากกว่า morphine ประมาณ 100 เท่า fentanyl transdermal patch มีใช้ในขนาด 12, 25, 50 และ 100 มกค./ชั่วโมง ใช้แปะบริเวณลำตัวส่วนบน หน้าท้อง หรือหน้าขา จะทำให้ยาถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด ยาจะออกฤทธิ์เต็มที่หลังจากติดแผ่นยาไปแล้ว 8-24 ชั่วโมง ดังนั้น จึงไม่แนะนำให้ใช้สำหรับรักษาความปวดแบบเฉียบพลัน รวมทั้ง rescue analgesic และผู้ป่วยควรได้รับยา opioids ที่ได้รับอยู่เดิมร่วมกับการใช้ fentanyl transdermal patch ในช่วงระยะ 24 ชั่วโมงแรก โดยทั่วไป ยาที่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 48-72 ชั่วโมง ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับ morphine ในขนาดคงที่มาแล้วระยะหนึ่ง การเปลี่ยนชนิดของ opioids เป็น fentanyl กรณีที่ opioids ที่ใช้อยู่เดิมเป็น morphine ชนิดรับประทาน ให้ใช้ equianalgesic dose จากตารางที่ 10 ขั้นตอนและตัวอย่างการคำนวณดังแสดงในตารางที่ 11 ตัวอย่างที่ 2 แต่กรณีที่ opioids ที่ใช้อยู่เดิมไม่ใช่ morphine ชนิดรับประทาน ให้คำนวณกลับเป็น morphine ชนิดรับประทานเสียก่อน

เนื่องจาก fentanyl transdermal patch จากแต่ละแหล่งผลิตอาจมีคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์แตกต่างกัน จึงควรใช้ equianalgesic dose ตามข้อมูลเฉพาะของผู้ผลิตแต่ละราย

• Oxycodone controlled release

Oxycodone มีความแรงใกล้เคียงกับ morphine มีใช้ในรูปแบบยาเม็ดออกฤทธิ์เนิ่นขนาด 10 มิลลิกรัม ยานี้มีฤทธิ์ระงับปวด 12 ชั่วโมง ดังนั้น จึงควรบริหารยาทุก 12 ชั่วโมง สำหรับ equianalgesic dose ของ oxycodone กับ morphine ชนิดรับประทาน คือ 2 : 3 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 รายละเอียดของยาในกลุ่ม opioids ที่มีใช้ในประเทศไทย และ equianalgesic dose

ชนิดของ opioids	กลไกการออกฤทธิ์	Equianalgesic dose โดยประมาณ (มก.)		ขนาดยาที่แนะนำ	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้
		Parenteral	Oral			
Tramadol	กระตุ้น μ receptor ยับยั้ง reuptake transporter ของ norepinephrine และ serotonin	100	120	ผู้ป่วยทั่วไป 50-100 มก. ทุก 6-8 ชั่วโมง และไม่เกิน 400 มก./วัน (ทุก 12 ชั่วโมง สำหรับ tramadol retard)	มึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	<ul style="list-style-type: none"> เพิ่มความเสี่ยงของอาการชักในผู้มีประวัติลมชัก ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคไตและผู้สูงอายุ ระมัดระวังการเกิด serotonin syndrome เมื่อใช้ร่วมกับ SSRIs หรือ SNRI
Codeine	ประมาณ 4-10 % ถูกเปลี่ยนผ่าน CYP2D6 เป็น morphine แล้วกระตุ้น μ receptor	100	200	ผู้ป่วยทั่วไป 15-60 มก. ทุก 4-6 ชั่วโมง และไม่เกิน 240-360 มก./วัน	มึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	<ul style="list-style-type: none"> ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคไต ฤทธิ์แก้ปวดลดลงเมื่อใช้ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้ง CYP2D6 เช่น fluoxetine และ paroxetine

ชนิดของ opioids	กลไกการออกฤทธิ์	Equianalgesic dose โดยประมาณ (มก.)		ขนาดยาที่แนะนำ	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้
		Parenteral	Oral			
Morphine	กระตุ้น μ receptor	10	30	ขนาดยาแบบปลดปล่อยตัวยาทันทีในผู้ป่วยทั่วไปเริ่มด้วย รับประทาน 5-10 มก. ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยสูงอายุ 2.5-5 มก. ทุก 4-6 ชั่วโมงขนาดยาฉีดและยาแบบควบคุมการปลดปล่อยดูรายละเอียดเพิ่มเติมจากตารางที่ 9 ปรับขนาดเพิ่มได้เรื่อยๆ ไม่มีขนาดยาสูงสุด	ที่พบบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มึนงง ง่วงนอน ที่พบไม่บ่อย ความดันโลหิตต่ำ การหายใจ คั่นกล้ามเนื้อ กระตุกริ้ว Delirium Euphoria	- ปรับลดขนาดยาลงในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง - ระวังภาวะการหายใจถูกกดในผู้มีความเสี่ยง เช่น มีโรคของระบบทางเดินหายใจ โรคของระบบไหลเวียนเลือดที่รุนแรง ใช้ร่วมกับยาอื่นที่กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น high potency benzodiazepines และผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง
Fentanyl transdermal patch	กระตุ้น μ receptor	0.1 คูณในตารางที่ 10	-	รายละเอียดเพิ่มเติมจากตารางที่ 10 เปลี่ยนแผ่นยาทุก 2-3 วัน ปรับขนาดเพิ่มได้เรื่อยๆ ไม่มีขนาดยาสูงสุด	เหมือน morphine แต่มีโอกาสเกิดท้องผูกน้อยกว่า	- ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับ morphine ในขนาดคงที่มาแล้วระยะหนึ่ง - ไม่ใช่เป็น rescue analgesic - ไม่ใช่ในการรักษา acute pain - ระวังอันตรกิริยากับยาที่มีผลต่อการทำงานของ CYP3A4

ชนิดของ opioids	กลไกการออกฤทธิ์	Equianalgesic dose โดยประมาณ (มก.)		ขนาดยาที่แนะนำ	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้
		Parenteral	Oral			
Strong opioids						
Fentanyl transdermal patch						- ห้ามให้ความร้อนจากกระเป๋าน้ำร้อน ผ้าห่มไฟฟ้าสัมผัส แผ่นยาเมื่อแปะ
Oxycodone controlled release (CR)	กระตุ้น μ receptor	-	20	CR: 10 มก. ทุก 12 ชั่วโมงปรับขนาดเพิ่มได้เรื่อยๆ ไม่มีขนาดยาสูงสุด	เหมือน morphine แต่มีโอกาสเกิดท้องผูกน้อยกว่า	- ระวังการใช้ร่วมกับยาที่เป็น CYP3A4 inducers/ inhibitors - รับประทานทั้งเม็ด ห้ามหักแบ่งบด เคี้ยวเม็ดยา
Pethidine	กระตุ้น μ receptor	60 - 100	300	-	Delirium, myoclonus	ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็ง
Methadone	กระตุ้น μ receptor ยับยั้ง reuptake transporter ของ norepinephrine และ serotonin ยับยั้งตัวรับ NMDA	แปรผันมากควรปรับตามขนาดยา morphine ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่				ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาอันดับแรกเนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์มากและมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้สูง

ตารางที่ 9 ระยะเวลาที่เริ่มให้ฤทธิ์แก้ปวดสูงสุด ระยะเวลาที่มีฤทธิ์แก้ปวด และข้อควรระวังเฉพาะของเภสัชภัณฑ์ morphine แบบต่างๆ

วิธีการให้ยา	ความแรง	ระยะเวลาที่เริ่มให้ฤทธิ์แก้ปวดสูงสุด	ระยะเวลาที่มีฤทธิ์แก้ปวด	ข้อควรระวังเฉพาะ
รับประทาน				
ยาเม็ดแบบปลดปล่อยตัวยาทันที	10 มก.	1 ชั่วโมง	4-6 ชั่วโมง	
ยาน้ำเชื่อม	10 มก./ 5 มิลลิลิตร	30 นาที	4-6 ชั่วโมง	
ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (MSTcontinus [®])	ขนาด 10, 30 และ 60	2-4 ชั่วโมง	8-12 ชั่วโมง	ห้ามหัก แบ่ง บด เคี้ยวเม็ดยา
ยาแคปซูลแบบควบคุมการปลดปล่อย (Kapanol [®])	10, 50 และ 100 มก.	2-4 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	ในกรณีจำเป็นสามารถแกะ pellet ภายในแคปซูล กระจายในของเหลวหรือให้ทาง NG tube ขนาดอย่างน้อย No.14-16 ได้ ห้ามหัก แบ่ง บด เคี้ยว pellet ห้ามกระจาย pellet ลงในน้ำอุ่น
ฉีด				
เข้าใต้ผิวหนัง	ความแรง 10 มก. / มิลลิลิตร*	20-60 นาที	4-6 ชั่วโมง	
เข้าหลอดเลือดดำ		5-20 นาที	4-6 ชั่วโมง	
เข้าช่องไขสันหลัง (lumbar)		30 นาที	24 ชั่วโมง	ต้องใช้ morphine ชนิดปราศจาก preservative ในตำรับเท่านั้น

*ขนาดบรรจุ 1 มิลลิลิตร โดยมีทั้งแบบปราศจาก preservative ในตำรับ และมี preservative ในตำรับ

ตารางที่ 10 Equianalgesic dose ของ morphine ชนิดรับประทานและfentanyl transdermal patch (อาจแตกต่างจากตารางนี้แล้วแต่คำแนะนำของผู้ผลิต)

ขนาดยา morphine ชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมง (มก.)	ขนาดยา fentanyl transdermal patch (มก./ชั่วโมง)
60-134	25
135-224	50
225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150
585-674	175
675-764	200
765-854	225
855-944	250
945-1034	275
1035-1124	300

3.2 Equianalgesic dose ของยาในกลุ่ม opioids และการคำนวณ

Equianalgesic dose ของยาในกลุ่ม opioids ที่แสดงไว้ในตารางที่ 8 และ 10 คือ ขนาดยาเทียบเท่าโดยประมาณ ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการกำหนดขนาดยาเริ่มต้นของ opioids ขนานใหม่ที่ต้องการใช้ ซึ่งคาดว่า opioids ขนานใหม่จะให้ฤทธิ์แก้ปวดและอาการไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับกระตุ้น opioid receptor ได้ใกล้เคียงกับยาขนาดเดิม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของ opioids ที่เปลี่ยน สภาวะของผู้ป่วย และยาที่ใช้ร่วมด้วย โดยจะใช้ประโยชน์ในกรณีต่อไปนี้

- ต้องการเปลี่ยนวิธีการบริหารยา เช่น จากยาฉีดเป็นยารับประทาน หรือจากยารับประทานเป็นยาแผ่นแปะ เพื่อเพิ่มความสะดวกของผู้ป่วยและเพิ่มการยอมรับปฏิบัติตาม
- ต้องการเปลี่ยนชนิดของ opioids เพื่อ
 - o เพิ่มฤทธิ์ระงับปวด เช่น การเปลี่ยน codeine หรือ tramadol เป็น morphine หรือเปลี่ยน morphine เป็น fentanyl
 - o แก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยมาตรการอื่น เช่น การเปลี่ยน morphine เป็น transdermal fentanyl เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการท้องผูกหรือมี delirium จากการใช้ morphine

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการเปลี่ยนยา opioids โดยใช้ equianalgesic dose และตัวอย่างการคำนวณ

ขั้นตอน	ตัวอย่างที่ 1 Oral codeine ↓ Oral morphine	ตัวอย่างที่ 2 SC morphine ↓ Transdermal fentanyl
1.คำนวณขนาดยาใน 24 ชั่วโมงของ opioids เดิม	Oral codeine 60 mg q 4 hr = 360 mg/day oral codeine	Morphine SC 20 mg q 4 hr = 120 mg/day
2.เปลี่ยนขนาดยาใน 24 ชั่วโมงของ opioids เดิมให้เป็นขนาดยาใน 24 ชั่วโมงของ opioids ชนิดใหม่ตาม equianalgesic dose ในตารางที่ 8 หรือ 9	จากตารางที่ 8 360 mg/day oral codeine = Oral morphine 45 mg/day	จากตารางที่ 8 และ 10 Morphine SC 120 mg/day = oral morphine 360 mg/day = fentanyl transdermal patch 100 mcg/hr
3.เลือกเภสัชภัณฑ์ของ opioids ชนิดใหม่และเฉลี่ยขนาดยาใน 24 ชั่วโมงให้เหมาะสมกับความถี่ในการให้ยา (ในกรณีที่ opioids ชนิดใหม่เป็น fentanyl ใช้ข้อมูลจากตาราง 10 ได้เลย)	Oral morphine 45 mg/day = 7.5 mg morphine oral immediate-release q 4 hr = MST continus 10 mg 2 tab q 12 hr = Kapanol 20 mg 2 cap q 24hr	Fentanyl transdermal patch 100 mcg/hr
4.ปรับเพิ่ม หรือลดขนาดยาตามสภาวะของผู้ป่วยและคุณสมบัติของ opioids 4.1 กรณีที่ opioids เดิมคุมความปวดได้ดีให้ปรับลดขนาดยา opioids ชนิดใหม่ลงประมาณ ร้อยละ 25-50 4.2 กรณีที่ opioids เดิมคุมความปวดไม่ได้ อาจเริ่มใช้ opioids ชนิดใหม่ในขนาดที่คำนวณได้ หรือปรับเพิ่มร้อยละ 25	-	Fentanyl transdermal patch 100 mcg/hr 1 patch q 3 days
5.ติดตามผู้ป่วยในระยะแรกที่เริ่มใช้ยา opioids ชนิดใหม่จนกว่าจะเข้าสู่ระดับคงที่เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์	1 - 2 วัน	3 - 6 วัน

3.3 หลักการใช้ยา opioids

การเริ่มใช้ยา strong opioids

● ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ opioids มาก่อนและไตทำงานปกติ แนะนำให้ใช้ morphine แบบปลดปล่อยด้วยทันที ขนาดยาที่แนะนำตามตารางที่ 10 ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไตบกพร่อง อาจต้องปรับลดขนาดยา ในผู้ป่วยที่ปวดมะเร็งเรื้อรังบางรายสามารถเริ่มต้นด้วย morphine แบบควบคุมการปลดปล่อยได้ แต่ต้องให้ rescue analgesics ด้วยในช่วงแรก

● ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับ weak opioid มาก่อน ให้คำนวณขนาดยา morphine โดยใช้ equianalgesic dose ตามตารางที่ 8 ขั้นตอนและตัวอย่างการคำนวณตามตารางที่ 10 ตัวอย่างที่ 1

การปรับขนาดยา morphine

● การปรับขนาด morphine ในระยะแรก กรณีที่ใช้ morphine แบบปลดปล่อยด้วยทันที ให้ประเมินฤทธิ์แก้ปวดของยาตามเวลาที่ยาออกฤทธิ์แก้ปวดสูงสุดในตารางที่ 9 หากยังไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ให้ทำการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นตามระดับความปวด

- ปวดปานกลาง (pain score 4-6) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 25-50 ของขนาดยา morphine แบบปลดปล่อยด้วยทันทีที่ให้ก่อนหน้านั้น
- ปวดรุนแรง (pain score 7-10) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 50-100 ของขนาดยา morphine แบบปลดปล่อยด้วยทันทีที่ให้ก่อนหน้านั้น
- เมื่อสามารถคุมความปวดได้ดีโดยการใช้ morphine แบบปลดปล่อยด้วยทันทีแล้ว ให้คำนวณขนาดยา morphine ที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง แล้วเปลี่ยนเป็นแบบควบคุมการปลดปล่อยด้วยยาเพื่อให้สะดวกแก่ผู้ป่วยและเพิ่มการยอมรับปฏิบัติตาม

● การปรับขนาด morphine ในช่วง maintenance treatment ทั้ง morphine แบบปลดปล่อยด้วยทันที หรือ แบบควบคุมการปลดปล่อยด้วยยา

- ให้คำนวณขนาดยา morphine ที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง แล้วปรับขนาดเพิ่มร้อยละ 25-30 ของขนาดยาที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง หรือปรับเพิ่มเท่ากับขนาดยา morphine ที่ใช้เป็น rescue analgesic สำหรับ breakthrough pain ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- ความเร็วในการปรับขนาดยา ขึ้นกับความทนต่อยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปเมื่อปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้นได้ภายใน 1-2 สัปดาห์

Rescue analgesics สำหรับรักษา breakthrough pain (BTP)

ผู้ป่วยมะเร็งที่มี BTP ระดับปานกลางถึงรุนแรงควรได้รับ rescue analgesics เพื่อระงับปวด ยาที่ใช้ควรเป็นแบบปลดปล่อยตัวยาทันที หรือแบบฉีดที่ออกฤทธิ์เร็ว และควรเป็นชนิดเดียวกับยาที่ใช้แบบที่ให้ตามเวลา (around-the-clock)

- ขนาด rescue analgesic ที่ใช้คิดเป็นร้อยละ 10-20 ของขนาดยาที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง ให้แบบ prn ได้ดีที่สุดทุก 1 ชั่วโมง และเว้นระยะห่างจากยาที่ใช้แบบ around-the-clock อย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- อนุโลมให้ใช้ morphine รับประทานแบบปลดปล่อยตัวยาทันที หรือแบบฉีดเป็น rescue analgesic ในผู้ป่วยที่ใช้ fentanyl transdermal patch เนื่องจากยังไม่มีเภสัชภัณฑ์ของ fentanyl สำหรับ BTP ในประเทศไทย โดยขนาด morphine ที่ใช้คิดเป็นร้อยละ 10-20 ของ equianalgesic dose ของ morphine รับประทาน และ fentanyl transdermal patch ในตารางที่ 10
- ประเมินความปวดซ้ำใน 48-72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยต้องการ rescue analgesic มากกว่า 4 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องปรับขนาดยาที่ใช้แบบ around-the-clock เพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30 ของขนาดยาเดิม หรือปรับเพิ่มเท่ากับขนาดยาที่ใช้เป็น rescue analgesic สำหรับ BTP ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

3.4 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids

เมื่อใช้ยาในกลุ่ม opioids จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids โดยมาตรการทั่วไปมีดังนี้

1. เริ่มใช้ในขนาดต่ำ ให้เริ่มด้วยขนาดยาของ opioids ต่ำสุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง
2. ปรับขนาดยาช้าๆ ผู้ป่วยจะทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ของ opioids ได้หลังจากเริ่มใช้หรือปรับขนาดยาเพิ่มภายใน 1-2 สัปดาห์ ยกเว้นอาการท้องผูกที่จะคงอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วยยังใช้ opioids
3. ให้การรักษาจำเพาะเบื้องต้น หรือการป้องกันอย่างเหมาะสม
4. ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นหรือวิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อเสริมฤทธิ์แก้ปวดของ opioids และลดความต้องการ opioids ลง
5. ประเมินสาเหตุอื่นๆ ของอาการที่อาจพบร่วมด้วย
6. ถ้าไม่สามารถแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ได้ ให้พิจารณาเปลี่ยนชนิดของ opioid การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids ทำได้ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids

อาการไม่พึงประสงค์	การรักษา
ง่วงนอน	<ul style="list-style-type: none"> ลดขนาดยา opioids ให้ methylphenidate ในขนาด 5-10 มก. หลังอาหารเช้าและกลางวัน
ท้องผูก	<ul style="list-style-type: none"> หาสาเหตุของอาการท้องผูก (ดูเพิ่มเติมในบท Constipation) ดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 2-2.5 ลิตร (แต่ต้องระวังในภาวะบางอย่างเช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะไตทำงานบกพร่อง) ให้ยาระบายกลุ่ม stimulant laxatives, saline laxatives หรือ stool softeners เพื่อป้องกัน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Bisacodyl 5 มก. รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ดวันละ 1-3 ครั้ง หรือ 10 มก. เหน็บทวารหนัก <ul style="list-style-type: none"> ■ Senna 7.5 มก. ครั้งละ 1-4 เม็ด วันละ 1-2 ครั้ง ■ Milk of magnesia ครั้งละ 15-60 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง ■ Macrogol 4000 ครั้งละ 1-2 ซองผสมน้ำดื่มก่อนนอน Lactulose ครั้งละ 15-60 ml วันละ 1 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> ■ Docusate sodium 100-400 มก. วันละ 1-2 ครั้ง ควรปรับขนาดยาระบายเพิ่มเมื่อเพิ่มขนาดขนาดยา opioids หรืออาจใช้ยาระบายร่วมกัน
คลื่นไส้	<ul style="list-style-type: none"> ให้ยาแก้อาเจียนเมื่อมีอาการ เช่น <ul style="list-style-type: none"> ■ Domperidone 10-20 มก. รับประทานทุก 6 ชั่วโมง ■ Haloperidol 0.5-1.0 มก. รับประทานทุก 6-8 ชั่วโมง ■ Prochlorperazine 10 มก. รับประทานทุก 6 ชั่วโมง ■ Metoclopramide 10-20 มก. รับประทานทุก 6 ชั่วโมง ■ Ondansetron 8 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง ■ Ganisetron 2 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง ควรระวังอาการไม่พึงประสงค์ extrapyramidal side effect จากการใช้ haloperidol, prochlorperazine และ metoclopramide
เพ้อ (delirium)	<ul style="list-style-type: none"> Haloperidol 0.5-2 มก. รับประทาน หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 4-6 ชั่วโมง Risperidone 0.25-0.5 มก. รับประทาน วันละ 1-2 ครั้ง <p>ดูเพิ่มเติมในบทภาวะทางจิตเวช</p>
กดการหายใจ (respiratory depression)	<ul style="list-style-type: none"> เจือจาง naloxone 1 ampule (0.4 มก.) ใน normal saline 9 มิลลิลิตร แบ่งครั้งละ 1-2 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ ทุก 30-60 วินาที จนอาการดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองภายใน 10 นาที ให้ฉีดจนได้ขนาดรวม 1 มก.
คัน (pruritus)	<ul style="list-style-type: none"> ให้ antihistamines
กล้ามเนื้อกระตุก (myoclonus)	<ul style="list-style-type: none"> Clonazepam 0.25-2 มก. รับประทานวันละ 1-2 ครั้ง Lorazepam 0.5-2 มก. รับประทานวันละ 1-2 ครั้ง
หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือ QTc prolongation	<ul style="list-style-type: none"> สัมพันธ์กับขนาดยาของ methadone ควรติดตามการทำงานของหัวใจโดยทำการศึกษาคลิ้นไฟฟ้าหัวใจก่อนเริ่มให้ยา และติดตามเป็นระยะในระหว่างที่มีการใช้ยา methadone โดยเฉพาะหากใช้ขนาดสูงกว่า 300 มก./วัน

ภาคผนวก 4 Non-opioids

ยาแก้ปวดในกลุ่ม non-opioids ได้แก่ nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), COX-2 inhibitors (coxibs) และ paracetamol มีคำแนะนำการใช้ยา ดังนี้

- สามารถใช้ได้ในทุกระดับความปวดจากมะเร็งตาม WHO analgesic ladder ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้
- การใช้ร่วมกับยากลุ่ม opioids ในผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปวดและลดขนาดการใช้ยา opioids ลง
- ห้ามใช้เกินขนาดยาสูงสุดที่แนะนำ เพราะยาในกลุ่มนี้มี ceiling analgesic effects
- ไม่พบว่าประสิทธิภาพของยา NSAIDs และ COX-2 inhibitors แต่ละตัวมีความแตกต่างกัน
- ใช้ยา NSAIDs และ COX-2 inhibitors ในขนาดต่ำสุดและระยะเวลาสั้นที่สุดที่ให้ผลในการควบคุมอาการปวด
- การใช้ยา NSAIDs และ COX-2 inhibitors ในระยะยาวต้องประเมินความจำเป็นเป็นระยะๆ ตัวอย่างยาแก้ปวดในกลุ่ม non-opioids ที่ใช้บ่อย ความถี่ในการให้ยา และขนาดยาสูงสุดที่แนะนำดังแสดงในตารางที่ 13 ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวังในการใช้ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 13 ตัวอย่างยาแก้ปวดในกลุ่ม non-opioids ที่ใช้บ่อย ความถี่ในการให้ยา และขนาดยาสูงสุดที่แนะนำ

ยา	ความแรง (มก.)	ความถี่	ขนาดสูงสุด (มก./ วัน)
Paracetamol	325, 500 Extended release 650	ทุก 4 - 6 ชม. ทุก 8 ชม. สำหรับยาในรูปแบบ extended release	4,000
Ibuprofen	200, 400, 600	ทุก 4 - 6 ชม.	2,400
Diclofenac	25, 50 Sustained release 75, 100	ทุก 8 ชม. ทุก 12 - 24 ชม. สำหรับยาในรูปแบบ sustained release	150
Indomethacin	25 Sustained release 75	ทุก 8 - 12 ชม. ทุก 12 - 24 ชม. สำหรับยาในรูปแบบ sustained release	200

ยา	ความแรง (มก.)	ความถี่	ขนาดสูงสุด (มก./ วัน)
Meloxicam	7.5	ทุก 12 - 24 ชม.	15
Naproxen	250	ทุก 12 ชม.	1,000
Naproxen sodium	275	ทุก 12 ชม.	1,100
Piroxicam	10, 20	ทุก 24 ชม.	20
Celecoxib	200, 400	ทุก 12 ชม.	400
Etoricoxib	30, 60, 90, 120	ทุก 24 ชม. ขนาด 120 มก. ใช้ติดต่อกันไม่เกิน 8 วัน	

ตารางที่ 14 อาการไม่พึงประสงค์ / ข้อควรระวังที่สำคัญของยาแก้ปวดในกลุ่ม non-opioids

ยา	อาการไม่พึงประสงค์ / ข้อควรระวังที่สำคัญ
Paracetamol	<p>พิษต่อตับ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ระวังการเกิด overdose จากการใช้ในรูปแบบผสมระหว่าง paracetamol กับ opioid analgesics • ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดพิษต่อตับจาก paracetamol ได้แก่ มีภาวะทุพโภชนาการ รับประทานที่เป็น enzyme inducer ของ CYP2E1 ร่วมด้วย (isoniazid, rifampicin, carbamazepine, phenytoin), active liver disease, ต้มแอลกอฮอล์เป็นประจำใช้ร่วมกับยาอื่นที่มีพิษต่อตับให้ลดขนาดยาสูงสุดต่อวันลงเหลือร้อยละ 50-75
NSAIDs และ coxibs	<p>ระบบทางเดินอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปัจจัยเสี่ยง: อายุมากกว่า 60 ปี, เคยมีประวัติ ulcer มาก่อน, ใช้ NSAIDs หลายชนิดร่วมกันหรือใช้ในขนาดสูง, ใช้ร่วมกับยาที่เพิ่ม bleeding time เช่น anticoagulants, corticosteroids, antiplatelets มีการทำงานของหัวใจ ตับหรือไตบกพร่อง, สูบบุหรี่ • ยาที่มีความเสี่ยงสูง: piroxicam • ยาที่มีความเสี่ยงต่ำ: coxibs, preferential COX-2 inhibitors เช่น meloxicam, diclofenac, ibuprofen (ขนาดไม่เกิน 1,200 มก./วัน) • ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงให้ใช้ยา proton- pump inhibitors ร่วมด้วย <p>ระบบหัวใจและหลอดเลือด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติ cardiovascular thromboembolic events ทั้ง NSAIDs และ coxibs • หากจำเป็นต้องใช้ เลือกใช้ naproxen ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง <p>ไต</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปัจจัยเสี่ยง: อายุมากกว่า 60 ปี, compromised fluid status, multiple myeloma, diabetic mellitus, interstitial nephritis, papillary necrosis, ใช้ยาอื่นที่มีพิษต่อไตหรือ chemotherapy ที่ขับออกทางไตเป็นหลักร่วมด้วย <p>ตับ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nimesulide และ diclofenac มีความเสี่ยงในการเกิดพิษต่อตับมากกว่า NSAIDs ตัวอื่น <p>เกล็ดเลือด</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traditional NSAIDs เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออก ในผู้ป่วยที่มีภาวะ thrombocytopenia <p>มีประวัติการแพ้ยา เนื่องจากจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน เช่น maculopapular rash</p> <ul style="list-style-type: none"> • หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีโครงสร้างทางเคมีในกลุ่มเดียวกัน เช่น ผู้ที่แพ้ยาในกลุ่ม sulfonamides ให้หลีกเลี่ยง nimesulide และ celecoxib <p>ประวัติการแพ้ยา แบบ pseudoallergic reactions จากการใช้ traditional NSAIDs เช่น bronchospasma, angioedema, urticaria, anaphylactoid reactions</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประเมินจากประวัติของผู้ป่วย เช่น ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาหรือการแพ้ยา กลุ่ม NSAIDs กลุ่มเก่า เพื่อวินิจฉัยแยกจากการแพ้ยาเนื่องจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน • เลือกใช้ยาที่ยับยั้ง COX-1 น้อย เช่น coxibs หรือ preferential COX-2 inhibitors เช่น meloxicam

ภาคผนวก 5 Adjuvants

ยาแก้ปวดในกลุ่ม adjuvants คือ ยาที่มีข้อบ่งใช้หลักทางคลินิกสำหรับโรคอื่นๆ แต่สามารถนำมาใช้ร่วมเพื่อบำบัดความปวดได้ หรืออาจเหมาะสำหรับความปวดบางชนิด ยาแก้ปวดในกลุ่ม adjuvants มี

หลายกลุ่ม เช่น antidepressants, anticonvulsants, muscle relaxants, antispasmodics, corticosteroids และ bisphosphonate แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกัน

Antidepressants และ anticonvulsants

- ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ neuropathic pain
- การเลือกใช้ยาพิจารณาตามโรคร่วม ประวัติการตอบสนองต่อยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา
- การรักษาลำดับแรก ควรเลือกใช้ยาในกลุ่ม TCAs เช่น amitriptyline, nortriptyline โดย nortriptyline จะมีอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่า หรือเลือกใช้ anticonvulsants เช่น gabapentin โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีข้อห้ามใช้ TCAs
- เริ่มใช้ยาในขนาดต่ำ และค่อยๆ เพิ่มขนาดยาทุก 3 - 14 วัน ตามความสามารถในการทนต่อยาของผู้ป่วย

ตัวอย่าง antidepressants และ anticonvulsants ที่ใช้บ่อย ขนาดยา และอาการไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวังที่สำคัญดังแสดงในตารางที่ 15 Adjuvant analgesics อื่นๆพิจารณาใช้ตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมตามตารางที่ 16

ตารางที่ 15 ตัวอย่าง antidepressants และ anticonvulsants ที่ใช้บ่อย ขนาดยา อาการไม่พึงประสงค์ และ ข้อควรระวังที่สำคัญ

ยา	ความแรง (มก.)	ขนาดยา (มก./ วัน)	อาการไม่พึงประสงค์และข้อควรระวังที่สำคัญ
Antidepressants			
Amitriptyline	10, 25, 50	10 - 75	<ul style="list-style-type: none"> - Anticholinergic side effects, ง่วงนอน หัวใจเต้นเร็ว น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น - ระวังการเกิดหรือหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต โรคต่อหิมนมปิด โรคลมชัก - ระวังการเกิด serotonin syndrome จากการใช้ร่วมกับยา tramadol
Nortriptyline	10, 25	10 - 75	
Venlafaxine	37.5, 75	75 - 150	<ul style="list-style-type: none"> - คลื่นไส้ ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่ม ท้องผูก - ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ - ระวังการเกิด serotonin syndrome จากการใช้ร่วมกับยา tramadol
Duloxetine	30, 60	30 - 60	
Anticonvulsants			
Gabapentin	100, 300, 400, 600	300 - 3,600	<ul style="list-style-type: none"> - ง่วงนอน วิงเวียน บวมที่รยางค์ส่วนปลาย - ขับทางไตในรูปแบบเดิม จึงต้องลดขนาดในผู้ป่วยซึ่งมีการทำงานของไตบกพร่อง
Pregabalin	25, 75, 150	75 - 600	
Carbamazepine	IR: 200 CR: 200, 400	100 - 1,200	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาลำดับแรก - ใช้กรณี paroxysmal sharp shooting pain - คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน - ระวังการเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ โดยเฉพาะหากได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย - หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยโรคตับ โรคไขกระดูก - ระวังการเกิดผื่นแพ้ยารุนแรง - สามารถเหนี่ยวนำ CYP450 ในตับได้ จึงอาจทำให้ยาแก้ปวดบางชนิดมีระดับยาตกลงจนไม่ได้ผลในการรักษา เช่น fentanyl และ methadone และอาจมีอันตรกิริยากับยาอื่นสูง

ตารางที่ 16 ตัวอย่าง adjuvant analgesics อื่นๆ ข้อบ่งชี้ในการใช้ ขนาดยา และข้อมูลเพิ่มเติมของยา

ยา	ข้อบ่งชี้	ขนาดยา	ข้อมูลเพิ่มเติม
Baclofen	- Trigeminal neuralgia ยานี้มีฤทธิ์ antispasticity และอาจสามารถลดความปวดจากภาวะ muscle spasm ซึ่งมักพบร่วมกับการเกิด acute neuropathic pain ได้	15 - 80 มก. แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง	อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือ ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน
Corticosteroids (dexamethasone, prednisolone)	ความปวดที่เกิดจากภาวะ inflammation, nerve compression, diffuse bone pain, bowel obstruction, acute management ในภาวะ pain crisis จากพยาธิสภาพที่ neural structures หรือ bone, intracranial pressure สูงจากมะเร็งในสมอง	ขนาดยาแล้วแต่ชนิดของยาที่ใช้ และข้อบ่งชี้	ประโยชน์อื่นๆ ของยาในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิต mood elevation, กระตุ้นความอยากอาหาร ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความรู้สึกไม่สบายหรืออ่อนแอของร่างกาย (malaise) ระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระยะยาว
Hyoscine - N-butylbromide	ความปวดที่เกิดจากภาวะ bowel obstruction	ดูเพิ่มเติมใน ภาคผนวก 2.4 Visceral pain and malignant bowel obstruction (MBO)	
Octreotide	ความปวดที่เกิดจากภาวะ bowel obstruction		
Topical capsaicin	- Post-herpetic neuralgia, diabetic neuropathy และ painful polyneuropathy - Musculoskeletal pain	0.0125 - 0.075% ทาวันละ 3-4 ครั้ง	อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้ คือ แสบร้อน (burning, stinging) และ ผื่นแดง (erythema)
Bisphosphonates	- สามารถพิจารณาใช้เป็นส่วนหนึ่งของ regimen ในการรักษาความปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะ metastatic bone disease		ไม่แนะนำให้ใช้ยานี้เป็นยาอันดับแรกในการรักษา first line therapy เนื่องจากยาอาจมีพิษต่อไตและอาจทำให้เกิดภาวะ osteonecrosis of the jaw (ONJ) จึงแนะนำให้ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

ภาคผนวก 6 Integrative intervention

ให้พิจารณาใช้ร่วมกับการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามความเหมาะสม หรือตามความชอบ (preference) ของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่มีสภาพร่างกายทรุดโทรมเกินเยียวยา (frail) และเด็กเล็กมากจนไม่สามารถให้วิธีการให้ยาตามมาตรฐาน และเป็นตัวเลือกที่ใช้ร่วมที่เสนอให้ผู้ป่วย

วิธีการที่เป็นตัวเลือกร่วมกัน^{1,2} เพื่อช่วยให้ความปวดมีแนวโน้มที่ลดลง สามารถทำกิจวัตรได้เพิ่มขึ้น ได้แก่

วิธีทางกายภาพ (Physical modalities)³

การช่วยอาบน้ำ ทำความสะอาด ดูแลความสะอาดเตียง และพวยงเดิน

การแนะนำเรื่องการจัดทำกายภาพบำบัด และการแนะนำการเดิน

การนวด

การใช้ความร้อน หรือความเย็นบำบัดปวด

การใช้ transcutaneous nerve stimulation (TENS)

การฝังเข็ม กดจุด

การใช้ ultrasound เพื่อการรักษา

วิธีการทางจิตบำบัด และ cognitive modality

การใช้ Imagery/hypnosis

การฝึกการหันเหความสนใจ distraction

การฝึกการผ่อนคลาย

การฝึก coping

การฝึกแนวปฏิบัติ การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ

Cognitive behavioral training

การดูแลใส่ใจเรื่อง Spiritual care (บท distress management)

การปรึกษาเพื่อทำ Intervention อื่นๆ

ข้อบ่งชี้ที่ส่งปรึกษา^{1,2} ได้แก่

- ความปวดที่บรรเทาได้ด้วย nerve block^{4,5} เช่น celiac plexus block ในมะเร็งตับอ่อน มะเร็งช่องท้องส่วนบน superior hypogastric plexus block ในมะเร็งช่องท้องส่วนล่าง การทำ intercostal block, peripheral nerve block หรือ plexus block อื่น ๆ

- เมื่อไม่สามารถจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพด้วยยาแก้ปวด หรือมีผลไม่พึงประสงค์ อาจใช้การฉีดยาในช่องไขสันหลัง การใช้ spinal cord stimulation หรือการผ่าตัดแบบทำลายประสาท destructive neurosurgery

หัตถการที่ทำบ่อย ได้แก่

- regional infusion ทั้งทาง epidural, intrathecal หรือ regional plexus ทั้งนี้การใช้ทาง epidural จะต้องใช้ catheter และ pump โดยใช้ opioid, local anesthetics และ clonidine เหมาะในการลดปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ให้ระวังการเลื่อนหลุด และมีติดเชื้อมีได้ จึงไม่ควรใส่เกิน 1-2 สัปดาห์ ทาง intrathecal ใช้ opioid, local anesthetics, clonidine และ ziconotide pump ราคาสูงและต้องทราบวิธีการใส่ และเติมยา Regional plexus เช่น ความปวดในรยางค์หนึ่งข้าง สำหรับให้ local anesthetics ใช้ได้เป็นช่วง 1-2 สัปดาห์เพราะมีติดเชื้อมีได้

- percutaneous vertebroplasty และ kyphoplasty

- วิธี neurodestructive สำหรับความปวดที่รู้ตำแหน่งกลุ่มอาการความปวดชัดเจน ที่ทำบ่อย คือ spinal analgesics แต่ก็ยังมีหัตถการอื่นๆ ได้แก่ วิธี neurodestructive ในส่วนของมะเร็งศีรษะและลำคอ คือทำ peripheral neurolysis ซึ่งพบมีการทำลายประสาทรับรู้และการเคลื่อนไหว ส่วนรยางค์บน คือ brachial plexus neurolysis ส่วนหน้าอก คือทำ neurolysis ของ dorsal root ganglion, การทำ epidural หรือ intrathecal, intercostal nerve ส่วนหน้าท้องส่วนบนจาก visceral pain คือ การทำ celiac plexus block, thoracic splanchnicectomy ส่วนกลางท้องน้อย (pelvic pain) คือ superior hypogastric plexus block ส่วนบริเวณลำไส้ตรง คือ intrathecal neurolysis, midline myelotomy, superior hypogastric plexus block, ganglion impar block การปวด unilateral pain syndrome ทำ cordotomy หรือการทำ phenol block intrathecal ระดับกระดูกสันหลังส่วนหลัง ก้นกบ

- neurostimulation สำหรับอาการที่สัมพันธ์กับมะเร็ง

- radiofrequency ablation ใน bone lesion

ภาคผนวก 7 Pain at the end of life

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายที่มีความปวดจะทนทุกข์ทรมานทั้งครอบครัวที่อาจมีความรู้สึกผิดหรือ รู้สึกโกรธผู้ดูแลรักษา หรือมีความเศร้าเสียใจ การที่ไม่สามารถจัดการความปวดได้ ส่วนแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลอาจมีภาวะ burnout เมื่อดูแลอาการปวดในช่วงสุดท้าย จึงต้องมีการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกต้องโดยผู้มีความชำนาญในการดูแลจัดการความปวดทั้งการประเมินและการจัดการความปวด โดยใช้หลักจริยศาสตร์ที่เหมาะสมตามสถานการณ์ (บท law and ethics)

อุบัติการณ์

ความปวดในระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง พบความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง และพบได้ถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่มีระยะลุกลาม¹ แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากเสียชีวิตที่บ้าน แต่ความเป็นจริง ร้อยละ 25-50 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล และหรือสถานพยาบาล² การเข้าถึงทีม palliative care จะทำให้การดูแลความปวดดีขึ้นอย่างมาก

การประเมินความปวด

- ใช้แนวทางการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม (ดู Check list 1: Comprehensive pain assessment)
- ในโรคมะเร็งระยะท้าย ให้ประเมินสถานะที่อื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของอาการปวด เช่น ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง (บทอาการอื่นๆ)
- ต้องครอบคลุมทุกด้าน คือ ทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (total pain)³ คุยปัจจัยต่างๆว่าสิ่งใดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทนทุกข์ทรมาน และต้องครอบคลุมถึงครอบครัวร่วมด้วย
- การประเมินความปวด อาจมีปัญหาในกรณีที่ความรู้สึกหรือสติสัมปชัญญะ (cognitive) ที่ลดลงและไม่สามารถที่จะโต้ตอบได้ จึงมีการประเมินโดยใช้พฤติกรรม เช่น Behavioral Pain Scale (BPS) เพื่อช่วยทำให้มีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น นำมาแทนมาตรวัดความรุนแรงความปวด

หลักการของการจัดการความปวด^{3,4,5}

การใช้ยาเป็นหลักในการรักษาความปวดในระยะสุดท้าย ซึ่งมี 3 ชนิด คือ opioids, nonopioid และ adjuvant analgesics

- การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาต้องมีการปรับเปลี่ยนตามลักษณะของการดำเนินโรคที่แย่ลงหรือปรับยาขึ้นเมื่อปวดมากขึ้น
- ควรพิจารณาลดขนาดยาเมื่อมีภาวะไตหรือตับวายที่ทำให้การขับยาลดลงหรือการทำลายยาช้าลง
- ให้การดูแลแบบครอบคลุมทุกด้านของ total pain
- ควรดูแลอาการอื่นๆ ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายที่พบร่วม และอาจได้ประโยชน์จากยา opioids ได้แก่อารมณ์หอบเหนื่อย
- การตั้งเป้าของการดูแลให้เหมาะสมเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นโดยให้คุณค่ากับสิทธิผู้ป่วย คุณค่าความเป็นมนุษย์ และความเป็นจริงจากโรคที่แย่ลง การใช้ยาแก้ปวดจุดประสงค์เดิมที่ลดอาการปวดโดยที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดีนั้นอาจไม่สามารถทำได้จากสภาวะโรคที่แย่ลง จึงต้องอธิบายผลข้างเคียง และครอบครัวที่ดูแลร่วมด้วย
- การคุยประเด็นเกี่ยวกับเรื่องของการทำหัตถการชนิดอื่น ๆ โดยที่ครอบครัวต้องเข้าใจและช่วยประคับประคองผู้ป่วยในการตัดสินใจร่วมด้วย

การใช้ยาแก้ปวด opioid

- การใช้ยา opioid มีความจำเป็นกรณีปวดรุนแรงแต่พบว่ายังมีการให้ยาไม่เพียงพอ จากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด (ภาคผนวก 1)
- ร้อยละ 53-70 ที่ต้องเปลี่ยนการบริหารยาจากที่เคยใช้เดิมโดยเฉพาะในช่วงเป็นวันหรือชั่วโมงก่อนการตาย ต้องพิจารณาตามความเหมาะสม (ภาคผนวก 3: ตาราง equianalgesic และ opioid rotation)
- ถือเป็นหลักในการดูแลความปวดปานกลางถึงรุนแรง การเลือกใช้ขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการใช้ การเข้าถึง รูปแบบการบริหารยา เช่น การใช้ยา morphine รูปแบบการรับประทานอาจให้ไม่ได้ในกรณีที่โรคเป็นมากขึ้นจึงต้องใช้ยาชนิด transdermal fentanyl การเปลี่ยนจากการกินยาเป็น subcutaneous หรือเข้าทางหลอดเลือด ถ้าอยู่สถานพยาบาลผู้ป่วยบางรายอาจให้ทาง epidural route หรือ intrathecal pump เข้าช่องไขสันหลังถ้าพยากรณ์โรคอยู่ได้หลายเดือน
- ควรป้องกันผลข้างเคียงเช่นท้องผูก เฝาระวังผลของยาต่างๆที่ใช้แล้วมี interaction สภาวะผลข้างเคียงเช่น ง่วงซึม กับภาวะสับสน (delirium) ที่พบได้ในระยะท้ายที่อาจต้องได้ยาลดอาการ และภาวะอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว

การให้ยาในกลุ่ม non opioids

มีข้อดี แต่ต้องทราบผลเสียจากการใช้ยา (ภาคผนวก 4, 5) กรณีให้ยาชนิดฉีด NSAIDS สำหรับปวดเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ เช่น ใส่ chest tube มีความเสี่ยงมาก ต้องปรับขนาดยา ระงับการมีภาวะน้ำเกิน ไตบกพร่อง เลือดออกในทางเดินอาหาร ควรหลีกเลี่ยง หรือใช้สั้นที่สุด ขนาดน้อยที่สุด

การให้ยาในกลุ่ม adjuvants (ภาคผนวก 5)

มักให้จนถึงระยะสุดท้าย เช่นกรณีที่ให้ opioid แล้วไม่ได้ผลดี หรือเป็นความปวด neuropathic pain (opioid-refractory neuropathic pain) ปวดจาก bone pain หรือจากลำไส้อุดตัน (pain related to bowel obstruction) (ภาคผนวก 2)

- ในการปรับลดยาในช่วงระยะสุดท้าย เช่นกรณีเริ่มรับประทานยาไม่ได้ ควรค่อย ๆ ลดยาในกลุ่ม gabapentinoid ภายใน 1 สัปดาห์ ไม่ควรหยุดทันที เพื่อไม่ให้ปวดกลับมา หรือ ชัก
- ยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ corticosteroids, lidocaine หรือ ketamine

วิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยา

ได้แก่ วิธีการดูแลทางจิตเวช เช่น cognitive behavioral therapy, mindfulness, TENS การใช้เวชศาสตร์ฟื้นฟู การนวดฝังเข็ม การใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและความสามารถที่จะกระทำได้มากน้อย ควรปรึกษาสหสาขาอื่นๆ ร่วมด้วย

ต้องเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ช่วยลดปวดได้ กับภาวะที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวโรคเช่น ผู้ป่วยที่มะเร็งกระจายไปที่กระดูกและได้รับการฉายแสง การทำหัตถการ nerve block เพื่อรักษา ซึ่งถ้าโรคลุกลามไปมากก็ไม่สามารถจะทำหัตถการต่างๆได้

ส่วนใหญ่ความปวดสามารถที่จะใช้ยาแก้ปวดแล้วอาการดีขึ้นได้ แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ในระยะสุดท้ายหรือระยะลุกลามแล้วความปวดคุมอาการไม่ได้ก็อาจจำเป็นต้องใช้ palliative sedation ซึ่งใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น (บท Palliative sedation)

แพทย์ผู้รักษาควรให้ผู้ป่วยได้ทำการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ผ่านการปรึกษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความปรารถนาสุดท้ายเมื่ออาการป่วยแย่ลงในระยะสุดท้าย (บท advance care planning) ถ้าเป็นไปได้ควรได้บันทึกและผ่านการทบทวน และให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้ตระหนักถึงโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความรู้สึกของตนเองในอนาคตซึ่งอาจรวมถึงความรู้สึก ความต้องการด้านการทำหัตถการ รวมการแสดงเจตจำนงเพื่อปฏิเสธการรักษาในระยะสุดท้ายที่จะไม่ยื้อชีวิต (advance directive) ซึ่งได้มีการนำมาประกาศให้ปฏิบัติในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 (บท law and ethics) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรวางแผนเกี่ยวกับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เองในระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

บทนำ

1. Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2011;22 Suppl 6:vi69-77.
2. Thienthong S, Pratheepawanit N, Limwattananon C, Maoleekoonpairaj S, Lertsanguansinchai P, Chanvej L. Pain and quality of life of cancer patients: a multi-center study in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2006;89(8): 1120-6.
3. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18(9):1437-49
4. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2007.

ภาคผนวก 2 อาการเฉพาะอื่นๆ

2.1 Neuropathic cancer pain

1. Bennett MI, Rayment C, Hjermsstad M, Aass N, Caraceni A, Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain* 2012;153:359-65.
2. Bennett MI. Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review. *Palliat Med* 2011;25:553-9.
3. Naleschinski D, Baron R, Miaskowski C. Identification and treatment of neuropathic pain in patients with cancer. *Pain Clinical Update* 2012;20:1-5.
4. Vadalouca A, Raptis E, Moka E, Zis P, Sykioti P, Siafaka I. Pharmacological treatment of neuropathic cancer pain: a comprehensive review of the current literature. *Pain Pract.* 2012;12 :219-51.

2.2 Cancer-induced bone pain

1. Middlemiss T, Laird BJ, Fallon MT. Mechanisms of cancer-induced bone pain. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2011;23(6):387-92.
2. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J Clin Oncol* 2007;25(11):1423-36.
3. Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2011;22 Suppl 6:vi69-77.
4. McQuay HJ, Collins SL, Carroll D, Moore RA. Radiotherapy for the palliation of painful bone metastases. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD001793.
5. Roque IFM, Martinez-Zapata MJ, Scott-Brown M, Alonso-Coello P. Radioisotopes for metastatic bone pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2011(7):CD003347.
6. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. NSAIDs or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(1):CD005180.
7. Wong R, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. *Cochrane Database Syst Rev* 2002(2):CD002068.
8. Seccareccia D. Cancer-related hypercalcemia. *Can Fam Physician* 2010;56(3):244-6, e90-2.
9. Martinez-Zapata MJ, Roque M, Alonso-Coello P, Catala E. Calcitonin for metastatic bone pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD003223.
10. Paley CA, Johnson MI. Acupuncture for cancer-induced bone pain: a pilot study. *Acupunct Med* 2011;29(1):71-3.

2.3 Tumor-induced headache

1. Soffiatti R, Cornu P, Delattre JY, et al. Brain metastases, In: Gilhus NE, Barnes MP, Brainin M, eds. European Handbook of Neurological Management. 2nd ed, Blackwell Publishing, 2011:437-475.
2. Sarin R, Murthy V. Medical decompressive therapy for primary and metastatic intracranial tumours. *Lancet Neurol* 2003;2:357-65.
3. Diener HC, Johansson U, Dodick DW. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder. In: Nappi O, Moskowitz MA, eds. *Handbook of Clinical Neurology*. vol.97 (3rd series). Elsevier, 2011:547-587.

2.4 Visceral pain and malignant bowel obstruction

1. Dolan EA. Malignant bowel obstruction: A review of current treatment strategies. *Am J Hosp Palliat Care* 2011;28(8) : 576-82.
2. Ripamonti CI, Easson AM, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer* 2008;44:1105-15.
3. Ripamonti C, Bruera E. Palliative management of malignant bowel obstruction. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12 :135-43.
4. Ripamonti C. Management of bowel obstruction in advanced cancer. *Curr Opin Oncol* 1994;6:351-7.
5. Soriano A, Davis MP. Malignant bowel obstruction : individualized treatment near the end of life. *Clev Clin J Med* 2011;78(3): 197-206.
6. Davis MP, Nouneh C. Modern management of cancer-related intestinal obstruction. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5:257-64.

2.5 Pain related with oncologic emergencies

1. McCurdy MT, Shanholtz CB. Oncologic emergencies. *Crit Care Med* 2012; 40(7):2212-22.
2. Cole JS, Patchell RA. Metastatic epidural spinal cord compression. *Lancet Neurol* 2008; 7:459-66

ภาคผนวก 3 Opioids, ภาคผนวก 4 Non-opioids และ ภาคผนวก 5 Adjuvants

1. Recommendations for use of selective and nonselective nonsteroidal antiinflammatory drugs: An American College of Rheumatology white paper. *Arthritis Rheum* 2008;59(8): 1058-73.
2. Cancer pain management (general). In: Bader P, Ehtle D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A, Papaioannou EG, Vranken JH. Guidelines on pain management. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU);2010 Apr. p.13-42.
3. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012;13(2):e58-68.
4. Gordon DB, Stevenson KK, Griffie J, Muchka S, Rapp C, Ford-Roberts K. Opioid equianalgesic calculations. *J Palliat Med* 1999;2(2):209-18.
5. Inturrisi CE. Clinical pharmacology of opioids for pain. *Clin J Pain* 2002;18(4 Suppl):S3-13.
6. Mercadante S. Pharmacotherapy for breakthrough cancer pain. *Drugs*. 2012;72(2):181-90.
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN clinical practice guidelines in oncology: Adult cancer pain, version 2, 2012. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf. Accessed June 1, 2012.

8. Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2011;22 Suppl 6:vi69-77.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in adults with cancer: A national clinical guideline, 2008. Available at <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf>. Accessed June 1, 2012.
10. Sostres C, Gargallo CJ, Arroyo MT, Lanás A. Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010;24:121-32.
11. Swegle JM, Logemann C. Management of common opioid-induced adverse effects. *Am Fam Physician*. 2006;74(8):1347-1354.
12. Vallejo R, Barkin RL, Wang VC. Pharmacology of opioids in the treatment of chronic pain syndromes. *Pain Physician* 2011;14(4):E343-60.

ภาคผนวก 6 Integrative intervention

1. Brogan S, Junkins S. Interventional therapies for the management of cancer pain. *J Support Oncol*. 2010 Mar-Apr;8(2):52-9.
2. Eidelman A, White T, Swarm RA. Interventional therapies for cancer pain management: important adjuvants to systemic analgesics. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007 Sep;5(8):753-60. Role of rehabilitation medicine and physical agents in the treatment of cancer-associated pain. 2014 Jun 1;32(16):1691-702.
3. Arcidiacono PG, Calori G, Carrara S, McNicol ED, Testoni PA. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar 16;(3):CD007519.
4. Zhang CL, Zhang TJ, Guo YN, Yang LQ, He MW, Shi JZ, et al. Effect of neurolytic celiac plexus block guided by computerized tomography on pancreatic cancer pain. *Dig Dis Sci*. 2008 Mar;53(3):856-60.

ภาคผนวก 7 Pain at the end of life

1. Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, Portenoy RK. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990; 5:83.
2. Gruneir A, Mor V, Weitzen S, et al. Where people die: a multilevel approach to understanding influences on site of death in America. *Med Care Res Rev* 2007; 64:351.
3. Chapman L, Ellershaw J. Care in the last hours and days of life. *Medicine* 2011; 39: 674-677
4. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994; 330:592.
5. Grond S, Zech D, Schug SA, et al. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6:411.

บทที่ 10 ภาวะหายใจลำบาก

การคาดการณ์ ของช่วงเวลาที่ชีวิต ที่เหลืออยู่	กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง	การประเมินซ้ำ
<p>นานหลายปี</p> <p>หลายเดือนถึงปี</p> <p>หลายสัปดาห์ถึง หลายเดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การประเมินความรุนแรงของอาการ ● การรักษาที่สาเหตุและภาวะที่เป็นโรคร่วม <ul style="list-style-type: none"> ➢ รังสีรักษา/เคมีบำบัด ➢ หัตถการในการรักษาของเหลวที่หัวใจ เยื่อหุ้มปอด หรือในช่องท้อง ➢ การรักษาโดย Bronchoscopic therapy ➢ การให้ยาขยายหลอดลม ยาขับปัสสาวะ สเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ หรือการให้เลือด ➢ การให้ยากันเลือดแข็งตัวกรณีเกิดภาวะลิ่มเลือดในปอด ● การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ <ul style="list-style-type: none"> ➢ การให้ออกซิเจนเพื่อรักษาอาการที่เกิดจากภาวะขาดออกซิเจน ➢ ให้ความรู้และดูแลด้านจิตใจ สังคม อารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ➢ การรักษาที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ พัดลม จัดให้อุณหภูมิเย็นลง การจัดการภาวะเครียด ดูแลให้ผ่อนคลาย และดูแลทางกายให้สุขสบาย ➢ กรณีไม่เคยได้รับยากลุ่ม opioid ให้ยา morphine 2.5-10 มิลลิกรัมรับประทานทุก 2 ชั่วโมง หรือให้ฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ 1-3 มิลลิกรัมทุก 2 ชั่วโมง ➢ กรณีภาวะหายใจลำบากไม่บรรเทาด้วยยา opioid และมีความวิตกกังวล เพิ่มยากลุ่ม benzodiazepines (ถ้าไม่เคยได้รับยา benzodiazepine มาก่อน ให้รักษาด้วยยา lorazepam 0.5-1 มิลลิกรัมรับประทานทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการ) 	<p>เกณฑ์ยอมรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ การจัดการดูแลภาวะหายใจลำบากและอาการอย่างเพียงพอ ■ ลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว ■ ยอมรับว่าควบคุมอาการได้ ■ บรรเทาภาวะของผู้ดูแล ■ เสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้ดีขึ้น ■ ทำคุณภาพชีวิตให้เหมาะสม ■ เพิ่มพูนการเติบโตภายในตนเองและความหมายของชีวิต <p>กรณีอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ยังคงดูแลติดตามอาการและคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง ➢ มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง <p>ยอมรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ให้การดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ■ ปรีกษา/ส่งต่อทีมดูแลแบบประคับประคอง/ hospice ■ มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

การคาดการณ์ ของช่วงเวลาชีวิต ที่เหลืออยู่	กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง	การประเมินซ้ำ
<p>สัปดาห์ถึงวัน (ผู้ป่วยกำลังจะ เสียชีวิต)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น CPAP , BiPAP กรณีที่มี อาการรุนแรงและสาเหตุนั้นแก้ไขได้ ● การประเมินความรุนแรงของอาการ <ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการหายใจที่ใช้แรงมากหรือมีอาการแสดงของการ หายใจลำบากในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ● เน้นด้านความสะดวกสบาย <ul style="list-style-type: none"> ➢ รักษาโรคประจำตัวเดิมให้เหมาะสม ● การบรรเทาอาการ <ul style="list-style-type: none"> ➢ พัดลม ➢ ให้ออกซิเจนถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่ามีออกซิเจนแล้ว อาการดีขึ้น ➢ การรักษาที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้ การดูแล ด้านจิตสังคมและอารมณ์ ● ถ้ามีสารน้ำในร่างกายมากกว่าปกติ <ul style="list-style-type: none"> ➢ ลด/หยุดให้อาหาร/สารน้ำ(ทางเส้นเลือด/รับ ประทาน) ➢ พิจารณาให้ยาขับปัสสาวะในขนาดต่ำ ➢ ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยา opioid มาก่อนให้การรักษา ด้วยยามorphine 2.5-10 มิลลิกรัม รับประทาน ทุก 2 ชม.เวลามีอาการ หรือฉีด morphine 1-3 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำเวลามีอาการทุก 2 ชม. 	<p>เกณฑ์ยอมรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ การจัดการดูแลภาวะหายใจลำบาก และอาการอย่างเพียงพอ ■ ลดความเครียดของผู้ป่วยและ ครอบครัว ■ ยอมรับว่าควบคุมอาการได้ ■ บรรเทาภาระของผู้ดูแล ■ เสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวให้ดี ขึ้น ■ ทำคุณภาพชีวิตให้เหมาะสม ■ เพิ่มพูนการเติบโตภายในตนเองและ ความหมายของชีวิต <p>กรณีอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ยังคงดูแลติดตามอาการและคุณภาพ ชีวิตอย่างต่อเนื่อง ■ มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง <p>ยอมรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ให้การดูแลแบบประคับประคองมาก ขึ้นและพิจารณาปรึกษาทีมดูแลประ คับประคอง ■ พิจารณาให้ยาสำหรับอาการที่ควบคุม ไม่ได้ ■ มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

การคาดการณ์ ของช่วงเวลาชีวิต ที่เหลืออยู่	กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง	การประเมินซ้ำ
<p>สัปดาห์ถึงวัน (ผู้ป่วยกำลังจะ เสียชีวิต)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ถ้าผู้ป่วยเคยได้รับยา opioids มาก่อนให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาร้อยละ 25 ● ให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine (ถ้าไม่เคยได้รับยา benzodiazepine มาก่อนพิจารณาให้ยา lorazepam 0.5 - 1 มิลลิกรัมรับประทานเวลามีอาการทุก 4 ช.ม.) ● ให้ยาลดสารคัดหลั่ง scopolamine 0.4 มิลลิกรัมฉีดเข้าใต้ผิวหนังเวลามีอาการทุก 4 ช.ม. หรือ 1.5 มิลลิกรัมแปะผิวหนัง 1 - 3 แผ่นทุก 3 วัน หรือยา atropine 1% ophthalmic solution 1 - 2 หยดใต้ลิ้นเวลามีอาการทุก 4 ช.ม. หรือยา glycopyrrolate ฉีดทางหลอดเลือดดำ/ใต้ผิวหนัง ในขนาด 0.2-0.4 มิลลิกรัมทุก 4 ช.ม. ● พิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจตามข้อบ่งชี้ <ul style="list-style-type: none"> > เน้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงการพยากรณ์โรค และสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ให้คืนกลับมาของระบบหายใจล้มเหลว > ให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ(ตามจำเป็น) ● ให้คำแนะนำล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการเสียชีวิตจากการหายใจล้มเหลว ● ให้การดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ 	

ภาวะหายใจลำบาก

ภาวะหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม¹ มีการให้นิยามของภาวะหายใจลำบาก คือ ความรู้สึกประสบการณ์ของการหายใจไม่สะดวกสบาย ประกอบด้วยความรู้สึกหายใจลำบากที่แตกต่างกันทั้งคุณภาพและความรุนแรง²

ระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากเป็นสิ่งแรกๆ ที่ควรประเมินกับผู้ป่วยทุกคน สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้และมีชีวิตเหลืออยู่ไม่นาน (วันถึงสัปดาห์) ควรประเมินอาการแสดงทางกาย นอกจากนี้ควรรักษาโรคร่วมด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด/การฉายแสง หรือการทำหัตถการสำหรับน้ำคุดในเยื่อหุ้มหัวใจ น้ำในช่องท้อง การ bronchoscopic หรือให้ยาขยายหลอดลม ยาขับปัสสาวะ ยา steroid ยาปฏิชีวนะ การให้เลือด ยาละลายลิ่มเลือดในปอด

ทั้งการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยานั้นสามารถรักษาภาวะหายใจลำบากได้ มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของยาในการลดอาการหายใจลำบาก ผลคือ ยามีประสิทธิผลของการรักษาภาวะหายใจลำบากได้ในกรณีที่ใช้ยา opioid ซึ่งอาจจะมี/ไม่มี benzodiazepine ร่วมด้วยในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอด ซึ่งยา benzodiazepines สามารถให้ได้ในการรักษาอาการหายใจลำบาก ถ้าผู้ป่วยรายนั้นมีความวิตกกังวลร่วมด้วย (พบว่ามีประโยชน์เพียงเล็กน้อย)

สำหรับยากลุ่ม opioids นั้น ยา morphine ถูกนำมาวิจัยเพื่อรักษาอาการหายใจลำบากมากที่สุด เริ่มมีการศึกษายา opioids กลุ่มอื่นเช่น ยา fentanyl และ oxycodone มีการศึกษายา fentanyl ชนิด nebulized ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการหายใจลำบาก พบว่าสามารถช่วยเพิ่มออกซิเจนและลดอาการหายใจเร็วได้ ร้อยละ 79 ของผู้ป่วยมีการหายใจที่ดีขึ้น ในขณะที่การศึกษาอื่นพบว่าไม่ได้ผลซึ่งควรจะมีการศึกษาต่อไป ส่วนรูปแบบของการใช้ fentanyl subcutaneous เพื่อป้องกันอาการหายใจลำบาก (โดยทดสอบ 6 minutes walks test) พบว่ามีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยที่เป็น COPD โดยใช้ fentanyl nebulized ในการลดความรุนแรงและความไม่สบายจากอาการหายใจลำบากพบว่ามีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอด

นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 136 ราย แนะนำให้ใช้ยา oxycodone ให้ฉีดทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากด้วย กรณีผู้ป่วยที่ได้รับยา opioids มานาน National Comprehensive Cancer Network (NCCN) แนะนำให้เพิ่มขนาดยาที่ใช้รักษาอาการหายใจลำบาก อีกร้อยละ 25

ยา scopolamine, atropine, hyoscyamine และ glycopyrrolate เป็นทางเลือกในการลดสารคัดหลั่งในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากร่วมกับ ยา glycopyrrolate ไม่สามารถผ่าน blood brain barrier อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้เกิดภาวะ delirium น้อยกว่ายาอื่น แต่ยา glycopyrrolate มีฤทธิ์ anticholinergic effect ส่วนยา scopolamine สามารถให้ทาง subcutaneous และ transdermal ได้ แพทย์ควรตระหนักถึง onset ของยาเมื่อให้ scopolamine แบบ transdermal patch ซึ่งใช้เวลาประมาณ 12 ชั่วโมงอาจไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต และการให้ยา scopolamine ฉีดเข้าใต้ผิวหนังเสริมได้เมื่อให้ยาชนิด patch หรือในกรณีที่การลดสารคัดหลั่งไม่เพียงพอ

การรักษาการหายใจลำบากแบบไม่ใช้ยา เช่นการใช้พัดโบกลมไปที่ใบหน้า การให้ออกซิเจนเสริม และการใช้เครื่องช่วยหายใจ สำหรับการให้พัดโบกลมสูบหน้าโดยตรงสามารถลดการหายใจขัดได้ ส่วนการให้ออกซิเจนนั้นมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้อากาศธรรมดา (room air) เทียบกับการให้ออกซิเจนทาง nasal cannula ในผู้ป่วยหายใจลำบากที่ติดต่อการรักษา พบว่า Dyspnea score ไม่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม และมีการศึกษาของการใช้ BiPAP (biphasic positive airway pressure) เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยออกซิเจนในผู้ป่วยมะเร็ง 200 ราย พบว่าการใช้เครื่อง BiPAP ช่วยให้การหายใจลำบากดีขึ้นและใช้ยา opioids ในขนาดน้อยกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยออกซิเจนอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการศึกษาวินิจฉัยเปรียบเทียบการใช้ ออกซิเจนแบบ high flow กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ BiPAP ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการหายใจลำบากตลอด พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม

การใช้เครื่องช่วยหายใจพิจารณาตามข้อบ่งชี้ตามอาการ การรักษาด้วยออกซิเจนในผู้ป่วยที่ขาดออกซิเจน การให้ออกซิเจนแบบ high flow oxygen cannula และเครื่องช่วยหายใจ BiPAP อาจช่วยภาวะขาดออกซิเจนได้ชั่วคราว แต่ใช้ไม่ได้ทางปฏิบัติในสถานที่นอกโรงพยาบาล ในขณะที่ระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ลดลงเรื่อยๆ นั้น บทบาทของการใช้เครื่องช่วยหายใจและออกซิเจนจะลดน้อยลงไปเรื่อยๆ แต่ในทางตรงกันข้ามบทบาทของยา opioids, benzodiazepines, glycopyrrolate และยา scopolamine จะมีบทบาทมากขึ้น ถ้ามีปัญหาด้านสารน้ำในร่างกายมากกว่าปกติควรมีการจำกัด ลด หรือหยุดการให้สารน้ำ ทั้งการรับประทานหรือทางเส้นเลือด และควรพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะในขนาดต่ำร่วมด้วย

บทอาการอื่นๆ

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการทรมานทางกายอื่นๆ นอกเหนือจากอาการปวด ที่จะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป ได้แก่ anorexia และ cachexia, nausea และ vomiting, อาการท้องผูก (constipation), ภาวะลำไส้อุดตัน (Malignant Bowel Obstruction: MBO), ปัญหาการหลับ/ตื่น (sleep/wake disturbances including insomnia and sedation) และ อาการสับสน (delirium)

ตารางที่ 1 แสดงสรุปน้ำหนักคำแนะนำที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการอื่นๆ

คำแนะนำ	น้ำหนักคำแนะนำ
● ร่วมตั้งเป้าหมายการรักษากับผู้ป่วย โดยการพิจารณาระยะเวลารอดชีวิต และระยะโรค	+,+
● คัดกรองและค้นหาสาเหตุที่แก้ไขได้	+,+
● ให้คำแนะนำและสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาเป็นระยะๆ	+,+
● ทบทวนผลไม่พึงประสงค์ ผลกระทบจากยาและการรักษา รวมทั้งที่ผู้ป่วยใช้เอง	+,+
● ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วย	+, -

คำแนะนำ	น้ำหนักคำแนะนำ
● ใช้ palliative sedation therapy โดยปราศจาก intractable symptoms และไม่ประเมินว่าอยู่ในระยะท้าย (ประมาณ 2 สัปดาห์)	-,-
Anorexia/cachexia	
● ประเมินประวัติความรุนแรง ระยะเวลาของการมีน้ำหนักลด	+,+
● การใช้ยากระตุ้นความอยากอาหาร เมื่อมีภาวะน้ำหนักลด	+,-
Anorexia/cachexia	
● แพทย์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันผลกระทบทางจิตใจเมื่อหยุดการให้อาหาร	+,+
● การให้อาหารทางสายยาง (enteral feeding) สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral parenteral nutrition; PPN) ในระยะ terminal cachexia	+,-
● การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (total parenteral nutrition; TPN) ในระยะ terminal cachexia	-
Nausea/vomiting	
● ใช้ anti-5HT3 เช่น ondansetron ในผู้ป่วยที่คลื่นไส้อาเจียนที่ไม่ได้เกิดจากเคมีบำบัด	-,-
● ฝ้าระวัง การเกิด extrapyramidal effect จากการให้ยา dopamine antagonist	+
Constipation	
● การให้ bulk forming agent ในผู้ป่วยที่ได้ opioid	-,-
● ตรวจทวารหนักเพื่อประเมินภาวะก้อนอุจจาระแข็งอุดตัน (fecal impact)	+,+
MBO	
● การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาลดสารคัดหลั่งในลำไส้ รวมทั้ง corticosteroids และ butylscopolamine ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการรักษา	+,+
● แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยที่มีสถานะเหมาะสม จะได้รับผลดีจากการรักษาแบบผ่าตัด หรือการส่องกล้องใส่ stent ต่างๆ	+,+
● ให้ metoclopramide ใน complete MBO	-,-
Sleep disturbance	
● แก้ไขอาการปวด ความวิตกกังวล และปรับสิ่งแวดล้อม ในผู้มีปัญหา insomnia	+,+
● การทำ polysomnography ในรายที่สงสัยภาวะ obstructive sleep apnea ในผู้ป่วย pre-end of life	+,-
● ใช้ยา long acting benzodiazepine เพื่อรักษาปัญหาการนอนในผู้ป่วย palliative care	-,-
Delirium	
● การจัดการให้รับรู้กลางวันกลางคืนตามธรรมชาติ โดยสถานะแวดล้อมต้องไม่วุ่นวาย หมั่นแจ้งให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่, จัดให้การนอนหลับ เป็นเวลา เพื่อลดอาการ delirium	++

คำแนะนำ	น้ำหนักคำแนะนำ
Delirium	
● ให้หยุดหรือลดยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic, dopamine agonist ร่วมกับแก้ dehydration เพื่อลดอาการ delirium	+,+
● ใช้ quetiapine เป็นยาตัวแรกในผู้ป่วยสูงอายุที่อาการไม่รุนแรง	+/-
● ให้ยา haloperidol เพื่อป้องกันการเกิด delirium	-, -
● ให้ยา benzodiazepine เป็นยาตัวแรกในการลดอาการ delirium ที่ไม่ได้เกิดจาก alcohol withdrawal	-, -

บทที่ 11

ความไม่อยากอาหารและภาวะผอมหนังหุ้มกระดูก (Anorexia/Cachexia)

Cachexia เป็นภาวะทางร่างกายที่เกิดการสูญเสียมวลของกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบบ่อยมากในผู้ป่วยมะเร็ง ความไม่อยากอาหาร (anorexia) ทำให้เกิด cachexia ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม สาเหตุอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การที่เซลล์มะเร็งหลั่งสาร proinflammatory cytokines และสารอื่นๆ ที่สามารถทำให้เกิดการละลายของกล้ามเนื้อ cachexia มักทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ภาวะโปรตีนต่ำ ผอมแห้ง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบบเผาผลาญอาหารผิดปกติ และระบบการทำงานของร่างกายบกพร่อง การตอบสนองต่อการรักษาโรคมะเร็งไม่ดี โอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการรักษามากกว่าปกติ อาจทำให้การเริ่มการรักษาช้าลงและทนต่อการรักษาได้ไม่นาน เวลาการมีชีวิตรอดสั้น และมีความทุกข์ทางจิตและสังคมสูง จากการวิจัยผู้ป่วย cachexia จำนวน 1,473 คนที่มีน้ำหนักตัวต่างๆ กัน พบว่า การลดลงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยนั้นเป็นปัจจัยที่แสดงถึงการพยากรณ์โรคที่เลวซึ่งพบเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมี body mass index เท่าไรก็ตาม¹

แนวทางการรักษา

ทำได้โดยบรรเทาอาการที่รบกวนการรับประทานอาหาร ได้แก่ อาการซึมเศร้า อาการปวด อาการท้องผูก อาการคลื่นไส้ อาเจียน ยา metoclopramide ใช้สำหรับแก้อาการอึดเร็ว ส่วนยากระตุ้นความอยากอาหาร ซึ่งสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ megestrol acetate, dexamethasone, olanzapine ผลการศึกษาของ megestrol acetate ที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการ anorexia/cachexia พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 4 มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นและผู้ป่วย 1 ใน 12 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วย 1 ใน 6 มี thromboembolic phenomenon และพบว่าผู้ป่วย 1 ใน 23 เสียชีวิต²

ผลการใช้ยารักษาแบบผสมกันในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการ cachexia อาจจะให้ผลที่ดีที่สุด จากการวิจัย phase III แบบสุ่มเลือกโดยผู้ป่วยได้รับสูตรยาผสมของ medroxyprogesterone, megestrol acetate, eicosapentaenic acid, carnitine supplementation และ thalidomide พบผลดีกว่าเมื่อเทียบกับการให้ยาแต่ละตัว³ และอีกงานวิจัย phase III ในผู้ป่วยมะเร็งสตรีระยะลุกลามที่มีอาการ cachexia จำนวน 104 ราย พบว่าผลการรักษาด้วยยาสูตรผสมของ megestrol acetate plus L carnitine, celecoxib, และ antioxidants ดีกว่าการใช้ megestrol acetate ตัวเดียว ในด้านของการลดลงของ body mass ความอยากอาหาร และคุณภาพชีวิต⁴ พบมีการรายงานการใช้ยากลับ cannabinoid ได้แก่ dronabinoid, cannabis เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยาเคมีบำบัด และอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS แต่การใช้เพื่อบรรเทาอาการ anorexia/

cachexia ยังมีข้อมูลจำกัดมาก ทั้งนี้การวิจัยแบบสุ่มเลือกเกี่ยวกับการใช้ cannabis extract and delta 9 tetrahydrocannabinol ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการ anorexia/cachexia ไม่ได้ประโยชน์ด้านการกระตุ้นความอยากอาหารและด้านคุณภาพชีวิต⁵ และอีกการศึกษาแบบสุ่มเลือกที่เปรียบเทียบ megestrol acetate และ dronabinol เพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ก็ยังพบว่า megestrol acetate ดีกว่าในด้านการเพิ่มน้ำหนักตัว (75% เทียบกับ 49% ของจำนวนผู้ป่วย) รวมทั้งด้านความอยากอาหาร (11% เทียบกับ 3%) อย่างไรก็ตามแม้พบรายงานการวิจัยของ dronabinoid ที่ช่วยเพิ่มความอยากอาหารและเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งได้บ้าง แต่การใช้ยากกลุ่ม cannabinoid ในผู้สูงอายุอาจทำให้เกิด delirium ได้ และถือเป็นยากกลุ่มเสพติดผลของการปรึกษาด้านโภชนาการเพื่อพิจารณาการให้อาหารเสริมนั้น พบว่าผลการวิจัยเกี่ยวกับการให้อาหารเสริมโปรตีนมีประโยชน์ไม่ชัดเจน คือพบทั้งมีประสิทธิภาพในการทำให้น้ำหนักตัวผู้ป่วยคงที่อยู่ได้^{6,7,8} และไม่มีประโยชน์⁹ การรายงานแบบ meta analysis เกี่ยวกับการช่วยเหลือเรื่องการให้อาหารบางครั้งไม่สามารถเพิ่มน้ำหนักตัวหรือเพิ่มพลังงานให้แก่ร่างกายได้ แต่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในบางด้านได้¹⁰ การให้อาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำอาจเหมาะสมกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารหรือการดูดซึมอาหาร และมี life expectancy เป็นเดือนหรือปี¹¹ แต่เมื่อ life expectancy ลดลงเหลือเป็นสัปดาห์หรือวัน การให้อาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำอาจทำให้เพิ่มความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ผลการวิจัยแบบสุ่มในผู้ป่วยมะเร็งใน hospice พบว่าการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่มีผลต่ออาการขาดน้ำ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย และอาการหอน และไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและ life expectancy¹²

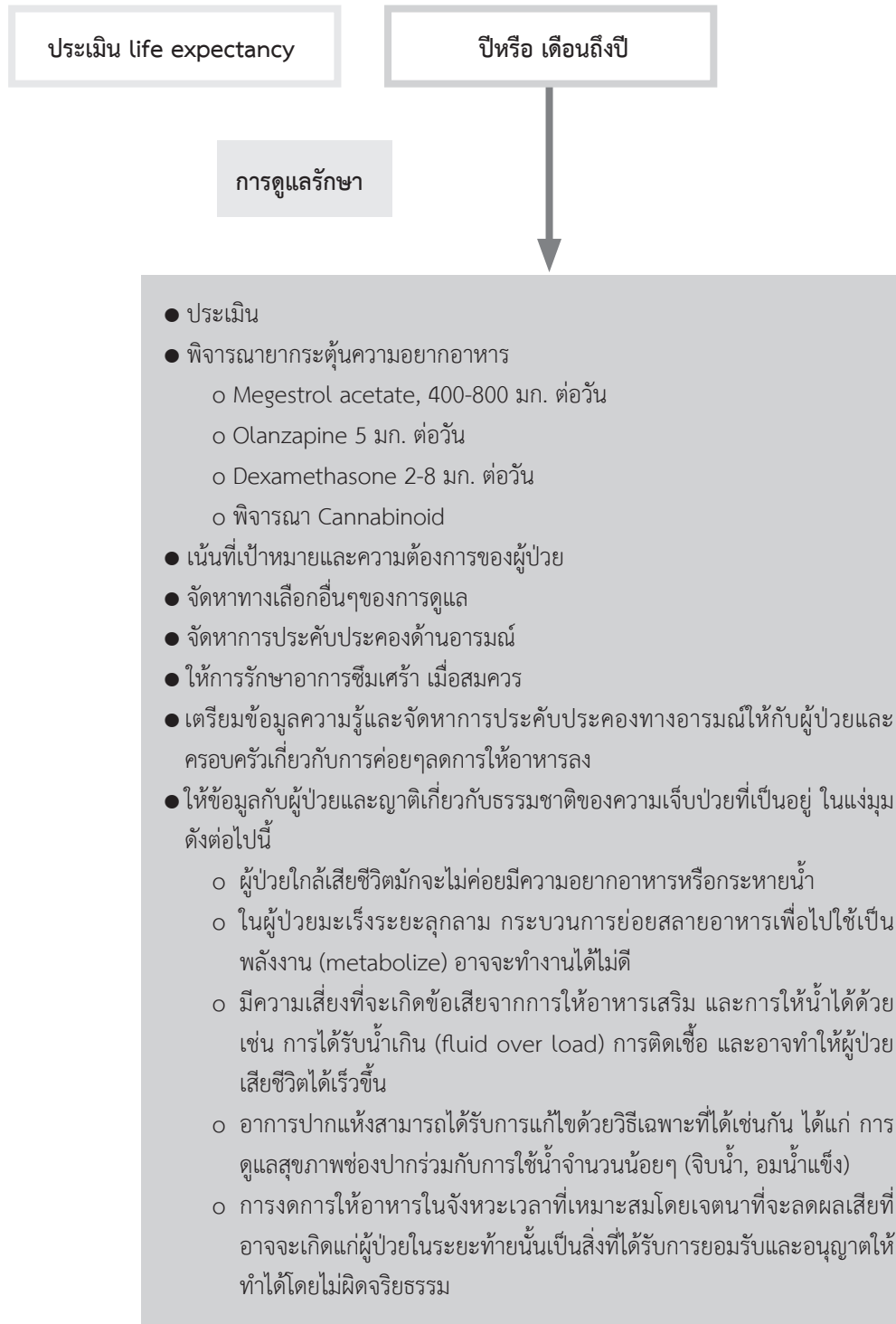
การสังเกตอาการและอาการแสดงเพื่อแยกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลงจากการขาดอาหารและผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลงจาก cancer cachexia อาจมีประโยชน์ในการพิจารณาการให้ caloric supplementation ในกลุ่มผู้ป่วยขาดอาหารมักพบว่าได้รับพลังงานจากอาหาร (caloric intake) น้อยกว่าที่ควรอย่างมาก ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจึงมีการลดการใช้พลังงานลง ในขณะที่มวลของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆอาจจะไม่เปลี่ยนแปลงมากหรือลดลงเล็กน้อย ส่วนในกลุ่ม cachexia นั้นพบว่าได้รับพลังงานจากอาหารอาจลดลงบ้างจากภาวะอาการเบื่ออาหารแต่การใช้พลังงานของผู้ป่วยระยะพัก (resting energy expenditure) ยังคงเพิ่มขึ้นได้ ในขณะที่มวลของกล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกลุ่ม cachexia นี้ การให้ caloric supplementation จะไม่ได้ประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นการให้สารอาหารทาง enteral หรือ parenteral¹³ ตารางที่ 1

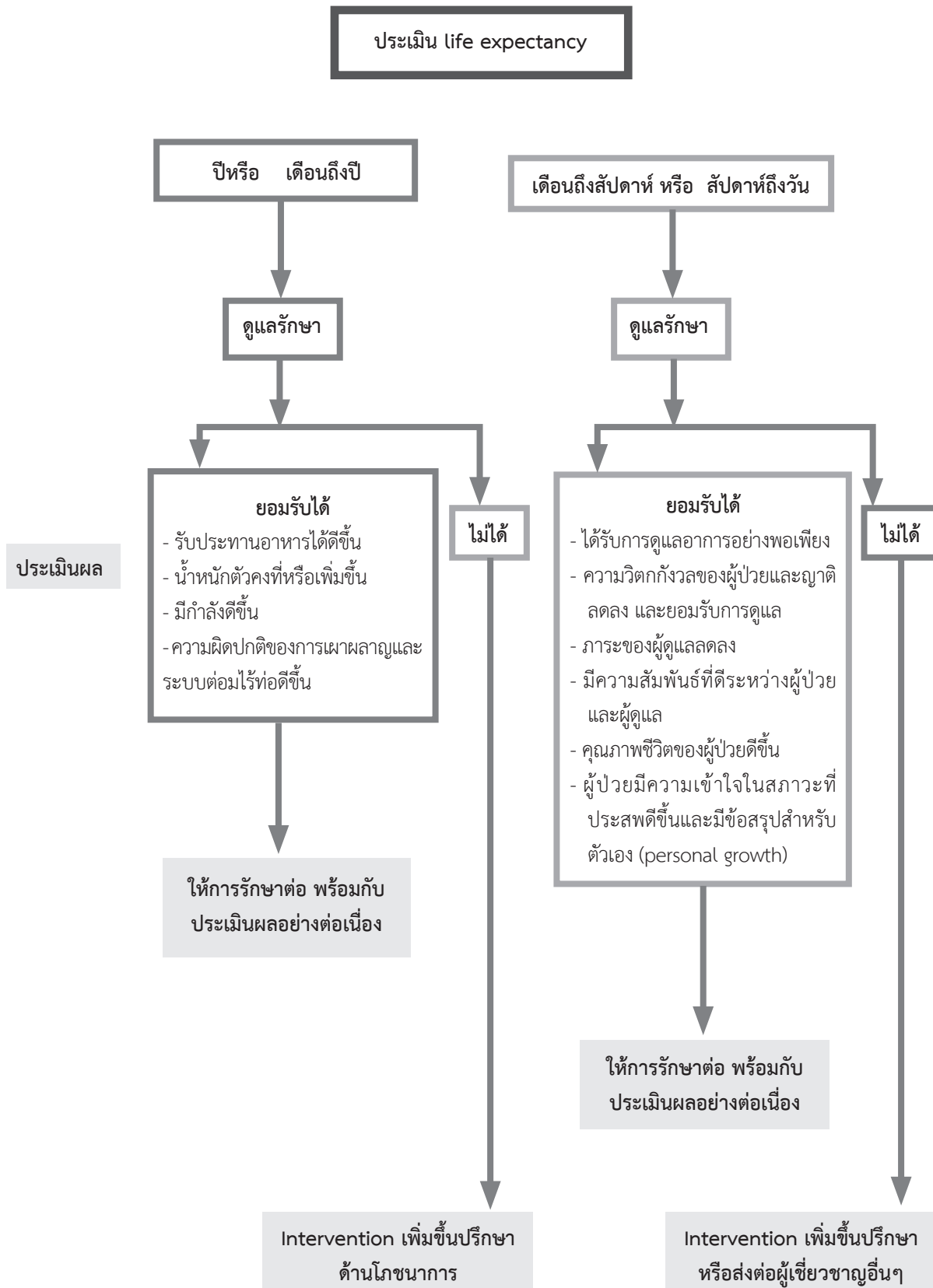
ตารางที่ 1 ความแตกต่างของ starvation และ cachexia

	Starvation	Cachexia
Caloric intake	ลดลงอย่างมาก	ลดลง
Resting energy expenditure	ลดลง	ไม่เปลี่ยนแปลงมากหรือลดลงหรือเพิ่มขึ้น
Body fat	ลดลงอย่างมาก	ลดลง
Lean body mass	ลดลง	ลดลงอย่างมาก

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิตควรเน้นที่การบรรเทาอาการปากแห้งหรืออาการกระหายน้ำแทนที่จะให้น้ำและอาหารเสริมและให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการค่อย ๆ ลดการให้อาหารและน้ำลงในช่วงท้ายของชีวิต

ภาพรวมแนวทางการดูแลผู้ป่วย เริ่มจากการประเมิน life expectancy ของผู้ป่วยก่อน แล้วจึงพิจารณาการดูแลที่เหมาะสมตามด้วยการประเมินผล ทั้งนี้ควรทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้¹⁴





เอกสารอ้างอิง

1. Martin L, Birdsell L, MacDonald N, Reiman T, M. Clandinin MT, McCargar LJ, et al. Cancer cachexia in the age of obesity: skeletal muscle depletion is a powerful prognostic factor, independent of body mass index. *J Clin Oncol* 2013;31:1539-1547
2. Pascual Lopez A, Roqué i Figuls M, Urrútia Cuchi G, Berenstein EG, Almenar Pasies B, Balcells Alegre M, et al. Systematic review of megestrol acetate in the treatment of anorexia-cachexia syndrome. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:360-369
3. Mantovani G, Macciò A, Madeddu C, Serpe R, Massa E, Dessì M, et al. Randomized phase III clinical trial of five different arms of treatment in 332 patients with cancer cachexia. *Oncologist* 2010;15:200-211
4. Maccio A, Madeddu C, Gramignano G, Mulas C, Floris C, Sanna E, et al. A randomized phase III clinical trial of a combined treatment for cachexia in patients with gynecological cancers: evaluating the impact on metabolic and inflammatory profiles and quality of life. *Gynecol Oncol* 2012;124:417-425
5. Strasser F, Luftner D, Possinger K, Ernst G, Ruhstaller T, Meissner W, et al. Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *J Clin Oncol* 2006;24:3394-3400
6. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer* 2004;91:447-452
7. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005;23:1431-1438
8. Trentham K. Palliative care. In: Marian M, Roberts S, editors. *Clinical Nutrition for Oncology Patients*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers LLC; 2010
9. Baldwin C, Spiro A, McGough C, Norman AR, Gillbanks A, Thomas K, et al. Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial. *J Hum Nutr Diet* 2011;24:431-440
10. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:371-385
11. August DA, Huhmann MB. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Support Therapy During Adult Anticancer Treatment and in Hematopoietic Cell Transplantation. *JPEN J Parent Ent Nutr.* 2009;33:472-500
12. Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol* 2013;31:111-118
13. Berger AM, et al. *Principle and Practice of Palliative care and supportive Oncology* 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams Wilkins; 2007
14. NCCN guidelines version 2.2015 palliative care

บทที่ 12

อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting)

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง คลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากยาเคมีบำบัดนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากและถ้าควบคุมไม่ได้เป็นภาวะคุกคามที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญอย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยมักมีอาการคลื่นไส้ได้บ่อยกว่าอาเจียน แต่หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมแล้วก็จะทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น มีภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารได้น้อยลง เพื่อยไม่มีแรงมีผลทำให้คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง นอนไม่หลับ และหายใจลำบากมากขึ้น การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรให้ความสนใจในแง่ของความรุนแรง ความถี่ เวลาที่มักจะเกิดอาการ และลักษณะของอาเจียน การประเมินความรุนแรงสามารถทำได้ด้วย verbal category scales หรืออยู่ใน ESAS นอกจากนี้ควรสนใจประวัติอื่น ๆ ที่อาจพบร่วมด้วย เช่น ความปวด ท้องผูก อาการสับสน หรือวิตกกังวล เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาต่อไป เมื่อตรวจร่างกายของผู้ป่วยอาจจะพบก้อนในท้อง ตับโต บริเวณปากอาจติดเชื้อรา คลำหน้าท้องพบลำของอุจจาระ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการต้องดูค่า BUN และแคลเซียม เนื่องจากภาวะ uremia และ hypercalcemia อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

Pathophysiology

กลไกหลักของอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดจากส่วนของ vomiting center ซึ่งอยู่ที่ medulla oblongata ได้รับสัญญาณประสาทจาก pathway หลัก 4 อย่าง ได้แก่

1. Cortex และ limbic system โดยในส่วนนี้มักเกิดจากการได้รับกลิ่น การได้เห็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นก็อาจจะทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียนได้
2. Chemoreceptor trigger zone ที่อยู่บริเวณ medulla oblongata โดยบริเวณนั้นจะถูกกระตุ้นจากสารเคมีในเลือดหรือในน้ำไขสันหลัง
3. Vestibular apparatus ในส่วนของหูชั้นกลาง ซึ่งได้รับการกระตุ้นจากการเปลี่ยนแปลงของท่าทาง
4. Peripheral pathway อื่น ๆ เช่น neurotransmitter receptor ในส่วนของทางเดินอาหาร การกระตุ้น vagal หรือ sympathetic nerves จากตัวมะเร็งเอง หรือจากการที่มีภาวะตับโตจากการกระจายของมะเร็ง

สำหรับสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับกลไกของอาการคลื่นไส้อาเจียนนั้น มี 3 ตัวหลัก คือ dopamine, serotonin, histamine

สาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียน ที่พบได้บ่อย ได้แก่

- อาการท้องผูก
- ภาวะลำไส้อุดตัน
- การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- ผลข้างเคียงจากยา และการรักษาบางอย่าง เช่น จากรังสีรักษา ส่วนยาที่พบว่าทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้บ่อยคือ opioids, ยาเคมีบำบัด ยา SSRI ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น
- ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure)
- ภาวะที่มีระดับของแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia)
- สาเหตุอื่นๆ เช่น กลิ่นบางอย่าง ความวิตกกังวล เป็นต้น

การดูแลรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน

ในการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน ทีมบุคลากรจำเป็นต้องวินิจฉัยหาสาเหตุที่น่าจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยก่อนจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตลอดจนการตรวจอื่นๆเพิ่มเติมที่จำเป็น เพื่อที่จะได้ให้การรักษามาตามสาเหตุอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามต้องตระหนักว่า อาการที่ผู้ป่วยเป็นมักเกิดจากหลายปัจจัย ดังนั้นการวางแผนการรักษาจึงจำเป็นต้องให้ครอบคลุมปัจจัยที่เป็นไปได้ในผู้ป่วยแต่ละราย

ยาที่ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน

- Serotonin antagonist ใช้ในกรณีที่สงสัยว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนน่าจะเกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตัวอย่างยา ได้แก่ ondansetron, granisetron เป็นต้น ข้อพึงระวังของการให้ยาในกลุ่มนี้คือ ไม่แนะนำให้ใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพราะอาจจะทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ และไม่แนะนำให้เลือกใช้เป็นอันดับแรกๆ หากไม่ได้สงสัยว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดจากการให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากยามีราคาแพง และมีทางเลือกอื่นๆ ที่เหมาะสมกว่า

- Metoclopramide เป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาอาการอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็ง ยาตัวนี้จัดอยู่ในกลุ่ม dopamine antagonist ข้อดี คือ ยามีราคาถูก และเพิ่ม GI motility ผลข้างเคียงที่ต้องระวัง คือ akathisia และ extrapyramidal side effect สำหรับยาในกลุ่มนี้แนะนำให้ใช้ในกรณีที่สงสัยว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดจากยา opioids และควรพิจารณาขนาดยาลงในผู้ป่วยที่มีปัญหาตับวาย หรือไตวาย

- Domperidone เป็นยาในกลุ่ม prokinetic สามารถใช้แทน metoclopramide ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา metoclopramide ข้อเสียของยาตัวนี้คือ มีเฉพาะยาเม็ดรับประทาน

ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาทางปากได้ เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ก็อาจจะพิจารณาในกลุ่มอื่นแทน

- Haloperidol เป็นยาในกลุ่ม antidopaminergic ที่สามารถนำมาใช้รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ สำหรับขนาดที่จะเริ่มจากขนาดต่ำกว่าขนาดที่ใช้รักษาผู้ป่วย psychosis โดยทั่วไปแนะนำให้เริ่มจาก 0.5-1 มก. ทุก 6-8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ต้องใช้ขนาดยาเกิน 4 มก. ก็สามารถควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ อาการ่วงซึม extrapyramidal side effects, QT prolongation, neuroleptic malignant syndrome ในผู้ป่วยที่มีปัญหาตับวาย หรือไตวาย ควรลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งของยาขนาดปกติหรือใช้ prochlorperazine, olanzapine เป็นต้น

- Proton pump inhibitor และ histamine-2 (H2) receptor antagonist ใช้ในการรักษาที่เกิดจาก gastritis, gastroesophageal reflux

- ยาในกลุ่มอื่นๆ ที่อาจจะใช้ร่วมกับยากลับข้างต้น คือ

- steroids อาจจะมีประโยชน์ในการรักษาที่เกิดจาก gastric outlet obstruction และถ้าเป็นจากสาเหตุ gastric outlet obstruction อาจจะต้องพิจารณา endoscopic stenting หรือ ใส่ NG tube
- benzodiazepine (ในกรณีที่สงสัยว่าความวิตกกังวลอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน)

คำแนะนำในการดูแลอื่นๆ ได้แก่

- ในกรณีที่อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดจากยา opioid อาจพิจารณาให้ opioid rotation
- อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ควรเป็นอาหารที่มีกลิ่นไม่รุนแรง หรือมีรสจืด เพราะอาจจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้มากขึ้น
- จัดสถานที่และลักษณะของอาหารให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงการพูดคุยในสิ่งที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลในช่วงเวลารับประทานอาหาร
- การรักษาโดยไม่ใช้ยาที่มีรายงานได้ผลดี เช่น การผ่อนคลาย การฝังเข็ม และการกดจุด การทำ cognitive behavioral therapy

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือจาก systemic review ของยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนที่ไม่สัมพันธ์กับยาเคมีบำบัดนั้น ส่วนใหญ่แล้วอยู่ในระดับของการแนะนำ moderate to weak evidence แต่ยาที่มีหลักฐานสนับสนุนที่มากที่สุด คือ ยา metoclopramide และในการใช้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียน หลายตัวร่วมกันนั้นไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Glare Pa, Dunwoodie D, Clark K, Ward A, Yates P, Ryan S, et al. Treatment of nausea and vomiting in terminally cancer patients, *Drug* 2008; 68(18): 2575-90.
2. Haughney A. Nausea & vomiting in end-stage cancer. *Am J Nurs* 2004 Nov; 104(11): 40-8; quiz 9.
3. O'Brien C. Nausea and vomiting. *Can Fam Physician* 2008 Jun; 54(6): 861-3.
4. Vickers AJ. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. *J R Soc Med* 1996; 89: 303-11.
5. Schwartzberg L. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: state of the art in 2006. *J Support Oncol* 2006; 4: 3-8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/716499138>.
6. Hardy JR, O'Shea A, White C, et al. The efficacy of haloperidol in the management of nausea and vomiting in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40: 111-116. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619214>.
7. Gralla RJ, Itri LM, Pisko Se, et al. Antiemetic efficacy of high-dose metoclopramide: randomized trials with placebo and prochlorperazine in patients with chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med* 1981; 305: 905-909. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7024807>.
8. Buzdar AU, Esparza L, Natale R, et al. Lorazepam-enhancement of the antiemetic efficacy of dexamethasone and promethazine. A placebo-controlled study. *Am J ClinOncol* 1994; 17: 417-421. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8092114>.
9. Tan L, Liu J, Liu X, et al. Clinical research of Olanzapine for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *J ExpClin Cancer Res* 2009; 28: 131. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19775450>.
10. Navari RM, Gray Se, Kerr AC. Olanzapine versus aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized phase III trial. *J Support Oncol* 2011; 9: 188-195. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22024310>.
11. Morita T, Takigawa C, Onishi H, et al. Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients: an open-label trial. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 96-103. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16043013>.
12. Mamtani R, Cimino A. A primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems *Psychiatr Q* 2002; 73: 367-381. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12418362>.
13. Mansky PJ, Wallerstedt DB. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J* 2006; 12: 425-431. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17034678>.
14. Marchioro G, Azzarello G, Viviani F, et al. Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiveing cancer chemotherapy. *Oncology* 2000; 59: 100-104. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10971166>.
15. Davis MP, Hallerberg G. A systemic review of the treatment of nausea and/or vomiting in cancer unrelated to chemotherapy or radiation. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 756-767. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20413062>.

บทที่ 13

อาการท้องผูก (Constipation)

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายจำนวนมาก (ประมาณ 50 - 65%) จะมีอาการท้องผูก^{1,2} เนื่องด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ อาทิ การไม่ค่อยเคลื่อนไหวขยับตัว ลักษณะของอาหารที่รับประทานได้ในระยะนี้ ภาวะ metabolism ในร่างกาย หรือความผิดปกติของเกลือแร่ เช่น hypercalcemia และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ opioids ซึ่งจะพบมีอาการท้องผูกร่วมด้วยได้ถึง 87%^{3,4} นอกจากนั้นยังมียาตัวอื่นๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการมีอาการท้องผูก ได้แก่ ยาลดกรด ยากลุ่ม anticholinergic drugs (anti-depressants, antispasmodic, phenothiazines และ haloperidol) และยาแก้คลื่นไส้อาเจียนก็สามารถทำให้เกิดอาการท้องผูกได้⁵ ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำว่าการรักษาอาการท้องผูกด้วยวิธีที่ใช้ทั่วไป เช่น อาหาร การออกกำลังกายจะมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องใช้ยาระบายช่วย⁶ ภาวะท้องผูกไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกายแต่ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกังวล เกิดความเครียดในการที่จะใช้ยาที่จำเป็น เช่น ยา opioids เพื่อบรรเทาอาการปวด⁷ ในการบริหารยา opioids เพื่อรักษาอาการปวดจึงต้องทำควบคู่ไปกับการให้ยาระบายเพื่อควบคุมอาการท้องผูกไว้ด้วยเสมอ

การประเมินประสิทธิภาพของยาระบายในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการศึกษาไม่มากนักและด้วยข้อจำกัดโดยภาวะท้องผูกทั่วไปในผู้ป่วยระยะท้ายมีการศึกษาใน Cochrane Review⁶ และมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยา opioids ยาระบายที่สามารถเลือกใช้

- ยาเพิ่มกากอาหาร (bulking agents) ได้แก่ methylcellulose หรือ ovate plantain
- ยากระตุ้นลำไส้ (colonic stimulants) ได้แก่ sen, sennosides A และ B, bisacodyl, sodium picosulphate
- ยาหล่อลื่น (lubricants, emollients) ได้แก่ docusate, mineral oils
- ยาเพิ่ม osmotic ได้แก่ lactulose, lactitol, magnesium salts และ polyethylenglycol

ข้อสรุปของหลักฐานเชิงประจักษ์

Lactulose, sen, polyethylenglycol, ร่วมกับ liquid paraffin มีประโยชน์ในการรักษาภาวะท้องผูกในผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ว่าจะได้รับ opioids อยู่หรือไม่^{3,6}

ข้อแนะนำ (Recommendations)

1. ก่อนจะให้ยาระบาย ต้อง rule-out ภาวะการอุดตันจากก้อนอุจจาระแข็ง (faecalomas)
2. แนะนำให้การรักษาด้วยยาระบาย อาทิ sen, lactulose, polyethylenglycol, magnesium salts หรือ liquid paraffin อาจจะให้ยาเดี่ยว หรือรวมกันก็ได้ และปรับตามสภาพที่เหมาะสม ร่วมกับการให้สารน้ำให้พอเพียง และการออกกำลังกาย (ถ้าทำได้)
3. เมื่อไรก็ตามการใช้ยา opioids จะต้องบริหารยาควบคู่ไปกับการดูแลป้องกันภาวะท้องผูกด้วยเสมอ
4. อาจพิจารณาใช้ยาระบายชนิดเหน็บทวารหนัก (rectal suppositories) หรือการสวน ในกรณีที่เป็น fecal impaction

แนวทางการดูแลภาวะท้องผูก

1. ประเมินสาเหตุและความรุนแรง ได้แก่ มี fecal impaction เกิดภาวะลำไส้อุดตันหรือสาเหตุอื่นๆ อาทิ กลืนแร่ผิดปกติ ภาวะ hypercalcemia, hypokalemia, hypothyroidism เบาหวานถ้ามีก็รักษาตามสาเหตุ
2. พบว่าเป็นท้องผูกทั่วไปที่ไม่ใช่ภาวะลำไส้อุดตัน เริ่มให้ยา bisacodyl 10-15 มก. 2-3 ครั้งต่อวัน โดยมีเป้าหมายให้สามารถถ่ายได้โดยไม่ลำบากอย่างน้อยหนึ่งครั้งในสองหรือสามวัน
3. ถ้ามีก้อนอุจจาระแข็งอาจจะสวนด้วย glycerine suppository (+/- mineral oil) หรือล้างออก
4. ถ้ายังไม่ดีขึ้นเพิ่มยาระบายอื่นๆ เช่น rectal bisacodyl 1-2 ครั้งต่อวัน oral polyethylene-glycol (1 เม็ดต่อน้ำ 240 มล. 2 ครั้งต่อวัน), lactulose (30-60 มล. 2-4 ครั้งต่อวัน), magnesium hydroxide (30-60 มล. 2 ครั้งต่อวัน) หรือ magnesium citrate 240 มล. 1 ครั้งต่อวัน
5. ยา prokinetic drug อาทิ metoclopramide 10-20 มก. รับประทาน 4 ครั้งต่อวันอาจจะมีประโยชน์
6. ยา methylnaltrexone 0.15 มก. ต่อ กก. วันเว้นวัน (ไม่เกินวันละหนึ่งครั้ง) พบว่าช่วยได้บ้างในกรณีที่ไม่ตอบสนองต่อยาระบายทั่วๆ ไป^{8,9}

เอกสารอ้างอิง

1. Becker G, Galandi D, Blum HE. Peripherally acting opioid antagonists in the treatment of opiate-related constipation: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(5): 547-565.
2. Ahmedzai SH, Boland JW. Constipation: opioid antagonists in people prescribed opioids. *BMJ Clin Evid* 2015.
3. Ahmedzai SH, Boland JW. Constipation in people prescribed opioids. *BMJ Clin Evid* 2010.
4. Ahmedzai SH, Nauck F, Bar-Sela G, Bosse B, Leyendecker P, Hopp M. A randomized, double-blind, active-controlled, double-dummy, parallel-group study to determine the safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged-release tablets in patients with moderate/severe, chronic cancer pain. *Palliat Med* 2012; 26(1): 50-60.
5. Mancini I, Bruera E. Constipation in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1998; 6(4): 356-364.
6. Miles CL, Fellowes D, Goodman M, Wilkinson S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst* 2006;Rev(4): Cd003448
7. Dhingra L, Shuk E, Grossman B, Strada A, Wald E, Portenoy A, et al. A qualitative study to explore psychological distress and illness burden associated with opioid-induced constipation in cancer patients with advanced disease. *Palliat Med* 2013; 27(5): 447-456.
8. Portenoy RK, Thomas J, Moehl Boatwright ML, Tran D, Galasso FL, Stambler N, et al. Subcutaneous methylnaltrexone for the treatment of opioid-induced constipation in patients with advanced illness: a double-blind, randomized, parallel group, dose-ranging study. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(5): 458-468.
9. Thomas J. Opioid-induced bowel dysfunction. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(1): 103-113.

บทที่ 14

ลำไส้อุดตันจากมะเร็ง (Malignant Bowel Obstruction)

ภาวะลำไส้อุดตันจากมะเร็ง (malignant bowel obstruction: MBO) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร และระบบสูติรีเวช ผู้ป่วยที่มีมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer) พบได้ประมาณ 4.4-24% มะเร็งรังไข่พบได้ประมาณ 5.2-42%¹ ถึงแม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับโรคมะเร็งที่เป็น แต่สาเหตุอื่นๆ ก็อาจจะมีร่วมด้วย อาทิ แผลพังผืดจากการผ่าตัด (adhesion band from previous surgery) จากภาวะท้องผูก ก้อนอุจจาระอุดตัน หรือผลข้างเคียงจากยาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง opioids ดังนั้นสาเหตุเหล่านี้จะต้องถูกพิจารณาด้วยเสมอในการดูแลรักษา

แนวทางการรักษา

ได้แก่ การรักษาด้วยยา การ decompression ด้วย nasogastric tube ให้สารน้ำให้เพียงพอ ส่วนการรักษาจำเพาะ ได้แก่ การผ่าตัด การส่องกล้อง โดยการผ่าตัดมักจะทำ palliative colostomy ส่วนการส่องกล้อง เช่น เพื่อใส่ท่อตันระบาย (self-expanding metal prosthesis stents) เนื่องจากการผ่าตัดแก้ไขภาวะอุดตันของลำไส้ในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นจึงควรพิจารณาปัจจัยแวดล้อมหลายประการในการเลือกการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัย ระยะของโรค สภาพทั่วไปของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยในบางสถานะอาจจะไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดเหมือนในคนทั่วๆ ไป ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด อาการทรุดหนักลง หรือแม้กระทั่งเสียชีวิตได้ผู้ป่วย^{1,2,3}

ตารางข้อห้ามในการผ่าตัดรักษาภาวะลำไส้อุดตันจากมะเร็ง (Expert Opinion)

Absolute contraindication	Relative contraindication
<ul style="list-style-type: none"> มะเร็งแพร่กระจายแล้วจากการวินิจฉัยที่มีภาวะ carcinomatosis peritonei ที่กระทบต่อ intestinal motility การคลำก้อนหลายก้อนกระจายทั่วๆ ไปทางหน้าท้อง การมี ascites ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายหลังการเจาะระบาย 	<ul style="list-style-type: none"> มีการกระจายของมะเร็งแล้วภายนอกช่องท้องที่คุมอาการไม่ได้ เช่น dyspnea มีการกระจายของมะเร็งแล้วภายนอกช่องท้องแต่ไม่มีอาการชัดเจน ภาวะทั่วไปของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ภาวะขาดสารอาหารรุนแรง สูงอายุและมีภาวะ cachexia เคยได้รับรังสีรักษาในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานมาก่อน

พยากรณ์โรคของภาวะ MBO2 ส่วนใหญ่เป็นการรวบรวมกรณีศึกษา ไม่ใช่การทำแบบ randomized control-trial พบว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ประมาณ 42 - 80% และพบกลับมาเป็นใหม่ได้ถึง 10 - 50% ผู้ป่วยเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดรักษา 5 - 32% และมีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติหลังผ่าตัด อาทิ แผลติดเชื้อแผลหน้าท้องแยก (wound dehiscence) การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะรั่ว (fistula) และอื่นๆ อีกมากมาย เกิดขึ้นถึง 9-90%

การใช้ยา

พิจารณาตามวัตถุประสงค์ออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มที่คิดว่ายังอาจจะรักษาสภาวะการทำงานของลำไส้ได้ตามปกติ และอีกกลุ่มคือกลุ่มที่สูญเสียหน้าที่ตามปกติของลำไส้ไปหมดแล้ว ในกรณีที่ยังมีการทำงานพอได้อยู่บ้าง ผู้ป่วยจะพิจารณาได้รับ opioids ยาแก้อาเจียน และ corticosteroids (บท visceral pain) แต่ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่สามารถจะฟื้นฟูสภาพการทำงานของลำไส้ได้ ยาที่อาจพิจารณานำมาใช้ ได้แก่ somatostatin analogs (octreotide) โดยอาจใช้ร่วมกับ anti-cholinergic drugs^{4,5,6,7,8,9}

ข้อพึงระวังของยากกลุ่ม prokinetic drugs ที่ใช้แก้อาเจียน เช่น metoclopramide ไม่ควรจะใช้ในกรณีที่มี complete gut obstruction ซึ่งอาจมีความเสี่ยง bowel perforation ได้ แต่ยังคงมีประโยชน์ในกรณีที่เป็น partial bowel obstruction (บท visceral pain)

Octreotide เป็นยาอีกตัวหนึ่งที่แนะนำให้ใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในการวินิจฉัย เพราะทั้งมีประสิทธิภาพดีและผู้ป่วยมักจะทนต่อการให้ยาตัวนี้ได้ดีในหลายงานวิจัย^{5,10} แต่ถึงกระนั้นก็ตามการรายงานวิจัย phase III ในผู้ป่วยทั้งหมด 86 รายไม่สามารถแสดงผลตอบสนองต่อการให้ octreotide เมื่อพิจารณาอาการสำคัญ คือ การอาเจียน โดยพิจารณาผลทั้งจำนวนครั้ง และจำนวนวันที่ปลอดการอาเจียน¹¹

การใช้ยา corticosteroid จากคุณสมบัติ anti-inflammatory และ anti-secretion effects มีการรายงานทบทวนงานวิจัย 10 เรื่อง พบว่ามี “แนวโน้ม” ของอาการที่ดีขึ้นแม้ว่าจะไม่ถึงนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม⁴

การรักษาด้วยเทคนิคใหม่ คือการใช้กล้อง endoscope ร่วมกับการใส่ self-expanding metallic stents ได้มีการศึกษา และได้รับผลสำเร็จพอสมควร ดังตาราง¹²

Results	Means (%)	Range (%)
- Prosthesis ทำงานอยู่จนผู้ป่วยเสียชีวิต	90	53 - 100
- เกิดทะลุ (perforation)	4.5	0 - 83
- ต้องใส่ prosthesis ใหม่	20	0 - 100
- prosthesis มีการเคลื่อนที่ออกจากตำแหน่งที่ใส่	11	0 - 50
- เกิดอุดตันใหม่	12	1 - 92

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการใส่ stent กับการผ่าตัดผลจากงานวิจัย พบว่าการฟื้นตัวกลับมากินอาหารไม่ต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ใส่ stent มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ¹³

สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์

1. ในกลุ่มผู้ป่วยที่คัดเลือกการผ่าตัดและการใส่ stent เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ^{2,5} (Evidence level 1+)
2. การรักษาด้วยการส่องกล้องและใส่ stent ช่วยลดจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการผ่าตัด¹² (Evidence level 1)
3. Corticosteroid มีแนวโน้ม (แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ช่วยบรรเทาอาการ แต่ไม่เปลี่ยนแปลงด้านอัตราการเสียชีวิต¹⁰ (Evidence level 1)
4. Octreotide มีประสิทธิภาพที่ดีในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนเมื่อเปรียบเทียบกับ butylscopolamine (แต่ด้านอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน)¹⁰

ข้อแนะนำ (Recommendations)

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการลำไส้อุดตันจากมะเร็งควรจะต้องได้รับการประเมินเป็นพิเศษ เพราะมีเหตุปัจจัยหลายประการ เนื่องจากการรักษาบางอย่างอาจจะเพิ่ม morbidity และ mortality แก่คนไข้แล้ว ผลการรักษาจากแต่ละวิธียังมีเหตุปัจจัยมากมายที่ทำให้ไม่แน่นอน ได้แก่ พยากรณ์โรค ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดความชำนาญเฉพาะหัตถการที่จะใช้รักษา การมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นหรือยาเป็นต้น
2. ผู้ป่วยที่มีสถานะเหมาะสม จะได้รับผลดีจากการรักษาแบบผ่าตัด หรือการส่องกล้องใส่ stents
3. การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาลดสารคัดหลั่งในลำไส้ รวมทั้ง corticosteroids และ butylscopolamine สามารถช่วยเสริมประสิทธิภาพในการรักษา (บท visceral pain)
4. หากมีการตอบสนองไม่เต็มที่จากวิธีข้างต้น สามารถใช้ octreotide ร่วมด้วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Capri S, De Conno F, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001;9(4): 223-233.
2. Ripamonti CI, Easson AM, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer* 2008;44(8): 1105-1115.
3. Francescutti V, Miller A, Satchidanand Y, Alvarez-Perez A, Dunn KB. Management of bowel obstruction in patients with stage IV cancer: predictors of outcome after surgery. *Ann Surg Oncol* 2013;20(3): 707-714.
4. Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2): Cd001219.
5. Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Marrazzo A. Aggressive pharmacological treatment for reversing malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 2004;28(4): 412-416.
6. Porzio G, Aielli F, Verna L, Galletti B, Shoja ERG, Ficorella C. Can malignant bowel obstruction in advanced cancer patients be treated at home? *Support Care Cancer* 2011;19(3): 431-433.
7. Kaneishi K, Kawabata M, Morita T. Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44(4): 604-607.
8. Zelek L, Laval G, Asselain B. Somatostatin analogs for malignant bowel obstruction resulting from peritoneal carcinomatosis. *J Clin Oncol* 2013; 31(19): 2519-2520.
9. Berger J, Lester P, Rodrigues L. Medical therapy of malignant bowel obstruction With octreotide, dexamethasone, and metoclopramide. *Am J Hosp Palliat Care* 2016 ;33(4):407-10.
10. Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;33(2): 217-223.
11. Currow DC, Quinn S, Agar M, Fazekas B, Hardy J, McCaffrey N, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized trial of octreotide in malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49(5): 814-821.
12. Watt AM, Faragher IG, Griffin TT, Rieger NA, Maddern GJ. Self-expanding metallic stents for relieving malignant colorectal obstruction: a systematic review. *Ann Surg* 2007;246(1): 24-30.
13. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Theodosopoulos T, Tsamakidis K, Bitsakou G, Plataniotis G, et al. Stenting or stoma creation for patients with inoperable malignant colonic obstructions? Results of a study and cost-effectiveness analysis. *Surg Endosc* 2004;18(3): 421-426.

บทที่ 15

ปัญหาการหลับ/ตื่น (Sleep Disturbance)

พบได้บ่อยมากในผู้ป่วย parkinson และ dementia (60 - 90%) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (70%) ผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด (40%)¹ แบ่งอาการแสดงเป็นสาม กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1) **Insomnia** เป็นภาวะนอนยากหรือตื่นกลางดึก ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตก ประสิทธิภาพทาง cognitive ลดลง ซึ่งเกิดได้จาก

1.1 อาการทางกาย เช่น ปวด เหนื่อย ประวัติขารู้สึกไม่สบายพบร่วมกับขากระตุก (restless leg syndrome with periodic limb movement disorder)

1.2 อาการทางจิตประสาท เช่น ความกลัว วิตกกังวล โดยเฉพาะกลัวว่าหลับไปแล้วจะไม่ตื่นขึ้นมาอีก ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสน (delirium)

1.3 สิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสงของห้อง การเปลี่ยนเวลาเข้านอน (circadian rhythm sleep-wake disorder)

1.4 จากการใช้ยาที่มีผลกระตุ้นประสาทในช่วงก่อนเข้านอน เช่น steroid, selective serotonin reuptake inhibitors: SSRI, dopaminergic agonist ขนาดสูง

2) **Hypersomnia** เป็นภาวะหลับในช่วงกลางวัน ซึ่งเกิดได้บ่อยจากการขาดอากาศขณะนอนหลับ (sleep related breathing disorder), ความผิดปกติจากการทำงานหรือมีรอยโรคที่ระบบประสาทการตื่นตัว ส่วนรอยต่อ brainstem กับ thalamus (central disorder of hypersomnolence) นอกจากนี้ยังเกิดจาก insomnia และ parasomnia ที่รุนแรง

3) **Parasomnia** คือพฤติกรรมผิดปกติขณะนอนหลับ ส่งผลรบกวนต่อผู้ร่วมห้องนอน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมองที่ควบคุมกล้ามเนื้อขณะหลับผิดปกติ ได้แก่ การหัวเราะ คุก ชกต้อยตามฝัน (REM behavior disorder หรือ RBD), การลุกเดินจากเตียง (NREM sleepwalking) และการชัก (seizure)

แนวทางเสนอแนะในผู้ป่วยที่มีปัญหาการหลับ/ตื่น

กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรค Pre-end of life (แผนภูมิที่ 1)

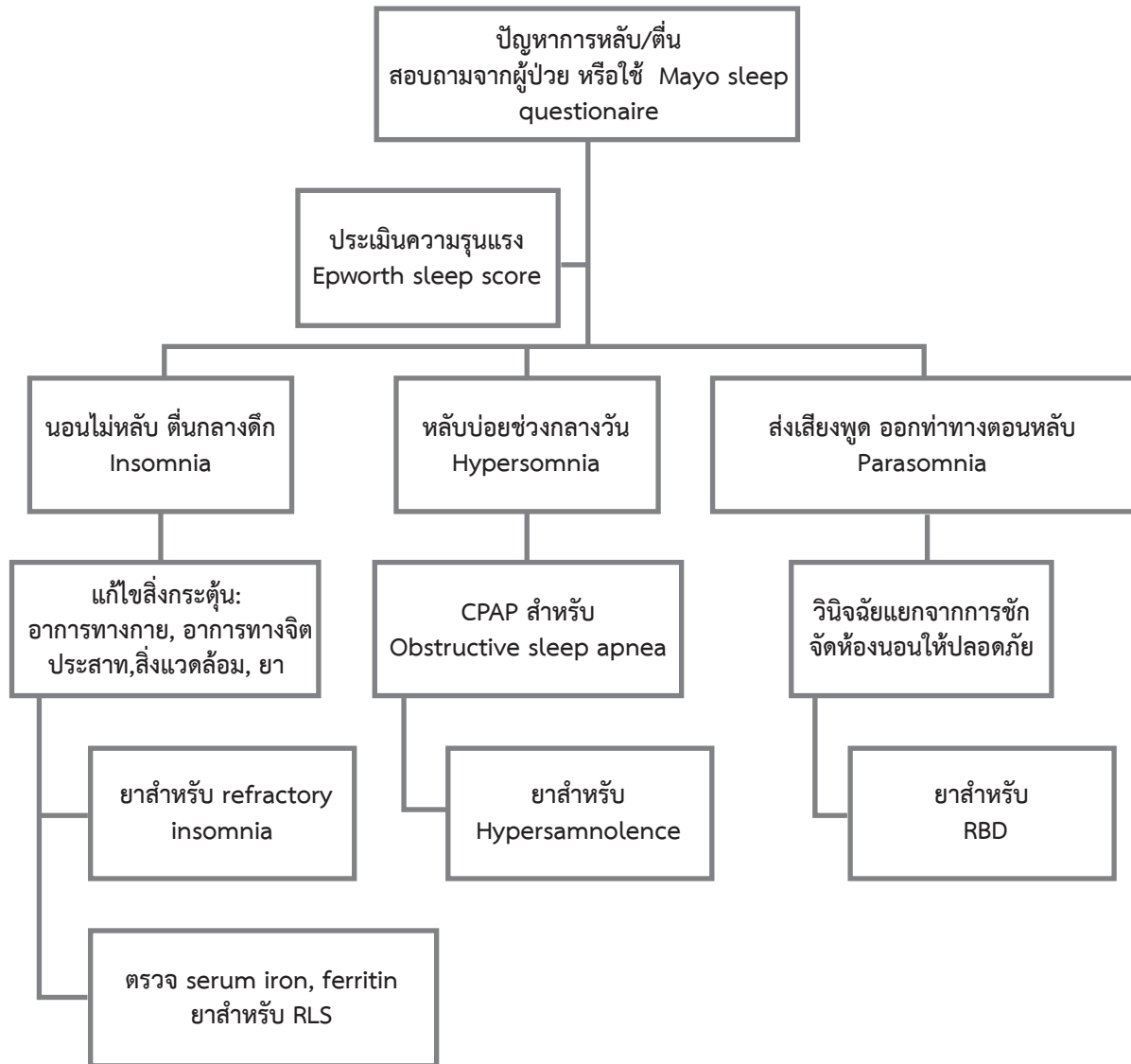
ขั้นที่ 1: แยกปัญหา ผู้ป่วยว่าเป็น insomnia, hypersomnia หรือ parasomnia โดยอาจใช้แบบสอบถามประเมินจากผู้ดูแล เช่น Mayo sleep questionnaire² (appendix 1)

ขั้นที่ 2: ประเมินความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับ จากความว่างช่วงเวลากลางวัน โดย Epworth sleep score³ (appendix 2) เพื่อใช้ในการติดตามการรักษา

ขั้นที่ 3 : 3.1 กรณีเป็น insomnia สิ่งสำคัญคือ หาและแก้ไขตัวกระตุ้น เช่น อาการปวด ความวิตกกังวลการลุกมาปัสสาวะกลางดึกหากมี restless leg syndrome พิจารณาให้ยา ในกลุ่ม dopaminergic agonist, levodopa, clonazepam หรือ gabapentin และแก้ไขภาวะขาดธาตุเหล็กให้ serum ferritin สูงกว่า 75 mcg/L4 กรณีไม่สามารถแก้ไขตัวกระตุ้นได้ การให้ยาลดซึมเศร้าที่ช่วยให้หลับ คือ trazadone หรือยานอนหลับที่ออกฤทธิ์สั้นคือ zolpidem หรือ lorazepam พยายามเลี่ยงการใช้ยานอนหลับออกฤทธิ์ยาวอย่าง diazepam เพราะส่งผลให้วังซิมตอนกลางวัน ส่วนยาออกฤทธิ์ที่ melatonin ยังไม่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์⁵

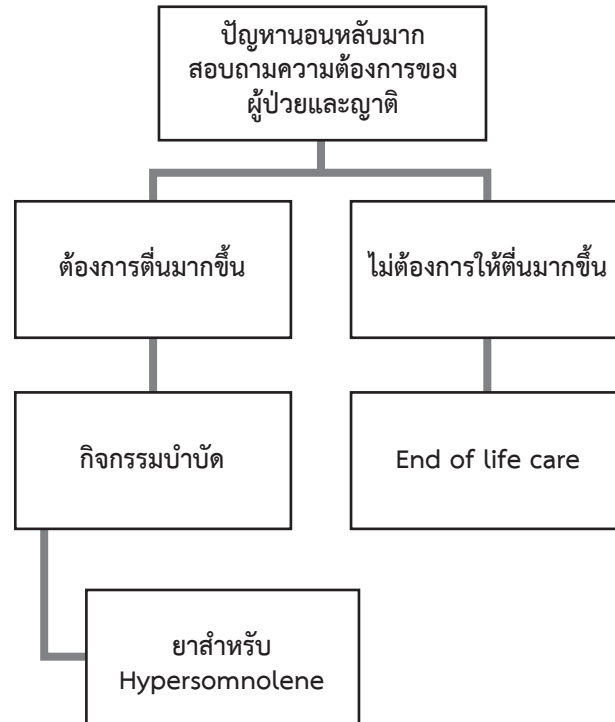
3.2 กรณีเป็น hypersomnia สิ่งสำคัญคือ หาและแก้ไขปัญหาการหายใจ ในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ obstructive sleep apnea (STOP BANG — Snoring, Tiredness, Observed stop breathing, high blood Pressure, BMI>35, Age > 50, Neck circumference > 40 cm, Gender male)⁶ ควรพิจารณาทำ polysomnography เพื่อวินิจฉัยและพิจารณาการใช้เครื่อง Continuous Positive Airway Pressure- CPAP อย่างไรก็ตาม การทำ polysomnography ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือนอนติดสายตรวจใน sleep lab เป็นเวลานานต้องแปลผลโดยผู้เชี่ยวชาญและมีค่าใช้จ่ายสูงดังนั้นการทำ polysomnography ในบริบทประเทศไทยจึงไม่อาจจัดเป็นมาตรฐานปฏิบัติ แพทย์พึงให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจ ควรเลี่ยงการใช้ benzodiazepine ในผู้ป่วยที่มี sleep apnea กรณี hypersomnia เกิดจากความผิดปกติหรือรอยโรคของ arousal system อาจพิจารณาให้ psychostimulant

3.3 กรณีเป็น parasomnia สิ่งสำคัญคือการแยกจากอาการชัก (frontal lobe epilepsy) หากเป็นไปได้ควรวินิจฉัยจากวิดีโอจับภาพขณะมีอาการและคำแนะนำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยและผู้ร่วมห้องนอน ได้แก่ การงดสิ่งของมีคมไวใกล้เตียง การล็อกประตูห้องนอน เป็นต้น กรณีมีการออกท่าทางตามฝัน (acting out dream) ที่ทำให้คิดถึง REM behavior disorder การใช้ยา clonazepam หรือ melatonin⁷ อาจช่วยลดอาการเลี่ยงการใช้ยา SSRI เนื่องจากอาจมีผลให้ช่วง REM ผิดปกติมากขึ้น⁸



กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรค end of life (แผนภูมิที่ 2)

ในช่วง active dying เซลล์ประสาทสมองส่วน arousal ทำงานน้อยลง ทำให้เกิดการนอนมากขึ้น hypersomnia ซึ่งอาจไม่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยและญาติ กรณีผู้ป่วยต้องการตื่นมากขึ้น พิจารณาใช้กิจกรรมบำบัด เป็นอันดับแรกเนื่องจากการให้ยาให้ยาที่มีผลกระตุ้นประสาท เช่น methylphenidate, steroid, dopaminergic agonist ขนาดสูง ต้องระวังผลข้างเคียงให้เกิด delirium ซึ่งอาจต้องใช้ antipsychotic ร่วมด้วย

ตารางแนวทางการใช้ยา⁸

ปัญหาการนอนหลับ	ยาที่ควรพิจารณาเลือกให้รับประทาน และขนาดต่อวัน	ยาที่ควรหลีกเลี่ยง
Refractory insomnia	- Trazadone 25 - 100 มก. ก่อนนอน - Zolpidem 5 มก. ก่อนนอน - Chlorpromazine 25 - 50 มก. ก่อนนอน - Quetiapine 6.25 - 12.5 มก. ก่อนนอน - Lorazepam 0.5 - 1 มก. ก่อนนอน	Diazepam Steroid
Restless leg syndrome with or without Periodic limb movement	- Dopamine agonist: ▶ Pramipraxol 0.25 - 1 มก. ก่อนนอน ▶ Ropinirol 0.25 - 2 มก. ก่อนนอน - Levodopa/carbidopa 100/25 มก. ก่อนนอน - Clonazepam 0.5 - 2 มก. ก่อนนอน - Gabapentin 100 - 300 มก. ก่อนนอน	
Hypersomnolence	- Caffeine 100 - 200 มก. วันละ 4 ครั้ง last dose ก่อน 4 โมงเย็น - Methylphenidate 2.5 - 20 มก. วันละ 2 ครั้ง last dose ก่อนนอน 6 ชม. - Dextroamphetamine 2.5 - 10 มก. วันละ 2 ครั้ง last dose ก่อนนอน 12 ชม.	
REM behavior disorder	- Clonazepam 0.5 - 2 มก. ก่อนนอน - Melatonin 3 - 12 มก. ก่อนนอน 2 ชม.	SSRI

เอกสารอ้างอิง

1. Hajjar RR. Sleep disturbance in palliative care. *Clin Geriatr Med*. 2008 Feb;24(1):83–91, vii.
2. Boeve BF, Molano JR, Ferman TJ, Smith GE, Lin S-C, Bieniek K, et al. Validation of the Mayo Sleep Questionnaire to screen for REM sleep behavior disorder in an aging and dementia cohort. *Sleep Med*. 2011 May;12(5):445–53.
3. Banhiran W, Assanasen P, Nopmaneejumruslers C, Metheetrairut C. Epworth sleepiness scale in obstructive sleep disordered breathing: the reliability and validity of the Thai version. *Sleep Breath*. 2011 Sep;15(3):571–7.
4. Trotti LM, Bhadriraju S, Becker LA. Iron for restless legs syndrome. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2015 Nov 29]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007834.pub2>
5. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer’s disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD009178.
6. Chung F, Subramanyam R, Liao P, Sasaki E, Shapiro C, Sun Y. High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea. *Br J Anaesth*. 2012 May 1;108(5):768–75.
7. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PloS One*. 2013;8(5):e63773.
8. Kierlin L, Littner MR. Parasomnias and Antidepressant Therapy: A Review of the Literature. *Front Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 29];2. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2011.00071/abstract>
9. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines[®]) MS-20: Palliative care 1.2016 [Online]. 2016 [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf

บทที่ 16

อาการสับสน (Delirium)

เป็นภาวะพบได้บ่อย เกิดใน 70% ในหอผู้ป่วยหนัก และ 40% ของผู้ป่วยระยะท้ายการวินิจฉัย ตามเกณฑ์ของ DSM V คือ ภาวะสับสนฉับพลัน (acute confusional state) ที่อาจมีหรือไม่มีภาพหลอน (hallucination) ร่วมด้วย โดยมี psychomotor เป็นแบบกระวนกระวาย (hyperactive) หรือซิมเพิกเฉย (hypoactive) หรือมีทั้งสองอย่างร่วมกัน (mixed) ก็ได้ อาการสับสนถือเป็นอาการแสดงของสมองหมดความสามารถปรับตัวต่อสิ่งคุกคาม (decompensated encephalopathy) ปัจจุบันมีหลักฐานเพิ่มขึ้นว่าระยะเวลาของ delirium สัมพันธ์กับสมรรถภาพของสมองลดลงถาวร จึงจัดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องพยายามลดสิ่งคุกคาม¹ พยาธิกำเนิดยังไม่เข้าใจทั้งหมด แต่ที่ยอมรับในปัจจุบัน ได้แก่

- 1) ความไม่สมดุลระหว่าง cholinergic ที่ลดลง กับ dopaminergic ที่เพิ่มขึ้น (กรณี hyperactive delirium)
- 2) ผลจากสารหลังตัวกลางการอักเสบ (inflammatory cytokine)
- 3) การรับรู้สภาพแวดล้อมลดลง (sensory deprivation)

delirium แบ่งได้ 3 ระดับคือตอบสนองช้า คิดนาน (slow response, loss clarify of thought), ระดับปานกลาง คือ ไม่สามารถคงความสนใจ (attention) ซึ่งอาจเห็นได้ชัดเจนจากละสายตาจากคู่สนทนาตอบไม่ตรงคำถามหรือเมื่อทดสอบด้วยการให้สะกดคำลอยหลัง, ระดับมาก คือ ไม่สามารถรับรู้สภาพแวดล้อม (disorientation) และหากเป็นมากขึ้นจึงเริ่มกระทบต่อภาวะตื่น (wakefulness) แนวทางเสนอแนะในผู้ป่วยที่มีปัญหาสับสนฉับพลัน

กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรค Pre-end of life (แผนภูมิที่ 1)

ขั้นที่ 1: การวินิจฉัยและติดตามอาการ delirium โดยอาจใช้แบบสอบถาม Confusional assessment method² (appendix 1) ซึ่งมีรายละเอียดวิธีประเมิน โดยอยู่บนหลักการของ DSM V

ขั้นที่ 2: การสืบค้นและให้การรักษาสาเหตุที่แก้ไขได้อย่างเร่งด่วน

2.1 กรณีตรวจร่างกายพบความผิดปกติของระบบประสาท

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองส่วน middle cerebral artery นอกจากมีอ่อนแรงแขนขาครึ่งซีกแล้ว อาจเสียความสามารถในการสื่อความหมาย (aphasia) ทำให้เข้าใจว่าเป็น delirium ได้ ขณะที่ posterior cerebral arter stroke ซึ่งผู้ป่วยอาจมีเพียงอาการสับสนร่วมกับตามองไม่เห็น (cortical blindness) โดยอาการอ่อนแรงแขนขาไม่เด่น เพราะเป็นสมองส่วน thalamus กับ occipital lobe ดังนั้นจึงควรตรวจ

ร่างกายทางระบบประสาทที่รวมถึงการตรวจ visual field และพิจารณาส่งตรวจ CT brain ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มี atrial fibrillation, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น

2.2 กรณีมีไข้และปวดศีรษะร่วมกัน

ผู้ป่วยที่ทั้งมีไข้และปวดศีรษะร่วมกัน สาเหตุที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อในสมอง แต่ในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยทานยากดภูมิหลังเปลี่ยนอวัยวะ มีความเสี่ยงต่อเชื้อราซึ่งมีเพียงอาการปวดศีรษะเล็กน้อย การมีไข้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร บอกไม่ได้ว่าปวดศีรษะหรือไม่ ทำให้พบบ่อยการติดเชื้อในสมองเช่นกัน การตรวจร่างกายพบ stiff neck มีความไวเพียง 30% ดังนั้นการตรวจไม่พบ จึงไม่ตัดโอกาสติดเชื้อในสมอง การศึกษาในผู้ป่วย delirium ขณะอยู่โรงพยาบาลพบว่าการ lumbar puncture ในผู้ป่วยที่ไม่มีไข้ ไม่มีปวดศีรษะเลย โอกาสพบติดเชื้อในสมองน้อยมาก³ เมื่อสงสัยภาวะติดเชื้อในสมองแล้ว การพิจารณาว่าจะ lumbar puncture ส่งน้ำไขสันหลังตรวจหาเชื้อหรือไม่ ขึ้นกับเป้าหมายการดูแล การส่งน้ำไขสันหลังตรวจช่วยให้วินิจฉัยได้แม่นยำขึ้น แต่หากบริบทไม่เอื้ออำนวยการรักษาโดยการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไปก่อนก็เป็นทางเลือกหนึ่ง

2.3 กรณีตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท และไม่มีไข้หรือปวดศีรษะ

เป็นกรณีที่พบบ่อยที่สุด มักเกิดจากสาเหตุนอกศีรษะ อาจจำเป็นคำย่อ “DELIRIUM” ได้แก่ Drugs and Dehydration, Electrolyte and Endocrine, Low blood flow and Low oxygen (รวมถึง anemia), Infection and Inflammation, Retention urine, Impact feces, Uncontrolled pain, mental disorientation

อย่างไรก็ตาม สาเหตุทางสมอง ที่พบได้ประมาณ 5% ของผู้ป่วยหนักที่มี delirium คือ non convulsive status epilepticus ซึ่งผู้ป่วยมีซึ่มสับสนเป็นช่วงๆ โดยไม่มีชักเกร็งกระตุกชัดเจน การวินิจฉัยทำได้โดย EEG เท่านั้น แต่ความไวของ EEG ขึ้นกับระยะเวลาในการตรวจ หากน้อยกว่า 24 ชั่วโมง ความไวที่จะพบคลื่นชักมีน้อยกว่า 50%⁴

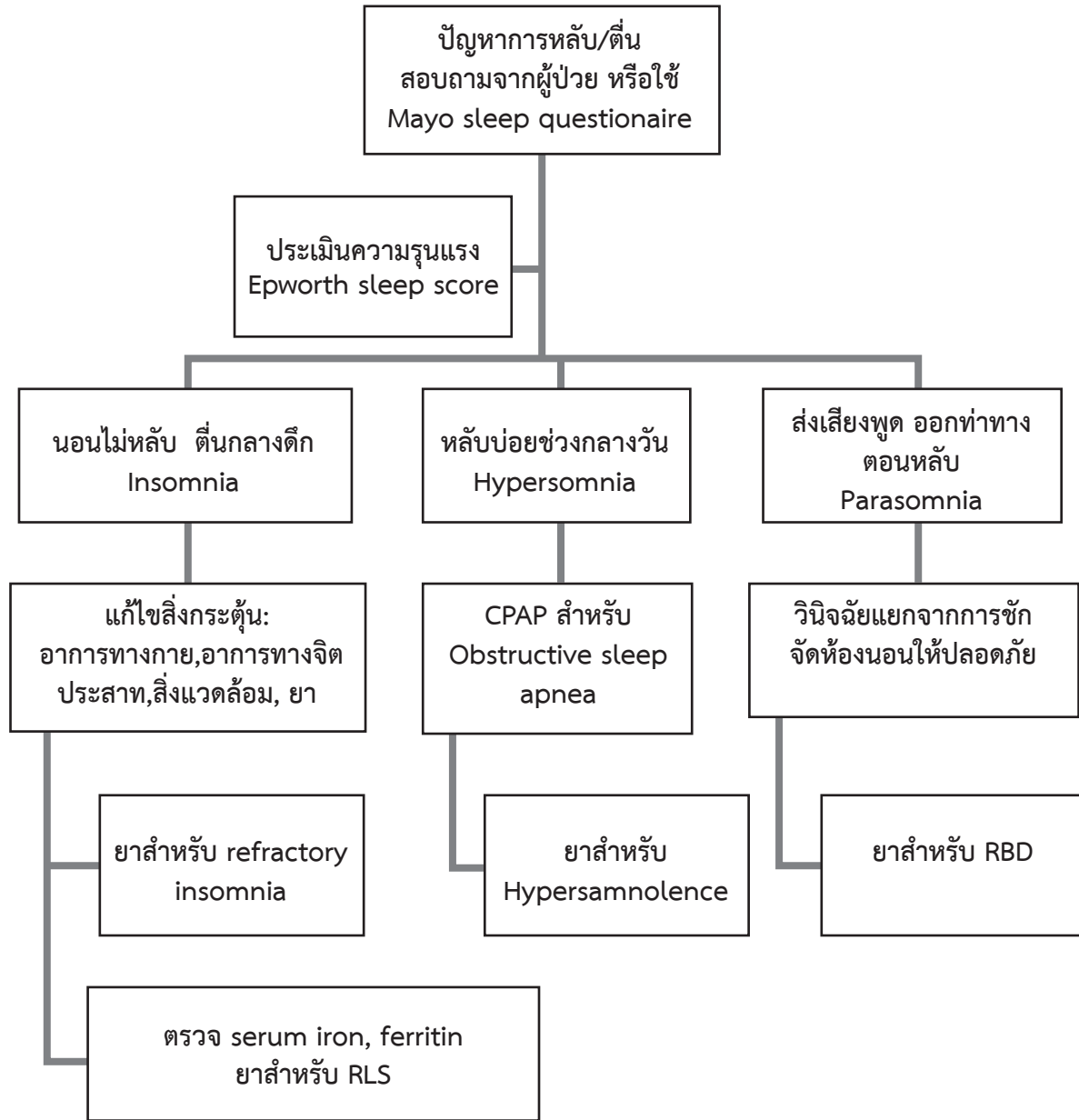
ขั้นที่ 3: การประเมินความรุนแรงและการดูแลทั้งการไม่ใช้ยา และการใช้ยารักษาการดูแลแบบไม่ใช้ยา ที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผล คือ ‘Reorientation protocol’⁵ ได้แก่

- ผู้ดูแลหมั่นแจ้งให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงวันเวลา สถานที่
- ปรับสิ่งแวดล้อมให้เห็นแสงสว่างจากภายนอกพอเพียงเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้กลางวันกลางคืน และไม่มีเสียงดังรบกวน
- จัดกิจกรรมให้นอนเป็นเวลา เช่น กระตุ้นให้ขยับตัวตื่นกลางวัน และให้พักตอนกลางคืน

3.1 การรักษาอาการฉับพลันรุนแรง (severe agitated delirium) มีการศึกษาภาวะที่เมื่อแก้แล้วอาการ hyperactive delirium ดีขึ้นชัดเจน ที่สำคัญคือ การหยุดหรือลดยาที่มี M1-anticholinergic effect เช่น trihexyphenidyl, ยาเพิ่ม dopaminergic เช่น levodopa, ยา psychostimulant เช่น

steroid ร่วมกับแก้ไข dehydration⁶ สำหรับยากลุ่ม opioid มีผล anticholinergic effect ขณะเดียวกัน อาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ก็ทำให้เกิด delirium เช่นกัน ดังนั้น การพิจารณาปรับลดขนาด opioid หรือเปลี่ยนชนิดยา opioid ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยาตัวแรกที่สามารถให้ได้ parenteral คือ haloperidol ซึ่งสามารถให้ทาง subcutaneous และ intramuscular การให้ยาทาง IV ต้องระวังภาวะ QT prolong ขนาดยาที่ใช้รักษา delirium มีขนาดต่ำกว่าการรักษา acute psychosis การศึกษาพบว่า การให้ haloperidol ตามอาการเป็นครั้งๆ ไม่เกิน 3 มก.ต่อวัน ไม่ก่อให้เกิด extrapyramidal effect มากกว่า atypical antipsychotic⁷ ข้อดีของ haloperidol คือ high potency และไม่ทำให้ง่วงซึมมาก ยา benzodiazepine เหมาะกับผู้ที่ delirium เกิดจาก alcohol withdrawal แต่ไม่เหมาะเป็นยาตัวเดียวที่ใช้กับ delirium จากสาเหตุอื่น เพราะกดการรับรู้ ทำให้เกิด rebound agitation หลังหมดฤทธิ์ยาได้ หากจะใช้ควรเป็นตัวเสริมกับ antipsychotic ซึ่งในกรณีนี้ โอกาสเกิด rebound agitation น้อยกว่า

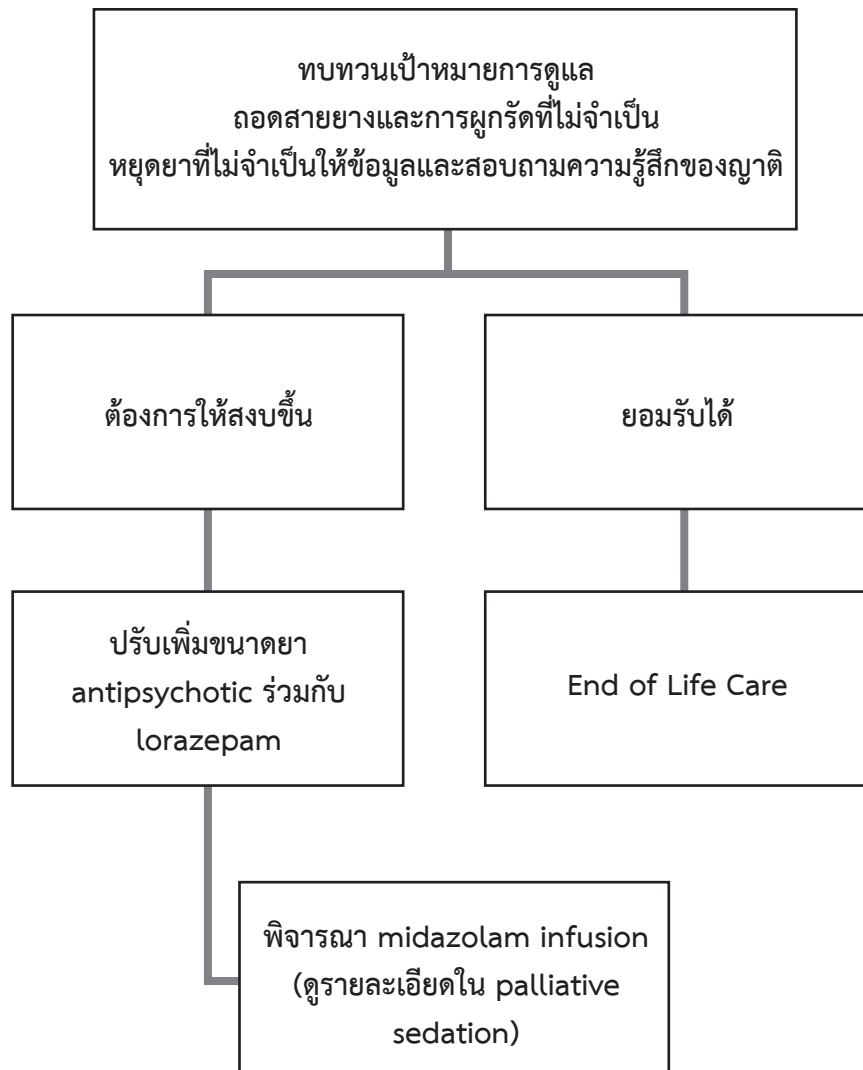
3.2 การรักษาอาการไม่รุนแรงระยะยาว (moderate to mild delirium) ควรทำ reorientation therapy ก่อนเสมอ หากไม่ได้ผล จึงพิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแนวโน้มต้องใช้ยาคุมอาการระยะยาว มีความเสี่ยงต่อการเกิด extrapyramidal side effect เพิ่มขึ้นควรพิจารณาให้ quetiapine ซึ่งมีฤทธิ์ง่วงซึม จึงควรเริ่มจากการให้ยาก่อนนอน หากไม่มีพิจารณาให้ haloperidol หรือ risperidone แต่พยายามใช้ระยะสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น



แผนภูมิที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรค Pre-end of life

กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรค end of life (แผนภูมิที่ 2)

ในช่วง active dying หรือ terminal delirium มักมีปัจจัยจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่แก้ไขไม่ได้ สิ่งที่น่าแก้ไขได้คือการลดผลจาก iatrogenic เช่น การถอดสาย nasogastric tube หรือ Foley's cath เมื่อเป้าหมายการดูแลเป็น comfort care และเพื่อลดความจำเป็นในการผูกมัดมือผู้ป่วย, หยุดยาหรือปรับลดขนาดยาเพราะการทำงานของตับไตลดลง หากทำข้างต้นแล้วยังมีอาการสับสนทำให้ญาติ รู้สึกไม่สบายใจพิจารณาปรับขนาดยา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังคงมีอาการ delirium โดยเฉพาะที่มี hallucination ร่วมด้วย สร้างความไม่สบายใจให้กับญาติ อย่างมาก รุนแรงจนเป็นสาเหตุสำคัญให้ palliative sedation



แผนภูมิที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรค end of life

แนวทางการใช้ยา⁴

ระดับความรุนแรงของ delirium	ยาที่ควรพิจารณาเลือกใช้และขนาดต่อวัน	ข้อระวัง
Severe agitated delirium	Haloperidol 0.5 - 2 มก. IM/SC	QT prolongation หากให้ IV หรือขนาดมากกว่า 2.5 มก./ครั้ง
	Chlorpromazine 25 มก. IV	hypotension ควรใช้เฉพาะผู้ป่วยที่ bed bound แล้วเท่านั้น
	Diazepam 5 - 10 มก. IV	ไม่ควรให้เป็นยาตัวเดียว หากไม่ใช่ delirium จาก alcohol withdrawal
Moderate to mild delirium	Quetiapine 6.25 - 25 มก. รับประทาน	ทำให้ง่วง
	Haloperidol 0.5 - 2 มก. รับประทาน Risperidone 0.25 - 1 มก. รับประทาน	risperidone อาจมีโอกาสดเกิด extrapyramidal side effect ใกล้เคียง haloperidol ในกลุ่มเสี่ยง (ชายอายุน้อย, อายุมาก, เป็น parkinson)
	Zolpidem 5 มก. รับประทาน Lorazepam 0.5 - 1 มก. รับประทาน	ไม่ควรให้เป็นยาตัวเดียว หากไม่ใช่ delirium จาก alcohol withdrawal

เอกสารอ้างอิง

1. Hajar RR. Sleep disturbance in palliative care. *Clin Geriatr Med*. 2008 Feb;24(1):83–91, vii.
2. Boeve BF, Molano JR, Ferman TJ, Smith GE, Lin S-C, Bieniek K, et al. Validation of the Mayo Sleep Questionnaire to screen for REM sleep behavior disorder in an aging and dementia cohort. *Sleep Med*. 2011 May;12(5):445–53.
3. Banhiran W, Assanasen P, Nopmaneejumruslers C, Methetrairut C. Epworth sleepiness scale in obstructive sleep disordered breathing: the reliability and validity of the Thai version. *Sleep Breath*. 2011 Sep;15(3):571–7.
4. Trotti LM, Bhadriraju S, Becker LA. Iron for restless legs syndrome. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2015 Nov 29]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007834.pub2>
5. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer’s disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD009178.
6. Chung F, Subramanyam R, Liao P, Sasaki E, Shapiro C, Sun Y. High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea. *Br J Anaesth*. 2012 May 1;108(5):768–75.
7. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PloS One*. 2013;8(5):e63773.
8. Klerlin L, Littner MR. Parasomnias and Antidepressant Therapy: A Review of the Literature. *Front Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 29];2. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2011.00071/abstract>
9. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) MS-20: Palliative care [Online]. 2016 [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf

บทที่ 17

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักสังคมสงเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary team) โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพหนึ่งในนั้นซึ่งจะช่วยเติมเต็มให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเตรียมพร้อมและรับมือกับความเปลี่ยนแปลง ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้ การทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ จะเป็นผู้ประยุกต์ศาสตร์ทางด้านสังคมสงเคราะห์จิตวิทยาหรือศาสตร์อื่น ๆ ด้านสังคมศาสตร์ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นพื้นฐานในการทำงาน

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมการดูแลรักษาพยาบาล การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ให้บริการและผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการให้ความร่วมมือและการวางแผนร่วมกันในการดูแลรักษาพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การกล่าวแนะนำตนเอง แจ่มชัดและบทบาทของตนเองที่ทำงานร่วมกับทีม การกล่าวทักทาย การใช้น้ำเสียงอย่างเป็นกันเองด้วยสีหน้า ท่าทางที่เป็นมิตร ย่อมทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกผ่อนคลายให้การยอมรับที่จะสื่อสารบอกปัญหาและความต้องการของตนเอง

2. การสัมภาษณ์และการประเมิน การสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจและทราบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะนำมาใช้ในการวางแผนในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

3. การสนับสนุนด้านจิตใจ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ อาการเจ็บปวดที่ยังพบปัญหาด้านอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความโศกเศร้าของครอบครัวเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยกลัวการเสียชีวิต เป็นต้น นักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทหลักในการให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะโศกเศร้าการทราบข่าวร้าย การสูญเสีย การสะท้อนความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดี มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การเสริมพลังให้ผู้ป่วย และครอบครัว การสะท้อนให้แต่ละคนเห็นศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วย การให้กำลังใจกันและกัน และให้คำปรึกษาดูแลครอบครัวภายหลังการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (bereavement) กิจกรรมที่กล่าวมาได้แก่ การเยี่ยมที่หออผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้าน

4. การเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมการรักษาพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และมีแนวทางร่วมกันในการดูแลที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะติดต่อประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับบริการที่เหมาะสม และทันที่

5. การเป็นผู้แสวงหาและสร้างเครือข่ายทางสังคม เป็นผู้ประสานแสวงหาเครือข่ายทางสังคม ทั้งภายในองค์กรและจากภายนอก รวมถึงการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อนบ้าน ชุมชน อาสาสมัครให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางสังคม

6. การระดมทุนและสนับสนุนทรัพยากร บ่อยครั้งที่นักสังคมสงเคราะห์เข้าแทรกแซงให้ความช่วยเหลือโดยการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งภายในและภายนอกองค์กร

7. การวางแผน จัดโปรแกรมบริการให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การวางแผนให้ความช่วยเหลือ การประสาน ทำงานร่วมกับทีมเพื่อจัดโปรแกรม บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

8. การติดตามและดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เนื่องจากเกิดการสูญเสียผู้ป่วยไปแล้ว ฉะนั้นผู้ดูแลอาจจะกำลังเผชิญปัญหาต่างๆ เช่น ความโศกเศร้าเสียใจ การขาดที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ จะคอยติดตามและให้การช่วยเหลือผู้ดูแล

9. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในมิติทางสังคม โดยกระทำร่วมกับทีมที่ดูแลทั้งภายในองค์กร และภายนอกองค์กร รวมถึงการให้ความรู้ ข้อมูลที่จำเป็นต่อเครือข่ายทางสังคม มุมมองทางสังคม ให้กับทีมได้รับทราบ

10. การสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร มีความสำคัญมากเพราะสามารถช่วยลดความเครียดของครอบครัวในช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยได้ โดยให้การสนับสนุนในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

เครื่องมือและวิธีการปฏิบัติงาน

1. การให้คำปรึกษา โดยการสำรวจข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึกของตนเองผ่านการตั้งคำถามปลายเปิด อีกทั้งใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก ทักษะการฟังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจในการเล่าปัญหาและความต้องการ ได้แก่ ความพร้อมในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคการรับมือในปัญหาต่างๆ การจัดการเกี่ยวกับความคับข้องใจ กระบวนการดูแลในระยะท้าย / แบบประคับประคอง เป็นต้น

2. การจัดกลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ โดยนำกระบวนการกลุ่มมาใช้และมีวัตถุประสงค์ต่างกันไป เช่น เพื่อให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้สึก รับฟังความคิดเห็น ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ให้สมาชิกในกลุ่มเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมถึงทักษะการตั้งคำถาม การสะท้อนความรู้สึกของสมาชิกในกลุ่ม ทักษะการสรุป บางครั้งการจัดทำกลุ่มสนับสนุนทางจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของตนเองยังสามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

3. การประชุมครอบครัว เป็นไปเพื่อการสื่อสารข้อมูลการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบ ปัญหาที่พบคือ การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การกำหนดช่วงเวลาในการแจ้งข้อมูลที่ไม่เหมาะสม การแจ้งข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยรับทราบ ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่ทีมผู้ให้บริการผู้รับบริการ อาจเกิดความขัดแย้งกันในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล เกิดความขัดแย้งในระหว่างครอบครัว มักเกิดจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่เป็นผู้ตัดสินใจการดูแลรักษาทำให้ถูกตำหนิ/ต่อว่าภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

ประเด็นการประเมินทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว

H-O-L-I-S-T-I-C

- Home :** บ้านและสิ่งแวดล้อม ความเหมาะสมของที่พักอาศัย รวมถึงสมาชิกในครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างกัน
- Orientation :** การปรับตัวในสถานการณ์ที่ยากลำบากที่ผ่านมา เพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เตรียมพร้อมต่อการสูญเสียผู้ป่วย
- Lover :** คนรัก ของที่รัก การพูดคุยเรื่องความรักจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสามารถลดความกังวล ความเจ็บปวด หรือลืมอาการป่วยได้ในขณะที่พูด
- Identity :** ลักษณะเฉพาะตัว เช่น การศึกษา อาชีพ ภูมิฐานะ สถานภาพ บทบาท รวมถึงลัทธิความเชื่อ ความศรัทธา พิธีกรรม
- Social Support :** การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายช่วยเหลือ เช่น เครือข่ายครอบครัว กลุ่มเพื่อน เครือข่ายชุมชน
- Thinking in the situation :** ความคิดเห็น ความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะกังวลต่ำกว่าสถานการณ์จริง ในขณะที่ญาติจะมีความกังวลสูงกว่าและมีแนวโน้มว่าจะถ่ายทอดความกังวลไปสู่ผู้ป่วยด้วยวิธีการที่จะช่วยให้ทั้งสองฝ่ายมองเห็นตามความเป็นจริง คือ การให้ข้อมูลพร้อมกับการสะท้อนความรู้สึกและการให้กำลังใจ
- Interrupting mind :** สิ่งรบกวนจิตใจที่ยังค้างคาใจ งานที่ยังทำไม่สำเร็จ การให้อภัย การขอโทษการบอกรัก การกล่าวลา
- Care giver :** ผู้ดูแลผู้ป่วยคือใคร ความสัมพันธ์ระหว่างกัน ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล รวมถึงความเครียดของผู้ดูแล(Burden)

แนวทางการประเมินทางทางสังคมและการจัดการทรัพยากร

ช่วงเวลา	ประเด็นการประเมิน	การจัดการ
ก่อนทราบระยะโรค	Home Identity Care giver Social Support / Community Support	การสัมภาษณ์และการประเมิน การประชุมครอบครัว
6 เดือนก่อนเสียชีวิต	Orientation Thinking in the situation Interrupting mind Lover	การสัมภาษณ์และการประเมิน การจัดกลุ่มสนับสนุนทางด้านจิตใจ การประสานอาสาสมัคร
ระยะสุดท้าย	Interrupting mind Social Support / Community Support Care giver	การปรึกษา การประสานอาสาสมัคร
หลังเสียชีวิต	Care giver Social Support / Community Support	การจัดกลุ่มสนับสนุนทางด้านจิตใจ

บทที่ 18

การวางแผนล่วงหน้าเพื่อแสดงความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance Care Planning and Living Will)

ในสถานการณ์ที่เทคโนโลยีเพื่อพยุงชีวิตมีความก้าวหน้ามาก แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหายหรือกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตัวโรคในช่วงเวลาต่างๆ มีความสำคัญมาก ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และเชื่อมั่นในเทคโนโลยีมากขึ้น ความกังวลจะผิดกฎหมาย ความรู้สึกบาป หรือความกดดันในการดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางสังคม เช่น บุคคลสาธารณะหรือแพทย์ ซึ่งพบว่ามักจะได้รับ การดูแลรักษาชนิดที่ aggressive treatment มากกว่ามาตรฐานการดูแลทั่วไป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายควรมีการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจการรักษาร่วมกัน ทั้งจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความรู้เรื่องโรค ผู้ป่วยและญาติซึ่งรู้ความต้องการและข้อจำกัดของชีวิตตน ผู้ป่วยที่มีการวางแผนเตรียมตัวล่วงหน้า (advance care planning) มักก้าวผ่านระยะสุดท้ายได้อย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นและไม่ต้องการ กลไกหนึ่งที่จะช่วยเรื่องนี้ได้ คือการทำหนังสือเจตนา (advance directives, living will) ตามที่รับรองไว้ในกฎหมายแล้ว

สิทธิในการรับหรือปฏิเสธการรักษา

การยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์ส่วนหนึ่ง คือการปฏิบัติตามแนวทางเวชจริยศาสตร์ เรื่อง Autonomy ซึ่งหมายถึงบุคคลมีอิสระในการเลือกการตัดสินใจในชีวิตตนเอง (self-determination) กระบวนการสำคัญคือการขอความยินยอมในการรักษา (Informed consent) สิ่งนี้จะมีคุณสมบัติต่อเมื่อองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ⁽¹⁾

1. Capacity ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจ ในการชั่งผลดี ผลเสียในการรักษาหลักเทียบกับการรักษาทางเลือกอื่น หรือไม่รักษาได้
2. Disclosure ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลมากเพียงพอ ที่จะเข้าใจสำหรับตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตน
3. Voluntariness ผู้ป่วยตัดสินใจเอง โดยปราศจากการขู่เข็ญบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อมในภาวะปกติผู้ป่วยสามารถทั้งรับหรือปฏิเสธการรักษาที่ไม่ต้องการได้ (Informed refusal) แต่เมื่อการเจ็บป่วยเข้าสู่ช่วงท้ายๆ ของชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์พอ นั่นคือขาดความสามารถในการตัดสินใจ (capacity) ตามหลักของ informed consent ทั่วไป ประกอบกับการตัดสินใจในช่วงสำคัญเนื่องจากเกี่ยวข้องกับชีวิตหรือการสิ้นสุดชีวิต คนที่เกี่ยวข้องมองผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าอ่อนแอต้องการการปกป้องปิดบัง ซึ่งมีความแตกต่างจากสังคมตะวันตกคือ⁽²⁾

1. ในประเทศไทยไม่มีกฎหมายสนับสนุนให้ทำได้ ในสังคมตะวันตกสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) มีความสำคัญสูงสุดแม้ว่าการเลือกจะมีผลสิ้นสุดของชีวิต แต่ในประเทศไทยสิทธิในการเลือกการรักษาไม่ได้สำคัญกว่าการรักษาชีวิต ดังที่เห็นจากคำพิพากษาศาลฎีกาที่เห็นว่าแพทย์สามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วย Jehovah's witness ที่ปฏิเสธการรับเลือดได้ แพทย์ทั่วไปมักเกรงว่าการไม่รักษาแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตไปจะเป็นความผิด
2. แนวคิดเรื่องสิทธิส่วนบุคคล ในสังคมตะวันออกส่วนใหญ่ถือเป็นส่วนย่อยของสิทธิครอบครัว (Family autonomy) ในยามเจ็บป่วยญาติใกล้ชิดมักเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในประเทศไทยส่วนใหญ่มีคนเลือกการรักษาให้ ซึ่งอาจมีปัญหา เช่น

1. ในการตัดสินใจแทนโดยญาติใกล้ชิด (Substitutive judgment decision) ซึ่งแม้ว่าจะมีความรักและความเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่อาจไม่ตรงใจของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการตัดสินใจของญาติภายใต้แรงกดดันหลายอย่าง เช่น ความรู้สึกผิด หรือการปฏิเสธต่อภาวะสูญเสีย
2. การตัดสินใจโดยแพทย์ ซึ่งแม้ว่าจะมีความรู้และความปรารถนาดี แต่อาจไม่ตรงใจของผู้ป่วย เนื่องจากไม่เข้าใจความต้องการผู้ป่วย จากมุมมองที่เน้นเรื่องกลไกการรักษาโรคมกกว่าคน หรือความเกรงกลัวผิดกฎหมาย ปัจจุบันเหล่านี้ทำให้แพทย์มีแนวโน้มให้การรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่ โดยคิดว่าเป็นการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุด (Best interest decision)

การยินยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถือเป็นความผิดทางจริยธรรมหรือกฎหมายหรือไม่⁽³⁾

ในทางเวชจริยศาสตร์แพทย์ซึ่งดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้มีหน้าที่ให้การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ (non - Beneficence) ไม่ควรมุ่งหวังเพียงเพื่อยืดการตาย อันอาจนำความทุกข์ทรมานมาสู่ผู้ป่วยและครอบครัว (maleficence) ควรให้การยอมรับศักดิ์ศรีของชีวิตหนึ่ง (autonomy) และให้โอกาสผู้อื่นใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างยุติธรรม (social justice) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ palliative care ยอมรับการตายว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติไม่ควรเร่งหรือยืดการตายเป็นแนวทางเดียวกับทางพุทธศาสนา ซึ่งถือว่าการตายเป็นการคืนสู่ธรรมชาติ ส่วนศาสนาคริสต์ หรืออิสลามถือว่าช่วงนี้เป็นระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะที่ดีกว่าเพราะได้กลับไปอยู่กับพระเจ้า พระอัลเลาะห์ ทั้งนี้ธรรมชาติในที่นี้ไม่ได้หมายถึงสภาพที่ปราศจากเทคโนโลยีแต่เป็นธรรมชาติของเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถกลับฟื้นคืนได้ด้วยวิธีใดๆ อีกทั้งเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นธรรมชาติที่จะต้องเกิด)

การยินยอมให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ แตกต่างจากการตั้งใจปล่อยหรือเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรถือเป็นการุณฆาต (passive/active euthanasia)⁽⁴⁾ การุณฆาตและการส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย (physician assisted suicide) ถือเป็นเรื่องที่ผิดจริยธรรมตามประกาศของสมาคมแพทย์โลก และผิด

กฎหมายในประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทยด้วย ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาให้มุมมองว่า การเรียกร้องความตาย น่าจะเป็นการสะท้อนถึงความทุกข์ที่ไม่เห็นทางออก อันเป็นผลจากการดูแลที่ไม่เพียงพอ⁽⁵⁾ เราควรช่วยกันค้นหาและบรรเทาความทุกข์นั้นมากกว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตาย มีรายงานว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90 เปลี่ยนใจหลังได้รับการดูแลที่เหมาะสม

กฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย

แนวทางการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการใช้เทคโนโลยีพยุงชีวิต เกิดเมื่อการแพทย์มีความก้าวหน้าพอที่จะยืดชีวิตได้นานขึ้นแต่ไม่สามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เริ่มแรกเมื่อประมาณ 4 ปีก่อนผู้ปกครองของ Karen Ann Quinlan เป็นผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดอยู่ในสภาวะคล้ายผัก (vegetative state) เรียกร้องให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจออก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังสามารถหายใจได้เองและมีชีวิตอยู่อีกหลายปี จากนั้นก็มีคดีที่คล้ายกันอีก คือ Nancy Cruzan อันเป็นการรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Medical Futility) นำไปสู่การออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2533 ตามมาด้วยการออกกฎหมายที่คล้ายกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก⁽⁶⁾ สำหรับประเทศไทยซึ่งได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งกล่าวไว้ว่า

"บุคคลมีบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้"

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมีให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้ผลจากความรับผิดชอบที่ปวง"

แนวคิดทางการแพทย์ที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระท้าย

ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การทำหัตถการเพื่อการรักษาใดๆ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยสติสัมปชัญญะบกพร่องจำเป็นต้องมีผู้ตัดสินใจตามความคิดที่ว่าถ้าผู้ป่วยรู้ตัวเลือกได้จะเลือกให้ทำอะไร (Substitutive judgment decision) ถ้าไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย ให้ตัดสินใจตามหลักประโยชน์สูงสุด (Best interests decision) โดยเลือกการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากที่สุดเป็นหลัก (most beneficial treatment)⁽³⁾

สำหรับ Substitutive judgment decision ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้กำหนดผู้ตัดสินใจแทน กฎหมายบางประเทศกำหนดผู้ตัดสินใจแทนเป็นลำดับขั้น เช่น คู่สมรส บุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดามารดา ญาติพี่น้อง เป็นต้น ผู้ตัดสินใจไม่ใช่เอาความคิดตนเองเป็นหลัก โดยให้ช่วยคิดว่าถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกตัวและสื่อสารได้ ผู้ป่วยจะเลือกแนวทางการรักษาใด ในกรณีนี้ส่วนใหญ่ยึดประโยชน์ที่มองถึงคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดระยะเวลาของชีวิต⁽⁷⁾

ในสังคมตะวันตกได้มีความพยายามที่จะขยายสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) ให้ครอบคลุมถึงช่วงที่ป่วยหนักดังกล่าว วิธีการคือการวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้า (Advance care planning)^(2,6) อันเป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของตัวผู้ป่วย ก่อนที่จะป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้ และการตัดสินใจไม่ได้หลายลักษณะ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำเป็นเอกสารทางกฎหมาย ได้แก่

- ผู้ป่วยพูดคุยตกลงกับครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแลใกล้ชิดอย่างชัดเจน ถึงเรื่องคุณค่าและความปรารถนาของชีวิตผู้ป่วยและแนวทางการรักษา
- ตัวอย่างคำพูดหรือการเขียนที่แสดงความปรารถนาอย่างชัดเจน เช่น การสั่งเสียว่าไม่อยากให้ปั๊มหัวใจเพื่อยื้อชีวิต
- การประชุมครอบครัวที่เกี่ยวข้อง สะท้อนความรู้สึกและความคิดโดยรวมของผู้ป่วย
- การที่ผู้ป่วยบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษรเรียกว่า Advance directives (AD) หรือ Living Will (LV)

Advance directives

เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงของตนเอง ในช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการในยามที่ป่วยหนักไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง (loss of mental capacity) สามารถแบ่งได้ 2 แบบ⁽⁷⁾

1. Instructive directives เอกสารแสดงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้และไม่ใช้เครื่องมือเพื่อช่วยยุงชีวิตในสถานการณ์ต่างๆ เอกสารนี้จะมีผลต่อเมื่อผู้ป่วยอาการหนักสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจแล้ว ตัวอย่างได้แก่ living will, Natural Death Act, medical directive ความยากลำบากในการเขียนแนวทางเลือก คือ ความไม่ชัดเจน เนื่องจากเหตุการณ์จริงอาจเกิดได้หลายแบบ การพยายามเขียนให้เจาะจงตามการเจ็บป่วยชนิดต่างๆ มักทำให้สับสนมากขึ้น สำหรับ medical directive คือการที่แพทย์แปลความจาก living will แล้วเขียนเป็นชุดคำสั่งการรักษา เช่น Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) ของสมาคมแพทย์ในรัฐวอชิงตัน

2. Proxy directives เป็นสิ่งที่เสริมจาก Instructive directive โดยระบุบุคคลที่จะตัดสินใจตามความปรารถนาของผู้ป่วย ในยามที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้ว ตัวอย่างได้แก่ Durable Power of Attorney for Healthcare กรณีนี้มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องสุขภาพ แตกต่างจาก guardianship ซึ่งเป็นผู้ดูแลบุคคลไร้ความสามารถ การแต่งตั้งคนมาทำหน้าที่ที่หน้าที่นี้จะเหมาะสมในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสตามกฎหมาย สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกันหรือไม่มีญาติใกล้ชิด

ข้อดีของการใช้ Advance directives⁽⁸⁾

- การยอมรับความปรารถนาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสงบในวาระสุดท้าย
- บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความต้องการของผู้ป่วย แล้วไม่ต้องกลัวว่าจะมีปัญหาทางกฎหมายภายหลัง
- ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสอภิปรายแผนการในอนาคตกับญาติ
- ทำให้ญาติไม่ต้องรับภาระในการตัดสินใจซึ่งอาจจะยากต่อการตัดสินใจแทน และอาจเกิดความรู้สึกผิด

ข้อเสียของการใช้ Advance directives

- การประเมินความสามารถในการตีความ และเข้าใจในเอกสารที่แสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ยากและอาจเกิดปัญหาในการพิสูจน์ในภายหลัง
 - การปฏิเสธการรักษาถ้าจะให้สมบูรณ์ตามแนวเวชจริยศาสตร์แล้ว ผู้ป่วยควรได้รับรู้ และข้อมูลตามจริงที่เกิดขึ้น ถ้าเขียนล่วงหน้านานมาก การคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง
 - ความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่มากขึ้นอาจทำให้การตัดสินใจที่ทำไว้เดิมไม่เหมาะสม
 - ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนการตัดสินใจได้
 - เมื่อถึงเวลาที่ต้องใช้เอกสาร อาจหาไม่พบ
 - บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่สบายใจที่ต้องทำตามในสิ่งที่ตนไม่เห็นด้วย ซึ่งทางออกอย่างหนึ่งคือการส่งต่อให้แพทย์ท่านอื่นดูแลแทน
 - สำหรับญาติ ในสถานการณ์นั้น การที่ทำอะไรบางอย่างให้กับผู้ป่วย ง่ายกว่าการไม่ทำอะไรเพราะญาติอาจจะรู้สึกผิด

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. กระบวนการคิดหาคุณค่า ความปรารถนา และเป้าหมายในการดูแล (goals of care)

ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตนเองอย่างชัดเจน ถึงเหตุปัจจัยนี้เจตคติที่มีผลต่อความคิดความเชื่อ คุณค่าชีวิต ความสุขทุกข์เมื่อเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา มีความเข้าใจการดำเนินโรค ระยะเวลาที่เหลืออยู่ คุณภาพชีวิตที่เป็นไปได้ โอกาสในการรักษาให้ได้ผล ภาระหรือค่าใช้จ่ายทั้งส่วนที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่นความรู้สึกผิดที่ครอบครัวต้องแบกรับต่อไป เนื่องจากมนุษย์เรามีศักยภาพการเรียนรู้และปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤติ ดังนั้นความคิดความต้องการนี้มักจะมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ

แนวคำถามเพื่อสำรวจการให้ความหมายเรื่องคุณภาพชีวิตและการยึดการตายของผู้ป่วย⁽⁸⁾

- 1.1 หนึ่งในสถานการณ์แบบไหน ที่คุณคิดว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่
- 1.2 คุณเป็นอย่างไร ถ้าคุณไม่สามารถที่จะ...
 - ดูแลตนเองได้
 - ลุกออกจากเตียงได้
 - พุดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนได้
 - รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำด้วยตนเองได้
 - ตื่นรู้ตัวและรับรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นรอบตัวคุณ
- 1.3 การประเมินชีวิตจำกัดที่จะยอมรับภาระหรือผลเสียที่จะเกิดจากการรักษา
 - ถ้าการรักษาอาจทำให้คุณมีความรู้สึกไม่สุขสบาย และมีโอกาสน้อยที่จะกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอก ว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษานั้นหรือไม่
 - และถ้าการรักษานั้นให้โอกาสคุณกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษานั้นหรือไม่

2. การสื่อสารความปรารถนาในระยะสุดท้ายกับคนที่เกี่ยวข้อง

ได้แก่ญาติ แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลประจำ และบุคคลที่ถูกระบุให้ตัดสินใจแทนการสื่อสารอาจเป็นการพูดคุยตรงๆ หรือการสื่อสารทางอ้อม เช่น แลกเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการตายที่ผ่านมาของคนใกล้ชิด การตายของบุคคลในข่าว การแสดงความปรารถนามีได้หลายลักษณะ เช่น การบอกกล่าวด้วยวาจา การเขียนเป็นจดหมาย การถ่ายวีดิทัศน์ ซึ่งสามารถใช้ในการนำสืบได้ อย่างไรก็ตามเพื่อความชัดเจนสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ควรทำเป็นหนังสือซึ่งมีรายละเอียดพอสมควร

- ก. ชื่อ สกุล อายุ หมายเลขบัตรประชาชน ที่อยู่
- ข. วัน เดือน ปี ที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
- ค. ชื่อและสถานะของพยาน เช่น ญาติหรือแพทย์ที่ดูแล
- ง. ระบุเป้าหมายพร้อมตัวอย่างสิ่งที่ไม่ต้องการจะได้รับ หรือให้ระงับ
- จ. ระบุชื่อบุคคลใกล้ชิด เพื่อทำหน้าที่อธิบาย หรือตัดสินใจแทน
- ฉ. ลงลายมือชื่อผู้ทำหนังสือ พยาน และผู้พิมพ์

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาโดยการเน้นที่ชนิดเทคโนโลยีหรือเป้าหมาย

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาระบุความปรารถนาที่เลือกหรือไม่เลือกหัตถการทางการแพทย์ (procedures oriented) แม้ว่าจะชัดเจนแต่อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะไม่ลุกลามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น มีการติดเชื้อหรือความผิดปกติของเกลือแร่ ถ้าแก้ปัญหานี้ได้ผู้ป่วยอาจอยู่อย่างยืนยาวอีกหลายเดือนหรือเป็นปี ในกรณีนี้น่าจะได้ประโยชน์จากการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบชั่วคราว แต่หนังสือแสดงเจตนาระบุไม่ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นต้น

จากกรณีดังกล่าวควรยึดความปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก (goals oriented) เทคโนโลยีทางการแพทย์ควรเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย การเลือกหรือไม่เลือกหัตถการใดเป็นตัวช่วยสื่อถึงทัศนคติที่มีต่อการรักษา ในแต่ละบริบทควรมีการเปรียบเทียบผลดีกับภาระและความเสี่ยงในมุมมองผู้ป่วยเสมอ โดยอาศัยความร่วมมือกับบุคคลที่ถูกระบุให้ช่วยอธิบายและตัดสินใจแทนในระบอบสุดท้าย

เป้าหมายในการรักษาอาจไม่ใช่เป้าหมายเดียว เช่นถ้าผู้ป่วยมีเป้าหมายไม่อยากทรมานและสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์ ในช่วงแรกผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อและเหนื่อย การให้ยาปฏิชีวนะ ยากดภูมิประสาท ร่วมกับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นการรอเวลาออกฤทธิ์และประคับประคองไม่ให้เหนื่อยมาก ถ้าดีขึ้นก็ถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ถ้าไม่ตอบสนอง แม้ได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว ควรกลับมาทบทวนเป้าหมายการรักษาและข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหยุดเครื่องช่วยหายใจซึ่งไม่มีประโยชน์ ทำได้ภายใต้การคุ้มครองของหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน และไม่มีเจตนาเร่งการตาย

ตัวอย่าง Living will จากสมาคมแพทย์แห่งหนึ่งของอังกฤษ ซึ่งเน้นเป้าหมายการรักษา⁽⁸⁾

ชื่อ ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด

ชื่อแพทย์ที่ให้การดูแลประจำแบบทั่วไป ซึ่งข้าพเจ้าได้ขอคำปรึกษา.....

ชื่อบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งข้าพเจ้าได้ขอคำปรึกษา.....

ในกรณีที่แพทย์สองท่านซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันลงความเห็นว่าคุณพ่อกับข้าพเจ้าจะไม่สามารถฟื้นจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง หรือมีความพิการซึ่งมีผลให้เกิดความทรมานอย่างยิ่ง หรือทำให้ไม่สามารถรับรู้หรือทำอะไรที่มีความหมายต่อการมีชีวิตได้ เมื่อนั้นข้าพเจ้าขออนุญาตที่จะตาย และไม่ประสงค์ที่จะมีชีวิตอยู่โดยใช้วิธีการหรืออุปกรณ์พยุงชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ การฟอกไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ การรักษาใดๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ และเป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายควรงดเว้นหรือหยุดการใช้ แม้ว่าการทำดังนี้จะทำให้ชีวิตข้าพเจ้าต้องสั้นลง อย่างไรก็ตามข้าพเจ้ายอมรับการดูแลขั้นพื้นฐาน และร้องขอการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างเต็มที่ ได้แก่ การใช้ยาหรือวิธีการใดๆ อันจะช่วยลดความเจ็บปวดทรมานของข้าพเจ้า ถึงแม้ว่าสิ่งดังกล่าวอาจมีผลข้างเคียงทำให้เวลาของชีวิตสั้นลง เมื่อเวลานั้นมาถึงในยามที่ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารใดๆ ได้แล้วให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็น การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือนี้ภายใต้สติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์และมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้ว

ข้าพเจ้าตระหนักว่าชีวิตข้าพเจ้าอาจสั้นลงอันเป็นผลจากการไม่รับการรักษาตามเงื่อนไขในเจตนาฉบับนี้

ข้าพเจ้ายอมรับผลกระทบที่เกิดตามมา ได้แก่ การไม่สามารถเปลี่ยนการตัดสินใจในยามที่สื่อสารไม่ได้แล้ว และการขาดโอกาสในการรักษาในยามที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ โดยส่วนตัวข้าพเจ้าเกรงผลกระทบอันเกิดจากการได้รับรักษาที่ไม่ต้องการมากกว่า ข้าพเจ้าต้องการให้ผู้ที่จะดูแลข้าพเจ้าในอนาคตได้รับรู้ว่า ข้าพเจ้ากลัวการจากไปอย่างไม่มีคุณค่าความเป็นมนุษย์มากกว่าความตาย และขอให้ท่านตระหนักถึงสิ่งนี้ยามที่ท่านต้องพิจารณาการรักษาในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์อันเป็นการเฉพาะสำหรับการรักษาหรือการตรวจดังต่อไปนี้.....
 ความปรารถนาอื่นๆของชีวิตได้แก่.....

ข้าพเจ้าประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้ให้การปรึกษาในยามที่มีความไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการตามหนังสือแสดงเจตนา ฉบับนี้

ชื่อและที่อยู่.....

ลายเซ็นผู้ทำเจตนา.....

พยาน (ควรเป็นญาติใกล้ชิด).....

วันที่ทำวันที่ทบทวน.....

ความเป็นจริงและข้อจำกัดของการใช้หนังสือแสดงเจตนา⁽²⁾

1. ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการรณรงค์เรื่องนี้มายาวนาน ยังมีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพียง 30% หรือน้อยกว่าโดยบางส่วนไม่สมบูรณ์ หาไม่เจอ หรือไม่ได้นำมาโรงพยาบาล การใช้วิธีการอื่นเพื่อการตัดสินใจร่วมกันยังมีความจำเป็นและเป็นมาตรฐานอยู่
2. ความปรารถนาในอนาคตตามสถานการณ์สมมติเปลี่ยนแปลงไปมาได้โดยมีร้อยละ 70-80 ที่คงเดิมในช่วงเวลา 1-2 ปี
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรงมีศักยภาพในการปรับตัว และมีชีวิตที่มีความหมายได้ ผู้ป่วยซึ่งเดิมเคยปฏิเสธมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนการตัดสินใจรับการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์
4. จากการศึกษาที่มีไม่มากพอจะประมาณได้ว่า ความปรารถนาของผู้ป่วยที่เคยแสดงไว้ตามสถานการณ์สมมติที่อาจเกิดขึ้นตรงกับความปรารถนาจริงของผู้ป่วยเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริงเพียงสองในสาม
5. ผู้ป่วยอาการหนักส่วนใหญ่อยากได้รับการรักษาที่คาดว่าจะมีประโยชน์สูงเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสี่ยงที่น้อย และกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ให้ผลน้อยเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสี่ยงที่มาก โดยเฉพาะการรักษาที่อาจมีผลทำให้มีความพิการของร่างกายหรือสมอง
6. การตัดสินใจเลือกรับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความพิการถาวรมักมีการเปลี่ยนแปลงไปมาไม่แน่นอน
7. ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยอาจทำนายความปรารถนาของผู้ป่วยได้ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ถึงแม้จะมีโอกาสพูดคุยกันก่อนอย่างละเอียด แต่อย่างไรก็ตามการทำนายมักมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกับผู้ป่วยเช่นกันเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป
8. สังคมมักมีปฏิกิริยาด้านลบต่อการที่ผู้ตัดสินใจแทน ในกรณีที่ไม่เลือกรับการรักษา ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประเมินและดูแลคนกลุ่มนี้ด้วย

แนวทางปฏิบัติในการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้า⁽⁶⁾

ในทางปฏิบัติการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้าเป็นวิธีการที่ดี ทำให้เกิดการสื่อสารเพื่อสำรวจคุณค่า ความปรารถนา และการเลือกแนวทางรักษาของผู้ป่วยตามความต้องการ (ที่เป็นปัจจุบัน) รวมทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป ในช่วงนี้แม้จะไม่ได้ใช้หนังสือแสดงเจตนา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติและแพทย์เข้าใจเจตนารมณ์ที่แท้จริง เบื้องหลังการเขียนข้อความต่างๆ อันช่วยส่งเสริมความเข้าใจที่ชัดเจนเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันในสถานการณ์อนาคต

การนำการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้า (Advance Care Plan) สู่การปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงหลายปัจจัย ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เหมาะสม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หรือผู้ป่วยระยะวิกฤตทุกราย น่าจะได้ประโยชน์จากการร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองเกิดขึ้นบ่อยๆ และควรมีการตรวจสอบและทำทุกรายเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2. กลุ่มผู้ป่วยที่เสมือนไร้ความสามารถ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ความจำและเคลื่อนไหว หรือพูดจาสับสน มีปัญหาทางจิตประสาท อาจดูเหมือนไม่สามารถตัดสินใจได้ ในความเป็นจริงผู้ป่วยยังมีความสามารถบางส่วน สามารถตัดสินใจในคำถามง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนได้ เช่นการถามความต้องการที่จะกลับบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเลิกพูดคุยในยามที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุด การที่ลูกหลานพยายามคาดเดาในสิ่งที่ท่านต้องการและตอบสนองบางส่วน ย่อมดีกว่าการประเมินว่าท่านไม่สามารถทำอะไรได้เลย

3. การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การเขียนพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ยากมากแม้ในคนธรรมดา แต่การให้เลือกทำอะไรที่ชัดเจนในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่า ดังนั้นไม่ควรจำกัดสิทธิเฉพาะผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาด้านสมองเท่านั้นที่เขียนหนังสือแสดงเจตนาเท่านั้น แต่ควรมีการประเมินเป็นเรื่อง ๆ เน้นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าเป็นอย่างไร เข้าใจว่าจะมีการใช้เครื่องมืออะไร คิดเปรียบเทียบผลที่ได้กับความเสียหายที่จะเกิดตามมาและผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกได้ในผู้ป่วยที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเข้าออกไอซียู หลายครั้ง สามารถเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงและตัดสินใจได้ไม่ยาก ถ้าไม่แน่ใจควรถามซ้ำในลักษณะที่สงสัย หรือแตกต่างกัน

4. เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้น

ควรมีการพูดคุยเรื่องนี้ก่อนเกิดปัญหาวิกฤติ หรือเมื่อเริ่มรับรู้ว่ามีข้อจำกัด แต่ทั้งนี้การรับรู้ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนอาจอยู่ในภาวะปฏิเสธอยู่นานกว่าจะยอมเผชิญหน้ากับความจริงได้ การสื่อสารควรใช้วิธีที่นุ่มนวลก่อน เช่นการชวนคุยการเตรียมตัวตายหลังการป่วยหนัก การพูดคุยเรื่องความตายของคนอื่นที่ใกล้ชิด หรือการรับฟังผู้ป่วยที่พูดเลยเรื่องความตาย

5. ใครควรเป็นผู้ที่เริ่มสื่อสารในเรื่องนี้

อาจเริ่มได้หลายทาง ไม่จำกัดว่าจะเป็นบุคลากรฝ่ายใด ขึ้นกับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันมากกว่าอาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัวเอง แพทย์อาจให้ความเข้าใจเรื่องโรคว่าอาจเป็นได้ทั้งดีขึ้น อาการทรงตัว หรือแย่ลง และการอธิบายเป้าหมายของการใช้เครื่องมือแต่ละอย่างว่าสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นคนกลางสื่อสารปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวกับแพทย์ผู้รักษา แก้อาการความเข้าใจผิด และกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยร่วมกัน สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งในครอบครัว รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องนี้

6. แนวทางการสื่อสารที่ควรใช้

ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการฟังอย่างลึกซึ้ง จนสามารถเข้าใจทั้งเนื้อหาและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ การเปิดโอกาสให้ซักถาม การแสดงถึงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน และการวางท่าทีที่สงบเป็นธรรมชาติเมื่อพูดคุยเรื่องความตาย การพูดถึงเรื่องความตายด้วยท่าทีที่ธรรมดาแต่อ่อนโยน ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ สำหรับแพทย์แล้วควรฟังมากกว่าพูด โดยเป็นลักษณะของการ

"ถาม-ตอบ-ถาม" เริ่มจากการถามสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติรับรู้เข้าใจสอบถามความต้องการในขณะนั้น จากนั้นจึงเป็นการพูดคุยอธิบาย และถามทวนถึงความเข้าใจ ความต้องการความรู้สึกอันเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อข้อมูลที่ได้รับ และมีการถามถึงความหมายของข้อมูลนั้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว

7. ควรกล่าวถึงประเด็นใดบ้าง

ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย แต่อย่างน้อยควรถามถึงคนที่ผู้ป่วยวางใจให้ช่วยเป็นตัวแทนความคิดในยามที่ป่วยมากขึ้น ซึ่งคนนั้นนอกจากจะรู้จักความคิดความอ่านของผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว ควรมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีพอที่จะแยกแยะความรู้สึกส่วนตัวออกจากความรู้สึกเส้าโศก ไม่ควรเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดหรือติดค้าง เพราะอาจเป็นอคติในการตัดสินใจที่มากเกินไปหรือน้อยไปได้ และเป็นผู้ที่ประสานความรู้สึกและความเห็นของคนในครอบครัวได้ ผู้นั้นควรพร้อมที่จะก้าวเดินไปกับผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการสนทนากับผู้ป่วยและแพทย์ได้ สม่ำเสมอ เรื่องอื่นๆ ที่ควรคุย คือ คุณค่าและความหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ มุมมองและความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย การอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวตอบสนองไม่ได้ การใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การเข้าใจความหมายและความรู้สึกเบื้องหลังสิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของเป้าหมายในการรักษาที่ผู้ป่วยระบุถึง ในบางครั้งผู้ป่วยเองอาจเลือกที่จะไม่บอกความประสงค์ของตนเอง เพียงเพราะกลัวว่าญาติจะลำบากหรือเป็นกังวล หรือไม่อยากขัดใจญาติ การที่ทุกคนเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกัน จะช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว และเป็นโอกาสสุดท้ายที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำอะไรร่วมกันเพื่อผู้ป่วยที่จะเป็นการชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้น

8. ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจที่จะพูดเรื่องนี้

ในสังคมตะวันออกบางครั้งไม่อยากพูดเรื่องความตาย เพราะกลัวเป็นกลางไม่ดี หรือเป็นการทำให้โชคร้าย หรือไม่อยากพูดถึงเพราะรู้สึกทนไม่ได้ เราอาจช่วยให้กำลังใจและให้สติว่า เราก็คงหวังว่าผู้ป่วยจะดีที่สุดเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามควรเตรียมตัวสำหรับสิ่งไม่ดี หรือสิ่งที่ไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นได้ หรืออาจพูดคุยทางอ้อมเกี่ยวกับตัวละครในหนังสือ ภาพยนตร์ หรือการเขียนในไดอารี่ สำหรับญาติบางคนอาจรู้สึกลำบากใจมาก ถ้าต้องให้เป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนี้ เพราะจะโทษตัวเองว่าเกี่ยวข้องกับการตายที่เกิดขึ้นแพทย์หรือพยาบาลควรยืนยันว่าการตัดสินใจเป็นกระบวนการทางการแพทย์ประกอบกับความปรารถนาของผู้ป่วย ญาติทำหน้าที่เป็นตัวแทนความคิด สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทุกคนกำลังทำสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนา

ก่อนอื่นต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ระยะสุดท้ายหรือ vegetative state ตามคำจำกัดความของร่างกฎกระทรวงก่อนจากนั้นพิจารณาดังนี้

1. พิจารณาเนื้อหาและความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาที่ได้รับจากผู้ป่วยหรือญาติ
2. ถ้าผู้ป่วยยังมีสติดีอยู่ ให้ขอคำยืนยันในเจตนาที่บันทึกไว้
3. จัดเก็บหนังสือดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนเพื่อให้แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทราบทั่วกัน

4. บุคลากรทุกคนมีหน้าที่ให้การดูแลในเบื้องต้น และจัดการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วย
5. ถ้าหนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาไม่ชัดเจน หรืออาจมีปัญหาในการปฏิบัติ แพทย์ควรปรึกษาหารือกับผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมาย หรือญาติ
6. สถานพยาบาลควรแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลและแก้ไขข้อขัดแย้ง(ถ้ามี)
7. บุคลากรสามารถยุติการใช้เครื่องมือ หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ดังกล่าวได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย
8. กรณีผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอม และให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

สรุป การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้าเป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ ให้เข้ากับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นถึงการให้คุณค่าและความปรารถนา กระบวนการสื่อสารทางการแพทย์และสังคม จึงจำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤตก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายทุกราย การที่กฎหมายรับรองสิทธิเลือกการรักษาในระยะสุดท้าย จึงเป็นกลไกสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารและทบทวนเป้าหมายเป็นระยะ โดยเน้นที่คุณค่าและความหมายที่แท้จริงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งควรมีการปรับเปลี่ยนไปตามความต้องการ และการเติบโตทางจิตใจของผู้ป่วยมากกว่ายึดตายตัวตามสิ่งที่เขียนไว้ในเอกสาร Advance Directive

เอกสารอ้างอิง

1. EtcHELLS E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics for clinicians: Consent. CMAJ 1996; 155: p177-80.
2. Kirschner KL. When written advance directives are not enough. Clin Geriatr Med 2005; 21:193-209.
3. Pawlik TM, Curley SA. Ethical issues in Surgical Palliative Care: Am I killing the patient by " Letting him go"? Surg Clin N Am 2005;85:273-286.
4. Derse AR. Legal and ethical issues in the United States. In Emanuel LL, Librach SL (eds). Palliative care: Core skills and clinical competencies. Philadelphia, Saunders, 2007, pp 294-303.
5. Lee KF. Palliative care: Good legal defense. Surg Clin N Am 2005;85:287-302.
6. Starks H, Vig EK, Pearlman RA. Advance care planning. In Emanuel LL, Librach SL (eds). Palliative care: Core skills and clinical competencies. Philadelphia, Saunders, 2007, pp 220-234.
7. Storey P, Knight CF. UNIPAC Six: Ethical and Legal Decision making when caring for the terminally ill. Gainesville, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 1996.
8. Machin V. Euthanasia, withdrawal of treatment and advance directives. In Machin V. Medicolegal pocketbook. London, Churchill Livingstone, 2003.

บทที่ 19 Imminently Dying

ผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต (Imminently Dying) หมายถึง ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

การประมาณการระยะเวลาที่เหลือของผู้ป่วย (Prognostication)

การคาดการณ์ระยะเวลาที่เหลือของผู้ป่วย โดยทั่วไปประเมินจากการดำเนินโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (Performance status) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

Performance Status นั้นใช้ประเมิน patient's functional capacity ซึ่งการประเมินนี้พบว่าทำให้สามารถคาดการณ์ระยะเวลาที่เหลือของผู้ป่วยได้แม่นยำมากขึ้น⁽¹⁾ โดยทั่วไปจึงใช้ performance status สำหรับการตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง รวมถึงใช้คาดการณ์เวลาของผู้ป่วย มีหลายเครื่องมือในการช่วยประเมิน แต่อันที่ใช้อยู่ คือ the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status⁽²⁾ และ Karnofsky Performance Status (KPS)⁽³⁻⁷⁾

สำหรับ Karnofsky Performance Status มีตัวเลข 0-100 เพื่อบ่งชี้อาการและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน หลายงานวิจัยได้ทำการประเมินเวลาที่เหลืออยู่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งและพบว่า ผู้ป่วยที่มี KPS น้อยกว่า 50% มักจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 8 สัปดาห์ ต่อมาได้มีการเพิ่มข้อมูลสำหรับการคาดการณ์เวลาที่เหลืออยู่โดยเพิ่มส่วนที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกรู้ตัว ซึ่งเรียกว่า The Palliative performance scale (PPS)⁽⁸⁻¹¹⁾ พบว่าสามารถเพิ่มความแม่นยำในการคาดการณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่ได้มากขึ้น ทำให้ PPS มีการใช้กันอย่างแพร่หลายใน Palliative care (อ่านต่อในบท prognostication)

อาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอวัยวะต่างๆในร่างกายเริ่มจะหยุดทำงานในผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต⁽¹²⁾

- อาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและกำลังจะเสียชีวิตในเวลาอีกไม่นาน⁽¹³⁾
 - Bed-bound state
 - Sleeping much of the time
 - Profound progressive weakness
 - Indifference to food and fluids

- Difficulty swallowing
- Disorientation to time, with increasingly short attention span, Hallucinations involving previously deceased important individuals
- References to going home or similar themes
- Mental status changes (delirium, restlessness, agitation, coma)
- Dropping blood pressure with rising, weak pulse, low or lower blood pressure not related to hypovolemia
- Mottling and cooling of the skin due to vasomotor instability with venous pooling, particularly tibia
- Urinary incontinence or retention caused by weakness
- Noisy breathing, pooling of airway secretions
- อาการแสดง 8 อย่างที่เพิ่มความน่าจะเป็นให้มากขึ้นว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 3 วัน⁽¹⁴⁾
 1. Nonreactive pupils
 2. Decreased response to verbal stimuli
 3. Decreased response to visual stimuli
 4. Inability to close eyelids
 5. Drooping of the nasolabial fold
 6. Hyperextension of the neck
 7. Grunting of the vocal cords
 8. Upper gastrointestinal bleeding
- อาการแสดง 5 อย่างที่บ่งว่าจะเสียชีวิตใน 3 วัน⁽¹⁵⁾
 1. Pulselessness of the radial artery, Peripheral cyanosis
 2. Respiration with mandibular movement
 3. Decreased urine output, Oliguria
 4. Changes in respiratory rate and pattern (Cheyne-Stokes breathing, apneas), Cheyne-Stoke breathing
 5. Death rattle

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายต่างๆในผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต และการรักษา⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

อาการเพ็ช อ่อนแรง

- สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้น คือ ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองโดยไม่มีผู้ช่วยได้ ทำให้มีความเสี่ยงในการล้ม
- ควรมีกระดิ่งเรียกที่เตียง หรือปุ่มขอความช่วยเหลือ
- จัดหาที่ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะข้างเตียง
- มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ จัดหาเตียงที่ปรับเปลี่ยนท่านอนได้ง่าย
- ให้ความรู้ญาติในด้านการเคลื่อนย้าย การพลิกตัว การเปลี่ยนวิธีการให้อาหาร

กินอาหารได้ลดลง

ไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการพยายามเพิ่มแคลอรีทำให้มีแรงกำลังและการช่วยเหลือตนเองกลับมามีขึ้น⁽²⁰⁻²²⁾ หรือแม้กระทั่งไม่ได้ช่วยยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ เมื่อเริ่มกลืนลำบากควรพิจารณาให้ liquid diet ที่มีความหนืด รวมถึงไอศกรีม เยลลี่เพื่อให้ง่ายต่อการกลืนมากกว่าอาหารเหลวใส แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้แล้ว ควรหยุดการให้กินเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารลงปอด ส่วนการให้สารอาหารทางหลอดเลือดหรือสายยาง ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ภาวะกำลังจะเสียชีวิต ญาติอาจรู้สึกสิ้นหวังและกังวลว่าผู้ป่วยจะอดอาหารจนตาย เพราะฉะนั้นการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงมีประโยชน์มากในภาวะนี้ และควรปรับยาทางปากเป็นให้โดยวิธีอื่นๆ

ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความเห็นว่า^(19,20-22) ภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยระยะท้ายเกี่ยวข้องกับอาการต่างของอาการทรمانต่าง เช่น ช่วยลดอาการสำลัก ความรู้สึกจมน้ำ น้ำท่วมปอดน้อยลง ลดอาการไอ และลดปริมาณปัสสาวะ ทำให้ความจำเป็นในการเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือใส่สายสวนปัสสาวะลดน้อยลง สารน้ำจากลำไส้และทางเดินอาหารน้อยลงทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ถ่ายเหลวและขาบวมลดลง รวมถึงความเจ็บปวดลดลง จึงทำให้การเสียชีวิตทรมานน้อยลง ทั้งนี้ยังทำให้ความอยากอาหารลดลง แต่ไม่ทำให้รู้สึกหิว น้ำ ฉะนั้นการดูแลไม่ให้ปากแห้งจะช่วยสร้างความสบายให้กับผู้ป่วยมากกว่า แต่หากครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่าการหยุดการให้สารน้ำเป็นการเร่งการเสียชีวิต อาจพิจารณาให้สารน้ำไว้ที่อัตรา 10-20 ml/hr

มีการทดลองผู้ป่วย 129 รายใน hospice⁽²³⁾ กลุ่มแรกได้รับน้ำเกลือ 1000 ml ใน 4 ชม.ทุกวัน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่สองได้รับน้ำเกลือ 100 ml ต่อวัน ผลการศึกษา คือ ไม่พบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม ในวันที่ 4 วันที่ 7 และวันที่เสียชีวิตในเรื่องของการลดความอ่อนเพลีย ไม่มีแรง การลด myoclonus อาการง่วงซึม อาการสับสน คุณภาพชีวิต รวมถึงระยะเวลาการเสียชีวิต

การเปลี่ยนแปลงทางระบบเลือด

ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดตก ปลายมือปลายเท้าเย็น ต่อมามีภาวะเขียว ผิวเป็นจ้ำ และสุดท้ายคล้ำชีพจรที่แขนขาไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท แสดงอาการได้ 2 แบบ

1. การรับรู้ลดลง

2. ภาวะสับสนในระยะท้าย (Terminal Delirium) ซึ่งอาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าเกิดจากความปวดที่ควบคุมไม่ได้ภาวะนี้เกิดได้จากยาหลายชนิดแต่กระนั้นยาบางชนิดก็ยังจำเป็นต้องให้ในผู้ป่วยระยะท้าย⁽²⁴⁾ เช่น opioids, glucocorticoids, neuroleptics, และยาลด secretion ต่าง ๆ การหยุดยาบางชนิดกระทันหัน เช่น opioids, benzodiazepines, SSRI อาจทำให้เกิด delirium ได้

(อ่านต่อในบท Delirium)

การเปลี่ยนแปลงทางการหายใจ

การหายใจแบบ Cheyne-Stokes ทำให้ญาติเข้าใจว่าเป็นภาวะหายใจไม่ดี กำลังจะขาดอากาศ ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในระยะท้ายไว้ก่อนที่อาการเหล่านี้ จะเกิดขึ้น

ในวาระสุดท้ายจะมีการสะสมของสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจมากขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อการกลืนของผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ปกติ Gag reflex ลดลง ฉะนั้นการจัดท่าและการทำความสะอาดภายในช่องปากด้วยฟองน้ำขนาดเล็กลงนั้นช่วยให้สารคัดหลั่งที่สะสมในช่องปากลดลง ในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะ Head and neck cancer ถ้ามีน้ำลายมากอาจได้ประโยชน์จากการดูดเสมหะในช่องปาก แต่การดูดเสมหะที่ลึกกว่านั้นควรหลีกเลี่ยง

ยากลุ่ม Anticholinergic ใช้สำหรับลดสารคัดหลั่งในช่องปากในช่วงสุดท้าย แต่ต้องระวังว่าการให้ยาเหล่านี้เร็วเกินไปในช่วงที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคอแห้งและไม่สบาย

(การใช้ยาอ่านต่อในบท Hypersecretion)

การเปลี่ยนแปลงการกลืนปัสสาวะ อูจจาระ

การที่ไม่สามารถควบคุมหรือดูดทางเดินอุจจาระและปัสสาวะ ทำให้เกิดการกลืนไม่อยู่ การใส่สายสวนปัสสาวะช่วยลดความจำเป็นในการทำความสะอาดร่างกาย แต่อาจไม่จำเป็นในกรณีที่มีปริมาณปัสสาวะลดน้อยลงมาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตอยู่เดิม อาการอาจเป็นมากขึ้นหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาบางอย่าง ตัวอย่างเช่น ยาที่มี Anticholinergic effects การใส่สายสวนปัสสาวะจะช่วยลดภาวะปัสสาวะคั่งค้างและลดความปวดได้

การเปลี่ยนแปลงการควบคุมการหลับตา

น้ำหนักตัวที่ลดลงมากทำให้ไขมันใต้ลูกตา (retroorbital fat pad) หายไปมีผลทำให้ลูกตาห่นกลับไปที่ด้านในเบ้า และทำให้ตาปิดไม่สนิทอาจจะเสี่ยงต่อภาวะตาแห้ง แก้ไขโดยใช้น้ำตาเทียม

การเตรียมความพร้อมสำหรับครอบครัวสู่การเสียชีวิต

ก่อนจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายเหล่านี้ แพทย์ต้องอธิบายถึงอาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงการตกใจและลดความวิตกกังวล การแจ้งเกี่ยวกับโรคที่ทรุดลงนั้น อย่างนุ่มนวล และกระจำง เพื่อให้สามารถแสดงออกถึงอารมณ์หรือความรู้สึก ความหวัง เป้าหมายของการรักษาได้อย่างชัดเจน ควรหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่มากเกินไป หรือข้อมูลบางอย่างที่ต้องเลือกระหว่าง “การรักษา” กับ “การบรรเทาอาการ” ผู้ป่วยบางรายอาจเลือกที่จะรักษาบางภาวะ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะสำหรับปอดติดเชื้อ และในขณะเดียวกันก็เน้นการบรรเทาอาการเป็นด้วย ทีมบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ความเห็นไม่ไปในทางเดียวกันระหว่างการรักษาที่ได้รับกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยควรจัดให้มีบุคลากรหลายวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแล อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกู้ชีพ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะใกล้จะเสียชีวิต ถึงแม้ว่าระยะแรกผู้ป่วยและครอบครัวจะตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจหรือต้องการ CPR แต่ในเวลาที่ผ่านมา ร่างกายเริ่มเปลี่ยนไป แพทย์ควรอธิบายให้เห็นว่าเหตุการณ์เหล่านี้เกินความจำเป็นและมีความเสี่ยงไม่คุ้มกับประโยชน์ที่ได้รับ หรือเป็น medical futile

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่บ่งชี้ว่าจะเสียชีวิตแน่นอน ควรมีการพูดคุยถึงเป้าหมายการดูแลกับครอบครัวอีกครั้งเน้นการบรรเทาความไม่สบายกายและใจ การเข้าถึงจิตวิญญาณเป็นหลัก แพทย์ควรหยุดเหตุการณ์และการรักษาต่างๆ ที่เป็นการยื้อชีวิต ควรจำกัดการช่วยเหลือที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การแทงสาย เจาะเลือด หยุดยาที่ไม่จำเป็น เหลือเพียงยาที่รักษาอาการ เช่น ปวด เหนื่อย คลื่นไส้ สับสน คลายกังวล และลดน้ำคัดหลังทางปาก โดยให้ยาเฉพาะตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย และวัดความดันที่จำเป็น

สถานที่ในวาระสุดท้าย มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการเสียชีวิตที่บ้านสัมพันธ์กับความพึงพอใจของครอบครัว^(25,26) จากการวิจัยพบว่าถ้าเสียชีวิตที่บ้านจะมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายดีกว่าการเสียชีวิตที่อื่น และช่วยลดปัญหาด้านการเงินของครอบครัว ลดการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ประสงค์ไว้ แต่ถ้าตั้งใจเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ควรอยู่ในสถานที่ ที่เป็นส่วนตัว เพื่อที่ครอบครัวจะได้มีโอกาสลาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

สรุปแนวทางปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการเสียชีวิต

การตายดี⁽²⁷⁾

The Committee on Care at the End of Life of the Institute of Medicine สรุปว่าการตายดี คือ การที่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลนั้นปราศจากความทุกข์ใจและความทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเป็นไปตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวปรารถนา อีกทั้งควรเป็นไปตามเหตุผลทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม

โดยแนวทางปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมการเสียชีวิต มีดังนี้

- เตรียมแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตในโรงพยาบาล และแจ้งผู้ป่วยทุกรายที่ใกล้จะเสียชีวิต
- ทำให้แน่ใจว่าได้ทำตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยได้เคยบอกกล่าวหรือกล่าวไว้ในหนังสือแสดงเจตนา
- หากผู้ป่วยเคยเขียนประเด็น การไม่ปั๊มหัวใจ (DNR) ไว้ จำเป็นต้องทำตามนั้น หากไม่เคยเขียนไว้ควรมีการให้ข้อมูลครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติ (Allow Natural Death : AND)
- จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงโดยเคารพความเป็นส่วนตัวและไม่รบกวนเวลาที่ครอบครัวจะได้ใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วย
- จัดเตรียมเรื่องการจัดพิธีศพ
- เตรียมเรื่องการบริจาคอวัยวะและชันสูตรพลิกศพ หากได้เคยแจ้งความประสงค์ไว้

การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตนั้นเน้นเพื่อบรรเทาอาการให้อยู่อย่างสบายที่สุด โดยคำนึงถึงเป้าหมายและความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญเสมอ การดูแลที่ต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้ง ผู้ป่วยควรจะได้รับ การดูแลด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย

- เน้น Nursing care และ Comfort care
- หยุดการตรวจเพิ่มเติมและการรักษาที่ไม่จำเป็น เช่น การเจาะเลือด เจาะน้ำตาล การให้เลือด การให้สารอาหารและสารน้ำทางหลอดเลือด การล้างไต การตรวจวัดระดับออกซิเจน และการดูดเสมหะ
- การวัดสัญญาณชีพ ควรวัดน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เปลี่ยนจากการตรวจ Vital signs ทุก 4 ชั่วโมง เป็นตรวจอาการต่างๆ
- เมื่อไม่สามารถให้ยาทางปากได้เปลี่ยนช่องทางการให้ยาเป็น Subcutaneous (SC), Transdermal (TD), Sublingual (SL), Per rectum (PR) แทน

- การให้ยาทาง SC ใช้ butterfly ใส่ไว้ที่บริเวณที่จะให้ SC สามารถทิ้งเข็มไว้ได้หลายวัน (อาจได้ถึง 7 วันขึ้นกับตำแหน่งการให้ยา) ยาที่สามารถให้ทาง SC ได้แก่ Morphine, Fentanyl, Methadone, Naloxone, haloperidol, dexamethasone, metoclopramide, metotrimeprazine (Nozinan), scopolamine, furosemide, lorazepam, midazolam, glycopyrrolate, Hyoscine Butylbromide^(19, 28)
- ยาที่สามารถให้ทาง TD ได้แก่ Fentanyl
- ยาที่สามารถให้ทาง SL ได้แก่ fentanyl, buprenorphine, methadone, lorazepam, midazolam, prochlorperazine (stemitil), และ atypical antipsychotic เช่น olanzapine ซึ่งสามารถใช้กับอาการคลื่นไส้อาเจียน
- ยาที่สามารถให้ทาง PR ได้แก่ Morphine, methadone suppositories, sodium valproate, diazepam (for seizure)
- ปรับขนาดยาให้อยู่ในขนาดที่ผู้ป่วยสบายที่สุดในการรักษาอาการเหนื่อย อาการกระสับกระส่าย สารคัดหลั่งที่มีมาก

การขับถ่าย รักษาภาวะ urinary retention พิจารณาใส่ Foley Catheter ในรายที่จำเป็น เช่น ต่อมลูกหมากโต อ้วน มีแผลขนาดใหญ่ หรือเคลื่อนไหวลำบาก ส่วนการพยายามให้ขับถ่ายมักจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะนี้

ผิวหนัง ควรให้ความชุ่มชื้นกับผิวหนัง ถ้ามีแผลที่ผิวหนังและมีอาการปวด ควรให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผลตามผิวหนัง

ปาก ดูแลภายในช่องปากให้ชุ่มชื้นตลอด ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดให้ปากชุ่มชื้น

ตา ดูแลตา อย่าปล่อยให้แห้ง

หัวใจ ในกรณีที่มีเครื่อง defibrillator หรือ pacemaker จะหยุดการทำงานของ implanted defibrillator และ pacemaker หรือไม่ต้องพิจารณาในแต่ละรายเป็นกรณี

ปอด (ถ้าจำเป็น) อาจพิจารณาหยุดการใช้ออกซิเจน ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยใช้ออกซิเจนเพื่อรักษา severe dyspnea และญาติรู้สึกไม่สบายใจที่จะหยุดให้

ด้านจิตใจ

- ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับ และเคารพสิ่งที่ผู้ป่วยได้เคยตัดสินใจไว้
- คำนึงถึงเป้าหมาย ความต้องการ วัฒนธรรม ความเชื่อ ของผู้ป่วยและครอบครัว
- พิจารณาปรึกษานักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ดูแลทางจิตวิญญาณ
- บอกให้ครอบครัวเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของการเข้าสู่กระบวนการการเสียชีวิต

- ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับที่จะหยุดการรับประทานอาหารทางหลอดเลือดและรับเลือด การล้างไต การให้สารน้ำทางหลอดเลือด งดการให้ยาที่ไม่ได้ช่วยลดอาการรบกวน
- เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วย
- ประเมินความรุนแรงของการสูญเสียและความเสียใจไว้ล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือครอบครัว
- หากมีเด็กในครอบครัว ส่งเสริมให้เด็กได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- ให้การสนับสนุนถ้าจะจัดพิธีกรรมตามในแต่ละวัฒนธรรม ศาสนา
- ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อหากผู้ป่วยเสียชีวิต อาการแสดงต่างๆที่บ่งว่าผู้ป่วยเสียชีวิต คือ ม่านตาขยาย และไม่ตอบสนอง หน้าอกไม่เคลื่อนไหวตามการหายใจและฟังไม่ได้เสียงหายใจ คลำชีพจรไม่ได้ ฟังไม่ได้เสียงหัวใจเต้น
- จัดการเรื่องการบริจาคร่างกายและอวัยวะตามที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้
- แนะนำขั้นตอนการปฏิบัติหลังการเสียชีวิต เช่น การติดต่อสถานีตำรวจ, การรับศพ เคลื่อนย้ายศพ, การแจ้งใบมรณะบัตร
- ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

1. Zubrod GC, Schneiderman M, Frei E, et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen and mustard and triethylene thiophosphoramide. *J Chronic Dis* 1960; 11:7.
2. Oken MM, et al. *Am J Clin Oncol* 1982; 5:649.
3. Evans C, McCarthy M. Prognostic uncertainty in terminal care: can the Karnofsky index help? *Lancet* 1985; 1:1204.
4. Maltoni M, Nanni O, Derni S, et al. Clinical prediction of survival is more accurate than the Karnofsky performance status in estimating life span of terminally ill cancer patients. *Eur J Cancer* 1994; 30A:764.
5. Justice AC, Covinsky KE, Berlin JA. Assessing the generalizability of prognostic information. *Ann Intern Med* 1999; 130:515.2. Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35:486.
6. Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. *Arch Intern Med* 1988; 148:1586.
7. Llobera J, Esteva M, Rifó J, et al. Terminal cancer. duration and prediction of survival time. *Eur J Cancer* 2000; 36:2036.
8. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Validity of the palliative performance scale from a survival perspective. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18:2.
9. Anderson F, Downing GM, Hill J, et al. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care* 1996; 12:5.
10. Lau F, Maida V, Downing M, et al. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37:965.
11. Lau F, Downing M, Lesperance M, et al. Using the Palliative Performance Scale to provide meaningful survival estimates. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38:134.
12. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. *Oxford Handbook of Palliative Care. The terminal phase: Oxford University Press; 2005. p. 735-40.*
13. Bicanovsky L. *Comfort Care: Symptom Control in the Dying. In: Palliative Medicine, Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R, et al (Eds), Saunders, Philadelphia 2009. Table used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.*
14. Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, et al. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer* 2015; 121:960.
15. Hui D, dos Santos R, Chisholm G, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist* 2014; 19:681.
16. Ferris FD, von Gunten CF, Emanuel LL. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J Palliat Med* 2003; 6:605.
17. Kehl KA, Kowalkowski JA. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2013; 30:601.
18. Doyle D, Jeffrey D. *The final days: terminal care at home. Palliative Care in the Home. New York: Oxford University Press; 2003. p. 145-9.*
19. Jose L, Pereira. *The Pallium Palliative Pocketbook* 2008.
20. August DA, Huhmann MB, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2009; 33:472.
21. Herndon CM, Fike DS. Continuous subcutaneous infusion practices of United States hospices. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22:1027.

22. Arends J, Zuercher G, Dossett A, et al. Non-surgical oncology - Guidelines on Parenteral Nutrition, Chapter 19. *Ger Med Sci* 2009; 7:Doc09.
23. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr* 2009; 28:445.
24. Bruera E, Hui D, Dalal S, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol* 2013; 31:1111.
25. Clegg A, Young JB. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age Ageing* 2011; 40:23.
26. Kinoshita H, Maeda I, Morita T, et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *J Clin Oncol* 2015; 33:357.
27. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD007760.
28. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life: Committee on Care at the End of Life: Institute of Medicine.*
29. Harlos M. The terminal phase. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 4th, Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, et al. (Eds), Oxford University Press, Oxford 2010. p.1551.

บทที่ 20

Guideline for palliative sedation therapy

คำจำกัดความ

Palliative sedation therapy หมายถึง การให้ยากกลุ่ม sedatives เพื่อลดระดับการรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการทรมานทางกาย ที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการรักษาที่สามารถจัดหาได้ในเวลาที่จำกัดตามสภาวะโรคของผู้ป่วย

1. ข้อบ่งชี้

1. ผู้ป่วยมีอาการทรมานทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้ (intractable symptom/refractory symptom) (ภาคผนวก 1) ซึ่งได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
2. ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินโดยแพทย์อย่างน้อย 2 ท่านว่าอยู่ในระยะท้ายของชีวิตและมีการทำนายระยะเวลาของโรคเหลือประมาณ 2 สัปดาห์ (ภาคผนวก 2)

2. การยินยอม (ภาคผนวก 3)

ทีมผู้รักษาพยาบาลต้องมีกระบวนการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และต้องได้รับความยินยอมจากครอบครัว/ตัวแทนผู้ป่วย (proxy) และ/หรือผู้ป่วย(ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ) พร้อมทั้งบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมให้ใช้วิธีการนี้เพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย และเป็นการตัดสินใจร่วมกันตามหลักจริยธรรม (ภาคผนวก 4) ศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ

3. Medication (ภาคผนวก 5)

การเลือกชนิดของยาเพื่อลดความรู้สึกตัวของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยยาที่แนะนำให้ใช้ได้แก่ ยากลุ่ม Benzodiazepine: Midazolam ยากลุ่ม Barbiturates: Phenobarbital, Thiopental ยากลุ่ม antipsychotic/neuroleptics และ Propofol

4. Monitoring and nursing care (ภาคผนวก 6)

ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และประเมินความทรมานของผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การกอดการหายใจ aspiration เป็นต้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา/หัตถการเพื่อระงับปวด หรืออาการทางกายรบกวนอื่นๆ อยู่เดิม ควรพิจารณาให้ยาหรือหัตถการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินอาการเป็นระยะ เช่น ยาระงับปวด เป็นต้น ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลพื้นฐาน เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลช่องปาก และการป้องกันแผลกดทับตามมาตรฐาน ทั้งนี้การดูแลควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ความเชื่อ ศาสนา และ ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ เมื่อเริ่มกระบวนการ palliative sedation ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญและให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ตึงเครียดและเศร้าโศกต่อครอบครัว

ภาคผนวก

1) **intractable symptom/refractory symptoms** หมายถึง ภาวะความทุกข์ทรมานทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้แม้จะได้รับการรักษาด้วยยา/หัตถการ หรือ วิธีการใดๆ ที่มีอยู่ ซึ่งเหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วยในเวลานั้น อาการทุกข์ทรมานได้แก่ ภาวะ delirium, dyspnea, pain, convulsion เป็นต้น

- 1.1 การวินิจฉัยภาวะทุกข์ทรมานนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินและยืนยันจากแพทย์ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในการรักษาอาการนั้นๆ และได้รับการประเมินแล้วว่าไม่มีสาเหตุใดที่สามารถแก้ไขได้อีก
- 1.2 ในกรณีที่แพทย์เจ้าของไข้ไม่มีประสบการณ์หรือไม่แน่ใจ ควรมีการปรึกษา แพทย์เฉพาะทางเพื่อมาร่วมให้การดูแลผู้ป่วย
- 1.3 ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินแบบองค์รวม ได้แก่ การประเมินด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่อาจจะส่งผลกับสภาวะทางกายได้ การประเมินนี้ควรเป็นการร่วมประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (existential suffering) ยังไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนและยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในการแนะนำให้ใช้ palliative sedation therapy เพื่อรักษาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

2) การประเมิน **life expectancy** ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินจากแพทย์อย่างน้อย 2 ท่าน และมีความคิดเห็นตรงกัน คือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และการทำนายว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 2 สัปดาห์เป็นช่วงสุดท้ายของชีวิตการทำนายนี้แนะนำให้ใช้เครื่องมือเพื่อการพยากรณ์โรค เช่น palliative prognostic score, palliative prognostic index เป็นต้น ร่วมกับอาการของผู้ป่วยที่แย่งลง แสดงถึงการทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว และ adverse prognostic factors เช่น ภาวะ dyspnea, anorexia, delirium หรือ การกินอาหารที่ลดลงร่วมด้วย

Palliative prognostic index (PPI)		
score		
Palliative performance scale (PPS)	10-20	4
	30-50	2.5
	>60	0
Oral intake	Severely reduced(<mouthful)	2.5
	Moderately reduce(>mouthful)	1
	Normal	0
Edema	Present	1
	Absent	0
Dyspnea at rest	Present	3.5
	Absent	0
Delirium	Present	4
	Absent	0
* Score >6 possible less than 3 weeks		
* Score 5-6 possible less than 6 weeks		
* Score <5 possible more than 6 weeks		

The Palliative Prognostic Score (PaP)		
Criterion	Assessment	Partial score
Dyspnea	No	0
	Yes	1
Anorexia	No	0
	Yes	1.5
Karnofsky Performance Scale	> 30	0
	10 - 20	2.5
Clinical prediction of survival (weeks)	> 12	0
	11 - 12	2
	7 - 10	2.5
	5 - 6	4.5
	3 - 4	6
Total WBC (x10 ⁹ /L)	1-2	8.5
	< 8.5	0
	8.6 - 11	0.5
Lymphocyte percentage	> 11	1.5
	20 - 40%	0
	12 - 19.9%	1
RISK GROUP	< 12%	2.5
	30 DAY SURVIVAL	TOTAL SCORE
	A	> 70%
B	30 - 70%	5.6 - 11
C	< 30%	11.1 - 17.5

3) การขอความยินยอม

- ในกรณีที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการประเมินสถานะโรคของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการทางกายได้ในระยะท้ายของชีวิต ควรมีการพูดคุยล่วงหน้าเกี่ยวกับทางเลือกของการให้ palliative sedation therapy และแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า palliative sedation therapy นี้เป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษาชนิดนี้เมื่อภาวะทุพโภชนาการนั้นมาถึง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินว่ามีสติสัมปชัญญะ และสามารถตัดสินใจได้เอง เพื่อแสดงความต้องการของตนเองที่แท้จริง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว หรือไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ ต้องได้รับความยินยอมจากตัวแทนผู้ป่วย (proxy) หรือบุคคลในครอบครัว ในกรณีที่ผู้ป่วยระบุไว้ใน living will

ข้อมูลที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประกอบในการตัดสินใจ
ได้แก่

- 3.1 การวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค อาการของโรคในปัจจุบัน และเข้าใจตรงกันว่าการ
ทำนายโรคของผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายแล้ว
- 3.2 ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย/ ครอบครัว รับทราบถึงภาวะความทุกข์ทรมานทางกาย
ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และระยะเวลาที่จำกัดนี้ไม่มีวิธีการอื่นใดที่จะลดความทรมานเหล่านี้
ได้
- 3.3 จุดมุ่งหมายของการทำ palliative sedation therapy เป็นไปเพียงเพื่อลดความทุกข์
ทรมานของผู้ป่วย มิใช่การเร่งความตายของผู้ป่วย
- 3.4 ผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับ โดยเริ่มจากขนาดต่ำและปรับยาเพิ่มตามการตอบสนองของ
ผู้ป่วย โดยจะใช้ขนาดยาน้อยที่สุดเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
- 3.5 เมื่อเริ่มการให้ยาแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลง และอาจจะไม่สามารถสื่อสารกับ
ครอบครัวได้เหมือนปกติจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต
- 3.6 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและติดตามอาการความทุกข์ทรมาน ผลข้างเคียง และยังได้
รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต
- 3.7 ปัญหาหรือข้อซักถามเกี่ยวกับการให้ยาที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการทราบ ควรได้รับ
การแก้ไขและคลี่คลายก่อนการเริ่มการให้ยา
- 3.8 อาจมีการตัดสินใจบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ควบคู่กัน หรือการรักษาที่ไม่เกิด
ประโยชน์กับผู้ป่วย เช่น การให้สารน้ำ การให้สารอาหารทางสายยางหรือสารอาหารทาง
หลอดเลือดดำ เป็นต้น
- 3.9 การปฏิเสธกระบวนการฟื้นคืนชีพ (Do not resuscitation order)

4) Ethical issues in palliative sedation

Artificial nutrition and hydration ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวควรพูดคุย
และร่วมกันตัดสินใจเรื่องการให้สารน้ำหรือสารอาหารในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหลับไปแล้ว การพิจารณาให้สารน้ำหรือ
สารอาหารนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการ ความปรารถนาและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์ควรให้ข้อมูล
ข้อดี ข้อเสียของการให้สิ่งเหล่านี้ และวางใจเป็นกลาง เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีที่มี
ผลข้างเคียงจากการให้สารน้ำหรือสารอาหารซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น เช่น เกิดภาวะน้ำเกิน หรือระบบ
ทางเดินอาหารไม่สามารถรับอาหารได้แล้วนั้น ควรพิจารณาหยุดการให้สารน้ำหรือสารอาหาร และทำความเข้าใจ
กับครอบครัวเพื่อจุดมุ่งหมายเดียวกัน ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ที่บ่งชี้เพียงพอว่าการให้สารน้ำใน
ช่วงสุดท้ายของชีวิตจะเป็นผลดีแก่ผู้ป่วย การพิจารณาควรขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย

Continuation of concurrent life-sustaining therapies ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเลือกรับหรือไม่รับการรักษาบางอย่าง เช่น การให้ส่วนประกอบของเลือด การฟอกไต การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและมีการทำนายโรคที่สั้น การให้การรักษาดังกล่าวไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยอีกต่อไป

ความแตกต่างระหว่าง palliative sedation และการุณยฆาต ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ควรเข้าใจถึงกระบวนการทำ palliative sedation คือ การให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกตัวลง ลดความทุกข์ทรมาน ไม่ใช่การให้ยาในขนาดที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและไม่มีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งตรงข้ามกับเป้าหมายของการุณยฆาต

5) Medications in palliative sedation

Midazolam (dormicum) เป็นยากลุ่ม benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์สั้น ข้อดีคือ ยากลุ่ม benzodiazepine มีฤทธิ์ anxiolytic, amnesia และกันชักด้วย midazolam มีโครงสร้างละลายน้ำได้ดี เมื่อถูก metabolized ในตับจะจับกับไขมันได้ดี ทำให้ออกฤทธิ์ในระบบประสาทส่วนกลางได้ ยานี้มีผลต่อหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดเพียงเล็กน้อย และมีผลกดระบบหายใจหากใช้ในขนาดที่มากเกินไป

ขนาดที่แนะนำให้ต่อเนื่องในขนาด 0.5-1 มก./ชม. เมื่อให้ทางหลอดเลือดดำ ยาออกฤทธิ์ภายใน 3-5 นาที ขนาดที่ได้ผลคือ 1-20 มก./ชม. สามารถให้ได้ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือทางใต้ผิวหนัง (subcutaneous)

Barbiturates ยากลุ่ม barbiturate ออกฤทธิ์โดยระงับความรู้สึก ละลายในไขมันได้ดีจึงทำให้ผ่านเข้าสมองได้อย่างรวดเร็วและมีฤทธิ์ระงับการชัก แต่ไม่มีฤทธิ์ระงับปวด ยานี้มีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว จึงส่งผลให้ความดันเลือดต่ำลงได้ และกดการหายใจได้

Phenobarbital ขนาดเริ่มต้น 2-3 มก./กก. ให้ทางหลอดเลือดดำช้าๆ และให้ยาในขนาดต่อเนื่อง 1-2 มก./กก./ชั่วโมง

Thiopental ขนาดเริ่มต้น 1-3 มก./กก. ให้ทางหลอดเลือดดำช้าๆ และให้ในขนาดต่อเนื่อง 20-80 มก./ชม.

Propofol เป็นยาระงับความรู้สึก ออกฤทธิ์ด้วยการยับยั้งการทำงานของสมอง โครงสร้างไม่ละลายน้ำ ยาจึงอยู่ในรูปของ emulsion ที่มีน้ำมันเป็นตัวทำละลาย เวลาฉีดยานี้มีฤทธิ์ระคายเคืองหลอดเลือดดำ ยาออกฤทธิ์เร็วมากภายใน 30 วินาที และหมดฤทธิ์เร็ว ยาทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันเลือดต่ำลงได้ และมีฤทธิ์กดการหายใจ ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ propofol ยังมีฤทธิ์ระงับการชักและลดอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่ไม่มีฤทธิ์ระงับปวด ขนาดที่แนะนำขนาดเริ่มต้น 0.5-1 มก./กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ต่อเนื่อง 1-4 มก./กก./ชม.

Haloperidol เป็นยาในกลุ่ม neuroleptic ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท และมีผลทำให้วงมีผลข้างเคียง extrapyramidal effects haloperidol มีฤทธิ์ sedative ที่น้อยกว่ายาตัวอื่นในกลุ่มเดียวกัน อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม neuroleptic เพียงตัวเดียวสำหรับในการให้ยา palliative sedation therapy แต่สามารถพิจารณาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของภาวะ delirium ร่วมด้วย ขนาดที่แนะนำ 0.04-0.15 มก./กก./ชม. หรือฉีดเป็นครั้งคราว โดยสามารถให้ได้ในขนาด 2-5 มก. และให้ได้ซ้ำภายใน 15-20 นาที เพื่อควบคุมอาการกระสับกระส่าย

6) Monitoring in palliative sedation

- 6.1 ระยะเริ่มแรกผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด (ทุก 15 - 20 นาที EAPC, japan model) จนกระทั่งได้ระดับความรู้สึกตัวที่ต้องการ หลังจากนั้นต้องได้รับการประเมินอย่างน้อยวันละ 1-3 ครั้ง ทั้งนี้ความถี่ของการประเมินขึ้นอยู่กับชนิดของยาและการตอบสนองของผู้ป่วย
- 6.2 การติดตามวัดสัญญาณชีพในช่วงระยะท้ายของชีวิตไม่จำเป็นต้องถี่มากนัก ยกเว้นเพื่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6.3 การประเมินความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ลดลง ดังนั้นการสอบถามข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเองอาจไม่สามารถทำได้ ดังนั้นการประเมินอาจสอบถามจากครอบครัวที่ใกล้ชิด หรือใช้วิธีการสังเกต เช่น การประเมินภาวะความปวดโดยการตอบสนอง การแสดงสีหน้า ลักษณะท่าทาง การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ตัวอย่างเครื่องมือที่ช่วยในการประเมิน เช่น critical-care pain observation tool , Richmond agitation sedation scale (RASS) เป็นต้น(อย่างไรก็ดีเครื่องมือเหล่านี้ไม่ได้ถูกสร้างมาเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ)

Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Indicator	Description	Score
Facial expression	No muscular tension observed	Relaxed,neutral 0
	Presence of frowning, brow lowering, orbit tightening, and levator contraction	Tense 1
	All of the above facial movements plus eyelid tightly closed	Grimacing 2
Body movements	Does not move at all (does not necessarily mean absence of pain)	absence of movements 0

Indicator	Description	Score
	Slow, cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements	Protection 1
	Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/ thrashing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed	Restlessness 2
Muscle tension Evaluation by passive flexion and extension of upper extremities	No resistance to passive movements	Relaxed 0
	Resistance to passive movements	Tense, rigid 1
	Strong resistance to passive movements, inability to complete them	very tense or rigid 2
Compliance with the ventilator (incubated patients)	Alarms not activated, easy ventilation	Tolerating ventilator or movement 0
	Alarms stop spontaneously	Coughing but tolerating 1
	Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated	Fighting ventilator 2
Vocalization (extubated patients)	Talking in normal tone or no sound	Talking in normal tone or no sound 0
	Sighing, moaning	Sighing, moaning 1
	Crying out, sobbing	Crying out, sobbing 2
Total, range	Sum each category	0-8

Richmond Agitation And Sedation Scale (RASS)		
+4	Combative	violent, immediate danger to staff
+3	Very agitated	Very agitated Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movement, fights ventilator
+1	Restless	Anxious but movements not aggressive vigorous
0	Alert & calm	
-1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained awakening to voice (eye-opening & contact ≥ 10 seconds)
-2	Light sedation	Briefly awakens to voice (eye-opening & contact < 10 seconds)
-3	Moderate sedation	Movement or eye-opening to voice (but no eye contact)
-4	Deep sedation	No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation
-5	Unarousable	No response to voice or physical stimulation

เอกสารอ้างอิง

1. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y: Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 2005;8:716-729.
2. Kirk TW, Mahon MM for the Palliative Sedation Task Force of the National Hospice and Palliative care Organization Ethics Committee: National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:914-923.
3. Cherny NI, Radbruch L: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23:581-593.
4. Braun TC, Hagen NA, Clark T: Development of a clinical practice for palliative sedation. *J Palliat Med* 2-3;6:345-350
5. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, et al: A multicenter international study for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000;14:257-265
6. Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach Canadian Society Of Palliative Care Physicians Taskforce SL. Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. *J Palliat Med.* 2012 Aug;15(8):870-9. Epub 2012 Jul 2.
7. Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Dec;34(6):666-70. Epub 2007 Jul 9.
8. Schildmann E, Schildmann J. Palliative sedation therapy: A systematic literature review and critical appraisal of available guidance on indication and decision making. *J Palliat Med.* 2014 Nov;(5):601-611.
9. NCCN guidelines version 1.2014 Palliative care
10. อังคาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, ปฏิญาณ ตุ่มทอง, บรรณานิกร. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2556
11. Jean-Louis Vincent, Edward Abraham, Patrick Kochanek, Frederick A. Moore and Mitchell P. Fink. Textbook of critical care, 6th edition, June, 2011. Elsevier Health Sciences

บทที่ 21

Complementary and Alternative medicine in palliative cancer care

Complementary and Alternative medicine (CAM) หรือเวชศาสตร์ทางเลือกมีผู้ให้คำจำกัดความว่า เป็นการวินิจฉัย การรักษาหรือการป้องกันโรคที่เป็นส่วนที่เติมเต็มเวชศาสตร์หลัก (Mainstream medicine) ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยทำให้กรอบความคิดของการแพทย์มีความหลากหลายมากขึ้นกว่าเดิม⁽¹⁾ ในส่วนของการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้มีการนำเวชศาสตร์ทางเลือกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดรักษา เนื่องจาก CAM อาจให้ผลในการบำบัดอาการทางร่างกายบางอย่าง และอาจเพิ่มคุณภาพชีวิตในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเวชศาสตร์หลักแล้ว⁽²⁾

ในปี ค.ศ. 2005 ได้มีการตีพิมพ์ผลการสำรวจการใช้ CAM ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาอยู่ในประเทศแถบยุโรปจำนวน 14 ประเทศ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 956 คน ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนเฉลี่ยถึงร้อยละ 35.9 (14.8-73.1) ที่ใช้ CAM ร่วมด้วยขณะที่รักษาโรคมะเร็ง โดยมีการรักษาแบบ CAM รวมทั้งหมด 58 แบบ ซึ่งการรักษาที่นิยมใช้มากที่สุดคือ การใช้สมุนไพร โดยใช้ร่วมกับ homeopathy, การใช้วิตามิน ชาที่เชื่อว่าเป็นยา (medicinal teas) การรักษาทางจิตวิญญาณ (spiritual therapies) และการใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation techniques) โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยใช้ CAM เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายให้สามารถต่อสู้กับโรคมะเร็งได้ (ร้อยละ 50.7) หรือเพื่อทำให้สุขภาพกายดีขึ้น (ร้อยละ 40.6) สุขภาพจิตดีขึ้น (ร้อยละ 35.2) ในส่วนของผลลัพธ์จากการใช้ CAM ผู้ป่วยร้อยละ 22.4 เชื่อว่าได้ประโยชน์จาก CAM ในแง่ของการเพิ่มสมรรถภาพร่างกายในการสู้กับโรค และผู้ป่วยร้อยละ 45.4 ที่รู้สึกว่าการใช้ CAM ทำให้มีสุขภาพกายที่ดีขึ้น และร้อยละ 42.8 ที่รู้สึกว่ามีสุขภาพจิตดีขึ้น โดยผู้ป่วยทั้งหมดมีรายงานเพียงร้อยละ 4.4 ที่พบผลข้างเคียงชั่วคราวจากการใช้การรักษาแบบ CAM⁽³⁾

ในปีเดียวกัน มีรายงานการสำรวจการใช้ CAM ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและเนื้องอกทั่วประเทศ ญี่ปุ่น โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนถึง 3,461 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งใช้ CAM ร้อยละ 44.6 และผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งใช้ CAM ร้อยละ 25.5 โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ CAM ร้อยละ 96.2 ใช้ในรูปแบบของสมุนไพร เห็ด และกระดูกอ่อนปลาฉลาม และแรงจูงใจในการใช้การรักษาแบบนี้ ส่วนใหญ่ได้มาจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน (ร้อยละ 77.7) โดยมีเพียงส่วนน้อยที่เกิดจากการเลือกใช้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 23.3) นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า ร้อยละ 24.3 ของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ CAM ได้รายงานถึงประโยชน์ของการใช้ CAM ร่วมกับการรักษาหลัก เช่น คิดว่า CAM ทำให้เนื้องอกมีขนาดเล็กลง ยับยั้งการเติบโตของเนื้องอก ช่วยเรื่องอาการปวด ลดผลข้างเคียงจากการได้เคมีบำบัดเป็นต้น และมีเพียงร้อยละ 5.3 ที่รายงานถึงผลข้างเคียงจากการใช้ CAM ได้แก่ คลื่นไส้ อูจาระร่วง ท้องผูก⁽⁴⁾

ในส่วนของประเทศไทย ยังไม่พบรายงานการสำรวจระดับประเทศในเรื่องนี้ แต่อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2009 ได้มีการศึกษาการใช้ CAM ในผู้ป่วยโรคมะเร็งของนรีเวชจำนวน 100 ราย ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 67 ที่ใช้การรักษาแบบ CAM ร่วมด้วย โดยวิธีที่เป็นที่นิยมมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ การสวดภาวนาทางพุทธ (ร้อยละ 92.5) การใช้สมุนไพร (ร้อยละ 40.3) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 37.3)⁽⁵⁾ และในปี ค.ศ. 2010 สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในอาการต่างๆ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 202 คนที่กำลังได้รับรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด หรือทั้งสองอย่างซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งได้ใช้การรักษาใน 4 แนวทางหลักด้วยกัน 1. การปรับเปลี่ยนอาหารหรือการใช้ชีวิตโดยเชื่อว่าเป็นการช่วยลดอาการที่เกี่ยวข้องกับการทานอาหารและอาการอ่อนเพลีย 2. การฝึกปฏิบัติทางจิตใจ เช่น การสวดมนต์ การฟังธรรมะเพื่อช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับ สมาธิ ลดลง อาการทางกาย และช่วยลดอาการซึมเศร้า 3. การทานวิตามินหรือสารต้านอนุมูลอิสระ โดยเชื่อว่าสามารถเพิ่มความอยากอาหารได้ 4. การใช้สมุนไพรเพื่อช่วยลดอาการผอมร่าง อาการปลายนิ้วชา และหายใจไม่อิ่ม⁽⁶⁾ โดยผลการศึกษาไม่ได้ระบุถึงประสิทธิภาพของ CAM ในการลดอาการต่างๆ ดังที่ผู้ป่วยระบุไว้

นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 2012 ได้มีรายงานการสำรวจการใช้ CAM ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 248 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลรามธิบดี ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 60.9 ที่ใช้การรักษาแบบเวชศาสตร์ทางเลือก โดยรูปแบบที่เป็นที่นิยมมากที่สุดคือการรับประทาน วิตามินและอาหารเสริม (ร้อยละ 56.9) รองลงไปได้แก่ การปรับเปลี่ยนการทานอาหาร (ร้อยละ 49.7) การทำสมาธิ (ร้อยละ 42.4) และ การใช้สมุนไพร (ร้อยละ 31.1) ตามลำดับ โดยมะเร็งที่มีอัตราการใช้ CAM มากที่สุดตามลำดับจากมากไปน้อยคือ มะเร็งสมอง มะเร็งปอดและมะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ โดยจุดประสงค์ของการใช้ CAM ได้แก่ เพื่อใช้เป็นตัวช่วยในการบรรเทาอาการจากมะเร็งและลดผลข้างเคียงของการรักษา (ร้อยละ 33.1) เพื่อช่วยรักษาโรคมะเร็งโดยตรง (ร้อยละ 31.1) เพื่อช่วยเสริมการรักษาหลัก (ร้อยละ 25.2) เพื่อให้สุขภาพกายดีขึ้น (ร้อยละ 17.2) เพื่อให้สุขภาพจิตดีขึ้นและเกิดความหวัง (ร้อยละ 11.3) และเพื่อทำทุกทางที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็ง (ร้อยละ 3.3) นอกจากนี้ ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยรายงานว่า ได้รับประโยชน์จากการใช้ CAM ขณะที่ร้อยละ 38.6 ไม่แน่ใจในประโยชน์ที่ได้ และร้อยละ 10.3 รายงานว่า ไม่ได้ประโยชน์ มีเพียงร้อยละ 9.4 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงานผลข้างเคียงจากการใช้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการของระบบทางเดินอาหาร⁽⁷⁾

โดยทั่วไปแล้ว CAM ถูกจัดแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มด้วยกันตาม National Center for Complementary and Alternative Medicine⁽⁸⁾ ได้แก่

1. กลุ่มที่สัมพันธ์กับร่างกาย (body-based) เช่น chiropractic การนวด (massage) เป็นต้น
2. กลุ่มที่สัมพันธ์กับกาย-ใจ (mind-body based) เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การทำสมาธิ (meditation) เป็นต้น
3. กลุ่มที่สัมพันธ์กับพลังงาน (energy based) เช่น การฝังเข็ม (acupuncture) เป็นต้น
4. กลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์ทางชีวภาพ (biological product) เช่น สมุนไพร (herbs) วิตามินและเกลือแร่ (vitamins and minerals)
5. กลุ่มที่สัมพันธ์กับระบบโดยรวม (whole system) เช่น แพทย์แผนจีน (traditional Chinese medicine) ธรรมชาติบำบัด (naturopathy)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เวชศาสตร์ทางเลือก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีข้อเสนอแนะในการจัดการเกี่ยวกับเวชศาสตร์ทางเลือกดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ 1: อาจให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งใช้เวชศาสตร์ทางเลือก (CAM) ในการบำบัดอาการต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการรักษาในแนวทางของเวชปฏิบัติหลักได้ ในกรณีที่การรักษาแบบเวชศาสตร์ทางเลือกนั้นไม่ได้เป็นอันตรายต่อคนไข้และไม่ส่งผลเสียต่อการรักษาในแนวทางเวชปฏิบัติหลัก

หมายเหตุ

การศึกษาโดยรวมยังไม่พบประสิทธิภาพในการรักษาอาการต่าง ๆ ของ CAM อย่างชัดเจนเนื่องจากมีข้อจำกัดในระเบียบวิธีวิจัย จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มักจะมีการรุกรานของโรคไปมากแล้วและปัญหาทางด้านจริยธรรมการวิจัย⁽⁹⁾ แต่อย่างไรก็ตามการใช้ CAM อาจเป็นผลดีต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและกำลังอยู่ในระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้มีบางการศึกษาที่พบประสิทธิภาพของการใช้ CAM ในการบำบัดอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่อาจนำไปใช้ได้จริงในบริบทของประเทศไทย ดังนี้

- การฝังเข็ม (acupuncture) ที่จุด P6 มีรายงานว่าอาจมีประสิทธิภาพในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวนรวม 1200 คนจากการศึกษาทั้งหมด 11 การศึกษาโดยการฝังเข็มกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (electro-acupuncture) มีประโยชน์ในการช่วยลดอาการอาเจียนในวันแรก ส่วนการกดจุด (acupressure) มีประโยชน์ในการลดอาการคลื่นไส้ในวันแรก เมื่อให้ร่วมกับยาต้านการอาเจียน ในส่วนของการฝังเข็มแบบธรรมดา (manual) ยังไม่พบประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน⁽¹⁰⁾

- การฝังเข็มบริเวณใบหู (auricular acupuncture) เพื่อลดอาการปวดจากมะเร็ง มีการศึกษาในผู้ป่วย 90 คนที่กำลังได้รับยาแก้ปวดอยู่ โดยมีกลุ่มควบคุมและติดตามดูเป็นระยะเวลา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มในจุดที่มีสัญญาณประสาททางผิวหนัง (electro-derma signal) มีอาการปวดลดลงร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับก่อนที่จะได้รับการบำบัด และมีความแตกต่างของค่าคะแนนความปวดในกลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มในจุดที่มีสัญญาณเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝังเข็มจุดที่ไม่มีสัญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)⁽¹¹⁾

- การนวดและอโรมา (massage and aromatherapy) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า อาจจะมีประโยชน์ต่อสภาวะทางจิตใจในช่วงสั้น ๆ โดยสามารถลดภาวะวิตกกังวลได้โดยอ้างอิงข้อมูลจาก 4 การศึกษาโดยมีผู้ป่วยรวมทั้งหมด 207 คน ซึ่งการนวดและอโรมาสามารถลดค่าคะแนนความกังวลได้ร้อยละ 19-32 ในส่วนของภาวะซึมเศร้าและอาการทางกายด้านอื่นยังไม่พบประโยชน์ของการบำบัดวิธีนี้⁽¹²⁾

- การเจริญสติและทำสมาธิ (mindfulness-based meditation) เพื่อลดภาวะวิตกกังวล (anxiety) และ ซึมเศร้า (depression) ได้มีการศึกษาผลของการทำสมาธิต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ชาวญี่ปุ่น 28 คน โดยผลการศึกษาพบว่า หลังให้ฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 2 สัปดาห์ คะแนนของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนฝึกปฏิบัติ (12 ± 5.3 เป็น 8.6 ± 6.3 , $p = 0.004$)⁽¹³⁾ โดยมีอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่าการทำ mindfulness meditation-based stress reduction program เป็นเวลา 7 สัปดาห์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 90 คน จะสามารถลดค่าคะแนนของภาวะวิตกกังวลซึมเศร้า และหงุดหงิดลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนรวมของ mood disturbance ลดลง ร้อยละ 65 และมีคะแนนอาการของภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนลดลงร้อยละ 31⁽¹⁴⁾ และมีการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ถึงผลของการทำ mindfulness-based therapy (MBT) ต่ออาการของ anxiety และ depression ในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งหลายชนิด ผลการศึกษาพบว่าทำให้ MBT สัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอาการ anxiety และ depression เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังให้ MBT โดยมี effect size อยู่ที่ 0.60 และ 0.42 ตามลำดับสำหรับการศึกษาแบบ nonrandomized และมี effect size อยู่ที่ 0.37 และ 0.44 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาระบบ randomized control trial⁽¹⁵⁾

ในส่วนของงานแพทย์แผนไทย ขณะนี้ได้มีการทำการวิจัยยาตำรับที่มีชื่อว่า เบญจอำมฤตย์ เพื่อการรักษาโรคมะเร็งระดับยาพื้นมะเร็งทรวงอกเพื่อการรักษาโรคมะเร็งปอด ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในการวิจัยทางคลินิก และยังมียาสมุนไพรอีก 4 ตำรับที่อยู่ระหว่างการวิจัยระดับพรีคลินิก ได้แก่ ยาเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านม N036 ยาเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ NE028 และยาเพื่อรักษาโรคมะเร็งตับ W2003⁽¹⁶⁾

ข้อแนะนำที่ 2: ควรสอบถามถึงการใช้เวชศาสตร์ทางเลือก (CAM) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

หมายเหตุ

ควรมีการสอบถามการใช้ CAM เนื่องจากอุบัติการณ์ของการใช้ค่อนข้างสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศ^(3, 4, 17) และร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งในบางสถานพยาบาลของประเทศไทย^(5, 7) มีการใช้ CAM ร่วมด้วยในการบำบัดรักษาโรคและรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ เวชศาสตร์ทางเลือกในขณะที่รักษาด้วยการแพทย์แผนหลักอยู่นั้น บางส่วนจะไม่แจ้งให้แพทย์ผู้รักษาดตนเองทราบว่ากำลังใช้ CAM อยู่⁽¹⁸⁾ ซึ่งอาจเกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยได้ หากการรักษาที่ใช้อยู่นั้นมีผลข้างเคียงที่อันตรายหรืออาจมีผลเสียต่อการรักษาหลัก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลว่าแหล่งที่ผู้ป่วยและญาติจะหาข้อมูลเกี่ยวกับ CAM คือ สังคมเครือข่าย (social network) ซึ่งได้มีการศึกษาพบว่า ข้อมูลการรักษาส่วนใหญ่ใน website นั้นมีการกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงกว่าหลักฐานทางวิชาการ โดยขาดการพิสูจน์ประสิทธิภาพอย่างถูกต้องตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ และมีบางการรักษาที่อาจเป็นอันตราย ต่อผู้ป่วยได้⁽¹⁹⁾ ทั้งนี้ ได้มีผู้เสนอข้อแนะนำในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการใช้ CAM ดังนี้⁽¹⁷⁾

1. สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงความสนใจและประสบการณ์ในการใช้ CAM
2. ในกรณีที่เคยใช้หรือกำลังใช้ CAM ให้สอบถามถึงเหตุผลการใช้ในทำที่ที่เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงความสนใจว่าจะใช้หรือกำลังใช้ CAM ควรมีการประเมินร่วมกันว่าการบำบัดนั้น ๆ มีผลเสียต่อการรักษาโรคหรือไม่อย่างไร
4. สถานพยาบาลอาจจัดเตรียม CAM บางรูปแบบที่ปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึง เช่น การฝึกผ่อนคลาย (relaxation technique) การสอนทำสมาธิ หรือเจริญสติ (mindfulness-based meditation) เป็นต้น
5. ควรมีการพูดคุยและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งในด้านต่าง ๆ กับผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความเข้าใจผิดบางประการ และเป็นการช่วยเพิ่มการคงอยู่ในการรักษาของการแพทย์แผนหลักในขณะที่ผู้ป่วยยังใช้ CAM ร่วมด้วย

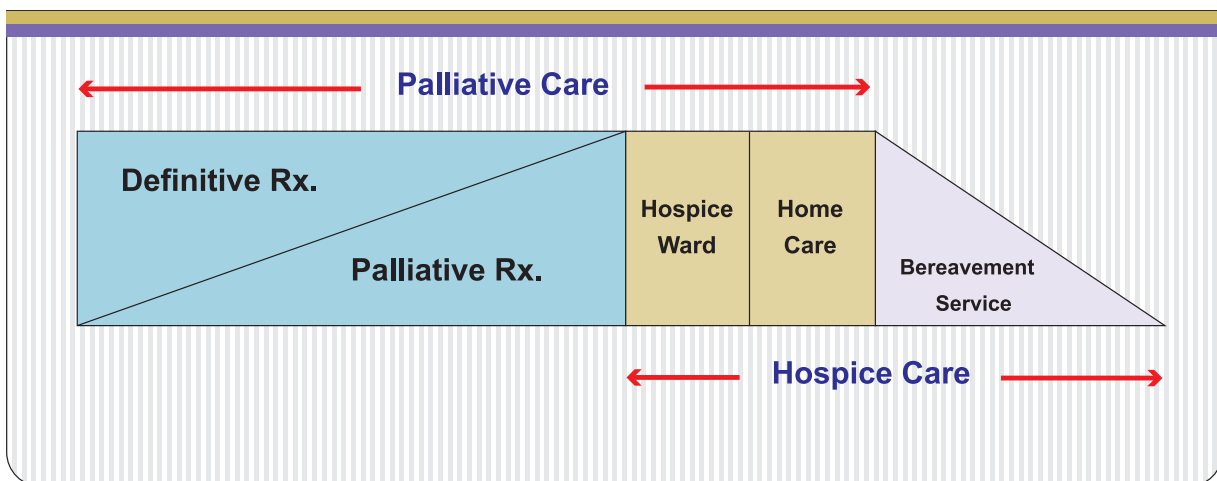
เอกสารอ้างอิง

1. Ernst E, Resch K, Mills S, Hill R, Mitchell A, Willoughby M, et al. Complementary medicine—a definition. *The British Journal of General Practice*. 1995;45(398):506.
2. Howells N, Maher E. Complementary therapists and cancer patient care: developing a regional network to promote co-operation, collaboration, education and patient choice. *European journal of cancer care*. 1998;7(2):129-34.
3. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of oncology*. 2005;16(4):655-63.
4. Hyodo I, Amano N, Eguchi K, Narabayashi M, Imanishi J, Hirai M, et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *Journal of clinical oncology*. 2005;23(12):2645-54.
5. Supoken A, Chaisrisawatsuk T, Chumworathayi B. Proportion of gynecologic cancer atients using complementary and alternative medicine. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2009;10(5):779-82.
6. Piamjariyakul U, Williams PD, Prapakorn S, Kim M, Park L, Rojjanasrirat W, et al. Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14(5):387-94.
7. Puataweepong P, Sutheechet N, Ratanamongkol P. A survey of complementary and alternative medicine use in cancer patients treated with radiotherapy in Thailand. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012;2012.
8. National Center for Complementary and Alternative medicine. What is CAM? [cited 2015 July 18]. Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.
9. Ernst E, Filshie J, Hardy J. Evidence-based complementary medicine for palliative cancer care: does it make sense? *Palliative medicine*. 2003;17(8):704-7.
10. Ezzo J, Streitberger K, Schneider A. Cochrane systematic reviews examine P6 acupuncture-point stimulation for nausea and vomiting. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 2006;12(5):489-95.
11. Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Ferman-Brulé S, Dubreuil-Lemaire M-L, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *Journal of clinical oncology*. 2003;21(22):4120-6.
12. Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *The Cochrane Library*. 2004.
13. Ando M, Morita T, Akechi T, Ito S, Tanaka M, Ifuku Y, et al. The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *Journal of palliative medicine*. 2009;12(12):1091-4.
14. Specia M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*. 2000;62(5):613-22.
15. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012;80(6):1007.
16. TV N. กรมแพทย์แผนไทย เตรียมเปิดสูตรยาภิยามะเร็ง 4 ตำรับ 2015. [cited 2015 July 20]. Available from: <http://www.nationtv.tv/main/content/social/378439146/>.
17. Paul M, Davey B, Senf B, Stoll C, Muenstedt K, Muecke R, et al. Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *Journal of cancer research and clinical oncology*. 2013;139(9):1515-22.
18. Truant TL, Porcino AJ, Ross B, Wong M, Hilario C. Complementary and alternative medicine (CAM) use in advanced cancer: a systematic review. *J Support Oncol*. 2013;11(3):105-13.
19. Schmidt K, Ernst E. Assessing websites on complementary and alternative medicine for cancer. *Annals of Oncology*. 2004;15(5):733-42.

บทที่ 22 Hospice Care

การดูแลแบบประคับประคองหรือ Palliative care คือ การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคคุกคามต่อชีวิต (Life - threatening illness) เน้นการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานและคุกคามต่อคุณภาพชีวิตทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคอง ควรให้การดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือ Hospice care เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แพทย์ให้การวินิจฉัยและพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกินประมาณ 6 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการจะทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุดการดูแลจะยึดหลักการไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตายมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกด้านเท่าที่จะทำได้ให้ผู้ป่วยพบกับการตายที่ดี ตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์



ปัจจุบันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยกำลังมีทางเลือกให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าถึงระบบบริการการดูแลในระยะท้ายมากขึ้น โดยเริ่มมีสถานบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายบ้างแล้วแต่ยังไม่เป็นที่รู้จักมากนัก สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยในยุคแรก โดยมากเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ที่ก่อตั้งโดยองค์กรศาสนา เช่น บ้านกลารา ของคณะนักบวชฟรานซิสกัน ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2536 วัดพระบาทน้ำพุ ที่ริเริ่มโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ปี พ.ศ. 2535 ในปี 2541 เริ่มมีสถานดูแลผู้ป่วยเอกชนที่ใช้หลักการแบบ Hospice ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ศุขเวชเนอสซิ่งโฮม และในเวลา

ใกล้เคียงกัน ได้มีการริเริ่มโครงการดูแลรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยบางแห่ง

ในส่วนของกรมการแพทย์นับว่าเป็นหน่วยงานแรก ๆ ของประเทศ ที่ริเริ่มการดำเนินการด้านการดูแลแบบประคับประคองมาไม่น้อยกว่าสองทศวรรษ การดูแลจะมุ่งเน้นเรื่องของการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด การดูแลความสุขสบายในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง หรือการทำแผลเป็นต้น ซึ่งจะเน้นการดูแลในมิติด้านร่างกายมากกว่าในมิติของจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ไม่มีสถานที่เฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่และเตียงที่จะรองรับผู้ป่วย ประกอบกับแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระยะของโรคที่คุกคามต่อชีวิตหรือโรคที่มีการลุกลามไปมากแล้วจนกระทั่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ จำนวนเตียงที่มีอยู่อย่างจำกัดจึงควรเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยด้วยโรคที่คาดว่าจะสามารถรักษาให้หายได้มากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะถูกผลักดันให้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยและญาติอาจยังไม่ได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในปี พ.ศ.2541 โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ได้เปิดให้บริการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ารับการดูแลรักษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้ายของโรค ซึ่งแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่มีการรักษาใด ๆ เพิ่มเติม นอกจากการดูแลรักษาตามอาการผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆอย่างต่อเนื่องและส่วนใหญ่จะอยู่ที่โรงพยาบาลจนกระทั่งเสียชีวิต เนื่องจากญาติไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน

Wheel of Caring



1. **Staff Physicians** : แพทย์จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คอยประเมินและดูแลผู้ป่วยเป็นระยะในเรื่องอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ

2. **Hospital service** : เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์หลักคือการเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พร้อมกลับไปใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายที่บ้าน มีการดูแลเรื่องปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ อีกทั้งดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care) ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน มีวัตถุประสงค์คือเพื่อค้นหาและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นความเชื่อ ความศรัทธาหรือความรู้สึกที่อยู่ลึกภายในจิตใจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีความหวังและมีกำลังใจซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจและยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้นได้

3. **Volunteers** : อาสาสมัครที่ช่วยดูแลหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่อนคลายจากความเครียด หรือร่วมสอนทำกิจกรรมต่าง ๆ

4. **Counselling and Social Support** : ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของโรคอาจต้องเผชิญกับความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ การต้องพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรือซึมเศร้าการดูแลต้องเอาใจใส่พูดคุยให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับ และสามารถเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยมีทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ผ่านการอบรมมีความรู้และทักษะในหลักการให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัวและนักสังคมสงเคราะห์ร่วมประเมินผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเพื่อหาแนวทางและให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

5. **Child Assistance** : ผู้ป่วยบางรายอาจมีบุตรหลานที่อยู่ในวัยเยาว์ซึ่งบุตรหลานอาจมีความผูกพันกับผู้ป่วยและอาจไม่เข้าใจหรือสามารถยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้บุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักและให้การดูแลใจใส่เป็นพิเศษโดยจะต้องประเมินและให้การดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและภายหลังเสียชีวิตแล้ว

6. **Bereavement Services** : ภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ยังให้การดูแลญาติอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ 6 เดือนเพื่อประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะภาวะด้านจิตใจให้มีการยอมรับต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติภายหลังการสูญเสีย (จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าโดยส่วนใหญ่ญาติสนิทหรือผู้ใกล้ชิดจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 2 เดือนในการยอมรับและทำใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น)

7. **Home care** : ภายหลังที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมแล้ว เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านทีมเยี่ยมบ้านจะติดตามดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถควบคุมได้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้ามารับการดูแลที่หออภิบาลคุณภาพชีวิตได้ ญาติจะ

ติดต่อกับพยาบาลผู้ดูแลได้โดยตรงและสามารถกลับเข้ามาอนรับการดูแลที่หออภิบาลคุณภาพชีวิตได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการบริการและการดูแลที่จะได้รับอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นเรื่องที่ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญในทุกรายละเอียดที่มบุคคลากรทางการแพทย์ต้องใส่ใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเท่าที่จะสามารถทำได้

จากการศึกษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลคุณภาพชีวิต (Hospice) 1,200 บาทต่อวัน หอผู้ป่วยในสามัญ 1,600 บาทต่อวันและค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1,800 บาท ต่อครั้ง (สัปดาห์ละครั้ง) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบ Palliative & Hospice care จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของภาครัฐ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านและได้รับการดูแลจากครอบครัวและทีมเยี่ยมบ้านจะทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ไม่น้อยกว่า 6 เท่าเมื่อเทียบกับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย “สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนตุลาคม–ธันวาคม 2552 : <http://budnet.org/peacefuldeath/node/144>
2. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Support/palliative-care>
3. <http://www.nhpco.org/about/hospice-care>
4. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

บทที่ 23

การประเมินภาวะ “ทุกข์ใจ”

ภาวะทุกข์ใจนิยามมาจากอาการ Distress ตาม Guideline ของ NCCN มีแนวคิดที่จะประเมินสุขภาพจิตด้านลบของผู้ป่วยมะเร็งแต่ไม่ต้องการให้เกิดมุมมองว่า ปัญหาจิตใจเป็นโรคจิต ผิดปกติเสมอไป ซึ่งจะยิ่งสร้างความรู้สึกไม่ดีหรือน่าอับอายแก่ผู้ป่วยจึงหาเครื่องมือนี้มาเพื่อประเมินพูดถึงปัญหาสุขภาพจิตด้านลบโดยรวม

นิยามของอาการทุกข์ใจ คือ ประสบการณ์ทางอารมณ์ด้านลบ ไม่พึงประสงค์ จากปัจจัยต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกิดอาจเกิดจากปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความทุกข์ในใจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾

ภาวะทุกข์ใจ มีคุณสมบัติคือ

- รวมปัญหาทางจิตใจตั้งแต่ปฏิกิริยาต่อความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในคนทั่วไปเมื่อป่วยเป็นมะเร็ง (normal reaction) เช่น รู้สึกแย่ รู้สึกเศร้า กระวนกระวาย ห้วนใจไม่มั่นคง เสียศรัทธา หดความหมายในชีวิต จนไปถึงอาการที่วินิจฉัยทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) หรือภาวะวิตกกังวล (anxiety)

- สามารถประเมินระดับความรุนแรงของความทุกข์ใจอย่างเป็นรูปธรรม (measurable) จากผู้ป่วยเอง (self-report)

- ผลการประเมินจะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตสังคมเพิ่มเติม หรือเพื่อพิจารณาว่า เมื่อใดต้องปรึกษานักจิตวิทยาทางสุขภาพจิตโดยตรง ในรายที่มีปัญหาหนักหรือลักษณะปัญหาเป็นระดับความเจ็บป่วยทางจิต

ดังนั้น คำว่า “ทุกข์ใจ” ในที่นี้จึงมีความหมายที่นิยามจำเพาะทางการแพทย์ ไม่ได้แปลความตามรูปศัพท์ของคำว่า “ทุกข์” ในศาสนาพุทธ แม้ว่าจะมีความหมายคล้ายคลึงกัน

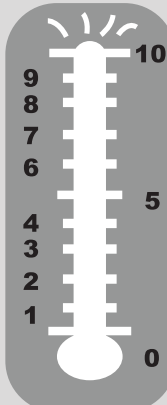
การประเมินภาวะทุกข์ใจ

สามารถใช้ปรอทวัดทุกข์ที่แปลเครื่องมือนี้เป็นภาษาไทยแล้วให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกทุกข์ใจในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยรวมๆ ว่าคะแนนจาก 0-10 จะมีความทุกข์เท่าใดซึ่งค่า 0 หมายถึง ไม่ทุกข์เลย จนถึงค่า 10 หมายถึง ทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส ค่านี้เป็นความรู้สึกในใจผู้ป่วย (subjective) ไม่มีเกณฑ์ตัดสินมาตรฐานขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะรู้สึกกับตนเองอย่างไร

ถ้าค่าภาวะทุกข์ใจ ที่สูงกว่า 4/10 บ่งชี้ว่า ควรให้ทีมผู้รักษาให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมเพิ่มเติม และพิจารณาว่าจำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตหรือไม่จากนั้นจึงประเมินได้หัวข้อย่อยว่า ผู้ป่วยนั้น กำลังทุกข์ใจกับปัญหาในแง่ใดบ้าง ซึ่งสามารถเลือกที่หัวข้อก็ได้ เครื่องมือนี้จึงเป็นเสมือนการเปิดโอกาสชวนผู้ป่วยให้ได้พูดคุยถึงปัญหาต่างๆ กับทีมผู้ดูแลมากกว่าแค่เรื่องของความเจ็บป่วย เพื่อรับทราบปัญหาและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ปัจจุบันมีการพยายามส่งเสริมให้ Distress หรือภาวะทุกข์ใจนี้ เป็นสัญญาณชีพที่ 6 ในการดูแลคนไข้มะเร็ง

ปรอทวัดทุกข์

กรุณาวางกลมตัวเลข 0-10 ที่บอกภาวะความทุกข์ของคุณในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ได้ดีที่สุดในวงกลม



ทุกข์ทรมาณอย่างแสนสาหัส (10)

ไม่ทุกข์เลย (0)

ปัญหาอื่น ๆ / บันทึกเพิ่มเติม

กรุณาขีดเครื่องหมายถูก หน้าหัวข้อต่อไปนี้ที่เป็นปัญหาสำหรับคุณ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้

<p>มี ไม่มี ปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การดูแลบุตร</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การเงิน/ค่าใช้จ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การเดินทาง</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การทำงาน/การเรียน</p>	<p>มี ไม่มี ปัญหาทางสุขภาพกาย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> รูปลักษณ์ภายนอกมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผม สีผิว</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การอาบน้ำ / แต่งตัว</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การหายใจ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การถ่ายปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ท้องผูก</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ท้องเสีย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ท้องอืด / อาหารไม่ย่อย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความรู้สึกเพลีย / อ่อนล้า</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บวม</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มีไข้</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนย้ายตัวเอง เช่น การเดิน นั่ง นอน เคลื่อนไหว</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความจำ / สมาธิ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> แผลในช่องปาก / ร้อนใน</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> คลื่นไส้</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> คัดแน่นจมูก</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปวด</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ผิวหนังแห้ง / คัน</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การนอนหลับ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อาการชาตามมือ เท้า หรืออวัยวะอื่นๆ</p>
<p>มี ไม่มี ปัญหาในครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปฏิสัมพันธ์กับบุตร</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปฏิสัมพันธ์กับคู่สมรส/คนรัก/ญาติ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว</p>	
<p>มี ไม่มี ปัญหาด้านอารมณ์</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความหวาดกลัว</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความกระวนกระวาย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความเศร้าเสียใจ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความกังวลใจ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความเบื่อหน่าย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไม่สนใจในกิจวัตรทั่วไป</p>	
<p>มี ไม่มี ปัญหาด้านความศาสนา</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /จิตวิญญาณ/ความเชื่อ</p>	

ลักษณะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุกข์ใจ⁽¹⁾

- มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น เคยเป็นโรคซึมเศร้า เคยทำร้ายตนเอง เคยฆ่าตัวตาย
- มีประวัติการใช้สารเสพติด
- มีประวัติ cognitive impairment เช่น ภาวะความจำเสื่อม
- มีปัญหาการสื่อสาร เช่น ภาษา หรือ การรับรู้ทางประสาทสัมผัสบกพร่อง
- ความเสี่ยงจากปัญหาทางสังคม เช่น มีความขัดแย้งในครอบครัวหรือในกลุ่มผู้ดูแล
- อยู่คนเดียวลำพัง

- มีปัญหาการเงิน สิทธิการรักษา
- มีญาติที่ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลัก เช่น ลูก หรือบิดามารดาที่อายุมาก
- มีประวัติถูกทารุณกรรมหรือถูกล่วงละเมิด
- ปัญหาจากความเชื่อในศาสนา
- อาการทางกายยังควบคุมไม่ได้

ช่วงเวลา que เพิ่มความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพพลภาพ⁽¹⁾

- ช่วงที่ยังไม่ทราบข้อมูลแน่ชัดว่า ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง เช่น อาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ช่วงรอผลการ

วินิจฉัย

- ช่วงรอเริ่มต้นการรักษา
- ช่วงเปลี่ยนแนวทางการรักษา
- ช่วงที่เกิดอาการแทรกซ้อนหรือเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง
- ช่วงที่กลับจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านใหม่ ๆ หรือย้ายสถานพยาบาลที่รักษาตัว
- ช่วงที่พบว่าการรักษาไม่ตอบสนองแล้ว
- ช่วงที่พบการกลับมาเป็นซ้ำ
- ช่วงระยะท้ายของชีวิต

5 ขั้นตอนในการจัดการเพื่อดูแลรักษาภาวะทุพพลภาพ

ขั้นที่ 1 การคัดกรอง (Screening)

สามารถคัดกรองภาวะนี้ด้วยเครื่องมือ Distress Thermometer ซึ่งสะดวกในการทำควมรู้จักกับปัญหาภายในใจของผู้ป่วยว่ากำลังทุกข์ใจมากน้อยเพียงใด และทุกข์ใจในเรื่องใด ทางด้านซ้ายของเครื่องมือนี้จะมี visual analogue scale เป็นกราฟให้ผู้ป่วยเลือกระดับคะแนนของความรู้สึกทุกข์ใจโดยเฉลี่ยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนทางด้านขวาจะเป็นหัวข้อปัญหาชีวิตต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 2 การประเมิน (Evaluation)

เพื่อประเมินรายละเอียดในปัญหาความทุกข์ใจของผู้ป่วยต่อจากการคัดกรอง โดยถือว่า ระดับคะแนนความทุกข์ใจตั้งแต่ 4/10 คะแนนขึ้นไป จำเป็นต้องให้ความสำคัญและจัดการดูแลแก้ไขโดยด่วน ควรสัมภาษณ์ในเรื่องราวของปัญหาผู้ป่วยอย่างละเอียดเพิ่มเติมจากการคัดกรองเบื้องต้น เช่น สิ่ง que ผู้ป่วยกังวลใจเป็นเรื่องอาการต่างๆ ทางร่างกาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่ออก ก็ควรรให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับ

อาการที่ผู้ป่วยเป็นห่วงกังวลอยู่และแนวทางการรักษาอย่างละเอียดเพิ่มขึ้น รวมทั้งรายงานทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อหาทางจัดการกับปัญหาให้ดีขึ้นแต่ถ้าสงสัยว่าปัญหาจิตใจผู้ป่วยจะเป็นภาวะทางจิตเวช อาจพิจารณาใช้เครื่องมือคัดกรองอื่นๆ เช่น Hospital Anxiety depression scale ประเมินเพิ่มเติม

ขั้นที่ 3 การส่งต่อ (Referring)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรร่วมดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อพบว่าปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังทุกข์ใจเกินขอบเขตการจัดการของทีมแพทย์ที่ดูแลทางกาย และถ้าเป็นทางสุขภาพจิตก็ควรปรึกษาทีมสุขภาพจิตมาร่วมให้การดูแลหรือส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช หากปัญหาเรื่องครอบครัว ติดตามญาติ การเงิน การจัดการต่างๆ หรือ สิทธิในการรักษา ควรปรึกษานักสังคมสงเคราะห์หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหากเป็นปัญหาทางจิตวิญญาณหรือความเชื่อควรปรึกษาผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในศาสนา หรือความเชื่อนั้นๆ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อและศรัทธาของตน เช่น นิมนต์พระมาทำบุญใส่บาตร เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ติดตามผลการรักษา (Follow up)

ทีมผู้ดูแลควรเป็นศูนย์กลางประสานและติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินความก้าวหน้าในการดูว่าพึงพอใจหรือไม่ คอยให้กำลังใจ ตลอดการดำเนินงานทั้งหมด พบว่า ผู้ป่วยที่ติดตามการดูแลรักษาคาดหวังผลการรักษาได้ดีกว่า และลดความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายลงได้⁽⁶⁾

ขั้นที่ 5 บันทึกเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ (Documenting and quality improvement)

ขั้นตอนสุดท้ายนี้ ไม่เพียงแต่เป็นการทำงานกับผู้ป่วยรายที่ดูแลอยู่ แต่เมื่อทำการบันทึกรวบรวมข้อมูลแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ก็สามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ทำวิจัย วิเคราะห์ผล และนำไปพัฒนาคุณภาพบริการต่อ เช่น ปัญหาอาการที่ผู้ป่วยมักจะทุกข์ใจบ่อยๆ นั้นสะท้อนถึงการดูแลรักษาอาการนั้นๆ ในระบบตามปกติยังไม่สมบูรณ์พอหรือไม่ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Holland, JC, Greenberg, DB, Hughes, MD, et al. Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management. (Based on the NCCN Distress Management Guidelines). IPOS Press, 2006.
2. สาวิตรี เจตียนุวัตร, ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม DistressThermometer ฉบับภาษาไทย (ปรอทวัดทุกข์). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(3): 257-270.
3. Bultz BD, Travado L, Jacobsen PB, et al. President's plenary international psycho- oncology society: moving toward cancer care for the whole patient. Psychooncology. 2015 Dec;24(12):1587-93.
4. Bultz BD, Waller A, Cullum J, et al. Implementing routine screening for distress. the sixth vital sign. for patients with head and neck and neurologic cancer. J Natl Compr Canc Netw. 2013 Oct 1;11(10):1249-61.
5. Tana Nilchaikovit, Manote Loatrakul, Umaphorn Phisansuthideth, Development of thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1996; 41:18-30.
6. Mark Lazenby, Hui Tan, Nick Pasacreta, et al. The Five Steps of Comprehensive Psychosocial Distress Screening Current Oncology Report May 2015, 17:22.

บทที่ 24

หลักจริยธรรมและกฎหมายกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

คำว่า “จริยธรรม” เป็นคำที่เราใช้กันโดยทั่วไปในทุกวันนี้ แต่ถ้ามองย้อนไปในอดีตเรามากจะพูดถึงคำว่า “ศีลธรรม” หลายท่านคงจะจำได้ว่าสมัยที่ยังเป็นนักเรียนเราจะเรียนวิชา “หน้าที่พลเมืองและศีลธรรม” คำว่าจริยธรรมเป็นคำที่นำมาใช้ภายหลัง โดยแปลมาจากคำในภาษาอังกฤษว่า Ethic ซึ่งมาจากคำว่า Ethos ในภาษากรีก หมายถึง ประเพณีหรือการปฏิบัติตามกันมาเป็นเวลานานหรือหมายถึงศีลธรรมของกลุ่ม (group morality) เรื่องของจริยธรรมจึงเป็นเรื่องที่ชั่วจะใครควรทำหรือไม่ควรทำ¹ ซึ่งความเป็นมนุษย์สามารถที่จะรู้และทำเช่นนั้นได้

ท่านอาจารย์พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) ได้อธิบายว่า ถ้ามองแบบพุทธศาสนาในเชิงเปรียบเทียบกัน จะเห็นความแตกต่างที่สำคัญว่า

1. “จริยธรรม” แบบตะวันตก หรือที่เข้าใจโดยมาก มองคล้ายเป็นอะไรที่สำเร็จรูปเป็นคำสั่งเป็นคำบัญชาลงมาว่าอย่างนั้นอย่างนี้ หรือแม้แต่เป็นเพียงบัญญัติทางสังคม แต่ในทางพุทธศาสนา “จริยธรรม” โยงถึงธรรมชาติ คือเป็นเรื่องการกระทำของมนุษย์ที่มีผลสืบเนื่องจากความจริงตามธรรมชาติ

2. “จริยธรรม” แบบตะวันตกหรือที่เข้าใจกันโดยมาก เน้นพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก หรือที่มีผลทางสังคม โดยมองอย่างที่เรียกกันว่าเป็นแบบแยกส่วนโดยแนวคิดดังกล่าวทางตะวันตกได้แยกพฤติกรรมทางจริยธรรมเป็นข้อ ๆ ดังนี้

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| - Beneficence | การทำประโยชน์ |
| - Non-maleficence | การไม่ทำอันตราย |
| - Autonomy | การเคารพในการตัดสินใจอย่างเสรี |
| - Justice | การรักษาความยุติธรรม |
| - Veracity | การพูดความจริง |
| - Fidelity | ความซื่อสัตย์สุจริต |

สำหรับทางพุทธศาสนา “จริยธรรม” เป็นเรื่องของการดำเนินชีวิตหรือการเป็นอยู่ทั้งหมด (“จริย” มาจาก “จร” ที่แปลว่า เดิน หรือดำเนิน) ดังที่พบในหลักที่เรียกว่า “พรหมจริยะ” แปลว่า การดำเนินชีวิตอย่างประเสริฐ ซึ่งเป็นระบบความสัมพันธ์แห่งการพัฒนาชีวิตทั้ง 3 ด้าน คือ การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วยพฤติกรรมเป็นต้น (ศีล) การพัฒนาจิตใจ (สมาธิ) และการรู้คิดเข้าใจหยั่งรู้หยั่งเห็น (ปัญญา) ทั้ง 3 ด้านนี้เป็นปัจจัยอิงอาศัยและส่งผลต่อกันไม่อาจแยกต่างหากจากกัน

ท่านอธิบายว่า “จริยธรรม” ก็คือ ความจริงตามธรรมชาติที่สัมพันธ์กับมนุษย์ในแง่ของการกระทำที่จะให้เกิดผลดีนั่นเอง อาจพูดอีกสำนวนหนึ่งว่า “จริยธรรม” คือ เหตุปัจจัยใด กระบวนการของธรรมชาติที่นั่นเอง จับเอาเฉพาะส่วนที่เป็นการกระทำของมนุษย์ ซึ่งก่อให้เกิดผลที่มองในแง่ของมนุษย์ว่าเป็นผลดีหรือเกื้อกูล²

จากคำบรรยายของท่านอาจารย์พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้ชี้ให้เห็นว่า จริยธรรม คือ การกระทำของมนุษย์ที่เป็นผลดีและเกื้อกูลซึ่งความเป็นมนุษย์หรือความเป็นคนสามารถที่เข้าถึงและจำแนกเรื่องดังกล่าวได้³ โดยความหมายดังกล่าว จริยธรรม จึงเป็นเรื่องที่เหนือกว่ากฎหมาย

โดยความหมายดังกล่าว จริยธรรม จึงเป็นเรื่องที่เหนือกว่ากฎหมายจริยธรรมเป็นเรื่องควรหรือไม่ควรกระทำในขณะที่กฎหมายเป็นเรื่องของความถูกผิดหากผู้ประกอบวิชาชีพยึดหลักจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ สิ่งนั้นย่อมอยู่เหนือกฎหมายอยู่แล้วหากผู้ประกอบวิชาชีพยึดหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยย่อมไม่ต้องกังวลในข้อกฎหมายแต่อย่างใด

อนึ่งแม้พฤติกรรมทางด้านจริยธรรมที่เป็นข้อ ๆ จะเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่ในภาคปฏิบัติจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมเป็นกรณีไป เช่น หลักการพูดความจริง (Veracity) กับผู้ป่วยมะเร็งจะพูดอย่างไร พูดเมื่อไรเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์โดยต้องคำนึงความรู้สึกและประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญจริยธรรมที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ การเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) ซึ่งสอดคล้องกับหลักกฎหมายในเรื่องการ Informed Consent คือ การบอกกล่าวถึงอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่โดยอธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคเพื่อผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในกรณีนั้น ๆ

1. หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการ Informed Consent เหตุผลที่จะต้องบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดข้างต้นก็เพราะว่า การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการกระทำต่อร่างกายมนุษย์บุคคลนั้น ๆ จึงควรจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งถือเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุขบุคคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใดและในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นมิได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้งหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้นเว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

จากมาตรา 8 จะเห็นว่าเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการนั้นต้องได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการอย่างเพียงพอที่จะตัดสินใจได้เป็นการพูดคุยในเรื่อง Advance Care Plan, self-determination และ autonomy ของผู้ป่วยเอง

ดังนั้น ก่อนลงมือทำการรักษาแพทย์จึงควรพูดคุยกับผู้ป่วยตั้งแต่การแนะนำตัวอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรคและวิธีการรักษา เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันการอธิบายแพทย์ควร

หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางเทคนิคเมื่อได้ข้อสรุปอย่างไรจึงบันทึกไว้ในเวชระเบียนการพูดคุยเช่นนี้ นอกจากนี้จะหมดปัญหาทางด้านกฎหมายแล้วยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วย

อนึ่งแม้ว่าการบอกกล่าวเกี่ยวกับอาการของโรคและผลจากการพยากรณ์โรคเป็นเรื่องที่แพทย์ต้องกระทำในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่สิ่งที่จะต้องคำนึงควบคู่กันไปก็คือ ผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยบางรายมีสภาพจิตใจที่อ่อนแอไม่อยู่ในฐานะที่จะรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ ถ้าเป็นเช่นนั้นแพทย์ควรจะคุยกับญาติผู้ป่วยแทนก่อน และค่อย ๆ หาวิธีพูดคุยกับผู้ป่วย

โดยปกติผู้ที่ให้ความยินยอมเพื่อรับการรักษาคือผู้ป่วยนั่นเอง ข้อกฎหมายที่มักจะสอบถามคือ ผู้ป่วยที่จะลงนามให้ความยินยอมได้จะต้องบรรลุนิติภาวะหรือไม่ ในเรื่องนี้จะต้องทำความเข้าใจเบื้องต้นก่อนว่า ความยินยอมที่ให้แพทย์กระทำต่อร่างกายมิใช่การทำนิติกรรมในทางแพ่ง ผู้ป่วยที่จะให้ความยินยอมจึงไม่ต้องถือเกณฑ์อายุว่าบรรลุนิติภาวะเพียงแต่มีอายุและมีความสามารถที่จะรับรู้ในเรื่องที่ทำการรักษานั้นได้ก็สามารถตัดสินใจและลงนามได้ ในเรื่องนี้กฎหมายไม่ได้กำหนดไว้โดยเฉพาะว่าจะต้องอายุเท่าไร เพราะพัฒนาการของผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 14 - 18 ปี จะมีพัฒนาการไม่เท่ากัน จึงให้พิจารณาเป็นกรณีไป ในประเทศไทยแต่เดิมก็มีได้ระบุไว้ แต่เมื่อมีการประกาศสิทธิผู้ป่วยได้กำหนดไว้ 18 ปี (ประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 10) **ปัจจุบันนี้จึงถืออายุ 18 ปี เป็นเกณฑ์**

2. การรักษาความลับของผู้ป่วย

ในการประกอบวิชาชีพ (profession) ของแพทย์และนักกฎหมายมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่ตรงกันอยู่ประการหนึ่งก็คือ การรักษาความลับของผู้ป่วยหรือผู้ที่มาขอคำปรึกษาจากนักกฎหมายและเล่าเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้นักกฎหมายฟัง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือความสัมพันธ์ระหว่างนักกฎหมายกับผู้ที่มาขอคำปรึกษา จึงเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจซึ่งกันและกันและกันที่เรียกว่า fiduciary relationship หรือเป็นกัลยาณมิตรต่อกัน

การที่ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยรวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ทางด้านสุขภาพให้แพทย์ฟังโดยจริยธรรมแห่งวิชาชีพและโดยหลักกฎหมาย ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องเก็บเรื่องเหล่านั้นเป็นความลับ แต่ในความเป็นจริงนั้น ในเวชปฏิบัติโดยทั่วไปผู้ประกอบวิชาชีพมิได้เกี่ยวข้องเฉพาะผู้ป่วย แต่ยังมีญาติของผู้ป่วยที่จะต้องพูดคุยทำความเข้าใจด้วย กรณีที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้งก็คือ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนป่วยด้วยโรคร้ายแล้ว ได้ขอร้องแพทย์ว่า อย่าบอกให้ญาติทราบหรือบางครั้งญาติมาพบแพทย์และขอร้องว่า อย่าบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งสองกรณีดังกล่าว จะต้องคำนึงถึงข้อกฎหมายและเหตุผลของผู้ป่วยหรือญาติเป็นกรณีไป หากเป็นกรณีที่ผู้ป่วยขอร้องแพทย์ว่า อย่าบอกญาติ แพทย์คงจะต้องถือตามความประสงค์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่ถ้าแพทย์เห็นว่าในเรื่องนั้น ๆ ญาติควรจะได้รับรู้ด้วย ก็คงทำได้เพียงแค่นำผู้ป่วยให้คุยกับญาติ ส่วนกรณีที่ญาติมาบอกกับแพทย์ว่า อย่าบอกผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งหรือโรคร้ายอื่น ๆ บทบาทของแพทย์ในกรณีนี้ คงจะต้องพูดคุยกับญาติเพื่อรับฟังเหตุผลของญาติว่า ทำไมจึงบอกข่าวร้ายนั้น ๆ แก่ผู้ป่วยไม่ได้ เพราะญาติอาจจะรู้ดีว่า

ถ้าบอกข่าวร้ายไป จะเกิดผลเสียหรือเหตุอะไรได้ ถ้าเช่นนั้นแพทย์พึงปรึกษาหารือกับญาติว่า ควรจะบอกในเวลาใด บอกอย่างไรที่จะไม่กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง การแก้ปัญหาเหล่านี้จะอาศัยแต่ข้อกฎหมายอย่างเดียวคงไม่ได้

3. การแจ้งความจริงถึงผลร้ายที่เกิดขึ้นในเวชปฏิบัติ

แม้การพูดความจริง (veracity) จะเป็นหลักสำคัญของจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ แต่การพูดความจริงในกรณีที่เกิดผลร้ายแก่ผู้ป่วยหรือการแจ้งข่าวร้ายแก่ญาติก็เป็นเรื่องที่ต้องใช้ศิลปะอย่างมาก และจะต้องทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจว่า แพทย์หรือพยาบาลได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้วหากผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจเช่นนั้นได้ ความเสียหายในความรู้สึกจะค่อยๆ บรรเทาลงกรณีที่ปัญหาจนกลายเป็นข้อพิพาทหรือกลายเป็นคดีฟ้องร้องกันก็คือ ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจว่าถ้าแพทย์หรือพยาบาลทำหน้าที่ดีกว่านี้ เหตุไม่พึงประสงค์คงจะไม่เกิดขึ้น ในอีกด้านหนึ่ง หากผลร้ายที่เกิดขึ้นเกิดจากความประมาทของผู้ประกอบวิชาชีพ การลำดับเรื่องให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจ จะมีความยากมากกว่า แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งก็คงต้องพูดความจริงและแสดงความเสียใจหรือขอโทษกับเรื่องที่เกิดขึ้นในกรณีนั้นๆ สิ่งที่ต้องระวังไม่ควรกระทำก็คือ การรับสรุปลงโทษว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งถ้าหากไม่มีมูลความจริงจะทำให้การพูดคุยทำความเข้าใจยากยิ่งขึ้น อีกวิธีหนึ่งที่เคยประสบความสำเร็จมาแล้วก็คือการหาคนกลางที่ผู้ป่วยหรือญาติไว้วางใจมาช่วยไกล่เกลี่ยพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ จบลงด้วยดี

ข้อกังวลของแพทย์และพยาบาลอีกกรณีหนึ่งก็คือ หากเป็นความผิดพลาดและกล่าวคำขอโทษจะเป็นการยืนยันในความผิดหรือไม่ ในเรื่องนี้คงต้องเข้าใจหลักกฎหมายในเรื่องการกระทำโดยประมาท โดยหลักกฎหมายการจะพิจารณาว่ากรณีที่เกิดขึ้นเป็นความประมาทหรือไม่ จะดูตามวิสัยและพฤติการณ์ด้วย ซึ่งความหมายของการกระทำโดยประมาท ได้มีบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 บัญญัติไว้ว่า

“กระทำโดยประมาท ได้แก่กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่”

การพิจารณาว่าการกระทำใดจะเป็นประมาทหรือไม่ จะต้องดูวิสัยและพฤติการณ์ในกรณีนั้นๆ ด้วย คำว่าวิสัยคือเงื่อนไข (condition) หรือธรรมชาติ (nature) ของผู้กระทำในกรณีนั้นๆ ซึ่งวิสัยและพฤติการณ์ของการรักษาพยาบาลในประเทศไทยอาจแตกต่างจากต่างประเทศวิสัยและพฤติการณ์ในโรงพยาบาลชุมชนย่อมต่างจากโรงพยาบาลศูนย์หรือต่างจากโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย เป็นต้น อีกทั้งการตรวจผู้ป่วยในแต่ละวันที่มีจำนวนมากในโรงพยาบาลของรัฐ โดยวิสัยและพฤติการณ์ย่อมกระทำได้อย่างมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา กรณีที่เกิดความผิดพลาดและจะถือเป็นกรณีประมาทจะดูวิสัยและพฤติการณ์เหล่านี้ประกอบด้วย

4. การแสดงเจตนาเกี่ยวกับ Advance care planning และการทำ Living will

โดยทั่วไปเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ป่วยก็จะไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาให้หายหรือทุเลาจากความเจ็บป่วยนั้นๆ แต่ในบางกรณีที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และอาการของโรคได้ดำเนินมาถึง

ขั้นสุดท้ายแล้ว การใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีมาเหนี่ยวรั้งเพื่อยืดความตาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานก่อนจากไปและต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะเช่นนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติจุดนี้เองก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากบางครั้งการตัดสินใจที่สวนทางกับความเป็นจริงทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ หรือในบางกรณีที่มีผู้ป่วยมีญาติหลายคนและความเห็นของญาติไม่ตรงกันทำให้แพทย์ตัดสินใจยากว่าจะฟังญาติคนไหนปัญหาดังกล่าวนำมาสู่แนวคิดในเรื่อง living will คือให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าในขณะที่ผู้ป่วยยังตัดสินใจด้วยตัวเองได้ หรือบางครั้งเรียกว่า “advance directives” คือการระบุความประสงค์ไว้ล่วงหน้าซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้สำหรับประเทศไทย ได้มีกฎหมายออกมารองรับแล้วในการแสดงเจตนาดังกล่าว โดยได้บัญญัติไว้ใน มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังนี้

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

บทบัญญัติดังกล่าว เป็นการรับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า ขออย่าได้ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ หากเป็นโรคร้ายไข้เจ็บที่รักษาให้หายได้ก็รักษากันไป แต่หากรักษาไม่ได้และอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ก็ขอจากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ โดยไม่ต้องการให้เจาะคอ ใส่ท่อช่วยหายใจ บีมหัวใจ หรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ มาช่วยยืดความตายออกไป ซึ่งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือไม่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นแต่อย่างใด รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุและมีชีวิตอยู่อย่างไม่รู้สึกตัว ที่เรียกว่าเป็นเจ้าชายนิทราหรืออยู่เสมือนเป็นผักก็สามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ว่า ถ้าเกิดเป็นเช่นนั้น ก็ขอจากไปตามธรรมชาติ ให้รักษาไปตามอาการและเมื่อถึงคราวต้องจากไป ก็ขอจากไปตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์ให้ใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ดังกล่าวมายืดความตายออกไป

ข้อที่ต้องเข้าใจให้ตรงกันก็คือว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในลักษณะนี้ มิใช่เรื่องของการฆ่าตัวตาย มิใช่เรื่องเร่งการตายที่เป็นการุณยฆาต (mercy killing) แต่เป็นเรื่องที่ขอตายตามธรรมชาติ โดยที่แพทย์ยังคงให้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) คือดูแลอาการ ให้ยาบรรเทาปวด ดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ ซึ่งก็สอดคล้องกับหลักของศาสนา

บทที่ 25

ดูแลร่างกายและจัดการทรัพย์สินอย่างไรให้หายห่วง

ปัจฉิมโอวาทที่พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้ก่อนดับขันธปรินิพพานว่า “...ดูกรภิกษุทั้งหลาย บัดนี้ เป็นวาระสุดท้ายแห่งเราแล้ว เราขอเตือนเธอทั้งหลายให้จำมั่นไว้ว่า สิ่งทั้งปวงมีความเสื่อมและสิ้นไป เป็นธรรมดา เธอทั้งหลายจงอยู่ด้วยความไม่ประมาทเถิด”

ธรรมบทนี้มีความสำคัญอย่างมาก พระพุทธเจ้าได้กล่าวเปรียบเทียบไว้ว่า ความไม่ประมาทนี้เป็น ที่รวมของธรรมทั้งหลาย เช่นเดียวกับรอยเท้าของสัตว์ทั้งหลายที่เดินอยู่บนพื้นแผ่นดิน รอยเท้าของช้างเป็น รอยเท้าที่ใหญ่กว่ารอยเท้าของสัตว์อื่นทั้งหมด รอยเท้าของสัตว์อื่นทั้งหมดก็ประชุมลงในรอยเท้าของช้างฉันใด ธรรมทั้งหมดก็ประชุมลงในความไม่ประมาท

การเตรียมตัว เตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุย่อมถือได้ว่าเป็นความไม่ประมาท ประการหนึ่งซึ่งเรื่องใหญ่ ๆ ที่ผู้สูงอายุควรจะได้ดำเนินการก็คือ การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินที่มีอยู่ ตลอดจน การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะขอจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ โดย ไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีต่าง ๆ มาเหนี่ยวรั้งชีวิตไว้เพียงเพื่อยืดความตายออกไป ซึ่งการ แสดงเจตนาดังกล่าวเรียกว่า การทำ Living will หรือ Advance directives

1. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับการดูแลร่างกายในยามที่ไม่อาจแสดงเจตนาได้

ข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับการดูแลร่างกายมีทั้งการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในยามที่ไม่รู้สึกตัว และการทำพินัยกรรมบริจาคอวัยวะหรืออุทิศร่างกายภายหลังเสียชีวิต

สาระสำคัญของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

โดยทั่วไปเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาให้หายหรือทุเลา จากความเจ็บป่วยนั้น ๆ แต่ในบางกรณีที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และอาการของโรคได้ดำเนิน มาถึงขั้นสุดท้ายแล้ว การใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีมาเหนี่ยวรั้งเพื่อยืดความตาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ทุกข์ทรมานก่อนจากไป และต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะเช่นนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ใน สภาพที่ไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติ จุดนี้เองก่อให้เกิด ปัญหาอย่างมาก บางครั้งการตัดสินใจที่สวนทางกับความเป็นจริง ทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มความทุกข์ ทรมานแก่ผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ

ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่แนวคิดในเรื่อง Living Will คือให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้ หรือบางครั้งเรียกว่า “Advance Directives” คือการระบุความประสงค์ไว้ล่วงหน้าซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้

สำหรับประเทศไทย ได้มีกฎหมายออกมารองรับแล้วในการแสดงเจตนาดังกล่าว โดยได้บัญญัติไว้ใน มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำการนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

บทบัญญัติดังกล่าว เป็นการรับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า ขออย่าได้ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ หากเป็นโรคร้ายไข้เจ็บที่รักษาให้หายได้ก็รักษากันไป แต่หากรักษาไม่ได้และอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ก็ขอจากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ โดยไม่ต้องการให้เจาะคอ ใส่ท่อช่วยหายใจ บีมหัวใจ หรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ มาช่วยยืดความตายออกไป ซึ่งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือไม่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นแต่อย่างใด รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุและมีชีวิตอยู่อย่างไม่รู้สึกตัว ที่เรียกว่าเป็นเจ้าชายเจ้าหญิงนิทราหรืออยู่เสมือนเป็นผักก็สามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ว่า ถ้าเกิดเป็นเช่นนั้น ก็ขอจากไปตามธรรมชาติ ให้รักษาไปตามอาการและเมื่อถึงคราวต้องจากไป ก็ขอจากไปตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์ให้ใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ดังกล่าวมายืดความตาย

ข้อที่ต้องเข้าใจให้ตรงกันก็คือว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในลักษณะนี้ มิใช่เรื่องของการฆ่าตัวตาย มิใช่เรื่องเร่งการตายที่เป็นการรุกรณาต (Mercy killing) แต่เป็นเรื่องที่ขอตายตามธรรมชาติ โดยที่แพทย์ยังคงให้การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ ดูแลอาการ ให้ยาบรรเทาปวด ดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ ซึ่งก็สอดคล้องกับหลักของศาสนา

2. การบริจาคอวัยวะและร่างกายเพื่อการศึกษาทางการแพทย์

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีกุศลเจตนาประสงค์จะบริจาคอวัยวะเพื่อนำไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยจะต้องทำอย่างไร

โดยทั่วไปการบริจาคอวัยวะ อาจทำได้ในระหว่างที่มีชีวิตอยู่ เช่น การบริจาคไตข้างหนึ่ง เป็นต้น หรืออาจเป็นการบริจาคเมื่อเสียชีวิตแล้ว คือ เมื่อแกนสมอง (Brain Stem) ตายแล้ว ซึ่งทุกวันนี้ทางศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยจะเป็นผู้ดำเนินการในเรื่องดังกล่าว ผู้ที่ประสงค์จะบริจาคสามารถติดต่อได้ที่ อาคารเทิดพระเกียรติสมเด็จพระญาณสังวร ชั้น 5 สภากาชาดไทย (โทร 1666) สำหรับการอุทิศร่างกายหลัง

เสียชีวิตแล้ว เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้ศึกษาสามารถติดต่อได้ที่ภาควิชากายวิภาคของคณะแพทย์แต่ละแห่ง ซึ่งทั้งสองกรณี คือการบริจากรอวัยวะ และการอุทิศร่างกายหลังเสียชีวิต ทางหน่วยงานทั้งสองเป็นผู้ให้คำแนะนำถึงรายละเอียดต่าง ๆ

3. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดการทรัพย์สิน

3.1 การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สิน อาจจะเกี่ยวกับเรื่องของการลงทุน แต่ก็ต้องระมัดระวังให้มาก หากไม่มีประสบการณ์ก็มีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินได้ การฝากธนาคารที่เชื่อถือได้แม้จะมีดอกเบี้ยไม่มากแต่ก็มีความมั่นคงกว่า

3.2 ในกรณีที่จะมอบหรือโอนทรัพย์สินนั้น ๆ แก่ผู้อื่น จะทำอย่างไร ในทางกฎหมายหากเป็นสังหาริมทรัพย์ สามารถดำเนินการได้โดยการส่งมอบ แต่หากเป็นอสังหาริมทรัพย์ เช่น บ้าน ที่ดิน จะต้องทำการโอนเพื่อเปลี่ยนแปลงชื่อทางทะเบียน โดยเสียค่าธรรมเนียมตามราคาประเมิน

การโอนกรรมสิทธิ์อสังหาริมทรัพย์นี้ ผู้โอนอาจสงวนสิทธิเก็บกินไว้ก็ได้ เช่น จะเก็บค่าเช่าไปก่อนจนกว่าจะเสียชีวิต เป็นต้น

3.3 แต่หากมิได้มีการโอนในระหว่างที่ยังมีชีวิตอยู่ ทรัพย์สินนั้นก็จะต้องไปยังทายาท ซึ่งในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้เรียงลำดับทายาทและหลักเกณฑ์ไว้

3.4 ในกรณีที่ได้ทำพินัยกรรมไว้ บุคคลที่ผู้ทำพินัยกรรมได้ระบุชื่อไว้เท่านั้นที่มีสิทธิได้รับมรดก โดยไม่ต้องพิจารณาลำดับทายาทโดยธรรมอีก

4. การทำพินัยกรรมและความสามารถในการทำพินัยกรรม

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1646 และมาตรา 1647 ได้บัญญัติเกี่ยวกับเรื่องพินัยกรรมไว้ดังนี้

มาตรา 1646 “บุคคลใดจะแสดงเจตนาโดยพินัยกรรม กำหนดการเมื่อตายในเรื่องทรัพย์สินของตนเอง หรือในการต่าง ๆ อันจะให้เกิดเป็นผลบังคับได้ตามกฎหมายเมื่อตนตายก็ได้”

มาตรา 1647 “การแสดงเจตนา กำหนดการเมื่อตายนั้นย่อมทำได้ด้วยคำสั่งครั้งสุดท้ายกำหนดไว้ในพินัยกรรม”

จากบทบัญญัติดังกล่าว ความหมายของพินัยกรรมก็คือคำสั่งของผู้ทำพินัยกรรมเกี่ยวกับทรัพย์สินหรือการต่าง ๆ ของผู้ทำพินัยกรรม ซึ่งจะมีผลบังคับตามกฎหมายเมื่อบุคคลนั้นตายไปแล้ว สำหรับบุคคลที่จะทำพินัยกรรมได้นั้น กฎหมายจำกัดความสามารถของบุคคลที่จะทำพินัยกรรมไว้ กล่าวคือ หากผู้นั้นเป็นผู้เยาว์อายุไม่ครบสิบห้าปีบริบูรณ์หรือเป็นบุคคลที่ถูกศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนจิตวิกลในเวลาที่ทำพินัยกรรม พินัยกรรมที่สร้างขึ้นย่อมตกเป็นโมฆะ (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1703 และ 1704)

ในการทำพินัยกรรมนั้น ต้องระบุผู้รับพินัยกรรมไว้โดยชัดเจนโดยผู้รับพินัยกรรมอาจเป็นญาติพี่น้อง หรือบุคคลใดก็ได้ ถ้าเป็นหน่วยงาน หน่วยงานนั้นจะต้องมีลักษณะเป็นนิติบุคคล

ข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินให้กับผู้ใดกฎหมายกำหนดข้อจำกัดไว้ใน มาตรา 1652, 1653 ดังนี้

มาตรา 1652 “บุคคลผู้อยู่ในความปกครองนั้น จะทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินมรดกของตนให้แก่ผู้ปกครอง หรือคู่สมรส บุพการี หรือผู้สืบสันดานหรือพี่น้องของผู้ปกครองไม่ได้จนกว่าผู้ปกครองจะได้ทำคำแถลงการณ์ปกครองตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 1577 และมาตราต่อ ๆ ไปแห่งประมวลกฎหมายนี้เสร็จสิ้นแล้ว”

มาตรา 1653 ผู้เขียนหรือพยานในพินัยกรรมจะเป็นผู้รับทรัพย์สินตามพินัยกรรมนั้นไม่ได้ ให้ใช้บทบัญญัติในวรรคก่อนบังคับแก่คู่สมรสของผู้เขียนหรือพยานในพินัยกรรมด้วย พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งได้จดข้อความแห่งพินัยกรรมที่พยานนำมาแจ้งตามมาตรา 1663 ให้ถือว่าเป็นผู้เขียนพินัยกรรมตามความหมายแห่งมาตรานี้”

สำหรับแบบของพินัยกรรมนั้น กฎหมายได้ระบุไว้หลายแบบ แต่แบบที่นิยมทำกันก็คือ พินัยกรรมแบบที่เขียนเองทั้งฉบับ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ทำพินัยกรรมจะต้องเขียนข้อความในพินัยกรรมทั้งฉบับ ด้วยลายมือของตนเอง
2. ลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำพินัยกรรม
3. ผู้ทำพินัยกรรม จะต้องลงลายมือชื่อ (ลายเซ็น) ไว้ในพินัยกรรมนั้น จะลงลายพิมพ์นิ้วมือไม่ได้ มีข้อที่น่าสังเกตว่า พินัยกรรมแบบนี้ไม่ต้องมีพยานรู้เห็นในการทำพินัยกรรมแต่อย่างใด

พินัยกรรมแบบที่ไม่ได้เขียนเองหรือที่เรียกว่าแบบธรรมดา มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ต้องทำเป็นหนังสือ จะเขียนหรือพิมพ์ก็ได้
- (2) ต้องลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำขึ้น
- (3) มีพยานอย่างน้อยสองคน
- (4) ผู้ทำพินัยกรรมต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานในพินัยกรรมอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน กล่าวคือ เมื่อผู้ทำพินัยกรรมลงชื่อในพินัยกรรมนั้น พยานอย่างน้อยสองคนต้องได้อยู่รู้เห็นด้วย
- (5) พยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำพินัยกรรมไว้ในขณะนั้น สำหรับบุคคลที่จะเป็นพยานในพินัยกรรมไม่ได้ดังนี้ กฎหมายกำหนดไว้ดังนี้
 - (ก) ผู้ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ
 - (ข) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ
 - (ค) บุคคลที่หุนหวกเป็นใบ้หรือตาบอดทั้งสองข้าง

(ตัวอย่าง)

พินัยกรรมแบบธรรมดา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ทำที่บ้านเลขที่.....ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำพินัยกรรมไว้

กรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอให้จัดการทรัพย์สินของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

(1) ที่ดินโฉนดเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....พร้อมสิ่งปลูกสร้าง (ถ้ามี ควรระบุที่อยู่.....)

ซึ่งเป็นของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอยกให้แก่ชาย/นาง/นางสาว.....บุตรของข้าพเจ้า

(2) ทรัพย์สินของข้าพเจ้าอันได้แก่

ก. เงินฝากในธนาคาร เลขที่บัญชี ขอยกให้ (ระบุชื่อนามสกุล หรือชื่อหน่วยงาน นิติบุคคล)

ข. ทรัพย์สินอย่างอื่น คือ (ควรระบุว่าเก็บไว้ที่ใด) ขอยกให้ (ระบุชื่อนามสกุล หรือชื่อหน่วยงาน นิติบุคคล)

(3) ทรัพย์สินอื่นของข้าพเจ้าที่ไม่ได้ระบุไว้ในพินัยกรรมนี้ และที่จะมีขึ้นในภายหน้า จะยกให้แก่

(4) ข้าพเจ้าขอตั้งให้ชาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้จัดการมรดก จัดการทรัพย์สินมรดกของข้าพเจ้าตามพินัยกรรมฉบับนี้

ในขณะที่ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้ มีสติสัมปชัญญะดี มีสุขภาพสมบูรณ์ และมีได้มีผู้ใดมาข่มขู่หรือหลอกลวงให้ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้แต่อย่างใด พินัยกรรมฉบับนี้ทำขึ้นเพียงฉบับเดียว ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และข้าพเจ้าได้มอบพินัยกรรมฉบับนี้ให้กับนาง.....เก็บรักษาไว้

ลงชื่อ..... (ลายเซ็น) ผู้ทำพินัยกรรม

()

ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้ได้ตั้งเป็นพยานในการทำพินัยกรรม และขอรับรองว่าผู้ทำพินัยกรรมได้ลงลายมือชื่อข้างบนนี้ต่อหน้าข้าพเจ้าทั้ง 2 คนนี้พร้อมกัน

ลงชื่อ..... (ลายเซ็น) พยาน

()

ลงชื่อ..... (ลายเซ็น) พยาน

()

รายนามคณะผู้จัดทำ หนังสือแนวทางการจัดทำแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

อธิบดี กรมการแพทย์	กรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
นายแพทย์สถาพร ลีถนันทกิจ	โรงพยาบาลสงฆ์	ที่ปรึกษา
พลอากาศตรีวิบูลย์ ตระกูลสุน	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	ที่ปรึกษา
ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส	ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์	ที่ปรึกษา
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ประธาน
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านวิชาการ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	รองประธาน
ประธานราชวิทยาลัยจิดแพทย์แห่งประเทศไทย	ประธานราชวิทยาลัยจิดแพทย์แห่งประเทศไทย	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายกสมาคมศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย	สมาคมศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย	สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ประธานชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล	ประธานชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ประธานชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง	ประธานชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย	นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย	ผู้ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้าศูนย์บริรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์บริรักษ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้าศูนย์ชีวันตาภิบาล	ผู้อำนวยการศูนย์ชีวันตาภิบาล	ผู้ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้าหน่วยชีวันตาภิบาล	ผู้อำนวยการหน่วยชีวันตาภิบาล	ผู้ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์การุณรักษ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง	หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ฝ่ายการพยาบาล	ฝ่ายการพยาบาล	
หัวหน้าหน่วยระบบหายใจและกุมารเวชวิกฤต	หัวหน้าหน่วยระบบหายใจและกุมารเวชวิกฤต	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ประธานกรรมการกลุ่มประคับประคอง	ประธานกรรมการกลุ่มประคับประคอง	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายแพทย์กิตติพล นาควิโรจน์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายแพทย์ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์	ราชวิทยาลัยจิดแพทย์แห่งประเทศไทย	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ดร.นายแพทย์สกล สิงหะ	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสังคมแห่งชาติ	สำนักงานหลักประกันสังคมแห่งชาติ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายแพทย์อัครคม ชัยวีระวัฒน์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงานและเลขานุการ ด้านบริหารโครงการ
นายแพทย์ดนัย มโนรมณ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงานและเลขานุการ ด้านบริหารโครงการ
แพทย์หญิงฉันทนา หมอกเจริญพงศ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงานและเลขานุการ ด้านวิชาการ
นางสาวคนธ์ สุกรโยธิน	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงานและผู้ช่วย เลขานุการ
นางสาวอรสา อัครวัชรางกูร	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการด้านวิชาการ
นางสาววิถาวรธณ คูศิริไธส	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการด้านวิชาการ
นางสาววิรมลล์ จันทร์ดี	ศูนย์ชีวภบาล	ผู้ช่วยเลขานุการด้านวิชาการ
นางสุพัตรา รักเอียด	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ผู้ช่วยประสานงานโครงการ
นางสาวกาญจนา ทองคำ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ผู้ช่วยประสานงานโครงการ
นางสาวสุภาวดี ลาน้อย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ผู้ช่วยประสานงานโครงการ
นางสาววิภา กนกวรรณ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ผู้ช่วยประสานงานโครงการ
นางสาวหทัยทิพย์ อินชนะ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ผู้ช่วยประสานงานโครงการ

