

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือ

ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเด็น : การดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative care for older persons)

สำหรับบุคลากรสุขภาพ

คู่มือ

ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเด็น : การดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative care for older persons)

สำหรับบุคลากรสุขภาพ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ร่วมกับ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ประเด็น : การดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative care for older persons)
สำหรับบุคลากรสุขภาพ

จัดทำโดย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ร่วมกับ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-947-422-774-4

พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2558 จำนวน 2,650 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

คำนิยม

เป้าประสงค์หลักของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คือการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยครอบครัวสามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม และได้รับการเกื้อหนุนและสนับสนุนเป็นอย่างดีจากระบบการสนับสนุนและบริการในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านสุขภาพ สังคม และการดูแลด้านจิตใจ แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงและครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีระบบการดูแลแบบประคับประคองรองรับในชุมชนอย่างเหมาะสมร่วมด้วย กรมการแพทย์จึงมอบให้สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ดำเนินโครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาลในพื้นที่นำร่อง และพื้นที่ที่มีความสนใจ ได้แก่ ตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา, ตำบลแม่จะรา อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก, ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร, ตำบลหัวตะพาน อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง, ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม, ตำบลหัวกุ่มแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี, ตำบลหนองผือ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์, ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ, ตำบลหนองหนองสูงเหนือ อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร, ตำบลบุกระสัง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์, ตำบลกะเปอร์ อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง, ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

กระผมในนามของกรมการแพทย์ ต้องขอขอบคุณผู้ร่วมดำเนินโครงการทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันทำคุณูปการที่สำคัญ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ให้สามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และเป็นการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนให้ยั่งยืน



(นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา)

อธิบดีกรมการแพทย์

คำนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายก็สูงกว่าอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุวัยต้น ดังนั้นอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะจึงมีค่าเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ เนื่องจากการถดถอยของสมรรถภาพร่างกายและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่โดยเฉลี่ยมีมากกว่าหนึ่งโรค ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงตามมา ทำให้ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุสูงเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว ซึ่งการดูแลระยะยาวในที่นี้จะเน้นการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดำเนินโรคมีความก้าวหน้าขึ้น ทำให้มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ดังนั้นสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำคู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น : การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care for older persons) ขึ้น เพื่อใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่นำร่อง และพื้นที่ที่มีความสนใจ ที่มุ่งเน้นให้สามารถประเมินอาการผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม บรรเทาอาการ จัดการปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถวางแผนเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน

กระผมขอขอบคุณคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา อุทิศแรงกาย แรงใจ ในการจัดทำคู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น : การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care for older persons) จนสำเร็จลุล่วง และหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกวิชาชีพ



(นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์)

ผู้อำนวยการ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะผู้นิพนธ์

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผศ.ดร.สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. ผศ.ดร.วารี กังใจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. นางปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ | ศูนย์การณรัักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นางกฤษณา ตริยมณีรัตน์ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 2. นางสาวภัทรชนิ์ หวังผล | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 3. นางสาวกมลาศ ทองมีสิทธิ์ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 4. นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 5. นางพื้ญา โอหารส | โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี |
| 6. นางกรชนก วุฒิสมวงศ์กุล | โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี |
| 7. นางสาวอภิวรรณ ญัฒมนวรกุล | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 8. นางสาวนิสสร่า แผ่นศิลา | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |

สารบัญ

หน้า

คำนิยม

คำนำ

บทนำ

บทที่ 1	แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5
	ความหมายและแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5
	สถานการณ์ของประเทศไทย	6
	ผลการศึกษาเบื้องต้น โครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชน และท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาล	8
	เป้าหมายการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง	8
	ใครบ้างที่ต้องการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง	8
	องค์ประกอบของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง	9
	ผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง	10
	หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง	10
	บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized LTC)	10
	มาตรฐานการดูแลระยะยาว	11
บทที่ 2	การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	13
	แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง	13
	การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	14
	ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	21
	รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	21
	หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	22
	กรอบการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	23
	การจัดการอาการในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง	24
	ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการจัดการอาการในผู้สูงอายุ	25
	อาการที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	27

บทที่ 3	การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน	85
	ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน	86
	การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home nursing issues)	88
	ทักษะในการให้การพยาบาล	92
	การดูแลเรื่องยา	93
	การพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน	93
	การวินิจฉัยผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต	93
	การให้การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน	94
	การดูแลภายหลังการเสียชีวิต (after death)	96
บทที่ 4	การดูแลผู้ดูแล (การจัดบริการช่วยเหลือผู้ดูแล)	99
	ความหมายและประเภทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	99
	บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	100
	การดูแลผู้ดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือผู้ดูแล	101
	คำสังคณะทำงาน	105

บทนำ

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ระยะสังคมสูงอายุอย่างโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ประมาณปี พ.ศ.2578 ขณะเดียวกันอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายก็สูงกว่าอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุวัยต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) ทำให้มีการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ การดูแลระยะยาวจึงเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบบริการทางสุขภาพและสังคม ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสังคมในท้องถิ่น ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางง่าย เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมต้องได้รับการดูแลที่เป็นพิเศษกว่าวัยอื่น และด้วยสภาพของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และอาจมีความบกพร่องด้านสติปัญญาร่วมด้วย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยได้ง่าย มีการรักษาที่ยืดเยื้อ ทำให้มีระยะเวลาของการดูแลที่ยาวนาน เมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้สูงอายุอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ประสบกับความเครียด มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากภาระในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ยาวนาน และขาดระบบสนับสนุนที่ดีพอ

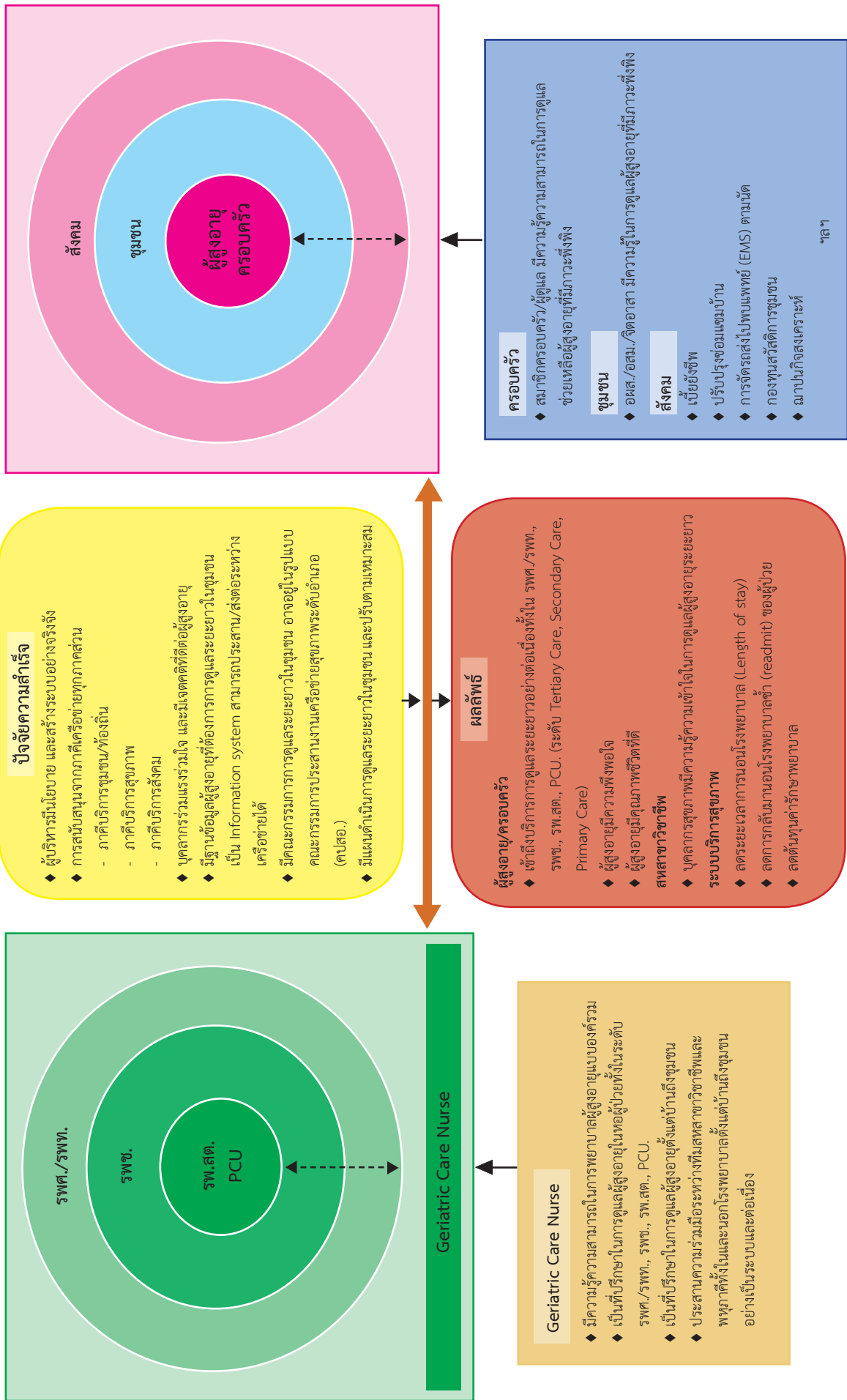
จากสภาพสังคมผู้สูงอายุและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน ทำให้มองเห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรเป็นการดูแลในลักษณะแบบประคับประคอง ทีมผู้ดูแลควรเป็นทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะทั้งด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric medicine) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจะเน้นการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ที่ให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะในผู้สูงอายุ รวมทั้งป้องกันการเกิดทุพพลภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด คำนึงถึงมิติทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในขณะที่การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลทางการแพทย์ที่เฉพาะสำหรับผู้ที่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาจากอาการต่างๆ รวมทั้งความปวดและความเครียดจากภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นโรคอะไร เป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การดูแลแบบ Palliative care ในผู้สูงอายุ จึงมิใช่การดูแลเฉพาะในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเท่านั้น ดังคำกล่าวบางส่วนของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ว่า “Palliative care เป็นคำที่ใช้กันมานาน แต่ก็เกิดความสับสนแยะ ในสมัยแรกก็ทำเป็น dichotomy คือ คนไข้จะตาย แล้วก็ค่อยเข้าไป palliative care หรือ hospice ทำให้เข้าใจผิดกันมาตลอดว่าจะต้องเป็นอย่างนั้น แต่ที่จริงแล้วมันมีวิวัฒนาการกันมาตลอด ถ้าไปดูจะเห็นว่า ในที่สุด concept ของ palliative care คือ relief suffering และ improve quality of life ซึ่งไม่มีคนไข้คนไหนไม่ต้องการเลย แม้กระทั่งคนไข้ปวดหัว เพราะฉะนั้น palliative care เป็นสิ่งที่คนไข้ทุกคนต้องการ ต้องการให้ทีมรักษาช่วยในทุกๆ ด้าน physical, psychological, social และ spiritual ที่เป็น holistic care”

จึงนำมาสู่การจัดทำคู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น : การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care for older persons) ฉบับนี้ ประกอบด้วย

1. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
3. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน
4. การดูแลผู้ดูแล (การจัดบริการช่วยเหลือผู้ดูแล)

เพื่อช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพได้มีความรู้ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะในการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น รวมถึงช่วยชี้แนะการจัดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาที่พบบ่อยและต้องบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในแนวทางการดูแลแบบประคับประคองนี้ เปรียบเสมือนเป็นการดูแลระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized Long Term Care) ตามที่ นายแพทย์ธงธน เพิ่มภคศรี ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวเฉพาะทางไว้ ว่าหมายถึง “การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง ที่ต้องการการดูแลด้วยการใช้องค์ความรู้และทักษะเฉพาะ ที่นอกเหนือจากหลักการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หง่อม เปราะบาง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ไตวายระยะเรื้อรังระดับ End stage renal disease เป็นต้น ซึ่งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ทำการถอดบทเรียนจากทีมบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ ทำให้ได้ร่างของรูปแบบการดูแลระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized Long Term Care) ที่พื้นที่ต้องการ ดังรูปที่แสดง

(ร่าง) รูปแบบการดูแลระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized LTC)



บทที่ 1

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ

ความต้องการการดูแลระยะยาว เป็นความจำเป็นสำหรับหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากการขยายตัวของสังคมสูงอายุในทุกภูมิภาคทั่วโลก จากการเพิ่มจำนวนและอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะผู้ที่เกิดในยุค “เบบี้บูม” กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุในช่วงกลางของศตวรรษที่ 21 นี้ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังกลายเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและความต้องการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพของหลายประเทศทั่วโลก

การดูแลระยะยาวมีความหมายแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตามสภาพบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม หลายประเทศมองว่า การดูแลระยะยาวถือเป็นเรื่องความรับผิดชอบของแต่ละปัจเจกบุคคลซึ่งต้องเตรียมความพร้อมของตัวเอง อย่างไรก็ตาม การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในระยะท้าย ความต้องการดังกล่าวประกอบด้วย ความต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลทางสุขภาพและการดูแลด้านสวัสดิการสังคม ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนการดูแลการบริหารจัดการทรัพยากร และจัดบริการแบบบูรณาการให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ในบทนี้จะกล่าวถึง แนวคิดและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว ในเรื่อง ความหมาย และขอบเขตของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (eligibility determination) รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม (appropriate service delivery) โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาว การบริหารจัดการและแหล่งประโยชน์ (finance and resources administration) และบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพ

ความหมายและแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ: การดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ

การดูแลแบบประคับประคอง: เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งมีใช่เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาวะความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว

มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคล เท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เน้นการดูแลทางการแพทย์ และการพยาบาล ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และเตรียมตัวให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยในระยะลุกลาม หรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลระยะยาวเฉพาะทาง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือมีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ความเจ็บป่วย หรือจากกระบวนการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุที่แก่หง่อม ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้เสียชีวิต เช่น โรคมะเร็ง ไตวายระยะสุดท้าย สมองเสื่อม Stroke ฯลฯ

สถานการณ์ของประเทศไทย

เช่นเดียวกับส่วนอื่นของโลก ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged Society) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน โดยเฉพาะในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่า ในปี พ.ศ. 2538 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.6 ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.7 ในปี พ.ศ. 2573 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) นอกจากนั้นยังพบว่าประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่พึ่งพิงก็เพิ่มตามด้วย ปี พ.ศ. 2557 คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่พึ่งพิง จำนวน 80,000 คน ซึ่งภาวะดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อ ความต้องการ การจัดการทรัพยากร สวัสดิการ และบริการทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และก่อนที่จะมีการจัดสรรเงินงบประมาณควรจะมีการศึกษาก่อนว่าความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุจริงๆ คืออะไร และจำเป็นที่จะต้องจัดบริการและ/หรือสวัสดิการใดให้กับผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุในฉบับนี้รวมไปถึงการดูแลระยะสุดท้าย (End stage) ซึ่งมีระยะเวลาไม่แน่นอนขึ้นกับธรรมชาติของโรค ซึ่งแนวโน้มของผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะกลับไปดูแลแบบประคับประคอง และเพื่อเตรียมผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา จะเน้นงานส่งเสริมสุขภาพ คัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ตามนโยบายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข Home Health Care เยี่ยมหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนเรื่อง การอำนวยความสะดวกจัดรถรับส่งเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล การออกเยี่ยมทั่วไปร่วมกับทีมโรงพยาบาล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หากพบปัญหาแจ้งเจ้าหน้าที่ก็จะมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปเยี่ยมช่วยเหลือ จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นจะต้องดำเนินการบริการและสวัสดิการเพื่อสนับสนุนให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวให้สามารถดำเนินอยู่ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญคือ การแพทย์และสาธารณสุข สังคม และการปกครอง ซึ่งสามารถสรุปบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสำคัญไว้ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 บริการหรือสวัสดิการหรือกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ลำดับ	บริการหรือสวัสดิการหรือกิจกรรมที่ควรดำเนินการ
1	การบริการสุขภาพที่บ้าน (สหสาขาวิชาชีพ) (Home-based multidisciplinary services) : HHC
2	การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Training the care-givers)
3	รถรับส่งบ้าน-สถานบริการ (Shuttle services between home and health service institute)
4	การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล (Financial support)
5	การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น (Aids and consumables support)
6	การจัดส่งอาหารไปที่บ้าน (Meal on wheel)
7	ระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้านและดูแลทดแทน (Home-based volunteer for care assisting and respite care)
8	ศูนย์บริการดูแลกลางวันและดูแลทดแทนในชุมชน (Community center for day care and respite care)
9	การสนับสนุนปรับปรุงบ้าน (Home modification support)
10	ช่องทางด่วนในสถานบริการทางสุขภาพ (Green channel for disabled in health care institutes)
11	หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน (Emergency mobile unit)
12	การช่วยงานบ้าน (Home care)
13	การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพ (Universal design in health care institutes)

ทั้ง 13 รายการ พบว่าส่วนใหญ่ครอบคลุมบริการหรือสวัสดิการทางสังคมและบริการทางสุขภาพ โดยมีเพียง 6 รายการ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพและหน่วยบริการทางสุขภาพโดยตรง

อีก 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (กลุ่ม 2) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กลุ่ม 3) จำนวนมากขึ้น ทำให้ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีเพิ่มมากขึ้นตามด้วย ไม่ว่าจะเป็นบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มอัมพฤกษ์อัมพาตและผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา การสนับสนุนสถานที่เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล อาทิ ค่ากับข้าว ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การจัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ถึงแม้ว่าแต่ละจังหวัดมีแผนการดูแลระยะยาว มีหลักสูตร care manager เน้น กลุ่ม 2-3 ไม่มีการแยกกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวนน้อย) แต่บทบาทและศักยภาพในการดำเนินงานของสถานบริการทางสุขภาพและบุคลากรในเรื่องความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่

ในประเทศไทย มีการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่ดำเนินการอยู่หลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชูปถัมภ์ มีการดูแลเพื่อลดความไม่สุขสบายโดยทีมสหวิชาชีพ แนะนำเตรียมสภาพจิตใจ สนับสนุนในการประกอบ

กิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา การจัดสิ่งแวดล้อมที่คล้ายกับบ้าน มีการศึกษาพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแนวคิดการจัดบริการอย่างต่อเนื่องและครบวงจร จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Community based & home based Community care) เช่น โรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน การดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นบริการที่จัดในสถานพยาบาลและยังไม่มีมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เชื่อมต่อในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมมากนัก

การดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุในฉบับนี้ รวมไปถึงการดูแลระยะสุดท้าย (End stage) ซึ่งมีระยะเวลาไม่แน่นอน ขึ้นกับธรรมชาติของโรค ผู้ป่วยและญาติบางส่วนเลือกที่จะกลับไปดูแลแบบประคับประคองและเพื่อเตรียมผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่มุ่งที่จะให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณแบบองค์รวม และการจัดการอาการดังกล่าว ซึ่งปัญหาที่สำคัญและอาการที่พบบ่อยที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิตคือ อาการปวด อาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง หดหอยใจ หรือหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย ปากแห้ง ถ่ายเหลวหรือท้องผูกและปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล

ผลการศึกษาเบื้องต้น โครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาล

จากการศึกษา พบว่าแบบประคับประคองมีความสำคัญมากและถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อกระบวนการเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาได้อีกต่อไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การจัดการที่มีความเฉพาะเจาะจงทั้งกลุ่มอาการ กลุ่มโรค ที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา และทีมผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนกระบวนการประสานงานและการสนับสนุนทรัพยากรระหว่างทีมสหสาขา

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านหมายถึง การดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริม และคงไว้ซึ่งความสุขสบายและภาวะสุขภาพที่ดีก่อนเสียชีวิต (WHO, 2004) เป็นการดูแลที่ประกอบด้วย การดูแลต่อเนื่อง องค์กรวม ที่เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามที่ต้องการผ่านความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้ให้บริการและสหสาขาวิชาชีพ

เป้าหมายการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

มุ่งเน้นการจัดการกับอาการไม่สุขสบายและการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่กับโรคได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตและเตรียมตัวตายอย่างมีศักดิ์ศรี

ใครบ้างที่ต้องการการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือกลุ่มที่เปราะบาง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคระยะเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ถุงลมโป่งพอง โรคสมองเสื่อม และโรคหัวใจ ฯลฯ เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลระยะยาว สำหรับการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง สามารถใช้แบบประเมิน ADL ร่วมกับ แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งเป็นการประเมินอาการ 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า อาการ

คลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ และแบบประเมินความสามารถผู้ป่วยในการจัดการความเสี่ยง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ Palliative Performance Scale version 2 (PPS) โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

1. ระยะคงที่ (คะแนน 70-100%) ระยะนี้ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้
2. ระยะเปลี่ยนผ่าน (คะแนน 40-60%) ระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือบางกิจกรรม
3. ระยะสุดท้าย (คะแนน 0-30%) ระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งหมด

องค์ประกอบของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง และญาติผู้ดูแล สามารถจัดกลุ่มการดูแลได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ คือ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดการทางการแพทย์ การดูแลทางสังคมและจิตวิญญาณ และการดูแลอื่นๆ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงองค์ประกอบของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน	การดูแลเฉพาะทาง (การจัดการอาการ)	การดูแลทางสังคมและจิตวิญญาณ	การดูแลอื่น ๆ
การดูแลสุขภาพอนามัยและการลดการกระจายของเชื้อโรค	การจัดการอาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ อาการหายใจลำบาก แผลกดทับ อาการนอนไม่หลับ ท้องผูก กลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้	การอบรมญาติและการให้คำปรึกษาแก่ญาติ	การจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้พิการ
การดูแลเรื่องอาหารและการรับประทานอาหาร	การทำหัตถการ เช่น การทำแผล การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ฯลฯ	การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ	การเตรียมสภาพแวดล้อมในบ้าน การปรับปรุงซ่อมแซมบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การปรับห้องน้ำ ห้องส้วม
การเคลื่อนไหว	การบำบัดรักษาเช่นการเคาะปอด พ่นยา การฉีดยา	การดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ	การจัดรถรับส่งและบริการรถฉุกเฉิน
การขับถ่าย	การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา	การดูแลด้านจิตวิญญาณ การเตรียมพร้อมก่อนเสียชีวิต	ฌาปนกิจสงเคราะห์
การพักผ่อน	การฟื้นฟูสภาพการจัดหาอุปกรณ์ฯลฯ	การดูแลเรื่องเอกสารที่จำเป็น	การฝึกอาชีพให้ญาติ

จากข้อมูลพบว่า การพยาบาลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การจัดการอาการปวด การจัดการอาการที่พบบ่อย การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วง 1-2 สัปดาห์สุดท้าย พบว่าประมาณ 30-70% ต้องการการจัดการอาการปวด ในขณะที่ อาการเพื่อยและอ่อนแรง (60-69%) และอาการเบื่ออาหาร (53%) เป็นอาการที่พบบ่อยรองลงมา (Teunissen et al, 2007; Stark et al, 2012)

บทบาทของสถานบริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือกลุ่มชราภาพ ควรเน้นการดูแลตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นควรมีระบบการดูแลที่ชัดเจนและควรบูรณาการกับการดูแลด้านสวัสดิการและสังคมอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ควรเน้นการพัฒนาบริการเชิงรุกในชุมชน มีบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับทีมโรงพยาบาล ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน หรือให้บริการในชุมชน โดยให้บริการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

ผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

สามารถประเมินได้จาก ภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ จำนวนการไปใช้บริการฉุกเฉิน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย รวมทั้งลดอันตรายและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย อัตราการตายลดลง และเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาอีกด้วย

หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของบริการระยะยาวที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับสถาบัน พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิและท้องถิ่น ควรเป็นสถาบันหลักในการสนับสนุนและจัดบริการการดูแลระยะยาวให้มีความต่อเนื่องและมั่นคง และควรบูรณาการระหว่างบริการทางสุขภาพกับบริการทางสังคม องค์ประกอบที่สำคัญอันดับแรกคือ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและความพิการที่อาจเกิดขึ้นโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น สำหรับบริการที่นอกเหนือจากนี้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการโรคเรื้อรังและบริการฟื้นฟูสภาพควรเชื่อมต่อกับสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ เพื่อให้บุคคลยอมรับความตายได้อย่างสงบ อย่างไรก็ตามสามารถสรุปได้ว่า องค์การหรือหน่วยงานดูแล ควรประกอบด้วยอย่างน้อย 4 ภาคส่วน คือ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และผู้แทนองค์กรกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีแกนนำที่สำคัญคือ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถเชื่อมต่อบริการจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ได้

บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized LTC)

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว จำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม เนื่องจากความซับซ้อนและความยากในการจัดการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มระยะสุดท้าย ทีมบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นควรประกอบด้วย แพทย์ประจำครอบครัว พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งแต่ละสาขาต้องทำงานประสานกัน โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ มีการสื่อสารระหว่างทีมที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ควรพัฒนาแนวทางการดูแลและขอบเขตความรับผิดชอบร่วมกัน มีการประสานประโยชน์และทรัพยากรร่วมกัน และมีการควบคุมกำกับผลลัพธ์การดูแล ให้มีประสิทธิภาพ เน้นเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด ดังนั้นควรมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขา ดังนี้

1. มีแนวทางการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สามารถบูรณาการกับการรักษาในโรงพยาบาลได้
2. ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนความรู้/การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน
3. จัดทีมและระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน/ชุมชน รวมถึงแนวทางการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์
4. การเตรียมรับสถานการณ์ในกรณีผู้ป่วยและญาติขอรับความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน
5. การดูแลครอบครัวระยะหลังสูญเสีย (Bereavement care)

มาตรฐานการดูแลระยะยาว

มาตรฐานการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 2 ระดับ คือ มาตรฐานระดับเบื้องต้น (Basic standard) ซึ่งครอบคลุมการดูแลด้านการประกอบกิจวัตรประจำวันและการดูแลทางสังคม และมาตรฐานระดับสูง (advanced standard): เป็นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาพยาบาลและการรักษาพยาบาล (Al nurse, 2005, cited by Sasat, Chuwattanapakorn, Lertrat, 2009; และ Damrikarnlert, et al. 2011) ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้คือ

1. การประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพ ความต้องการการดูแลระยะยาว
2. การวินิจฉัยปัญหาและการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
3. การกำหนดผลลัพธ์การดูแลโดยมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ
4. การวางแผนการดูแลเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
5. กระบวนการดูแลและการกำกับติดตามความก้าวหน้าของผลลัพธ์แต่ละระยะ
6. การประเมินผลการดูแลว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ และวางแผนในการควบคุมกำกับใหม่

สรุป

ในคู่มือฉบับนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized LTC) มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา ในประเทศอื่นๆ ครอบครัวถือเป็นสถาบันที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนและท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา รวมทั้งอาสาสมัครในชุมชน เป็นกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญในการดูแลระยะยาวเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นถือเป็นสิ่งที่สำคัญมาก การที่ผู้ดูแลจะปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นต้องอาศัยหลักการ 4 ด้าน คือ การสื่อสาร ทำความเข้าใจ (communication) การจัดการกับโรค (disease management) การดูแลสุขภาพทางกาย (symptoms control) การดูแลจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ (psycho-social-spiritual care) จึงจะทำให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายนั้นมีสิทธิ์ตายอย่างสมศักดิ์ศรีจนกว่าจะถึงจุดสิ้นสุดของชีวิต

เมื่อพิจารณาความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับสถาบัน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ และท้องถิ่นเป็นสถาบันหลักในการสนับสนุนและจัดบริการการดูแลระยะยาวให้มีความต่อเนื่องและมั่นคง การที่บุคคลจะยอมรับความตายและมีความต้องการตายอย่างสงบนั้น ปัจจุบันนี้ได้มีกฎหมายดูแลและครอบคลุมที่เอื้อต่อผู้ที่อยู่ในการดูแลระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก เช่น มาตรา 12 ที่บัญญัติไว้ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลและพ้นจากความผิดที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องระมัดระวังเนื่องจากเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด.
- ขวัญตา บาลทิพย์ พัชรียา ไชยลังกา และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2543). ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ระยะเฉียบกับภาวะใกล้ตาย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 20(1), 33 – 44
- ดำรงค์ แวอาลี. (2547). องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพตามแนวคิดศาสนาอิสลามและทัศนคติในเรื่องความตาย. ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (หน้า 65 - 66). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ดุสิต สถาวร. (2550). Overview of end of life care in the ICU. ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 320). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ และธารณี ลิ้มพงศธร. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน ศิริวรรณ วณิชกร และคณะ (บรรณาธิการ), คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีเคมีบำบัด. (หน้า 131 - 144). กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะ กราฟฟิค.
- สมพร เทพสุริยานนท์, วีระนุช มยุเรศ. (2013). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 31(1). 24-32.
- Armstrong B., Jenigiri, B., Hutson, SP, Wachs, PM, & Lambe CE. (2013). The impact of a palliative care program in a rural Appalachian community hospital: a quality improvement process: American Journal of Hospice & Palliative Medicine; 30 (4): 380-387.
- Teunissen, S et al (2007). Symptom prevalence in Patients with incurable cancer: a systematic review. Journal of Pain and Symptom Management; 34 (1): 94-104.
- World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: Policies and managerial guideline. 2nd ed. Geneva.
- World Health Organization. (2007). Palliative Care Cancer Control: Knowledge into Action: WHO guide for effective programs; module 5. Geneva.
- World Health Organization. (2004). Guideline for caring for end of life patients. Geneva: Scientific Publishing Clays.

บทที่ 2

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

ผศ.ดร.สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์

หลักการ แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

ทำไมผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในสังคมปัจจุบัน ประชากรที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยที่การดำเนินของโรคมีความก้าวหน้ารุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนสู่ระยะท้าย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ที่นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงระบบบริการสุขภาพที่ต้องรับภาระในด้านนี้ ด้วยธรรมชาติของโรคเรื้อรังนั้นจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และโรคมีการดำเนินก้าวหน้าขึ้น พร้อมกับการมีปัญห่อื่นๆ รวมด้วยหลายอย่างที่เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะการดูแลจากครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการในการจัดการอาการ การดูแลด้านจิตใจ สังคม และความต้องการสนับสนุนเชิงปฏิบัติมากขึ้นด้วยเช่นกัน เมื่อภาวะเจ็บป่วยเข้าใกล้สู่ระยะสุดท้ายผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการได้รับความทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรคเรื้อรัง หลายโรค ประกอบกับทัศนคติต่อการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังมุ่งเน้นที่การรักษา อีกทั้งค่าใช้จ่ายจำนวนมากสูญเสียไปกับเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลรักษามากกว่าการดูแลที่มุ่งเน้นความสุขสบาย มีงานวิจัยหลายการศึกษาที่ระบุว่า การดูแลในระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ คุณภาพการตายยังไม่ดี ผู้สูงอายุยังประสบกับความทุกข์ทรมานจากความปวด หอบเหนื่อย สับสน ได้รับการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และยังได้รับการดูแลแบบการดูแลในระยะสุดท้าย (hospice care) ค่อนข้างน้อย ส่วนการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านยังประสบอุปสรรคจากการควบคุมอาการที่ไม่ดีพอ และบุคลากรไม่ได้รับการฝึกฝนที่เพียงพอ นอกจากนี้การมีโรคร่วมและปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาทำให้การควบคุมอาการมีความยุ่งยากขึ้น ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือไม่ได้รับการจัดการอาการอย่างดีพอ ไม่ได้รับการสื่อสารและให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ มีความยากลำบากในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแล

นอกจากนี้โรคเรื้อรังมักมีการรักษาที่ยาวนานยืดเยื้อ และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้สูงอายุอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ รวมถึงได้รับการรักษาที่มุ่งยืดชีวิต แม้อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงการตัดสินใจเลือกทางเลือกของการรักษาต่างๆ ที่มักกระทำโดยครอบครัว โดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม ซึ่งบางครั้งการรักษาดังกล่าวอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ทำให้กระบวนการตายกลับกลายเป็นกระบวนการเจรจาต่อรองที่ยืดเยื้อระหว่างบุคลากรสุขภาพและสมาชิกครอบครัวที่ต้องประสบกับความยากลำบากในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้าย ดังนั้น การที่บุคลากรสุขภาพได้มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยให้การจัดการดูแลที่เหมาะสม เพื่อนำสู่การสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุที่โรคมีการดำเนินสู่ระยะท้าย สามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และส่งเสริมการตายอย่างสงบในขณะที่ครอบครัวก็ได้รับการสนับสนุนในการดูแล

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุคืออะไร

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ เป็นบูรณาการของการดูแลที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ประกอบด้วย ความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric medicine) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเน้นการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะในผู้สูงอายุ รวมทั้งป้องกันการเกิดทุพพลภาพ ตลอดจนฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด โดยมีการคำนึงถึงมิติต่างๆ ทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในขณะที่การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลทางการแพทย์ที่เฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ที่เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาจากอาการต่างๆ รวมทั้งความปวดและความเครียดจากภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นโรคอะไร เป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลประคับประคองเป็นการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพที่ต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ที่ประกอบด้วยทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการอาการ การให้การสนับสนุนด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และการปรับตัวหลังการสูญเสีย การประสานบริการทางการแพทย์และสังคม (Chai, Meier, Morris & Goldhirsch, 2014) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมกับทุกกลุ่มอายุ ทุกระยะของความเจ็บป่วยที่การดำเนินของโรคมีความก้าวหน้ารุนแรงขึ้น และสามารถให้ร่วมกับการรักษาแบบมุ่งหายขาด

สำหรับการดูแลประคับประคองในผู้สูงอายุมีจุดเน้นเช่นเดียวกับผู้ป่วยวัยอื่น คือ การจัดการกับอาการทุกข์ทรมาน และการให้ความสำคัญกับการตั้งเป้าหมายของการดูแล รวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว แต่ความแตกต่างของการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุอยู่ที่ระยะเวลาของการดูแลที่อาจมีความยาวนานกว่า ด้วยสภาพของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และอาจมีความบกพร่องด้านสติปัญญาด้วย ตลอดจนภาระอันตึงเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Chai และคณะ, 2014)

การดูแลประคับประคองในผู้สูงอายุ

เป็นการดูแลรักษาที่มีลักษณะสำคัญดังนี้ (Pautex & Zulian, 2011)

1. เป็นการรวมหลักการ และการปฏิบัติของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง
2. มุ่งเน้นการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม บรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆ การจัดการกับปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งด้านสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม
3. ตระหนักถึงลักษณะเฉพาะของอาการ และการแสดงที่เกิดจากโรค ปฏิสัมพันธ์ของโรคร่วมต่างๆ การให้ยาอย่างระมัดระวัง และการให้การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพที่จำเป็น และเหมาะสมกับผู้สูงอายุและครอบครัว
4. ตระหนักถึงเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และประเด็นด้านจริยธรรม
5. การมีทักษะในการสื่อสารที่ดี เมื่อต้องมีการพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัว
6. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการต่างๆ ทั้งที่บ้าน สถานดูแลระยะยาว โรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย
7. ให้ความใส่ใจเป็นพิเศษในช่วงของการเปลี่ยนผ่านการดูแลระหว่างสถานบริการ เพื่อความมั่นใจว่าแผนการดูแลและเป้าหมายในการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการจะได้รับการดำรงไว้ และตอบสนองเมื่อต้องเปลี่ยนสถานที่ในการดูแล
8. มีระบบสนับสนุนครอบครัวในการเผชิญกับภาระในการดูแล

ข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

ประเด็นของการริเริ่มดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ (Lo & Woo, 2006) กล่าวไว้ว่า อาจมีความยากลำบากในการตัดสินใจเมื่อไรที่ควรจะเริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อการพยากรณ์โรคไม่สามารถทำนายได้อย่างแน่นอน เพราะความเสื่อมถอยของภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (non-cancer condition) เช่น โรคที่นำสู่ความล้มเหลวของระบบอวัยวะ วิกฤตความเจ็บป่วยมีอาการดีขึ้นและเลวลง คาดการณ์ได้ยาก ดังนั้น การตัดสินใจในการริเริ่มดูแลแบบประคับประคองไม่ควรตัดสินใจจากการคาดประมาณระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต แต่ควรพิจารณาจากความต้องการในการบรรเทาอาการเมื่อมีข้อบ่งชี้ ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของวิถีโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (incurable disease trajectory) วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุนั้น เพื่อการบรรเทาภาระจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งควรเป็นการดูแลตลอดกระบวนการของความสูงอายุ โดยไม่คำนึงถึงว่าอยู่ในภาวะใกล้ตายหรือไม่ ข้อบ่งชี้ในการริเริ่มการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ เมื่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย มีแนวทางในการพิจารณา ดังนี้ (Morris & Goldhirsch, 2014)

1. ข้อบ่งชี้สำคัญที่แสดงถึงการเข้าสู่ระยะสุดท้าย (core end-stage indicators) คือ มีความเสื่อมถอยด้านร่างกาย น้ำหนักลด มีโรคร่วมหลายโรค และระดับอัลบูมินในเลือด $< 2.5 \text{ g/dL}$ ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่ คะแนน Karnofsky Performance Scale $< 50\%$

2. ข้อบ่งชี้เฉพาะที่ไม่ใช่โรค (non-disease specific indicators)

2.1 มีความเปราะบาง (frailty) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตาย เนื่องจากมีความเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องของความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ และพลังงานสำรองของร่างกาย ทำให้เกิดการหกล้มบ่อย มีภาวะทุพพลภาพ มีความไวต่อการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และความสามารถในการฟื้นคืนสภาพลดลง

2.2 มีภาวะพึ่งพาในการทำหน้าที่ (functional dependence) ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.3 มีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา (Cognitive impairment) คือ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความจำ ความสนใจ ความคิด ภาษา การคิดและวางแผน การเคลื่อนไหว และความคิดเชิงจัดการ

2.4 มีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต

2.5 มีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว

3. ข้อบ่งชี้เฉพาะที่เป็นโรค (Disease specific markers)

3.1 Select disease-specific indicator (Matzo, 2004) ได้นำเสนอข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ดังนี้

3.1.1 โรคหัวใจ-หัวใจล้มเหลว (CHF)

- 1) ระดับความผิดปกติของหัวใจของ NYHA Class IV
- 2) ยังแสดงอาการของโรคในขณะพัก แม้จะได้รับยาขับปัสสาวะ-ยาขยายหลอดเลือดอย่างเต็มที่
- 3) ไม่สามารถทำการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (revascularization)

3.1.2 โรคตับ

- 1) prothrombin time $> 5 \text{ sec}$ หรือ INR ratio > 1.5
- 2) serum albumin $< 2.5 \text{ g/dL}$

3) ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- มีภาวะท้องมานที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (refractory ascites)
- เยื่อช่องท้องอักเสบเองจากแบคทีเรีย (spontaneous bacterial peritonitis)
- กลุ่มอาการโรคไต เนื่องจากโรคตับ (hepatorenal syndrome)
- โรคสมองจากตับ (encephalopathy) ร่วมกับมีอาการมือสั่น อาการครึ่งหลับครึ่งตื่น หรือ

หมดสติ

- มีภาวะเลือดออกซ้ำจากเส้นเลือดดำโป่งพอง (recurrent variceal bleeding)

3.1.3 โรคปอด

- 1) มีผลการวินิจฉัยที่แสดงถึงความก้าวหน้าของโรค
- 2) หายใจหอบเหนื่อยในขณะพัก
- 3) มีภาวะปอดติดเชื้อ
- 4) ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - $PO_2 < 55$ mmHg ในสภาพอากาศปกติ (room air)
 - $PCO_2 > 50$ mmHg
 - O_2 saturation $< 88\%$ (แม้ว่าได้รับ O_2)

3.1.4 โรคไต

- 1) ผู้ป่วยไม่ต้องการทำ dialysis
- 2) ผู้ป่วยไม่ได้มีแผนที่จะทำการเปลี่ยนไต
- 3) ร่วมกับมีข้อต่อไปนี้
 - Creatinine clearance < 10 mL/min (กรณีไม่มีโรคร่วม)
 - Creatinine clearance < 15 mL/min (กรณีมีโรคร่วม DM หรือ CHF)
 - Creatinine clearance < 20 mL/min (กรณีมีโรคร่วม DM และ CHF)
 - Serum creatinine > 8 mg/dL (กรณีเป็น DM)

3.1.5 สโตรก (Stroke)

- 1) มีภาวะโภชนาการไม่ดี
- 2) ความสามารถในการทำกิจกรรม (functional status) ไม่ดี
- 3) อยู่ในสภาพ persistent vegetative state
- 4) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

3.1.6 หมดสติ (ไม่ว่าจะมาจากสาเหตุใด)

- 1) มี abnormal brain stem response
- 2) ไม่มี verbal response
- 3) ไม่มี response to pain
- 4) serum creatinine > 1.5 mg/dL

3.1.7 สมองเสื่อม

- 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเดินโดยปราศจากความช่วยเหลือ
- 2) มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้

- 3) ไม่สามารถสื่อสารโดยวาจาอย่างมีความหมายได้
- 4) ผู้ป่วยไม่สามารถแต่งตัวเองได้โดยปราศจากความช่วยเหลือ
- 5) ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - น้ำหนักตัวลดลง 10% ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
 - ระดับ serum albumin < 2.5 g/dL
 - มีไข้บ่อยครั้ง
 - มี aspiration pneumonia
 - มี pyelonephritis หรือ UTI
 - มีแผลกดทับระยะที่ 3 หรือ 4

3.1.8 โรคเอดส์หรือมีภาวะติดเชื้อ HIV

- 1) CD4⁺ cell count < 25 cells/mm³
- 2) การบำบัดด้วยยาต้านรีโทรไวรัสไม่ได้ผล
- 3) ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - มีภาวะน้ำหนักลดมากจนผอมแห้ง (wasting syndrome)
 - มี progressive multifocal leukoencephalopathy
 - มีโรคคริปโตสปอริดิโอซิส (cryptosporidiosis)
 - มีโรคติดเชื้อ Mycobacterium avium complex ที่ไม่ตอบสนองกับการรักษา
 - มีแคโปซิซาร์โคมา (Visceral Kaposi sarcoma) ที่ไม่ตอบสนองกับการรักษา
 - มีโรคท็อกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ที่ไม่ตอบสนองกับการรักษา

3.2 Prognostic Indicator Guidance

Gold Standard Framework (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557) ได้มีการพัฒนา Prognostic Indicator Guidance สำหรับเป็นแนวทางการวินิจฉัยภาวะสุดท้ายของโรคในกลุ่มที่ไม่ไข้มะเร็ง เพื่อช่วยในการพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการวินิจฉัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: โดยถามคำถาม “Surprise question” คือ ท่านประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วันข้างหน้า ในผู้ป่วยที่โรคมีความก้าวหน้า หรือมีภาวะที่อาจทำให้มีระยะเวลาของชีวิตจำกัด พิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิกโรคร่วม ภาวะทางสังคมและปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เพื่อให้เห็นภาพรวม ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค

ขั้นตอนที่ 2: หาข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีที่คำตอบคือ ไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไป เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

1) การถดถอยในการประกอบกิจกรรมประจำวัน (Functional performance status) ลดลง นิ่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน พึ่งพิงมากขึ้น การประเมินสมรรถนะอาจใช้ Barthel Index เพื่อประเมินกิจวัตรประจำวันหรือประเมินโดยใช้ Karnofsky Performance Scale (KPS) ได้น้อยกว่าร้อยละ 50

- 2) การมีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
- 3) สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
- 4) โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงที่ มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก

- 5) ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- 6) เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- 7) น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- 8) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- 9) มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง การรับเข้าดูแลในสถานบริบาล
- 10) ระดับอัลบูมินในเลือด น้อยกว่า 2.5 mg/dl

ขั้นตอนที่ 3: ประเมินตามเกณฑ์ที่เฉพาะของกลุ่มโรค (Specific criteria) ดังนี้

1) โรคมะเร็ง (Cancer) ผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก เช่น มะเร็งปอด ตัวบ่งชี้ที่สำคัญคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) โดยผู้ป่วยใช้เวลานั่งๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งวัน ซึ่งมีพยากรณ์โรคประมาณ 3 เดือน หรือน้อยกว่านั้น

2) อวัยวะล้มเหลว (Organ failure) แต่ละโรคมีข้อบ่งชี้ดังนี้

2.1) โรคหัวใจ-หัวใจล้มเหลว (Heart disease-CHF)

2.1.1) CHF NYHA III หรือ IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

2.1.2) ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในที่สุดท้ายของชีวิตโดยใช้ Surprise question

2.1.3) เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยภาวะหัวใจวาย

2.1.4) มีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้

2.2) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

2.2.1) มีสถานะของโรคอยู่ในระดับรุนแรง ($FEV1 < 30\%$ predicted)

2.2.2) เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย (อย่างน้อย 3 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา จากภาวะ COPD exacerbations)

2.2.3) มีข้อบ่งชี้ของการใช้ออกซิเจนเป็นระยะเวลานาน

2.2.4) MRC grade 4/5 โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตรในพื้นราบ หรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัดภาวะหายใจหอบเหนื่อย

2.2.5) มีอาการและอาการแสดงของหัวใจซีกขวาล้มเหลว มีปัจจัยอย่างอื่นเหล่านี้ร่วมได้แก่ เบื่ออาหาร ชีพจรเร็ว

2.2.6) ได้รับยาสเตียรอยด์มากกว่า 6 สัปดาห์เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

2.3) โรคไต (Renal disease)

2.3.1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4-5 ซึ่งมีภาวะเสื่อมถอยลง โดยมีตัวบ่งชี้เหล่านี้

2.3.2) ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในที่สุดท้ายของชีวิตโดยใช้ surprise question

2.3.3) ผู้ป่วยเลือกไม่ล้างไตหรือยุติการล้างไต เนื่องจากไม่สามารถทำได้จากภาวะของโรคร่วม หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย

2.3.4) มีอาการทางกายและทางจิตใจที่จัดการลำบาก แม้ได้รับการดูแลด้วยการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมอย่างเต็มที่

2.3.5) มีอาการของไตวาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ค้นตามตัว สมรรถนะถดถอย ภาวะน้ำเกินที่จัดการลำบาก

3) โรคทางระบบประสาท (Neurological disease)

3.1) มีการเสื่อมถอยด้านกายและการรับรู้อย่างต่อเนื่อง แม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

3.2) มีอาการชักซ้อนและจัดการยาก

3.3) มีภาวะกลืนลำบากที่ทำให้เกิดการติดเชื้ในปอดและในกระแสเลือดซ้ำๆ มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือมีภาวะหายใจวาย

3.4) พูดลำบาก มีความยากลำบากในการสื่อสาร และมีการกลืนลำบากชนิดค่อยเป็นค่อยไป

3.5) ร่วมกับตัวบ่งชี้อื่นๆ เฉพาะโรคดังนี้

3.5.1) โรคของเซลล์ประสาทนำคำสั่ง (Motor neuron disease)

- มีการเสื่อมถอยทางกายอย่างมาก
- มีการติดเชื้ในปอดจากการสูดสำลัก
- มีการรับรู้เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก
- น้ำหนักลด
- มีอาการชักซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
- มี vital capacity ต่ำ (< 70% predicted) เมื่อประเมินด้วย standard

spirometry

- มีปัญหาการเคลื่อนไหวแบบอาการหยุดหยิก ล้มบ่อย
- ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้

3.5.2) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)

- การรักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือต้องใช้ยาหลายขนานและซับซ้อนในการรักษา
- ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมดำรงชีวิตประจำวัน
- โรคควบคุมลำบาก
- มีปัญหาการเคลื่อนไหวแบบหยุดหยิก ล้มบ่อย
- มีอาการทางจิตเวช (วิตกกังวล ซึมเศร้า ประสาทหลอน จิตเภท)

3.5.3) โรคปลอกประสาทอักเสบ (Multiple sclerosis)

- มีอาการชักซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
- กลืนลำบาก และมีภาวะทุโภชนาการ
- สื่อสารลำบาก เช่น พูดลำบาก อ่อนล้า
- มีการรับรู้สูญเสีย เริ่มมีอาการสมองเสื่อม

3.5.4) สโตรก (Stroke)

- อยู่ในภาวะเป็นผัก (Vegetative stage) มีภาวะรู้ตัวน้อยมาก หรือมีอัมพาตรุนแรง
- มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์

- ไม่มีการฟื้นตัวในทางที่ดีขึ้น หลังเริ่มมีอาการ 3 เดือน
- มีการรับรู้เสียหาย หรือสมองเสื่อมหลังการเป็นสโตรก

4) ความห่อมนและภาวะสมองเสื่อม (Frailty and dementia)

4.1) ความห่อมน คือ ผู้ที่มีโรคร่วมหลายอย่าง ร่วมกับมีความเสื่อมถอยในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมี

4.1.1) การถดถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ ประเมินโดยใช้ Barthel/ECOG / Karnofsky

4.1.2) มีอาการต่างๆ เหล่านี้อย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่ อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด หดเหี่ยวแรง มีกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะซึมเศร้า

4.2) สมองเสื่อม มีภาวะที่เป็นสาเหตุหลายอย่างที่ต้องพิจารณาที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ตัวบ่งชี้ที่บอกว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ได้แก่

4.2.1) ไม่สามารถเดินโดยไม่มีคนคอยพยุง

4.2.2) ไม่สามารถกลืนอาหารและปัสสาวะได้

4.2.3) ไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย

4.2.4) ไม่สามารถทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)

4.2.5) ความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง Barthel < 3

4.2.6) ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ น้ำหนักลด มีการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ระดับ $\frac{3}{4}$ มีไข้เป็นๆ หายๆ รับประทานทางปากลดลง ปอดบวมจากการสูดสำลัก

4. ข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองอื่นๆ ซึ่งจะมีบางส่วนที่คล้ายคลึงกับข้อบ่งชี้เฉพาะที่ไม่ใช่โรคกล่าวมาข้างต้นแล้ว ดังนี้ (Morris & Goldhirsch, 2014)

4.1 การปรากฏกลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ด้วยคุณลักษณะของความสูงอายุมากๆ คือ ความเปราะบาง การพึ่งพา ความบกพร่องด้านเขวewnปัญญา การมีโรคร่วมหลายอย่าง และมีอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นโดยอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับโรค แต่เป็นผลรวมจากหลายสาเหตุในผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง การรักษาโรคอาจทำให้ภาวะของความเปราะบาง การพึ่งพา หรือความทุกข์ทรมานนั้นดีขึ้นหรือเลวลงได้ ดังนั้น ข้อบ่งชี้ของการเริ่มการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่เหมาะสม คือ เมื่อปรากฏความบกพร่องด้านเขวewnปัญญา ความบกพร่องของความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ การเริ่มปรากฏความเปราะบาง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว และเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ

4.2 การปรากฏอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน ไม่ว่าอาการนั้นจะเนื่องมาจากความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือไม่ก็ตาม การประเมินอาการควรจะทำให้การประเมินและวางแผนการรักษาในทันที สำหรับลำดับความสำคัญของการจัดการแต่ละอาการขึ้นอยู่กับเป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่ต้องการ

4.3 การดูแลแบบประคับประคองตามระยะของโรค โดยทั่วไปได้มีการจัดแบ่งระยะของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเริ่มแรก (เป็นระยะของการวินิจฉัยและเริ่มรักษา) ระยะกลาง (เป็นระยะของการปรับเปลี่ยนโรคและการปรับตัวกับความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่) และระยะสุดท้าย (เป็นระยะการเตรียมสู่ภาวะใกล้ตาย) การดูแลแบบประคับประคองขึ้นอยู่กับระยะของโรค เป้าหมายของการดูแล และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างเช่น

1) ในระยะแรกของภาวะสมองเสื่อม การดูแลประคับประคองควรให้ความสำคัญที่การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต การพูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายที่ต้องการในการดูแลระยะท้ายของภาวะสมองเสื่อม และการแต่งตั้งผู้ที่จะทำหน้าที่ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้าย การวางแผนด้านการเงิน การให้ความสำคัญกับการกิจที่ต้องจัดการให้เสร็จเรียบร้อยในขณะที่ความสามารถด้านสติปัญญายังพอมีอยู่ การบำบัดรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษากับผู้ดูแลในครอบครัว

2) ในระยะกลางของภาวะสมองเสื่อม ที่มีภาวะพึ่งพิงการทำหน้าที่มากขึ้น เพราะมีการเปลี่ยนแปลงของทางด้านร่างกายและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ความทุกข์ทรมานจะปรากฏเด่นชัดขึ้น ภาระการดูแลของครอบครัวก็เพิ่มตามไปด้วย การดูแลประคับประคองจึงควรมุ่งที่การประเมินอย่างครอบคลุมและการบำบัดรักษาอาการที่ทุกข์ทรมาน การสนับสนุนด้านจิตใจ และการสนับสนุนเชิงปฏิบัติให้กับครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการดูแลระยะยาว

3) ในระยะท้ายของภาวะสมองเสื่อม เป้าหมายหลักของการดูแลคือ ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การช่วยเหลือครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับประโยชน์และภาระของการรักษาที่ช่วยพยุงชีวิต เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การสนับสนุนครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับสถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวที่ต้องสูญเสียผู้ป่วย การวางแผนการตายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ การสนับสนุนและให้คำปรึกษาในกระบวนการปรับตัวต่อการสูญเสีย เป็นต้น

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

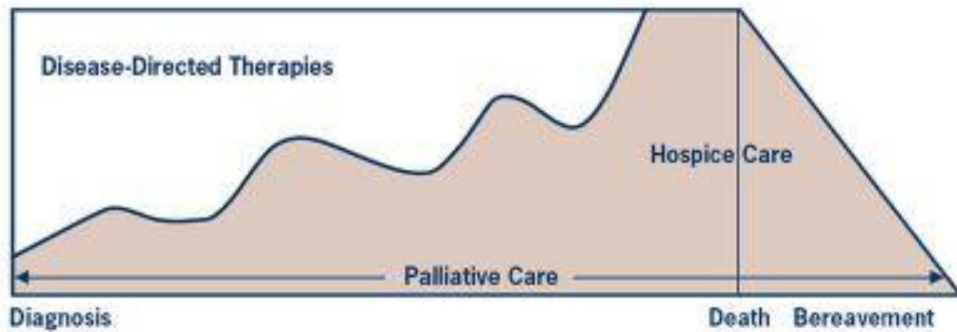
ความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลแบบประคับประคอง มีดังนี้ (Gatto & Zwicker, n.d.)

1. การดูแลแบบต่อเนื่องและการดูแลที่มีการประสานงานกัน เพื่อตอบสนองต่อลักษณะของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบเฉียบพลัน รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านของการดูแลในระดับต่างๆ
2. การจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีหลายโรค
3. การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อสามารถเข้าถึงบริการในระบบการแพทย์ที่ซับซ้อน
4. การคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง
5. การสนับสนุนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
6. การควบคุมความปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ
7. การพิจารณาความเสี่ยงและประโยชน์ของการบำบัดรักษา
8. การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลที่บ้าน
9. ข้อมูลแหล่งสนับสนุนและการเข้าถึงความช่วยเหลือในชุมชน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

สำหรับรูปแบบการดูแลประคับประคองที่มีความเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ **การดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการดูแลเพื่อยืดชีวิต (Simultaneous palliative care and life-prolonging care model)** (ดังภาพที่ 1) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 75 ที่มีชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง วิธีการดำเนินของโรคเรื้อรังอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรค มีการกำเริบ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นระยะๆ ซึ่งอาจมีการฟื้นตัวขึ้น-ทรุดลง สลับกันไปจนถึงระยะสุดท้ายไม่สามารถทำนายหรือพยากรณ์ช่วงเวลาของชีวิตได้แน่นอน การบำบัดรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจึงควรมีทั้ง

วิธีการรักษาเพื่อป้องกัน การรักษาเพื่อยืดชีวิต การฟื้นฟูสภาพ และการประคับประคอง การดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการรักษาควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นรูปแบบที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการดูแลรักษามากที่สุด โดยยังได้รับการบำบัดรักษาที่มุ่งเน้นการยืดชีวิต (Life-prolonging treatment) หากการรักษานั้นยังมีความเป็นไปได้และมีความเหมาะสม ร่วมกับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ การฟื้นฟูสภาพ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการรักษาควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคอง
(Chai, Meier, Morris & Goldhirsch, 2014)

ตามรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ช่วงท้าย หากผลเสียที่เกิดจากการรักษาเพื่อยืดชีวิตมีประโยชน์มากกว่า เป้าหมายในการดูแลจะเป็นการดูแลที่เน้นความสุขสบายและให้การสนับสนุนผู้ดูแล ในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างดีร่วมกับการดูแลที่ยืดชีวิตจะเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลในระยะสุดท้ายได้ง่ายกว่า เพราะการเปลี่ยนประเภทของการดูแลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย ซึ่งสัดส่วนของการดูแลในแต่ละแบบจะขึ้นอยู่กับความต้องการและความประสงค์ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การรักษาที่มุ่งยืดชีวิตไม่เกิดการยืดเยื้อเป็นเวลานาน เพราะหากถึงเวลาที่มีความเหมาะสม การเปลี่ยนผ่านการดูแลรักษาจากการรักษาที่เน้นการจัดการตัวโรคสู่การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะราบรื่นกว่า และยังช่วยป้องกันการเกิดความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็นกับผู้ป่วยในช่วงที่ภาวะเจ็บป่วยมีความก้าวหน้ารุนแรงและเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Morris & Goldhirsch, 2014)

หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

การดูแลประคับประคอง เป็นวิธีการที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว ที่เผชิญกับปัญหาที่เป็นผลจากภาวะเจ็บป่วยที่การดำเนินโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เป้าหมายการดูแลรักษา คือ การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการวินิจฉัยปัญหาให้ได้แต่เนิ่นๆ และการจัดการกับอาการปวดและอาการอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองควรนำมาใช้ในการดูแลตลอดวิถีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีสิทธิ์ในการตัดสินใจด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูล และพิจารณาเลือกการดูแลรักษาที่อยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การดูแลประคับประคองในผู้สูงอายุเป็นการผสมผสานหลักการและแนวคิดของการดูแลรักษาผู้สูงอายุและการดูแลประคับประคองเข้าด้วยกัน โดยมีหลักการที่ยึดถือร่วมกัน คือ (Chai, Meier, Morris & Goldhirsch, 2014)

1. การทำความเข้าใจกับความประสงค์ของผู้สูงอายุ และเป้าหมายในการดูแล และมีการบันทึกเป็นหลักฐานไว้
2. ให้การดูแลที่ยืดผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล และอยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3. ใช้วิธีการดูแลแบบทีมระหว่างวิชาชีพ
4. ให้ความระมัดระวังกับการใช้ยา
5. ใช้ทักษะของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
6. มีการประสานการดูแล โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนสถานที่ในการดูแลและในช่วงเปลี่ยนผ่านระยะต่างๆ ของวิถีความเจ็บป่วย
7. ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในครอบครัว มีการตระหนักถึงความต้องการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแล
8. นำเสนอแผนการดูแลที่มีการคำนึงถึงถึงประสิทธิผลของต้นทุน ภาระด้านการเงิน และระบบประกันสุขภาพ
9. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ
10. ให้การสนับสนุนด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความสูญเสียทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล
11. ให้การดูแลที่คำนึงถึงจริยธรรมที่อยู่บนพื้นฐานความประสงค์ของผู้สูงอายุและครอบครัว ที่จะต้องพิจารณาถึงประโยชน์และภาระที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา

กรอบการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

1. การประเมินประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาจาก ความสูงอายุในแต่ละระบบอวัยวะ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับทางคลินิก ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้สูงอายุจึงควรมีการประเมินอย่างครอบคลุม เพื่อค้นหาปัญหาทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตสังคม ทั้งนี้เพื่อช่วย ในการวางแผนดูแลอย่างเหมาะสม และเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดการกับอาการ ต่างๆ เช่น ความปวด ภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง จึงควรมีการประเมิน ประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ องค์ประกอบของการประเมินการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ ที่ควรประเมิน ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 การวินิจฉัยโรค
- 1.3 สภาวะสุขภาพ
- 1.4 ยาที่ได้รับ
- 1.5 อาการที่รบกวนความไม่สบาย
- 1.6 การได้ยิน
- 1.7 การมองเห็น
- 1.8 สภาพอารมณ์และจิตใจ
- 1.9 ความสามารถด้านสติปัญญา
- 1.10 ความสามารถในการทำหน้าที่/กิจวัตรประจำวัน
- 1.11 การสนับสนุนทางสังคม
- 1.12 ความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์
- 1.13 ค่านิยมในชีวิตและเป้าหมายของการดูแลทางการแพทย์
- 1.14 ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลรักษา

2. การค้นหาความประสงค์และเป้าหมายของการดูแล เมื่อทำการประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องแล้ว ควรมีการเริ่มพูดคุยกับผู้สูงอายุและครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบ เกี่ยวกับทางเลือกของการดูแล และการวางแผนการรักษาที่มีเป้าหมายการดูแลเพื่อผู้สูงอายุและครอบครัว โดยทำความเข้าใจอย่างชัดเจนกับความประสงค์และเป้าหมายของการดูแลที่ต้องการ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนการดูแล มีการระบุและบันทึกความประสงค์ในการดูแล เพื่อช่วยป้องกันและหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่อาจไม่สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแล

3. การพัฒนาแผนการดูแล ผู้สูงอายุและครอบครัวควรได้มีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในวางแผนการดูแลเพื่อสามารถตอบสนองความต้องการ เป้าหมาย และความประสงค์ของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีการพิจารณาทุกประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกันรวมทั้งกลวิธีการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ และอาการของโรคมักไม่ตรงไปตรงมา การดูแลผู้สูงอายุจึงมีความซับซ้อน ทั้งประเด็นด้านการแพทย์ สังคม และจิตใจ การดูแลที่จะให้ได้ผลดีจึงควรเป็นการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

4. การทบทวนและประเมินแผนการดูแล ภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักเริ่มต้นด้วยการวินิจฉัย การบำบัดรักษา และการพยากรณ์โรค ตลอดวิถีของภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลรักษาเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังและโรคร่วม จนในที่สุดภาวะเจ็บป่วยดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย ดังนั้นการวางแผนการดูแลจึงต้องมีการทบทวนซ้ำเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เลวลง ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายใหม่ของการดูแล การทบทวนแผนการดูแลควรจะมีการวิเคราะห์ประโยชน์และภาระหรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้น เพื่อนำสู่การพิจารณาเป้าหมายการดูแลที่ต้องการในปัจจุบัน การคาดประมาณการพยากรณ์โรคภายใต้บริบทของโรคร่วม ความคาดหวังต่อคุณภาพชีวิต และแหล่งทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยและจัดให้ได้สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

การจัดการอาการในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่โรคมักมีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และโรคที่มีความเสื่อมของระบบประสาท ภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้มักเกิดขึ้นร่วมกัน ดังที่พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของผู้สูงอายุที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมประมาณ 4 โรคหรือมากกว่า หรือในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งจะมีโรคร่วมอื่นๆ หลายโรคเช่นกัน ผู้สูงอายุที่ภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระยะรุนแรงมักมีการะจាកอาการ แผนการรักษาที่ซับซ้อน และระบบการสนับสนุนทางสังคมที่อ่อนแอ (Combs, Kluger & Kutner, 2013) ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับความสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม สำหรับอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่โรคมักมีการลุกลาม คือ ความปวด เบื่ออาหาร-ผอมแห้ง คลื่นไส้ ท้องผูก หอบเหนื่อย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า และสับสน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการพร้อมกันหลายอาการ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่กำหนดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการทำหน้าที่ สำหรับอาการที่พบได้ทั่วไปในระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวนของอาการจะมีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ดังนั้น การบรรเทาอาการจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตสูงสุด (Aranda, 2003) พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการเพื่อนำไปสู่การวางแผน และให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและญาติ

ผู้ดูแลในการประเมินอาการ จัดการกับอาการ และติดตามผลลัพธ์การจัดการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดไปจนถึงวาระสุดท้าย การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มด้วยการประเมินอาการเพื่อหาสาเหตุของการเกิดอาการต่างๆ ซึ่งสามารถทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปสู่การวางแผนและให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการ โดยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพสูงในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการอาการ โดยผสมผสานวิธีการต่างๆ ทั้งในส่วนที่ต้องอาศัยคำสั่งการรักษาจากแพทย์ ซึ่งในบทบาทนี้พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องยา การบริหารยา ตลอดจนผลข้างเคียงเพื่อติดตามผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และส่วนที่สามารถทำได้โดยอิสระ เช่น การสอน ให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การดูแลด้านจิตสังคม ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลเพื่อจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการกับอาการโดยวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยา เพื่อช่วยบรรเทาให้อาการทุเลาลง ลดความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้พยาบาลยังมีหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมการดูแลทุกระดับโดยมีเป้าหมายที่ผู้สูงอายุเป็นสำคัญ เพื่อช่วยให้การจัดการอาการมีประสิทธิภาพ (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์ และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการจัดการอาการในผู้สูงอายุ

1. การประเมินอาการ พยาบาลพึงตระหนักว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านการประเมิน เนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ข้อมูลในด้านต่างๆ ลดลง เพราะความพร่องสมรรถภาพทางด้านระบบประสาททั้งในด้านการเสื่อมของความจำ การได้ยิน การมองเห็น รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ตัวอย่าง เช่น การรับรู้ความปวดในวัยสูงอายุ จำนวนตัวรับความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง แต่ผลการศึกษาในการประเมินความไวต่อความเจ็บปวด (pain threshold) และระดับความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยอื่นๆ ยังสรุปได้ไม่ชัดเจน แต่มีข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุขาดประสิทธิภาพในการแยกแยะและบรรยายความปวด ดังนั้นพยาบาลควรใช้เทคนิคในการสื่อสารให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพร่องของการรับรู้ทางตาหรือหู สมองเสื่อม หรือพูดลำบาก การซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยรายงานได้ถูกต้อง พยาบาลควรใช้คำพูดในการสื่อความหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และพยายามทำความเข้าใจกับคำตอบของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อีกทั้งผู้สูงอายุโดยมากจะมีความเกรงใจ หรืออาจเล่าถึงอาการที่เป็นอยู่น้อยกว่าความเป็นจริง เพราะไม่อยากรบกวนคนอื่น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งก็กลัวการกินยาเพิ่มขึ้น กลัวติดยา หรือกลัวเสียเงิน หรือความเชื่อว่าการที่ตนเองเป็นอยู่ไม่สามารถรักษาได้หรือคิดว่าเป็นสิ่งที่จะต้องเกิดคู่กับผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านการรับรู้หรือระบบจิตประสาท การประเมินอาการจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและการสอบถามจากผู้ดูแลที่ใกล้ชิดจะมีส่วนอย่างมากในการช่วยบอกถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

2. ความเข้าใจและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ บ่อยครั้งที่ปัญหาหรืออาการที่ผู้สูงอายุประสบถูกละเลย หรือได้รับการดูแลและรักษาที่ไม่เพียงพอเนื่องจากมีความเข้าใจผิดบางประการ เช่น ผู้สูงอายุมีอาการสับสน กระวนกระวาย แต่กลับเป็นอาการที่บุคลากรทางการแพทย์อาจละเลยในการวินิจฉัยอย่างละเอียด หรืออาจมีการวินิจฉัยแบบเหมารวมว่าเป็น ภาวะสับสน (Confusion) หรือภาวะหลงลืมของคนชรา (Senility change) ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างถูกต้อง หรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุที่จะเป็นข้อเตือนใจให้พยาบาลได้คำนึงถึง ดังตัวอย่างในตารางที่ 1 (ดาริน จตุรภัทรพร, ม.ป.ป.; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550)

ตารางที่ 1 ตัวอย่างความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุและความจริงในความจริงนั้น

ความเชื่อที่ผิด	ความจริง
• ความเจ็บปวดเป็นของคู่กับผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยเรื้อรัง	• ความเจ็บปวดไม่ใช่สิ่งปกติในผู้สูงอายุ จึงต้องการขั้นตอนการประเมินและรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยวัยอื่นๆ
• ผู้สูงอายุมีความไวและการรับรู้ต่อความปวดลดลง	• ผลการศึกษาในปัจจุบันยังสรุปไม่ได้ชัดเจนว่า อายุที่มากขึ้นจะมีผลต่อการรับรู้และความอดทนต่อความปวด แต่อาจอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีขีดกันความทนต่อความปวด (threshold) สูงขึ้น อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในการรับรู้ความปวดตั้งแต่ปลายประสาท จำนวนเส้นประสาท สารสื่อประสาท และเซลล์ประสาทสมองมีจำนวนลดลง หรือทำหน้าที่ได้น้อยลง ทำให้การรับรู้เกิดขึ้นช้าหรือรับรู้ลดลง แต่ผลที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ในการยับยั้งสัญญาณความปวดได้น้อยลง ประกอบกับการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บล่าช้า สิ่งเหล่านี้อาจทำให้อาการปวดแบบเฉียบพลันในผู้สูงอายุกลายเป็นอาการปวดเรื้อรังได้ง่าย
• ผู้ป่วยที่ไม่ได้บ่นปวด แสดงว่าเขาไม่ได้ปวดมาก	• ข้อนี้ไม่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่บ่นปวดอาจมีเหตุผลต่างๆ เช่น กลัวผลที่จะเกิดจากความปวด กลัวขั้นตอนการวินิจฉัยโรค กลัวการรักษา หรืออาจคิดว่าความปวดเป็นเรื่องปกติ
• ผู้สูงอายุที่ยังไม่มีการพร่องสมรรถภาพทางกาย แสดงว่าเขาไม่ได้ปวดมาก	• ผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาต่อความปวดหลายๆ แบบ ผู้สูงอายุหลายคนจะพยายามไม่นึกถึงความปวด เมื่อเวลาผ่านไปนานๆ ผู้สูงอายุอาจจะไม่มีการแสดงของความปวด
• ผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดกลุ่มเสพติด (narcotic) มีอันตรายมาก ไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้สูงอายุ	• ยาแก้ปวดกลุ่มเสพติดใช้ได้สำหรับผู้สูงอายุ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะไวต่อผลข้างเคียงจากยากลุ่มนี้ แต่ยักดีกว่าไม่กล้าให้ยาแก้ปวด และปล่อยให้ผู้ป่วยปวด ควรเลือกยาที่มีช่วงเวลาออกฤทธิ์สั้น ปรับขนาดยาให้เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดยามีน้อยกว่าร้อยละ 0.1 และมีการกดการหายใจน้อยมาก ถ้าใช้ในขนาดที่เหมาะสม

3. การใช้ยาในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่แข็งแรงมีปัญหาเรื่องการใช้น้อย แต่ผู้สูงอายุที่มีอวัยวะต่างๆ ทำงานลดลงจะมีปัญหาในการใช้ยาได้มาก ปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นผลรวมที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ (สมบุญ เทียนทอง, 2550)

3.1 การดูดซึมยา ถ้าไส้ทำงานช้าลงหรือมีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ น้อยลง ทำให้การดูดซึมยาช้าลงได้ ทั้งยาชนิดรับประทานและยาฉีดทางกล้ามเนื้อ แต่การดูดซึมที่ช้าลงจะไม่ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าคนที่อายุน้อย

3.2 การกระจายของยา ผู้สูงอายุมีปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้การกระจายยาในร่างกายลดลง เมื่อร่วมกับระดับอัลบูมินที่ลดลงจะทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าคนที่อายุน้อยกว่า

3.3 การทำลายยา ยาส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ ถ้าตับทำงานน้อยลงยาจะอยู่ในร่างกายได้นานขึ้น

3.4 การขับถ่ายยา ต้องอาศัยไตเป็นหลักหากไตทำงานน้อยลงจะทำให้ยาอยู่ในร่างกายได้นานขึ้น

3.5 การออกฤทธิ์ของยา การออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทมีผลทั้งโดยตรง คือ การตอบสนองของยาเพิ่มขึ้นและโดยอ้อม เช่น จำนวนตัวรับ (receptor) และสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย เช่น เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) จากยา amitriptylene เป็นต้น

3.6 การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (drug interaction) ผู้สูงอายุใช้ยาหลายชนิด ทำให้การออกฤทธิ์ของยาแตกต่างจากปกติ เช่น การหายใจถูกกดเพิ่มขึ้นหากมีการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ร่วมกับไดอะซีแพม (diazepam) หรือมีผลเสียต่อไตมากขึ้นหากใช้ยา NSAIDs ร่วมกับยาขับปัสสาวะ (diuretic) เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้สูงอายุ ควรจะเริ่มต้นด้วยขนาดน้อยๆ และปรับขนาดยาช้าๆ (start low and go slow)

ด้วยเหตุนี้การใช้ยาเพื่อจัดการอาการในผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการดูดซึม การกระจายตัว การเปลี่ยนแปลงยา และการขับยาของผู้สูงอายุลดลง รวมทั้งความไวในการจับระหว่างยากับตัวรับเพิ่มขึ้น จึงทำให้ยาออกฤทธิ์อยู่ในร่างกายได้นานและมีอาการข้างเคียงจากยาสูงกว่าวัยอื่น ประกอบกับผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวจึงได้ยาหลายชนิดรวมกันทำให้มีโอกาสเกิดปฏิกิริยากับยาอื่นๆ พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด ระยะเวลาที่ยาหมดฤทธิ์ ขนาดยาที่ใช้ ความถี่ในการให้ยา และอาการข้างเคียงของยา ทั้งนี้ขนาดของยาที่ใช้และการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน ขึ้นกับอายุ โรคที่เป็น ยาอื่นที่ใช้ร่วมด้วย และวิถีทางในการให้ยา ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการจึงต้องมีความรู้ในเรื่องยา การบริหารยาที่ถูกต้องเพื่อผลการบรรเทาอาการ รวมทั้งความรู้ในเรื่องการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้ยังต้องมีการใช้บทบาทอิสระจัดการกับอาการโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยาร่วมด้วย เพื่อยืดระยะเวลาในการให้ยาช้า หรือช่วยลดปริมาณยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ซึ่งจะช่วยลดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา (ปานจันทร์ ฐานปณกุลศักดิ์, 2547; ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

อาการที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สำหรับเนื้อหาของการจัดการอาการในที่นี้จะเน้นเฉพาะอาการที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร สับสนเฉียบพลัน ส่วนอาการที่เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) จะไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้

ความปวด

การเกิดความปวดเป็นการแสดงให้รู้ว่าโรคที่เจ็บป่วยนั้นยังอยู่ ทั้งจากตัวโรค การรักษา และสาเหตุอื่นๆ โดยเฉพาะความปวดเนื่องจากกระบวนการดำเนินของโรค ความปวดที่เป็นผลแทรกซ้อนจากการรักษาและความปวดที่มีสาเหตุทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลง จึงสร้างความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า แต่ความปวดที่เกิดขึ้นกลับถูกละเลยจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งที่ความปวดเหล่านี้หากให้ยาแก้ปวดที่ถูกชนิดกับความปวดที่เกิดขึ้นด้วยขนาดยาที่เหมาะสมและด้วยช่วงเวลาการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาที่ใช้อย่างถูกต้อง สามารถให้การบรรเทาหรือควบคุมให้หายปวดได้ สำหรับอาการปวดในผู้สูงอายุนั้นอาจมีอาการปวดจากโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็งและอาการปวดจากโรคมะเร็ง ซึ่งจะแตกต่างกันในวิธีการดูแลรักษา แต่เนื้อหาในที่นี้จะเน้นการจัดการความปวดในมะเร็งเป็นหลัก

1. ชนิดของความปวด

1.1 ความปวดที่แบ่งตามลักษณะของการเกิดความปวด การแบ่งความปวดตามพยาธิสภาพที่เกิดจะช่วยให้ประโยชน์ในการช่วยเลือกวิธีการรักษาและเลือกใช้ยาระงับปวดที่มีความแตกต่างกัน ระหว่างความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท จึงควรแยกให้ได้ว่าความปวดนั้นเป็นชนิดใด (สรุปความแตกต่างของความปวดทั้งสองชนิดนี้ดังตารางที่ 2 แม้ว่าอาจจะพบความปวดทั้งสองชนิดนี้เกิดร่วมกันได้ แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; ลักขมี ชาญเวชช์, 2542; สำนักพัฒนานิวิชาการแพทย์, 2547; สหทัยา ไพบูลย์วรชาติ, 2549)

1.1.1 ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ การอักเสบหรือมีการทำลายเนื้อเยื่อโดยตรงหรือสารที่หลังจากการอักเสบหรือทำลายเนื้อเยื่อ แบ่งเป็น

1) ความปวดของโครงสร้างพื้นที่ผิวของร่างกาย (somatic pain) เป็นความปวดของโครงสร้างร่างกาย หากเป็นความปวดบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง (superficial somatic pain) จะมีลักษณะความปวดเหมือนเข็มแทง หรือปวดแปลบ หรือมีอาการปวดร่วมกับแสบร้อน ซึ่งจุดที่ปวดได้ชัดเจน และมีระยะเวลาเจ็บปวดสั้น หากเป็นความปวดในเนื้อเยื่อชั้นลึก (deep somatic pain) ได้แก่ กล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น ข้อ เยื่อหุ้มกระดูก และหลอดเลือด ความปวดมีได้หลายลักษณะ เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตื้อๆ ปวดบีบๆ ปวดแน่นตึง ปวดร้าว บริเวณปวดกว้าง ระยะปวดนานกว่าความปวดบริเวณผิวหนัง เช่น อาการปวดกระดูกจากมะเร็งแพร่กระจายจะมีลักษณะกดเจ็บเฉพาะที่ปวดตื้อๆ อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อมีการขยับหรือเคลื่อนไหว

2) ความปวดที่มาจากอวัยวะภายใน (visceral pain) มักเกิดจากอวัยวะภายในมีก้อนเนื้อแทรกอยู่ หรือมะเร็งแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น เช่น ตับ ปอด ต่อมไทรอยด์ และภายในช่องท้อง เป็นต้น เนื่องจากอวัยวะภายในมีปลายประสาทรับความเจ็บปวดอยู่น้อย ความปวดที่เกิดขึ้นจึงเป็นอาการปวดตื้อๆ ลึกๆ ปวดเหมือนมีดบาดเป็นครั้งคราว ปวดเสียด ปวดบิดเป็นพักๆ หรือปวดเหมือนบีบรัดเป็นพักๆ (colicky pain) ซึ่งอาจเกิดจากการอุดกั้นของอวัยวะภายใน เช่น ลำไส้อุดกั้นจากมะเร็ง ปวดทรมานเป็นบริเวณกว้าง ระยะปวดนาน ปวดตลอด และไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน อาจมีการปวดร้าวไปผิวหนัง (refer pain) โดยบริเวณพื้นผิวไม่มีพยาธิสภาพ แต่เกิดจากพยาธิสภาพของอวัยวะภายในแผ่ความปวดไปบริเวณพื้นผิวที่มีเส้นประสาทไขสันหลังส่วนเดียวกันไปเลี้ยง เช่น ปวดบริเวณไหล่ขวาอาจมาจาก diaphragmatic irritation ปวดบริเวณ sacrum หรือ perineum อาจมาจากอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

1.1.2 ความปวดจากการบาดเจ็บหรือการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท (neuropathic pain) เป็นความปวดที่เกิดเนื่องจากการบาดเจ็บหรือโรคของระบบประสาท ได้แก่ เส้นประสาทถูกกระชาก เส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือถูกทำลาย เช่น มีการกดทับ หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาที่เส้นประสาท กลุ่มประสาทหรือไขสันหลัง ซึ่งเป็นผลจากการรักษาโรค เช่น จากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการอักเสบของเส้นประสาท (neuropathy) หรือผลจากการได้รับรังสีรักษาทำให้มีพังผืดไปรัดกลุ่มประสาทเกิดการบาดเจ็บของข่ายประสาท (plexopathy) ผลจากการผ่าตัด หรือผลตามมาจาก การเจ็บป่วยที่ทำให้ปลายประสาทอักเสบ ลักษณะความปวดจะมีอาการปวดตามทางเดินของเส้นประสาท และมีลักษณะพิเศษ เช่น แสบร้อนอย่างมาก ปวดเหมือนไฟช็อต เหมือนมีอะไรไต่ตามผิวหนังอยู่ตลอดเวลาตามผิว หรือมีความรู้สึกที่ผิดปกติในบริเวณที่มีพยาธิสภาพ เช่น มีอาการปวดมากกว่าปกติ (hypersensitivity) ปวดเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้ปวด (allodynia) เช่น ปวดแม้เพียงการสัมผัสเบาๆ เป็นต้น ความปวดจะอยู่ถาวร แต่จะมีอาการรุนแรงขึ้นมาเป็นพักๆ ไม่แน่นอน

ตารางที่ 2 สรุปความแตกต่างของความปวด Nociceptive pain และ Neuropathic pain

ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ	ความปวดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท
- Somatic pain - มีลักษณะปวดเฉพาะที่ - บอกตำแหน่งได้ชัดเจน - อาจปวดแบบตื้อๆ ปวดตุ้ๆ ปวดจี๊ดๆ - ปวดเหมือนมีดบาด - ปวดแน่นหรือตึง - Visceral pain - มีลักษณะปวดทั่วๆ ไป - อาจมีอาการปวดร้าวร่วมด้วย - บอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน - ปวดแบบเสียด ปวดบิดเป็นพัก ๆ	- อาจปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ ขึ้นมาเอง - มีอาการปวดในหลายรูปแบบ ได้แก่ - อาการปวดที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสสิ่งซึ่งปกติจะไม่ทำให้ปวด เช่น สัมผัสมีอุบ - อาการปวดที่เกิดขึ้นเมื่อเวลาถูกความเย็นหรือความร้อน - อาการปวดที่รุนแรงมากขึ้นจากการกระตุ้นซ้ำๆ โดยที่ความแรงจากการกระตุ้นนั้นไม่เปลี่ยนแปลงเลย - อาการปวดที่รุนแรงมากกว่าปกติ จากการกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการปวด - อาการปวดที่รุนแรงมากกว่าปกติ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดก็รุนแรงมาก โดยเฉพาะถ้ากระตุ้นซ้ำๆ - มีอาการชา - เป็นความรู้สึกแปลกๆ ที่ไม่สบาย

1.2 ความปวดที่แบ่งตามรูปแบบของเวลาที่มีอาการปวด แบ่งเป็น 4 ชนิด คือ (พงศ์ภารดี เจาทะเกษตรริน, 2547)

1.2.1 ความปวดที่คงอยู่ตลอดเวลา (persistent pain หรือ background pain) หมายถึง ความปวดหลักที่มีอย่างต่อเนื่องเกือบตลอดทั้งวัน ต้องควบคุมด้วยการให้ยาที่คุมความปวดตลอด 24 ชั่วโมง

1.2.2 ความปวดจากการได้รับขนาดยาไม่เพียงพอ (end-of-dose failure) หมายถึง มีอาการปวดเกิดขึ้นเนื่องจากยาหมดฤทธิ์ก่อนถึงเวลาที่จะให้ยาในครั้งต่อไป มีสาเหตุมาจากการให้ยาระงับปวดตามกำหนดเวลาที่มีขนาดยาไม่เพียงพอ การควบคุมความปวดชนิดนี้ คือ การปรับเพิ่มขนาดยา

1.2.3 ความปวดแทรก (breakthrough pain) หมายถึง ความปวดที่รุนแรงขึ้นมาเป็นช่วงๆ ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาระงับปวดตามเวลาที่กำหนด อาจเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ และอาจเกิดขึ้นบ่อยครั้งในหนึ่งวัน ซึ่งสามารถควบคุมความปวดด้วยการให้ยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นแบบ p.r.n.

1.2.4 ความปวดเมื่อทำกิจกรรมบางประเภท (incidental pain) หมายถึง ความปวดที่รุนแรงขึ้นมาเป็นช่วงๆ โดยเกิดเมื่อมีสิ่งกระตุ้นหรือเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำแผล ล้างอุจจาระ การควบคุมความปวดด้วยการให้ยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นป้องกันไว้ก่อน

2. การประเมินความปวด การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด คือ การรับฟังคำอธิบายความรู้สึกของผู้ป่วยว่าปวดอย่างไร และเชื่อผู้ป่วยว่ามีความปวดจริง หลังจากนั้นจึงประเมินความปวดโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมทั้งประเมินสภาพของโรครวมทั้งปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น ดังนี้ (สัททยา ไพบูลย์วรชาติ, 2549)

2.1 การซักประวัติ เพื่อให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความปวด ได้แก่

2.1.1 การเริ่มต้นของอาการปวด เริ่มมีอาการปวดเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อไร

2.1.2 ตำแหน่งที่มีอาการปวดและขอบเขต อาการปวดมีอยู่เฉพาะที่หรือมีการกระจายไปมากน้อยขนาดไหน ควรบันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยภาพของร่างกายช่วย เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยชี้บอกตำแหน่ง

2.1.3 ลักษณะของความปวด เพื่อช่วยบอกกลไกของความปวดได้ว่า เป็นความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือความปวดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท ดังที่กล่าวมาแล้วในชนิดของความปวด

2.1.4 ระยะเวลาและรอบของความปวด ลักษณะของรอบความปวดอาจแตกต่างกันไป เช่น ปวดตลอดเวลาเป็นระยะๆ หรือปวดเพิ่มขึ้นมาอีกแม้ว่าได้รับยาแก้ปวดคงที่แล้ว (breakthrough pain) หรือความปวดจากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นเพิ่มจากปกติ (incident pain) ซึ่งรูปแบบและระยะเวลาความปวดจะช่วยในการปรับยาระงับปวดให้กับผู้ป่วยด้วย

2.1.5 ความรุนแรงของความปวด เป็นสิ่งสำคัญที่ควรประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและเป็นการบอกผลของการรักษาด้วย

2.1.6 ปัจจัยที่ทำให้อาการปวดมากขึ้นและน้อยลง เพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ปวดมากขึ้น

2.1.7 การใช้ยาระงับปวดที่ผ่านมา เป็นยาระงับปวดชนิดใด ขนาดเท่าไร ใช้ยาถี่มากน้อยเพียงไร ผลของยาดีหรือไม่รวมถึงผลข้างเคียงของยาที่ใช้

2.1.8 อาการอื่นๆ ที่พบร่วม เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ

สำหรับการประเมินความรุนแรงของความปวดในผู้สูงอายุ มีเครื่องมือประเมินความรุนแรงของความปวดหลายแบบที่นิยมใช้ ทั้งนี้ควรเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล หากผู้สูงอายุสามารถสื่อสารได้อาจใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale: 0-10) ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกใช้ง่าย แต่มีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่อาจไม่สามารถให้ค่าคะแนนได้ การประเมินด้วยมาตรวัดความปวดตามระดับความรู้สึกปวด (verbal rating scale: ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ได้ หรืออาจใช้มาตรวัดความปวดด้วยภาพใบหน้า (face pain scale) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง ควรประเมินความปวดโดยการดูจากพฤติกรรม การแสดงออก ซึ่งมีเครื่องมือหลายชนิดให้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล หรือการประเมินจากการสังเกตความสามารถในการทำกิจกรรมและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย (สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550)

2.2 การตรวจร่างกาย ควรทำการตรวจทุกระบบ โดยอาจตรวจจุดที่ปวดก่อนเพื่อสื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาความปวดของผู้ป่วยกำลังได้รับการดูแล จากนั้นทำการตรวจร่างกายส่วนอื่นๆ เพื่อช่วยให้ทราบตำแหน่งของอวัยวะหรือบริเวณของร่างกายที่เป็นต้นตอที่ก่อให้เกิดความปวด นอกจากนี้ควรประเมินการตอบสนองต่อความปวดทั้งด้านสรีรวิทยา พฤติกรรม และความสามารถในการทำหน้าที่ด้วย

2.2.1 การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ได้แก่

1) พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวและการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้าวินี คิ้วขมวด หลับตาแน่น กัดริมฝีปากหรือกัดฟัน นอนบิดไปมา หรือนอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหว

2) พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น ร้องเสียงครวญคราง เสียงสุดปาก

3) พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว เอะอะโวยวาย ซึมเศร้า หรือกลายเป็นคนเก็บกดมากขึ้น

2.2.2 ประเมินจากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นการประเมินความปวดจากผลของความปวดที่มีต่อปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต อัตราการหายใจ ชีพจร รูม่านตา ปลายมือปลายเท้าเย็น เหงื่อออก ขนลุก ฯลฯ

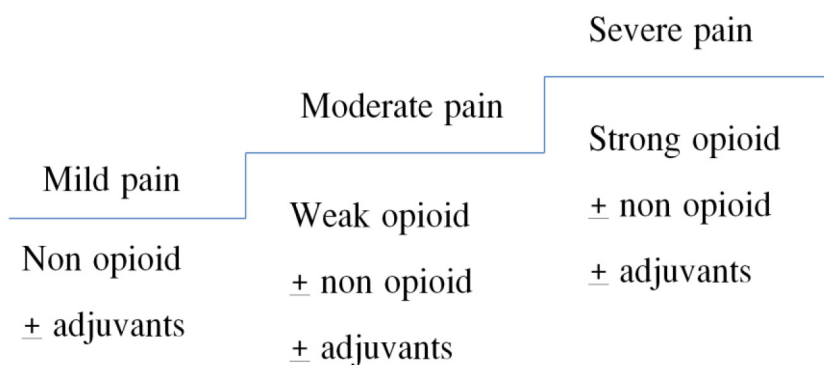
2.3 ประเมินจากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น

2.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาว่าจำเป็นต้องตรวจพิเศษเพิ่มหรือไม่ในการช่วยวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวด ทั้งนี้ควรทำเท่าที่จำเป็นและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้นเพื่อประโยชน์ในแง่การบำบัดรักษาและติดตามผล หลีกเลี่ยงการตรวจเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็นหรือไม่ได้ประโยชน์ต่อการพิจารณาให้การรักษา

3. การจัดการความปวดโดยใช้ยา

3.1 หลักการให้ยาระงับปวด มีดังนี้ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558; ลักษมี ชาญเวชช์, 2542; สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

3.1.1 ให้ยาระงับปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด (By the ladder) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางการรักษาอาการปวดด้วยยาระงับปวดเป็นขั้นบันได 3 ขั้น (ดังภาพที่ 2) ซึ่งเป็นเกณฑ์สำหรับบำบัดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าสามารถนำมาปรับใช้บำบัดความปวดที่เกิดกับผู้ป่วยโรคอื่นที่มีความปวดได้ดี โดยหลักการที่สำคัญคือ หากยาแก้ปวดที่ใช้อยู่ตามระดับความปวดแล้วได้ผลการบำบัดไม่ดีเท่าที่ควร ให้พิจารณาปรับเปลี่ยนไปใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ได้ผลมากขึ้น ไม่ควรให้ยาในกลุ่ม/ประเภทเดียวกันหลายตัว เช่น ไม่ควรใช้กลุ่ม NSAIDs สองชนิดพร้อมกันหรือไม่ใช้ยาในกลุ่ม weak opioids ร่วมกับ strong opioids เพราะอาจมีผลไม่พึงประสงค์ร้ายแรงได้ แต่สามารถใช้ยาระงับปวดหลายกลุ่มร่วมกันได้ เช่น ใช้ยาในกลุ่ม non-opioids ร่วมกับยาในกลุ่ม weak-opioids หรือยาในกลุ่ม non-opioids ร่วมยาในกลุ่ม strong-opioids และอาจใช้ร่วมกับกลุ่มยาเสริม (adjuvants) เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวดและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากยาแต่ละกลุ่มได้ถ้ามีข้อบ่งชี้เพื่อบำบัดความปวด



ภาพที่ 2 บันไดการใช้ยาแก้ปวด 3 ขั้นตอนขององค์อนามัยโลก (สถาพร ลีตานันทกิจ, 2547)

3.1.2 การเลือกให้ยาระงับปวดตามกลไกของความปวด (By mechanism) การใช้ยาจะมีความแตกต่างกันระหว่างความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) และความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท (neuropathic pain) เช่น หากเป็น nociceptive pain ควรเริ่มด้วยยาในกลุ่ม non – opioid ถ้าไม่ดีขึ้นให้ใช้ยาในกลุ่ม opioid ส่วน neuropathic pain การใช้ยาในกลุ่ม opioid อาจไม่ตอบสนอง ควรใช้ยาในกลุ่ม adjuvants ดังสรุปในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปชนิดของความปวดและแนวทางการบำบัดรักษาด้วยยา (โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

ชนิดของความปวด	ระดับความปวด	กลุ่มของยาแก้ปวดที่ควรเลือกใช้
Nociceptive pain - Bone, Soft tissue - Visceral	Mild, Moderate Severe Mild Moderate, Severe	- Non-opioid (Opioids if required) - Opioid + Non-opioid - Non-opioid (Opioids if required) - Opioid ± Non-opioid
Neuropathic pain - Nerve compression - Nerve infiltration, damage		- Opioid + Corticosteroid - Tricyclic antidepressant or Anticonvulsant
Others - Increase intracranial pressure - Muscle spasm		- Corticosteroid - Muscle relaxant

3.1.3 การให้ยาระงับปวดโดยวิธีรับประทาน (By mouth) ควรพิจารณาให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยในรูปแบบรับประทานทุกชนิดถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ หรือไม่มีพยาธิสภาพในการกลืนหรือการดูดซึมยา

3.1.4 การให้ยาระงับปวดอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง (By around the clock) สำหรับความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่ควรให้ยาเฉพาะเมื่อมีความปวดหรือตามที่คุณป่วยร้องขอ (p.r.n.) เท่านั้น ต้องให้ยาระงับปวดตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ระดับยาแก้ปวดในกระแสเลือดอยู่ในระดับคงที่ และสามารถควบคุมความปวดได้ดี นอกจากนี้ต้องมียาแก้ปวดที่ใช้อยู่ตามปกติเพิ่มเติมเป็นขนานพิเศษ (rescue dose) ในช่วงระหว่างเวลาที่ได้รับยานั้นๆ เพื่อเป็นการระงับปวดที่ปะทุขึ้น (breakthrough pain) หรือในกรณีต้องทำกิจกรรมบางชนิดที่อาจก่อให้เกิดความปวดขึ้น (incident pain) ด้วยการให้ยาแก้ปวดก่อนที่คุณป่วยจะกระทำการกิจกรรมนั้นๆ ประมาณ 1/2-1 ชั่วโมง

3.1.5 ให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยเป็นเฉพาะรายบุคคล (By individual) ขนาดยาแก้ปวดที่ถูกต้องของผู้ป่วยแต่ละราย คือ ยาขนาดที่เหมาะสมในการบำบัดความปวด ไม่มียาแก้ปวดชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นยาแก้ปวดที่สมบูรณ์แบบที่สุด การพิจารณาใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในการบำบัดความปวดในปัจจุบันถือเป็นวิธีการที่ดีที่สุด รวมทั้งการเฝ้าติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อติดตามผลการสนองตอบต่อยาแก้ปวดที่ให้แกผู้ป่วยถึงผลของการบำบัด รวมถึงอาการข้างเคียงอย่างสม่ำเสมอ

3.2 ยาระงับปวดกลุ่มต่างๆ ตามบันได 3 ขั้น ขององค์การอนามัยโลก

ขั้นตอนที่ 1 ยาระงับปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) ยาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ใช้บรรเทาความปวดที่รุนแรงในระดับเล็กน้อย หรือใช้เสริมผลระงับปวดจากยาในกลุ่มโอปิออยด์ และใช้ร่วมกับยาเสริม (adjuvants) ยาในกลุ่มนี้มีเพดานระงับปวด (ceiling effect) อยู่ระดับหนึ่ง กล่าวคือ ถ้าให้ยามากกว่าขนาดยา

สูงสุดแล้วจะไม่ได้ผลในการแก้ปวดที่เพิ่มขึ้นนอกจากผลข้างเคียง ดังนั้นจึงใช้บรรเทาความปวดที่ไม่รุนแรง หรือใช้เสริมผลระงับปวดของยากลุ่ม opioids ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

1) Paracetamol ใช้ระงับปวดโดยยับยั้งการสร้าง prostaglandin ในสมองได้ดีกว่าในระบบประสาทส่วนปลาย ไม่มีผลข้างเคียงกับกระเพาะอาหาร ยาถูกทำลายที่ตับและมีพิษต่อดับ จึงไม่ควรให้เกินวันละ 4 กรัม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นประจำ

2) NSAIDs มีฤทธิ์ลดการอักเสบและระงับปวด เป็นกลุ่มยาที่ใช้สำหรับบำบัดความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของกระดูก (bone pain) และความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง การใช้ NSAIDs กลุ่มดั้งเดิม (Classical NSAIDs) ต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร การยับยั้งการจับกลุ่มของเกล็ดเลือดและพิษต่อไต เป็นต้นจึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยสูงอายุ การเลือกใช้ NSAIDs กลุ่ม COX-2 inhibitor แทน พบว่าเกิดอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อยลง สำหรับขนาดยา ระยะเวลาในการใช้ยา และขนาดยาที่สูงสุดต่อวันของยาแต่ละชนิด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวอย่างยาบรรเทาปวดกลุ่ม non-opioids (ดัดแปลงจาก สหทัยา ไพบูลย์วรชาติ, 2556)

ชื่อยา	ขนาด (มก.)	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (ชม.)	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก.)
Paracetamol	500-1000	4-6	4,000
Classical NSAIDs			
Ibuprofen	200-400	6-8	1,600
Diclofenac	25-75	6-8	150
Selective COX2 inhibitors			
Meloxicam	7.5-15	24	15
Specific COX2 inhibitors			
Celecoxib	100-200	12	500

ขั้นตอนที่ 2 ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดอ่อน (weak opioids) เป็นยาที่ใช้รักษาความปวดระดับปานกลาง หรือใช้ร่วมกับยากลุ่ม non-opioids และยาเสริม (adjuvants) ยาในกลุ่มนี้มีมีเพดานระงับปวด (ceiling effect) เช่นเดียวกับยากลุ่ม non-opioids ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ ได้แก่

1) Codeine เป็นยากลุ่มโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อนกว่ายามอร์ฟิน 10 เท่า ดูดซึมหลังรับประทานได้ดี ในทางปฏิบัติถ้าผู้ป่วยได้รับยา codeine 60 มก. ทุก 4 ชม. แล้วได้ผลลดปวดไม่ดีเท่าที่ควร ควรเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่ม strong opioids แทน

2) Tramadol มีฤทธิ์ระงับปวดอย่างอ่อน ยาในรูปแบบรับประทานจะออกฤทธิ์ได้ดีกว่าในรูปแบบฉีด ทั้งนี้เนื่องจากยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดเพื่อออกฤทธิ์ได้มากกว่า โดยออกฤทธิ์ในขนาด 1/5 ของยามอร์ฟิน รับประทาน ในขณะที่รูปแบบยาฉีดมีฤทธิ์อ่อนกว่ามอร์ฟิน 10 เท่า หากใช้ถึงวันละ 400 มก. แล้วยังบรรเทาปวดไม่ดี ควรเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่ม strong opioids แทน

ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน แต่การกดการหายใจและง่วงซึมพบน้อย อาจมีผลทางจิตประสาท เช่น อาการสับสน ประสาทหลอน ยา tramadol ไม่ควรใช้ในผู้ที่มีโรคลมชัก เพราะทำให้ระดับขีดกั้น (threshold) ที่เกี่ยวกับการยับยั้งอาการชักลดลง สำหรับขนาดยา ระยะเวลาในการใช้ยา และขนาดยาที่สูงสุดต่อวันของยาแต่ละชนิด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปขนาดยาระงับปวดกลุ่ม Weak opioids ชนิดรับประทาน

ยา	ขนาดยา	ระยะเวลาที่ออกฤทธิ์สูงสุด	ความถี่ในการบริหารยา	ขนาดที่ให้สูงสุดต่อวัน
Codeine	15, 30 มก.	4 ชม.	30- 60 มก. ทุก 4 – 6 ชม.	ไม่เกิน 360 มก./วัน
Tramadol	50 มก.	4 ชม.	50– 100 มก. ทุก 6 – 8 ชม.	ไม่เกิน 400 มก./วัน

ขั้นตอนที่ 3 ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรง (strong opioids) เป็นยาที่ใช้สำหรับบำบัดความปวดที่มีระดับรุนแรงมาก อาจใช้เดี่ยวๆ หรือใช้ร่วมกับยากลุ่ม non opioids และยาเสริม (adjuvants) ที่สำคัญคืออย่าใช้ผสมกันระหว่างกลุ่ม weak opioids และ strong opioids เพราะจะทำให้เกิดผลข้างเคียงจาก ceiling effect ของยาที่ผสมกัน ยาในกลุ่ม strong opioids ที่นิยมใช้ ได้แก่ morphine, fentanyl, methadone เป็นต้น ส่วน pethidine ไม่แนะนำให้ใช้ เพราะเมื่อยาถูกสันดาปในร่างกายจะได้สาร norpethidine ซึ่งถ้าสารนี้สะสมมากเกินไปจะก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากมายต่อระบบประสาทและทำให้ชักได้ ดังนั้นในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะยาที่นิยมใช้ (ดังสรุปยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้ในตารางที่ 6)

1) Morphine ถือเป็นยาหลักในการระงับปวดที่รุนแรง มีทั้งในรูปแบบรับประทานและแบบฉีด ยา morphine ในรูปแบบรับประทานมีฤทธิ์อ่อนกว่ารูปแบบยาฉีด 3 เท่า ผลการระงับปวดขึ้นกับขนาดยาที่ใช้ โดยไม่มีเพดานระงับปวด (ceiling dose) ดังนั้นการใช้ปริมาณมากหรือน้อยจึงพิจารณาจากความไวในการตอบสนองต่อยา และความต้องการยาในการควบคุมความปวด รวมทั้งผลไม่พึงประสงค์ของยาในผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ ยามorphine ถูกทำลายที่ตับและขับออกทางปัสสาวะ การใช้ยาจึงต้องคำนึงถึงภาวะทุโภชนาการ โรคตับ โรคไต ซึ่งอาจทำให้การทำลายยาหรือขับออกช้าลง ในผู้สูงอายุควรเริ่มในขนาดน้อยก่อน

1.1) ยามอร์ฟีนที่มีฤทธิ์สั้น (immediate release morphine) เป็นยามอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์ในการแก้ปวดได้นาน 4 ชั่วโมง ยาในรูปแบบรับประทานมีทั้งแบบชนิดน้ำ (morphine sulphate syrup) ขนาดความเข้มข้นอยู่ที่ 1-2 มก./มล. และในรูปแบบยาเม็ด (immediate released tablet, MO-IR) มีขนาด 10 มก./เม็ด ในกรณีที่เป็นผู้สูงอายุร่างกายอ่อนแอ ควรเริ่มด้วยขนาดยา 5 มก. ทุก 4 ชม. มอร์ฟีนในรูปแบบยาฉีดคือ morphine sulfate solution (10 มก./มล.) จะพิจารณาใช้เฉพาะกรณีที่มีความปวดรุนแรง หรือในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนยา

1.2) ยามอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน (controlled release or sustained-release morphine) เป็นยามอร์ฟีนที่ได้รับการปรุงแต่งให้ออกฤทธิ์ได้ยาวนานขึ้น มี 2 ชนิดคือ

1.2.1) Morphine sustained release tablet (MST) มีขนาด 10, 30 และ 60 มก./เม็ด ยาเริ่มออกฤทธิ์ใน 1 ชม. และออกฤทธิ์สูงสุด 3-5 ชม. หลังรับประทาน มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นาน 8-12 ชม. ยานี้ห้ามเคี้ยว หัก บด หรือทำให้แตกก่อนรับประทาน ต้องกลืนทั้งเม็ดยา เพราะคุณสมบัติการสลายยาที่ละน้อย (ออกฤทธิ์นาน) จะหมดไป ถ้าทำให้แตกหักยาจะถูกสลายทันที จึงออกฤทธิ์ในขนาดทั้งหมดที่ให้ทันทีและทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เพียง 4 ชม. เช่นเดียวกันยามอร์ฟีนธรรมดาทั่วไป ยา MST อาจเห็นบวมหรือหน้ามืดหากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ได้ ถึงแม้ผลการแก้ปวดจะไม่ได้เท่ากับการรับประทานก็ตาม

ตารางที่ 6 สรุปรายการยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids ที่ใช้บ่อย

ชนิดยา	ขนาดยา	ระยะเวลาที่ออกฤทธิ์สูงสุด	ความถี่ในการบริหารยา
ยารับประทาน			
ยาชนิดออกฤทธิ์สั้น (Immediate-released)			
- Morphine syrup	1-2 มก./มล.	30 นาที	2-4 ชม.
- MO-IR	10 มก./เม็ด	30 นาที	2-4 ชม.
ยาชนิดออกฤทธิ์ยาว (Slow-released)			
- MST	10, 30,60,100 มก./เม็ด	2 ชม.	8-12 ชม.
- Kapanol	20, 50,100 มก./แคปซูล	2 ชม.	12-24 ชม.
ยาฉีด			
Morphine	10 มก./มล.	5-15 นาที	2-4 ชม.
Fentanyl	50 ไมโครกรัม/มล.	5-15 นาที	4-6 ชม.
แผ่นยาปิดบนผิวหนัง			
Fentanyl transdermal patch	12, 25, 50 ไมโครกรัม/ชม.	12-24 ชม.	72 ชม.

1.2.2 Morphine extended release capsule (Kapanol) มีขนาด 20, 50 และ 100 มก./แคปซูล ยาจะเริ่มออกฤทธิ์หลังรับประทานยา 2-4 ชม. ออกฤทธิ์สูงสุดใน 6 ชม. มีระยะเวลาของการออกฤทธิ์ต่อเนื่องได้นานถึง 24 ชม. ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาเพียงวันละ 1 ครั้ง ข้อดีของยานี้คือ สามารถแกะแคปซูลออกแล้วเทยาเม็ดขนาดเล็ก (granules) ที่บรรจุไว้ภายในแคปซูลผสมน้ำให้ทางท่อน้ำให้อาหารสำหรับผู้ป่วยที่กลืนยาลำบากได้

2) Fentanyl ยาในรูปแบบฉีด (fentanyl citrate) มีขนาดความเข้มข้น 50 ไมโครกรัม/มล. ออกฤทธิ์ในการแก้ปวดมากกว่ายามอร์ฟีนประมาณ 100 เท่า แต่มีฤทธิ์ระงับปวดระยะสั้น ระยะเวลาออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาที – 1 ชม. ข้อดีของยา fentanyl คือ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และสับสนน้อยกว่ายามอร์ฟีน เนื่องจากมีการออกฤทธิ์ในช่วงสั้นๆ หากต้องการใช้บำบัดความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงต้องกระทำโดยวิธีให้ทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง และในผู้ป่วยที่หน้าที่ของไตลดลงสามารถเลือกใช้ fentanyl แทน morphine ได้

ปัจจุบันได้มีการพัฒนายา fentanyl ในรูปแบบแผ่นยาสำหรับใช้ปิดบนผิวหนัง เรียกว่า fentanyl transdermal patch (Durogesic) สามารถใช้ในผู้ป่วยที่รับประทานยาโอปิออยด์ชนิดอื่นๆ ไม่ได้ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูดซึมยาจากทางเดินอาหารไม่ดี หรือในผู้ที่ได้รับผลไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการรับประทานยามอร์ฟีน และในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความปวดได้ดีแล้วจึงเหมาะที่จะเปลี่ยนมาใช้แบบแผ่นปิดผิวหนัง ยาในรูปแบบแผ่นแปะมีขนาด 25, 50, 100 ไมโครกรัม/ชม. การใช้ fentanyl transdermal แผ่นแรกที่ใช้ให้ผู้ป่วยกรณีที่ไม่เคยได้รับยาในกลุ่มโอปิออยด์มาก่อน สำหรับผู้สูงอายุให้ใช้ขนาดยา 12 ไมโครกรัม/ชม. ส่วนผู้ที่เคยได้รับยา strong opioids ชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้วควรเริ่มด้วยขนาด

แผ่นยา 25 ไมโครกรัม/ชม. ด้วยยาจะถูกดูดซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่กระแสเลือดจนได้ระดับความเข้มข้นของยาที่สามารถให้ผลในการบำบัดได้ต้องใช้เวลาประมาณ 12-16 ชม. มีค่าครึ่งชีวิตอยู่ที่ประมาณ 17 ชม. และมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 3 วัน ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนมาใช้ยา fentanyl transdermal ในครั้งแรก ควรให้ยาแก้ปวดชนิดที่ให้อยู่เดิมก่อนพร้อมกับเริ่มปิดแผ่นยา และค่อย ๆ ลดขนาดยาเดิมลงจนกว่าจะได้ผลของการออกฤทธิ์แก้ปวดจาก fentanyl transdermal ที่ใช้ อยู่ถึงจุดสูงสุด การปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นควรทำหลังจากครบ 3 วันแล้ว โดยปรับเพิ่มขนาดยาทีละ 12-25 ไมโครกรัม/ชม. ในทำนองเดียวกันถ้าเมื่อใดที่ดึงแผ่นยาออก ยายังคงสะสมในร่างกายและออกฤทธิ์ได้อย่างต่อเนื่องอีกประมาณ 24 ชม. ดังนั้นเมื่อต้องการเปลี่ยนจาก fentanyl transdermal ไปเป็น opioid ชนิดอื่นใน 24 ชม. แรกหลังการหยุดปิดแผ่นยา แล้วอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดใหม่ขนาดที่ต้องให้แบบต่อเนื่อง (around the clock) ให้เพียง morphine สำหรับ breakthrough pain ก็เพียงพอ หรืออาจให้ขนาดที่ต้องให้แบบต่อเนื่องในขนาดครึ่งเดียวก่อน เนื่องจากหลังการแกะเอาแผ่นยา fentanyl transdermal ออกแล้วระดับความเข้มข้นของ fentanyl transdermal serum จะค่อย ๆ ลดระดับลง ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 17 ชม. ขึ้นไป

อนึ่งในการปิดแผ่นยา fentanyl ผิวหนังที่ปิดแผ่นยาต้องไม่มีแผล ไม่มีการอักเสบ ก่อนปิดแผ่นยา ให้ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำบิดให้หมาดเช็ดผิวหนังให้สะอาดแล้วซับให้แห้ง ถ้าผิวหนังมีขนให้ใช้กรรไกรเล็มห้ามใช้มีดโกน การมีรอยขีดข่วนจะทำให้การดูดซึมยาผิดปกติไป แผ่นยาควรสลับสับเปลี่ยนบริเวณผิวหนังที่ปิด ไม่ควรปิดบริเวณเดิมอย่างต่อเนื่อง

3) Methadone เป็นยาโอปิออยด์ที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมา ออกฤทธิ์ได้มากกว่า morphine มีทั้งชนิดรับประทานและยาฉีด แต่ไม่ควรใช้ methadone เป็นยาตัวแรกในการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ควรเลือกในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการติดต่อยาโอปิออยด์ตัวอื่นๆ แต่ผลเสียของยานี้คือ ผลพวงจากการสันดาปที่จะได้ normethadone ซึ่งสามารถสะสมในร่างกายได้นานนับสัปดาห์ ชั่วโมง โดยมีฤทธิ์กดการหายใจแต่ไม่มีฤทธิ์ด้านการแก้ปวด จึงพบอาการง่วงซึม สับสน ไม่เหมาะใช้ในผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาทางระบบหายใจ ตับ หรือไตวาย รวมทั้งมีความยากในการปรับยา

3.3 กลุ่มยาเสริม (adjuvants drugs) พบว่า การใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยาแก้ปวดบางกลุ่มหรือใช้บำบัดความปวดบางชนิดแล้วได้ผลการบำบัดความปวดดีขึ้น ยากลุ่มที่สามารถนำมาใช้ร่วมเพื่อบำบัดความปวดมีหลายกลุ่ม แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์ในการใช้แตกต่างกันที่มีการใช้กัน สรุปดังตารางที่ 7 ได้แก่

3.3.1 ยาด้านเศร้า (tricyclic antidepressants) ที่นิยมใช้ เช่น amitriptyline, nortriptyline เป็นยาหลักในการรักษา neuropathic pain ที่มีลักษณะปวดแสบปวดร้อน ขนาดยาที่ใช้้น้อยกว่าที่ใช้สำหรับบำบัดอาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุควรเริ่มจาก 10 มก. ก่อนนอน ส่วนมากจะได้ผลการรักษาเมื่อให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ผลข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปากแห้ง ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ไม่ควรใช้ร่วมกับยา tramadol เพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการมีระดับซีโรโทนินเพิ่มขึ้น (serotonin syndrome)

3.3.2 ยาด้านการชัก (anticonvulsants) เช่น gabapentin ใช้ในการรักษา neuropathic pain ที่มีลักษณะปวดแปลบเหมือนไฟดูด เริ่มให้ในขนาด 100-300 มก./วัน โดยแบ่งให้วันละ 2-4 ครั้ง และปรับเพิ่มขนาดร้อยละ 50-100 ทุก 3-7 วัน จนสามารถระงับปวดได้ ผลข้างเคียงที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ คือ มึนงง ง่วงนอน วิงเวียน ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เพราะยาขับออกทางไตในรูปเดิม

3.3.3 ยากลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) โดยเฉพาะ dexamethasone มีประโยชน์ในการลดอาการปวดที่เกิดจากการอักเสบ ปวดจากพยาธิสภาพของระบบประสาทที่เกิดจากการกดทับไขสันหลัง ความปวดจากการรุกรานของเนื้องอกเข้าไปในเนื้อเยื่อของประสาท การเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ นอกจากนี้ยังได้ผลดีในกรณีปวดกระดูกจากมะเร็งลุกลาม และปวดท้องจากการขยายตัวหรือโป่งพองของลำไส้ (malignant bowel obstruction) และดับโตจากมะเร็งแพร่กระจาย ขนาดยา dexamethasone ที่ใช้คือ 4-16 มก./วัน ผลข้างเคียงของยาที่สำคัญ ได้แก่ สับสน นอนไม่หลับ บวม น้ำ และเป็นแผลในกระเพาะอาหาร

ตารางที่ 7 สรุปขนาดยาในกลุ่มเสริมที่ใช้บ่อย

กลุ่มยา/ยา	ขนาดของยา	ความถี่ในการบริหารยา	ขนาดที่ให้สูงสุดต่อวัน	ผลข้างเคียง
Antidepressants/ Amitriptyline	10-25 มก./วัน	ก่อนนอน - ปรับเพิ่มยาทุกสัปดาห์	75	- ง่วงซึม ปากคอแห้งและ ปัสสาวะลำบาก
Anticonvulsants/ Gabapentin	100-300 มก./วัน	- เริ่มให้ 100-300 มก./วัน วันละ 2-4 ครั้ง - ปรับเพิ่มขนาดร้อยละ 50-100 ทุก 3-7 วัน	3,600 มก.	- ง่วงซึม มึนงง สับสน เดินเซ คลื่นไส้อาเจียน และอาจ พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
Corticosteroids / Dexamethasone	4-8 มก./วัน	ให้ทาง IV/SC ทุก 6-12 ชม.	16 มก.	- กรณีใช้เกิน 1 สัปดาห์ อาจ พบผลข้างเคียงคือ มีแผล ในกระเพาะอาหารโดย เฉพาะผู้ที่ได้ NSAIDS ร่วม - ควรระมัดระวังการใช้ใน ผู้ที่มีภาวะไตวาย ความดัน โลหิตสูง เบาหวาน กระดูกผุ
Muscle relaxants/ Baclofen	15-80 มก./วัน	วันละ 3 ครั้ง	80 มก.	- ง่วงซึม และคลื่นไส้อาเจียน
Antispasmodics/ Hyoscine-N- butyrbromide	30-120 มก./วัน	ทุก 6-8 ชั่วโมง	120 มก.	- ทำให้ปากแห้ง กลืนลำบาก ตาพร่ามัว ใจสั่น ท้องอืด แน่น ท้องผูก หรือปัสสาวะ ลำบาก

3.3.4 ยากลุ่มอื่นๆ ที่มีบทบาทในการช่วยลดความปวด ถ้ามีข้อบ่งชี้ อาทิ เช่น ยาลดการปวดเกร็ง (antispasmodics) ถ้าอาการปวดนั้นเกิดจากการบีบตัวรุนแรง ของกระเพาะอาหาร ลำไส้อุดตัน หรืออื่นๆ ยากลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxants) พบว่า ช่วยในการบำบัดความปวดที่เกิดกับกล้ามเนื้อและกระดูก

3.4 หลักการให้ยามอร์ฟิน ยากลุ่ม strong opioids เป็นยาที่ไม่มีระดับเพดานสูงสุดของขนาดยา ดังนั้นจึงไม่มีการกำหนดขนาดระดับยาสูงสุดที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขนาดยาที่เหมาะสม คือ ขนาดยาที่สามารถระงับปวดได้ในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น ภาวะการติดยาหรือเกิดผลข้างเคียงของยาต่อการกดหายใจจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นน้อยในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยมีแนวทางการให้ยาดังนี้

3.4.1 หลักการสำคัญโดยรวม คือ การเริ่มใช้ยามอร์ฟินควรเริ่มจากยาที่ออกฤทธิ์สั้น เพื่อที่จะสามารถประมาณขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคนต่อวัน หลังจากที่สามารถควบคุมอาการปวดได้ด้วยยาที่ออกฤทธิ์สั้นแล้วจึงปรับเปลี่ยนเป็นยาที่ค่อยๆ ออกฤทธิ์และออกฤทธิ์นานต่อไป โดยในระหว่างนี้หากมีอาการปวดเกิดขึ้นกะทันหันอาจใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้นเสริมร่วมด้วยและหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ opioids ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือมีผลข้างเคียงจนไม่อาจทนได้ควรเปลี่ยนไปใช้ opioids ชนิดอื่นแทน

3.4.2 ถ้าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาในกลุ่มโอปิออยด์มาก่อน (opioids-naïve patient) ควรเริ่มด้วยยาขนาดน้อยก่อน แล้วค่อยปรับยาขึ้นตามระดับความปวดของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ใช้เวลา 2-3 วัน ในการปรับเพิ่มยาเพื่อให้ได้ระดับยาที่ควบคุมอาการปวดได้ดี

3.4.3 ให้เริ่มด้วยยา morphine ชนิดออกฤทธิ์เร็วทุก 4 ชม. ถ้าเป็นชนิดรับประทาน ขนาดเริ่มต้น 0.15-0.3 มก./กก. หรือเริ่มด้วย 5 มก. (max 10-15 มก.) ถ้าเป็นชนิดฉีด (IV/SC) ขนาดเริ่มต้น 0.05-0.1 มก./กก. หรือเริ่มด้วย 3 มก. (max 5-10 มก.) (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

3.4.4 ให้ยามอร์ฟินควบคุมความปวดอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชม. และยา p.r.n. สำหรับความปวดที่รุนแรงขึ้นมาเป็นช่วงๆ ทุก 2 ชม. (regular dose q 4 h. + p.r.n. q 2 hrs.)

3.4.5 เมื่อให้ยามอร์ฟินครบ 24 ชม. ให้ประเมินผู้ป่วยและคำนวณขนาดยาใหม่ตามจำนวนที่ผู้ป่วยใช้จริง โดยให้นำขนาดยาที่ผู้ป่วยได้ทั้ง regular dose และ p.r.n. (breakthrough) dose ที่ผู้ป่วยใช้จริงมารวมกัน เพื่อได้ขนาดยาสำหรับวันถัดไป (regular dose q 4 hrs. + p.r.n. dose ที่ผู้ป่วยได้จริงทั้งหมด) ซึ่งจะได้ขนาดยาสำหรับสั่งให้ผู้ป่วย (regular dose) ในวันถัดไป ส่วนการให้ยา p.r.n. dose มีหลักการ คือ ให้เท่ากับ 1/6 ของ regular dose โดยสั่ง p.r.n. dose ให้ทุก 2 ชม. (ในบางตำรา ให้คำนวณขนาดยาสำหรับ p.r.n. dose = ร้อยละ 25-50 (1/4-1/2) ของยาที่ได้ในแต่ละครั้งของ regular dose โดยสามารถให้ได้ทุก 1-2 ชม.)

3.4.6 หลังจากนั้นเมื่อครบอีก 24 ชม. ให้ประเมินผู้ป่วยและคำนวณยาใหม่ตามจำนวนที่ผู้ป่วยใช้จริง จนกระทั่งปรับยาได้คงที่ คือ ระดับที่ผู้ป่วยใช้ p.r.n. dose ไม่เกิน 3 dose/วัน จึงสามารถปรับยา morphine จากชนิดออกฤทธิ์สั้นเป็นยามอร์ฟินที่ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารยาและต้องสั่ง p.r.n. dose ควบคู่ด้วยเสมอโดยใช้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว

3.4.7 สำหรับการปรับเพิ่มยา ยังมีวิธีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวด ดังนี้ ถ้าปวดระดับปานกลาง (pain score 4-6) ให้พิจารณาปรับเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 25-50 ถ้าปวดระดับรุนแรง (pain score 7-10) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 50-100

3.4.8 สำหรับเวลาของการให้ยา morphine ชนิดรับประทานที่บริหารให้แก่ผู้ป่วยทุก 4 ชม. เช่น 6.00-10.00-14.00-18.00-22.00-02.00 น. (เวลา 22.00 น. และ 02.00 น. สามารถให้ขนาดยาเป็น 2 เท่าในเวลา 22.00 น. ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยหลับยาวไม่ต้องตื่นขึ้นมารับประทานยาขนานกลางดึก การเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่าในเวลา 22.00 น. ผู้ป่วยอาจได้ผลข้างเคียงของยา morphine เช่น หลับสนิทมากขึ้น ซึ่งกลับเป็นสิ่งที่ดีกับผู้ป่วยส่วนอาการข้างเคียงด้านกดหายใจไม่เคยพบเกิดขึ้นถ้าขนาดยา morphine ไม่มากเกินไป (สถาพร สีสานันทกิจ, 2547)

3.5 วิธีการปรับชนิดยาจาก opioid ชนิดหนึ่งไปเป็นอีกชนิดหนึ่ง ในการใช้ยาในกลุ่ม opioid บางครั้งอาจต้องปรับยาจาก opioid ชนิดหนึ่งไปเป็นอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งจะต้องมีการคำนวณขนาดความแรงของยาที่มีผลระงับปวดได้เหมือนกัน (equianalgesic dose) โดยมีอัตราเปรียบเทียบขนาดยาแต่ละชนิด (การเทียบเคียงขนาดความแรงของยาแต่ละชนิดดังตารางที่ 8) เช่น ถ้าจะต้องปรับยาจาก tramadol เป็น morphine ในรูปแบบรับประทาน มีการคำนวณโดยใช้อัตราส่วน tramadol to morphine = 5: 1 หรือการปรับยาในรูปแบบยารับประทานเป็นยาฉีด เช่น การปรับยา morphine แบบรับประทานเป็นแบบฉีดมีการคำนวณโดยใช้อัตราส่วน morphine (PO) to morphine (IV/SC) = 3:1 ทั้งนี้เพราะ morphine ในรูปแบบยาฉีดจะออกฤทธิ์ทันที ไม่ถูกทำลายที่ตับก่อนเหมือนยาในรูปแบบรับประทาน ทำให้ยาฉีดมีฤทธิ์แรงกว่ายาชนิดรับประทาน 3 เท่าตัวในขนาดมิลลิกรัมที่เท่ากัน ดังนั้นการใช้ยาฉีดขนาดของยาที่ใช้จึงลดลง 3 เท่าตัวของขนาดยารับประทาน เช่น ผู้ป่วยเคยกินมอร์ฟีนวันละ 60 มก. ต้องการเปลี่ยนมาเป็นฉีดจะคำนวณขนาดยาฉีดเป็น $60/3 = 20$ มก./วัน เป็นต้น หรือต้องการเปลี่ยนจากยา morphine แบบรับประทานหรือฉีดมาเป็น transdermal fentanyl สามารถเทียบได้ (ดังตารางที่ 9) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา opioids ที่รุนแรงและระดับความปวดอยู่ในขั้นปานกลาง ให้ลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25 และให้ประเมินความปวดใหม่

ตารางที่ 8 Approximate Dose Conversion Table (ศูนย์การุณรักษ์, ม.ป.ป.)

Approximate dose conversion ratio: PO to PO			
Conversion	Ratio	Calculation	Example
Codeine to Morphine	10:1	Divide 24 h codeine dose by 10	Codeine 240 mg/24h PO → Morphine 240 mg/24h PO
Tramadol to Morphine	5:1	Divide 24 h codeine dose by 5	Tramadol 400 mg/24h PO → Morphine 80 mg/24h PO
Morphine to Methadone	Discuss with palliative care medicine consultant		
Approximate dose conversion ratio: PO to SC/IV			
Morphine to Morphine	3:1	Divide 24 h morphine dose by 3	Morphine 30 mg/24h PO → Morphine 10 mg/24h SC/IV → Morphine 0.4 mg/h SC/IV
Morphine to Methadone	2:1	Divide 24 h methadone dose by 2	Methadone 30 mg/24h PO → Methadone 15 mg/24h SC/IV
Morphine to Fentanyl			
Approximate dose conversion ratio: PO to TD			
Morphine to Fentanyl	100:1	Multiply 24 h morphine PO dose in mg by 10 to obtain 24h Fentanyl dose; divide answer by 24 to obtain mcg/hr patch strength	Morphine 120 mg/24h PO → Fentanyl 1,200 mcg/24h; → 1,200/24 = 50 mcg patch q 72 h.

ตารางที่ 9 Equianalgesic Opioid Doses: Approximate doses (ศูนย์การุณรักษ์, ม.ป.ป.)

Oral morphine		IV/SC hourly infusions		TD patch
Morphine normal release Tab/Syr mg 4 hrly	Morphine tab sustained release (MST) mg 12 hrly	Morphine infusion mg/hr continuous	Fentanyl infusion mcg/hr continuous	Fentanyl patch mcg/hr every 72 hrs
2.5	10	0.2	4-6	
5	10 or 20	0.4	8-12	12
10	30	0.8	17-25	25
15	40 or 50	1.2	25-37	37
20	60	1.6	33-50	50
25	70 or 80	2.1	42-62	62
30	90	2.5	50-75	75
35	100	2.9	58-87	87
40	120	3.3	67-100	100
50	150	4.1	83-125	125
60	180	5	100-150	150
80	240	6.7	133-200	200
90	270	7.5	150-225	225
100	300	8.3	167-250	250
120	360	10	200-300	300
140	420	11.7	233-350	350

ตารางที่ 10 ตัวอย่างการสั่งให้ยามอร์ฟินและการคำนวณยามอร์ฟิน

ตัวอย่างที่ 1: วิธีการให้ยามอร์ฟินเพื่อควบคุมความปวด

- การสั่งให้ MO 5 mg Immediate release (อาจให้แบบ MO-IR (10mg) ½ tab หรือ MO syr. (2 mg/ml) 2 ½ cc) PO q 4 hrs.
 - ให้ double dose มื่อก่อนนอน และเว้นมื่อเที่ยงคืนหรือให้ MST 10 mg 1 tab q 8 hrs.
 - ให้ prn dose = 1/6 ของ regular dose หรือยาที่ได้รับใน 24 hrs. ÷ 6 ให้ในรูป MO-IR (10mg) = ½ tab หรือ MO syr. (2 mg/cc.) 2 ½ cc ซ้ำได้ทุก 2 hrs.

ตัวอย่างที่ 2: วิธีการปรับเพิ่มยามอร์ฟินเพื่อควบคุมความปวด

แพทย์สั่งให้ยา MO-IR (10 mg) 1 tab เวลา 6, 10, 14, 18 น. และ 2 tab เวลา 22 น. และ MO-IR (10 mg) 1 tab prn for BTP

- การปรับเพิ่มยากรณีผู้ป่วยได้ยา prn. ไป 4 ครั้งใน 24 hrs. ที่ผ่านมา ขนาดยาในวันใหม่มีวิธีการคำนวณ ดังนี้ (regular dose + จำนวน prn dose)
 - ขนาดยาวันใหม่ควรเป็น regular dose (60 mg) + prn dose (40 mg) รวมขนาดยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ = 100 mg/day
 - ดังนั้นหากให้ยา q 4 hrs. ต้องให้ขนาดยาครั้งละ $100\text{mg} \div 6$ ประมาณ 15 mg/dose นั่นคือให้ MO-IR (10 mg) 1½ tab q 4 hrs. และ MO-IR (10 mg) 1½ tab prn for BTP q 2 hrs.

ตัวอย่างที่ 3: วิธีการปรับเพิ่มยามอร์ฟินเพื่อควบคุมความปวด

แพทย์สั่งให้ยา MO-IR (10 mg) 1 tab เวลา 6, 10, 14, 18 น. และ 2 tab เวลา 22 น. และ MO-IR (10 mg) 1 tab prn for BTP

- กรณีผู้ป่วยยังมีการปวด ต้องการปรับยาเพิ่มขึ้น 50 % มีวิธีการดังนี้
 - 24 hrs. ได้ MO = $10\text{ mg} \times 6\text{ doses} = 60\text{ mg}$ เพิ่มยาอีก 50 % = 30 mg ดังนั้นขนาดยาวันต่อไป $60+30 = 90\text{ mg/day}$
 - ต้องให้ขนาดยาครั้งละ $90\text{ mg} \div 6 = 15\text{ mg/dose}$ นั่นคือ ให้ MO-IR (10 mg) 1 ½ tab q 4 hr. และ MO-IR (10 mg) 1½ tab prn for BTP q 2 hrs.

ตัวอย่างที่ 4: การคำนวณการให้ยามอร์ฟินจากยาฉีดเป็นยากิน

นาย ก. ได้ MO 3 mg IV q 4 hrs. และขอ MO 3 mg prn. 1 ครั้ง ควบคุมอาการปวดได้ดี ต้องการปรับเป็นยารับประทาน มีวิธีการดังนี้

- คำนวณขนาดยา MO ที่ได้รับใน 1 วัน $MO\ 3\text{ mg} \times 6\text{ ครั้ง} + BTP\ 3\text{ mg} = 21\text{ mg}$
- การเปลี่ยนยา MO แบบฉีด เป็น รับประทาน เทียบอัตราส่วน 1: 3 ดังนั้น $MO\ inj.\ 21\text{ mg} = MO\ oral\ 21 \times 3 = 63\text{ mg}$

ดังนั้นอาจสั่งให้ยามอร์ฟินแบบออกฤทธิ์ยาวเป็น MST (30mg) 1 tab q 12 hrs.+ prn.dose ($60 \div 6$) = 10 mg prn q 2 hrs. ซึ่งอาจให้เป็น MO-IR (10 mg) 1 tab หรือ MO syr. (2 mg/cc.) 5 cc. prn for BTP q 2 hrs.

3.6 การให้ยามอร์ฟินในผู้ที่มีปัญหาการทำงานของตับและไต ยามอร์ฟินถูกทำลายที่ตับเป็นส่วนใหญ่ และขับออกทางปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ตับเสียการทำงานเล็กน้อยถึงปานกลางสามารถใช้มอร์ฟินได้โดยไม่มีปัญหา แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคตับระยะสุดท้ายควรระมัดระวังเนื่องจากการขับยาอาจลดลงได้ กรณี severe hepatic impairment ควรลดความถี่ของการให้ยามอร์ฟิน เช่น จากทุก 4 ชม. ให้เป็นทุก 6-8 ชม. แทน ภาวะไตวายจะทำให้มีการสะสมยาในร่างกาย เป็นสาเหตุให้ออกฤทธิ์ลดปวดนานขึ้นและมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องหรือไตวายมีแนวโน้มที่จะเกิดการสะสมยาที่เป็นผลผลิตจากกระบวนการเมแทบอลิซึม (metabolite) ของมอร์ฟิน ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากกว่าปกติ ควรมีการปรับลดขนาดยาตามประสิทธิภาพการทำงานของไต ดังตารางที่ 11 หรือลดความถี่ของการให้ยา เช่น เดิมให้ทุก 4 ชม. เป็นทุก 6 ชม. เป็นต้น ในผู้ป่วยที่มีไตบกพร่องอาจใช้ยา fentanyl แทนซึ่งใช้ได้ปลอดภัย (ลักษณะ ชาญเวช, 2542; ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

ตารางที่ 11 แสดงการปรับลดขนาดยา Morphine ตามระดับ Glomerular filtration rate

ค่า GFR (มก./นาที่)	ร้อยละของขนาดยา Morphine ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุตามค่า GFR	
> 50	100*	หมายถึง ให้ยา Morphine ในผู้ป่วยได้ในขนาดปกติ
10-50	50 ถึง 75*	หมายถึง ให้ยา Morphine ในผู้ป่วยได้ร้อยละ 50 ถึง 75 ของขนาดปกติที่ให้
< 10	25 ถึง 50*	หมายถึง ให้ยา Morphine ในผู้ป่วยได้ ร้อยละ 25 ถึง 50 ของขนาดปกติที่ให้
GFR = Glomerular filtration rate * = % ขนาดปกติที่ให้ยา Morphine		
สูตรคำนวณ Glomerular Filtration Rate (GFR)		
ผู้หญิง GFR	=	$\frac{(140 - \text{อายุ (ปี)}) \times \text{น้ำหนัก (ก.ก.)} \times 0.85}{72 \times \text{Cr (มก./ดล.)}}$
ผู้ชาย GFR (mL/min)	=	$\frac{(140 - \text{อายุ (ปี)}) \times \text{น้ำหนัก (ก.ก.)}}{72 \times \text{Cr (มก./ดล.)}}$

3.7 การจัดการความปวดแบบ Incident pain กรณีที่คาดว่าผู้ป่วยอาจมีความปวดเพิ่มขึ้นเมื่อมีกิจกรรม (incident pain) ผู้ป่วยควรได้รับ rescue analgesic เป็นประมาณ 1/8-1/6 ของขนาดยาที่ต้องการในแต่ละวัน โดยสามารถให้ได้ตามที่ผู้ป่วยร้องขอ แต่ควรทิ้งช่วงห่างของยาแต่ละขนานประมาณ 1 ชั่วโมง (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) นอกจากนี้มีแนวทางการให้ยาสำหรับ Incident pain ซึ่งเป็นอาการปวดที่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดในขณะทำกิจกรรมอะไร ซึ่งควรเลือกใช้ยาาระงับปวดที่มีฤทธิ์สั้น เช่น Fentanyl inj. (50 ไมโครกรัม/มล.) ที่สามารถให้ทาง SC/SL โดยให้ fentanyl 12.5 ไมโครกรัม (0.25 มล.) อมกลั้วยาไว้ใต้ลิ้น (SL) 5-10 นาที ก่อนทำกิจกรรมนั้นๆ โดยไม่ต้องกลืนยาหลังจากนั้นบ้วนออก ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 5-15 นาที ออกฤทธิ์เต็มที่ประมาณ 20 นาที มีฤทธิ์อยู่ได้นานถึง 45 นาที ถ้าอาการปวดคุมไม่ได้ให้ซ้ำในขนาดเดิมได้ 2 ครั้งใน 5-10 นาที และสามารถเพิ่มยาเป็น 25, 50, 100 ไมโครกรัม ได้ ถ้าขนาดเดิมไม่ได้ผล (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

3.8 การจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Opioids แม้ว่ายาในกลุ่ม opioid จะมีประโยชน์อย่างยิ่งและเป็นหลักสำคัญในการระงับปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง แต่ยาในกลุ่มนี้ก็มีผลข้างเคียงหลายประการ อาการข้างเคียงจากการใช้ opioid เกิดจากผลของยาในการกระตุ้น opiate receptors ที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย อาการข้างเคียงเหล่านี้ อาจแตกต่างกันไปขึ้นกับความสามารถของยาในกลุ่ม opioid แต่ละชนิดในการกระตุ้น opiate receptors รวมถึงความแตกต่างในเภสัชจลนศาสตร์ของยาแต่ละชนิดด้วย บุคลากรสุขภาพต้องเข้าใจปัญหาที่อาจจะเกิดและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ใฝ่ระวัง วินิจฉัยและรักษาฤทธิ์ข้างเคียงให้ทัน จึงจะระงับปวดสำเร็จอย่างปลอดภัย อาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid และวิธีจัดการอาการ สรุปดังตารางที่ 12 (มนตรัตน์ จินดาและสายพิณ หัตถิรัตน์, 2549; ลักขมี ชาญเวชช์, 2542; สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

ตารางที่ 12 สรุปผลข้างเคียงของยากลุ่มโอปิออยด์และแนวทางการจัดการผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงของยากลุ่มโอปิออยด์	แนวทางการจัดการผลข้างเคียง
คลื่นไส้อาเจียน (nausea-vomiting) เกิดได้ร้อยละ 50-70 ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยากลุ่มโอปิออยด์มาก่อน จะพบมากในช่วง 2-3 วันแรกของการให้ยามอร์ฟิน แต่อาการจะดีขึ้นในสัปดาห์หลังเกิดความทนต่อยาขึ้น (tolerance)	- ควรให้ยาป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนร่วมไปกับยา opioids ด้วยเสมอ โดยเฉพาะช่วง 2-3 วันแรก การรักษาคือให้ Metoclopramide หรือ Haloperidol - ควรหาสาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนทุกครั้งว่าเป็นจากสาเหตุอื่นหรือไม่และแก้ไขตามสาเหตุจริง อย่าเหมารวมหมดว่าเกิดจากมอร์ฟินอย่างเดียว
ท้องผูก (constipation) อาการท้องผูกพบได้บ่อย เกือบร้อยละ 100 ของทุกคนที่ได้รับยาโอปิออยด์ จึงต้องสั่งยาระบายให้ทุกครั้ง และมักจะเป็นตลอดไปตราบเท่าที่ยังใช้ยาโอปิออยด์อยู่	- ควรให้ยาระบายป้องกันทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่นอนอยู่กับเตียงหรือเป็นโรคทางเดินอาหาร และประเมินเรื่องการขับถ่ายทุกวัน - ยาระบายที่ใช้ควรเป็นกลุ่ม stimulant laxatives เช่น Senna (Senokot) หรือ bisacodyl (Dulcolax) ก่อนนอน หรืออาจเป็นยา กลุ่ม stool softener หรือ osmotic laxatives เช่น Milk of magnesia (MOM) 30-60 มล./วัน เป็นต้น ไม่ควรใช้ยาระบายชนิด Bulk forming เพราะจะทำให้เกิดปัญหาเรื่อง GI obstruction มากขึ้น
ง่วงซึม (sedation) มักพบระยะแรกของการใช้ยาโดยเฉพาะช่วง 2-3 วันแรก อาการจะดีขึ้นจากภาวะที่ร่างกายทนต่อยา (tolerance) ใช้เวลาประมาณ 3-7 วัน และการได้รับยากดประสาทชนิดอื่นๆ ร่วมด้วย อาจทำให้ง่วงซึมมากขึ้น	- ในช่วง 2-3 วันแรกของการให้ยา opioids ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับ opioids มาก่อน ให้อธิบายญาติให้เข้าใจล่วงหน้าว่าผู้ป่วยอาจเกิดอาการง่วงซึมในช่วง 2-3 วันแรก ซึ่งยังไม่ต้องปรับขนาดยา - ตรวจสอบการได้รับยากดประสาทชนิดอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ อาจต้องทบทวนการใช้ยาใหม่ - ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการง่วงซึมอย่างต่อเนื่อง หากปริมาณยาที่ใช้สามารถระงับปวดได้ดี ให้ลองลดปริมาณยาลงร้อยละ 25 หรือพิจารณาเปลี่ยน

ผลข้างเคียงของยากลุ่มโอปิออยด์	แนวทางการจัดการผลข้างเคียง
	ยาเป็นโอปิออยด์ชนิดอื่น (opioid rotation) หรือใช้ยาเสริมชนิดอื่นร่วมด้วย หรือเปลี่ยนวิธีการบริหารยา เช่น จากการรับประทานเป็นฉีดใต้ผิวหนังหรือให้ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งสามารถลดขนาดยาได้ถึง 3 เท่า
สับสนเฉียบพลัน (delirium) อาจเกิดได้ในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะช่วง 2-3 วันแรก หรือเป็นสัปดาห์	- ควรหาสาเหตุที่พบร่วมด้วย เช่น ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ การแพร่กระจายของมะเร็งสู่สมอง และการติดเชื้อ - หากอาการไม่รุนแรง อธิบายญาติให้เข้าใจ - อาจให้ยากลุ่ม neuroleptic เช่น Haloperidol ขนาดต่ำๆ - หากอาการรุนแรง อาจพิจารณาลดขนาดยาลงร้อยละ 25 หรือพิจารณาวิธีการบริหารยาหรือเปลี่ยนกลุ่มยา
กล้ามเนื้อกระตุก (myoclonus) ขึ้นกับปริมาณยาที่ใช้ มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาโอปิออยด์ มาเป็นเวลานานพอสมควร และมักพบว่าจะเกิดกับการใช้ มอร์ฟีนชนิดรับประทานมากกว่าชนิดฉีด จึงคาดว่ากล้ามเนื้อกระตุกอาจเกิดจากผลของ morphine metabolite ที่มีปริมาณสูงจนทำให้เกิดกล้ามเนื้อกระตุกขึ้นได้	- ถ้าอาการนี้รบกวนการนอนหลับ ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น ควรปรับลดขนาดยาหรือเปลี่ยนยาโอปิออยด์เป็นชนิดอื่น - อาจให้ยาเสริมกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Lorazepam, Clonazepam, Midazolam เพื่อลดอาการกระตุก
ปัสสาวะคั่ง (urinary retention) อาจพบได้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ชายที่มี bladder outlet obstruction อยู่ก่อนแล้ว	- อาจสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวเพื่อช่วยบรรเทาอาการได้ - อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าอาการจะดีขึ้นเมื่อเกิดความทนต่อยา
ปากแห้ง (dry mouth) พบได้บ่อยโดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยากลุ่ม Tricyclic antidepressant	- ให้การรักษาประคับประคองตามอาการ เช่น การจิบน้ำบ่อยๆ และการดูแลดูแลช่องปากให้สะอาดและชุ่มชื้น (ดูรายละเอียดในการจัดการอาการปากแห้ง)
คัน (pruritus) จากการหลั่ง Histamine	- ให้ยาลดอาการคัน เช่น Diphenhydramine หรือ Hydroxyzine - เปลี่ยนยา Opioid เป็นชนิดอื่น
การกดการหายใจ (respiratory depression) • การกดการหายใจมักไม่พบ หากมีการ titrate dose ในขณะที่เพิ่มยา หรือหากฉีดเข้าเส้นมีการ	- ควรประเมินพยาธิสภาพของระบบหายใจหรือระบบอื่นๆ ก่อน เช่น ปอดบวม หรือมีภาวะที่ทำให้ออกซิเจนต่ำ มีปัญหาของไต เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือตอบสนองต่อยามากขึ้น

ผลข้างเคียงของยากลุ่มโอปิออยด์	แนวทางการจัดการผลข้างเคียง
เจ็องจาอยาก่อนและฉีดซ้ำเพราะยามอร์ฟินมีคุณสมบัติในการบำบัดความปวดได้อย่างดี มักไม่พบทราบเท่าที่ผู้ป่วยยังมีความปวด หากได้รับยาเกินขนาดที่ร่างกายต้องการจนเกิดการกดระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการ คือ ง่วงซึมปลุกตื่นยากหรือไม่ตื่นหายใจช้าลง (<12 ครั้ง/นาที) หรือรูม่านตาเล็กเท่าปลายเข็ม (pin point pupil)	- วิธีการแก้การเกิดผลข้างเคียงอย่างฉับพลัน คือ ให้หยุดยา opioid ที่ให้ และให้ opioids antagonist คือ Naloxone ขนาด 0.1-0.2 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือด ค่ำๆ ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้ซ้ำอีกประมาณ 2-3 ครั้ง โดยเว้นระยะ 2-3 นาที

4. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การควบคุมความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรใช้ร่วมกับวิธีการใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวดได้ดียิ่งขึ้น และอาจช่วยลดปริมาณยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งจะช่วยลดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ที่มีอาการปวด มีแนวทางดังนี้ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2545; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

4.1 การพยาบาลเพื่อเพิ่มการรับรู้ข้อมูลที่ต้องการ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวด การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมในการรับประทายาระงับปวด การดูแลและจัดการกับผลข้างเคียงของยา และการประเมินผลของยาในการควบคุมความปวด รวมทั้งวิธีการต่างๆ เพื่อควบคุมความปวดด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาในการรับรู้ข้อมูล ดังนั้นจึงควรให้ข้อมูลที่สั้นเข้าใจง่าย ใช้ระยะไม่เกิน 10-15 นาทีต่อครั้ง และควรให้ซ้ำกันหลายครั้ง พร้อมทั้งมีการตรวจสอบความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง และการให้ความรู้กับผู้ดูแล รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความเชื่อ/ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ถูกต้อง

4.2 การลดสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งเป็นสาเหตุเสริมให้ความปวดรุนแรงขึ้นโดย

4.2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นในการช่วย บรรเทาความปวดของพยาบาล การให้กำลังใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ

4.2.2 การดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วย และการดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและนอนหลับอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น สามารถปรับตัวต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น

4.2.3 แนะนำบุคคลใกล้ชิดได้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย คอยส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

4.2.4 เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวด จะช่วยลดการรื้อทางอารมณ์ ทำให้มีความทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ควรเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและเลือกที่จะทำ

4.2.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ผู้ป่วยอาจเคยปฏิบัติจนเกิดผลดีมาแล้วตั้งแต่ก่อนเกิดความปวด ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่เคยฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยฝึกทำในช่วงที่ไม่มีอาการปวดเพื่อสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายดังกล่าวมาใช้ในการบรรเทาช่วงที่มีความปวดเกิดขึ้น

4.2.6 การกระตุ้นทางผิวหนัง เช่น การนวด มีผลกระตุ้นประสาทรับสัมผัสขนาดใหญ่ที่เข้าสู่ไขสันหลัง ซึ่งจะช่วยขัดขวางการส่งกระแสประสาทขนาดเล็กที่นำความเจ็บปวด และยังช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อผ่อนคลาย รู้สึกสุขสบาย นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ด้วย เพราะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความเอาใจใส่ดูแล

4.2.7 การลดความเครียดและความวิตกกังวล อาจทำโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบาย และความวิตกกังวล การรับฟัง การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาตอบข้อซักถาม การสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวล

4.2.8 การดูแลด้านจิตวิญญาณ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การให้ความสำคัญและชื่นชมกับความสำเร็จ หรือความภาคภูมิใจของผู้ป่วย การเคารพในความเชื่อและปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ถูกต้องตามขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมในแต่ละบุคคล

หายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย (dyspnea) เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น โรคปอดเรื้อรังหรือรุนแรง โรคหัวใจ หัวใจวาย สมอเสื่อม โรคเส้นเลือดทางสมอง เป็นต้น โดยพบอาการหายใจลำบากประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหัวใจ และพบในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตประมาณร้อยละ 70 เป็นอาการที่ก่อให้เกิดความกังวลและทุกข์ทรมานใจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้รักษาเป็นอันมาก (บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2556) อาการหอบเหนื่อยเป็นประสบการณ์ที่เป็นอาการบอกเล่าของผู้ป่วย เป็นอาการที่รับรู้ถึงการหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่โล่ง หายใจไม่เต็มปอด และเป็นความรู้สึกต้องพยายามออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจมีความรุนแรงแตกต่างกันตามความรู้สึกในแต่ละบุคคล เป็นประสบการณ์ที่มาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านสรีรวิทยาของร่างกาย การกระตุ้นสมองส่วนคอร์ติคัลและลิมบิก (cortico-limbic area) จิตใจ สังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นอาการที่อาจเหนี่ยวนำไปสู่การตอบสนองทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมตามมา ภาวะนี้ไม่ใช่เป็นอาการแสดงที่บุคลากรตรวจพบและไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับอาการแสดงหรือผลการตรวจอื่นๆ เช่น อัตราการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ สมรรถภาพปอดของผู้ป่วย หรือแม้แต่วัสดุออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยเอง (กิตติพล นาควิโรจน์, 2556; ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542; บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2556)

1. สาเหตุอาการหอบเหนื่อย มาจากหลายองค์ประกอบ ดังนี้ (ดาริน จตุรภัทรพร และ สายพิน หัตถิรัตน์, 2549; ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542; บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2556)

1.1 สาเหตุทางกาย มีสาเหตุหลักได้แก่

1) โรคทางปอด มีลักษณะของโรคแพร่กระจายมาที่ปอดในปริมาณที่มากพอจะลดความจุปอดลง อาจเกิดเฉียบพลันทันทีหรือค่อยๆ เกิดก็ได้ บางรายที่น้ำท่วมปอดจากมะเร็งไม่รู้สึกเหนื่อย เพราะกระบวนการค่อยๆ เกิดทีละน้อย ผู้ป่วยจึงทนได้มาตลอด

2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง ในผู้ป่วยที่พอมแห่งติดกระดูก หรือมีโรคที่ทำให้กล้ามเนื้อลีบบาง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณช่วงอกและลำตัว การหายใจก็จะลำบากไปด้วย

3) หลอดลมอุดตัน ในผู้ป่วยที่มีก้อนกดเบียดทางเดินหายใจ

4) โรคหัวใจ ในผู้ป่วยที่มีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ไม่ว่าจะเกิดจากตัวโรคหรือจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด หรือมีภาวะ SVC obstruction ลดการไหลเวียนเลือดเข้าสู่หัวใจ

5) โรคในช่องท้อง ในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมานจากมะเร็งแพร่กระจายไปเยื่อช่องท้อง หรือผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ในช่องท้อง

6) โลหิตจาง จากภาวะโรคเรื้อรัง ทำให้การสร้างเม็ดเลือดน้อยกว่าปกติ ซีด จึงทำให้เหนื่อยได้

7) เมแทบอลิกผิดปกติ จากภาวะออกซิเจนต่ำ หรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง และภาวะอื่นๆ ที่เพิ่มความต้องการทางเมแทบอลิกมากกว่าปกติ ได้แก่ ภาวะซีด ภาวะเลือดเป็นกรดจากไตวายหรือติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

1.2 สาเหตุทางจิตสังคมและครอบครัว เช่น ความกลัว ความกังวล ความเศร้าสลดหดหู่ ความโกรธ ซึ่งภาวะเครียดวิตกกังวลอย่างรุนแรงจะทำให้หายใจเร็วแรง และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยได้

2. การประเมินอาการหอบเหนื่อย อาศัยหลักการทั่วไป คือ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ (กิตติพล นาควิโรจน์, 2556; บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2556; วิภา รัชชพิชิตกุล, 2558)

2.1 การซักประวัติ ควรซักถามถึงประวัติในอดีต โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ การรักษาในอดีต และปัจจุบันเพื่อประกอบการหาสาเหตุของอาการหอบเหนื่อย และการสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของความรู้สึกเหนื่อย ตามการรับรู้ของผู้ป่วย อาการหอบเหนื่อยสัมพันธ์กับทำนองหรือทำนองนอนหรือไม่ อะไรที่กระตุ้นให้อาการหอบเหนื่อย เป็นมากขึ้นหรือลดลง อาการหอบเหนื่อยมีลักษณะเฉพาะหรือไม่ เช่น มีอาการมากขึ้นตอนกลางคืน ซึ่งพบได้ในโรคหืด หรือหอบเหนื่อยเวลานอนราบต้องนอนหัวสูงในหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว หรือมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นเมื่อออกแรงทำกิจกรรมซึ่งพบได้ในโรคหัวใจและโรคเนื้อเยื่อในปอดอักเสบ (interstitial lung disease) อาการหอบเหนื่อยนั้นเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ถ้าเกิดขึ้นเฉียบพลันพบได้ใน effusion, pneumonia, bronchospasm, acute pulmonary embolism, myocardial ischemia แต่ถ้าอาการหอบเหนื่อยเกิดขึ้นแบบเรื้อรังมักพบในโรค COPD และ interstitial lung disease ซึ่งอาจมีสาเหตุจากมะเร็ง รวมทั้งการประเมินระดับความรุนแรง โดยใช้ numerical rating scale เหมือนความปวด ซึ่งความรู้สึกของอาการเหนื่อยหอบที่ผู้ป่วยบอกอาจจะมีมากกว่าอาการของรอยโรคก็ได้ นอกจากนี้ ควรประเมินถึงผลกระทบของอาการหอบเหนื่อยต่ออารมณ์และการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย

2.2 การตรวจร่างกาย ทั้งการตรวจสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายทั่วไป (โดยดูภาวะซีด ภาวะเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปาก spider nervi ซึ่งจะพบในโรคตับแข็งที่มีอาการหอบเหนื่อยจาก hepatopulmonary syndrome) การต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น (จะพบ supraclavicular retraction และมีการใช้ accessory muscles ในการหายใจ) การตรวจระบบทางเดินหายใจโดยการดู คลำ เคาะ ฟัง (เช่น การตรวจพบclubbing fingers จะพบได้ใน bronchiectasis, bronchogenic CA ถ้าเคาะได้เสียงทึบ บ่งชี้ว่ามี pleural effusion หรือ mass หรือ atelectasis เคาะได้เสียงโปร่งกังวาน บ่งชี้ว่ามี pneumothorax หรือ emphysema เสียงหายใจผิดปกติ เช่น crepitation บ่งบอกปอดอักเสบ เป็นต้น)

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเม็ดเลือด เกล็ดแร่ ภาพรังสีทรวงอก การตรวจการทำหน้าที่ของปอด การเพาะเชื้อจากเสมหะหรือหลอดลม เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการประเมินจิตใจ สภาพจิตใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วย สภาพแวดล้อม

3. การจัดการอาการหอบเหนื่อย มีแนวทางต่างๆ ดังนี้ (กิตติพล นาควิโรจน์, 2556; ดาริน จตุรภัทรพร และ สายพิน หัตถิรัตน์, 2549; บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2556; ยุวเรศมคธ สิริธัชญาปัญญา และรพีพร โรจนแสงเรือง, ม.ป.ป.; ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

3.1 การจัดการสาเหตุ การดูแลที่สำคัญที่สุด คือ พยายามหาสาเหตุของอาการหอบเหนื่อย หากดูแลรักษาได้หรือเปลี่ยนกลับคืนสู่ปกติได้ควรบริหารจัดการ เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจดีขึ้นได้ และมีความทรมานน้อยลง ภาวะเหล่านี้ ได้แก่ การติดเชื้อ การมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะมีสิ่งอุดตันเส้นเลือดในปอด ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหอบหืด หรือเนื้องอกกดเบียดเข้าทางเดินหายใจ เป็นต้น (แนวทางการจัดการตามสาเหตุดังตารางที่ 13) อย่างไรก็ตาม การตรวจค้นหาสาเหตุ หรือการทำหัตถการบางอย่างในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรคำนึงถึงประโยชน์และผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ สำหรับการดูแลรักษาอาการหายใจหอบเหนื่อยในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่มักให้การรักษาตามอาการเป็นหลัก

ตารางที่ 13 สาเหตุของอาการหอบเหนื่อยและแนวทางการจัดการ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

สาเหตุของอาการหอบเหนื่อย	แนวทางการจัดการอาการหอบเหนื่อย
Infection	Antibiotic
COPD/asthma	Bronchodilators, steroids, physiotherapy
Obstruction of trachea/bronchus/SVC	Steroids, radiotherapy, chemotherapy, stenting
Lymphangitis carcinomatosa	Steroids, diuretics, bronchodilators
Pleural effusion	Drainage +/- pleurodesis
Pericardial effusion	Paracentesis, steroids
Ascites	Diuretics, paracentesis
Anemia	Blood transfusion
Pulmonary embolism	Anticoagulation
Heart failure	Diuretics, ACE inhibitors, opioids

3.2 การจัดการอาการหอบเหนื่อยโดยใช้ยา

3.2.1 ยากลุ่มโอปิออยด์ ในขนาดน้อยๆ จะช่วยลดความไวต่อการตอบสนองของสมองส่วนกลาง ที่ควบคุมการหายใจและช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจไม่อิ่ม และฤทธิ์ของยาที่สามารถระงับอาการปวดจะทำให้ อาการปวดบริเวณทรวงอกลดลง ทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น (ยูเรสมัคค์ สิริวิชาญบัญชา และรพีพร โรจนแสงเรือง, ม.ป.ป.) ขนาดยาที่เริ่มให้จะมีขนาดต่ำกว่าการรักษาความปวด โดยมีแนวทางการให้ยาดังนี้ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

1) ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับโอปิออยด์มาก่อน (opioid naïve patient) เริ่มให้ morphine 2.5-5 มก. p.r.n. q 4-6 ชม. PO สามารถปรับเพิ่มยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย ถ้าต้องให้ prn dose > 2 ครั้ง/วัน ควรให้เป็นยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์ยาวแบบต่อเนื่อง

2) ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยามอร์ฟีนเพื่อจัดการความปวดอยู่แล้วให้ปรับเพิ่มขนาดของยามอร์ฟีน ที่ให้อยู่ขึ้นอีกร้อยละ 30 สามารถปรับเพิ่มยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย

3.2.2 ยากลุ่มอื่น ที่มีหลักฐานว่าอาจนำมาใช้บรรเทาอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่

1) **ยากลุ่มความเครียด** กลุ่ม benzodiazepines มีประโยชน์ในการลดอาการหอบเหนื่อย โดยเฉพาะเมื่อมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย แต่ไม่ควรใช้เป็นยาตัวแรกหรือตัวเดียวในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย ควรให้คู่กับยากลุ่มโอปิออยด์ซึ่งจะสามารถลดอาการหอบเหนื่อยได้มากกว่าการให้ยากลุ่มโอปิออยด์เพียงอย่างเดียว โดยอาจให้ lorazepam ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น เริ่มต้นด้วยขนาด 0.5-1.0 มก. SL/PO p.r.n. q 8 ชม. หากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรง สามารถให้ midazolam ในขนาด 2.5-5 มก. SC q 4 ชม.

2) **ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์** อาจช่วยรักษาภาวะหายใจลำบากได้ทั้งนี้ขึ้นกับสาเหตุ ภาวะที่ตอบสนองดีต่อยาสเตียรอยด์ ได้แก่ มะเร็งที่กระจายไปตามระบบน้ำเหลืองในปอด ปอดอักเสบจากการฉายรังสี การอุดตันของ หลอดลมใหญ่ ภาวะ superior vena cava (SVC) obstruction และภาวะหลอดลมหดเกร็งที่สัมพันธ์กับภาวะปอด อุดตันเรื้อรังและหอบหืด โดยมีแนวทางการให้ยา dexamethasone ดังนี้ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

- SVC obstruction ให้ขนาด 16 มก./วัน
- Stridor ให้ขนาด 8-16 มก./วัน
- Lymphangitis carcinomatosa/post-radiotherapy/bronchospasm ให้ขนาด 8 มก./วัน

หมายเหตุ: ต้องมีการทบทวนการให้ยาทุก 5 วัน ถ้าอาการดีขึ้นให้ลดปริมาณลงให้ต่ำสุดที่สามารถควบคุมอาการได้ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้หยุดหรือลดปริมาณลง ถ้าใช้ติดต่อกัน < 14 วันให้หยุดยาได้ทันที แต่ถ้าใช้ติดต่อกันนาน > 14 วันให้ค่อยๆ ปรับลดยาลง

3) ยาขับปัสสาวะ มีประโยชน์ในการรักษาอาการหอบเหนื่อยที่เกิดจากภาวะหัวใจวาย และอาจใช้ในการบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยและบวมจาก Superior vena cava syndrome แต่ทั้งนี้ต้องประเมินก่อนว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะขาดน้ำ และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริมาตรน้ำในร่างกายน้อยกว่าปกติและเกลือแร่ผิดปกติ ชนิดและขนาดของยา เช่น ยา furosemide ให้รับประทานหรือให้ทางหลอดเลือดดำ 20-40 มก. 1-2 ครั้ง/วัน

4) ยาขยายหลอดลม มีบทบาทในการรักษาหลอดลมหดเกร็ง และช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น อาการหอบเหนื่อยจาก COPD หรือ asthma การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับยาสเตียรอยด์ จะมีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

5) การให้ออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยที่หายใจลำบากจากภาวะ hypoxia ($\text{SaO}_2 < 90\%$) การเสริมด้วยออกซิเจนจะมีประโยชน์ในการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีระดับ $\text{SaO}_2 > 90\%$ อาจจะไม่เกิดประโยชน์มากนักในการบรรเทาอาการ แต่อาจได้ผลในเชิงผลหลอก (placebo effect) เพราะการให้ออกซิเจนเสมือนเป็นสัญลักษณ์ของการรักษาทางการแพทย์ วิธีการให้ออกซิเจนแนะนำให้ผ่านทาง oxygen cannula เป็นอันดับแรก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยได้สะดวกไม่ไอติด

ตารางที่ 14 แนวทางการให้ยาในการบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อย (ดัดแปลงจาก ยุวเรศมคฺฐ์ สิริธิชาญบัญชา และรพีพร โรจนแสงเรือง ,ม.ป.ป.)

ชนิดยา	ขนาด	หมายเหตุ
ยากลุ่ม weak opioids - codeine	- 30 มก. PO q 4 ชม.	- ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยไม่มาก
ยากลุ่ม strong opioids - morphine	- 5-10 มก. PO q 4 ชม. - 30-50% of baseline opioid dose q 4 ชม.	- ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับ opioids มาก่อน (opioid-naïve patient) - ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา opioids เพื่อรักษาอาการปวดหรืออาการอื่นๆ อยู่แล้ว
ยากลุ่ม anxiolytics - lorazepam - midazolam	- 0.5-2 มก. PO/SL/IV q 1 ชม. then q 4-6 ชม. - 0.5 มก. IV q 15 นาที	- ปรับขนาดยาทุกชั่วโมงจนได้ขนาดที่สามารถทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ แล้วจึงให้ยาในขนาดดังกล่าวต่อไปเป็น maintenance dose

3.3 การจัดการอาการหอบเหนื่อยโดยวิธีไม่ใช่ยา

3.3.1 การดูแลสิ่งแวดล้อม ไม่ให้มีผู้คนแออัด การระบายอากาศดี บรรยากาศมีความสงบ หรือเปิดพัดลมเป่าบริเวณหน้าเบาๆ ให้เย็น อาจลดความรู้สึกหายใจลำบากได้ ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ไปยังสมองส่วนกลางในการรับรู้การหายใจลำบาก

3.3.2 การจัดทำ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายที่สุด การนั่งโน้มตัวไปข้างหน้าโดยวางมือทั้งสองข้างไว้บนเข่า จะเป็นท่าที่กระบังลมทำงานได้ดีที่สุด หรือให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงและใช้หมอนช่วยประคองให้ไหล่ผ่อนคลาย

3.3.3 การลดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลจะทำให้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น ควรพูดคุยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความมั่นใจ ประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลและช่วยดูแลแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมเทคนิคในการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจินตนาการ ดนตรีบำบัด

3.3.4 การฝึกการหายใจ การหายใจแบบทำปากจู๋ (pursed lip) เพื่อช่วยขับอากาศที่ค้างคั่งในถุงลมและทางเดินหายใจออกไป โดยการผ่อนคลายนทรีแวนคอสและไหล่ หายใจเข้าทางจมูกนาน 2 วินาที โดยการนับ 1 และ 2 ในใจ แล้วหายใจออกทางปากแบบเป่าปาก ระยะเวลาที่หายใจออกทางปากนาน 4 วินาที (เป็น 2 เท่าของระยะเวลาที่หายใจเข้าทางจมูก) หรือการหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อกระบังลม (diaphragmatic breathing) มีวิธีการคือ ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ไหล่ผ่อนคลาย เอามือวางคว่ำบนหน้าอก มืออีกข้างวางบนหน้าท้องใต้ชายโครง หายใจเข้าช้าๆ ทางจมูก นับ 1 และ 2 ในใจ ให้หน้าท้องสูงขึ้นกว่าหน้าอก แล้วหายใจออกทางปากแบบเป่าปาก โดยการนับ 1,2,3,4 ในใจ ทำการหายใจเข้า-ออกแบบนี้ประมาณ 5-10 นาที อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3.3.5 แนะนำเทคนิคการสงวนพลังงาน ให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมอย่างช้าๆ มีการหยุดพักระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม ทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่ทำได้ และขอความช่วยเหลือในกิจกรรมที่จะทำให้เหนื่อยมากขึ้น การใช้ยาขยายหลอดลมหรือยากลุ่มโอปิออยด์ตามแผนการรักษาของแพทย์ ก่อนการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก

อาการของระบบทางเดินอาหาร

อาการของระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายได้มาก เนื่องจากมีผลต่อการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดการขาดอาหาร ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ส่งผลทำให้เกิดอาการอ่อนล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแลด้วย เนื่องจากปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากอาการในระบบทางเดินอาหารอาจทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง จากการมีอาการอ่อนเพลีย ภาวะซีด อาการที่พบบ่อยในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปากแห้ง ช่องปากอักเสบ เยื่อช่องปากอักเสบ เจ็บในปาก กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เบื่ออาหาร หรือการอุดตันในระบบทางเดินอาหารทำให้มีอาการลำไส้ตีตัน จนในที่สุดเกิดอาการผอมแห้ง ดังนั้นสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยแก้ไขหรือส่งเสริมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย คือการประเมินอาการอย่างถูกต้อง เหมาะสมและจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ (ปานจันทร์ ฐานปณกุลศักดิ์, 2548)

ปัญหาสุขภาพช่องปาก

ปัญหาช่องปากเป็นสิ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หากไม่ได้รับการจัดการที่ดีพอจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมาก เช่น เหงือกอักเสบ เยื่อช่องปากอักเสบ เกิดการติดเชื้อง่ายขึ้น การรับรสเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารตามมา รวมทั้งปัญหาในการสื่อสารเพราะผู้ป่วยจะมีปัญหาพูดลำบาก ดังนั้นผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ความสบาย ปัญหาในช่องปากที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยที่สำคัญคือ ภาวะปากแห้ง (xerostomia) เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) หรือแผลในปาก (ulcers or aphthous stomatitis) (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, ชันหาญ ณ นคร และ จอนพะจง เพ็งจาด, 2553; Sykes, 2003)

1. ปากแห้ง อาการปากแห้ง (xerostomia) เป็นความรู้สึกแห้ง ขาดความชุ่มชื้นในปากและลำคอ พบมากในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและจะปรากฏอาการมากขึ้นเมื่อโรคมียาต้านมะเร็ง ซึ่งเป็นการหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานได้ไม่น้อยกว่าอาการอื่นๆ

1.1 สาเหตุและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ (เต็มศักดิ์ พิงศ์มี และ สิริพันธ์ ศาสตรานุรักษ์, 2542; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; Sykes, 2003)

1.1.1 ก้อนมะเร็งของต่อมน้ำลาย ทำให้ไม่สามารถผลิตน้ำลายได้ตามปกติ

1.1.2 การรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ การฉายแสงโดยตรงบริเวณใบหน้า ศีรษะและลำคอ ทำให้เกิดอันตรายต่อต่อมน้ำลาย นอกจากนี้รังสียังทำให้น้ำลายเปลี่ยนเป็นกรดเนื่องจากความเข้มข้นของไบคาร์บอเนตลดลง ส่วนยาเคมีบำบัดมีผลให้น้ำลายเข้มข้นขึ้น

1.1.3 ยาบรรเทาอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งพบว่าความรุนแรงของอาการปากแห้ง-คอแห้งมีความสัมพันธ์กับจำนวนยาที่ใช้ กลุ่มยาที่มีผลให้เกิดอาการปากแห้ง ได้แก่ ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ยาทานการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาด้านโคลิเนอร์จิก ยาด้านการหลังกรดกลุ่มยับยั้งโปรตอนปั๊ม ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาด้านเศร้า ยารักษาโรคจิต ยาด้านฮิสตามีน เป็นต้น

1.1.4 ภาวะขาดน้ำหรือภาวะสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย เช่น อาเจียน ท้องเสีย มีไข้สูง ปัสสาวะออกมาก การหายใจทางปาก และความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

1.1.5 ภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น อาเจียนมาก แผลในปาก ขาดน้ำ เบาหวาน การมีไข้

1.1.6 อาการซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล ทำให้อาการปากแห้งรุนแรงขึ้น จากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก

1.2 การประเมินอาการปากแห้ง มีแนวทางดังนี้ (เต็มศักดิ์ พิงศ์มี และ สิริพันธ์ ศาสตรานุรักษ์, 2542; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1.2.1 ประเมินสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดอาการปากแห้ง โดยซักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว การรักษา และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1.2.2 ตรวจความผิดปกติและอนามัยในช่องปาก โดยสังเกตความชุ่มชื้นในช่องปาก และประเมินความรุนแรงของอาการ

1.2.3 พิจารณาจากอาการร่วมต่างๆ เช่น เจ็บในปาก เบื่ออาหาร และการประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การพูด การนอน การใส่ฟันปลอม

1.3 การจัดการอาการปากแห้ง เน้นการป้องกันและดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก จิบน้ำบ่อยๆ และเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม และอาจมีการใช้น้ำลายเทียมช่วย ดังนี้ (เต็มศักดิ์ พิงศ์มี และ สิริพันธ์ ศาสตรานุรักษ์, 2542; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; Sykes, 2003)

1.3.1 การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันปัญหาในช่องปากได้ทั้งหมด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากอาการปากแห้งด้วย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ แปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อนนุ่มอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือบ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเกลือออร์มัล หรือด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของโซเดียมคาร์บอเนต (ผงฟู) 1 ช้อนชา หรือเกลือ 1 ช้อนชาในน้ำเปล่า 1 ลิตร และทาลิปากด้วยวาสลีนหากมีฟันปลอมให้ถอดทำความสะอาดและแช่ฟันปลอมทุกคืน

1.3.2 ปรับการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่เพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก และกระตุ้นน้ำลาย เช่น สับปะรด แตงโม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มเย็นๆ หรือน้ำแข็งก้อน และรับประทานอาหารรสอ่อน นุ่ม เป็นน้ำ เพื่อช่วยให้การเคี้ยวและกลืนง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด คือ หวาน เผ็ด เค็ม และอาหารแข็งๆ

1.3.3 การให้น้ำให้เพียงพอและการจิบน้ำ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ ช่วยลดอาการปากแห้งได้ดี

1.3.4 การใช้น้ำลายเทียม/ยากระตุ้นการหลั่งน้ำลาย ถ้าคอแห้งมากให้จิบน้ำลายเทียมที่มีสารละลาย methylcellulose เป็นครั้งคราว แนะนำให้อมในปากไว้หลายๆ นาทีเพื่อให้สารเมือกในน้ำลายเทียมเคลือบติดผนัง เยื่อบุปากและลำคอ ผสมน้ำลายเทียมกับน้ำสะอาดในสัดส่วน 1:1 อมกลืนนานๆ ก่อนกลืน หรือให้ยากระตุ้นการหลั่งน้ำลาย ยาหยอดตา pilocarpine 0.5 % 1 มล. หยดในปาก หรือ pilocarpine ชนิดรับประทานในขนาด 5 mg วันละ 3 ครั้ง ผลข้างเคียงของยานี้ คือ เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ ใจสั่น น้ำตาไหล ต้องระมัดระวังการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ เช่น ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ (หอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

1.3.5 ทบทอนยาที่ผู้ป่วยได้รับ หยุดยาที่มีผลทำให้ปากแห้ง หลีกเลียงไปยากกลุ่มอื่นหรือชนิดอื่นแทน

2. การติดเชื้อราในช่องปาก ส่วนใหญ่ คือ เชื้อรา candida albicans พบประมาณร้อยละ 83 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และพบบ่อยในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ ผลข้างเคียงที่อาจพบได้เมื่อเกิดเชื้อราในช่องปาก คือ อาการเจ็บปากและคอ การกลืนแล้วเจ็บส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ร่างกายอ่อนเพลีย ในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานโรคต่ำเชื้อราอาจลุกลามออกนอกช่องปาก ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อกับอวัยวะต่างๆ ได้ทั่วร่างกาย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, ม.ป.ป.; Sykes, 2003)

2.1 สาเหตุของการติดเชื้อราในช่องปาก เกิดได้จากหลายสาเหตุดังนี้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, ม.ป.ป.)

2.1.1 การรับประทานยาหรือใช้ยาบางชนิดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด ยาเคมีบำบัด หรือผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์พ่นทางปากหรือทางจมูก เช่น ในโรคหืด

2.1.2 ผู้ที่ร่างกายมีภูมิต้านทานโรคต่ำ/บกพร่อง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเอดส์

2.1.3 จากการใส่ฟันปลอม โดยเฉพาะชนิดใส่เต็มปาก เพราะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกในช่องปาก จนเยื่อเมือกในช่องปากเสียการต้านทานโรค รวมถึงการรักษาความสะอาดฟันปลอมไม่ดีพอ และในผู้ที่ใส่ฟันปลอมทั้งวันทั้งคืน ไม่ถอดออกในช่วงเวลานาน

2.1.4 ภาวะปากแห้ง คอแห้ง เพราะจะส่งผลให้เชื้อราทวีจำนวนมากขึ้นผิดปกติ

2.1.5 การฉายรังสีรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งคอหอย

2.2 อาการการติดเชื้อราในช่องปาก ที่พบบ่อย คือ การมีฝ้าสีขาวคล้ายนมข้นที่เยื่อเมือกในช่องปากกระจายเป็นหย่อมๆ มักพบบริเวณกระพุ้งแก้มและที่ลิ้นก่อน เมื่อเป็นมากจึงพบได้กับเนื้อเยื่อทุกส่วนของช่องปาก ลำคอ คอหอย และอาจลามถึงหลอดอาหาร ในระยะแรกของการติดเชื้ออาจไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย ถ้าเป็นมากขึ้นอาการอื่นๆ ที่พบร่วมได้ คือ เจ็บที่รอยฝ้า เจ็บช่องปาก ลำคอ เจ็บเวลากลืน กลืนลำบาก อาจรู้สึกคล้ายมีอะไรติดคอ มีไข้ต่ำๆ เบื่ออาหาร ลิ้นไม่รับรู้รสชาติ โรคติดเชื้อในช่องปากอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อลุกลามจนเสียชีวิตได้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, ม.ป.ป.; Sykes, 2003)

2.3 การประเมินการติดเชื้อราในช่องปาก การซักประวัติจากอาการและประวัติทางการแพทย์ เช่น โรคประจำตัว ยาต่างๆ ที่ใช้อยู่ การตรวจดูรอยโรคในช่องปากที่อาจพบหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) เป็นฝ้าขาวติดแน่น 2) เป็นฝ้าขาวนูนเมื่อลอกหลุดจะมีเลือดออก 3) เป็นผื่นแดงและมีเลือดออก และ 4) เป็นแผลและมีร่องแยก (วารวรณ์ อุดมความสุข และพิชาณี แสนมโนวงศ์, 2550) ในผู้ที่ใส่ฟันปลอมอาจพบผื่นแดงอักเสบเรื้อรังบริเวณที่สัมผัสกับฟันปลอมหรือแผลแดงแตกบริเวณมุมปาก สำหรับแผ่นฝ้าสีขาวที่คลุมกระพุ้งแก้ม ลิ้น เหงือก เพดานปาก ตลอดจนทอนซิล สามารถขูดออกได้ง่ายโดยไม้กดลิ้น ในรายที่เป็นรุนแรงเชื้ออาจแพร่ไปยังหลอดอาหารซึ่งต้องเฝ้าระวังการส่องกล้องตรวจ (จรัสศรี พียาพรรณม 2556; พวงทอง ไกรพิบูลย์, ม.ป.ป.)

2.4 การจัดการอาการติดเชื้อราในช่องปาก การรักษาที่ดี คือ การควบคุมอาการและสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง, 2557; พวงทอง ไกรพิบูลย์, ม.ป.ป.)

2.4.1 รักษาความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ช่วงตื่นนอนเช้าและก่อนเข้านอน กลั้วปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ และทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร อาจเป็นน้ำเกลืออนอร์มัล (normal saline) หรือใช้เกลือแกง ประมาณ 1 ช้อนชาต่อน้ำเปล่าสะอาดประมาณ 1 ลิตร โดยผสมใหม่ทุกวัน

2.4.2 สำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม ควรดูแลฟันปลอมให้สะอาดอยู่เสมอ ฟันปลอมที่ถอดทิ้งไว้ควรทำความสะอาดก่อนแล้วจึงเก็บในกล่องแช่น้ำสะอาดไว้ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ในช่องปากอาจใส่ฟันปลอมได้แต่ควรใส่เฉพาะเวลากลางวันเท่านั้น และถอดแช่น้ำไว้เวลากลางคืน

2.4.3 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว เพื่อป้องกันภาวะปากแห้ง

2.4.4 ถ้าสาเหตุของการติดเชื้อมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ ควรลดปริมาณยาลงหรือเปลี่ยนใช้ยาตัวอื่น

2.4.5 หากสาเหตุที่แท้จริงไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือไม่สามารถรักษาได้ อาจมีความจำเป็นต้องใช้ยารักษาเชื้อรา ซึ่งมีหลายรูปแบบทั้งชนิดยารับประทาน และยาฉีด เช่น nystatin, fluconazole, clotrimazole, ketoconazole เป็นต้น สำหรับยาในสแตติน (nystatin) ควรให้อมกั้วยาในปากไว้สักพักประมาณ 2-5 นาทีหรือนานเท่าที่สามารถทำได้แล้วจึงกลืนลง

3. เยื่อช่องปากอักเสบ เป็นอาการแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อาการเยื่อช่องปากอักเสบเป็นอาการที่สร้างความเจ็บปวดทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เพราะการอักเสบอย่างรุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บในช่องปากอย่างรุนแรง เกิดความไม่สุขสบาย เจ็บปวด แสบร้อน ปากแห้ง การรับรสและการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง จนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ จนเกิดภาวะทุโภชนาการ ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย และมีโอกาสติดเชื้อในช่องปากโดยเฉพาะเชื้อราและทั้งระบบของร่างกาย จึงควรต้องเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ โดยควรดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดปัญหาเพื่อป้องกัน (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง, 2557; ยุพิน เพียรมงคล, ม.ป.ป.; ปณิตา คุณสาระ, พรรณวดี พุทธิวนะ, และจิราภรณ์ จันทร์ดา, 2556)

3.1 การประเมินเยื่อช่องปากอักเสบ จะมีลักษณะเป็นจำแดงๆ กระจายทั่วไป ถ้าเป็นมากจะเป็นสีแดง และมีจุดสีเหลืองเป็นหย่อมๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บระคายเคืองได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมาก และอาจมีเลือดออกได้ ความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอาจใช้การประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ (ปณิตา คุณสาระ, พรรณวดี พุทธิวนะ, และจิราภรณ์ จันทร์ดา, 2556)

- ระดับ 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล
- ระดับ 1 หมายถึง เยื่อช่องปากเริ่มมีสีแดง แต่ไม่มีอาการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย
- ระดับ 2 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวดหรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้
- ระดับ 3 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดงกระจายมากขึ้น มีอาการบวม มีอาการปวดหรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้เท่านั้น
- ระดับ 4 หมายถึง มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำทดแทน

3.2 การจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบ การจัดการควรดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดปัญหาเพื่อป้องกันไว้ก่อน ถ้าเกิดขึ้นแล้วควรได้รับการดูแลเพื่อลดความรุนแรงลง โดยประเมินอาการให้ได้เร็วที่สุด และดูแลความสะอาดของปาก และฟันอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาพช่องปาก และการดื่มน้ำให้เพียงพอ ดังนี้ (กาญจนา หล้าบา, 2555; ยูพิน เพียรมงคล, ม.ป.ป.; Chula Cancer, ม.ป.ป.)

3.2.1 การดูแลสุขภาพช่องปากกรณีผู้ป่วยไม่มีแผลในช่องปาก (ระดับ 0) ดังนี้

- 1) แนะนำการรักษาความสะอาดของช่องปาก โดย แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนตื่นนอนเช้าและก่อนนอน หรือหลังอาหารทุกมื้อ ด้วยแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม และใช้ยาสีฟันเด็ก ทาไหม้ฟันด้วยวาสลีน
- 2) แนะนำให้กลั้วปากหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน ด้วยน้ำเกลือออร์มัล หรือส่วนผสมระหว่างเกลือแกง 1 ช้อนชาและโซเดียมไบคาร์บอเนต (ผงเบกิ้งโซดา) 1 ช้อนชาในน้ำต้มสุก 1 ลิตร ซึ่งโซเดียมไบคาร์บอเนตจะช่วยลดความเป็นกรดในช่องปาก
- 3) ผู้สูงอายุที่มีฟันปลอม ควรถอดทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และถอดฟันปลอมออกทุก 8 ชั่วโมงต่อวันหรือในช่วงที่นอน เพื่อป้องกันเหงือกถูกกดทับ
- 4) แนะนำรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น เนื้อปลา นม ไข่ ลักษณะอาหารที่อ่อนนุ่ม กลืนสะดวก มีรสจืด ไม่เผ็ด อย่ารับประทานอาหารขณะร้อน ควรรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น นมสด น้ำผลไม้ ไอศกรีม เยลลี่
- 5) แนะนำดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อช่วยรักษาความชุ่มชื้นของเยื่อ
- 6) ทบทวนยาที่ผู้สูงอายุได้รับ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง

3.2.2 การดูแลสุขภาพช่องปากกรณีผู้ป่วยที่มีแผลในช่องปากอักเสบ (ระดับ 1-2)

- 1) ดูแลเหมือนการดูแลช่องปากปกติแต่ต้องทำด้วยความระมัดระวังมากขึ้น และเพิ่มการกลั้วปากด้วยน้ำเกลือผสมโซเดียมไบคาร์บอเนต บ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง
- 2) ไม่ใส่ฟันปลอม ยกเว้นในขณะรับประทานอาหาร
- 3) รับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและน้ำผลไม้ที่เข้มข้นสูง
- 4) ให้อาบน้ำ ยาล้างช่องปาก ไวรัส และแบคทีเรียในปากตามแผนการรักษา
- 5) ให้อาหารเฉพาะที่เพื่อลดอาการเจ็บปาก เช่น 2% xylocaine viscous อมกลั้วปากและคอก่อนรับประทานอาหารเพื่อลดความปวด ควรอมกลั้วปากก่อนรับประทานอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง เพราะถ้ามีอาการชามากขณะรับประทานอาหารอาจทำให้เกิดการสำลักได้ (ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, ม.ป.ป.)

3.2.3 การดูแลกรณีที่มีช่องปากอักเสบ (ระดับ 3-4)

- 1) ใช้ผ้าสะอาดนุ่ม หรือไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือผสมโซเดียมไบคาร์บอเนตถูฟันเบาๆ และเช็ดปากแทนการแปรงฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำเกลือผสมโซเดียมไบคาร์บอเนตทุก 1-2 ชั่วโมง
- 2) ถ้ามีฟันปลอม ให้ถอดออกจนกระทั่งอาการอักเสบหายไป
- 3) กรณีมีอาการปวดในช่องปาก อาจใช้ 2% xylocaine viscous อมกลั้วปากและคอก่อนรับประทานอาหารเพื่อลดความปวด หรือใช้ ASA 1 เม็ดผสมกับ 0.9 % NSS 200 มิลลิลิตร อมกลั้วปาก (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558) และให้อาบน้ำ ยาล้างช่องปาก ไวรัส และยาต้านจุลินทรีย์ตามการรักษาของแพทย์
- 4) จัดอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการเคี้ยวและกลืนอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง
- 5) ประเมินการติดเชื้อ การมีเลือดออก และอาการเจ็บปวด ให้อาบน้ำ ยาล้างช่องปากตามแผนการรักษา ถ้ามีเลือดออกให้อมหรือบ้วนปากด้วยน้ำเย็น หรือน้ำแข็ง

6) หากมีกลิ่นปากจากแผลในปาก อาจใช้ metronidazole (2 เม็ด บดผสมน้ำ 1 แก้ว) อมบ้วนปากทุก 4 ชั่วโมง (สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์, ชันนาฏ ณ นคร และจอนณะจ พึงจาด, 2553)

คลื่นไส้อาเจียน

อาการคลื่นไส้ (nausea) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกไม่สบายบริเวณภายในลำคอและป็นป่วนในช่องท้อง เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เป็นอาการที่อยากจะอาเจียน ส่วนอาการอาเจียน (vomiting) คือ การที่อาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กตอนบนถูกขับออกมาอย่างรุนแรง โดยเกิดขึ้นจากแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อกระบังลม กระเพาะอาหาร ลำไส้ ทรวงอก และหน้าท้อง อาการอาเจียนจึงเป็นทั้งอาการและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการอาเจียน อาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยกว่าครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด พบความชุกของการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้มากถึงร้อยละ 40-46 ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต เป็นภาวะคุกคามรุนแรงที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมาก มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอาการที่ดีจะทำให้เกิดอาการอื่นตามมา เช่น ภาวะขาดอาหาร ขาดน้ำ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (กิตติพล นาควิโรจน์, ม.ป.ป.; พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557; สุปราณี นิรุติศาสตร์, 2553)

1. สาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียน เกิดจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนในสมองได้รับสัญญาณประสาทจากระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายมาจากตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยผ่านทางตัวรับสารสื่อประสาทที่สำคัญ ได้แก่ ทางเดินอาหารซึ่งมีตัวรับ dopamine และ serotonin ระบบเวสติบูลาร์ในหูชั้นใน (vestibular system) มีตัวรับ histamine และ acetylcholine บริเวณเคมีเรเซพเตอร์ทริกเกอร์ (CTZ) มีตัวรับ serotonin และ dopamine ดังนั้นการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วยยาที่ได้ผล จะต้องเลือกยาที่มีฤทธิ์ต่อตัวรับ (receptors) ในบริเวณต่างๆ ที่คาดว่าจะจะเป็นสาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ตำแหน่งของร่างกายที่ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่สำคัญ มีดังนี้ (กิตติพล นาควิโรจน์, ม.ป.ป.; วงจันทร์เพชรพิเชฐเชียร, 2554; อภิชาติ แสงจันทร์, 2558)

1.1 ระบบประสาทส่วนกลางที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมีได้หลายทาง เช่น

1.1.1 สมองส่วน cortex และ limbic system ได้รับการกระตุ้นจากการได้เห็น การได้กลิ่น รสที่ไม่พึงประสงค์ ความเจ็บปวด หรือการนึกถึงประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกอยากอาเจียน หรือการได้รับแรงกดดัน ได้แก่ สมองบวม ติดเชื้อ เนื่องจากในสมองหรือความดันกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

1.1.2 บริเวณเคมีเรเซพเตอร์ทริกเกอร์ (Chemoreceptor trigger zone, CTZ) ตอบสนองต่อการกระตุ้นจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในเลือดหรือในน้ำไขสันหลัง เช่น ยาต่างๆ (ยาระงับปวดโอปิออยด์ ยา NSAIDs ยาสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ ยาด้านเศร้า (SSRI) ยาเคมีบำบัด) ภาวะเมแทบอลิกผิดปกติ (เช่น แคลเซียมในเลือดสูง ภาวะยูริเมีย ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง) รวมทั้งสารพิษ/สารที่สร้างจากก้อนมะเร็งหรือการติดเชื้อ

1.1.3 การกระตุ้น Brainstem vestibular nuclei จากการเปลี่ยนแปลงของท่าทางจากโรคน้ำในหูไม่เท่ากัน โรคของหูชั้นใน และการติดเชื้อในหูชั้นกลาง

1.2 ระบบประสาทส่วนปลาย จะมีเส้นประสาทเวกัสทอดแขนงไปตามกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ส่วนต้นที่ไวต่อการกระตุ้นจากแรงกล สารเคมี และสารพิษ เช่น การอุดกั้นทางเดินอาหารจากก้อนมะเร็ง ภาวะท้องผูก หรือการบีบตัวของลำไส้ลดลง ภาวะท้องมาน การอุดกั้นจากก้อนมะเร็งในกระเพาะอาหาร และเส้นประสาทพาริงซ์ที่ทอดแขนงไปตามลำคอ การกระตุ้นด้วยแรงกลและสารเคมีสามารถกระตุ้นการคลื่นไส้อาเจียนได้ เช่น การติดเชื้อแคนดิดา การมีเสมหะเหนียว การไอ เป็นต้น

สำหรับสาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย คือ

- อาการท้องผูก
- ภาวะลำไส้อุดตัน
- การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
- การระคายเคืองหรือการอักเสบของกระเพาะอาหาร เช่น กระเพาะอาหารอักเสบ การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร
- ผลข้างเคียงจากยาและการรักษาบางอย่าง เช่น โอปิออยด์ ยาต้านอาการซึมเศร้ากลุ่ม SSRI ยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัด เป็นต้น
- ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
- ภาวะยูรีเมียจากไตวาย
- ภาวะที่มีระดับแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia)
- สาเหตุอื่นๆ เช่น กลืนบางอย่าง ความวิตกกังวล เป็นต้น

2. การประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อหาสาเหตุจัดการอย่างเหมาะสม (เต็มศักดิ์ พิงศ์มี และ สิรินทร ศาสตรานุรักษ์, 2542; ทวีศักดิ์ แพนวันดี, 2537)

2.1 การซักประวัติ ควรประเมินเกี่ยวกับ

2.1.1 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับดังที่กล่าวในหัวข้อสาเหตุ

2.1.2 ความรุนแรงและความถี่ของอาการ

2.1.3 ช่วงเวลาที่เกิดอาการ เช่น ถ้าเกิดแบบเฉียบพลันใน 1-2 วัน มักเกิดจากการติดเชื้อในทางเดินอาหาร การได้รับยาบางชนิด ถ้าอาการเป็นแบบเรื้อรังนานกว่า 1 สัปดาห์ สาเหตุอาจเกิดจากยาที่ใช้ในระยะยาวหรือภาวะทางจิตเวช

2.1.4 ความสัมพันธ์ของอาการกับมื้ออาหาร เช่น ถ้าอาเจียนหลังรับประทานอาหารนานกว่า 1 ชั่วโมง มักพบในภาวะอุดตันทางออกจากกระเพาะอาหาร (gastric outlet obstruction)

2.1.5 ลักษณะของอาหารที่อาเจียน เช่น การอาเจียนเป็นอาหารที่ย่อยบางส่วนบ่งบอกถึงภาวะ gastric outlet obstruction หรือภาวะกระเพาะอาหารอ่อนแรง (gastroparesis) ในกรณีที่อาเจียนมีลักษณะคล้ายอุจจาระจะบ่งบอกถึงการอุดตันของลำไส้เล็กส่วนปลาย การอุดตันของลำไส้ใหญ่ หรือมีรูทะลุระหว่างกระเพาะอาหารกับลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

2.1.6 อาการที่พบร่วม มีส่วนบ่งบอกถึงสาเหตุได้ เช่น อาการปวดพบได้ในแผลในกระเพาะอาหาร หรือมีการอักเสบของอวัยวะในช่องท้อง ถ้าปวดท้องเป็นพักๆ แบบบีบรัดอาจเป็นภาวะลำไส้อุดตัน อาการใช้ถ่ายเหลวพบในการติดเชื้อในลำไส้ ปวดศีรษะ/ตามัว/ซีดลงบ่งบอกถึงรอยโรคของระบบประสาทส่วนกลาง อาการมีนงงบ้านหมุนพบในรอยโรคของ labyrinth

2.1.7 ความรุนแรงของอาการที่อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ภาวะโภชนาการ การขาดน้ำ การสำลักและความสามารถในการรับประทานอาหารและยา

2.2 การตรวจร่างกาย มีประโยชน์ในการบอกถึงสาเหตุ และการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการอาเจียน การตรวจร่างกายทั่วไป เช่น การตรวจช่องปากและลำคอ การอ้าปากหรือติดเชือก การตรวจหาความผิดปกติในช่องท้อง การฟัง bowel sound ถ้าไม่ได้ยินเสียงบ่งบอกถึงมีลำไส้อุดตัน ได้ยินเสียงกระฉอก (succussion splash) บริเวณลิ้นปี่ อาจบ่งชี้ถึง gastric outlet obstruction หรือ gastroparesis ถ้ามีการอ้าปากในช่องท้องจะตรวจพบ tenderness และ guarding บริเวณตำแหน่งของอวัยวะที่อ้าปาก รวมทั้งการตรวจทวารหนักเพื่อประเมินอาการท้องผูกที่อาจเป็นสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตรวจระบบประสาท เพื่อประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2.3 การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น blood glucose, BUN/Cr, electrolyte, liver function test, thyroid function test เป็นต้น และผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่จะช่วยบอกถึงความผิดปกติทางโครงสร้างร่างกายที่ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3. การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3.1 การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา ยาที่ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนส่วนใหญ่มีผลต่อตัวรับ (receptors) ที่ตำแหน่งต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ที่คาดว่าจะจะเป็นสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยมีแนวทางเลือกการใช้ยาดังนี้ (กิตติพล นาควิโรจน์, ม.ป.ป.; กิตติกร นิลมานันต์, 2555; มนพรัตน์ จินดา และ สายพิณ หัตถิรัตน์, 2550; ยุวเรศมศุทธิ์ สิทธิชาญบัญชา และ รพีพร โรจนแสงเรือง, ม.ป.ป.)

3.1.1 หากไม่พบสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ชัดเจน อาจเริ่มให้ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลุ่มยับยั้งโดปามีน (dopamine antagonists) ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับโดปามีนบริเวณ chemoreceptor trigger zone และศูนย์ควบคุมการอาเจียน ได้แก่ haloperidol

3.1.2 ถ้าสันนิษฐานว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดจากการลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ควรเลือกใช้ยา กลุ่มกระตุ้นการทำงานของทางเดินอาหาร (prokinetic drugs) ได้แก่ metoclopramide, domperidone ซึ่งเป็นยา กลุ่มยับยั้งโดปามีน (dopamine antagonists) เช่นกัน

3.1.3 หากอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดจากยาเคมีบำบัดและการฉายแสง ควรใช้ยากกลุ่มยับยั้งตัวรับ ซีโรโทนิน (serotonin antagonists) ที่ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ondansetron, granisetron

3.1.4 หากสาเหตุเกิดจากระบบ vestibular ถูกกระตุ้น เช่น เวียนศีรษะจากการเคลื่อนไหว หรือหูชั้นใน อ้าปาก ควรใช้ยากกลุ่ม antihistamine เช่น meclizine

3.1.5 หากอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง หรือการอ้าปากของลำไส้ ควรใช้ยากกลุ่ม glucocorticoids เช่น dexamethasone

3.1.6 หากอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดจากภาวะเครียดหรือวิตกกังวล ควรใช้ยากกลุ่ม benzodiazepine เช่น lorazepam

3.1.7 ถ้าสาเหตุมาจากภาวะท้องผูก ควรใช้ยาระบายที่กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (stimulant laxatives) เช่น senokot (ทั้งนี้ต้องไม่มีภาวะลำไส้อุดตันแบบสมบูรณ์)

3.1.8 ถ้าอาการอาเจียนเกิดจากภาวะลำไส้อุดตัน อาจให้ยาที่ลดการหลั่งสารคัดหลั่งจากทางเดินอาหาร เช่น ยา octreotide (Sandostatin)

ตารางที่ 15 กลุ่มยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ดังตารางที่ 14 (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557)

Medication class	Drugs
Dopamine antagonists	- metoclopramide 10-20 mg PO/IV/SC/ PRN q 4-8 hr. - haloperidol 0.5-1 mg PO/SC/IV q 6-12 hr. - domperidone 10 mg PO q 4-8 hr.
Prokinetic	- metoclopramide 10-20 mg PO/SC/PRN q 4-8 hr. - domperidone 10 mg PO q 4-8 hr.
Serotonin antagonists	- ondansetron 4-8 mg PO/SC/IV bid-tid - grainsetron 0.5-1 mg bid-tid PO/SC/IV OD-bid
Histamine antagonists	- dimenhydrinate 25-100 mg PO/IV/ PRN q 4-8 hr. - promethazine 25 mg PO/IV q 4-6 hr.
Miscellaneous	- dexamethasone 2-4 mg PO/SC/IV. OD-qid - lorazepam 0.5-1 mg PO/SL/IV q 4-12 hr.

ตารางที่ 16 การเลือกใช้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนแยกตามสาเหตุ (ดัดแปลงจาก มนทร์รัตน์ จินดา และสายพิน หัตถ์รัตน์, 2550)

ตำแหน่งที่ถูกกระตุ้น	สาเหตุที่มากระตุ้น	ประเภทของยา	ตัวอย่างยาที่ใช้
1. Cortex	• วิตกกังวล	• ยาลดความกังวล กลุ่ม Benzodiazepine	• Lorazepam
2. Vestibular	• การเคลื่อนไหว • ยาที่มีพิษต่อประสาทการได้ยิน	• ยาด้านฮีสตามีน (Antihistamine)	• Dimenhydrinate
3. Chemoreceptor trigger zone	• ยา/สารพิษ • การกระจายของมะเร็ง • ก้อนเนื้อ/เยื่อหุ้มสมองอักเสบ • เมแทบอลิก	• ยายับยั้งโดปามีน (Antidopaminergic) • ยาด้านฮีสตามีน (Antihistamine) • ยาด้านซีโรโทนิน (Antiserotonin) • สเตียรอยด์ (Steroid)	• Haloperidol, Prochlorperazine • Dimenhydrinate • Ondansetron • Dexamethasone

ตำแหน่งที่ถูกกระตุ้น	สาเหตุที่มากระตุ้น	ประเภทของยา	ตัวอย่างยาที่ใช้
4. GI tract	• เยื่อบุทางเดินอาหารถูกทำลาย • การอักเสบของทางเดินอาหาร • การเคลื่อนไหวทางเดินอาหารลดลง/ไม่เคลื่อนไหว • ท้องผูก	• ยาปกป้องเยื่อบุทางเดินอาหาร (Cytoprotective agents) • ยากระตุ้นการทำงานของทางเดินอาหาร (Prokinetic agents) • ยาระบายที่กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (Stimulant laxatives)	• Ranitidine, Omeprazole • Metoclopramide(Plasil), Domperidone(Motilium) • Senokot

3.2 การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา ควรผสมผสานการจัดการโดยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยาร่วมกัน (ชยุตใหม่เขียว, 2556; พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

3.2.1 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ในเรื่องต่อไปนี้

- 1) การดูแลความสะอาดช่องปาก และการทำความสะอาดช่องปากหลังการอาเจียน
- 2) การดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีการระบายอากาศที่ดี สะอาด ไม่มีกลิ่น
- 3) ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย ปริมาณน้อยๆ โดยเพิ่มจำนวนมื้ออาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร ลดอาหารมัน ของทอด อาหารรสหวานจัด อาหารที่มีกลิ่นแรง อาหารรสจัด กรณีมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากอาจต้องงดอาหารจนกว่าอาการจะทุเลาลง
- 4) จิบน้ำชงบ่อยๆ พบว่ายังมีสรรพคุณช่วยลดอาการคลื่นไส้ได้ หรือการจิบน้ำผลไม้
- 5) ควรอยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูงภายหลังการรับประทานอาหารประมาณ 1-2 ชั่วโมง
- 6) พยายามระวังอย่าให้มีอาการท้องผูก
- 7) สังเกตลักษณะของอาเจียน เช่น ขมจากมีน้ำดีปน หรือมีเลือดปน ให้แจ้งแพทย์ พยาบาล เพื่อใช้เป็นตัวช่วยในการวินิจฉัยอาการ และให้การรักษาได้ถูกต้อง
- 8) รับประทานยาบรรเทาอาการตามที่แพทย์สั่งให้ เช่น กินตรงตามเวลา หรือ รับประทานก่อนอาหาร

3.2.2 ใช้การดูแลแบบผสมผสานในการควบคุมอาการ ซึ่งประสิทธิผลอาจไม่ดีเท่าการใช้ยาแก้อาเจียน แต่ใช้เป็นวิธีเสริม ได้แก่ การกดจุด การจินตนาการบำบัด ดนตรีบำบัด การเบี่ยงเบนความสนใจ สุคนธบำบัด

3.2.3 ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากอาการอาเจียน ควรแนะนำญาติเรื่องการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การสำลักเศษอาหารขณะอาเจียน เป็นต้น

ลำไส้อุดตัน

ลำไส้อุดตัน (intestinal obstruction) คือ ภาวะที่สิ่งต่างๆ ในลำไส้ ได้แก่ น้ำ อาหาร น้ำย่อย และของเหลวต่างๆ ในลำไส้ไม่สามารถเคลื่อนผ่านลำไส้ได้ตามปกติ จึงก่อให้เกิดอาการปวดท้องท้องอืดท้องคลั่งไส้อาเจียน ท้องผูก และท้องอืด ลำไส้อุดตันอาจเกิดจากช่องทางเดินในลำไส้ตีบแคบหรืออุดตันทั้งหมด เรียกภาวะนี้ว่า “ลำไส้ตีบตัน” (mechanical obstruction) หรือเนื่องจากมีความผิดปกติของประสาทและกล้ามเนื้อเป็นผลให้ลำไส้ไม่บีบตัวขับเคลื่อนสิ่งต่างๆ ในลำไส้ตามปกติ เรียกภาวะนี้ว่า “ภาวะลำไส้อืด” (functional obstruction /paralytic ileus) ทำให้สิ่งของหรือก๊าซที่อยู่ภายใน

ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนที่ คล้ายการอุดตันของลำไส้แต่รูของลำไส้ยังเปิดอยู่ไม่ได้ตีบตันจึงไม่ใช่การอุดตันอย่างแท้จริง (pseudo obstruction) ส่วนมากภาวะลำไส้อืด (paralytic ileus) มักหายได้เองหลังจากรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด สาเหตุของลำไส้อุดตันมีทั้งที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง หรือสาเหตุจากโรคมะเร็งโดยตรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีมะเร็งตั้งต้นอยู่ที่ช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน เช่น มะเร็งรังไข่ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่แล้วการเกิดลำไส้อุดตันในผู้ป่วยระยะท้ายมีสาเหตุจากการกระจายของมะเร็งทั่วท้อง (abdominal carcinomatosis) ซึ่งเป็นเนื้องอกแทรกเข้าไปในเยื่อผนังของลำไส้เล็ก (mesentery) รวมถึงร่างแหประสาทซิวลิแอค (celiac plexus) ก่อให้เกิดลำไส้ตีบตันภายในช่องท้อง ลำไส้ หรือมีผลทำให้ลำไส้บีบตัวลดลงหรือเกิดภาวะลำไส้อืด (นริศ เจนวิริยะ, ม.ป.ป.; พวงทอง ไกรพิบูลย์, ม.ป.ป.; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552; ประภาพร สุประเสริฐ, 2556; สถาพร สีสานันทกิจ, 2547)

1. สาเหตุ ลำไส้อุดตันสามารถเกิดขึ้นที่ส่วนใดของทางเดินอาหาร (GI tract) ก็ได้ไม่ว่าจะเป็นการอุดตันบริเวณทางออกของกระเพาะอาหาร (gastric outlet obstruction) ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (duodenum) ลำไส้เล็ก (small bowel) ลำไส้ใหญ่ (large bowel) และบริเวณรอยต่อของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและไส้ตรง (rectosigmoid junction) สรุปสาเหตุของลำไส้อุดตันได้ดังนี้ (พลเดช วิชาจารย์, 2556; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

1.1 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (mechanical obstruction) อาจเกิดจาก

1.1.1 สาเหตุจากภายในลำไส้ (intraluminal cause) ได้แก่ เนื้องอกของลำไส้ เช่น มะเร็งลำไส้ หรือสิ่งแปลกปลอม เช่น ก้อนนิ่วจากถุงน้ำดีที่หลุดเข้ามาในลำไส้ อุดจากระที่แข็งจากภาวะท้องผูกรุนแรง เป็นต้น

1.1.2 สาเหตุจากผนังลำไส้ (intramural cause) เช่น เนื้องอกบางชนิด (เช่น leiomyoma, leiomyosarcoma) การตีบของผนังลำไส้จากภาวะการอักเสบเรื้อรัง (เช่น inflammatory bowel disease, diverticulitis) เป็นต้น

1.1.3 สาเหตุจากภายนอก (extraluminal cause) เช่น พังผืดในช่องท้อง เนื้องอกของอวัยวะในช่องท้องกดทับ ต่อมน้ำเหลือง หรือภาวะไส้เลื่อนทั้งภายนอกและภายใน เป็นต้น

1.2 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะลำไส้อืด (functional obstruction/ paralytic ileus)

1.2.1 ภาวะที่ลำไส้ไม่มีการบีบตัวที่เกิดขึ้นในเวลาหนึ่ง (acute pseudo obstruction) เช่น ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ความไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ (เช่น โพแทสเซียมต่ำ) การอักเสบในช่องท้อง

1.2.2 ภาวะที่ลำไส้ไม่มีการบีบตัวแบบเรื้อรัง (chronic pseudo obstruction) จากความผิดปกติของกล้ามเนื้อเรียบ ความผิดปกติของข่ายใยประสาทที่เลี้ยงลำไส้ โรคของระบบประสาท ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม และยา (เช่น ยากลุ่ม anticholinergic, tricyclic antidepressant, opioids)

2. อาการและอาการแสดงของลำไส้อุดตัน อาจค่อยๆ เกิดอาการขึ้นทีละน้อย หรือมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ขึ้นอยู่กับสาเหตุ แต่อาการที่เฉพาะจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการอุดตัน ดังสรุปไว้ตารางที่ 17 (Larsen & Irish, 2004) ส่วนลักษณะของแต่ละอาการมีรายละเอียดดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552; พลเดช วิชาจารย์, 2556)

2.1 ปวดท้องแบบบีบรัด เป็นอาการนำสำคัญในลำไส้เล็กอุดตัน อาการปวดท้องมักปวดบิดเป็นพักๆ (colicky pain) และรุนแรงขึ้น การอุดตันของลำไส้ถ้าเกิดขึ้นทีละน้อยจะมีอาการปวดเป็นระยะและค่อยๆ ดีขึ้นจนกระทั่งมีการอุดตันมากขึ้นอาการปวดจะรุนแรงขึ้นและปวดต่อเนื่องตลอดเวลา ถ้ามีการอุดตันที่ลำไส้เล็กมักปวดบริเวณกลางท้องและส่วนบน แต่ถ้ามีการอุดตันที่ลำไส้ใหญ่จะปวดตรงส่วนล่างของหน้าท้อง และถ้าเป็นการอุดตันทั้งหมดอาการปวดท้องจะรุนแรงมากขึ้นร่วมกับลำไส้บีบตัวมากและฟังเสียงลำไส้ (bowel sound) ดังชัดเจนแต่ถ้าเป็นภาวะลำไส้อืดหรือลำไส้ไม่มีการบีบตัว จะไม่ปวดท้อง เพียงรู้สึกตึงหรือแน่นท้อง

2.2 คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหารไม่สามารถผ่านสู่ลำไส้ส่วนปลายได้ ลำไส้จะมีการขยายขนาดเพิ่มขึ้นจนกระตุ้นให้เกิดการอาเจียน ทั้งนี้ลักษณะของอาเจียนและระยะเวลาสามารถบอกตำแหน่งที่มีการอุดตันได้ เช่น ถ้ามีอาการอาเจียนเป็นอาการนำที่เด่นกว่าอาการอื่นๆ ตำแหน่งการอุดตันมักอยู่ส่วนต้นของทางเดินอาหาร และถ้าอาเจียนเร็วภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังทานอาหาร การอุดตันอาจเกิดบริเวณทางออกของกระเพาะอาหารที่เรียกว่า gastric outlet obstruction ถ้าลักษณะอาเจียนมีน้ำดีปนบ่งบอกว่าการอุดตันนั้นอยู่ส่วนปลายต่อรูเปิดของท่อน้ำดีที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม ถ้าการอุดตันที่ลำไส้เล็กส่วนปลายหรือลำไส้ใหญ่ การอาเจียนจะเกิดช้ากว่าอาจถึง 12 ชั่วโมง หรือมากกว่า และสิ่งที่อาเจียนจะมีลักษณะและกลิ่นคล้ายอุจจาระ และถ้ามีการอุดตันที่ลำไส้ใหญ่มักมีอาการอาเจียนเพียงเล็กน้อยหรือไม่มี

2.3 ท้องผูก ผู้ป่วยลำไส้เล็กอุดตันในระยะแรกอาจผายลมหรือถ่ายอุจจาระที่ตลก้างได้ แต่ต่อมาจะไม่ถ่ายและไม่ผายลมอีก เพราะถ้าการอุดตันเป็นเพียงบางส่วน (partial obstruction) อาจมีอุจจาระผ่านออกมาได้บ้าง แต่ถ้าการอุดตันเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (complete obstruction) ไม่ว่าการอุดตันจะเกิดตรงตำแหน่งใดๆ มักจะไม่มี การถ่ายอุจจาระหรือผายลมอีก

2.4 ท้องอืด สิ่งที่อุดตันจะกั้นทางเดินในลำไส้ แก๊สที่อยู่ในท้องระบายออกมาไม่ได้ทำให้ท้องอืด ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืดมากหรือน้อยแล้วแต่ระดับการอุดตันของลำไส้ อาการท้องอืดอาจไม่ชัดเจนในระยะแรก แต่ต่อมาจะค่อยๆ มีมากขึ้น ท้องอืดถือเป็นอาการนำสำหรับการอุดตันของลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะมีอาการเป็นๆ หายๆ เหมือนอาหารไม่ย่อย ร่วมกับการถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น ท้องผูก ท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด อุจจาระก้อนเล็ก สำหรับลำไส้เล็กอุดตัน อาการท้องอืดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นและระดับที่อุดตัน ถ้าอุดตันในระดับต่ำท้องจะอืดมากกว่า เพราะการอุดตันในระดับสูงมักจะอาเจียนในระยะแรก

ตารางที่ 17 อาการและอาการแสดงของลำไส้อุดตัน (Larsen & Irish, 2004)

ตำแหน่ง	ปวด	อาเจียน	ท้องอืด
Duodenum	- ไม่ปวด	- อาเจียนรุนแรง ปริมาณมาก ลักษณะ เป็นอาหารที่ไม่ย่อย	- ไม่มี
Small bowel	- ปวดบริเวณท้องส่วนบนจนถึงกลางท้อง	- อาเจียนระดับปานกลางถึงรุนแรง	- ปานกลาง
Large bowel	- ปวดบริเวณกลางท้องถึงท้องส่วนล่าง	- การอาเจียนเกิดขึ้นช้า	- มาก

2.5 อาการแทรกซ้อน หากการอุดตันไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ การที่ลำไส้ขาดเลือดจนเน่าทะลุ เนื่องจากความดันภายในลำไส้ส่วนที่ตันเพิ่มสูงขึ้นจากอาหารที่ค้างและสารคัดหลั่งรวมถึงน้ำย่อยที่ไหลออกมา จนความดันภายในลำไส้มากเกินไปจนความดันจากหลอดเลือดแดงจะส่งผ่านเลือด สารอาหาร และออกซิเจนเข้ามาเลี้ยงผนังลำไส้ ผนังลำไส้จึงขาดเลือด จนเกิดการแตกทะลุของลำไส้ มีการกระจายของเศษอาหาร น้ำย่อย หรืออุจจาระเข้ามาในช่องท้อง ถ้ามีไข้ หนาวสั่น หน้าท้องแข็ง กดเจ็บมาก แสดงถึงการเน่าตายของลำไส้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์จะมีอาการขาดน้ำ ความดันโลหิตต่ำ และภาวะกรดจากเมแทบอลิซึม

3. การประเมิน สามารถวินิจฉัยเบื้องต้นจากประวัติและการตรวจร่างกาย ดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552; ประภาพร สุประเสริฐ, 2556; พลเดช วิชาจารย์, 2556)

3.1 การซักประวัติ ควรสอบถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการผ่าตัด การกินยาต่างๆ เช่น หากผู้ป่วยเคยมีประวัติผ่าตัดมาก่อน อาจนึกถึงสาเหตุจากเยื่อพังผืดในช่องท้อง เป็นต้น และการสอบถามอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด การผายลมและขับถ่ายอุจจาระ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดลำไส้อุดตันจากโรคมะเร็ง อาการอาจค่อยเป็นค่อยไป เป็นๆ หายๆ ไม่ชัดเจนเหมือนผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากการกดลำไส้เป็นแบบซ้ำๆ ถ้าเป็นการอุดตันบางส่วน (partial obstruction) อาการเริ่มต้นจะมีปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด โดยปวดเป็นพักๆ และหายไปเอง ผู้ป่วยจะผายลมบ่อยและเริ่มถ่ายเหลว ต่อมาถ้าเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์ (complete obstruction) อาการจะค่อยๆ แย่ลงจนกระทั่งปวดท้องตลอดเวลา เป็นต้น นอกจากนี้ความรุนแรงขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดการอุดตัน เช่น ถ้าตำแหน่งอุดตันอยู่ส่วนบนผู้ป่วยมักมีอาการอาเจียนมาก การอุดตันบริเวณลำไส้ส่วนบนอาการปวดท้องจะรุนแรงกว่าส่วนล่าง แต่หากอาการท้องอืดเด่นกว่าและลักษณะของอาเจียนมีสีเหลืองคล้ายอุจจาระ ตำแหน่งอุดตันก็น่าจะอยู่ที่ลำไส้เล็กส่วนปลายหรือลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

3.2 การตรวจร่างกาย สิ่งสำคัญที่จะพบ คือ ลักษณะท้องโต อืด (abdominal distension) มองเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่หน้าท้องที่จะช่วยบอกได้ว่าเป็นการอุดตันของลำไส้แบบตีบตัน อาการที่ปรากฏเกิดเนื่องจากลำไส้พยายามจะขับสิ่งขับหลังที่ค้างคั่งอยู่เหนือส่วนที่อุดตันให้ผ่านไป เมื่อฟังเสียงการบีบตัวของลำไส้ (bowel sound) ถ้าเป็นภาวะลำไส้อืด (bowel ileus) จะได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือไม่ได้ยินเสียง แต่ถ้าเกิดจากลำไส้อุดตัน (bowel obstruction) จะได้ยินเสียงโครกครากของลำไส้ติดกันถี่ๆ เป็นเสียงแหลมซึ่งเกิดจากลำไส้พยายามบีบตัวผ่านจุดอุดตัน ถ้าเป็นการอุดตันบางส่วน (partial obstruction) จะได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น ถ้าเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์ (complete obstruction) เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้นแต่นานไปอาจลดลง การคลำท้องอาจช่วยให้ข้อมูล เช่น พบก้อนในช่องท้อง การเคาะ ในกรณีที่ในลำไส้มีลมปริมาณมากจะได้เสียงโปร่ง แต่หากภายในลำไส้มีสารคัดหลั่งมากอาจเคาะได้เสียงทึบ นอกจากนี้ถ้าพบ rebound tenderness บ่งบอกว่าน่าจะมี localize peritonitis แล้วการตรวจร่างกายอย่างอื่นที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจทางทวารหนัก (per rectal examination, PR) ถ้าพบว่าไม่มีอุจจาระอยู่ภายในก็ช่วยสนับสนุนภาวะลำไส้อุดตันอย่างสมบูรณ์ หรือช่วยแยกแยะระหว่างลำไส้อุดตันเป็นบางส่วนที่จะพบว่ามีอุจจาระบ้าง ส่วนลำไส้อุดตันอย่างสมบูรณ์ การ PR จะไม่พบอุจจาระ รวมทั้งการตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของลำไส้ขาดเลือด อาการแสดงที่ตรวจพบได้เร็วสุด คือ หัวใจเต้นเร็ว ปวดท้องรุนแรงขึ้น และปวดตลอดเวลาเริ่มมีจุดกดเจ็บที่บริเวณหน้าท้อง มีไข้ เมื่อลำไส้แตกทะลุจะตรวจพบอาการของภาวะอักเสบของเยื่อช่องท้องทั่วท้อง

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายดังที่กล่าวมาแล้ว สิ่งที่จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยภาวะลำไส้อุดตัน คือ การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ช่องท้อง ซึ่งจะพบลักษณะสำคัญ คือ ลำไส้ขยาย ซึ่งจะเห็นอากาศในลำไส้ การตรวจเลือดหาระดับเกลือแร่ในร่างกาย จะพบว่ามีความผิดปกติไปแต่สลายลดลง และอาจมีภาวะต่างในรายที่ลำไส้เล็กอุดตันส่วนบน เพราะถ้ามีการอุดตันบริเวณทางออกของกระเพาะอาหาร จะอาเจียนบ่อย ทำให้ร่างกายเสียกรดจากกระเพาะอาหารมาก อาจทำให้เกิดภาวะเป็นด่างสูง (alkalosis) และภาวะกรดเกิน (acidosis) ในรายที่ลำไส้เล็กอุดตันส่วนล่างเพราะการอุดตันที่ลำไส้เล็กส่วนปลายเมื่ออาเจียนก็อาจเสียต่างไปมากกว่ากรดได้

สรุปแนวทางการแยกความแตกต่างระหว่าง ภาวะลำไส้อืด (functional obstruction) และลำไส้ตีบตัน (mechanical obstruction) ได้ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบประวัติ การตรวจร่างกาย และภาพถ่ายเอ็กซเรย์ช่องท้อง ระหว่างภาวะลำไส้อุดตันกับลำไส้ตีตันแบบบางส่วนและแบบสมบูรณ์ (ดัดแปลงจากปัทมา โกมุตบุตร, 2557)

Bowel ileus	Partial bowel obstruction	Complete bowel obstruction
- ท้องอืด ไม่ปวดบิด - คลื่นไส้แต่อาเจียนแล้วดีขึ้น - เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง	- ปวดบิด - อาเจียน - เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น - PR มีอุจจาระบ้าง	- ปวดบิด ท้องโป่งพอง - อาเจียนมาก - เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้นแต่นานไปอาจลดลง - PR ไม่มีอุจจาระ

4. การจัดการเพื่อบรรเทาอาการจากการตีตัน

4.1 การใช้ยา ยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการของผู้ที่มีภาวะลำไส้อุดตัน มีทั้งยาแก้คลื่นไส้อาเจียน (antiemetics) ยาลดปวด (analgesics) ยาลดการหดเกร็ง (antispasmodics) และยาลดการหลั่งสารคัดหลั่ง (antisecretory) เป้าหมายหลักของยาที่ใช้ในผู้ป่วยลำไส้อุดตัน คือ เพื่อลดอาการปวดท้องจากการบีบตัวของลำไส้ และอาการอาเจียน สามารถใช้ยาได้ 2 แบบ คือ

4.1.1 ยาที่ลดการหลั่งสารคัดหลั่งจากทางเดินอาหาร เช่น ยาในกลุ่ม anticholinergics ได้แก่ hyoscine butylbromide (Buscopan) 40-120 mg/day SC, IV หรือยากกลุ่ม somatostatin analogues เช่น ยา octreotide 200-900mcg/day SC พบว่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาภาวะลำไส้อุดตันจากมะเร็ง ทำให้ลดการหลั่งน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร ตับอ่อน ทางเดินน้ำดี และลำไส้ นอกจากนี้ยังทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง ลดการไหลของเลือดที่มาทางหลอดเลือดของระบบทางเดินอาหาร และเพิ่มการดูดซึมน้ำและเกลือแร่

4.1.2 ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน สามารถใช้ยาร่วมกับยาลดการหลั่งสารคัดหลั่งได้

1) Metoclopramide เป็นยานำมาใช้ในผู้ป่วยที่ลำไส้อุดตันเป็นบางส่วน (partial bowel obstruction) ที่ไม่มีอาการปวดแบบบีบรัด (colicky pain) แต่ยาตัวนี้ห้ามใช้ในรายที่ลำไส้อุดตันแบบสมบูรณ์ (complete) เพราะจะทำให้ผู้ป่วยอาเจียนมากขึ้นและเพิ่มอาการปวดท้อง metoclopramide สามารถให้ในขนาด 60-240 mg/day SC

2) Haloperidol เป็นยากกลุ่มยับยั้งโดปามีน ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับโดปามีนบริเวณ เคโมรีเซพเตอร์ทริกเกอร์ (CTZ) และศูนย์ควบคุมการอาเจียน haloperidol สามารถให้ในขนาด 5-15 mg/day SC

3) Corticosteroids พบว่า สามารถลดการอาเจียน และลดการบวมของมะเร็ง และเส้นประสาท ทำให้ลำไส้อุดตันน้อยลง โดยให้ dexamethasone 6-16 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ถ้าให้ยานาน 1 สัปดาห์ แล้วอาการไม่ดีขึ้น สามารถค่อยๆ ลดขนาดยาได้เพราะจะไม่ค่อยได้ผลแล้ว

4.2 การควบคุมอาการปวด สามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยากกลุ่ม opioids เช่น morphine และอาจให้ร่วมกับยาลดอาการหดเกร็ง (antispasmodics) ของลำไส้ ที่นิยมใช้ คือ hyoscine/scopolamine butylbromide (Buscopan) ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวดท้องแบบบีบรัด และช่วยลดการหลั่งสารคัดหลั่งด้วย นอกจากนี้ยา octreotide (Sandostatin) อาจถูกพิจารณานำมาใช้ร่วมด้วยเพื่อลดการหลั่งสารคัดหลั่งจากทางเดินอาหาร จึงช่วยลดภาวะแน่น อึดอัดท้องและทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง ช่วยบรรเทาอาการปวดได้

4.3 การให้ยาระบาย ในผู้ที่มีภาวะลำไส้อุดตันแบบบางส่วน การให้ยาระบายกลุ่มที่ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม (stool softener laxatives) จะช่วยให้อุจจาระผ่านจุดที่ตีบตันได้สะดวกขึ้น แต่ควรหลีกเลี่ยงยาระบายกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (stimulant laxatives) เช่น Senna, Dulcolax เพราะอาจทำให้มีอาการปวดท้อง (colic) แยก

4.4 การใส่ท่อระบายทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ควรใช้เมื่อผู้ป่วยอาเจียนหรือแน่นท้องมากเท่านั้น ซึ่งจะช่วยในรายที่มีการอุดตันบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนบน และยังมีการพยากรณ์โรคดี หรือมีแผนรักษาต่อไป เพื่อบรรเทาการคั่งของสารต่างๆ ในลำไส้ ทำให้ลำไส้หายโป่ง ได้พักตัว ทำให้อาการปวดท้องท้องอืด ลดลง แต่วิธีการนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น มีแผลบริเวณเยื่อจมูก หรือกระดุกอ่อนของจมูก ฉะนั้นควรใช้ในช่วงเวลาสั้นๆ ในผู้ป่วยที่มีกระเพาะอาหารขยายเพื่อรอให้ยาที่ลดปริมาณสารคัดหลั่งและลดอาการอาเจียนออกฤทธิ์ การใส่ NG tube ไม่ควรใส่ให้ผู้ป่วยมรณวิธีหรือเมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าจะสร้างความทุกข์ทรมานมากกว่าการมีอาหารคลั่งใส่อาเจียนเพียงวันละไม่กี่ครั้งเท่านั้น

4.5 การให้อาหารและสารน้ำ การตีบตันที่ทางเดินอาหารส่วนปลายหรือเป็นบางส่วน ร่างกายยังดูดซึมอาหารและน้ำได้บ้าง สามารถให้อาหารเหลวหรือกากน้อยแก่ผู้ป่วย โดยไม่ต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือใส่ NG tube แต่ถ้าเป็นที่ทางเดินอาหารส่วนต้นหรืออุดตันทั้งหมด ควรให้สารน้ำทดแทนเมื่อมีอาการขาดน้ำ หรือมีอาการคลั่งใส่อาเจียนและแน่นท้องได้อย่างรวดเร็ว

ท้องผูก

อาการท้องผูก (constipation) เป็นภาวะผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญคือ ปริมาณอุจจาระน้อยลงกว่าปกติ อุจจาระมีลักษณะแข็ง ถ่ายลำบาก (ต้องเบ่งมาก หรือรู้สึกไม่สบายเวลาถ่าย) จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระน้อยลงกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบางครั้งจะมีความรู้สึกถ่ายไม่สุด (อุดม คชินทร, 2537; อธิษฐาน สุมลย์เจริญ, 2556) อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90 ซึ่งมีสาเหตุทั้งจากโรค ภาวะทางจิตใจ และยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการท้องผูกมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ อาจเป็นสาเหตุของอาการอื่นตามมา เช่น ปวดท้อง คลั่งใส่ อาเจียน สับสน กระวนกระวาย ท้องเสียเป็นครั้งคราว หากผู้ป่วยมีอาการท้องผูกอยู่นานอาจเกิดการอุดตันของทางเดินอาหารจากอุจจาระที่แข็ง ดังนั้นจำเป็นที่พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินและจัดการกับอาการท้องผูก เพราะเป็นอาการที่รักษาและป้องกันได้ ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (กิตติพล นาควิโรจน์, ม.ป.ป.; ยุวเรศมณัฏฐ์ สิทธิชาญบัญชา และรพีพร โรจนแสงเรือง, ม.ป.ป.)

1. สาเหตุของท้องผูก ส่วนใหญ่เกิดจากการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ทำให้เวลาในการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ยาวนานขึ้น ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย ได้แก่ (เต็มศักดิ์ พิงศ์มี และ สิริพันธ์ ศาสตราวุธรักษ์, 2542; อธิษฐาน สุมลย์เจริญ, 2556)

1.1 สภาพผู้ป่วย ได้แก่ รับประทานน้ำและอาหารได้น้อยหรือมีกากน้อยลง เคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง ผู้สูงอายุมีการลดลงของความรู้สึกของไส้ตรงทำให้ลดการกระตุ้นการขับถ่าย ผู้ป่วยที่ต้องนอนขยับเขยื้อนเตียงขาดความเป็นส่วนตัวทำให้ละเลยที่จะขับถ่ายอุจจาระ หรือผู้ป่วยที่สับสน อ่อนเพลีย มีความเจ็บปวด ทำให้ไม่ตอบสนองต่อรีเฟลกซ์การขับถ่าย จึงทำให้กล้ามเนื้อของทวารหนักอ่อนแอ

1.2 ภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น ได้แก่

- 1.2.1 ความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม เช่น hypercalcemia hypokalemia
- 1.2.2 แรงกดต่อลำไส้ เช่น ก้อนเนื้องอกที่อยู่บริเวณช่องท้องหรือเชิงกราน ภาวะท้องมานน้ำ มีต่อมน้ำเหลืองโต ลำไส้อุดตัน
- 1.2.3 ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น โรคเกี่ยวกับไขสันหลังและระบบประสาท
- 1.2.4 ภาวะอารมณ์และจิตใจ ความเครียด วิดกกังวลซึมเศร้า ทำให้เกิดการหลั่ง epinephrine ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

1.3 การได้รับยาบางชนิด ยาที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูก ได้แก่

- 1.3.1 ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์
- 1.3.2 ยาที่มีฤทธิ์แอนติโคลิเนอร์จิก เช่น ยาระงับอาการซึมเศร้า ยารักษาโรคจิต
- 1.3.3 ยากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ยาลดกรดที่มีอะลูมิเนียม ยาแก้ชัก ยาบำรุงเลือดที่มีเหล็ก
- 1.3.4 ยาแก้ท้องเดินเมื่อให้ขนาดมากเกินไป ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. การประเมินอาการท้องผูก เพื่อหาสาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่แก้ไขได้ โดยเฉพาะการใช้ยา และพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย เพื่อหาวิธีการป้องกันไว้ มีแนวทางดังนี้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555; อธิษฐาน สุมาลย์เจริญ, 2556; สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2553; อาทิตย์ วงศ์แสนสุข, 2553)

2.1 การซักประวัติ เพื่อประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงความถี่ในการขับถ่าย ลักษณะ และปริมาณของอุจจาระหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่มีถ่ายเหลวปริมาณน้อยหลายๆ ครั้งอาจเกิดจากอุจจาระแข็งจนถ่ายไม่ออกขวางลำไส้อยู่ ถ้ามีเลือดปนอาจเกิดจากผู้ป่วยมีอุจจาระแข็งมาก หรือมีโรคริดสีดวงทวาร หรืออาจเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ การสอบถามประวัติการรับประทานอาหารและประเภทของอาหาร การเคลื่อนไหว ประวัติการใช้ยาโดยเฉพาะยาที่มีผลต่ออาการท้องผูก เช่น ยากลุ่มโอปิออยด์ ยากลุ่ม tricyclic antidepressant การสอบถามอาการที่เกิดร่วม/อาการแทรกซ้อนของภาวะท้องผูก เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ เช่น ปวดท้อง อึดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายไม่หยุด มีเลือดออกทางทวารหนัก ปวดเบ่งบริเวณก้น เกิดความวิตกกังวลและพักไม่ได้ เป็นต้น

2.2 การตรวจร่างกาย เพื่อหาอาการแสดงที่สนับสนุนการวินิจฉัยอาการท้องผูก หรือหาสาเหตุของอาการท้องผูก โดยการตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจท้อง เช่น เห็นการบีบรัดของลำไส้ อาจบ่งบอกถึงมีลำไส้อุดตัน การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ว่าปกติหรือไม่ การเคาะท้องเพื่อตรวจว่ามีลม ก้อน หรือน้ำในท้องหรือไม่ การคลำดูก้อนที่ท้องอาจพบลักษณะอุจจาระที่เป็นก้อนแข็ง และการตรวจทวารหนักเพื่อช่วยในการประเมินว่ามีอุจจาระแข็งค้างอุดตันหรือไม่

2.3 การตรวจอื่นๆ ถ้าจำเป็นแพทย์อาจมีส่งตรวจภาพรังสีของช่องท้อง (plain abdomen) เพื่อช่วยแยกแยะภาวะลำไส้ตีบตัน และดูปริมาณอุจจาระในลำไส้ใหญ่ส่วนบนที่ไม่สามารถตรวจทางทวารหนักได้

3 การจัดการอาการท้องผูก

3.1 การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา การดูแลปัญหาท้องผูกที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน โดยมีการดูแลดังนี้ (กิตติพล นาควิโรจน์, ม.ป.ป.; สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, ชัชนาฏ ณ นคร และจอนพะจง เพ็ญจาด, 2553; อธิษฐาน สุมาลย์เจริญ, 2556)

3.1.1 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถลุกจากเตียงได้ อาจทำการเคลื่อนไหวข้อต่อและการเกร็งกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายที่สามารถทำขณะอยู่บนเตียง ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง การบริหารอุ้งเชิงกราน การบริหารกล้ามเนื้อขา เป็นต้น

3.1.2 การดื่มน้ำให้เพียงพอ ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำ ควรกระตุ้นให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร เพราะน้ำจะช่วยทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มได้ดีที่สุด โดยน้ำอาจอยู่ในรูปของส่วนประกอบของอาหาร เช่น น้ำซूप น้ำแกง

3.1.3 การดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ พร้อมกับมื้ออาหารหรือหลังอาหาร หรือดื่มน้ำอุ่นก่อนการขับถ่ายประมาณ 20 นาที เพื่อกระตุ้นการทำงานของรีเฟล็กซ์กระเพาะอาหารและลำไส้

3.1.4 การรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มเนื้ออุจจาระ อย่างไรก็ตามการเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยไม่ได้ช่วยในการแก้ไขอาการท้องผูกได้ทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการอุดตันระบบทางเดินอาหาร จึงต้องพิจารณาสภาพอื่นๆ ของผู้ป่วยร่วมด้วย

3.1.5 การนวดท้อง เพื่อช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยนวดตามกายวิภาคของทางเดินอาหารในทิศทางการบีบตัวของลำไส้ เริ่มจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและสิ้นสุดที่ไส้ตรง

3.1.6 การฝึกนิสัยการขับถ่าย โดยฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลาทุกวัน ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุด คือ ช่วงเช้าภายหลังตื่นนอนภายในสองชั่วโมงและภายหลังอาหารเช้า นอกจากนี้ควรให้ถ่ายทันทีที่ปวดถ่าย

3.1.7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องส้วม ถ้าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ หรือใช้ที่นั่งสำหรับถ่ายข้างเตียง ท่าที่เหมาะสมคือ จัดให้นั่งตรง โน้มตัวไปข้างหน้า หรือมีม้านั่งเล็กๆ รองเท้าไว้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวให้ใช้รถเข็นที่มีที่ขับถ่ายและมีพนักพิงหลัง

3.1.8 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการท้องผูกและการจัดการกับอาการท้องผูก

3.2 การจัดการอาการโดยใช้ยาและการล้วงอุจจาระ มีแนวทางดังนี้ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; กิตติพล นาควิโรจน์, ม.ป.ป.; ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา และรพีพร โรจนแสงเรือง, ม.ป.ป.; ประดิษฐ์ งามศิริผล, ม.ป.ป.; อธิษฐาน สุมาลย์เจริญ, 2556)

3.2.1 การให้ยาระบาย ยาระบายที่ใช้เพื่อจัดการอาการท้องผูกมีการแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) ยาที่กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (stimulant laxatives) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น และกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพิ่มขึ้น เมื่อให้กินยาจะออกฤทธิ์ใน 6-12 ชั่วโมง ถ้าให้เหน็บจะออกฤทธิ์ใน 60 นาที ยาในกลุ่มนี้ เช่น senna (Senokot), bisacodyl (Dulcolax) เป็นยาที่เหมาะสมกับการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ เพื่อช่วยในการบีบตัวของลำไส้ควรมีการปรับปริมาณยาให้สามารถถ่ายอุจจาระไม่แข็งได้ทุกวัน ผลข้างเคียงที่อาจพบได้คือ ปวดท้องบิด ท้องเสีย หรือปวดท้องหลังรับประทานยา ซึ่งเกิดจากการที่ลำไส้มีการบีบตัวมากเกินไป อาจลดขนาดยาหรือเปลี่ยนไปใช้ยา กลุ่มอื่น

2) ยาที่มีฤทธิ์เพิ่มแรงดันออสโมติกในลำไส้ (osmotic/saline laxatives) เป็นกลุ่มยาที่ดึงดูดน้ำเข้ามาที่ลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น สำหรับเกลือแมกนีเซียม พบว่ามีฤทธิ์กระตุ้นให้มีการหลั่ง cholecystokinin ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวและการหลั่งบริเวณโพรงลำไส้ใหญ่ เมื่อให้กินจะออกฤทธิ์ใน 3 ชั่วโมง ถ้าสวนทางทวารหนักจะออกฤทธิ์ภายใน 15-30 นาที ยาในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กลุ่ม unabsorbed sugar เช่น lactulose 2) กลุ่ม osmotic laxatives เช่น glycerin (อยู่ในรูปยาเหน็บ) และ 3) กลุ่ม saline laxatives เช่น magnesium sulphate, milk of

magnesia (MOM) และ sodium phosphate (Fleet enema), sodium chloride เข็มข้น (Unison enema) อาการข้างเคียงที่พบได้ เช่น ปวดเกร็งบริเวณท้อง ในผู้ป่วยที่มีหน้าที่ของไตเสื่อมต้องระวังการให้ยาที่มีแมกนีเซียมเป็นส่วนประกอบและไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูดซึมของลำไส้เพราะอาจทำให้มีการสะสมของแมกนีเซียมในร่างกายจนเกิดเป็นพิษได้ เช่นเดียวกับยาที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่ควรใช้ในผู้ป่วยหัวใจวายหรือผู้ป่วยโรคไต เพราะมีผลรบกวนสมดุลอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

4) ยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มและมีฤทธิ์หล่อลื่น (stool softeners/ emollient/surfactant laxatives) ยาในกลุ่มนี้สามารถลดแรงตึงผิวบนเนื้ออุจจาระทำให้น้ำซึมเข้าไปในเนื้ออุจจาระและทำให้อุจจาระนุ่ม ยายังมีฤทธิ์เพิ่มการหลั่งน้ำและอิเล็กโทรไลต์เข้าสู่โพรงลำไส้ด้วย ยานี้จะเริ่มออกฤทธิ์ใน 1-3 วัน ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้ทางคลินิกคือ docusate เช่น docusate sodium, docusate calcium, docusate potassium มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงการเบ่ง ฤทธิ์ข้างเคียงพบน้อย อาจทำให้คลื่นไส้ได้ ดังนั้นควรให้กินพร้อมนมหรือน้ำผลไม้ สำหรับ mineral oil (liquid paraffin) มีฤทธิ์หล่อลื่นและทำให้อุจจาระนุ่ม แต่มีข้อเสียเพราะมีคุณสมบัติเป็นสารละลายในไขมัน จึงอาจรบกวนการดูดซึมวิตามินเอ ดี อี และเค ของร่างกายได้

5) ยาที่เพิ่มปริมาณเนื้ออุจจาระ (bulk laxatives) ยาระบายในกลุ่มนี้ประกอบด้วยสารที่มีลักษณะเป็นเมือกจำนวนมาก เมื่อละลายน้ำจะพองตัวทำให้เพิ่มปริมาณอุจจาระ กระตุ้นให้มีการขับเคลื่อนกากอาหารออกจากลำไส้และทำให้อุจจาระมีลักษณะนุ่ม แต่ยากลุ่มนี้ไม่เหมาะกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีแรงเบ่งและรับประทานน้ำได้น้อยเพราะจะยิ่งทำให้ท้องผูกมากขึ้น หากดื่มน้ำตามไม่เพียงพออาจเกิดลำไส้อุดตัน ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันของระบบทางเดินอาหาร

ข้อแนะนำการให้ยาระบาย

- 1) ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก คือ ยาในกลุ่ม senna เช่น Senokot เพราะมีการออกฤทธิ์กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้
- 2) ควรใช้ยากลุ่ม stimulant 1 ชนิดร่วมกับยากลุ่ม stool softener 1 ชนิด เช่น bisacodyl + docusate หรือร่วมกับกลุ่ม osmotic เช่น senna + milk of magnesia เป็นต้น
- 3) ไม่ควรให้ยาระบายกลุ่มที่เพิ่มปริมาณเนื้ออุจจาระ เพราะต้องดื่มน้ำตามมากๆ หากดื่มน้ำน้อยจะยิ่งทำให้อุจจาระแข็งมีจำนวนมากขึ้น
- 4) การให้ lactulose ต้องระวังโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดอยู่แล้ว เนื่องจากอาจทำให้อาการท้องอืดเป็นมากขึ้น นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายอาจจะทนความหวานของ lactulose ไม่ได้และทำให้อาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น ในกรณีนี้สามารถให้ยาระบายอื่นๆ แทนได้ เช่น milk of magnesia
- 5) ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ได้ อาจให้ bisacodyl 1-2 tab เหน็บทวารหนักก่อนนอนแทนการให้ยาระบายชนิดรับประทาน เพื่อป้องกันอาการท้องผูก

3.2.2 การใช้ยาที่เพิ่มการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร (prokinetic drug) ในกรณีที่อาการท้องผูกเกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การใช้ยา metoclopramide (plasil) อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3.2.3 การใช้ยาเหน็บทวารหนัก หากให้ยารับประทานหลายวันแล้วไม่สามารถกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ จึงให้ยาสวนทางทวารหนักเป็นครั้งคราว โดยมีแนวทาง คือ ควรมีการตรวจทวารหนักเพื่อล้างอุจจาระที่อุดตันอยู่ที่ทวารหนักและเหน็บยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ อาจให้ bisacodyl stimulant suppository 1-2 tab เหน็บทวารหนักก่อนนอน เหมาะสำหรับภาวะท้องผูกที่อุจจาระไม่แข็งมาก ส่วน glycerol suppository เหมาะสำหรับภาวะท้องผูกที่มีอุจจาระแข็ง

3.2.4 การสวนอุจจาระ เหมาะสำหรับภาวะท้องผูกที่มีอุจจาระแข็งมาก ข้อควรระวังในการสวนอุจจาระ คือ การสวนอุจจาระบ่อย จะทำให้กล้ามเนื้อลำไส้หย่อน การบีบรัดตัวไม่ดี และเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อสารละลายที่ใส่เข้าไป ควรระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีแผลบริเวณทวารหนักหรือมีริดสีดวงทวาร

3.2.5 การล้างอุจจาระ ในผู้ป่วยที่มีอุจจาระแข็งอุดตันจนสวนไม่สำเร็จ มีข้อแนะนำก่อนการล้างอุจจาระ คือ ควรให้ยาเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น plasil 40 มก. x 1 เม็ด กินก่อนอาหาร หรือ iv./sc. x 1 วัน เพื่อเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อทางเดินอาหาร และควรให้ยาลดปวดและ/หรือยาคลายความวิตกกังวลก่อนล้างอุจจาระ ในการล้างอุจจาระมีข้อควรระวัง คือ อาจมีการฉีกขาดของเยื่อบุลำไส้ได้ ดังนั้นควรระวังการล้างอุจจาระในผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีรอยปริแยกบริเวณขอบทวารหนัก หรือเป็นก้อนทุม

เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง

ภาวะเบื่ออาหาร และน้ำหนักลดจนผอมแห้ง (anorexia-cachexia syndrome) คือ กลุ่มอาการที่ประกอบด้วย เบื่ออาหาร (anorexia) และน้ำหนักลดจนผอมแห้ง (cachexia) เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้าย แม้ว่าส่วนใหญ่จะพบเห็นในผู้ป่วยมะเร็ง เอ็ดส์ และวัณโรค แต่กลุ่มอาการนี้สามารถเกิดกับโรคเรื้อรังอื่นที่อยู่ในระยะท้ายๆ ได้ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง รูมาตอยด์เรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะผิดปกติของกระบวนการเมแทบอลิซึมของร่างกาย ทำให้น้ำหนักตัวและมวลกล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง และ/หรือร่วมกับการสูญเสียไขมันในร่างกาย ซึ่งภาวะนี้ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้โดยการให้สารอาหารทั่วไป แต่เป็นปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างตัวโรคและการย่อยสลายตัวเองของร่างกายคน อาการนี้เป็นสัญญาณธรรมชาติที่เตือนให้รู้ว่าเวลาชีวิตของผู้ป่วยเหลือน้อยลง เพราะเป็นอาการที่นำไปสู่ภาวะความบกพร่องในการทำงานของร่างกายอย่างต่อเนื่อง (สายพิน หัตถ์รัตน์, 2549; โสภณ เรืองดิษฐ์ และ ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์, 2552; สุภัสร์ สุบกษ และกิตติพงศ์ อ่อนแสง, 2555)

1. ประเภทและสาเหตุของอาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลด-ผอมแห้ง (สายพิน หัตถ์รัตน์, 2549)

1.1 อาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลด-ผอมแห้งชนิดปฐมภูมิ เป็นประเภทที่พบบ่อยสุดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และโรคระยะสุดท้าย ยังไม่ทราบพยาธิกำเนิดแน่นอน ซึ่งพบว่ามะเร็งแต่ละชนิดมีอาการนี้ต่างกัน เช่น อาการผอมแห้งมักเกิดในมะเร็งชนิดที่เป็นก้อนมากกว่ามะเร็งโลหิตวิทยา โดยผู้ป่วยจะมีอาการน้ำหนักลดและผอมลงนำมาก่อนอาการเบื่ออาหาร มีหลักฐานยืนยันว่าการให้สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดไม่สามารถแก้ปัญหามะเร็งชนิดนี้ได้ แสดงว่าไม่ได้เกิดจากการขาดสารอาหารหรือการเบื่ออาหาร ในขณะที่มะเร็งเต้านมมักจะผอมแห้งหรือเบื่ออาหารแต่กลับมีอาการเหนื่อยล้า ซึ่งอาการน้ำหนักลดผอมแห้งในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการสลายทั้งไขมันและกล้ามเนื้อไปใช้ ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดชนิดปฐมภูมิเกิดจากปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างตัวโรคมะเร็งที่ผลิตสารไซโตไคน์ที่สำคัญต่อกระบวนการอักเสบเข้ามาในร่างกาย หรือโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบอย่างเรื้อรังทั่วร่างกายด้วยการปล่อยสารไซโตไคน์เช่นกัน ทำให้เกิด 3 กระบวนการสำคัญ คือ

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงของเมแทบอลิซึม ทำให้เกิดการสลายไขมันและโปรตีน

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงการควบคุมฮอร์โมนประสาท เช่น ทำให้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างและสะสมโปรตีนลดลง

1.1.3 ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า หดสดีชั่ววูบ ภาวะกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง ดังนั้นอาการเบื่ออาหารน้ำหนักลดแบบปฐมภูมิในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดจากร่างกายทำลายตัวเองตามธรรมชาติ การให้อาหารในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถหยุดกลไกดังกล่าวได้

1.2 อาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลดผอมแห้งชนิดทุติยภูมิ เป็นอาการผอมแห้งน้ำหนักลดจากสาเหตุอื่น เมื่อแก้ไขสาเหตุต้นตอได้ อาการจะดีขึ้นได้ ได้แก่

1.2.1 โรคของทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะทางเดินอาหารอุดตัน (เช่น esophageal cancer, bowel obstruction) ทางเดินอาหารอักเสบ/กลืนลำบาก (เช่น stomatitis, dysphagia odynophagia) ท้องผูกรุนแรง และภาวะทางเดินอาหารดูดซึมไม่ดี (เช่น short bowel syndrome, severe diarrhea, pancreatic insufficiency)

1.2.2 สูญเสียโปรตีนจำนวนมาก เช่น ถูกเจาะน้ำในท้องหรือปอดจำนวนมาก หรือกลุ่มอาการเนโฟรติก

1.2.3 สูญเสียกล้ามเนื้อ เช่น ภาวะถดถอยของสภาพร่างกาย

1.2.4 อาการไม่สุขสบายเรื้อรัง เช่น ปวดรุนแรงเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย อาเจียนเรื้อรัง สำหรับอาการคลื่นไส้ อาเจียนเรื้อรังเชื่อว่าเกิดจากภาวะกระเพาะอาหารอ่อนแรง (gastroparesis) ที่เป็นผลจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ลำไส้อุดตัน (bowel obstruction) ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะผิดปกติทางเมแทบอลิซึม เช่น hypercalcemia ในผู้ที่มี bone metastasis แผลในกระเพาะอาหารหรือแผลในลำไส้เล็ก ยาโอปิออยด์ ท้องผูกเรื้อรัง เป็นต้น

1.2.5 อาการสับสนเฉียบพลัน

1.2.6 ปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ซึมเศร้าเรื้อรัง

2. การประเมินอาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลด-ผอมแห้ง ลักษณะของกลุ่มอาการเบื่ออาหารผอมลงไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยแน่นอนชัดเจน นอกจากดูอาการรวมๆ ของผู้ป่วย ว่ามีอาการผอมแห้ง เบื่ออาหาร อ่อนเพลียเหนื่อยแรง คลื่นไส้เรื้อรัง ดูสภาพร่างกายทรุดโทรม สีหน้าหมองเศร้าไม่สดชื่น การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะผอมแห้งต้องประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อหาสาเหตุของอาการ เพราะอาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลดชนิดทุติยภูมิหากแก้ไขสาเหตุต้นตอได้ อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2549) แต่หากเป็นอาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลดชนิดปฐมภูมิ จะนำไปสู่การจัดการดูแลที่เน้นการลดกลุ่มอาการรบกวนที่มีผลต่อความอยากอาหาร (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2549)

3. การจัดการอาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลด- ผอมแห้ง กรณีเป็นอาการเบื่ออาหาร-น้ำหนักลดผอมแห้งชนิดทุติยภูมิควรค้นหาและแก้ไขสาเหตุ เพราะอาการจะดีขึ้นได้ (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2549) และมีแนวทางการจัดการอาการโดยวิธีไม่ใช้ยาและใช้ยาดังนี้

3.1 การจัดการโดยไม่ใช้ยา จะเน้นการช่วยลดกลุ่มอาการรบกวนที่มีผลต่อความอยากอาหาร การทำความเข้าใจกับญาติ และการสนับสนุนด้านจิตสังคม เนื่องจากหลายการศึกษาพบว่า การให้สารอาหารอย่างเดียวไม่ได้ประโยชน์ในการเพิ่มน้ำหนักหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ดังนี้ (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2556; สายพิณ หัตถิรัตน์, 2549)

3.1.1 การช่วยลดกลุ่มอาการรบกวนที่มีผลต่อความอยากอาหาร การจัดการกับกลุ่มอาการรบกวนที่อาจมีผลกระทบต่อการรับประทานอาหารและความต้องการอาหาร ได้แก่ อาการท้องผูก ท้องอืด ท้องร่วง ความรู้สึกแน่นท้อง อิ่มเร็ว และไม่มี ความอยากอาหาร การรับรู้รสและกลืนบกพร่อง เจ็บปากและคอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น และการประเมินปัจจัยทางเศรษฐกิจที่อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

3.1.2 การให้ความรู้กับครอบครัว เนื่องจากอาการเบื่ออาหารและผอมแห้งอาจทำให้ครอบครัวมีความทุกข์มาก และพยายามบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ดังนั้นจำเป็นที่จะต้องอธิบายครอบครัวให้เข้าใจว่า การให้สารอาหารไม่ทำให้ภาวะผอมแห้งกลับเป็นปกติได้ เพราะสาเหตุในการเกิดไม่ได้มาจากการขาดพลังงานเพียงอย่างเดียว แต่เป็นอาการของตัวโรคที่ปล่อยสารเคมีพิษออกมาจนเกิดกระบวนการสลายกล้ามเนื้อและมีความบกพร่อง

ในขบวนการสังเคราะห์กล้ามเนื้อจนผอมลง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนตามธรรมชาติว่าเวลาของผู้ป่วยเหลือน้อยลงแล้ว ไม่ใช่เพราะว่าผู้ป่วยไม่รับประทานอาหาร ถึงแม้จะรับประทานอาหารมาก หรือมีการให้อาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำก็ไม่สามารถหยุดยั้งกระบวนการนี้ได้และไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่าง แต่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สุขสบายได้ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการเสียชีวิตตามธรรมชาติจากตัวโรคเอง

3.1.3 สิ่งที่ครอบครัวควรดูแลในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย คือ การให้ผู้ป่วยรับประทานเท่าที่รับได้ โดยรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และดูแลให้อาหารที่ง่ายแต่มีพลังงานสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ นม ชนม ฯลฯ การส่งเสริมบรรยากาศในการรับประทานอาหาร ไม่กดดันผู้ป่วย แต่ให้เป็นโอกาสของการได้พบปะและอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยไม่มุ่งเน้นว่าผู้ป่วยจะต้องรับประทานอาหารได้มาก

3.2 การจัดการโดยใช้ยา หากผู้ป่วยมีความทรมานกับการไม่ได้รับประทานอาหาร อาจพิจารณาให้ยากกระตุ้นให้อยากอาหาร ดังนี้ (สายพิน หัตถิรัตน์, 2549; สุภัสร์ สุปงกช และกิตติพงศ์ อ่อนแสง, 2555; โสภณ เรืองดิษฐ์ และ ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์, 2552)

3.2.1 คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ทำให้อาการเบื่ออาหารและเหนื่อยล้าดีขึ้น ยังไม่ทราบการออกฤทธิ์ที่แน่นอน แต่คาดว่าจะเข้าไปยับยั้งการหลั่งสารเคมีต่างๆ จากตัวมะเร็งและการตอบสนองของร่างกาย ดังนั้นจึงมักได้ผลเพียงระยะสั้นๆ คือ ประมาณ 3-4 สัปดาห์แรกที่ให้ยา ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ dexamethasone, prednisolone, methylprednisolone, hydrocortisone ทุกตัวมีฤทธิ์แก้การพองกัน ขนาดยาไม่แน่นอน ต้องปรับยาเป็นรายๆ ไป มักจะเริ่มจากขนาดต่ำก่อน จึงเพิ่มขึ้นครั้งละน้อยๆ ภายใน 2-3 วัน ผลข้างเคียงระยะสั้นของยากลุ่มนี้ที่พบได้ คือ แผลในกระเพาะอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสูง สับสนเฉียบพลัน การติดเชื้อราในช่องปาก ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอายุขัยเหลือน้อย การให้ยาสเตียรอยด์ในระยะเวลาสั้นๆ อาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายโดยไม่เปลี่ยนแปลงระยะเวลาการเสียชีวิตจากตัวโรค ทั้งนี้ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการนี้มากน้อยเพียงใด

3.2.2 Megestrol acetate (Megace) สามารถให้ในขนาดตั้งแต่ 160-1,600 มิลลิกรัม/วัน มักสั่งให้ก่อนอาหาร สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น มีชีวิตชีวา ไม่อ่อนเพลีย แต่ไม่สามารถยืดอายุผู้ป่วยได้ ซึ่งผลการรักษาร่วมกับขนาดของยา การตอบสนองต่อการรักษา มักใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่มีผลข้างเคียงของยา แต่ยานี้มีราคาแพง และผู้ป่วยหลายรายไม่ตอบสนองต่อยานี้

3.2.3 ยาอื่นๆ มีการนำยาบางชนิดมาลองใช้ แต่ยังไม่มีความสนับสนุนที่ชัดเจนทางคลินิกว่าได้ผลดี เช่น

1) Metoclopramide มีประโยชน์ถ้าผู้ป่วยมีการเบื่ออาหารเนื่องจากอาการแน่นหรือปวดแสบท้อง ผลจากการค้างของกรดในกระเพาะอาหาร ยาช่วยให้กระเพาะอาหารว่างและลดอาการคลื่นไส้

2) Cyproheptadine (Periactin) การกินยานี้อาจไม่ป้องกันการสูญเสียน้ำหนักอย่างคงที่ แต่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้น

อาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดจากหลายสาเหตุ เป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนเกี่ยวพันทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรม ที่เกิดจากการรับรู้ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย อ่อนล้า ตึงเครียด สูญเสียพลัง ต่อเนื่องไปจนถึงหมดเรี่ยวแรง ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะท้ายซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 90 (ชยุต ใหม่เขียว, 2556; ยูเรสมคร์ สิริธินาญบัญชา และรพีพร โรจนแสงเรือง, ม.ป.ป.; สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, ชัชนาฏ ญ นคร และจอนณะจง เพ็งจาดม, 2553) โดยเชื่อว่ามีกลไกการเกิดแบบเดียวกับอาการเบื่ออาหารน้ำหนักลด (anorexia-cachexia syndrome) ดังนั้นจึงมีการเรียกอาการเบื่ออาหารน้ำหนักลดและอาการเหนื่อยล้ารวมกันว่า anorexia-cachexia- asthenia complex (สายพิน หัตถิรัตน์, 2549) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยระยะท้ายมักไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการนี้ทุเลาลง จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากไม่ได้รับการให้ความรู้ความเข้าใจในอาการที่เกิดขึ้นและการดูแลที่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1. ประเภทของอาการเหนื่อยล้า แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (Matzo & Sherman, 2004)

1.1 ชนิดเฉียบพลัน จะเริ่มมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาสั้นๆ สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ด้วยวิธีการฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพเดิม (restorative techniques) ได้แก่ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด อาการเหนื่อยล้าแบบเฉียบพลันมีผลกระทบค่อนข้างน้อยต่อการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันและต่อคุณภาพชีวิต

1.2 ชนิดเรื้อรัง ไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน บางครั้งมีอาการเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายใดๆ มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต อาการค่อยๆ เกิดขึ้นและเป็นอยู่อย่างต่อเนื่องยาวนานจัดเป็นอาการที่ถือว่าเป็นความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น และไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ด้วย restorative techniques มีผลกระทบต่อการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตค่อนข้างมาก

2. สาเหตุของอาการเหนื่อยล้า อาจเกิดขึ้นได้เองโดยไม่มีอาการเบื่ออาหารน้ำหนักลดนำมาก่อน ทั้งนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสารเคมีตัวใดที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า หรือกลไกทางจิตทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า อย่างไร แต่พบว่าอาการเหนื่อยล้าจะไม่เกิดขึ้นตามลำพังมักจะมีอาการอื่นร่วมอยู่ด้วย เช่น ปวด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจแบ่งได้เป็น 3 สาเหตุ ดังนี้ (พัชรภรณ์ ศรีคะชินทร์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2554; สายพิน หัตถิรัตน์, 2549)

2.1 สาเหตุจากตัวโรค เช่น พยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นผลพวงเนื่องจากปฏิกิริยาระหว่างมะเร็งและการตอบสนองทางเคมีของร่างกาย พบได้ถึงร้อยละ 80 ของมะเร็งระยะสุดท้าย และร้อยละ 50 ของมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก แต่พบน้อยกว่าในมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม แสดงว่าความแตกต่างของชนิดมะเร็งทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าแตกต่างกัน ความเหนื่อยล้ายังพบร่วมในโรคเรื้อรังต่างๆ ด้วย เช่น hypothyroidism, chronic renal failure, congestive heart failure, AIDS และ rheumatoid arthritis เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะอักเสบเรื้อรังทั่วร่างกาย ที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมแทบอลิซึมและการเปลี่ยนแปลงการควบคุมของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ซึ่งเชื่อน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของพลังงานและอารมณ์ของผู้ป่วยที่ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า

2.2 สาเหตุจากการรักษา มีการรักษามากมายที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง เช่น การให้เคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา การตรวจเพื่อวินิจฉัย การได้รับยาโดยเฉพาะ ยาต้านอาเจียน ยาแก้ปวด ยาลดความดันเลือด ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ซึ่งยาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในร่างกาย

2.3 สาเหตุอื่นๆ พบว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้น หรือปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะขาดน้ำ ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ ภาวะช็อค ภาวะติดเชื้อ ภาวะทุโภชนาการ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ เหนื่อยหอบ หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

3. การประเมินความเหนื่อยล้า (พัชรภรณ์ ศรีคะชินทร์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2554; วันชัย วนะชีวานาวิน, 2537)

3.1 การซักประวัติ ด้วยอาการเหนื่อยล้ามีความเกี่ยวข้องในหลายมิติ การประเมินอาการเหนื่อยล้าควรให้ครอบคลุมมิติต่างๆ โดยสอบถามประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติทางจิต ครอบครัว สังคม ประวัติการใช้ยาทั้งที่แพทย์สั่งและซื้อรับประทานเอง รวมทั้งการทบทวนประวัติตามระบบที่อาจบ่งชี้ถึงความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเหนื่อยล้า การสอบถามแบบแผนการเกิดอาการ ความรุนแรง (โดยใช้ระดับความเหนื่อยล้า 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่มีความเหนื่อยล้า และ 10 หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามากที่สุด) ปัจจัยที่ทำให้อาการแย่ลงหรือดีขึ้น และผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อผู้ป่วย

3.2 การตรวจร่างกาย ควรมีการประเมินสัญญาณชีพเพื่อพิจารณาว่ามีไข้ ความดันโลหิตต่ำ หรือชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอหรือไม่ ลักษณะทั่วไปของร่างกาย ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ลักษณะการพูด และการตอบสนองโดยทั่วไป การตรวจร่างกายควรมีการตรวจระบบหัวใจ หายใจ ไต กล้ามเนื้อและกระดูก ผิวหนัง เพื่อหาสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าด้านกาย

3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจช่วยในการวินิจฉัยหาสาเหตุ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (erythrocyte sedimentation rate, ESR) ผลตรวจปัสสาวะ ผลตรวจทางเคมี เช่น thyroid function tests, serum electrolyte, serum calcium, creatinine, glucose, AST, ALT เป็นต้น รวมทั้งภาพถ่ายรังสีทรวงอกและผลการตรวจอื่นๆ ทั้งนี้ขึ้นกับความน่าสงสัยของสาเหตุในผู้ป่วยรายนั้นๆ

4. การจัดการอาการเหนื่อยล้า แนวทางการจัดการอาการเหนื่อยล้า คือ การค้นหาสาเหตุและจัดการสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ และการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุ ดังนี้ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2549; พัทธภรณ์ ศรีคะชินทร์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2554; สายพิน หัตถิรัตน์, 2549)

4.1 การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยวิธีไม่ใช้ยา

4.1.1 การให้ความรู้และคำปรึกษา การเกิดความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ ซึ่งในช่วงท้ายของชีวิต อาการเหนื่อยล้าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสาเหตุของความเหนื่อยล้า และแนวทางการจัดการกับความเหนื่อยล้า จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีคุณภาพและผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4.1.2 การปรับกิจกรรมประจำวันและการพักผ่อนให้เหมาะสม มีการวางแผนสำหรับการพักผ่อน และการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยซึ่งต้องบริหารจัดการเฉพาะราย มีการกระจายการทำกิจกรรม โดยจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม พิจารณากิจกรรมไหนมีความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยทำ หรือเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยพึงพอใจ ช่วยผู้ป่วยจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การวางแผนช่วงเวลาที่มีกิจกรรมกับระยะเวลาพักอย่างสมดุลเพื่อ

ลดการใช้พลังงานที่มากเกินไป และช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเสร็จสมบูรณ์โดยไม่เพิ่มระดับความเหนื่อยล้า ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะขอความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม หากกิจกรรมนั้นทำให้มีอาการเหนื่อยและหาวิธีการผ่อนแรงในการทำกิจกรรม

4.1.3 การส่งเสริมการนอนหลับ มีปัจจัยหลายอย่างที่สามารถบ่งชี้การนอนหลับพักผ่อนของผู้สูงอายุ เช่น อาการปวด ความเครียด การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับจากอายุที่มีมากขึ้น จึงมีความไวต่อสิ่งเร้าทั้งแสง เสียง และอุณหภูมิ อาการปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน การเปลี่ยนแปลงการรับรู้สิ่งแวดล้อมในเวลากลางคืน ดังนั้นในผู้สูงอายุอาจให้นอนพักประจำวันตามความเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย แต่หลีกเลี่ยงการนอนหลับในช่วงบ่าย เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับในเวลากลางคืน สร้างนิสัยการตื่นและการเข้านอนเป็นประจำวันในเวลาเดิม การบรรเทาความปวด การส่งเสริมการนอนหลับด้วยการอาบน้ำอุ่นจะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การนวดหลังก่อนนอน จะช่วยให้ผู้สูงอายู้สึกผ่อนคลายนอนหลับได้ดี นอกจากนี้การจัดท่าที่สบาย การให้อาหารว่างที่มีโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตสูงเพื่อเพิ่มซีโรโทนินในสมองส่งผลให้นอนหลับได้ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบและอุณหภูมิที่เหมาะสม

4.1.4 การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบรรเทาความเหนื่อยล้า ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อมากขึ้น ส่งผลให้กรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ถูกขับออก กล้ามเนื้อจะมีแรงในการหดตัวมากขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายควรให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนอนบนเตียง ได้แก่ การออกกำลังกายข้อต่อ (range of motion exercise) ควรเน้นการทำหรือการออกกำลังกายที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ เพื่อช่วยให้เส้นใยกล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้นและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าและกล้ามเนื้อขาด้านหลัง โดยให้ผู้ป่วยเกร็งนานอย่างน้อย 5 วินาที ทำรอบละ 10 ครั้ง ทำซ้ำกัน 5 รอบ

4.1.5 การดูแลภาวะโภชนาการ ดูแลให้รับประทานอาหารครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันและโซเดียมสูง เน้นการดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ถั่ว นม มากกว่าเนื้อสัตว์เพื่อไม่ให้ปริมาณของเสีย (urea) ในร่างกายเพิ่มขึ้น กลยุทธ์ในการรับประทานอาหาร เช่น การให้ผู้ป่วยพักก่อนรับประทานอาหาร การจัดเตรียมให้อาหารที่ง่ายต่อการรับประทาน ให้จำนวนน้อยแต่มีคุณค่าทางสารอาหารสูง ควรจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อให้ได้มากถึง 6 มื้อ/วัน และดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

4.1.6 การจัดการอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการปวด นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ที่เกิดร่วมกับอาการเหนื่อยล้า และให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการนั้นๆ

4.1.7 การจัดการกับความเครียด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ เช่น การใช้ดนตรี การทำสมาธิ การนวด การสวดมนต์ เป็นต้น

4.2 การจัดการด้วยยา

4.2.1 การหยุดยาที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ข้อสำคัญที่สุดในการจัดการด้วยยา คือ การหยุดยาไม่ใช่การให้ยาเพิ่ม โดยต้องพิจารณาหยุดยาที่ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ เช่น benzodiazepine, antihistamines, barbiturates, beta-blockers, opioids ทั้งนี้ให้พิจารณาตามความเหมาะสม เพราะยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์อาจมีอาการอ่อนเพลียเฉพาะช่วงแรกที่ได้ยาใหม่ๆ หลังจากนั้นร่างกายจะปรับตัวได้จนไม่รู้สึกง่วงซึมหรืออ่อนเพลียอีก ทั้งนี้การลดปวดก็เป็นการจัดการที่ทำให้อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดดีขึ้นด้วย จึงต้องประสานแพทย์เพื่อร่วมพิจารณาเป็นรายๆ ไป

4.2.3 การให้ยาเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า ที่มีการใช้ เช่น

1) ยากลุ่มสเตียรอยด์ พบว่า การใช้ในขนาดต่ำอาจช่วยบรรเทาอาการในผู้ป่วยที่มีอาการหลายอย่างและโรคอยู่ในระยะลุกลาม แต่ยังไม่มียาหลักฐานชัดเจนถึงขนาดยาที่มีความเหมาะสม ยากลุ่มนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกระชุ่มกระชวยขึ้น ยานี้อาจเหมาะกับการให้ในผู้ป่วยที่การรอดชีวิตน้อยกว่า 4 สัปดาห์ เพราะประสิทธิภาพของยามักลดลงหลัง 4-6 สัปดาห์ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558) โดยทั่วไปนิยมให้ dexamethasone 2-8 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ prednisolone 10-40 มก. วันละ 2 ครั้ง (Sherman & Matzo, 2003)

2) ยากระตุ้นด้านจิตใจ (psychostimulants) เป็นยาที่ใช้รักษาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยเชิงประจักษ์ชัดเจน ยากระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม เพิ่มความอยากอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีพลังงานเพิ่มขึ้น และช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น ยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาระยะเริ่มต้น คือ methylphenidate ขนาดเริ่มต้นที่นิยมให้คือ 2.5-5 มก. วันละครั้งหรือวันละ 2 ครั้ง PO โดยควรให้ยาช่วงเช้าและกลางวัน เพื่อป้องกันอาการนอนไม่หลับจากยา (ยุวเรศมคค์ สิริชยาญบัญชา และรพีพร โรจนแสงเรือง, ม.ป.ป.; Sherman & Matzo, 2003)

3) ยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressants) หากอาการเหนื่อยล้ามีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า อาจให้ยาต้านภาวะซึมเศร้า ยาที่แนะนำให้ใช้ คือ กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ได้แก่ sertraline 25 mg ให้วันละครั้ง นอกจากนี้อาจใช้ยากลุ่ม tricyclic antidepressants ได้แก่ ยา nortriptyline 25 mg ให้วันละ 3-4 ครั้ง ยานี้ช่วยให้การนอนหลับดีขึ้นด้วย (Sherman & Matzo, 2003)

4) ยา Erythropoietin หากภาวะเหนื่อยล้าเป็นผลเนื่องมาจากภาวะซีด ผลของ erythropoietin จะกระตุ้นการเพิ่มฮีโมโกลบิน ยา erythropoietin ให้ 150 U/kg ทางใต้ผิวหนัง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (สายพิน หัตถิรัตน์, 2549; Sherman & Matzo, 2003)

สับสนเฉียบพลัน

อาการสับสนเฉียบพลัน/เพ้อคลั่ง (delirium) เป็นภาวะที่สมองทำงานบกพร่องกะทันหัน ทำให้เกิดอาการสับสน กระวนกระวาย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความคิด ความจำ และสมาธิเสียไป รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ตามมา เช่น วุ่นวาย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิดกกังวล โดยความผิดปกตินี้เกิดขึ้นภายในเวลาสั้นๆ และมักเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของวัน (ดาริน จตุรภัทรพร และสายพิน หัตถิรัตน์, 2549; ปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ, 2553) อาการสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นภาวะที่ทำให้ญาติตระหนกตกใจหรือวิตกกังวลได้มาก แต่กลับเป็นอาการที่บุคลากรทางการแพทย์อาจจะละเลยในการประเมินและวินิจฉัย โดยเฉพาะหากเกิดอาการนี้ในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งบางครั้งอาจถูกวินิจฉัยแบบเหมารวมว่าเป็นภาวะสับสนหรือภาวะหลงลืมของคนชรา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง (ดาริน จตุรภัทรพร และสายพิน หัตถิรัตน์, 2549) ความชุกของการเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน พบว่า จะเกิดมากขึ้นตามระยะของการเจ็บป่วย โดยจะพบมากขึ้นเมื่อใกล้เสียชีวิต บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักว่า แม้อาการสับสนนี้จะเกิดในผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งอวัยวะหลายๆ ระบบเริ่มชะลอการทำงานลง แต่พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของอาการนี้เกิดจากสาเหตุที่แก้ไขได้ หากไม่แก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและอาจถึงแก่ความตายก่อนเวลาอันควร การพยายามหาสาเหตุที่ยังสามารถรักษาได้ควบคู่ไปกับการช่วยลดอาการด้วยการใช้ยาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ได้พักผ่อน และจากไปอย่างสงบ ทั้งยังช่วยให้ญาติคลายความวิตกกังวล (ดาริน จตุรภัทรพร และสายพิน หัตถิรัตน์, 2549; สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2547)

1. สาเหตุอาการสับสนเฉียบพลัน เกิดจากปัจจัยร่วมหลายอย่าง มีสมมติฐานที่เชื่อว่ามีเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของระบบสื่อสารประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการรู้คิด พฤติกรรม และอารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์ร่วมที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยชักนำ เช่น ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะสุขภาพเดิม วิถีชีวิต และคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยกระตุ้นให้เกิด (อัญชลีพร อมาตยกุล, ม.ป.ป.) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความเปราะบางจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ได้มาก สาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ (กิตติกร นิลมานัต, 2555; ดาริน จตุรภัทรพร และสายพิน หัตถิรัตน์, 2549; ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2544)

1.1 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับโรค ได้แก่ โรคในกะโหลกศีรษะ (Intracranial disease) เช่น เนื้องอกในสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง และสโตรก เป็นต้น และโรคในระบบต่างๆ ของร่างกายที่มีผลกระทบการทำงานของสมอง แบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อย ได้แก่

1.1.1 อวัยวะภายใน เช่น ระบบหัวใจ ระบบหายใจ ตับ ไต

1.1.2 ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ส่วนใหญ่มักเป็นที่ปอด ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน และระบบปัสสาวะ เช่น เกิดการคั่งของปัสสาวะแล้วติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา

1.1.3 โรคระบบเลือด ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซีด ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (DIC)

1.1.4 เมแทบอลิก ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ แคลเซียมในเลือดสูง โซเดียมในเลือดต่ำ แมกนีเซียมในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ

1.2 ปัจจัยด้านยา การได้รับยาที่มีผลทำให้เกิดภาวะสับสนได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1.2.1 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น opioids, benzodiazepine, tricyclics antidepressant, anticholinergics, SSRI, neuroleptics, antihistamines

1.2.2 ยาอื่นๆ เช่น steroid, H2 blockers, ciprofloxacin และอาการอยากยาจากยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ที่พบบ่อย คือ กลุ่ม benzodiazepines

1.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การผูกมัดหรือจำกัดการเคลื่อนไหว การอยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่คุ้นเคย การได้รับการกระตุ้นมากเกินไป (sensory overload) หรือน้อยเกินไป (sensory deprivation)

1.4 ปัจจัยด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

1.5 ความไม่สบายต่างๆ เช่น ท้องผูกอย่างรุนแรง อาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่นๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอยู่ยาวนานก่อนเกิดอาการ การนอนหลับถูกรบกวน

2. อาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน มีลักษณะสำคัญดังนี้ (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2544)

- อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือวัน
- มีอาการสับสน และการรับรู้ในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคลเสียไป
- ความจำในเรื่องใหม่ๆ เสีย
- มักมีอาการหลงผิด เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย
- อาการประสาทหลอน มักเป็นชนิด เห็นภาพหลอน แลภาพผิด หรือประสาทสัมผัสหลอน
- มีอาการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน อาการผิดปกติต่างๆ จะมีอาการมากในช่วงกลางคืน และมักปกติในช่วงกลางวัน
- ระยะเวลาที่มีอาการมักจะสั้นเป็นวัน หรือสัปดาห์

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (นิตยาภาสุนันท์, 2548; ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2553; ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2544)

- 1) แบบกระวนกระวาย (hyperactive form) เป็นกลุ่มที่มีการตื่นตัวมากเกินไป เอะอะ ก้าวร้าว เดินไปมาไร้จุดหมาย หรือทำกิจกรรมหนึ่งซ้ำๆ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมสูง
- 2) แบบสงบเสียงย่ำแย่ (hypoactive form) เป็นกลุ่มที่มีอาการตรงข้ามกับกลุ่มแรก คือ มีอาการซึม นอนตลอดเวลา การเคลื่อนไหวช้าหรือลดลง พูดน้อยหรือพูดซ้ำ จ้องมองอย่างไร้จุดหมาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกละเลยในการวินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดเป็นภาวะซึมเศร้า
- 3) แบบผสม (mixed form) มีอาการร่วมกันทั้งสองแบบ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่คงที่ เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมาก มักมีอาการอยู่ในกลุ่มนี้

3. การประเมินอาการสับสนเฉียบพลัน จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการประเมิน คือ การวินิจฉัยให้ได้โดยเร็วและหาสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันให้พบ เพื่อจะได้แก้ไขและจัดการได้ทันทั่วทั้งที่ ก่อนที่อาการจะเลวลงไปอีก มีแนวทางการประเมิน มีดังนี้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

3.1 การซักประวัติ เพื่อค้นพบการเกิดอาการและสาเหตุที่เป็นไปได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวหรือการรับรู้ที่ผ่านมา ช่วงเวลาที่เกิดอาการ และลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของวัน และการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด และการรับรู้ในช่วงกลางคืน รวมทั้งทบทวนเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท หรือการทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลว ความเจ็บป่วยทางจิตและทบทวนประวัติการใช้ยาหรือการหยุดยากระทันหัน โดยเฉพาะยาในกลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (anticholinergics) และยารักษาโรคจิต (antipsychotic) ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และแบบแผนการนอนหลับ นอกจากนี้ควรประเมินภาวะทางจิตสังคมของผู้ป่วย หรือความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ สอบถามถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยในการมองเห็นและการฟัง รวมทั้งประเมินสิ่งแวดล้อมด้วย

3.2 การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ระบบอวัยวะของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก หรือความไม่สุขสบายจากความปวด หายใจลำบาก ภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสาเหตุของอาการสับสน

3.3 การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุของการเกิดอาการสับสน เช่น ระดับน้ำตาล อิเล็กโทรไลต์ แคลเซียมในเลือด การทำงานของตับ ไต และผลการนับจำนวนเม็ดเลือด การตรวจปัสสาวะ การเอกซเรย์ทรวงอกเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็วและเป็นที่ยอมรับ เรียกว่า Confusion Assessment Method (CAM) การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ต้องมีอาการทั้งข้อ 1 และข้อ 2 ร่วมกับอาการในข้อ 3 หรือข้อ 4 ก็ได้ (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2553)

- 1) อาการเกิดฉับพลันและมีอาการขึ้นๆ ลงๆ (acute onset and fluctuation course)
- 2) ไม่มีสมาธิ (inattention)
- 3) ความคิดไม่เป็นระบบ (disorganized thinking)
- 4) ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (altered level of consciousness)

4. การจัดการอาการสับสนเฉียบพลัน

แนวทางการจัดการอาการสับสนเฉียบพลันในระยะสุดท้าย ได้แก่ การค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้ การประเมินผลกระทบของอาการนี้ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวม พิจารณาผลดีผลเสียที่จะเกิดจากการแก้ไขสาเหตุของอาการสับสน เพราะอาจแก้ไขภาวะที่ผู้ป่วยไม่รับรู้ความทรงจำอื่นให้กลับมารู้ความทรงจำอีก จึงควรชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสีย และเลือกวิธีที่เหมาะสม เช่น อาจจะไม่แก้ไขสาเหตุที่เกิดอาการสับสนโดยตรง แต่ให้ยารักษาอาการให้สงบลงแทน การจัดการอาการสับสนแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา มีแนวทางดังนี้ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; ดาริน จตุรภัทรพร และ สายพิน หัตถิรัตน์, 2549; นิตยา ภาสุนันท์, 2548)

4.1 การจัดการสาเหตุเฉพาะ ติดตามประเมินอาการและปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของอาการ และให้การดูแลเพื่อป้องกัน การจัดการสาเหตุที่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ เช่น แก้ไขภาวะขาดสารน้ำ ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะติดเชื้อ สมดุลเกลือแร่ ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง ปวด หายใจลำบาก ฯลฯ

4.2 การจัดการอาการสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยา

4.2.1 การดูแลความปลอดภัย

1) จัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้ปลอดภัย เจ็บสงบ มีแสงสว่างพอควร และอุณหภูมิพอเหมาะ

2) หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพราะจะยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระวนกระวาย ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการตกเตียงสูง เช่น สับสนรุนแรงมาก อาจพิจารณาให้นอนบนฟูกที่ไม่สูงเกินไป หรือปูเสื่อแทน

4.2.2 ส่งเสริมการรับรู้ โดย

1) ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงด้วยวิธีการสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่เป็นการโต้เถียงกับผู้ป่วย แต่ควรรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือกล่าวถึง และให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วย ไม่เห็นคล้อยตามที่ผู้ป่วยบอกเล่า

2) จัดให้มีเครื่องกระตุ้นเตือนความจำและการรับรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่กับความจริง เช่น มีนาฬิกา ปฏิทินที่เห็นได้ง่าย มีแว่นตา เครื่องช่วยฟัง และสิ่งของคุ้นเคยที่ใช้ประจำ

3) ชวนสนทนาเพื่อกระตุ้นเตือนความจำ โดยเฉพาะเรื่องราวที่พึงพอใจในอดีต ซึ่งเป็นความจำระยะยาวที่ไม่ได้สูญเสียไป

4.2.3 การให้ข้อมูลและสนับสนุนดูแล/ครอบครัว

1) ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการดูแล

2) ให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ครอบครัว

4.3 การจัดการอาการสับสนเฉียบพลันแบบใช้ยา

4.3.1 ทบทวนการใช้ยา และประสานกับแพทย์เพื่อพิจารณายกเลิกยาที่ไม่จำเป็น หรือลดปริมาณยาลง หรือปรับเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่มอื่นแทน ยาที่มีการแนะนำให้ลดเป็นอันดับแรก คือ ยากลุ่ม benzodiazepine ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาต้านฮีสตามีน ยาที่ใช้เพื่อลดความปวดของระบบประสาท เช่น gabapentin สำหรับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์กรณีเป็นแบบสงบเสถียรแยกตัว (hypoactive form ควรลดระดับยา แล้วสังเกตว่าอาการสับสนดีขึ้นหรือไม่ แต่ไม่ควรหยุดยาโดยทันที เพราะอาการปวดที่คุมไม่ได้เป็นสาเหตุของอาการสับสนเช่นกัน (ปัทมา โกมุตบุตร, 2556)

4.3.2 ยาหลักๆ ที่ใช้ควบคุมอาการ คือ ยาด้านโรคจิต (antipsychotics) กลุ่ม neuroleptic drugs และยาที่ใช้เสริม คือ ยาคลายความกังวล (anxiolytics drugs) กลุ่ม benzodiazepines สำหรับรูปแบบการบริหารยา การให้ยาเข้าทางใต้ผิวหนัง มีประโยชน์มากในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะมักพบว่ามีปัญหาทางหลอดเลือดดำ และส่วนใหญ่กลืนไม่ได้ จึงกินยาทางปากไม่ได้เช่นกัน ส่วนการให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อไม่ค่อยเป็นที่นิยมเนื่องจากเจ็บ และออกฤทธิ์อยู่ในร่างกายนาน ซึ่งอาจเป็นพิษจนก่อให้เกิดอาการสับสนจากฤทธิ์ยาเสียเอง (ดาริน จตุรภัทรพร และ สายพิน หัตถิรัตน์, 2549)

1) ยาที่ควรใช้เป็นตัวแรก ได้แก่ haloperidol 0.5-1 มก. SC ทุก 4-6 ชม. อาจพิจารณาให้ทุก 30-60 นาที ถ้ายังมีการสับสนวุ่นวายมาก หรือให้เป็น haloperidol 0.5-2.5 มก. PO หากสามารถกินได้ ในรายที่มีอาการกระวนกระวายมากอาจให้ haloperidol 0.5-1 มก. SC ทุก 30 นาที หลังควบคุมอาการได้ ให้ใช้ขนาดยาที่ให้ทั้งหมดใน 1 วัน มาปรับการให้ยาโดยแบ่งให้เป็นวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) หรือให้วันละ 1 ครั้ง และ p.r.n. เมื่อมีอาการ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

2) หากผู้ป่วยยังสามารถกินยาทางปากได้แต่มีอาการวุ่นวายมาก และต้องการให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น อาจพิจารณาให้ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical neuroleptic drugs) ที่มีฤทธิ์สงบมากแต่ผลข้างเคียงอื่นน้อยกว่า haloperidol เช่น quetiapine (Seroquel) 25 มก. PO หรือ olanzapine 2.5-10 มก. PO, OD

3) ไม่ควรใช้ยากกลุ่ม benzodiazepines เป็นยาตัวแรก เนื่องจากจะทำให้อาการกระวนกระวาย (agitation) แย่ลงได้ แต่อาจพิจารณาให้เพิ่มเติมจากยากกลุ่ม neuroleptic ทั้งนี้อาจเลือกใช้เป็น lorazepam 0.5-2 มก. PO/SC/SL p.r.n. ทุก 4 ชม. เพราะเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วและสั้นกว่า diazepam สำหรับผู้ป่วยที่กำลังใกล้เสียชีวิตที่มีอาการกระวนกระวายมาก อาจให้เป็น midazolam 0.1- 0.2 มก./กก. SC ขนาดเริ่มต้น (loading dose) แล้วให้แบบต่อเนื่อง (continuous infusion) 0.5 มก./ชม. และปรับเพิ่มตามอาการ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

ตารางที่ 19 แนวทางการจัดการด้วยยาในภาวะสับสนเฉียบพลันแบบต่างๆ (ปัทมา โกมุทบุตร, 2557)

ลักษณะผู้ป่วย	แนวทางดูแล
Hyperactive delirium or mixed	Haloperidol 0.5-5 มก. รับประทานเมื่อมีอาการทุก 6 ชั่วโมง หรือฉีดครั้งละไม่เกิน 2 มก.
Hyperactive delirium ที่มีประวัติเป็น parkinson และผู้ที่มีประวัติหกล้ม บ่อยๆ (อาจเป็นโรค dementia with lewy body)	ควรให้ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic) และ cholinesterase inhibitor - Risperidone 0.2-1 มก. เช้า-ก่อนนอน หรือ - Olanzapine 2.5-5 มก. ก่อนนอน
Hypoactive delirium	การให้ยามักไม่ได้ผล ควรลดยากดประสาท โดยเฉพาะยากกลุ่ม benzodiazepine และ tricyclic antidepressants (TCA)

เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2556). การดูแลอาการหอบเหนื่อย (Dyspnea ในผู้ป่วยระยะท้าย. ใน **ลักษมี ชาญเวชช์ และ ดุสิต สถาวร. The Dawn of Palliative Care in Thailand**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (ม.ป.ป.). **อาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2558, จาก <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative6th>
- กิตติพล นาควิโรจน์. (ม.ป.ป.). **Constipation in Palliative Care** สืบค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2558, จาก <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative12th>
- กลุ่มพัฒนาระบบ กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). **การใช้ยาบรรเทา**. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2558, จาก <http://webnotes.fda.moph.go.th/consumer/csmb/csmb2548.nsf/สาระความรู้/9D772048174462E-447256FE10010E426?opendocument>
- กาญจนา หล้าบา. (2555). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี**. รายงานการศึกษานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จรัสศรี ฝ้ายพรรณ. (2556). **การติดเชื้อแคนดิดาที่ผิวหนังและเยื่อ**. สืบค้นเมื่อ 11 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=1029>
- ชยุต ใหม้เขียว. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน**. ใน **บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. (หน้า 325-330). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง. (2557). **การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.siamca.com/knowledge-id387.html>
- ดาริน จตุรภัทรพร และ สายพิน หัตถิรัตน์. (2549). **การดูแลอาการเหนื่อยในผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย**. **คลินิก**. 22(9), 757-761.
- ดาริน จตุรภัทรพร และสายพิน หัตถิรัตน์. (2549). **อาการสับสนกระวนกระวายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. **คลินิก**. 22(12), 1037-1041.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และ สิริินทร์ ศาสตรานุรักษ์. (2542). **Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์**. (หน้า 43-55). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ทวีศักดิ์ แทนวันดี และคณะ. (2537). **ตำราอายุรศาสตร์**. (หน้า 83-98). กรุงเทพฯ: เช็ทสแควร์.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์ และคณะ. (2542). **อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์**. (หน้า 203-214). (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ธนเดช เดชาพันธุ์กุล. (2554). **ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกจากมะเร็ง**. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 29(5), 245-258.
- นริศ เจนวนิวิริยะ. (ม.ป.ป.). **ลำไส้เล็กอุดตัน** สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2558, จาก http://www.healthtoday.net/thailand/scoop/scoop_126.html

- นิตยา ภาสนันท์, จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2548). **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. (หน้า 179-185). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. (หน้า 55-71). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์. (2547). การจัดการกับความปวดในการพยาบาลแบบประคับประคอง. **วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย**. 29(1), 62-69.
- ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์. (2548). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร. **วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย**. 30(3), 353-363.
- ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (ม.ป.ป.). **การพยาบาลทั่วไปผู้ป่วยระยะท้าย (Nursing issue in palliative care)**. (เอกสารอัดสำเนา).
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2553). **ผู้สูงอายุกับโรคที่พบบ่อย**. (หน้า 187-196). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปณิตา คุณสาร และคณะ. (2556). ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อการเย็บช่องปากอีกเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. **รามาริบัติพยาบาลสาร**. 19(1), 73-86.
- ปัทมา โกมทุบุตร, ลักขมี ชาญเวชช์ และดุสิต สดาวร. (2556). **The Dawn of Palliative Care in Thailand**. (หน้า 126-135). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ปัทมา โกมทุบุตร. (2557). **เอกสารคำสอนเวชปฏิบัติการบริบาลบรรเทาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว**. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประถมาภรณ์ จันทรทอง, ลักขมี ชาญเวชช์ และดุสิต สดาวร. (2556). **The Dawn of Palliative Care in Thailand**. (หน้า 126-135). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ปิยะดา บุญทรง, บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. (หน้า 73-83). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ประดิษฐ์ งามศิริผล. (ม.ป.ป.). **กระดานสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2558, จาก <http://haamor.com/webboard/ห้องยา/2649/>
- ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (ม.ป.ป.). **การจัดการอาการผู้ป่วยระยะท้าย: ระบบทางเดินอาหาร**. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา)
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และมุกดา ตันชัย. (2545). **เอกสารการสอนชุดวิชาพยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาคลินิกสำหรับพยาบาล หน่วยที่ 1-5 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์**. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (หน้า 257-339). (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาพร สู่ประเสริฐ, บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. (หน้า 137- 153). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ประดิษฐ์ งามศิริผล. (ม.ป.ป.). **กระดานสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2558, จาก <http://haamor.com/webboard/ห้องยา/2649/>
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (ม.ป.ป.). **ลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction)**. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/ลำไส้อุดตัน/>
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (14 กรกฎาคม 2557). **คลื่นไส้อาเจียน**. สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/คลื่นไส้อาเจียน/#article101>
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (ม.ป.ป.). **เชื้อราในช่องปาก (Oral thrush หรือ Oropharyngeal candidiasis)**. สืบค้นเมื่อ 11 กรกฎาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/เชื้อราช่องปาก/#>

- พลเดช วิชาจารย์. (2556). ภาวะลำไส้อุดตัน (Gut obstruction). *จุลศาสตร์โรงพยาบาลชลบุรี* 2013, 3-9.
- พัชราภรณ์ ศรีคะชินทร์ และ จิราพร เกศพิชญพัฒนา. (2554). ความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 12 (1), 47-61.
- มนตร์รัตน์ จินดา และ สายพิน หัตถิรัตน์. (2549). มารู้อีกกับอาการปวดมะเร็งกันดีกว่า. *คลินิก*, 22(7), 565-570.
- มนตร์รัตน์ จินดา และสายพิน หัตถิรัตน์. (2549). มารู้อีกกับอาการปวดมะเร็งกันดีกว่า (ตอนจบ). *คลินิก*, 22(8), 679-683.
- มนตร์รัตน์ จินดา และสายพิน หัตถิรัตน์. (2550). อาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยด้วยโรคที่หมดหวัง. *คลินิก*, 23(5), 381-385.
- ยูเรสมค์ สติธิชาญบัญชา และ รพีพร โรจนแสงเรือง. (ม.ป.ป.). *การดูแลรักษาอาการทางกายและจิตใจในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/end%20of%20life.pdf>
- ยุพิน เพียรมงคล. (ม.ป.ป.). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ*. สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.nurse.cmu.ac.th/nat-n/updatenew/6-48/p3.htm>
- ยศพล เหลืองโสมนภา และ ศรีสุตา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30 (1), 83-93.
- รสสุคนธ์ วาริตสกุล. (2547). อาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วิทยาสารพยาบาล*, 29(2), 223-228.
- รสสุคนธ์ วาริตสกุล. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการลดอาการอ่อนล้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วิทยาสารพยาบาล*, 31(2-3), 236-244.
- โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง*. สืบค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2558, จาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/Palliative_care.pdf
- ลักษณะิ ชาญเวชช์ และ เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2542). *Palliative Care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการวิธแห่งการคลายทุกข์*. (หน้า 17-42). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ลักษณะิ ชาญเวชช์. (2549). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*. (หน้า 45-60). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ลดารัตน์ สาภินันท์, บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. (หน้า 331-338). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. (หน้า 289-304). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. (หน้า 219-253). (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วรารวรรณ อุดมความสุข และ พิชาณี แสนมโนวงศ์. (2550). การเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลภาวะติดเชื้อมะเร็งในช่องปากของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว. *วารสารวิจัย มข*, 12(4), 465-471.
- วันชัย วนะชีวนาวิน, อุดม คชินทร และคณะ. (2537). *ตำราอายุรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เซ็ทสแควร์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล งานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิจิตร นีลาวิระและชำนาญ เกียรติพิรุณ. (2550). การป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนจากยาเคมีบำบัด. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 22(1), 97-104.
- วิภา รัชชพิชิตกุล, กาญจนา จันท์สูง และ ประณิธิ หงส์ประภาส. (2558). **อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2544). **คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์**. กรมสุขภาพจิต. ค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.ramamental.com/gp/gp4.PDF>
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). Non-Cancer Palliative Care. ใน ดุสิต สถาวร. **Who Care We Do**. (หน้า 30-39). [ม.ป.ท.]: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). Management of GI Symptom in Palliative Care. **เอกสารประกอบการประชุมโครงการอบรมหลักสูตรสำหรับผู้ฝึกอบรมพยาบาลด้านการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2558). Management of Non-Pain Symptoms in Palliative Care. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การบริหารผู้ป่วยระยะท้าย**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2558). ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **เอกสารประกอบการประชุม Clinical Attachment for Community Nurses**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2558). Pain assessment and management. **เอกสารประกอบการประชุม Clinical Attachment for Community Nurses**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สหทัย ไพบูลย์ราชติ, บุญมาส ชิวสกุลยงและคณะ. (2556). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. (หน้า 85-103). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2547). **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ, อาคม วิเชียรศิลป์ และคณะ. (2547). **แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลโรคมะเร็งเต้านม ปี 2546-2547**. (หน้า 80-99).
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุปราณี นิรุตติศาสตร์, ประเสริฐ เลิศสงวนชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และคณะ. (2553). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 165-175). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุภัทร์ สุปงกช และ กิตติพงษ์ อ่อนแสง. (2555). ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก: ทบทวนแนวทางการบำบัดรักษา. **ว.เภสัช ศาสตร์อีสาน**. 8(1), 1-14.
- สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์, ชัยนาถ ญ นกร และ จอนพะจง เพ็ญจาด และคณะ. (2553). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 176-197). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- โสภณ เรืองศิษฐ์ และ ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์. (2552). ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็ง. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 27(6), 503-508.
- สายพิน หัตถ์รัตน์. (2549). เบื่ออาหารผอมลงในผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. **คลินิก**. 22(10), 871-875.
- สายพิน หัตถ์รัตน์. (2549). อาการอ่อนเพลียแรงในผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. **คลินิก**. 22(11), 951-954.
- อัญชลีพร อมาตยกุล. (ม.ป.ป.). **ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ**. ค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2558, จาก <http://202.29.74.20/excellent/uploads/2013121610414002.pdf>

- อธิษฐาน สุมาลย์เจริญ, บุญมาส ชิวสกลยง และคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. (หน้า 305-312). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- อาทิตย์ วงศ์แสนสุข และปณิศา ลิ้มปะวัฒนะ. (2553). ผู้สูงอายุกับโรคที่พบบ่อย. (หน้า 259-270). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุดม คชินทร, วันชัย วณะชีวินาวิน, สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. (2537). ตำราอายุรศาสตร์. (หน้า 137-145). กรุงเทพฯ: เช็ทสแควร์.
- อภัย ราชวรวิจิตร. (ม.ป.ป.). ไนสแตติน (Nystatin oral suspension). สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/ไนสแตติน/>
- อภัย ราชวรวิจิตร. (ม.ป.ป.). โคลไตรมาโซล (Clotrimazole). สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/โคลไตรมาโซล/>
- อภัย ราชวรวิจิตร ค. (ม.ป.ป.). คีโตโคนาโซล (Ketoconazole). สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/คีโตโคนาโซล/>
- อภัย ราชวรวิจิตร จ. (ม.ป.ป.). ฟลูโคนาโซล (Fluconazole). สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/ฟลูโคนาโซล/Chula Cancer>. (ม.ป.ป.). การปฏิบัติตัวขณะได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะ หู คอ จมูก ช่องปาก และลำคอ. สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=80>
- Chai, E., Meier, D., Morris, J. & Goldhirsch, S. (2014). **Geriatric Palliative Care: A Practical Guide for Clinicians**. New York: Oxford University Press.
- Combs, S., Kluger, B.M. & Kutner, J.S. (2013). Research priorities in geriatric palliative care: nonpain symptoms. **Journal of Palliative Medicine**, 16(9), 1001-1007.
- Gatto, M. & Zwicker, D. [n.d.]. Palliative care. Retrieved November 12, 2014, from http://consultgerirn.org/topics/palliative_care/want_to_know_more
- Larsen, P.D. & Irish, N.M. (2004). Gastrointestinal Symptoms. In Matzo, M.L. & Sherman, D.W.(eds). **Gerontological Palliative Care Nursing**. (pp. 352-385). St. Louis: Mosby.
- Mosby, Lo, R. S.K. & Woo, J. (2006). Palliative care in old age. **Reviews in Clinical Gerontology**, 16, 35- 44.
- Morrison, R.S. & Meier, D.E. (2003). **Geriatric Palliative Care**. New York: Oxford University Press.
- Morrison, R.S. & Meier, D.E. (2004). Palliative care. **New England Journal of Medicine**, 350, 2528-2590.
- Matzo, M. (2008). The universal nursing obligation: All gerontological care is palliative care. **Journal of Gerontological Nursing**. 34(7): 3-4.
- Matzo, M. (2004). Palliative care: Prognostication and the chronically ill. **AJN**. 104(9): 40-49.
- Matzo, M.L. & Sherman, D.W. (2004). Fatigue & Weakness. In Matzo, M.L. & Sherman, D.W.(eds). **Gerontological Palliative Care Nursing**. (pp. 386-411). St. Louis: Mosby.
- Mosby, Pautex, S. & Zulian, G.B. (2011). End-of-life care in elderly cancer patients. **Aging Health**, 7(3), 469-475.
- Sherman, D.W. & Matzo, M.L. (2003). Fatigue. In Morrison, R.S. & Meier, D.E. (eds). **Geriatric Palliative Care**. (pp.271-285). New York: Oxford University Press.
- Sykes, N.P. (2003). Gastrointestinal Symptoms. In Morrison, R.S. & Meier, D.E. (eds). **Geriatric Palliative Care**. (pp.256-270). New York: Oxford University Press.

บทที่ 3

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน

ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ

ปัจจุบันความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามาก ถูกนำมาใช้เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานออกไป ส่งผลทำให้มีผู้ป่วยเรื้อรังและอยู่ในระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในหลากหลายมิติ ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีระบบในการสนับสนุนที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกและสูญเสียไปได้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminal care) เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง และมีบทบาทมากขึ้นในช่วงวันสุดท้ายใกล้เสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงจำเป็นต้องมีตลอดวิถีชีวิต ความเจ็บป่วยและควรจัดให้มีอยู่ในทุกๆ หน่วยงานไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในช่วงระยะ 1 ปีก่อนเสียชีวิต ประมาณร้อยละ 90 ต้องการอยู่บ้าน และเลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายในการดูแล ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่บ้านมีจำนวนเพิ่มขึ้น ต้องการการรักษาที่ซับซ้อน และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าโครงสร้างของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้เพิ่มตามสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือที่บ้านอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้นการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ซึ่งหมายถึง กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการให้ข้อมูล เรื่องโรคและแผนการรักษา ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน รวมถึงการตัดสินใจปฏิเสธการพองชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ล่วงหน้าในอนาคตที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ จึงเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป รวมถึงผู้สูงอายุในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และช่วยทำให้การดูแลแบบประคับประคองในชุมชน โรงพยาบาล และบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการที่ผู้ป่วยสามารถเลือกเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการเพิ่มขึ้น เป็นการช่วยป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

วัฒนธรรมประเพณีไทยโดยส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่าจะต้องเสียชีวิตที่บ้าน การตระหนักของแพทย์ในการพิจารณาว่าเมื่อไรควรเลือกการรักษาแบบประคับประคองและให้ผู้ป่วยได้ใช้ช่วงเวลาระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และการดูแลที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตในที่ที่ต้องการ

ความต้องการผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน

1. การพยาบาลและการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายมักถูกส่งกลับไปอยู่ที่บ้านพร้อมกับปัญหาที่ซับซ้อน อาการไม่สบายต่างๆ ยังไม่ได้รับการจัดการ เช่น ปวด หายใจลำบาก ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน แผลกดทับหรือแผลมะเร็ง ดังนั้นการควบคุมอาการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้รับความสบายเท่าที่จะเป็นไปได้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเป็นอันดับแรก

2. การสื่อสาร

2.1 การให้ข้อมูลเรื่องโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และบทบาทของทีมดูแลแบบประคับประคอง ในการให้การดูแลช่วยเหลือต่อเนืองที่บ้าน

2.2 วางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เวลาช่วงสั้นๆ ก่อนเสียชีวิตเกิดการเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการจัดการวางแผนที่ดีเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดสำหรับผู้ป่วยอาจจะไม่เกิดขึ้น ภายหลังที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาที่มีรูปแบบชัดเจน การแสดงเจตจำนงเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยตัวเอง (advance directive) มีความสำคัญ ด้วยวิธีการกำหนดการพูดคุยอย่างเป็นรูปแบบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ประสานงานไว้ตั้งแต่ต้น รวมทั้งการตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต ต้องมีการลงบันทึกสื่อสารให้บุคคลที่เกี่ยวข้องรับรู้ร่วมกัน ระบุผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นตัวแทนในการตัดสินใจกรณีไม่สามารถตัดสินใจได้เอง การปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ การตัดสินใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและไม่ต้องการ อะไรที่ต้องทำเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และความต้องการพิเศษ เช่น การบริจากร่างกาย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถวางแผนการดูแลและตัดสินใจทุกอย่างล่วงหน้าได้ด้วยตัวเอง

2.3 การให้คำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น การปรับเปลี่ยนบ้านให้เหมาะสมกับการดูแล การปรับขนาดยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นตามอาการปวดที่มีมากขึ้น

2.4 การส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลให้กับเครือข่ายทีมดูแลปฐมภูมิ (primary care team)

2.5 การโทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้ตลอดเวลาตามความต้องการ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวว่าถ้ามีปัญหาอะไรผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงคำปรึกษาได้ตลอด โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉิน จากการที่ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานนี้เป็นหลักโดยตรง ระบบการรับปรึกษาจึงเป็นไปด้วยความลำบาก อย่างไรก็ตามหน่วยงานควรพยายามจัดระบบโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มารองรับ แต่จำเป็นต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติและจัดช่องทางการสื่อสาร แต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกันตามทรัพยากรที่มี ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีระบบโทรปรึกษาพยาบาลหน่วยการดูแลที่ปรึกษาที่เป็นเจ้าของใช้ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการพยาบาลหน่วยการดูแลจะจัดเวรผลัดกันรับโทรศัพท์สำหรับปรึกษาภาวะฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลบางแห่งมีพยาบาลดูแลศูนย์ palliative care ประจำเพียงคนเดียว ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรปรึกษาได้ในเวลาราชการ แต่นอกเวลาราชการผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรเข้าปรึกษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งอาจต้องมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น และส่งผ่านข้อมูลมายังศูนย์ palliative care ในวันรุ่งขึ้น ในภาวะฉุกเฉินจริงๆ ผู้ป่วยควรมีสิทธิ์กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก

3. ยาและเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นต้องใช้ได้ เช่น ยาบรรเทาอาการปวดและไม่สบายต่างๆ (เช่น มอร์ฟีน) ควรมีระบบจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ให้ตามความเหมาะสม เช่น เตียงที่นอนลม รถเข็นนั่ง เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องในการให้ยาทางใต้ผิวหนังที่บ้าน (syringe driver) เป็นต้น

4. การสนับสนุนจากทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญเฉพาะ เมื่อระยะใกล้เสียชีวิตมาถึง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านและได้รับการตอบสนองต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจได้เป็นอย่างดี เช่น การมีผู้ให้คำปรึกษา (councilors) ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคอง

5. การดูแลที่นอกเหนือจากเวลาปกติ (out of hours care) ความใส่ใจดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงการดูแลนอกเวลาของทั้งทีมที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคองและทีมดูแลปฐมภูมิ จะช่วยทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าต้องใช้เวลาประมาณร้อยละ 75 ของเวลาในหนึ่งสัปดาห์ การดูแลในลักษณะนี้ถือว่ามีความสำคัญและจำเป็นต้องมี เพราะสามารถปลดปล่อยความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ทันทีทันใด (ถ้าไม่มีการดูแลในลักษณะนี้ ผู้ป่วยอาจจะต้องเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลและอาจจะต้องนอนไปตลอดจนกว่าจะเสียชีวิต ไม่มีโอกาสได้กลับบ้านอีกเลย)

6. การดูแลต่อเนื่องและการตอบสนองของทีมเครือข่ายปฐมภูมิ การส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลในชุมชนให้เร็วที่สุดตั้งแต่แรกวินิจฉัยเป็นสิ่งที่ดี ทำให้พยาบาลชุมชนมีเวลาเต็มทีในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และยังมีโอกาสได้รับบริการด้านอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน มีเวลาที่จะใช้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การได้รับเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ และเป็น “key worker” ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

7. สัมพันธภาพที่ดีและต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ได้แก่ ทีมเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคอง และทีมดูแลปฐมภูมิ ทำให้ง่ายต่อการประสานการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต

8. การติดต่อประสานงานที่ดี ภาวะฉุกเฉินที่เกิดที่บ้านเป็นภาวะคุกคามการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต จึงได้มีการคาดหมายสิ่งที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในอนาคตไว้ล่วงหน้า พร้อมจัดรูปแบบการดูแลและมีข้อกำหนดในการดูแล (protocol) ที่ตกลงร่วมกันไว้และส่งมอบแผนการดูแลที่มีรูปแบบชัดเจนอย่างเป็นทางการ

9. การบริการหรือการสนับสนุนจากสังคม ในด้านการช่วยเหลือการเงิน การบริการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสดำรงชีพ หรือการมีเงินกองทุนสำหรับให้ทีมดูแลปฐมภูมิเพื่อนำไปใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วง 6 เดือนก่อนเสียชีวิต

10. การสนับสนุนผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (caregivers) มี 2 ลักษณะคือ ผู้ดูแลในระบบ (formal caregivers) หมายถึง ทีมสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมซึ่งมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และผู้ดูแลนอกระบบ (informal caregivers) หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ไม่ได้รับการอบรม ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายชัดเจนแต่มีความสำคัญเพราะเป็นบุคคลที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จากการศึกษาของ National Association for Home Care (2005) พบว่าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องใช้เวลาในการดูแลประมาณ 4 ชั่วโมงต่อวัน กิจกรรมการดูแลใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลแผลและท่อระบายต่างๆ การให้ยาและให้อาหาร รวมไปถึงทักษะอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติจนชำนาญ มีโอกาสเกิดภาระในการดูแล (burden) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจได้เมื่อไรก็ตามที่ได้รับมอบหมายภารกิจให้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นความรับผิดชอบสูงสุด จำเป็นต้องมีเวลา มีความใส่ใจ (และต้องมีพลังอย่างเพียงพอการให้การดูแล) ดังนั้นผู้ดูแลควรมีโอกาสได้ผ่อนคลายร่างกายและอารมณ์ตามความเหมาะสม จากมีการศึกษาเชิงคุณภาพของ Strang & Koop (2003) พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นภาระในการดูแล ได้แก่ สมรรถนะหรือความสามารถในการดูแล ปัญหาด้านเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย นโยบายการดูแลที่ปรับเปลี่ยนโดยเน้นให้ชุมชนเป็นฐานในการดูแล ดังนั้นค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลจึงเป็นภาระของผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง ไม่มีเงินทุนในการช่วยเหลือค่ายา ค่าเดินทาง เครื่องมือการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน รวมทั้งการมีผู้ช่วยเหลืออื่นเข้ามาช่วยเหลือบ้างบางเวลาเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสดำรงชีพ ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไม่สามารถเบิกคืนได้และเป็นค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น แต่โดย

ความเป็นจริงครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทุกๆ ที่รายได้เท่าเดิม ดังนั้นความต้องการของผู้ดูแลจึงมีหลากหลาย ต้องการให้พยาบาลชุมชนช่วยสอนการดูแลผู้ป่วยง่ายๆ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การป้อนอาหาร และยา และบางอย่างที่อาจจะทำไม่ได้ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือยอมรับความสามารถเท่าที่มี ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางจิตสังคม ปัญหาที่มักพบได้บ่อยคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทีมสุขภาพควรคอยสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลควรได้รับการกระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึกออกมา ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามารถกลับไปตายที่บ้านได้ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่ดีพอ

ดังนั้นการให้การสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวจึงเป็นคุณลักษณะสำคัญประการหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวม ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home nursing issues)

1. การประเมินผู้ดูแล การทำนายระยะเวลาที่เหลือของผู้ป่วยระยะท้าย มีประโยชน์สำหรับครอบครัวเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล สิ่งสำคัญคือ ครอบครัวต้องระบุผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีการแบ่งงานและมอบหมายหน้าที่ของแต่ละคนที่มีส่วนร่วมดูแล เพื่อให้แต่ละคนมีเวลาว่างสำหรับตัวเองในการพักผ่อน กรณีไม่มีผู้ดูแลแต่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ อาจจ้างผู้ช่วยดูแลที่บ้านได้

2. การประสานเครือข่ายร่วมดูแล การวางแผนการจำหน่ายและแผนการดูแล มีการส่งต่อแผนการดูแลให้กับทีมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีทีมการดูแลแบบประคับประคองทำหน้าที่หลักในการประสานการดูแลร่วมกับทีมดูแลปฐมภูมิในชุมชน เพื่อประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารประจำตำบล อาสาสมัคร อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ เป็นต้น

3. การเตรียมทีมที่พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ระบบโทรศัพท์ที่สามารถโทรหาได้เมื่อเกิดปัญหาฉุกเฉิน รวมถึงเตรียมทีมสำหรับการเยี่ยมบ้าน

4. การเตรียมพื้นที่บ้าน พื้นที่อยู่อาศัย ควรจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมกิจกรรมพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หลีกเลี่ยงให้อยู่ลำพัง การเตรียมห้องอาบน้ำและสุขาควรจัดอยู่ใกล้ๆ ให้มีพื้นที่พอสำหรับพาผู้ป่วยไปนั่งอาบน้ำ มีราวจับ โถนั่งถ่ายควรเป็นชักโครก ส่วนการจัดห้องนอนควรให้มองออกไปเห็นสวนทิวทัศน์ภายนอกได้ จัดเตียงให้สามารถเข้าได้สองด้าน มีโต๊ะข้างเตียงเล็กๆ สำหรับวางของใช้ มีที่นั่งสำหรับผู้มาเยี่ยม จัดเฟอร์นิเจอร์ไว้เท่าที่จำเป็น รวมถึงมีแสงและอากาศถ่ายเทได้ดี



5. การเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ ควรจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน ที่นอนลม เตียง อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น ถ้าจำเป็นควรจัดหาให้เพียงพอตามความต้องการอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมั่นใจในการดูแลและไม่ควรมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากเกินไป

6. การดูแลเป็นพิเศษอื่นๆ

6.1 การดูแลอาการปวด เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สิ่งสำคัญในการดูแลคือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของอาการเป็นตัวเลข 0 - 10 ใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามระดับความรุนแรงดีที่สุดควรให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ไม่ควรรอจนอาการปวดรุนแรง จึงค่อยให้ยาเพราะจะทำให้การควบคุมความปวดทำได้ยาก ยามีทั้งชนิดฉีด เม็ด แคปซูล น้ำ แผ่นแปะ ไม่ต้องกลัวถ้าแพทย์แนะนำให้ใช้ยามอร์ฟินเพราะเป็นยาที่ใช้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด ไม่ต้องกลัวติดยาหรือยาจะไปเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น บางครั้งถ้าโรคลุกลามไประบบประสาท อาจมีอาการสับสนร่วมด้วย จะได้รับยาต้านการซึมเศร้า และยากันชักร่วมด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงสำคัญของยามอร์ฟินที่มักจะพบไปตลอดระยะเวลาที่ได้รับยาเพื่อควบคุมอาการปวดคือ อาการท้องผูก ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจรวมทั้งต้องรับทราบว่าปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มีส่วนเสริมให้อาการปวดรุนแรงขึ้น ดังนั้นการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญไม่น้อยกว่ายา

6.2 การดูแลอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากมีสาเหตุมาจาก ปอดถูกทำลาย มีน้ำในปอด ชีต ร่างกายชুবวม มีภาวะอ่อนเพลีย ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจัดการได้ยาก อาการหอบมักทำให้เกิดอาการตกใจกลัว ดูแลโดยการฝึกการหายใจ เปิดพัดลมใส่หน้า จัดท่า เบี่ยงเบนความสนใจ และใช้วิธีการผ่อนคลาย จะช่วยบรรเทาอาการได้ กรณีไม่ได้ผลจำเป็นต้องใช้ยามอร์ฟินในขนาดน้อยๆ กินเพื่อลดการ หายใจ หรือถ้ามีออกซิเจนในร่างกายต่ำ จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนที่บ้าน ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ วางแผนการทำกิจกรรมและสว่นพลังงาน

6.3 การดูแลอาการท้องผูก ท้องผูกมีสาเหตุมาจากโรคที่ลุกลาม การเคลื่อนไหวลดลง รับประทานได้น้อย และที่สำคัญคือผลข้างเคียงจากยามอร์ฟิน การดูแลควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาาระบายตามแผนการรักษา ถ้าไม่ถ่ายใน 3 วัน จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนขนาดยาาระบาย เน้นหรือสวนอุจจาระร่วมด้วย

6.4 การดูแลอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคลื่นไส้อาเจียนอาจมีสาเหตุมาจากโรคในช่องท้องหรือโรคที่สมอง หรืออาจเกิดจากยาและอาการข้างเคียงของยา ดูแลโดยให้รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุน มัน รสจัด รักษาความสะอาดในช่องปาก ดูแลลดความวิตกกังวล

6.5 การดูแลภาวะโภชนาการ (nutrition) การรับประทานอาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ภาวะเบื่ออาหารและร่างกายชুবวมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เป็นธรรมชาติของโรค มีความจำเป็นที่เราต้องอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าเขาจะไม่ตายจากการอดอาหาร อธิบายว่าผู้ป่วยไม่หิวและเบื่ออาหารเป็นจากโรคมะเร็ง แต่กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มีความจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (enteral feeding) หรือพิจารณาทำ gastrostomy นอกจากนี้ยังพบความเข้าใจผิดได้บ่อยๆ เช่น “ถ้าไม่ได้กินอาหารคนเราจะตาย หรือถ้ากินได้เราจะรอด” “อาหารบางอย่างรักษาโรคมะเร็งได้” หรือ “อาหารมีความจำเป็นในการช่วยรักษาภาวะแทรกซ้อน” ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าในระยะโรคมะเร็งลุกลาม การได้รับอาหารลดลง หรือการถอดถอนสารอาหารทางหลอดเลือดไม่ได้หมายความว่าทำให้ชีวิตเขาสั้นลง แต่ต้องยอมรับว่าระยะเวลาที่เหลืออยู่น้อยลงเป็นไปตามธรรมชาติของโรค

7. อาหารของผู้ป่วยระยะท้าย ในระยะไม่กี่สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ควรมีแนวปฏิบัติเรื่องอาหาร (Dietary guidelines) ดังนี้

7.1 ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปทุกวัน บางวันรับประทานอาหารได้มาก บางวันรับประทานอาหารได้น้อย บางวันไม่รับประทานอาหารเลย สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นปกติของผู้ป่วยระยะท้าย แต่มีความจำเป็นที่ต้องอธิบายให้ครอบครัวรับทราบด้วย

7.2 อาจจะรับประทานอาหารมากในมื้อเช้า แต่ไม่รับประทานอาหารเลยในมื้อเย็น

7.3 ในระยะใกล้เสียชีวิต การให้น้ำ (อาจจะจะเป็นน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น) ขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

7.4 ความต้องการของผู้ป่วยสำคัญที่สุด ควรจัดอาหารที่ชอบ เลี่ยงอาหารรสเผ็ด

ภายหลังการอธิบายให้ข้อมูลเหตุผลในเรื่องอาหารและน้ำกับครอบครัวแล้วเกิดความกังวล มีความจำเป็นต้องมีอภิปรายและพูดคุยกันถึงเรื่องนี้อีกครั้ง

8. การดูแลอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีสาเหตุมาจากการรับรสเสียไป เป็นไปตามการลุกลามของโรค ไม่ควรกังวลและไม่ต้องคาดหวังให้ผู้ป่วยรับประทานให้ได้ทีละมากๆ ดูแลจัดอาหารที่ชอบให้รับประทานทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

9. การทำความสะอาดช่องปาก (mouth care) ปัญหาช่องปากมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดื่มและกินได้ การประเมินอนามัยในช่องปากมีความจำเป็น อาการที่มักพบบ่อยคืออาการปากแห้ง จากการขาดน้ำ ดูแลโดยให้ดื่มน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อยๆ อมผลไม้รสเปรี้ยว เช่น สับปะรด มะนาวฝานแช่แข็ง หรืออาจใช้วาสลีนทาริมฝีปากบ่อยๆ ให้ชุ่มชื้น

10. การดูแลภาวะแขนขาบวม (lymphedema) เนื่องจากระบบน้ำเหลืองไม่สามารถระบายออกได้และมีการอุดตัน ควรส่งต่อให้กับนักกายภาพบำบัดและทีมที่มีความชำนาญเฉพาะในการดูแลแบบประคับประคองให้การดูแลวิธีการดูแลโดยใช้วิธีการนวด และการใช้ผ้ายึดพัน (specialized bandaging)

11. การดูแลภาวะท้องมาน เกิดจากการคั่งของน้ำในช่องท้อง ทำให้รู้สึกอึดอัดทรมาน ในระยะแรกอาจได้รักษาด้วยยาขับปัสสาวะ หรือเจาะน้ำช่องท้อง ในระยะใกล้เสียชีวิตการเจาะระบายเอาน้ำออกจะไม่สามารถทำได้อีก ดูแลโดยการจัดท่าศีรษะสูง ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจให้รู้สึกผ่อนคลาย

12. การดูแลผิวหนัง (skin care) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ต้องมีการเฝ้าระวังและระมัดระวัง ตรวจหาตำแหน่งที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลมบางครั้งสามารถช่วยได้ หรือการใช้เจลหรือคอลลอยด์ หลังทำแผลติดไว้จะช่วยทำให้อยู่ได้หลายวัน ในการทำแผลถ้ามีอาการปวดอาจจำเป็นต้องให้มอร์ฟีนก่อนการทำแผล 20 นาที กลิ่นจากแผลอาจจะใช้ยา metronidazole ชนิดกินหรือฉีดก็ได้ทาเคลือบแผลเพื่อลดกลิ่น ในระยะแรกรับประทานอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้วควรให้กินอาหารที่ชอบไม่ควรจำกัด การกลืนอาจจะปัสสาวะไม่ได้ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับและแผลมีโอกาหายาได้ยาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลผิวหนังโดยรอบอย่างดี

13. การดูแลแผลมะเร็ง (fungating tumors) ควรมีการจัดการกับอาการที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ดังนี้

13.1 สารคัดหลั่ง (exudates) กรณีที่มีสารคัดหลั่งน้อย การทำแผลที่ดีที่สุดคือการใช้ผ้าเกลือ (NSS) เเทราดแผลให้ชุ่มก่อนเพื่อง่ายในการแกะลอกแผลป้องกันการบาดเจ็บและเลือดออก (ควรระวังในการใช้ไฮโดรเจนเพอออกไซด์ เดกิ้นโซลูชันหรือโปรวิดีนในการทำแผล) สอนล้างแผลโดยใช้ syringe ขนาด 50 มล. ดูด NSS 35 มล. โดยใช้

เข็มเบอร์ 18 ฉีดด้วยแรงดันต่ำช่วยชะล้างเนื้อตายออกและลดปริมาณแบคทีเรียได้ กรณีที่มีสารคัดหลั่งออกมาจากแผลจำนวนมากซึมเปื้อนเสื้อผ้า เตียนนอน ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย วิธีการดูแลคือ ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อน และชั้นที่สองตามด้วยก๊อสหรือทอปก๊อสเพื่อระบายสารคัดหลั่งที่ออกมาระหว่างวัน ทำแผลเพื่อเปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครึ่ง ส่วนชั้นที่สองถ้าพบว่าสารคัดหลั่งซึมผ่านทะลุมาถึงผ้าพันแผลชั้นนอกสุดสามารถเปลี่ยนได้วันละ 2-3 ครั้ง อาจใช้โฟม (foam) หรือ อัลจินเท (alginate) ในการดูดซับสารคัดหลั่ง หรือใช้ผ้าอนามัย (menstrual pad) ซึ่งช่วยดูดซึมได้ดีเยี่ยมและมีพลาสติกด้านหลังเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งทะลุผ่านมาได้ป้องกันการซึมเปื้อนเสื้อผ้าร่วมกับการใช้ barrier ointment หรือ skin sealant เช่น วาสลีน หรือซิงค์ออกไซด์ ทาเคลือบผิวหนังรอบๆ แผล

13.2 เลือดออก (capillary bleeding) ลอกวัสดุออกจากแผลเบาๆ ด้วยความใส่ใจและนุ่มนวล ถ้าแผลติดแน่นมากใช้ NSS เทราดแผลให้เปียกชุ่มเพื่อใช้ความชื้นช่วยให้หลุดลอกวัสดุออกง่ายหรือใช้วัสดุที่ป้องกันการติดกันระหว่างแผลกับวัสดุที่ใช้ทำแผล เช่น วาสลีนก๊อส หรือ sofratulle

13.3 กลิ่นไม่พึงประสงค์ (malodour) กรณีมีการติดเชื้อที่แผล แต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในกระแสเลือดควรใช้ metronidazole ทาเฉพาะที่ในการควบคุมกลิ่นจะได้ผลดีกว่าให้โดยการฉีด ดังนี้

1) ยา metronidazole ชนิดเม็ดโดยการบดยาให้ละเอียดผสมกับ sterile water ให้ได้สารละลายที่มีความเข้มข้น 0.5% (5 มก./มล.) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ดผสม sterile water 40 มล. และ 1% (10 มก./มล.) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ด ผสม sterile water 20 มล. นำไปชุบกับก๊อสจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล วิธีการนี้ต้องระวัง เพราะก๊อสอาจยึดติดกับแผล เมื่อทำแผลครั้งต่อไปถ้าลอกออกจะส่งผลให้เกิดอาการปวดและเลือดออกได้

2) 1% metronidazole injection solution (500 มก./ขวด) เตรียมโดยใช้ก๊อสชุบน้ำยาจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล สามารถลดกลิ่นได้ภายใน 2-7 วัน (ยาที่เหลือสามารถเก็บใช้ได้ต่อจนหมดภายใน 7 วัน โดยเก็บให้พ้นแสง ในอุณหภูมิปกติ ไม่ควรแช่เย็น)

14. การดูแลภาวะอ่อนล้า อาจมีสาเหตุมาจากการลุกลามของโรค ภาวะซีด เมแทบอลิซึมและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ เบื่ออาหารรับประทานได้ลดลง นอนหลับไม่เพียงพอจากอาการปวด หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น การให้ยาวิตามินและยาบำรุงไม่ได้ช่วยให้อาการอ่อนเพลียดีขึ้น ควรให้ความสำคัญกับการพักผ่อน และควรจัดกิจกรรมในช่วงที่รู้สึกสดชื่น

15. การดูแลอาการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับอาจเนื่องมาจากการไม่สุขสบายอื่นๆ ที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้อาเจียน การดูแลโดยจัดการอาการปวดและอื่นๆ ให้สุขสบายที่สุด ไม่ควรนอนกลางวันมาก ไม่ควรดื่มน้ำ ชา หรือกาแฟก่อนนอน ถ้าจำเป็นอาจต้องใช้ยานอนหลับช่วย

16. การดูแลอาการวิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า มีสาเหตุจากความรุนแรงของโรคที่คาดเดาอะไรไม่ได้ และคาดหวังกับการรักษา ดูแลโดยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ เป็นผู้ฟังที่ดี พูดคุยกันอย่างเปิดเผยและจริงใจ ให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพตามตรงเพื่อให้การช่วยเหลือ

ทักษะในการให้การพยาบาล

หัวใจสำคัญของการให้การพยาบาล คือ การไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ความนุ่มนวลในการดูแล และคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทักษะจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้จากพยาบาลมีดังนี้

1. การยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปเก้าอี้ หรือจากเก้าอี้ไปห้องน้ำ
3. การจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย และการจัดท่าบนเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. หลักการสำคัญของการยกผู้ป่วยคือ ขณะยกผู้ป่วยให้ออเข่าสองข้างแทนการก้มหลัง
5. การหมุนเตียงนอน หรือจัดเก้าอี้ให้สูงขึ้น มีประโยชน์ ช่วยให้เบาแรงในการช่วยผู้ป่วยลุกขึ้น
6. การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ควรเปลี่ยนผ้าปูที่นอนในช่วงเวลาเดียวกับการเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง จัดที่นอนให้

เรียบตึง ใช้ผ้าขาวเตียงปูทับบนผ้าขาวเตียง เมื่อผ้าขาวเตียงเปียก สกปรกหรือผู้ป่วยปัสสาวะอุจจาระราด ควรเปลี่ยนเฉพาะผ้าขาวเตียงไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน

7. การดูแลอื่นๆ ตามความเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ได้มีวิธีการที่ตายตัว ควรยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พร้อมกับสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยพอใจและสุขสบายอยู่เสมอ ดังนี้

7.1 การจัดสิ่งแวดล้อมในห้อง แสงสว่าง รูปภาพ การใช้กลิ่นที่ชอบ เช่น น้ำหอม สมุนไพร ในห้องนอนหรือห้องนั่งเล่น ช่วยสร้างความพึงพอใจได้

7.2 การตัดเล็บให้สั้น ช่วยให้รู้สึกสะอาด

7.3 การอาบน้ำให้ด้วยสบู่ หรือสระผมด้วยน้ำอุ่นและช่วยนวดศีรษะเบาๆ จะทำให้รู้สึกดีและสุขสบายขึ้น

7.4 การช่วยจัดหาเสื้อผ้าที่ชอบ และใส่สบาย

7.5 ถ้าอากาศเย็น การใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาดร่างกายจะทำให้รู้สึกสะอาดและสบาย

7.6 การนวดตัวให้เบาๆ โดยใช้น้ำมันหอมระเหย จะเพิ่มความสุขสบายขึ้น

7.7 การทำความสะอาดช่องปาก ถ้าไม่มีปัญหาเกร็ดเลือดต่ำ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีควรแปรงฟันด้วยแปรงขนาดเล็กขนนุ่มทุกวัน เมื่อเริ่มมีการรู้สึกลดลงอาจใช้แคลมป์ (clamp) คีบสำลีเพื่อป้องกันสำลีหลุดเข้าไปในคอ ชุบน้ำเกลือแล้วเช็ดให้ทั่วปาก สร้างความมั่นใจการการใกล้ชิดกัน

8. การปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีการรับรสเสียไป ควรจัดปรุงอาหารที่กลืนง่าย ดูดซึมได้ดี ปรุงรสตามความชอบของผู้ป่วย แต่งกลิ่นสีให้น่ารับประทาน เพิ่มรสจัดเล็กน้อย เพิ่มคุณค่าอาหารโดยเพิ่มส่วนผสมที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ หรือนมผง หั่นเครื่องประกอบอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ อาจหาอาหารเสริม เช่น ซัสตาเย่น หรือเอนซัวร์ (1 แก้วเทียบเท่าอาหาร 1 มื้อได้) และหลักการสำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานได้ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง พักผ่อนบ่อยๆ ระหว่างมื้ออาหาร การใช้หลอดดูดจะดื่มน้ำได้มากขึ้น ขจัดกลิ่นที่ชวนคลื่นไส้ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สดชื่น

9. การเสริมสร้างกำลังใจ เรียนรู้เป็นผู้ฟังที่ดี กระตุ้นการพูดคุยอย่างเปิดเผยและจริงใจเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่รู้สึกกลัว เศร้าหรือโกรธได้ง่าย การพูดถึงความคิดและความรู้สึกตามความเป็นจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกสิ้นหวังได้ และคาดหวังตามความเป็นจริงในระยะเวลาที่เหลืออยู่

10. ทักษะอื่นๆ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเทปสวาระออกจากถุง การให้ยาฉีดเมื่อจำเป็น เช่น การฉีดยาบรรเทาปวดรุนแรงทันทีทันใด หรือการฉีดยาสแตียรอยด์หรือยาอื่นๆ ที่บ้าน การเรียนรู้การใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน (syringe driver) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาการไม่สุขสบายได้อย่างดี

การดูแลเรื่องยา

1. ควรบันทึกการให้ยา ชนิดของยา และเวลาที่ให้ยา รวมทั้งยาที่ให้เมื่อจำเป็น เช่น ยาลดปวดที่ออกฤทธิ์สั้นที่ใช้ลดปวดระหว่างวันทุก 2 ชั่วโมง ควรบันทึกว่ารับประทานเวลาไหนบ้าง วันละกี่ครั้ง
 - ยาเม็ดควรจัดใส่กล่องที่มีหลายๆช่อง (มีฝาปิด) โดยแบ่งเป็นมื้อๆ ใน 1 วัน
 - เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา คลื่นไส้อาเจียน ซึมลง กลืนยาไม่ได้ ต้องรีบปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อปรับการให้ยาทางอื่น เช่น ทางทวารหนัก หรือทางชั้นใต้ผิวหนัง

การพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

จุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านคือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาอะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ และไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุการดำเนินโรค ดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายรวมถึงให้การดูแลครอบครัว จำเป็นต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. โดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมักจะอยากรู้ว่าความตายจะมาถึงเมื่อไหร่ ควรทำความเข้าใจและแจ้งว่าจะสามารถคาดหวังอะไรได้บ้าง และให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการดูแลที่บ้านได้ตามที่ต้องการ
2. ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. ผู้ป่วยจะได้รับการควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ได้ดี และสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้
4. ให้ทางเลือกเพื่อเข้าถึงสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความต้องการไม่ใช่เฉพาะบ้านและโรงพยาบาลเท่านั้น
5. ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตวิญญาณตามความเหมาะสม
6. บอกความต้องการว่าต้องการให้ใครอยู่ด้วยในวันเสียชีวิต มีโอกาสได้กล่าวลาบุคคลที่ต้องการ
7. ความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต (ลงชื่อเป็นหลักฐานด้วยตัวเอง) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องเคารพความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย
8. สามารถจากไปได้เมื่อเวลามาถึงโดยไม่ต้องการยื้อเวลาออกไปอีก

การวินิจฉัยผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

แพทย์มีความสำคัญในการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น ซึมลง ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง นอนมากกว่าตื่นมาสื่อสารกับครอบครัว บางครั้งมีกระวนกระวาย สับสน สนใจอาหารและน้ำลดลง เริ่มกลืนลำบาก ดังนั้นก่อนการวินิจฉัยแพทย์ควรประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้ดูแลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน อาการแสดงอย่างอื่นที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตได้แก่ อ่อนหิวร่างกายลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น การหายใจผิดปกติ ไม่สม่ำเสมอ เร็ว ช้า และหยุดหายใจสลับกัน (cheyne-stokes) ความดันตกลง สีผิวซีดจาง อ่อนเพลียลงอย่างรวดเร็ว ชีพจรเบาเร็ว

การให้การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน ควรให้การดูแลดังต่อไปนี้

1. **ทบทวนยาที่ได้รับ หยุดยาที่ไม่จำเป็น** ได้แก่ ยาวิตามิน (iron, vitamin) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคระยะยาว (cardiac drug, hypoglycemic drug, anti-hypertensive drug, diuretic, potassium supplement, H2 antagonist) ยาฆ่าเชื้อ (Long-term antibiotics) ยาต้านการซึมเศร้า (antidepressant)

2. **ปรับเปลี่ยนวิถีทางในการให้ยา (route of administration)** ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเริ่มกลืนไม่ได้ การรู้สึกลดลง แต่อาการปวดและไม่สบายต่างๆ ยังคงมีอยู่ ควรให้ทางชั้นใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่อง ยาที่ให้ทางชั้นใต้ผิวหนังได้และที่มักใช้บ่อยๆ ได้แก่ morphine, haloperdol, midazolam, metochopramide และ Hyoscine bytylbromide

3. **การคาดคะเนปัญหาหรืออาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต** เป็นทักษะของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมยาเพื่อให้ผู้ป่วยไว้ใช้ที่บ้านเพื่อควบคุมอาการปวดและไม่สบายต่างๆ ในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต เช่น ยามอร์ฟินเพื่อใช้สำหรับ breakthrough pain ยา midazolam เพื่อลดอาการกระวนกระวาย หรือ atropine เพื่อช่วยเสมหะในทางเดินหายใจแห้งช่วยลดอาการเสียงหายใจดัง (Noisy secretions) ได้ เป็นต้น

4. การจัดการอาการไม่สบายต่างๆ

4.1 **อาการปวด** ควรให้ยา morphine เข้าใต้ผิวหนัง ทุก 4 ชั่วโมง หรือให้โดยใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน (syringe driver) ไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต และควรดูแลให้ได้รับยา breakthrough pain ตามความเหมาะสม

4.2 **อาการกระวนกระวาย (restlessness)** ควรประเมินหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร เช่น การควบคุมความปวดได้ไม่ดี ปัสสาวะ อุจจาระคั่งค้าง มีแผลกดทับหรือไม่ ถ้าสาเหตุที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ควรจัดการอาการด้วยยา midazolam และควรให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องและควรจัดเตรียมยา midazolam สำหรับ breakthrough ทุก 2-4 ชั่วโมง

4.3 **หายใจเสียงดัง (noisy secretions)** อาการเหล่านี้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานแต่มักทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล ดังนั้นควรมีการสื่อสารพูดคุยกัน ยาที่ช่วยได้คือ buscopan หรือ atropine โดยให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังต่อเนื่องหรือเพื่อง่ายกับครอบครัวใช้ 1% atropine eye drop หยอดใต้ลิ้น 4 หยดทุก 4 ชั่วโมง

4.4 **อาการชัก (convulsions)** ควบคุมได้โดยการให้ midazolam หรือ phenobarb ทางชั้นใต้ผิวหนัง หรือใช้ rectal suppository diazepam solution เมื่อมีอาการ

4.5 **ภาวะเลือดออก (GI hemorrhage)** เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวกลัว ตกใจ สะเทือนใจได้ แพทย์ต้องประเมินพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ถ้าเผชิญปัญหาไม่ได้ควรเตรียมให้สามารถเข้ามารักษาในโรงพยาบาลได้ สิ่งที่ต้องเตรียมที่บ้านคือผ้าสีเข้ม และยา sedative ควรได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายหลังเสียชีวิต

4.6 **อาการหายใจลำบาก (dyspnea)** มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการควบคุมอาการหายใจลำบากได้โดยการให้ยาในกลุ่ม opioid (morphine หรือ fentanyl) คุ้มกับยาในกลุ่ม benzodiazepines (เช่น midazolam, diazepam, lorazepam) ดีกว่าการให้ยาในกลุ่ม opioid อย่างเดียว

4.7 อาเจียน metochopramide หรือ Haloperidol เป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาอาการของผู้ป่วยระยะนี้

4.8 ยาที่ควรเตรียมพร้อมในกระเป๋ายา (drug in the bag) ของพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองได้แก่ morphine, dexamethasone, buscopan, midazolam (ถ้าไม่มีใช้ diazepam แทนได้) และhaloperidol

5. ทบทวนการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายมากที่สุดจนกว่าจะเสียชีวิต

5.1 การดูแลช่องปาก อาการปากแห้งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยระยะท้าย ต้องสอนครอบครัวและผู้ดูแลในการทำความสะอาดช่องปากอย่างต่อเนื่อง จิบน้ำ อมน้ำแข็งก้อนเล็ก ทาครีมลิปบาล์มด้วยวาสลีน ดูแลช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยใช้สำลีชุบน้ำเช็ดบ่อยๆ ช่วยบรรเทาอาการกระหายน้ำได้ ถ้าพบว่าการติดเชื้อราในช่องปากจำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้รับยาต้านเชื้อราาร่วมด้วย

5.2 การดูแลแผลกดทับ การพลิกตัวผู้ป่วยในระยะนี้อาจไม่ต้องบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงสีหน้าเจ็บปวด อาจใช้ที่นอนลมช่วย หรือใช้เบาะรองที่ปกป้องและช่วยลดแรงกดบริเวณ ส้นเท้า ข้อศอก และเข่า ในระยะนี้การดูแลผิวหนังยังมีความสำคัญ

5.3 การดูแลระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัญหาท้องผูกในระยะใกล้เสียชีวิตอาจเกิดไม่ยาวนาน ควรหยุดยาระบายที่รับประทานทางปาก ควรปรับเปลี่ยนไปให้ทางทวารหนักแทน

5.4 การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดปัสสาวะค้างค้ำต้องพูดคุยสื่อสารในครอบครัว ถ้าจำเป็นอาจต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะ หรือถ้ากลั้นปัสสาวะไม่ได้ ให้ใส่แผ่นรองซึมซับแทน และทาวาสลีนปกป้องดูแลผิวหนังโดยรอบ

5.5 การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ควรจัดให้มีการระบายอากาศดี แสงพอควร ลดเสียงลง ลดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ จัดหาเก้าอี้ให้กับครอบครัวได้มีโอกาสมานั่งใกล้ชิดกับผู้ป่วย จัดสิ่งของไว้ใกล้ๆ สามารถหยิบจับได้ง่าย

5.6 การดูแลผู้ดูแล ดังนี้

1) ถึงแม้ว่าครอบครัวจะรับทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต แต่ถึงเวลาจริงๆ พบว่าครอบครัวมักมีอาการตกใจ การอยู่เป็นเพื่อนให้ความมั่นใจจะช่วยให้

2) ยืนยันกับผู้ดูแลว่ายามอร์ฟินไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยจากไปเร็วขึ้น

3) อธิบายอาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระยะใกล้เสียชีวิตไม่ควรกังวล เช่น หายใจเสียงดัง ไม่สม่ำเสมอเพื่อสับสน เป็นต้น

4) การกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ถือเป็นการช่วยกระบวนการเศร้าโศกเสียใจให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

5) ให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัว ตอบคำถามที่สงสัย

6) รับฟังในสิ่งที่ผู้ดูแลพูดหรือระบายให้ฟัง

การดูแลภายหลังการเสียชีวิต (after death)

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัว การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเผชิญความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี การตาย การสูญเสีย และความทุกข์โศกควรได้รับการดูแลโดยมองในแง่ธรรมชาติ ไม่ใช่ความผิดปกติ ทีมผู้ดูแลรักษาควรให้ความช่วยเหลือ (support) แต่ไม่ใช่การบำบัดรักษา (treatment) สามารถให้ความช่วยเหลือครอบครัว ดังนี้

1. ช่วยเหลือสนับสนุนภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เกี่ยวกับการจัดการกับศพ อธิบายให้ข้อมูลและเขียนให้เห็นขั้นตอนอย่างชัดเจน การอาบน้ำศพ การฉีดยาศพ การจัดหาโลงศพ การเคลื่อนย้ายศพ การออกไปรับรองแพทย์ การแจ้งเสียชีวิต การจัดการงานศพ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในช่วงที่ครอบครัวกำลังสับสน เช่น จัดหาเบอร์โทรศัพท์ให้

คำพูดที่ควรพูดกับครอบครัวคือ “เสียใจด้วยนะคะ” “เรารู้สึกเป็นห่วงคุณ....นะคะ” “มีอะไรให้ทางเราช่วยไหมคะ บอกได้เลยไม่ต้องเกรงใจ โทรหาได้ตลอดเวลา” “อยากจะบอก อยากจะพูดอะไรไหมคะเรายินดีที่จะรับฟัง” “ทราบว่าช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก สำหรับคุณและครอบครัว” “อยากจะพูดอะไรเกี่ยวกับ (ชื่อผู้ป่วย) ไหมคะ “เป็นกำลังใจให้นะคะ” ทุกถ้อยคำที่เราพูดกับครอบครัว หากเราพูดด้วยความจริงใจ แสดงให้เขาเห็นว่าเราพร้อมที่จะช่วยเหลือเขา ก็จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับครอบครัวว่าเขายังมีคนที่อยู่เคียงข้างเขาในวันที่เศร้าที่ทุกข์อย่างแสนสาหัส เพราะฉะนั้นคำพูดที่เหมาะสมเราก็ควรเลือกที่จะพูด

2. การไปร่วมงานศพตามความเหมาะสม

3. การทำความเข้าใจในพฤติกรรมหรือปฏิกิริยา (reaction) ของผู้ป่วยและครอบครัว เอาใจใส่ต่อความสามารถในการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย ประเมินว่ามีเรื่องอะไรที่ยังค้างคาใจอยู่หรือไม่ เราอาจจะได้ช่วยให้เขาได้คลี่คลาย

4. ให้กำลังใจ โดยการเขียนจดหมาย โทรศัพท์ติดตามประเมินความสามารถในการปรับตัวหลังสูญเสีย สอบถามความต้องการความช่วยเหลือจากทีม ส่งการ์ดแสดงความเสียใจ

5. ช่วยครอบครัวมองหาว່າอะไรทำให้สบายใจ เช่น ถ้ามีแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา สวดมนต์ นั่งสมาธิ

6. ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (grief counseling) ให้ครอบครัวได้ระบายความเศร้า นัดพบปะเพื่อจัดกิจกรรมระลึกถึงผู้จากไปร่วมกัน หรือเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูญเสียก็จะทำให้เกิดการเยียวยาซึ่งกันและกัน

7. แนะนำให้ครอบครัวดูแลตัวเองโดยเผชิญความรู้สึกที่แสดงออกมา อาจจะจัดการกับมันได้แต่บางครั้งไม่สามารถเลียงความรู้สึกเศร้าได้ตลอด บางครั้งอาจต้องบอกตัวเองว่าเจ็บปวดเพื่อยึดกระบวนการความเศร้าโศก

8. ดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจและร่างกายมีการเชื่อมต่อกัน เมื่อเรารู้สึกดีร่างกายจะรู้สึกดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกาย ไม่ควรใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดเพื่อยุยาความทุกข์โศก

9. แนะนำให้อยู่กับปัจจุบันและรู้ตัวเองทุกขณะจิตและทุกความรู้สึก ปล่อยให้ตัวเองรู้สึกสิ่งที่หวัระเพื่อหาช่วงเวลาของความสุขและปล่อยให้ความเศร้าค่อยๆ คลายไป

10. แนะนำให้ครอบครัววางแผนล่วงหน้าสำหรับความเศร้าโศก อาจจะกลับมาเมื่อครบรอบวันหยุดพักผ่อนและครบรอบเหตุการณ์สำคัญ ความทรงจำและความรู้สึกที่เคยมีร่วมกับผู้ตาย ขอให้เตรียมตัวเตรียมใจไว้สำหรับอารมณ์เศร้าและรับรู้ว่ามันเป็นเรื่องปกติที่อาจเกิดได้

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้าน ต้องเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบในบรรยากาศที่เอื้ออาทรเต็มไปด้วยญาติมิตร ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกยึดชีวิตด้วยเครื่องมือต่างๆ ในโรงพยาบาล และยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวต่อการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึงได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับความจริงได้อย่างมีสติและสงบ ด้วยการประเมินสภาพครอบครัว อำนวยความสะดวก วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว สอน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และให้การดูแลในสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถทำได้ ควรมีการให้บริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งความถี่ในการให้บริการนั้นจะบ่อยครั้งเพียงใดขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย หรือบ่อยครั้งตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ทั้งนี้ต้องให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถยอมรับความจริงกับการสูญเสียภายหลังตายได้อย่างถูกต้องอย่างสมเกียรติ และศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). **The Dawn of Palliative Care in Thailand**. กรุงเทพฯ : บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2556: 67-76.
- หน่วยการุณรักษ์. (2555). สถิติผู้ป่วยระยะท้ายของหน่วยการุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Corless IB. Bereavement. (2007). **Textbook of palliative nursing**. New York, Oxford University Press Inc.
- Doyle D and Jeffrey D. (2007). **Palliative care in the home**. New York, Oxford University Press Inc.
- Milone-Nuzzo and McCorkle R. (2006). **Textbook of palliative nursing**. New York, Oxford University Press Inc.
- Thomas K. Community palliative care. (2006). **ABC of Palliative Care**. 2nd ed. Singapore: COS Printers Pte Ltd.

บทที่ 4

การดูแลผู้ดูแล (การจัดบริการช่วยเหลือผู้ดูแล)

ผศ.ดร. วารีย์ กังใจ

บทนำ

จากการก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ มีผลให้ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุมีมากขึ้น ซึ่งเป็นความต้องการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นการจัดบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่าง การดูแลในครอบครัว ชุมชน และสถาบัน เพื่อทดแทนความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือ อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งในสภาวะการณ์การดูแลระยะยาวนั้นผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้าน ดังนั้น กิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่ จึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัว จุดประสงค์สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีอิสระในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตามที่ต้องการ ภายใต้สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและมีโรคเรื้อรัง ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสม

ความหมายและประเภทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือพิการและต้องการความช่วยเหลือ และการดูแลต้องเกิดอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลอาจเป็นบุคคลในวิชาชีพ หรือบุคคลในครอบครัวก็ได้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในที่นี้จะหมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ให้การช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้สูงอายุโดยไม่ผ่านการฝึกอบรม ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนานถึง 24 ชั่วโมง ไม่ได้รับค่าจ้าง ให้การดูแลด้วยความรัก ตอบแทนบุญคุณ หรือมีแรงจูงใจจากความสัมพันธ์ทางอารมณ์ หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ซึ่งจากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในไทยมักเป็นบุตร โดยเฉพาะบุตรสาว รองลงมา คือ คู่สมรส สามีหรือภรรยาซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุทั้งผู้ดูแล และผู้ได้รับการดูแล ผู้ดูแลกลุ่มนี้เรียกว่า ญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ และการใช้เวลาในการดูแล คือ ญาติผู้ดูแลหลัก และญาติผู้ดูแลรอง ดังนี้

1. **ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น ดูแลอนามัยส่วนบุคคล ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยเหลือและจัดเตรียมเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในไปรับบริการ ตรวจรักษา ติดต่อประสานงานกับชุมชน เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

บทบาทหรือหน้าที่ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ สรุปได้ดังนี้

- 1. การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ** ได้แก่ การรักษาความสะอาด การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อสุขภาพ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการเตรียมสิ่งต่างๆ เช่น ข้าวของเครื่องใช้ ที่นอน หมอน เสื้อผ้า เป็นต้น
- 2. การดูแลทำกิจกรรมตามแผนการรักษา** กิจกรรมตามแผนการรักษาที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้สูงอายุ เช่น การฉีดยา การให้ยารับประทาน การดูดเสมหะ การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เป็นต้น
- 3. การดูแลด้านจิตใจ** เป็นการประคับประคองจิตใจ ปลอดภัย ให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน ผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 4. การดูแลระหว่างบุคคล** หมายถึง การที่ผู้ดูแลเป็นคนกลางในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือองค์กรทางสุขภาพอื่นๆ เช่น การติดต่อสื่อสารกับแพทย์/พยาบาล แสวงหาแหล่งช่วยเหลืออื่น เลือกรักษา และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 5. การดูแลทั่วไป** เป็นการดูแลอื่นๆ ของผู้ดูแลที่นอกเหนือจากที่กล่าวมา เช่น รับผิดชอบดูแลทำงานต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอกบ้าน รับภาระค่ารักษาและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมากซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลตามมา ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทยนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ โดยพบผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง หนึ่งในสามของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระดูแลครอบครัว สามในสี่ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ ประมาณหนึ่งในเก้ามีผู้ที่ต้องดูแลระยะยาวมากกว่า 1 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการดูแลภายในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู ผู้ดูแลมีผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้องผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดบริการช่วยเหลือผู้ดูแลให้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงมีความสำคัญ

การดูแลผู้ดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือผู้ดูแล

การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุและการจัดบริการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่กล่าวถึงในที่นี้ผู้เขียนสังเคราะห์จากงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. หลักการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.1 การประเมินสุขภาพกาย จิต และสังคม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินทั้งสุขภาพกาย จิต และสังคม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้มีความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุและตามความต้องการของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลไม่เกิดความยากลำบากและความทุกข์ในระหว่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยาวนาน

1.2 การฝึกอบรมให้ผู้ดูแล การฝึกอบรมเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกอบรมควรประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- 1) วิธีการและเทคนิคต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การทำแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่ติดเตียง เป็นต้น
- 2) การใช้ยาอย่างปลอดภัย
- 3) การสร้างความตระหนักถึงความผิดปกติต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ รวมถึงวิธีการประเมินและติดตามความผิดปกติต่างๆ เหล่านั้น
- 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น สถานบริการในภาวะฉุกเฉิน หน่วยบริการเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

1.3 การเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ดูแล ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ดูแลประการหนึ่ง คือ ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัย และลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ความรู้เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้สูงอายุมีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสม นอกจากนี้ควรจัดให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคที่ผู้สูงอายุเป็นและวิธีการดูแล (โดยจัดให้พอสังเขป ไม่ยากเกินไปสำหรับความเข้าใจของผู้ดูแล)

1.4 การจัดช่วงเวลาพักให้ผู้ดูแล สิ่งจำเป็นมากทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งการพักผ่อน การผ่อนคลาย และการใช้ชีวิตอย่างปกติของผู้ดูแล อาจทำได้โดยการหาผู้ดูแลแทน เช่น ผู้ดูแลรอง ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวหรือจากสถานบริการ ทั้งนี้ควรเป็นผู้มีความรู้ความสามารถพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและผู้สูงอายุปลอดภัย

1.5 การดูแลสุขภาพผู้ดูแล มีความสำคัญมากเพื่อให้ผู้ดูแลมีสุขภาพดีพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้ในระยะยาว การดูแลสุขภาพผู้ดูแลที่ควรส่งเสริมประกอบด้วย ด้านการนอนหลับ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลาย การเข้าสังคมและการใช้ชีวิตในสังคม รวมถึงการช่วยเหลือทางการเงิน และการจัดการกับภาวะสุขภาพ

2. การจัดบริการช่วยเหลือผู้ดูแล จากหลักการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ได้มีการจัดบริการที่ช่วยสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลเกิดขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้เขียนจึงขอเสนอไว้เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ หรือพัฒนาระบบการช่วยเหลือนี้ให้เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีทางเลือก มีแนวทางที่ดีและเหมาะสมมากขึ้น

2.1 การดูแลโดยชุมชน การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการบริการที่จัดให้ในชุมชนหรือที่บ้านของผู้รับบริการ เช่น การดูแลที่บ้าน (บริการทางการแพทย์ บริการพยาบาลและบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการส่งอาหารถึงบ้าน บริการปรับปรุงบ้านเรือน (ติดตั้งราวยึดจับ พื้นผิวกันลื่น พื้นต่างระดับ) บริการสายด่วนสำหรับผู้ที่มีภาวะฉุกเฉิน และการบริการให้คำปรึกษา และบริการอื่นๆ เช่น บริการซักผ้าสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก ปัสสาวะไม่ได้ บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร บริการเพื่อนบ้านช่วยเพื่อนบ้าน และบริการสัญญาช่วยเหลือเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

การดูแลโดยชุมชนช่วยสนับสนุนผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีได้ โดยข้อเท็จจริงพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มาจากเครือข่ายของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเป็นเพศหญิงต้องทำหน้าที่ในการดูแลโดยลำพัง ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือทั้งด้านเงิน ค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ หรือความช่วยเหลือด้านต่างๆ ดังนั้น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนควรครอบคลุมการพัฒนาผู้ดูแลในทุกด้าน ข้อดีประการหนึ่งของบริการนี้ คือ ผู้ดูแลได้พักห่างจากหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงได้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยลดภาระต่างๆ ได้

2.2 โปรแกรมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสำหรับผู้ดูแลโดยบุคลากรสุขภาพ โปรแกรมนี้สำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น บุคลากรผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

2.3 การจัดการรายกรณี เป็นการให้บริการสุขภาพที่บ้านโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย การวางแผนการดูแลและการติดตามบริการอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่บ้านหรือการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์

2.4 รูปแบบการดูแลที่บ้าน เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ครอบครัว และผู้สูงอายุ สถานที่จัดบริการ คือ บ้านของผู้สูงอายุ รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการทางโทรศัพท์ บริการอาหารส่งถึงบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่ง เพื่อไปรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะ
เชิงนโยบาย. *รามาริบดีพยาบาลสาร*. 3(14), 385-399.

(สำเนา)

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ 13 /๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาล

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาล สอดคล้องกับ แผนบูรณาการ พัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ชุมชน/ท้องถิ่น มีระบบการส่งเสริม และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ สามารถดำเนินงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ในการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับ บุคลากรสาธารณสุข ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบราชการพลเรือน พ.ศ.2551 จึงแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาล โดยให้ความรับผิดชอบ บทบาท และหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. นายสุพรรณ ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
๒. นายภาสกร ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
๓. นายประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์	ผู้อำนวยการสถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	ประธานคณะกรรมการ
๔. นายเอกราช เพ็ชรศรี	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	รองประธานคณะกรรมการ
๕. นายสมรักษ์ สันติเบญจกุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
๖. รองศาสตราจารย์ศรีเวียง ไพโรจน์กุล	นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย	คณะกรรมการ
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารี กังใจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	คณะกรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนวยสัตย์เชื้อ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
๑๐. นางสาวภัทรชนิษฐ์ หวังผล	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวจิตินภา วาณิชโรตม์	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ
๑๒. นางพื้ญา โอชารส	โรงพยาบาลสมเด็จพระ สังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ
๑๓. นางกรชนก วุฒิสมาวงศ์กุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระ สังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ
๑๔. นางพางาม พงศ์จตุรวิทย์	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ

- | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| ๑๕. นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ | สถาบันเวชศาสตร์ | คณะทำงานและเลขานุการ |
| | สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ | |
| ๑๖. นางสาวกมลาศ ทองมีสิทธิ์ | สถาบันเวชศาสตร์ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| | สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ | |
| ๑๗. นางสาวนิสสร่า แผ่นศิลา | สถาบันเวชศาสตร์ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| | สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ | |

มีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

๑. รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการเพื่อจัดทำกรอบคู่มือการปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized LTC) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและคู่มือการปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (สำหรับประชาชน)
๒. จัดทำคู่มือปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized LTC) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและคู่มือการปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (สำหรับประชาชน)
๓. ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะทาง (Specialized LTC)
๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

สั่ง ณ วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘



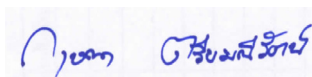
(ลงชื่อ) ภาสกร ชัยวานิชศิริ

(นายภาสกร ชัยวานิชศิริ)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์

สำเนาถูกต้อง



(นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

โทร.0 2590 6032 โทรสาร 0 2591 8277

กฤษณา/คัต

