



ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง

ชุตินา เทียนทอง¹, ปาริชาติ เพียสุพรรณ¹, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล²

¹หน่วยการพยาบาลระดับประคับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนการบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

²ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Outcome of Severe Stroke Palliative Care Patients in a Super Tertiary Care Hospital

Chutima Tianthong¹, Parichart Piasupun¹, Srivieng Pairojkul²

¹Palliative Nursing Unit², Karunruk Palliative Care Center,
Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 9 November 2022 / Revised: 30 May 2023 / Accepted: 31 May 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างเข้ารับการรักษาอยู่ที่ ร้อยละ 10.58 และอัตราการเสียชีวิตภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 30 วัน ร้อยละ 16.63 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรง การพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยบางรายต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิงเครื่องช่วยหายใจ และมีความพิการอย่างถาวร จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ซึ่งเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียน และระบบสารสนเทศ, ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง ที่มารับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (3 ปี) โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ Donabedian ทำการศึกษาใน 5 ประเด็นคือ 1) การวางแผนดูแลล่วงหน้า 2) การตัดสินใจในการดูแล 3) ลักษณะการเสียชีวิต 4) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายกลับบ้าน และ 5) การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรม SPSS version 28.0.1.0 และรายงานข้อมูลด้วยค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา: ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง จำนวน 57 ราย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care plan) (ร้อยละ 100) จากผลการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคอง โดยจำนวนผู้ป่วย 3 ใน 4 ได้รับการรักษาพุงซีฟด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 77.19) และไม่ได้รับการรักษาพุงซีฟ ร้อยละ 22.81 หลังปรึกษาทีมดูแลประคับประคองรวมถึงดูแลในกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาพุงซีฟ ครอบครัวตัดสินใจดูแลประคับประคองตามอาการทุกราย ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาพุงซีฟ ตัดสินใจถอดถอน ร้อยละ 65.91 (ที่บ้าน 16 ราย และในโรงพยาบาล 13 ราย) คงการรักษาเท่าเดิม (ร้อยละ 31.82) และเลือกรับการรักษาพุงซีฟเต็มที่ (ร้อยละ 2.27) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตหลังการถอดถอน (ร้อยละ 93.10) ระยะเวลาเสียชีวิตหลังการถอดถอน ภายใน 1 วัน (ร้อยละ 77.78) และพบว่าทุกรายเสียชีวิตอย่างสงบ ในกรณีผู้ป่วยที่ครอบครัวขอพากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน 34 ราย ร้อยละ 59.65 พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 20.59 และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 8.82

สรุป: ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง อยู่ในระดับที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม อัตราของภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโครงการประคับประคองในโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาพุงซีฟ และตัดสินใจถอดถอน เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบและตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลแบบประคับประคอง, ผลลัพธ์การดูแล

*Corresponding author: Chutima Tianthong, E-mail: chutti@kku.ac.th

Abstract

Background and objectives: Stroke is the second top cause of death in the world. According to 2021 Thailand National Health Security Office data, death rate of all stroke patients during admission is 10.58% and 30 days mortality rate after hospital discharge is 16.63%. Severe stroke patients include very poor prognosis, ventilator dependent and severe disabilities are require palliative care (PC). The authors aimed to study the outcome of severe stroke palliative care program in a super tertiary care hospital.

Methods: The retrospective medical record review of severe stroke palliative patients which treated under Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, between 1 January 2018 and 30 September 2020 (3 Years) was conducted under the Donabedian conceptual framework for quality development. The authors focused on 5 issues included advance care plan (ACP), care decisions, mode of death, complications after discharge and hospital readmission rate. Descriptive data were analyzed with SPSS version 28.0.1.0 and presented with frequency and percentage

Results: A total of 57 palliative stroke patients, all patients had ACP (100%) from family and palliative care provider's discussion. Around 3 quarters of patients (77.19%) received intubation and ventilator support and 22.81% had no ventilator support. After PC consultation, all the non-ventilated patient's families agreed with a full palliative care plan. For ventilated patients, 65.91% were required to withdraw life support (WDLS) (16 patients at home and 13 patients in hospital), 31.82% were required to withhold life support and 2.27% family requested full treatment. Most of the patients (93.10%) died after WDLS, 72.41% died within 1 day and all deceases were dead peacefully. From 34 WDLS at home, 20.59% developed complications (pneumonia, urinary tract infection and bed sore) and 8.82% had hospital readmission.

Conclusion: Palliative outcomes of severe stroke patients were satisfied. By the way, the rate of complication and readmission needed to improve. This research is fundamental for further severe stroke palliative program development. Especially in the group who receiving life support treatment and decided to WDLS to allow the patient to die peacefully at home and according to the wishes of the patient and family.

Keyword: stroke; palliative care; outcomes of care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยพิการถาวรและเสียชีวิตได้ โดยองค์การอนามัยโลก¹ (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีคน 12.2 ล้านคนทั่วโลกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และในจำนวนนี้เสียชีวิต 6.6 ล้านคน และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองของโลก ประเทศไทยมีรายงานของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ² ปี พ.ศ. 2565 พบจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อยู่ที่ 2,623.76 และ 127.06 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ และ ในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างเข้ารับการรักษายูที่ร้อยละ 10.58 และอัตราการเสียชีวิตภายหลังออกจากโรงพยาบาลไป 30 วัน ร้อยละ 16.63 ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองรองจากโรคมะเร็ง¹ จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและระดับโลก

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) มีการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง นิยมใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ national institute of health stroke scale (NIHSS) สำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน intracerebral hemorrhage (ICH) score สำหรับโรคหลอดเลือดสมองแตก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการใช้เกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง³ ค่าคะแนน NIHSS มากกว่า 16 คะแนน มีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือถ้าไม่เสียชีวิตมีความพิการอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก ส่วนโรคหลอดเลือดสมองแตก⁴ ICH score แบ่งออก 5 ระดับ พบว่า ถ้าค่าคะแนนอยู่ในระดับ 3-5 ร่วมกับการประเมินระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง (modified ranking score) ค่าคะแนนระดับ 4-6 คะแนน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงหรือถ้าหากไม่เสียชีวิต พบว่า ร้อยละ 57 เสียชีวิตภายใน 6 เดือน⁵ และอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดขนาดใหญ่⁶ เสียชีวิตภายใน 5 ปี พบร้อยละ 38.6 ซึ่งมีสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.7 เกิดจากการติดเชื้อ (ปอดติดเชื้อ ร้อยละ 74.5) ร่วมกับมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ สูงอายุ มากกว่า 70 ปี ระดับความรู้สึกรู้ตัว และสมรรถนะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อผลการรักษา ซึ่งเมื่อการวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือพิการรุนแรงอย่างถาวร การถอดถอนการรักษาพยาบาลมีโอกาสเกิดขึ้นได้ และเป็นปัญหาด้านการตัดสินใจของครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (stroke unit) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2563 จำนวน 1,029 ราย⁷ และศูนย์การณักรักษ์เป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยสูงอายุ สมอเสื่อม ไตวายเรื้อรัง จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการดูแลที่ศูนย์ฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 20 (ร้อยละ 2.41), 14 (ร้อยละ 1.65), และ 27 (ร้อยละ 2.62) ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดตามลำดับ⁸ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล แต่แนวโน้มตัวโรคไม่ดี ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและหายใจได้เอง ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิงเพื่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า มีผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ได้รับการดูแลจากศูนย์ฯ ส่วนหนึ่งเกิดจากไม่มีการคัดกรองและวินิจฉัย ในการส่งปรึกษาทีมดูแลประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ร้ายแรงหรือเป็นโรคที่คุกคามชีวิตและก่อให้เกิดความพิการถาวรรุนแรง⁹ การตัดสินใจของแพทย์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องที่ซับซ้อน การประเมินพยากรณ์โรคอย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ การควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ ให้การดูแลแบบผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พัฒนาเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสม การประเมินและจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหลักการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ซึ่งคุกคามชีวิต ต้องเข้าใจในการพยากรณ์โรค การค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายและดูแลภาวะสูญเสียของครอบครัว¹⁰

ศูนย์การณักรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยสูงอายุ สมอเสื่อม ไตวายเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคอง ซึ่งตัวโรคมีความรุนแรงจนทำให้มีภาวะวิกฤตหรือเสียชีวิต ทีมดูแลประคับประคองมีบทบาทสำคัญ เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมการอย่างเหมาะสมทุกมิติแบบองค์รวม ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคองส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว หายใจลำบาก มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น มีการติดเชื้อ ปอดอักเสบ เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต ถ้าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง NIHSS มากกว่า 16 คะแนน ร่วมกับการประเมินความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีภาวะซับซ้อนในการดูแล และไม่ได้ปรึกษาทีมฯร่วมดูแล พยาบาลประจำหอผู้ป่วย (palliative care ward nurse) สามารถประเมินและให้การดูแลเบื้องต้นทั่วไปได้ (general approach) และส่งต่อเครือข่ายใกล้บ้านร่วมดูแลได้ หากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย ครอบครัว จิตสังคมและจิตวิญญาณ สามารถปรึกษาทีมประคับประคองเข้าร่วมดูแล พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

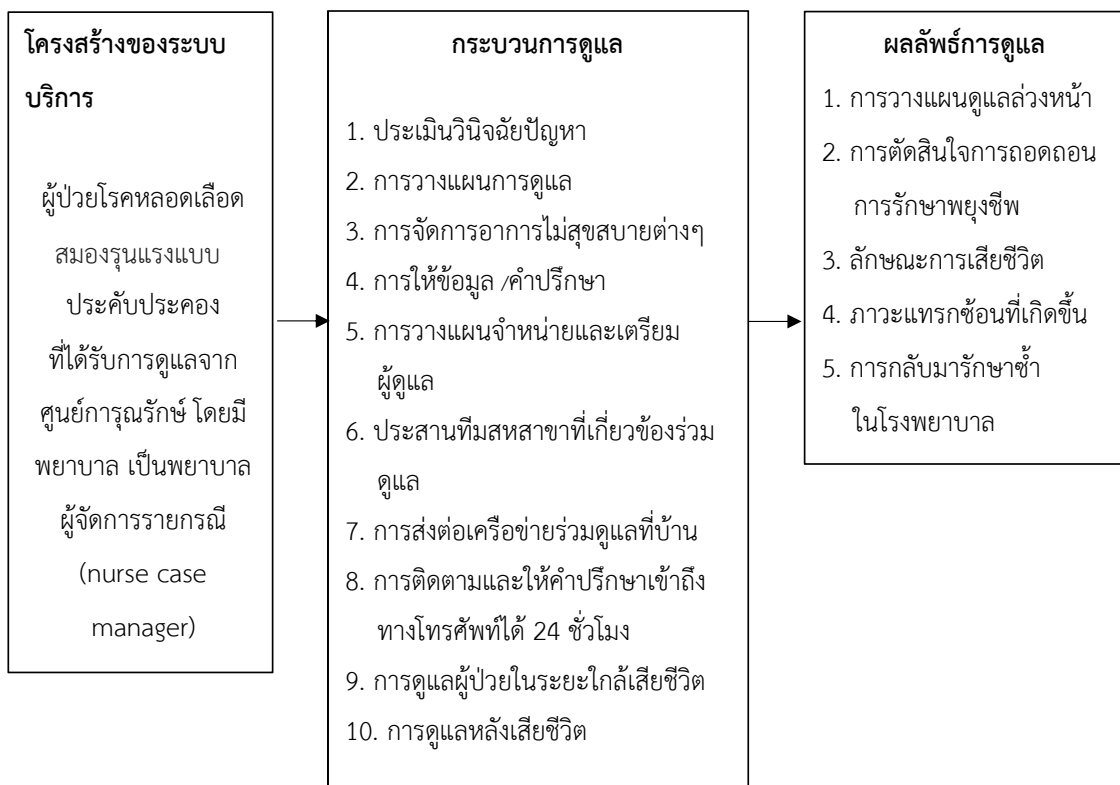
(special palliative care nurse) มีบทบาทสำคัญร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินและวินิจฉัย ปัญหา การวางแผน การจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ การให้ข้อมูลและคำปรึกษากับครอบครัว การดูแลล่วงหน้า การวางแผนจำหน่ายและเตรียมผู้ดูแล การประสานทีมสหสาขา ร่วมดูแล การส่งต่อเครือข่ายร่วมดูแลที่บ้าน การติดตามและ ให้คำปรึกษากับครอบครัว เข้าถึงคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิตรวมทั้งการดูแลภาวะสูญเสียบุคคล อันเป็นที่รัก ในกรณีผู้ป่วยที่รอดชีวิต ทีมดูแลประคับประคอง มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสภาวะติดเตียง ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้ และการเตรียมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะที่โศกเศร้า หายใจเองไม่ได้ ต้องใช้ท่อ ช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจไปตลอด ถ้าไม่ได้รับการดูแล แบบประคับประคอง ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะแบบนี้ จนกระทั่ง มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อแผลกดทับ และอาการแยลงจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งทีมผู้ดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการช่วยครอบครัวในการ วางแผนดูแลล่วงหน้า การตัดสินใจในการดูแล การวางแผน จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การจัดการอาการที่ไม่สุขสบาย ต่างๆ การส่งต่อเครือข่ายใกล้บ้านร่วมดูแล และติดตามหลังการ สูญเสีย ภายหลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัย ว่า ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ควรมีการแบ่งระดับ

การดูแลแบบประคับประคอง เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การดูแลแบบ ประคับประคองระดับพื้นฐาน (primary palliative care), การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (general palliative care) และการดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (specialist palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ เป็นพิเศษของผู้ดูแล ซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง และกำหนด สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลแต่ละระดับ¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาวิจัยต่างประเทศ⁵ เป็นการศึกษาลดทุกข์ ประสพการณ์ และการดูแลแบบประคับ ประคองในโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน พบว่า ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันทั้งหมดเสียชีวิตภายใน 6 เดือน และผู้ป่วยมีความทุกข์ทางอารมณ์ในทันที และคุณภาพ ชีวิตที่ไม่ดี ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบมีการศึกษาประเด็น ดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคองอย่าง ต่อเนื่อง เป็นเวลา 5 ปี จึงต้องการศึกษาลดทุกข์การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง (การวางแผน ดูแลล่วงหน้า การตัดสินใจการถอดถอนการรักษาพยาบาล ลักษณะการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย กลับบ้าน และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล) ที่มาขอรับ บริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลดทุกข์การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น



กรอบแนวคิด: กรอบการพัฒนาคุณภาพของ Donabedian¹²

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงที่ได้รับการดูแลในระยาระดับประคับประคองที่ขอรับบริการจากศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงที่ได้รับการดูแลในระยาระดับประคับประคอง ระหว่างวันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (3 ปี) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีจำนวนทั้งหมด 57 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สิทธิการรักษา อาชีพ และผู้ดูแลหลัก 2) แบบบันทึกการเจ็บป่วยและการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงก่อนปรึกษาทีมดูแลระดับประคับประคอง ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติความดันโลหิตสูง ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน โดยใช้เครื่องมือ NIHSS ระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (modified ranking score) การได้รับการรักษาพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในโรงพยาบาล แบบบันทึกนี้พัฒนาโดยศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง ได้แก่ การวางแผนดูแลล่วงหน้า การตัดสินใจของครอบครัวในการถอดถอนการรักษาพยาบาล สถานที่ถอดถอนการรักษาพยาบาล สภาวะหลังการถอดถอนการรักษาพยาบาล ลักษณะการเสียชีวิต ระยะเวลาเสียชีวิตหลังการถอดถอนการรักษาพยาบาล สถานการณ์จำหน่ายจากโรงพยาบาล สภาวะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายกลับบ้าน การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่ทีมดูแลระดับประคับประคองร่วมดูแลจนเสียชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกนี้พัฒนาโดยศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอรับการพิจารณาและอนุมัติงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในงานเวชระเบียน และสถิติ สมุดบันทึกการดูแลผู้ป่วย ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มาทบทวนแล้ว กรอข้อมูลลงในแบบบันทึกของงานวิจัยนี้
3. บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกลงในโปรแกรม

microsoft excel

จริยธรรมในการศึกษา: การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรม คือ HE641435 รับรองเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 28.0.1.0 และรายงานข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และการเจ็บป่วยและการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงก่อนปรึกษาทีมดูแลระดับประคับประคอง วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 57 ราย
1.1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.39 ช่วงอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 35.04 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.39 สิทธิการรักษา เบิกได้/จ่ายตรง ร้อยละ 59.65 ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.14 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 64.91 (ตารางที่ 1)

1.2 การเจ็บป่วยและการประเมินสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงก่อนปรึกษาทีมระดับประคับประคอง

1.2.1 การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ก่อนปรึกษาทีมฯ พบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 57.89 และโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 42.11 ส่วนใหญ่มีประวัติความดันโลหิตสูง ร้อยละ 94.74 ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน อยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 60.61 ระดับความพิการ มีความพิการอย่างรุนแรง ร้อยละ 61.40 (ตารางที่ 2)

1.2.2 การประเมินสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ก่อนปรึกษาทีมฯ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาพยาบาลใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 77.19 ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่เป็นปอดอักเสบ ร้อยละ 43.86 (ตารางที่ 3)

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง การสื่อสารแผนดูแลล่วงหน้า และการตัดสินใจในการดูแล พบว่า หลังได้รับการดูแลจากทีมฯ ครอบครัวได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 100 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาล 13 ราย (ร้อยละ 22.81) และกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาล 44 ราย (ร้อยละ 77.19) กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลครอบครัวตัดสินใจ ขอดูแลระดับประคับประคองตามอาการทุกราย ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาล ตัดสินใจถอดถอน 29 ราย (ร้อยละ 65.91) คงการรักษาเท่าเดิม 14 ราย (ร้อยละ 31.82) และขอเลือกการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมที่ 1 ราย (ร้อยละ 2.27) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=57)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	31 (54.39)
ชาย	26 (45.61)
อายุ (ปี)	
< 40	0
41-50	4 (7.02)
51-60	4 (7.02)
61-70	10 (17.54)
71-80	20 (35.04)
81-90	18 (31.59)
สถานภาพ	
สมรส	32 (56.39)
หม้าย/หย่าร้าง	22 (38.60)
โสด	3 (5.26)
สิทธิการรักษา	
เบิกได้/จ่ายตรง	34 (59.65)
บัตรทอง	20 (35.09)
ประกันสังคม	2 (3.51)
จ่ายเอง	1 (1.75)
อาชีพ	
สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ	32 (56.14)
เกษตรกร	8 (14.04)
ข้าราชการ	5 (8.77)
ค้าขาย	5 (8.77)
รับจ้าง	7 (12.28)
ผู้ดูแลหลัก	
บุตร	37 (64.91)
ภรรยา/สามี	15 (26.50)
ญาติ	3 (5.26)
จ้างผู้ดูแล	2 (3.51)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของชนิด ประวัติความดันโลหิตสูง ระดับความรุนแรง โดยใช้เครื่องมือ NIHSS¹⁰ และระดับความพิการ¹³ (n=57)

การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างก่อน ปรึกษาทีมประคับประคอง	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (ischemic stroke)	33 (57.89)
โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)	24 (42.11)
ประวัติความดันโลหิตสูง	
ใช่	54 (94.74)
ไม่ใช่	3 (5.26)
ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน โดยใช้เครื่องมือ NIHSS (n=33)	
รุนแรงน้อย (<4 คะแนน)	2 (6.06)
รุนแรงน้อยถึงปานกลาง (5-11 คะแนน)	2 (6.06)
รุนแรง (12-23 คะแนน)	20 (60.61)
รุนแรงมาก (>24 คะแนน)	9 (27.27)
ระดับความพิการ	
ระดับ 4 มีความพิการปานกลางถึงรุนแรง	4 (7.02)
ระดับ 5 มีความพิการอย่างรุนแรง	35 (61.40)
ระดับ 6 ถึงแก่กรรม	18 (31.58)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการได้รับการรักษาพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนก่อนปรึกษาทีมฯ (n=57)

การประเมินสภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อน ปรึกษาทีมฯ	จำนวน (ร้อยละ)
ได้รับการรักษาพยาบาลใส่ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอ และ เครื่องช่วยหายใจ	
ใช่	44 (77.19)
ไม่ใช่	13 (22.81)
หายใจโดยใช้ออกซิเจนแคนูลา (oxygen canular)	8 (14.04)
เจาะคอ และหายใจเอง (tracheostomy with room air)	3 (5.26)
หายใจเอง (room air)	2 (3.50)
ภาวะแทรกซ้อน	
ปอดอักเสบ (pneumonia)	25 (43.86)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)	14 (24.56)
เลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (hemorrhagic transformation)	9 (15.79)
แผลกดทับ (bed sore)	4 (7.02)
ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury)	2 (3.50)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง (n=57)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง	จำนวน (ร้อยละ)
การตัดสินใจ	
กลุ่มที่ไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ	13 (22.81)
ประคับประคองตามอาการ	13 (100)
กลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ	44 (77.19)
การถอดถอนการรักษาพยาบาล	29 (65.91)
คงการรักษาเท่าเดิม	14 (31.82)
ขอเลือกการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม	1 (2.27)

2.2 สถานที่ถอดถอนการรักษาพยาบาล สภาวะหลังการถอดถอนฯ ลักษณะการเสียชีวิตและระยะเวลาเสียชีวิตหลังการถอดถอนฯ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาล 44 ราย ครอบครัวตัดสินใจเลือกสถานที่ถอดถอนฯ ที่บ้าน ร้อยละ 55.17 เสียชีวิตหลังการถอดถอนฯ ร้อยละ 93.10 ระยะเวลาเสียชีวิตหลังการถอดถอนฯ น้อยกว่า 1 วัน ร้อยละ 77.78 และพบว่าทุกรายเสียชีวิตอย่างสงบ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสถานที่ถอดถอนฯ สภาวะลักษณะการเสียชีวิตและระยะเวลาเสียชีวิตหลังการถอดถอนฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=29)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง	จำนวน (ร้อยละ)
สถานที่ถอดถอนการรักษาพยาบาล	
(n=29)	
บ้าน	16 (55.17)
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	13 (44.83)
สภาวะหลังการถอดถอนฯ	
เสียชีวิตหลังการถอดถอนฯ	27 (93.10)
ไม่เสียชีวิต และยังมีชีวิตมากกว่า 12 เดือน	2 (6.90)
ลักษณะการเสียชีวิตหลังการถอดถอนฯ	
(n=27)	
สงบ	27 (100)
ระยะเวลาเสียชีวิตหลังการถอดถอนฯ	
(n=27)	
<1 วัน	21 (77.78)
<1 สัปดาห์	4 (14.81)
<2 สัปดาห์	2 (7.41)

2.3 สถานะการจำหน่ายจากโรงพยาบาล สภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้าน การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สภาวะหลังจำหน่ายกลับบ้าน และระยะเวลาที่พำนัก ร่วมดูแลจนเสียชีวิต ครอบครัวขอพากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน 34 ราย (ร้อยละ 59.65) และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 23 ราย (ร้อยละ 40.35) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 20.59 และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 8.82 สภาวะหลังจำหน่าย เสียชีวิต ร้อยละ 92.98 และระยะเวลาที่พำนัก ร่วมดูแลจนเสียชีวิต ส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วง 1-7 วัน ร้อยละ 33.34 และรองลงมา น้อยกว่า 1 วัน ร้อยละ 28.07 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของสถานะการจำหน่าย สภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้าน และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สภาวะและระยะเวลาดังแต่ที่พำนัก ร่วมดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต (n=57)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง	จำนวน (ร้อยละ)
สถานะการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	
ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	34 (59.65)
เสียชีวิตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์	23 (40.35)
มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (n=34)	
ใช่	7 (20.59)
ไม่ใช่	3 (8.82)
ปอดอักเสบ	1 (2.94)
แผลกดทับ	3 (8.82)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	27 (79.41)
กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (n=34)	
ใช่	3 (8.82)
ไม่ใช่	31 (91.18)
สภาวะของผู้ป่วย*	
เสียชีวิต	53 (92.98)
ยังไม่เสียชีวิต	4** (7.02)
ระยะเวลาที่พำนักดูแลประคับประคองร่วมดูแลจนเสียชีวิต	
< 1 วัน	16 (28.07)
1-7 วัน	19 (33.34)
8-30 วัน	9 (15.79)
1-3 เดือน	3 (5.26)
3-6 เดือน	3 (5.26)
6-12 เดือน	3 (5.26)
ระยะเวลาที่พำนักประคับประคองร่วมดูแล และยังมีชีวิตอยู่มากกว่า 12 เดือน	4 (7.02)

*สภาวะของผู้ป่วย ณ วันสิ้นสุดการศึกษา 24 สิงหาคม พ.ศ. 2565

**ผู้ป่วยมีสภาวะติดเชื้อ totally dependent

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาทีมประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นชนิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 57.89 เป็นวัยสูงอายุร่วมกับมีประวัติความดันโลหิต ร้อยละ 94.74 และมีโรคร่วมที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคสมองเสื่อม อุ้งลมโป่งพองและเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Hoikum และคณะ¹⁴ พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการพยากรณ์โรคในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองมีความยากลำบาก ไม่แน่นอน ต้องมีเครื่องมือช่วยในการประเมินและคัดกรองเบื้องต้น เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน นิยมใช้คือเครื่องมือ NIHSS จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในระดับรุนแรง (12-23 คะแนน) ถึงรุนแรงมาก (>24 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 60.61 และ 27.27 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Adams และคณะ³ การประเมินกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ที่เข้าเกณฑ์การรับคำปรึกษาของผู้ป่วยประคับประคอง คือค่าคะแนน NIHSS มากกว่า 16 คะแนนขึ้นไป และประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับรุนแรงและรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 61.40 และ 31.58 ตามลำดับ ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง⁴ หรือถ้าไม่เสียชีวิต จะมีความพิการถาวรรุนแรงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยผู้ป่วยอยู่ในสภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้⁵ และในการศึกษานี้ ณ วันที่สิ้นสุดการศึกษา 24 สิงหาคม พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงจำนวน 4 ราย ยังมีชีวิต โดยมีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ครอบครัวตัดสินใจถอนการรักษา พยุงชีพ (ต่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ) และอีกจำนวน 2 ราย ที่ไม่ได้รับการรักษา พยุงชีพตั้งแต่แรก สภาวะของผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีความพิการถาวรรุนแรง ติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีปัญหาการกลืน การสื่อสาร ต้องได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงจากผู้ดูแลอย่างน้อย 2 ราย ทางทีมฯได้สื่อสารถึงขอบเขตการรักษา เป้าหมาย แผนดูแลล่วงหน้า ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ครอบครัวมีการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือหากมีภาวะติดเชื้อ ยอมรับการจัดการอาการที่บ้าน ให้อาปภิชีวะชนิธีรับประทานทางสายยางที่บ้านและหากอาการแยลง ขอดูแลวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน และอีก 1 รายครอบครัวมีการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือหากมีภาวะติดเชื้อที่สามารถแก้ไขสาเหตุได้ ขอกลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล จากข้อมูลข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่า หากผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีการวางแผนดูแลล่วงหน้ามาก่อน มักจะได้รับการรักษาการพยุงชีพทางการแพทย์ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ยื้อความทุกข์ทรมาน ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ ในบางรายอาจได้รับการเจาะคอ ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาวะแบบนี้ไปจนกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ติดเชื้อแผลกดทับ เป็นต้น อาการแยลงเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งนับว่าเป็นคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคอง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ติดเชื้อที่ปอด ทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับขนาดใหญ่สอดคล้องกับการศึกษาของ Paksee และคณะ¹⁵ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ เป็นปอดอักเสบ ร้อยละ 43.86 และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบปอดอักเสบ ร้อยละ 8.82 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 8.82 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cho และคณะ⁶

ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (stroke unit) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,032 ราย ภายหลังได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการดีขึ้น ร้อยละ 98.64 และพบว่า มีผู้ป่วยบางรายเสียชีวิต ร้อยละ 1.36 นอกจากนี้ พบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 0.78 ซึ่งยังไม่ได้ปรึกษาทีมดูแลประคับประคองร่วมดูแล และยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนว่า กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น มีสมรรถนะอย่างไร ในส่วนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยหรืออุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลประคับประคอง เกิดจากการขาดเครื่องมือในการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย และขาดการประสานการทำงานเป็นทีม ระหว่างทีมดูแลประคับประคอง และทีมโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางสมองในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก มีความพิการรุนแรงถาวร สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแม้การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก แต่ผลลัพธ์ของการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษา พยุงชีพและอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้เลือด การให้สารน้ำสารอาหาร ยาปฏิชีวนะ เจาะเลือดต่างๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ผู้ป่วยอยู่ภาวะโคม่านอนโรงพยาบาลจนกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเสียชีวิตในที่สุด แต่หลังปรึกษาทีมประคับประคองร่วมดูแล พบว่ากระบวนการการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกการดูแล การตัดสินใจ ครอบครัวรับทราบกระบวนการดูแล และส่วนใหญ่ขอยุติการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัว ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และเป็นโอกาสพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป งานวิจัยนี้ช่วยต่อยอดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและจัดทำเครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรง สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีแพทย์ทางระบบโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทีมแพทย์และพยาบาลประคับประคองร่วมกันกำหนดเกณฑ์ในการคัดกรอง

การส่งปรึกษา รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงแบบประคับประคองต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเฉียบพลัน อยู่ในช่วงวิกฤต มีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือมีความพิการรุนแรงถาวร ควรได้รับการประเมินและดูแลจากทีมประคับประคองตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษ เพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ การสื่อสารกับครอบครัว ขอบเขตการรักษา เป้าหมายการรักษา และการวางแผนดูแลล่วงหน้า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีความเปราะบาง การประเมินความพิการส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่มีความพิการปานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก หรืออยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มีการวางแผนการดูแลในระยะท้าย หรือถ้าหากผ่านช่วงวิกฤตจะเข้าสู่ การดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นางอุบล จ้างพานิช นางสาวอริสา โพรชัยสาร นางสาวพรนิภา หาญละคร และนายแพทย์อรรถกร รักษาสัตย์ ที่ได้แนะนำ ตรวจสอบเนื้อหาให้สมบูรณ์ และความถูกต้องที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้ และกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนในการทำวิจัยทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยการพยาบาลประคับประคอง (ศูนย์การดูแลรักษา) ที่ได้ร่วมกันดูแลและบันทึกข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World-stroke.org. World Stroke Organization Annual Report 2021 [Internet]. 2022 May [cited Mar 12, 2023]. Available from: <https://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports>
2. Department of disease control Division of non communicable diseases. Number and death rate of non-communicable diseases 2016 -2018 [Internet]. 2019 [cited Mar 12, 2023]. Available from: <https://shorturl.at/kFSZ3>
3. Adams HP Jr, Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH stroke scale score strongly predicts outcome after stroke: a report of the trial of org 10172 in acute stroke treatment (TOAST). *Neurology* 1999;53(1):126-31.
4. Hemphill 3rd JC, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. *Stroke* 2001;32(4):891-7. doi.org/10.1161/01.str.32.4.891.

5. Kendall M, Cowey E, Mead G, Barber M, McAlpine C, Stott DJ, et al. Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *CMAJ* 2018; 190(9):E238-46. doi.org/10.1503/cmaj.170604.
6. Cho SY, Oh CW, Bae HJ, Han MK, Park H, Bang JS. The prognostic factors that influence long-term survival in acute large cerebral infarction. *J Korean Neurosurg Soc* 2011;49(2):92-6. doi.org/10.3340/jkns.2011.49.2.92.
7. Accident Emergency 3 ward. Annual report of the Acccdent Emergency 3 ward statistics. Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 2020.
8. Karunruk Palliative Care Center. Annual report of the Karunruk Palliative Care Center statistics. Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 2020.
9. Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, et al. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(6):1887-916. doi.org/10.1161/STR.0000000000000015.
10. Gatttringer T, Posekany A, Niederkorn K, Knoflach M, Poltrum B, Mutzenbach S, et al. Predicting early mortality of acute ischemic stroke: score-based approach. *Stroke* 2019;50(2):349-56. doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.022863.
11. National Health Commission Office. On the Operational Definitions of Terms Pertaining to Palliative Care for Thailand, B.E. 2563 (A.D. 2020) [Internet]. 2022.[cited Apr 2, 2023]. Available from: https://www.thaivingwill.in.th/sites/default/files/Operational_definition_Palliative_care.pdf
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Mibank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:166-203. doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
13. Banks JL, Marotta CA. Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: implications for stroke clinical trials: a literature review and synthesis. *Stroke* 2007;38(3):1091-6. doi.org/10.1161/01.STR.0000258355.23810.c6.

14. Hoikum A, Piyabanditkul L, Kittipichai W. Factors predicting the occurrence of stroke in hypertensive patients in Khon Kaen province. *J Health Sci Res* 2020;14(2):82–92.
15. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, leelacharas S. Effect of transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. *Nurs Res Inno J* 2016;22(1):65-80.

