บทความวิชาการ

Renal Palliative Care in Practice

ทวี ศิริวงศ์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ในปัจจุบัน การบริบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายด้วยวิธีรักษาแบบประคับประคอง (Renal palliative care) ยังนับได้ว่าเป็นวิธีใหม่สำหรับสังคมไทย ดังนั้นเมื่อมีการพิจารณานำเอาวิธีรักษานี้มาใช้ คณะผู้บริบาลจำนวนไม่น้อยอาจจะไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นอย่างไร ในเอกสารนี้จะได้เสนอรูปแบบหนึ่งในการดำเนินการ พร้อมรายละเอียดเพื่อทำให้การรักษาวิธีนี้ดำเนินไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

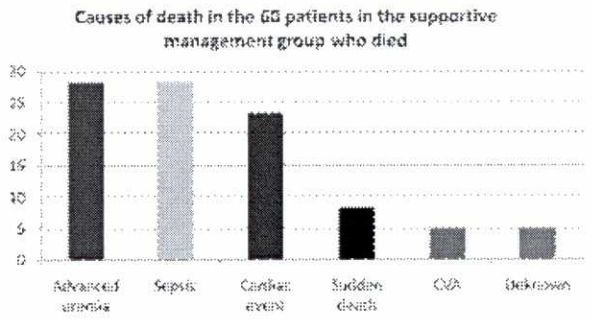
เมื่อเทียบกับการล้างไตซึ่งเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยไตวายฯแล้ว การบริบาลแบบประคับประคองในปัจจุบันยังไม่ใช่วิธีมาตรฐานที่ทั้งผู้บริบาล ผู้ป่วยพร้อมทั้งครอบครัว และสังคมจะยอมรับ เพราะในด้านหนึ่งภาพที่สังคมมองคือ การไม่รักษาปล่อยให้เสียชีวิตจากโรค ดังนั้นเพื่อให้การรักษาวิธีนี้ได้รับการยอมรับ จึงจำเป็นต้องให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง โดยในด้านสังคม คงต้องเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สำหรับด้านผู้ป่วยและครอบครัวก็ควรได้รับข้อมูลและความรู้ในเวลาที่เหมาะสมจากคณะผู้บริบาล อย่างไรก็ตาม ในการเตรียมการให้บริบาลวิธีนี้ จะต้องทำความเข้าใจกับคณะผู้บริบาลให้ยอมรับและมีความเข้าใจ ซึ่งอาจจะจัดเป็นการบรรยายเสวนา สัมมนาให้เข้าใจตรงกันว่า การบริบาลแบบประคับประคองให้ผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามแบบธรรมชาติโดยไม่ทุกข์ทรมาน ที่สำคัญที่สุดเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยตามกฎหมาย[1]

คณะผู้บริบาลจากสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ พยาบาลโรคไต จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญบริบาล ผู้ป่วยระยะท้ายโดยมีนิติกรเป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมาย นอกจากนั้น ยังควรกำหนดให้มีการเก็บข้อมูลเพื่อคอยตรวจสอบความเป็นไปของผู้ป่วย และวันเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

2. ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในเอกสารนี้ขอนำเสนอรูปแบบดังกล่าวโดยพัฒนาขึ้นจาก ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและโรคไตระยะสุดท้าย โดยใช้รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเน้นที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง อนึ่ง เมื่อเวลาที่ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีการทำงานของไตเสื่อมลงจนถึงระยะที่ 5 ก็ควรได้รับทราบทางเลือกของการรักษาอย่างเป็นทางการโดย ยังไม่จำเป็นที่จะต้องตัดสินใจเลือก (ตารางที่ 1) พร้อมกับได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อนบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตหรือเลือกวิธีประคับประคองคือ เมื่อผู้ป่วยถึงเกณฑ์ต้องได้รับคำแนะนำให้รับการล้างไต ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี eGFRตั้งแต่ 6 มล./นาทีลงมา หรือผู้ป่วยระยะที่ 5 ที่มีอาการของโรคไต (Symptomatic uremia) ผู้ป่วยและครอบครัวก็ควรจะได้รับทราบถึงทางเลือกในการรักษา ซึ่งรวมทั้งการบริบาลแบบประคับประคองด้วย นอกจากนี้ การบริบาลแบบประคับประคองก็ยังอาจเป็นทางเลือกอีกทางสำหรับผู้ป่วยที่รับล้างไตแล้วและปรารถนาจะขอหยุดการรักษา

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รับการบริบาลแบบประคับประคองเมื่อมาถึงระยะท้ายของชีวิตจะแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยโรคไตฯจะเสียชีวิตด้วยอาการแสดง 2 ลักษณะอันเกิดจากไตหยุดทำงาน คือ จากไปโดยสงบหรือไม่ทุกข์ทรมานมากจากภาวะยูรีเมีย และหรือจากเกลือแร่ผิดดุล อาทิ ภาวะเกลือโปตัสเซียมสูงในเลือด (Hyperkalemia) โดยอีกลักษณะหนึ่งคือ อาการหอบเหนื่อยอันเกิดจากภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) และหรือภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) นอกจากนั้น ที่พบได้บ้างคือ ภาวะเลือดเป็นพิษ (septicemia) จากการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากโรคปอดบวม โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากรอยโรคที่มีอยู่ในระบบไต จากการศึกษาของฮ่องกง[2] ระยะเวลาที่ผู้ป่วยดังกล่าวตั้งแต่แพทย์แนะนำ ให้รับการล้างไตจนถึงเสียชีวิตมีค่าเฉลี่ยการรอดชีวิตถึง 1 ปี เท่ากับร้อยละ 38 และที่ 2 ปีเท่ากับร้อยละ 17 โดยจากการ ศึกษานี้ สาเหตุตายหลัก เกิดจาก ภาวะยูรีเมีย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับความสำคัญ

ดังนั้น การดูแลรักษาก็คือการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยจากไปโดยสงบไร้ความทุกข์ทรมาน จะสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยมักจะไม่มีปัญหาความปวดเหมือนผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ยาแก้ปวดมีบทบาทไม่มากนักในผู้ป่วยโรคไตฯ ยกเว้นมอร์ฟีนอาจยังมีที่ใช้ในรายที่มีอาการหอบเหนื่อยจากภาวะน้ำเกินในช่วงท้ายของชีวิต (end of life)



รูปที่ 1 แสดงสาเหตุเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่รับการ บริบาลแบบประคับประคอง[2]

3. ผู้ป่วยไตวายฯที่เหมาะสมกับการบริบาลแบบประคับประคอง

ในปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่ผลชัดเจน[3-7] ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเฉพาะ อาทิ สูงอายุ มีโรคร่วมรุนแรง จะไม่ได้รับผลดีและหรือกลับทุกข์ทรมานมากขึ้นจากการล้างไต ทั้งนี้รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ปรารถนาจะรับการรักษาตั้งแต่แรกด้วย ซึ่งมีคำแนะนำทั้งจากRenal physician associationของสหรัฐอเมริกา[8] จากการศึกษาในอังกฤษ[9] และที่อื่นๆ ให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยประเภทใดเหมาะแก่การบริบาลแบบประคับประคอง ซึ่งเน้น ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะปฏิเสธการล้างไตโดยตนเอง ผู้ป่วยไร้สติสัมปชัญญะแต่ได้แสดงความปรารถนาไว้ล่วงหน้าหรือมีญาติผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนปฏิเสธการรักษาที่รวมการล้างไตด้วย หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคระบบประสาทที่ไม่อาจรักษาได้มีอาการรุนแรงมากจนไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะแก่การบริบาลแบบประคับประคอง

4. ผู้ป่วยไตวายฯที่ควรให้คำแนะนำให้เลือกการบริบาลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีผลการศึกษาว่าการล้างไตไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยซึ่งรวมทั้งไม่ได้ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปและหรือไม่มีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงควรให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยฯ และหรือญาติผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน (ญาติเจ้าของไข้) เพื่อพิจารณาให้การบริบาลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่ง โดยจากตารางที่ 2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้วิจารณญาณในการเลือกคือ ผู้ป่วยฯที่อายุมากกว่า 75 ปี ที่มีโรคร่วมรุนแรง มีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมผิดปกติมาก มีภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรง และมีอายุรแพทย์โรคไตให้ความเห็นว่าจะมีชีวิตต่อไปไม่ถึง 12 เดือน

อย่างไรก็ตาม การให้คำแนะนำทางเลือกที่ไม่ล้างไตนี้เท่ากับแจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทราบว่า ผู้ป่วยคงจะเสียชีวิตในไม่ช้า ผู้ป่วยและหรือญาติอาจตอบสนองด้วยอาการซึมเศร้า ก้าวร้าว หรือยอมรับโดยดุษฎี ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลควรให้ข้อมูลถูกต้องและใช้กระบวนการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมสำหรับประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ ผู้ป่วยและญาติมักจะยอมรับได้ในเวลาไม่นานนักเพราะพวก เขาตระหนักอยู่แล้วว่าโรคไตระยะสุดท้ายเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลต้องพร้อมที่จะตอบคำถามว่ามีทางเลือกทางรักษาอื่นๆ อีกหรือไม่รวมทั้งการรักษาทางเลือก ผู้ป่วยที่ไม่รักษาโดยการล้างไตจะอยู่ได้อย่างไร อยู่ได้นานเท่าไร จะลงเอยอย่างไร ทุกข์ทรมานหรือไม่ จะจากไปอย่างสงบได้อย่างไร

5. การให้คำแนะนำถึงวิธีการบริบาลแบบประคับประคอง

การให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงวิธีการนี้ ก็เมื่อพวกเขาทราบแล้วว่า อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่มีทางรักษา ซึ่งในกรณีที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายผ่าน ความทุกข์ทรมานจากตัวโรคเองและจากการรักษา อาทิ การฉายแสงรังสี (Radiotherapy), เคมีบำบัด (chemotherapy) ก็ไม่เป็นเรื่องที่ไกลเกินคาดหมายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว แต่ถ้านำมาแจ้งแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายซึ่งทราบกันดีว่าการล้างไตเป็นวิธีการรักษา ก็นับเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะตามมาด้วยคำถามว่า "ทำไม" อีกมากมายหลายคำถามดังข้างต้น ข้อมูลสำคัญที่ผู้ตัดสินใจ (ตัวผู้ป่วยเองหรือญาติที่มีอำนาจ

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้ป่วยตามระดับของโรคไตเรื้อรัง

กิจกรรมที่ดำเนินการให้แก่ผู้ป่วย	ระดับของโรคไตเรื้อรัง	หมายเหตุ
1.เรียนรู้วิธีชะลอไตเสื่อมที่เหมาะแก่ตัวเอง	1.ระยะที่ 1-4*	ผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตแล้วก็ยังมีสิทธิ์เลือกวิธีรักษาแบบประคับประคอง
2.ได้รับทราบทางเลือกของการรักษา	2.เมื่อไตเสื่อมเข้าสู่ระยะที่ 5	
3.เลือกวิธีการรักษาโดยได้รับทราบข้อมูล	3.เมื่อมีระดับ eGFR≤ 6 มล./นาที หรือระยะที่ 5 ที่มีอาการยูรีเมียหรือเมื่อผู้ป่วยล้างไตร้องขอให้หยุดการรักษา	
4.ลงนามใน Consent form/Living will	4.ผ่านกระบวนการตัดสินใจร่วมกับครอบครัวและคณะผู้บริบาล	
5.หยุดการรักษา รวมทั้งหยุดการล้างไต	5.ตามขั้นตอนใน Living will ให้การดูแลแบบ End of life care	

* ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยว่าเข้าถึงการบริการในระยะที่เท่าใด

ตารางที่2 แสดงแนวทางปฏิบัติการพิจารณารักษา วิธีประคับประคองของ Renal Physician Association ปี พ.ศ. 2553[8]

Recommendation 5: โรคหรือภาวะที่เหมาะสมกับการรักษาวิธีประคับประคอง

- ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสามารถตัดสินใจได้เลือกปฏิเสธ ไม่รับการบำบัดทดแทนไต
- ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ แต่ได้แสดงความประสงค์ล่วงหน้าด้วยทางวาจาหรือการเขียนว่าไม่ต้องการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต
- ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่สามารถตัดสินใจได้ แต่มีผู้แทนที่ได้รับมอบหมายหรือผู้ที่มีอำนาจทางกฎหมายตัดสินใจไม่รักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต
- ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทแบบถาวรและมีความผิดปกติอย่างมาก ไม่สามารถรับรู้อาการปวด ไม่รับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก ไม่รับรู้ตนเอง

Recommendation 6: โรคหรือภาวะที่ควรพิจารณารักษาวิธีประคับประคองได้แก่ กลุ่มที่รับการล้างไตแล้วไม่ปลอดภัย หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคไม่ดี

- ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีผลทำให้ไม่สามารถร่วมมือในการรักษา อาทิ ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง อาจจะมีผลทำให้ผู้ป่วยดึงสายที่ทำฟอกไตได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ
- ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายอื่นๆ นอกจากโรคไต
- ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปี และมี 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้
  - อายุรแพทย์โรคไตตอบว่า "ไม่" จากการถาม surprised question
  - คะแนนการมีโรคร่วมสูง(High comorbidity score)
  - สมรรถภาพทางกายผิดปกติรุนแรง(significantly impaired functional status) อาทิ ประเมินจาก Karnofsky Performance Status score น้อยกว่า 40 คะแนน
  - ภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรง เช่น ระดับซีรัมอัลบูมินน้อยกว่า 2.5 กรัม/เดซิลิตร เป็นต้น

ตัดสินใจ)ต้องรับทราบ ได้แก่ โรคไตไม่หายแน่นอน โรคนี้ถึงจุดสุดท้ายแล้วจะต้องจบลงด้วยการเสียชีวิตในไม่ช้า ระยะสุดท้ายจะเป็นอย่างไรอย่างไรก็ดี การตัดสินใจไม่ รับการล้างไต นอกจากปัญหาเรื่องผลการรักษาไม่ได้ยืดอายุผู้ป่วยหรือดีต่อคุณภาพชีวิต อาจเกิดจากครอบครัวไม่สามารถรับการรักษานี้ได้ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ อาทิ ไม่มีเงินมากพอ ไม่มีใครมีเวลามาดูแล ถ้าเลือกรักษาจะต้องมีคนในครอบครัวลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเอง ในกรณีนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวก็ยังควรได้รับคำแนะนำในการขอรับสนับสนุนจากที่ต่างๆ อาทิ มูลนิธิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนที่เกี่ยวข้อง ก่อนที่จะมีการตัดสินใจขั้นตอนสุดท้ายว่าจะรับการบริบาลแบบประคับประคองแน่นอน

ในกระบวนการนี้ ในตอนท้ายก่อนการตัดสินใจสุดท้ายที่จะเลือกไม่รับการล้างไต ควรจัดให้มีการประชุมกับคณะผู้บริบาลเพื่อทบทวนทางเลือกของผู้ป่วยอีกครั้ง หลังจากนั้นก็นำผู้ป่วยและญาติเข้าสู่การลงนามใน Informed consent form

6. ปัญหาด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวกับการบริบาลแบบประคับประคอง

ในบางกรณี เมื่อผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงการสูญเสียที่จะต้องเกิดขึ้นไม่ช้าก็เร็ว ก็อาจเกิดภาวะทางจิต รวมทั้งอารมณ์ซึมเศร้า ก้าวร้าว ซึ่งคงต้องอาศัยการสนับสนุนให้ผ่านช่วงเวลานี้ไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงอาการต่างๆรุนแรง ควรปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาเข้ามามีส่วนในการร่วมดูแลด้วย

7. การให้ผู้ป่วยลงนามใน Informed consent form (ICF)

ICF เป็นแบบฟอร์มแสดงความจำนง อาจเรียกว่าเป็นหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือ Living Will[10-11]ตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่ผู้ป่วยแสดงว่ารับทราบถึงโรค ภาวะสุขภาพที่ไม่อาจรักษาและโรคจะทรุดลงเป็นลำดับ จนต้องใช้เครื่องมือประคองชีพและจะเสียชีวิตในที่สุด

มาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 บัญญัติไว้ว่า

"มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"

ผู้ป่วยเมื่อรับทราบและตัดสินใจที่จะไม่รับการบริบาลทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต ก็สามารถแสดงความจำนงในการรับการบริบาลระดับต่างๆที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้แพทย์ทราบและดำเนินการตามวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้รักษาต้องทราบอีก 2 ประการ คือ ญาติเจ้าของไข้สามารถขอให้แพทย์ดำเนินการรักษาที่แตกต่างออกไปในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้วก็ได้ และกฎหมายไม่ได้คุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษาต่ำกว่ามาตรฐานทางการแพทย์ มีสิทธิ์ถูกฟ้องร้องได้

โดยทั่วไป informed consent หรือ Living will จะประกอบด้วยส่วนหลักๆดังต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยรับทราบ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลให้สามารถสื่อความหมายในหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Living Will)ดังนี้

ก. รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อาทิ ชื่อ สกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
ข. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
ค. ชื่อพยานและคุณสมบัติของพยานที่รับรองสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (ถ้ามีใบรับรองแพทย์ก็ให้แนบไว้กับหนังสือแสดงเจตนาด้วย)
ง. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ และกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการไปก่อนหน้าแล้ว ก็ให้ระบุข้อความว่าให้ระงับการให้บริการนั้นได้
จ. กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มิได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาด้วยตนเอง ให้ระบุชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วย
ฉ. ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ลายมือชื่อของพยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

ข้อมูลสถานะทางสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยเลือกที่จะรับหรือไม่รับการรักษาที่เกี่ยวกับการพยุงชีพในวิธีการใดวิธีการหนึ่ง รวมทั้งการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการล้างไตในกรณีผู้ป่วยโรคไต โดยผู้ลงนามใน ICF ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเองและหรือญาติเจ้าของไข้ (ญาติที่มีอำนาจตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไร้ความสามารถในการตัดสินใจ) และพยานอย่างน้อย 1 คนเพื่อรับรองว่าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะขณะทำหนังสือดังกล่าว อนึ่งICF ควรทำเป็นสองชุด เพื่อให้ทางโรงพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยฝ่ายละ 1 ชุด

อนึ่ง การกำหนดว่าเวลาใดควรเป็นเวลาที่เหมาะสมในการแนะนำให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในความเห็นของผู้นิพนธ์ควรจะเริ่มแนะนำให้ดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ช่วงแรกๆ (eGFR 14-15 ml/min) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงของอาการป่วยว่ามาถึงระยะท้ายแล้ว และมีการเตรียมตัวเตรียมใจตั้งแต่เนิ่นๆ

อนึ่ง ในเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทุกรายควรได้รับคำแนะนำให้จัดทำ Living will ของตนเพื่อเป็นแนวทางในการรับการบริบาลตามความประสงค์

8. การวางแผน Advance care planning

เป็นกระบวนการสื่อสารทางตรงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม อาการและความเป็นไปของผู้ป่วยทุกระดับทุกประเด็น ในการวางแผนนี้ต้องทราบข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีข้อแนะนำและข้อขัดข้องประการใด การตั้งตัวแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ รวมทั้งการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและสถานพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ข้าวของที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย อาทิ อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ

9. การดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิต (end of life)

ผู้ป่วยฯเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตจะมีอาการต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่จำเป็นต้องได้รับการบรรเทาทั้งร่างกายและจิตใจ โดยในทางจิตใจต้องได้รับการสนับสนุนจากทางครอบครัว และแนะนำให้ใช้แนวทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ในทางร่างกายให้การดูแลอาการต่างๆที่ปรากฏเพื่อช่วย ลดความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยได้รับน้อยที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ควรได้รับทราบข้อมูลว่า การรักษาใดเป็นการรักษาเพื่อการยืดชีวิต การรักษาใดเป็นการรักษาเพื่อลดความทุกข์ทรมาน สำหรับผู้ป่วยฯแล้ว อาการแสดงที่ทุกข์ทรมานที่สุดคือ อาการเหนื่อยหอบซึ่งอาจเกิดจากภาวะน้ำเกิน ภาวะหัวใจวาย จัดเป็นอาการที่มีความสำคัญลำดับแรกๆ ในการดูแลเฉพาะ ในขณะที่อาการอื่นๆ มักจะมีความทุกข์ทรมานน้อย อาทิ อาการซึม อาการหงุดหงิด อาการคัน อาการปวด

ในกระบวนการจัดการกับอาการต่างๆขึ้นกับความปรารถนาของผู้ป่วย อาทิ หอบเหนื่อยจากน้ำท่วมปอด กระบวนการรักษาอาจประกอบด้วย การให้ยาต่างๆ อาทิ มอร์ฟีน ยาขับปัสสาวะยาขยายหลอดเลือด (Vasodilation) การใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูดเลือดออกทิ้ง (Blood letting) การดูดน้ำออกจากเลือด (Hemosuction) กรณีบริบาลอาการหอบเหนื่อยจากปอดอักเสบติดเชื้อ อาจประกอบด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจและการบริหารยาปฏิชีวนะ

10. การดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ตาม Living will

เมื่อเวลานั้นมาถึง เมื่อจุดที่ผู้ป่วยต้องการ การหยุดการบริบาลรวมทั้งหยุดใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ยื้งชีพเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยผู้ป่วยจะได้รับการบริบาลตามแนวทาง end of lice care เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสงบและปลอดจากความทุกข์ทรมาน อนึ่ง สำหรับผู้ป่วยรับการล้างไตที่ขอหยุดการรักษามักจะเสียชีวิตในระยะเวลาเฉลี่ย 7.4 วัน (พิสัย 0-40 วัน)[12] ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยก็จะไม่แตกต่างจากการบริบาลในโรงพยาบาล โดยจะยังคงบริหารยาต่างๆที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

สรุป

การบริบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ควรเริ่มจากมีคณะผู้บริบาลที่เข้าใจตรงกัน ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วย

ควรจะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองหลังจากพิจารณาทบทวนข้อมูลทุกด้านตามบริบทของตน ตามมาด้วยการแสดงความจำนงลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและได้รับการบริบาลอย่างเหมาะสมตามความประสงค์นั้น

เอสารอ้างอิง

1. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550
2. Ching-Kit Chan, Sunny Sze-Ho Wong, Elaine Tszling Ho, Yuk-Yee Cheng, Woon-Or Lam, Anthony Wing-Chung Tang, et al. Supportive management in patients with End-stage Renal Disease: Local Experience in Hong Kong. Hong-Kong J Nephrol 2010; 12: 31-6.
3. Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association 2011; 26: 1608-14.
4. Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4: 1611-9.
5. Joly D, Anglicheau D, Alberti C, Nguyen AT, Touam M, Grunfeld JP, et al. Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. J Am Soc Nephrol 2003; 14: 1012-21.
6. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association 2007; 22: 1955-62.
7. Smith C, Da Silva-Gane M, Chandna S, Warwicker P, Greenwood R, Farrington K. Choosing not to dialyse: evaluation of planned non-dialytic management in a cohort of patients with end-stage renal failure. Nephron Clinical Practice 2003; 95: c40-6.
8. Renal Physicians Association. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline 2nd ed. Rockville MRPA, 2010.
9. O'Connor NR, Kumar P. Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: a systematic review. J Palliat Med 2012; 15: 228-35.
10. กฎกระทรวงสาธารณสุข กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดง เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พศ.2550
11. ไพศาล ลิ้มสถิตย์, อภิราชย์ ขันธ์เสน (บรรณาธิการ). ก่อนวันผลัดใบ : หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย, พิมพ์ครั้งที่ 2 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552), หน้า 134-138.
12. O'ConnorNR,Dougherty M, Harris PS,Casarett DJ.Survival after Dialysis Discontinuation and Hospice Enrollment for ESRD. Clin J Am Soc Nephrol 2013; 8: 2117–22.

หนังสืออ่านเพิ่มเติม

1. กิติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. บียอนด์ เอ็นเตอไพรซ์, กรุงเทพฯ; 2559.