วารสาร เวชบำบัดวิกฤต
โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

TSCCM Journal Watch

Is it time to think about Palliative Care in ICU?

ร.ท.หญิง พญ. นิษฐา เอื้ออารีมิตร
แผนกโรคทางระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต
กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เป็นที่ทราบดีว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วย อีกส่วนหนึ่งสามารถรอดชีวิตออกจากหอผู้ป่วยหนักได้ ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตนี้ยังมีอีกจำนวนหนึ่งที่เสียชีวิตในภายหลัง แม้ไม่เสียชีวิตก็จะมีส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มักมุ่งเน้นไปที่การรักษาที่อัตราการรอดชีวิตจากหอผู้ป่วย หรือการรอดชีวิตที่ 28 วันเป็นหลัก แต่ข้อมูลที่จะบ่งชี้ถึงสมรรถนะผู้ป่วยในระยะยาวนั้นมีจำกัด ซึ่งแท้จริงแล้วอัตรารอดชีวิตระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญ ที่ช่วยการวางแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการพิจารณาว่าผู้ป่วยสมควรได้รับการดูแลรักษาแบบ Palliative care หรือยัง

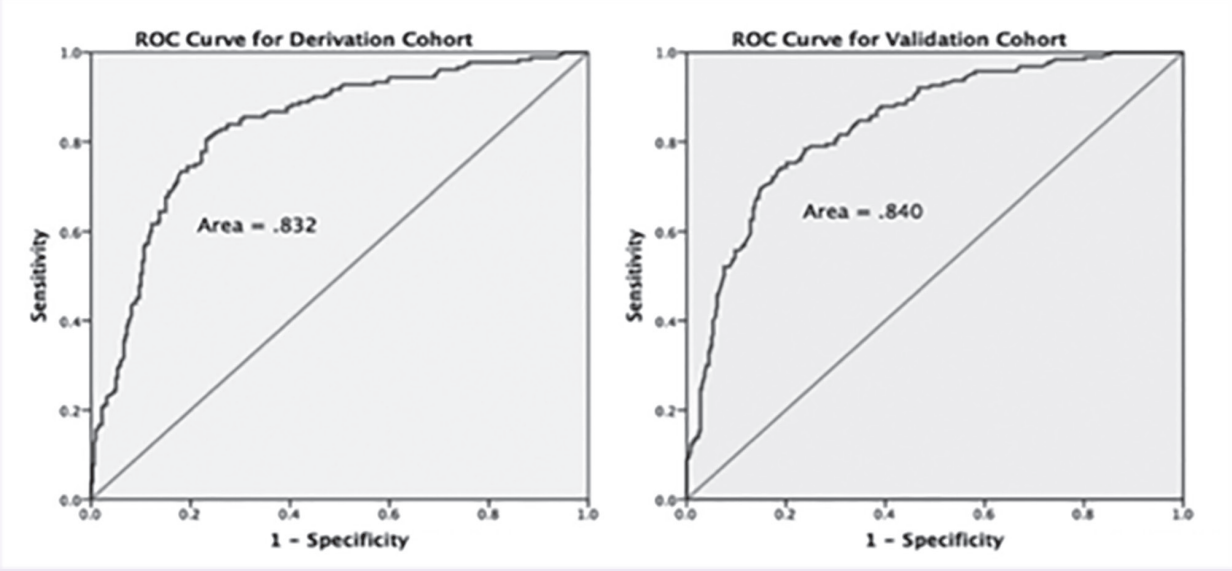
Palliative care นั้นมิได้หมายถึงการยุติการรักษา แล้วปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เป็นการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย[1] ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการทำ Palliative care นั้นสามารถทำควบคู่กับการรักษาภาวะวิกฤตต่าง ๆ ได้[2] ถ้าหากการรักษานั้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากการรักษานั้น ๆ เป็นเพียงเพื่อยืดระยะเวลาการเสียชีวิตให้แก่ผู้ป่วย โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ[3]

Hadique และคณะ ได้ทำการศึกษาถึง Prognostic model ที่จะใช้ทำนายการรอดชีวิตที่ 6 เดือน ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักในประเทศสหรัฐอเมริกา[4] โดยการศึกษาทำในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงแรกทำ Derivation cohort แล้วทำการวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปร เพื่อหาว่าตัวแปรใดที่สามารถทำนายการเสียชีวิตที่ 6 เดือนได้ หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาช่วงที่สองต่อ เพื่อยืนยันความถูกต้องของตัวแปรต่าง ๆ (validation cohort) โดยการศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่โดยใช้ Charlson comorbidity index และทำการถาม Surprise question* กับแพทย์เวชบำบัดวิกฤตภายใน 12 - 24 ชม. หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (*surprise question คือ การตั้งคำถามว่า จะประหลาดใจหรือไม่ หากผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตในอีก 6 เดือนข้างหน้า[5]) ผู้ป่วยที่เข้าร่วม

การศึกษามีทั้งสิ้น 1,049 คน (เป็น derivation cohort 500 คน และ validation cohort 549 คน) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตที่ 6 เดือน ได้แก่ อายุ, BMI, Charlson comorbidity index, APACHE III, การใช้เครื่องช่วยหายใจ, การใช้ยาตีบหลอดเลือด และ surprise question

เมื่อทำการวิเคราะห์โดยการควบคุมตัวแปรย้อนหลัง (multivariate logistic regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตที่ 6 เดือน คือ Charlson comorbidity index, APACHE III และ Surprise question โดยเมื่อคิด Odd ratio พบว่า Surprise quiestion มีค่า Odds ratio สูงที่สุด คือ 7.29 (นั่นคือผู้ป่วยที่แพทย์คิดว่า surprise question เป็น “no” คือ “ไม่ประหลาดใจถ้าหากผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตในอีก 6 เดือนข้างหน้า” นั้นมีโอกาสเสียชีวิตในอีก 6 เดือนข้างหน้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ surprise question เป็น “yes” ถึง 7.29 เท่า) ขณะที่ APACHE III มีค่า Odds ratio 1.021 และ Charlson comorbidity index มี Odds ratio 1.094 เมื่อนำทั้งสามตัวแปรมาคำนวณทางสถิติเป็น Prognostic model แล้วทำเป็นกราฟ ROC พบว่าได้ค่าพื้นที่ใต้กราฟ 0.832 ใน Derivation cohort และเมื่อทำต่อในอีก 549 คน ใน Validation cohort ก็พบว่า ได้ค่าพื้นที่ใต้กราฟ ROC 0.840 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี (ภาพที่ 1) ข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษานี้ คือ การใช้ Surprise question นั้นเป็นข้อมูลที่ขึ้นกับตัวบุคคลที่ประเมิน ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ได้ ถ้าหากจะนำมาใช้ในประเทศไทยควรต้องทำการประเมินที่บุคลากรทางการแพทย์ก่อนว่าเข้าใจการใช้ Surprise question มากน้อยเพียงใด

นอกจากนี้ Detsky และคณะ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม ว่าหลังจากจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยไปแล้วผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงเดิมหรือไม่[6] โดยทำการติดตามผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 วัน ร่วมกับจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือยาเพื่อพยุงชีพ อันได้แก่ ใช้เครื่องช่วยหายใจนานมากกว่า 48 ชม. และ / หรือใช้ยาตีบหลอดเลือดนานมากกว่า 24 ชม. ศึกษาไปข้างหน้า



ภาพที่ 1 กราฟแสดง ROC ของ Derivation cohort (รูปซ้าย) และ Validation cohort (รูปขวา)[4]

เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 303 คน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมร้อยละ 63 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมร้อยละ 37 พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่ 6 เดือนอยู่ที่ 169 คน (ร้อยละ 56.5) เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 74 และเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 46 ส่วนผู้ป่วยที่สามารถกลับสู่สภาวะเดิมอยู่ที่ร้อยละ 31.1 เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 46 และเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 23 เมื่อทำการวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีผลกับสมรรถนะของผู้ป่วยที่ 6 เดือน ได้แก่ APACHE III score ผู้ป่วยอายุรกรรม อายุ เชื้อชาติ มีประวัติการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยมะเร็ง โรคระบบประสาท และผู้ป่วยโรคตับ

จะเห็นได้ว่า ทั้งสองการศึกษามุ่งเน้นไปที่ Morbidity และ Mortality ในระยะยาว คือ ที่ 6 เดือน ที่ใช้ตัวเลข 6 เดือนเนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่ Hospice care ดังนั้น การที่เราทราบข้อมูลเหล่านี้ ช่วยให้มองเห็นภาพกว้างขึ้นว่ามีผู้ป่วยคนใดบ้าง ที่เราควรเริ่ม Palliative ตั้งแต่รับเข้ามาอยู่ใน ICU รวมไปถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง Hospice care ต่อไป อัตราการเสียชีวิตที่ 6 เดือนของทั้ง 2 การศึกษานี้อยู่ที่ร้อยละ 36 - 43 แท้จริงแล้วเป็นอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะทั้ง 2 การศึกษานี้ได้ตัดผู้ป่วยที่เป็น End-of-life care และผู้ป่วยที่เป็น Palliative care ออกไปจากการศึกษาแล้ว ข้อมูลเหล่านี้ในประเทศไทยยังมีจำกัดมาก จึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการใช้พิจารณาการดูแลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยต่อไป

อย่างไรก็ตาม การจะนำ Palliative care เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยหนักนั้น อาจมาได้ใน 2 รูปแบบหลัก คือ **Integrated palliative care** เข้ามาในการทำงานของแพทย์และพยาบาลที่ทำงานเวชบำบัดวิกฤต กับอีกรูปแบบหนึ่งคือ **Consultative**[7] คือ เข้ามาในรูปแบบการรับปรึกษา ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งได้ทำทั้ง 2 รูปแบบนี้ผสมผสานกันไป แต่พบว่า การทำ Palliative care ในผู้ป่วยหนักยังอยู่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากโครงสร้างทางสาธารณสุข ระบบการดูแลรักษา การตระหนักถึงความสำคัญ และบุคลากรซึ่งมีอยู่จำกัด นอกจากนี้หลายครั้งที่แพทย์เองก็ขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย[7-11] เมื่อไม่นานมานี้จึงมีการศึกษาของ Cox และคณะ ทำการศึกษาในหลายโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาถึงการพัฒนาการทำ Palliative care ในหอผู้ป่วยหนัก โดยมุ่งเน้นที่ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการทำ Palliative care ในหอผู้ป่วยหนัก[12] มีบุคลากรทางการแพทย์ 303 คนเข้าร่วมการศึกษา เป็นพยาบาลร้อยละ 50 และเป็นแพทย์เวชบำบัดวิกฤตร้อยละ 38 ที่เหลือเป็น Advance practice providers ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 75 รู้สึกว่ามีการทำ Palliative care น้อยกว่าที่ควรเป็น โดยรูปแบบการปรึกษานั้นร้อยละ 95 คิดว่าควรเป็นเรื่องของกระบวนการทาง Electronic health record มากกว่าเป็นการปรึกษาโดยแพทย์เจ้าของไข้ กล่าวคือ ถ้าหากมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ก็สามารถปรึกษา Palliative care service ได้ทันทีโดยอัตโนมัติ เนื่องจากส่วนมากเกรงว่าการรอเจ้าของไข้ปรึกษานั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสได้ โดยเกณฑ์ที่คิดว่าควรนำมาพิจารณา Palliative care service คือ มีโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งระยะลุกลาม เป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง (frailty) การวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค เช่น โรครุนแรง หรือมีการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลวถาวร ญาติ หรือผู้ป่วยมีความเห็นไม่ตรงกับการพยากรณ์โรค และผู้ป่วยรวมถึงญาติต้องการการปรึกษา อย่างไรก็ดี การศึกษานี้มีข้อมูลชัดเจนว่า การ

จะเข้าสู่ Palliative care นั้น ควรให้แพทย์ทุก ๆ คนรับทราบถึงเกณฑ์การยอมรับเสียก่อน เพื่อป้องกันการขัดแย้งกันของทีมแพทย์ผู้รักษา และทีม Palliative care จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ล้วนตระหนักถึงความสำคัญของ Palliative care และทราบดีว่า ปัจจุบันมีการทำ Palliative care น้อยกว่าที่ควรจะเป็น แต่การจะปรึกษา Palliative care นั้น อยากให้เป็นระบบอัตโนมัติทางคอมพิวเตอร์มากกว่าให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป ซึ่งน่าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง Palliative care ได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาถึงเกณฑ์ที่บุคลากรในการศึกษานี้เห็นว่าควรนำมาใช้นั้น เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลเพิ่มในระบบเป็นส่วนมาก มิใช่เกณฑ์ที่คอมพิวเตอร์สามารถคำนวณง่าย ๆ ได้ (เช่น อายุ วันนอนโรงพยาบาล หรือ scoring system ต่าง ๆ) ดังนั้น จึงเป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ดี การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงวัฒนธรรมของบุคลากรทางแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะนำข้อมูลนี้มาใช้ในประเทศไทยอาจจะยังไม่เหมาะสม เนื่องจากการเข้าถึง Palliative care ที่แตกต่างกัน ทรัพยากรบุคคลที่ขาดแคลนของประเทศไทย นอกจากนี้ ค่านิยมองค์กร และสังคม เป็นเรื่องที่ต้องนำมาพิจารณาเสมอ[13-15]

โดยสรุป ภาวะปัจจุบัน โลกมีความตื่นตัวด้าน Palliative care มากขึ้น ผู้ป่วยหนักควรมีเกณฑ์ในการพิจารณาว่ารายใดควรได้รับการทำ Palliative care บ้าง เพื่อลด Medical futility และเพื่อการรักษาผู้ป่วยโดยองค์รวม แต่การนำข้อมูลมาใช้ในประเทศไทยนั้น จำเป็นต้องนำมาประยุกต์ในหลาย ๆ ด้านเพื่อให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย รวมไปถึงการทำวิจัยเพิ่มเติม เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา Palliative care ในประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Website: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (accessed Feb 2017).
2. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, et al. ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med. 2008; 177: 912-927.
3. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. Crit Care Med. 2014;42(11):2418–2428.
4. Min H, Avramovic S, Wojtusiak J,et al. A Comprehensive Multimorbidity Index for Predicting Mortality in Intensive Care Unit Patients. J Palliat Med. 2017;20(1):35-41. Epub 2016 Dec 7.
5. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NKJ. The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2017;189(13):E484-E93.
6. Detsky DME, Harhay DMO, Bayard DDF, Delman MAM, Buehler MAE, Kent MSA, et al. Six-month morbidity and mortality among ICU patients receiving life-sustaining therapy: A prospective cohort study. Ann Am thorac Soc. 2017:[in press].
7. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. N Engl J Med. 2013;368(13): 1173–1175.
8. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. Am J Respir Crit Care Med. 2003;167(10):1310–1315.
9. Curtis JR, Back AL, Ford DW, et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. JAMA. 2013;310(21):2271–2281.
10. Hart JL, Harhay MO, Gabler NB, et al. Variability among US intensive care units in managing the care of patients admitted with preexisting limits on life-sustaining therapies. JAMA Intern Med. 2015; 175(6):1019–1026.
11. Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) advisory board. Crit Care Med. 2013; 41(10):2318–2327.
12. Wysham NG, Hua M, Hough CL, Gundel S, Docherty SL, Cox CE et al. Improving intensive care unit-based palliative care delivery: a multi-center, multidisciplinary survey of critical care clinician attitudes and beliefs. Crit Care Med. 2017;45(4):e372-e8.
13. Nelson JE, Cortez TB, Curtis JR, et al. Integrating palliative care in the ICU: The nurse in a leading role. J Hosp Pall Nurs. 2011;13(2): 89–94.
14. Baldwin MR, Narain WR, Wunsch H, Schluger NW, Cooke JT, Maurer MS, et al. A prognostic model for 6-month mortality in elderly survivors of critical illness. Chest. 2013;143(4):910-9.
15. Hua MS, Li G, Blinderman CD, et al. Estimates of the need for palliative care consultation across United States intensive care units using a trigger-based model. Am J Respir Crit Care Med. 2014;189(4):428–436.