

Palliative Care Consult

Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives (ตอนที่ 1)

พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ในยุคที่ novel coronavirus กำลังระบาดอยู่ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Acute Respiratory syndrome (SARS-CoV-2) ที่กำลังระบาดไปทั่วโลกอยู่นี้ มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข จนกระทั่งในบางประเทศนั้น ศักยภาพของระบบสาธารณสุขเกินกว่ากำลังจะรับไหว และผู้ป่วยจำนวนมากคาดว่าเขาจะต้องเสียชีวิตลง

ตอนนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มประเทศยุโรป เช่น อิตาลี สเปน ฝรั่งเศส อังกฤษ และในกลุ่มประเทศแอฟริกาที่ไวรัสเริ่มระบาดหนักขึ้นเรื่อย ๆ ตัวอย่างในหลายประเทศที่ต้องบังคับให้มีการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ในระยะแรก ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวมาก และปฏิเสธการเข้าถึงทรัพยากร การรักษาในภาวะวิกฤตนั้น² แท้จริงแล้วในประเทศที่มีทรัพยากรที่พอเพียง จำนวนผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการใส่เครื่องพยุงชีพต่าง ๆ ที่ใช้รักษาในภาวะที่มีการระบาดนั้น เกินกว่าจำนวนที่โรงพยาบาลจะรองรับผู้ป่วยไหว³ ในบางมุมมองนั้นสะท้อนถึงระบบสาธารณสุขหรือระบบของโรงพยาบาลที่ล้มเหลว แต่การที่มองแบบนี้ก็ไม่ยุติธรรมเท่าไรนัก ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่มีระบบสุขภาพใดที่สามารถรับมือได้ทัน ในกรณีที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของความต้องการของผู้ป่วย และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าไอซียูนั้น มีสิทธิที่จะเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสูงในสถานที่ที่มีเครื่องช่วยหายใจ ความล้มเหลวที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น เป็นสิ่งที่เป็นโศกนาฏกรรม ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ไปทั่วโลก และมีการโต้เถียงถึงความล้มเหลวของระบบสาธารณสุขที่ยิ่งใหญ่

อะไร คือ ความท้าทายของการจัดหา การดูแลแบบประคับประคอง ในระหว่างที่มีการระบาดของไวรัสไปทั่วโลก ?

การดูแลแบบประคับประคองนั้นได้เน้นใน 3 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านการจัดการอาการ
2. มิติด้านการสื่อสาร พูดคุยถึงความปรารถนาของผู้ป่วย ความคาดหวัง และคุณค่า โดยผ่านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Planning) และเป้าหมายสำคัญของการดูแล
3. มิติด้านการช่วยเหลือดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ที่มีเวลาของผู้ป่วยเหลืออยู่ในชีวิตไม่นาน⁴

ในการระบาดของ SARS-CoV-2 ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางระบบหายใจล้มเหลวเนื่องมาจากปอดติดเชื้อ รวมไปถึงอาการไข้ เหนื่อย หายใจขัด ปวด คลื่นไส้ และอาการเพ้อ (delirium) ถ้าพูดถึงความเสี่ยงของการเสียชีวิตจะสูงขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีโรคร่วม หรือผู้ป่วยที่เปราะบาง มีประชาชนจำนวนมากที่ได้เขียน หรือกำหนดไว้ล่วงหน้า ถ้าตนเองอยู่ในภาวะวิกฤตร้ายแรงขอเลือกการรักษาที่สบายไม่ขอทรมาณ ในผู้ป่วยรายอื่นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจแล้วก็ตามแต่อาการไม่ดีขึ้นก็จะเอาท่อช่วยหายใจออกไม่ได้ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มที่ปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะทรัพยากรขาดแคลน ฉะนั้น ในช่วงที่สถานการณ์ COVID-19 ระบาดอยู่ทั่วโลก ในตอนนี้ เราคาดหวังถึงความจำเป็นของการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อความยั่งยืน มากไปกว่านั้นระบบบริการแบบประคับประคองนั้น จำเป็นต้องมีในสถานการณ์ที่มีความแตกต่างในระบบการแพทย์ รวมไปถึง ไอซียู หอผู้ป่วย แผนกฉุกเฉิน และระบบการดูแลแบบ

ระยะยาว (long-term care) ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงอีกด้วย อย่างไรก็ตาม จากประวัติศาสตร์ในอดีตแสดงให้เห็นว่า จำนวนบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าที่ควรจะเป็น รวมไปถึงระบบยา ระบบบริการแบบประคับประคอง (ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมอาการรบกวนที่รุนแรงด้วย)

การร่วมตัดสินใจระหว่างทีมแพทย์ และผู้ป่วย เป็นกระบวนการหลักในการวางแผนในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม ในภาวะที่มีการระบาดไปทั่ว เมื่อพูดถึงความเป็นตัวของตัวเองนั้น ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกว่าควรเลือกการรักษาอย่างไร หรือเลือกสถานที่เสียชีวิตที่ใด ขึ้นอยู่กับทิศทางนโยบายด้านสาธารณสุขและทรัพยากรที่มีอยู่ ผู้ป่วยอาจจะไม่เลือกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ถึงแม้เขาจะได้ออกไปแล้วก็ตาม ในผู้ป่วย COVID-19 นั้น จำเป็นที่จะต้องกำหนดพื้นที่ของหอผู้ป่วยสำหรับโรคนี้โดยเฉพาะ ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาสำหรับ SARS-CoV-2 นั้น ยังคงมีการเปลี่ยนแปลง การพยากรณ์โรคที่ค่อนข้างแตกต่างกันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้เลย ในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลว ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพรู้สึกกังวลใจอย่างมาก

ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะมีความต้องการด้านอารมณ์จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งบ่อยครั้งที่ต้องเน้นย้ำถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทีมการดูแลแบบประคับประคอง ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิญญาณ ในช่วงที่มีการระบาดของนี้ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตด้วยสาเหตุของปอดอักเสบจากเชื้อ SARS-CoV-2 อาจจะต้องเผชิญกับการอยู่โดดเดี่ยว เพราะต้องจำกัดญาติในการเข้าเยี่ยม และจำนวนบุคลากรที่เข้าไปดูแลด้วย ต่อจากนี้ไปการทำให้เกิดความสามารถของทีมบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่สามารถใช้เวลาอยู่ข้างเตียง หรือคอยตรวจสอบผู้ป่วยเป็นปกติ ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกรักของผู้ป่วยอีกด้วย^{5, 6}

เราเรียนรู้อะไรจากประสบการณ์ในครั้งก่อนที่มีการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระหว่างที่มีการระบาด และมีความมึนงงธรรมอื่น ๆ ในภาวะฉุกเฉิน

ในช่วงอุบัติภัยหมู่ก่อนหน้านี้ เช่น การก่อการร้าย ภัยพิบัติธรรมชาติ หรือโรคระบาด ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นอย่างท่วมท้นของระบบการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้การเข้าถึงการ

ดูแลไม่เท่าเทียมกัน โดยทั่วไปในสถานการณ์เหล่านี้มักจะตกอยู่ใน 2 กลุ่ม เช่น กลุ่ม “big bang” เช่น ในเหตุการณ์เครื่องบิน หรือรถไฟชนกัน และกลุ่ม “rising tide” อุบัติการณ์ เช่น ในช่วงที่ไวรัสระบาด⁷ ซึ่งเป้าหมายหลัก คือ การร่วมมือกันในการตอบสนองต่อระบบสุขภาพ และการวางแผนส่วนบุคคลในช่วงภัยพิบัติอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยชีวิตคนจำนวนมากที่สุดที่สามารถอยู่รอดได้ ทั้ง ๆ ที่มีข้อมูลประสบการณ์มากมายในการคัดแยกผู้ป่วย แต่มีข้อมูลน้อยที่บอกถึงจะบริหารผู้ป่วยอย่างไร ถ้าจะไม่เสนอการยื้อชีวิตให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แท้ที่จริงแล้วความวิตกกังวลทั้งการจัดหาบุคลากรด้านสุขภาพ และกลุ่มคนสาธารณะที่จะตระหนักถึงกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเลย หรือบางครั้งต้องจบชีวิตของผู้ป่วยลงด้วยความตั้งใจโดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วย³ ซึ่งในสถานการณ์แบบนี้เป็นโศกนาฏกรรมในการคัดแยกผู้ป่วยในช่วงที่มีการระบาดของไวรัส⁸ เช่น ผู้ป่วยที่ตอนแรกปฏิเสธการใช้เครื่องพยุงชีพ และหลังจากนั้นผู้ป่วยไม่ได้รับการควบคุมอาการรบกวนอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตผิดเวลา ผิดสถานที่ และอาจได้รับการดูแลที่ผิดซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ควรเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสูง ในฐานะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์⁹ แต่สถานการณ์การคัดแยก ข้อบังคับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยที่ปฏิเสธการยื้อชีวิตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น ประสบการณ์ในอดีตที่มีการระบาดของไวรัส เช่น ไวรัสอีโบล่า โรค acute respiratory syndrome (SARS) และ HIV มีการเน้นนำการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาบูรณาการด้วย เพราะเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ⁹⁻¹¹

การดูแลแบบประคับประคองสามารถจัดการอย่างไรในช่วงระหว่างที่มีการระบาดนี้?

ในปี ค.ศ. 2008 มีคณะทำงานของประเทศสหรัฐอเมริกาในการจัดการอุบัติภัยหมู่¹² ประกอบด้วย “stuff”, “staff”, “space” และ “systems” ซึ่งได้ปรับเอาการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาไว้ในบริบทนี้ด้วย และได้เพิ่มเติมคือ เรื่อง “sedation”, “separation”, “communication” และ “equity” ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 A palliative care pandemic plan for management of coronavirus disease 2019 (COVID-19) ปรับปรุงมาจาก Downar และ Scccareccial)³

Stuff	
<input type="checkbox"/>	คลังจำนวนยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย (เช่น ยามอร์ฟิน haloperidol, midazolam, scopolamine) หรือกระเป๋ายาที่ใช้บรรเทาอาการรบกวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลระยะยาว (long-term care) และในระดับชุมชน
<input type="checkbox"/>	ยาบางตัวที่ไม่มีกักให้ระงับการใช้ และเปลี่ยนเป็นยาที่มีใช้ เช่น การฉีดมอร์ฟิน เป็นต้น
<input type="checkbox"/>	คลังเครื่องมือที่ต้องใช้เมื่อให้ยา รวมไปถึงเครื่องให้ยาทางใต้ผิวหนัง และเครื่อง pumps หรือ syringe driver เป็นต้น
<input type="checkbox"/>	คลังอุปกรณ์ Personal Protective Equipment (PPE) สำหรับในการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลระยะยาว และในชุมชน
Staff	
<input type="checkbox"/>	ระบุ และหมุนเวียนแพทย์ทุกคนที่มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง
<input type="checkbox"/>	จัดการอบรมระยะสั้นสำหรับพนักงานแนวหน้า เพื่อที่จะจัดการอาการทางระบบหายใจ โดยเน้นในเรื่องความปลอดภัยของการจัดการอาการด้วยยามอร์ฟิน เป็นทางเลือกในระยะเริ่มต้น
<input type="checkbox"/>	ให้บุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านอารมณ์ของผู้ป่วย และความเศร้าโศก และการสูญเสียแก่ครอบครัว
Space	
<input type="checkbox"/>	การบริหารจัดการเตียงในโรงพยาบาล และเตียงสำหรับดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ใช่ COVID-19 โดยการส่งผู้ป่วยโดยตรงจากห้องฉุกเฉิน หรือจากชุมชนเพื่อเข้าพักในหอผู้ป่วย
<input type="checkbox"/>	ระบุคัดแยกหอผู้ป่วยให้ชัดเจน และจัดพื้นที่ที่ใช้ในบางสถานการณ์ให้เหมาะสม เช่น พื้นที่ที่ใช้ในผู้ป่วย COVID-19 ที่เสียชีวิต เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคองด้วย
Systems	
<input type="checkbox"/>	ปรับระบบการคัดแยกที่กำหนดว่าผู้ป่วยรายใดต้องส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเห็นได้อย่างชัดเจน
<input type="checkbox"/>	ใช้ telemedicine ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อประสิทธิภาพ และลดการติดเชื้อ
<input type="checkbox"/>	พัฒนามาตรฐานชุดคำสั่งที่ใช้ในภาวะฉับพลัน ระยะยาว หรือในชุมชน
<input type="checkbox"/>	รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยทำเป็นกลุ่ม ซึ่งสามารถช่วยเหลือดูแลร่วมกันและครอบคลุมไปถึงถ้าผู้ดูแลไม่สบาย หรือมีจำนวนมากขึ้น
Sedation	
<input type="checkbox"/>	เตรียมยาให้พร้อมที่จะใช้ในผู้ป่วยที่ต้องทำ palliative sedation เพื่อควบคุมอาการในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายการควบคุมอาการด้วยยาปกติไม่สามารถควบคุมได้
Separation	
<input type="checkbox"/>	การ VDO calling เพื่อที่จะเชื่อมต่อสื่อสารกับผู้ป่วยกับครอบครัว เพราะถูกแยกเนื่องจากจำกัดการเดินทาง และจำกัดคนเยี่ยมไข้

(อ่านต่อตอนที่ 2 ฉบับหน้า)