

Palliative Care Consult

Rapid Response System: Inpatient Care at the Very End of Life

พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทนำ

Rapid Response System (RRS) กลายมาเป็นมาตรฐานในยุคปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นชัดเจนในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา และสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เลย คือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางคลินิกที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในไอซียูที่มีความแตกต่างในแต่ละแห่ง ทั้งด้านวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านการความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ด้านทรัพยากรบุคคล ซึ่งในยุคนี้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้น มีการเน้นในประเด็นที่ถูกเน้นมากขึ้น เพื่อที่จะรักษาผู้ป่วยให้ได้ทันทั่วทั้ง และมีโอกาสการหายและรอดมากขึ้น

การรักษาในอุดมคติ คือ การป้องกันอาการทางคลินิกที่แย่ลง ที่ไม่เพียงเป็นสิ่งที่สนับสนุนระบบ RRS แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งในทางปฏิบัติที่ขยายระบบการดูแลทางการแพทย์ให้กว้างขวางครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มุ่งมั่นที่จะทำให้ดีที่สุด และบรรลุผลลัพธ์ที่ยอดเยี่ยม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการแย่ลงในเวลาที่ประจวบเหมาะนั้น ยังต้องการการดูแลที่ทันทั่วทั้ง อาการที่แย่ลงนั้นบ่อยครั้งที่มีจะลงความเห็นว่าไม่ทราบสาเหตุ เพราะเนื่องจากมีความล่าช้า หรือการรักษาที่ไม่สมบรูณ์นัก สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมักเกิดภาวะแทรกซ้อนของตัวโรค เช่น การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ การดำเนินโรคที่เป็นมากขึ้น เช่น ภาวะไตวายจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทั้ง ๆ ที่มีการป้องกันที่ดีที่สุด

แล้ว รวมไปถึงการติดเชื้อ และการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ เป็นต้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่วิกฤตมาก จะเห็นได้ว่าอาการที่แย่ลงอย่างรวดเร็วเกิดขึ้นในเวลาที่ผ่านมาเป็นนาที หรือชั่วโมงมากกว่า (ที่จะเกิดในเวลาเป็นวัน หรือหลายสัปดาห์) ฉะนั้น เวลาจึงขึ้นอยู่กับ การตอบสนองเพื่อที่จะป้องกัน และรักษาภาวะ หรืออาการที่แย่ลงภายใต้ภาวะที่ฉับพลันเหล่านี้ เช่น การประกาศ Code Blue Teams, Major Trauma teams, Post-Operative Recovery Areas, Cardiac Care Unit, Intensive Care Unit, Hemodialysis Unit และ Acute Stroke Teams เป็นต้น สิ่งที่กำลังมานั้นต้องการผู้เชี่ยวชาญที่เฉพาะเจาะจงในสถานการณ์ และเวลาที่วิกฤตทั้งนี้¹

จากเริ่มแรกที่เป้าหมายของระบบ RRS นั้นได้ถูกนำไปไว้ในระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมที่สุด โดยต้องการระดับผู้เชี่ยวชาญมาร่วมดูแลด้วย พบว่าอาการของผู้ป่วยที่แย่ลง ควรใช้เวลาที่สั้นที่สุด (ในการค้นพบปัญหา) เพราะมีนโยบายที่กระตุ้น และนำระบบ RRS ไปปรับใช้เป็นยุทธศาสตร์ ที่เริ่มจากระดับบนสู่ระดับล่าง โดยระบบ RRS เป็นส่วนหนึ่งของการเริ่มต้นสร้างทีมตอบสนองต่อผู้ป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่ว่าจะพบในผู้ป่วยแบบใดก็ตาม สถานการณ์ได้พัฒนาระบบโดยตัวเอง เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการ และนำไปสู่การปฏิบัติที่หลากหลาย การตั้งมาตรฐานขั้นต่ำ และการค้นหารูปแบบที่ดีที่สุดของระบบ RRS โดยทีมคณะทำงานพบว่า ในการเรียกใช้ระบบ RRS นั้นมีวัตถุประสงค์ดังนี้

ตารางที่ 1 Summary of major themes and objectives of RRS calls²

Type of call	Features	Main objectives
Escalation of care (10 - 20%)	Patient admitted to ICU after the call	• Triage call • Communication with ICU about need for and timing of admission • Commence ICU level care on ward
End-of-life care (30%)	The patient has issues around end-of-life care and has treatment limitations	• Clarify current limitations of medical therapy • Explore whether additional limitations of medical therapy are appropriate • Ensure appropriate comfort care has been prescribed
Expeditious (รวดเร็ว ฉับไว ทันที) care (>50%)	Patient well enough to initially stay on the ward	• Ensure that a clear management plan and follow-up is in place and to provide education for junior ward staff when time permits.

จากข้อมูลพบว่า ในการเรียก RRS นั้น มีถึงร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งในผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการรบกวนต่าง ๆ และมีข้อจำกัดในการรักษา ควรเน้นในแง่ของการสื่อสารที่ชัดเจนถึงข้อจำกัดในการรักษาทางการแพทย์ ค้นหารายละเอียดข้อจำกัดอื่น ๆ ด้วยเพื่อการรักษาที่เหมาะสม และเน้นการดูแลที่สุขสบายมากกว่าที่จะรักษาให้หาย โดยที่การดูแลแบบประคับประคองเน้นถึงความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวในการเผชิญหน้ากับภาวะที่คุกคามชีวิต อีกทั้ง

เน้นการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในไอซียูไปด้วยพร้อม ๆ กัน โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสูง การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และแพทย์เจ้าของไข้ในการพัฒนาเป้าหมายที่เหมาะสมในขณะนั้น ๆ โดยเริ่มจากการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ รวมไปถึงการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและพัฒนาระบบ RRS ไปพร้อมกัน และเฝ้าประเมินติดตามผลของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยและครอบครัว ดังเช่นในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Key components of palliative care in the ICU

Component
• Effective communication about current status of disease, prognosis, treatment options
• Formulation of care goals aligned with patient values
• Relief from distressing symptoms
• Support for families
• Continuity of care across settings
• Support for staff

ส่วนอีกการศึกษาหนึ่ง³ ที่เน้นในเรื่องของการวินิจฉัย และการป้องกันภาวะความพิการที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงที่จะเสียชีวิตนั้น มีการเรียกทีม RRS และมากกว่าร้อยละ 25 ของการเรียกทีม RRS นั้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดของการรักษาทางการแพทย์อยู่แล้ว และร้อยละ 10 นั้นเป็นจากการนำระบบ RRS ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการแพทย์ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่อีกด้วย และเร็ว ๆ นี้มีการศึกษาร่วมกันของหลายโรงพยาบาล พบว่า ในช่วงการดูแลระยะท้ายของผู้ป่วยที่เรียกทีม RRS นั้นมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และส่วนน้อยที่จะเป็นผู้ป่วยที่มาจากบ้าน ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลในแผนกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยศัลยกรรม จากการศึกษาค้นพบว่า สิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ เกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิต การเรียกทีม RRS ในครั้งนั้นเป็นการมาดูแลครั้งสุดท้าย และผู้ป่วยเสียชีวิตในวันนั้นด้วย

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ระบบ RRS นั้นสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือที่เสริม และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ แต่เกณฑ์ในการเรียกทีม RRS และการประเมินผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

End-of Life Care Assessment

ในผู้สูงอายุ ผู้เปราะบาง และกระบวนการเสียชีวิตที่หลากหลายแบบ เป็นสภาวะการณ์ หรือเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่จะนำผู้ป่วยเหล่านั้นมานอนโรงพยาบาล บ่อยครั้ง

ที่ผู้ป่วยไม่มี Advanced Health Directive หรือไม่ได้สะท้อนถึงสภาพ หรือสภาวะการณ์ของผู้ป่วยในตอนปัจจุบันนั้น ๆ⁴ การกระตุ้นระบบ RRS นั้นอาจจะไม่เหมาะสมในสถานการณ์ที่ต้องการการช่วยชีวิต ที่ไม่สามารถบรรลุถึงผลลัพธ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ หรือผู้เปราะบางที่ต้องการมีชีวิตอยู่ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่าไม่ต้องทบทวนอาการทางคลินิก⁵ ทั้ง ๆ ที่ทรัพยากรในระบบ RRS ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง แต่กระบวนการตอบสนองก็เป็นการรับประกันถึงความต้องการของผู้ป่วยได้ (เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในวาระท้ายของชีวิต) ซึ่งในความเป็นจริงระบบ RRS โดยส่วนมากแล้วถูกเรียกใช้ในสถานการณ์ที่มีเป้าหมายทางคลินิกที่ชัดเจนเพื่อการรอดชีวิต อย่างไรก็ตาม ไม่ได้เป็นการรับประกันว่า การเรียกระบบ RRS แล้วจะสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และผู้ป่วยที่มีการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองได้^{6, 7, 8}

ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเพราะความเจ็บป่วย เช่น ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บปวด อาการเหนื่อย ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยถุงลมโป่งพอง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลที่ถูกส่งมาจากสถานรับเลี้ยงต่าง ๆ^{9, 10} พบว่า ร้อยละ 5 - 22 ของระบบการเรียก RRS นั้น ทำให้มีข้อจำกัดของการสั่งการรักษาที่ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม และทีมที่รักษาเบื้องต้นควรเห็นด้วย ซึ่งมีเพียงร้อยละ 4 - 10 เท่านั้น

ที่มีคำสั่งใหม่ของการ DNR (Do Not Resuscitation) เกิดขึ้น^{11, 12, 13, 14} ถ้ามีการเรียก RRS ซ้ำอีกจากข้อมูลพบว่า มีตัวบ่งชี้ถึงการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 30 และควรที่จะพิจารณาประเด็นของการจัดการดูแลในวาระท้ายของชีวิต รวมถึงนโยบายของการดูแลระยะท้ายด้วย^{15, 16, 17}

ในบางสถานการณ์ที่ระบบ RRS เข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิต พบว่า ระบบ RRS จะช่วยกำหนดความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดของการเข้าไอซียู สิ่งสำคัญยิ่งไปกว่านั้น คือ จากการทบทวนของระบบ RRS ผู้ป่วยทุกคนที่ไม่ได้เข้าไอซียูจะเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกคน^{18, 19} นอกจากนี้ ประโยชน์เหล่านี้อาจจะรวมไปถึงอัตราการเข้าไอซียู และระยะเวลาการอยู่ไอซียู และระบบสนับสนุนบุคลากรรุ่นใหม่ ๆ ที่จะสื่อสาร

กับผู้ป่วยที่ซับซ้อน และอยู่วาระท้ายของชีวิต²⁰ การนำระบบ RRS ไปปรับใช้ มักจะสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบการดูแลให้สุชสบาย การเริ่มพูดคุยสนทนากับครอบครัว และการดูแลหลังการส่งต่อออกไปนอกโรงพยาบาล

บทสรุป

การเรียกทีม RRS นั้น มักจะสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิต และความเข้าใจของผู้ป่วยเหล่านี้ อาจจะนำไปสู่การพัฒนาปรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Plan) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยวาระท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Rob Boots, Angus Carter, Simon Erickson, et al. JOINT POSITION STATEMENT ON RAPID RESPONSE SYSTEMS IN AUSTRALIA AND NEW ZEALAND AND THE ROLES OF INTENSIVE CARE. College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand; Australian and New Zealand Intensive Care Society. Document type: Position Statement, Category: Professional, Date last reviewed: 2016.
2. Jones D. The epidemiology of adult Rapid Response Team patients in Australia. *Anaesthesia and intensive care* 2014; 42: 213 - 9.
3. Daryl Jones 1, Juli Moran, Bradford Winters, et al. The rapid response system and end-of-life care. *Curr Opin Crit Care*. 2013 Dec; 19(6): 616 - 23.
4. White B, Tilse C, Wilson J, et al. Prevalence and predictors of advance directives in Australia. *Internal medicine journal* 2014; 44: 975 - 80.
5. Nelson JE, Mathews KS, Weissman DE, et al. Integration of palliative care in the context of rapid response: a report from the Improving Palliative Care in the ICU advisory board. *Chest* 2015; 147: 560 - 9.
6. Vazquez R, Gheorghe C, Grigoriyan A, Palvinskaya T, Amoateng-Adjepong Y, Manthous CA. Enhanced end-of-life care associated with deploying a rapid response team: a pilot study. *Journal of hospital medicine* 2009; 4: 449 - 52.
7. Downar J, Rodin D, Barua R, et al. Rapid response teams, do not resuscitate orders, and potential opportunities to improve end-of-life care: a multicentre retrospective study. *Journal of critical care* 2013; 28: 498 - 503.
8. Downar J, Barua R, Rodin D, et al. Changes in end of life care 5 years after the introduction of a rapid response team: a multicentre retrospective study. *Resuscitation* 2013; 84: 1339 - 44.
9. Stafford-Bell F, Agar M, Seppelt I. Prognostic characteristics of a medical emergency team population with a known life-limiting illness. *Palliative medicine* 2010; 24: S67.
10. Sulistio M, Franco M, Vo A, Poon P, William L. Hospital rapid response team and patients with life limiting illness: a multicentre retrospective cohort study. *Palliative medicine* 2015; 29: 302 - 9.
11. Jones D, Moran J, Winters B, Welch J. The rapid response system and end-of-life care. *Current opinion in critical care* 2013; 19: 616 - 23.
12. Sundararajan K, Flabouris A, Keeshan A, Cramey T. Documentation of limitation of medical therapy at the time of a rapid response team call. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association* 2014; 38: 218 - 22.
13. Hassan S, Patel A, Kirk H, Ullah A, Hamid T. Implementation of a medical emergency team leads to a reduction in cardiac arrest calls and enhanced patient care in the critically ill. *European Heart Journal* 2015; 36: 1195 - 6.
14. Micallef S, Skrifvars MB, Parr MJ. Level of agreement on resuscitation decisions among hospital specialists and barriers to documenting do not attempt resuscitation (DNAR) orders in ward patients. *Resuscitation* 2011; 82: 815 - 8.
15. Stelfox HT, Bagshaw SM, Gao S. Characteristics and outcomes for hospitalized patients with recurrent clinical deterioration and repeat medical emergency team activation*. *Critical care medicine* 2014; 42: 1601 - 9.
16. Orosz J, Bailey M, Bohensky M, Gold M, Zalstein S, Pilcher D. Deteriorating patients managed with end-of-life care following Medical Emergency Team calls. *Internal medicine journal* 2014; 44: 246 - 54.
17. Smith RL, Hayashi VN, Lee YI, Navarro-Mariazeta L, Felner K. The medical emergency team call: a sentinel event that triggers goals of care discussion. *Critical care medicine* 2014; 42: 322 - 7.
18. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med* 2001; 27: 1459 - 65.
19. Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA internal medicine* 2015; 175: 363 - 71.
20. Jones DA, Bagshaw SM, Barrett J, et al. The role of the medical emergency team in end-of-life care: a multicenter, prospective, observational study. *Critical care medicine* 2012; 40: 98 - 103.