
บทความพื้นวิชา

การยับยั้งและการถอดถอนการพยุงชีพในผู้ป่วยระยะสุดท้าย**วิทยา บุญเลิศเกิดไกร, พ.บ., ส.บ. (บริหารสาธารณสุข)**

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปรารจันบุรี

Received: July 19, 2022 Revised: August 24, 2022 Accepted: September 16, 2022**บทคัดย่อ**

การพยุงชีพทางการแพทย์เป็นการรักษาที่นำมาใช้กับผู้ป่วยระยะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และได้รับการรักษาไปจนกระทั่งสามารถถอดถอนการพยุงชีพนั้นออกได้ในที่สุด ในกรณีที่ภาวะโรคนั้นไม่สามารถรักษาได้และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การพยุงชีพเหล่านี้จะไม่เกิดประโยชน์ แต่จะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย หากผู้ป่วยหรือญาติมีความประสงค์จะยุติการพยุงชีพเพื่อปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน หรือต้องการจะพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน สามารถแจ้งให้ทีมสุขภาพดำเนินการถอดถอนการพยุงชีพนั้นได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายที่กำหนดไว้ว่าบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

การถอดถอนการพยุงชีพในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งมีการสื่อสารอย่างถูกต้องด้วยความนุ่มนวลและความเห็นใจ โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติตามความเป็นจริง ร่วมกับดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน อีกทั้งระดับประคองครอบครัวให้ผ่านพ้นวิกฤติและไม่ให้เกิดความรู้สึกผิดกับการตัดสินใจนั้น ร่วมกับการประเมินและถอดบทเรียนในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การยับยั้งการพยุงชีพ, การถอดถอนการพยุงชีพ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

LITERATURE REVIEW

Withholding and Withdrawing Life-sustaining Treatment in Palliative Care**Wittaya Boonlerdkerdkrai, M.D., B.P.H. (Public Health Administration)**

Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital

ABSTRACT

Medical life support refers to the devices used to treat critically ill patients experiencing organ failure so that the patients may receive treatment until the apparatuses can finally be removed. In cases where the patient experiences incurable disease during the final stages of life, these aids are of no use to the patients and can cause them to suffer. If the patient or their relatives wish to terminate life support to alleviate the patient's suffering or to take the patient home to die, stopping life support can be done legally.

When considering whether to withhold life support to a patient or to withdraw a patient from life support, It is crucial to communicate with the patient or the patient's relatives with tenderness and compassion and to considering the patient's level of comfort. Support should also be provided to the patient's family during the situation so that they do not feel guilty about the decision, and relevant health teams should be provided with training to continually develop their ability to care for patients.

KEYWORDS: withholding treatment, withdrawing treatment, palliative care

บทนำ

การรักษาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹ สามารถดำเนินการได้อย่างจำกัด เนื่องจากสภาวะโรคของผู้ป่วย การเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา (Autonomy) สามารถดำเนินการได้ตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย ส่วนการยับยั้งหรือถอดถอนการพยุงชีพต่างๆ เช่น การถอดถอนเครื่องพยุงชีพ ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ หรือการล้างไตด้วยเครื่องล้างไต เป็นประเด็นที่ประจักษ์ที่อาจถูกมองว่าเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ถ้าหากดำเนินการด้วยความถูกต้องตามหลักการที่กำหนดแล้ว ย่อมจะยังประโยชน์ให้กับผู้ป่วยในการลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ อีกทั้งปลดปล่อยภาระที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงลดความทุกข์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเป็นการบริหารทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมอีกด้วย

การพยุงชีพเป็นกระบวนการรักษาทางการแพทย์เพื่อใช้ระดับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะที่มีความสำคัญในการมีชีวิตของมนุษย์ เช่น การนวดหัวใจ การผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การล้างไต การให้ยากระตุ้นหัวใจและความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือด การให้เลือดและยาปฏิชีวนะ รวมไปถึงการใช้เครื่องพยุงชีพต่างๆ ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

การยับยั้งหรือการถอดถอนการพยุงชีพเป็นการยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่การรักษาต่างๆ ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว อีกทั้งก่อให้เกิดโทษและความทุกข์ทรมานร่วมกับเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในการดำเนินการดังกล่าว กระบวนการเหล่านี้ไม่นับว่าเป็นการุณยฆาตที่แท้จริง (Active Euthanasia) เนื่องจากไม่ได้มีการดำเนินการที่จะเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นจากการกระทำนั้นๆ นอกเหนือจากการดำเนินโรค ประกอบด้วยการ กระบวนการ ดังนี้

1. การยับยั้งการพยุงชีพ (Withholding Life-sustaining Treatment) เป็นการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยตั้งแต่แรก เช่น งดเว้นการฟอกไต การกู้ชีพ การให้ยาปฏิชีวนะ หรือการใส่ท่อช่วย

หายใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

2. การถอดถอนการพยุงชีพ (Withdrawing Life-sustaining Treatment) เป็นการถอดถอนการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่ เช่น การถอดถอนท่อและเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติอย่างถูกต้อง

การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) สามารถกระทำได้ตามที่กฎหมายกำหนดในบางประเทศ^{1,2} เช่น เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม สวิตเซอร์แลนด์ หรือบางมลรัฐในสหรัฐอเมริกา เป็นการเร่งการเสียชีวิตอย่างสงบโดยการช่วยเหลือของแพทย์ ส่วนการยับยั้งหรือถอดถอนการพยุงชีพที่อาจนับว่าเป็นการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) โดยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ ที่การรักษาใดๆ ไม่เกิดประโยชน์แล้ว สามารถกระทำได้ในหลายประเทศอย่างถูกต้องตามกฎหมายรวมถึงในประเทศไทย ตามสิทธิของผู้ป่วยที่กำหนดว่าการกระทำใดอาจกระทำต่อเนื้อตัวหรือร่างกายของเขาได้ เรียกว่า “สิทธิในการกำหนดตนเอง” (Right to Self Determination) ซึ่งครอบคลุมถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา รวมถึงสามารถเรียกร้องการยึดความตายที่ประกอบกับการรักษาแบบประคับประคองได้เช่นกัน สำหรับประเทศไทยไม่ได้ให้สิทธิในการเร่งให้เสียชีวิต (Active Euthanasia) แต่มีกฎหมายรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาเพื่อการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Passive Euthanasia) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งรับรองให้ “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” โดยให้สิทธิเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ที่สมองพิการรุนแรงเท่านั้น โดยความยินยอมของผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการตัดสินใจ โดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนแล้ว หากผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ อาจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามลำดับความสำคัญ หรือผู้ที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยไว้แล้วเป็นผู้ตัดสินใจแทน โดยยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การให้ยาบรรเทาอาการในช่วงการถอดถอนการพยุงชีพ ถือว่าไม่ผิดทางจริยธรรมเช่นกัน แม้ว่าในระยะ

ต่อมาผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิต เป็นไปตามหลักการของ ผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)³ ที่เกี่ยวข้องกับภาระกระทำที่มีเจตนาดีอันยากที่จะหลีกเลี่ยง ผลร้ายตามมา ซึ่งผลดีที่เกิดขึ้นมีมากกว่าผลร้ายอย่างชัดเจน อันจะทำให้ผู้ป่วยสงบ และเข้าสู่กระบวนการเสียชีวิตตามธรรมชาติของโรคที่เป็นอยู่ อย่างไรก็ตามการดูแลทางการแพทย์เพื่อยับยั้งหรือถ่วงถ่วงการพยุ่งชีพยังมีความแตกต่างกันในแต่ละแห่ง ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของญาติและทีมสุขภาพ

การประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย

กระบวนการเลือกปฏิบัติเสถียรการรักษา จำเป็นต้องมีการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีการทำงานของสมองที่ไม่ปกติ โดยการใช้คำถามเพื่อประเมินเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ผลการรักษา การมีเหตุผลหรือการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม รวมถึงภาวะซึมเศร้า และภาวะเพ้อสับสน เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่มีความสามารถในการตัดสินใจที่เพียงพอ อาจพิจารณาจากเอกสารแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า (Advance Directives) ที่ระบุผู้ตัดสินใจแทนไว้แล้ว หากไม่ได้ดำเนินการจัดทำไว้ล่วงหน้า จำเป็นต้องใช้กระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อค้นหาความต้องการในการรักษาของญาติและผู้ใกล้ชิด เพื่อดำเนินการต่อไป หากไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วยและไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ทีมสุขภาพอาจพิจารณาตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Principle of Maximum Benefit) ร่วมกับหลักการบริหารทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม

การเตรียมการเพื่อการยับยั้งหรือการถ่วงถ่วงการพยุ่งชีพ⁴

- ทบทวนกฎหมาย ระเบียบ กระบวนการปฏิบัติเพื่อการยับยั้งหรือการถ่วงถ่วงการพยุ่งชีพ

- การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เอกสาร ยา และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

- การประชุมครอบครัว

การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยากรณ์โรค ของผู้ป่วยหรือญาติ

เป้าหมายการรักษา

สถานที่รักษาพยาบาล

ประเมินความรู้สึก และปัญหาต่างๆ

การเยียวยาปัญหาทางจิตใจ การตอบสนองต่ออารมณ์และความทุกข์ที่เกิดขึ้น

- ประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การจัดการความขัดแย้ง

ความขัดแย้งในการดำเนินการสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับของขั้นตอนในการปฏิบัติ จำเป็นต้องประเมินปัญหาและประเด็นความขัดแย้ง อีกทั้งดำเนินการแก้ไข ประเด็นความขัดแย้งต่างๆ ด้วยความรอบคอบ มีเหตุผล ร่วมกับความเห็นอกเห็นใจ อย่างเป็นองค์รวมและเป็นสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

- ความขัดแย้งทางการแพทย์ จัดการด้วยหลักฐานทางการแพทย์เชิงประจักษ์ ประสพการณ์ ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาและจัดการด้วยความเหมาะสมทางวิชาการ

- ความขัดแย้งทางจริยธรรม ควรคำนึงถึงหลักการทางจริยธรรมที่เหมาะสม คุณภาพชีวิต หลักการจัดสรรทรัพยากรที่ยุติธรรม ร่วมกับความเห็นของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงความคิดเห็นของคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กรในบางกรณี

- ความขัดแย้งทางกฎหมาย พิจารณาตามหลักกฎหมาย ระเบียบการปฏิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมาย เป็นต้น

การวางแผนการดูแลเพื่อการยับยั้งหรือการถ่วงถ่วงการพยุ่งชีพ⁵

- กำหนดรูปแบบในการยับยั้งหรือการถ่วงถ่วงการพยุ่งชีพ

- การวางแผนการดูแลจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

- กระบวนการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ

- การประชุมครอบครัว สื่อสารข้อมูล และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยหรือครอบครัว

- รูปแบบการบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้อง

- จัดหาสถานที่ ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม

- วางแผนการเตรียมการทางพิธีกรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- วางแผนการดูแลญาติผู้ป่วยหลังการสูญเสีย (Bereavement Care)

กระบวนการยับยั้งหรือการถอดถอนการพองชีพ¹

1. การยับยั้งการกู้ชีพด้วยการนวดหัวใจ (Cardiopulmonary Resuscitation)

การกู้ชีพด้วยการนวดหัวใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย มักได้ผลสำเร็จน้อยมาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการดังกล่าวสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย หรือสภาวะการเป็นผัก (Vegetative State) ในที่สุด จำเป็นต้องมีการพูดคุยถึงเป้าหมาย และผลการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยหรือญาติอย่างถูกต้อง เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เมื่อพิจารณาเห็นว่าไม่สมควรกู้ชีพดังกล่าว ควรบันทึกให้ชัดเจนในเวชระเบียน (Do Not Resuscitate Order)⁶ ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ อย่างเต็มที่ (Intensive Palliative Care)

2. การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ (Withdrawing Mechanical Ventilation)⁷

การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นการถอดถอนเครื่องพองชีพที่ไม่เกิดประโยชน์ และสร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และหลักการทางการแพทย์ เพื่อเป็นการเยียวยาญาติผู้ป่วยรวมถึงผู้เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย แบ่งตามประเภทการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

2.1 Terminal Weaning² เป็นการปรับลดการทำงานของเครื่องช่วยหายใจอย่างช้าๆ พร้อมกับการให้ยากกลุ่ม Opioid ยาแก้ปวด และยาระงับประสาทในขนาดที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอน เพื่อลดความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วย อย่างสอดคล้องกับการลดลงของการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ โดยค่อยๆ ลดสัดส่วนของออกซิเจนที่ได้รับ (FiO₂&PEEP) ในช่วงเวลา 10 ถึง 30

นาที เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนไปใช้การหายใจตามธรรมชาติผ่านท่อช่วยหายใจ และถอดถอนท่อช่วยหายใจในที่สุด วิธีการนี้มักจะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเครื่องช่วยหายใจในระดับสูงเพื่อพองชีพ

2.2 Immediate Extubation² เป็นการถอดถอนท่อและเครื่องช่วยหายใจในทันที จำเป็นต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการไม่สุขสบายอย่างใกล้ชิด และดำเนินการจัดการอาการด้วยการให้ยาอย่างรวดเร็วด้วยความระมัดระวัง วิธีการนี้อาจเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บทางระบบประสาทขั้นรุนแรง ที่มีความต้องการเครื่องช่วยหายใจเพียงเล็กน้อยเพื่อพองชีพ

การเตรียมการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ⁸

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้จัดทำเอกสารคำสั่งห้ามช่วยชีวิตแล้ว (Do Not Resuscitate Order-DNR)

- เตรียมยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid และยาระงับประสาทให้พร้อม เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย

- ยุติหัตถการที่ไม่ก่อประโยชน์ และสร้างความทุกข์ทรมาน

- ยุติการตรวจทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น เช่น การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจสารเคมีในเลือด เป็นต้น

- ยุติการให้ยาหรือสารน้ำที่ไม่จำเป็น เช่น ยากระตุ้นหัวใจ สารอาหาร เป็นต้น

- ยุติการตรวจสัญญาณชีพที่บ่อยเกินไป อันจะสร้างความกังวลโดยไม่จำเป็น

- ยุติการให้ยาคลายกล้ามเนื้อ เพื่อสังเกตอาการไม่สุขสบาย และจัดการอาการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

กระบวนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจเป็นการถอดถอนการรักษาที่ช่วยพองชีพอย่างมีหลักการทางมนุษยธรรมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้วยการดูแลประคับประคองอย่างเหมาะสม ซึ่งมีเป้าหมายของการดูแลมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น และคาดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตหลังจากการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจภายในระยะเวลาไม่นานนัก⁹

กระบวนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจให้ความสำคัญกับการมีสติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตลอด

กระบวนการ แม้ว่าจะมีความเสี่ยงที่จะทุกข์ทรมานมากขึ้นก็ตาม ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องใช้การจัดการอาการที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมอาการให้มากที่สุดและไม่ต้องการมีสติรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ร่วมกับดูแลความรู้สึกของญาติผู้ป่วยด้วยการพูดคุย ให้ข้อมูลที่เหมาะสม และจัดพิธีกรรมทางศาสนาตามความต้องการ

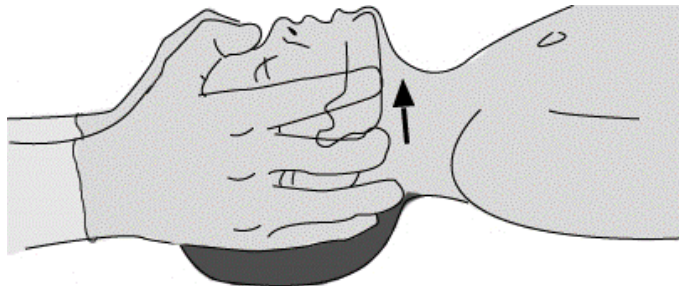
วิธีการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจมีการกำหนดด้วยแนวทางในแต่ละสถานพยาบาลที่เหมาะสมอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพด้วยกระบวนการ ดังนี้

- ประเมินความจำเป็นในการให้ยากกลุ่ม Opioid และยาระงับประสาทแบบคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipatory Dosing)¹⁰ เพื่อควบคุมอาการก่อนเริ่มกระบวนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ที่อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบากเพิ่มขึ้นอย่างกะทันหัน ด้วยการบริหารรูปแบบการให้ยากก่อนดำเนินการที่ละน้อยอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง

- ลดการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจลงที่ละน้อยใน 15 ถึง 30 นาที ซึ่งในการลดการทำงานของเครื่องช่วยหายใจลงแต่ละครั้ง ต้องมีการประเมินอาการอย่างรอบคอบ

- จัดการให้ยาควบคุมอาการ เช่น ยากลุ่ม Opioid และยาระงับประสาท ฉีดเข้าเส้นเลือด เพื่อจัดการอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการหายใจลำบาก ปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องการอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละรายโดยไม่มีขีดจำกัดปริมาณสูงสุดที่ยอมรับได้ เพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย โดยมีการประเมินความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

- ถอดถอนท่อช่วยหายใจ (Extubation) เมื่อได้เวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น รวมทั้งถอดถอนเส้นสายหรืออุปกรณ์ฟุ้งงู้อื่นที่ไม่จำเป็นจากร่างกายผู้ป่วย ในบางครั้งการถอดท่อช่วยหายใจจะทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งจัดการอาการด้วยการให้ยากกลุ่ม Opioid ร่วมกับหัตถการ Jaw Thrust Maneuver จนกว่าผู้ป่วยจะสงบลงจากฤทธิ์ของยา (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 Jaw Thrust Maneuver¹¹

การดำเนินการหลังการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

- ประเมินและดูแลรักษาอาการไม่สบายอย่างต่อเนื่อง โดยหลังจากถอดถอนท่อช่วยหายใจแล้ว ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่ที่เหมาะสมในการติดตามอาการ และจัดการอาการต่างๆ ได้อย่างทันท่วงที จนกว่าอาการของผู้ป่วยได้รับการควบคุม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจแล้ว มักจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง⁹ หากผู้ป่วยยังหายใจได้และไม่เสียชีวิตในระยะเวลานั้น ควรย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและเหมาะสมในการดูแลต่อไป

- ผู้ป่วยที่มีอาการไม่สบายที่ควบคุมได้ยากหลังจากการถอดถอนท่อช่วยหายใจแล้ว อาจจำเป็นต้อง

ให้ยาระงับประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (Palliative Sedation) ในการจัดการอาการที่เหมาะสม

- การติดตามดูแลหลังการสูญเสีย (Bereavement Care) เพื่อดูแลเยียวยาครอบครัวและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย

- ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ระหว่างที่มสุขภาพและที่มดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

3. การยุติเครื่องพุงระบบไหลเวียนโลหิต

การให้ยาเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตหรือเครื่องพุงระบบไหลเวียนโลหิตต่างๆ อาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยบางรายที่มีอาการจากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว หากผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต กระบวนการดังกล่าวอาจไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ยกเว้นการยืดชีวิตผู้ป่วยตามความต้องการของญาติเพื่อดำเนินการทางด้าน

จิตใจหรือพิธีกรรมต่างๆ

การหยุดหัตถการเพื่อพุงระบบไหลเวียนโลหิต เช่น Defibrillator หรือ Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) ควรกำหนดระยะเวลาให้ชัดเจนตามหลักการทางการแพทย์ สภาวะผู้ป่วย ประโยชน์ที่จะได้รับ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของโรงพยาบาล อีกทั้งภาระการดูแลผู้ป่วยที่ตามมาในภายหลัง จำเป็นต้องมีการสื่อสารกับญาติถึงประเด็นทางการแพทย์ และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อค้นหาข้อสรุปในการดูแลผู้ป่วย และดำเนินการจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานทางกฎหมายต่อไป

4. การยุติการล้างไต

การยุติการล้างไตโดยใช้เครื่องฟอกไต มีการดำเนินการมากขึ้นด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์การดูแลทางการแพทย์ ร่วมกับความยินยอมของผู้ป่วยหรือญาติ ระยะเวลาในการมีชีวิตหลังการยุติการล้างไตจะขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย และรูปแบบการดำเนินชีวิต จำเป็นต้องวางแผนการดูแลอาการในผู้ป่วยไตวายในระยะสุดท้ายอย่างเป็นทางการ โดยให้การให้ยาที่จำเป็นร่วมกับการสื่อสารข้อมูลกับญาติผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

5. การยุติการบริหารยา

การหยุดให้ยาต่างๆ รวมถึงยาปฏิชีวนะขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การให้ยาอาจมีความจำเป็นในบางกรณี เช่น ลดไข้ ลดการอักเสบ หากร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถให้ยาได้ตามปกติ เช่น อาการบวมมาก อาจจำเป็นต้องให้ยาด้วยวิธีอื่น เช่น การให้ยาทางใต้ผิวหนัง อมใต้ลิ้น หรือเหน็บยาทางทวารหนัก โดยคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วย ผลประโยชน์ที่ได้รับ และการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างเท่าเทียม

6. การงดให้อาหารและสารน้ำ

การงดให้อาหารและสารน้ำนับว่าเป็นประเด็นเปราะบาง ในบางกลุ่มยังมีความเห็นว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยต้องได้รับ แต่ในบางประเทศถือว่าการงดการให้อาหารในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เป็นการผิดจริยธรรม ในทางการแพทย์หากผู้ป่วยมีสภาวะของโรคใน

ระยะสุดท้ายที่ร่างกายไม่สามารถรับอาหารได้อีกต่อไป หรือมีภาวะวิกฤต รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การให้สารน้ำหรืออาหารด้วยวิธีการต่างๆ จะสร้างความไม่สบายต่อผู้ป่วยได้มากเช่นกัน จำเป็นต้องมีการจัดการเป็นรายกรณี ด้วยการประชุมครอบครัว สื่อสารเกี่ยวกับสภาวะของโรค ความจำเป็นในการรับอาหาร ความไม่สบายของผู้ป่วยจากการให้อาหารในระยะสุดท้าย ร่วมกับความจำเป็นทางการแพทย์ในการจัดการอาการแบบประคับประคองและสภาวะโรคของผู้ป่วยด้วยความรอบคอบ โดยดำเนินการจัดการด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นองค์รวม

สรุป

การถอดถอนการพุงชีพสามารถดำเนินการได้ตามกฎหมายและหลักจริยธรรม หากการรักษาที่มีอยู่ไม่สามารถเยียวยาให้ผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว โดยสามารถดำเนินการได้ตามกระบวนการอย่างถูกต้องและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาลได้ การตัดสินใจจะทำโดยผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจที่แต่งตั้งโดยผู้ป่วย หรือในกรณีที่ไม่มีตัวแทนที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอาจตัดสินใจแทนได้ ซึ่งในหลายประเทศได้กำหนดให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนเมื่อไม่มีตัวแทนที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ป่วยก่อนหน้า โดยจัดเป็นลำดับชั้นทางกฎหมายสำหรับในประเทศไทย นักกฎหมายจำนวนหนึ่งลงความเห็นว่า การตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยญาติหรือผู้ใกล้ชิด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ระบุผู้ตัดสินใจแทนไว้ก่อนหน้านั้น สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ให้ยึดหลักการทางจริยธรรมที่ยังประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรับหรือเพิกถอนการพุงชีพ มักก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว การให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยการประชุมครอบครัว (Family Meeting)¹²⁻¹⁴ เป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้

ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและจัดการอาการอย่างเหมาะสมไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน รักษา

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเคารพในวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา รวมทั้งดูแลญาติให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งประคับประคองทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น ร่วมกับการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Palliative Care Society. Textbook of palliative care. KhonKaen: Thai Palliative Care Society; 2021.
2. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. EPEC Education for Physicians on End-of-Life Care; Module 5: Physician-assisted-suicide [Internet]. 1999[cited 2021 Feb 18]. Available from: https://kipdf.com/epec-physician-assisted-suicide-module-5-participant-s-handbook-education-for-ph_5b17e8307f8b9a311e8b45df.html
3. FitzPatrick WJ. The doctrine of double effect: intention and permissibility. *Philosophy Compass* 2012;7(3):183–96.
4. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. EPEC Education for Physicians on End-of -Life Care; Module 11: Withholding withdrawing therapy [Internet]. 1999 [cited 2021 Feb 18]. Available from: https://kipdf.com/epec-withholding-withdrawing-therapy-module-11-participant-s-handbook-education-_5ab0040e1723dd339c804002.html
5. O'Mahony S, McHugh M, Zallman L, Selwyn P. Ventilator withdrawal procedures and outcomes. Report of a collaboration between a critical care division and a palliative care service. *J Pain Symptom Manage* 2003;26:954-61.
6. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guideline for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA* 1991;265:1868-71.
7. White DB. Withholding and withdrawing ventilatory support in adults in the intensive care unit. *UpToDate* [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 13]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/withholding-and-withdrawing-ventilatory-support-in-adults-in-the-intensive-care-unit>
8. Treece PD, Engelberg RA, Crowley L, Chan JD, Rubenfeld GD, Steinberg KP, et al. Evaluation of a standardized order form for the withdrawal of life support in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:1141-8.
9. Cooke CR, Hotchkin DL, Engelberg RA, Rubinson L, Curtis JR. Predictors of time to death after terminal withdrawal of mechanical ventilation in the ICU. *Chest* 2010;138:289-97.
10. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the ethics committee of the society of critical care medicine. *Crit Care Med* 2001;29:2332-48.
11. Elbaih AH, Basyouni FH. Teaching approach of primary survey in trauma patients. *SunText Review of Surgery* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 14];1;1-7. Available from: <https://suntextreviews.org/doi/pdf/10.51737/2766-4767.2020.001>
12. White DB, Braddock CH 3rd, Berecknyei S, Curtis JR. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: opportunities for improvement. *Arch Intern Med* 2007; 167:461.
13. Seaman JB, Arnold RM, Scheunemann LP, White DB. An integrated framework for effective and efficient communication with families in the adult intensive care unit. *Ann Am Thorac Soc* [Internet]. 2017[cited 2022 Feb 14];14:1015-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5566311/pdf/AnnalsATS.201612-9650I.pdf>
14. White DB, Angus DC, Shields AM, Buddadhumaruk P, Pidro C, Paner C, et al. A randomized trial of a family-support intervention in intensive care units. *N Engl J Med* 2018;378:2365-75.