บทความฟื้นวิชา

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อภิชัย ลีละสิริ

ความตายเป็นสิ่งที่ติดตัวเราทุกคนตั้งแต่เกิด พุทธวาจานี้เป็นสัจธรรมที่เตือนเราอยู่เสมอ เมื่อเราเกิดมาแล้วและมีอายุเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมากขึ้นเท่าใด เราก็จะเข้าสู่ความตายเร็วขึ้นเท่านั้น ทุกคนไม่สามารถหลีกหนีความตายได้ เกิด แก่ เจ็บ ตาย จึงเป็นวัฏจักรของชีวิต ผู้คนส่วนใหญ่ก่อนจะเสียชีวิต จะมีการเจ็บป่วยนำมาก่อน แต่มีผู้โชคดีบางคนที่เสียชีวิตกระทันหันโดยไม่มีอาการใดนำมาก่อน แม้ว่าทุกคนไม่สามารถเลือกสถานที่เกิดได้ ถ้าทุกคนเลือกได้ คงอยากจะมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดกับครอบครัวและคนที่รัก และถ้าเสียชีวิตก็คงอยากเสียชีวิตในสถานที่ดี เงียบสงบ ในสภาพที่ดี ไม่เจ็บปวดทรมานก่อนเสียชีวิต

ในปัจจุบันเนื่องจากการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามาก ประชาชนมีอายุยืนขึ้น โรคที่สมัยก่อนไม่ค่อยพบ ปรากฏว่าพบมากขึ้นเช่น มะเร็ง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง เราต้องยอมรับว่าโรคหลายชนิดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เช่น มะเร็งในระยะลุกลาม (advanced cancer) เอดส์ แต่ควรจะมองในอีกด้านหนึ่งว่า โรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรัง ทำนองเดียวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เราจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้โดยไม่ทุกข์ทรมานหรือรบกวนคุณภาพชีวิตมากเกินไป ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ซึ่งสัมพันธ์กับการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคในระยะที่เป็นมาก ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ณ สถานที่นั้น ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเรื่อยๆและจะเสียชีวิตในที่สุดภายในระยะเวลาไม่นาน (เป็นวันหรือสัปดาห์) [1]

ตัวอย่างของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มะเร็งลุกลามไปตามอวัยวะต่างๆ และผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ ไม่สามารถให้การรักษาให้หายได้ เนื่องจากโรคดื้อต่อการรักษาที่มีอยู่ หรือผู้ป่วยมีสภาพร่างกายทรุดโทรม มีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ซึ่งไม่สามารถทนต่อการรักษามะเร็งได้

2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้ออย่างรุนแรงและมีภาวะช้อค (septic shock) มีสัญญาณชีพ (vital signs) ไม่คงที่ เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ เช่น ไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลว แม้จะได้ยาปฏิชีวนะอย่างเต็มที่รวมทั้งยาเพิ่มความดันโลหิต การใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสมองตายหรือเลือดออกในสมองเป็นบริเวณกว้าง หรือในตำแหน่งที่รักษาได้ยากเช่น ก้านสมอง และมีความดันในสมองสูงขึ้น (increased intracranial pressure) จนรบกวนการหายใจ ความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจ

4. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้าง มีหัวใจวายและภาวะน้ำท่วมปอดตามมา

5. ผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดของลำไส้อย่างรุนแรงและเป็นบริเวณกว้าง เกิดลำไส้ตายและการติดเชื้อในช่องท้องอย่างรุนแรง

6. ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อฉกฉวยโอกาสอย่างรุนแรง ได้ยาปฏิชีวนะไม่ดีขึ้น และผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านไวรัส และมีระดับ CD4 ต่ำมาก (น้อยกว่า 10 ต่อ ลบ.มม.)

7. ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายที่นอนติดเตียง (bed ridden) ไม่สามารถรักษาให้สมองดีขึ้น มีภาวะทุพโภชนาการ มีแผลกดทับรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ในสภาพความเป็นจริง บ่อยครั้งไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะบางครั้งแพทย์หยุดการรักษาทุกอย่างแล้วปรากฏว่าผู้ป่วยอาการไม่ทรุดลง บางรายอาการดีขึ้นสามารถกลับไปบ้านได้ แต่ภาวะดังกล่าวพบได้น้อย หรือผู้ป่วยมะเร็งบางราย ถ้าแพทย์นั้นไม่ได้ดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ต้น อาจไม่ทราบการพยากรณ์โรค ในกรณีเช่นนี้ควรสอบถามแพทย์เจ้า

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 4 มิถุนายน 2554 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 16 มิถุนายน 2554
ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ ***พ.อ.อภิชัย ลีละสิริ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400***

ของไข้โดยตรงหรือถามญาติที่ดูแลว่าได้ข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้อย่างไรบ้าง ถ้ายังไม่ทราบ ควรจะให้การรักษาปัญหาเฉพาะหน้าไปก่อนอย่างเต็มที่เช่น ปัญหาการติดเชื้อ ปัญหาการหายใจ หรือมีการติดตามสภาวะผู้ป่วยเป็นระยะ

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยหลักใหญ่ๆ คือ

1. ให้การควบคุมอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน (symptom control) อาการที่พบได้เสมอๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไข้สูง หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไอ เจ็บแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บแสบในปาก กลืนลำบาก ท้องเสีย ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึม ไม่รู้สึกตัว ชักเกร็ง กระตุก แผลกดทับ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมีสาเหตุจากมะเร็งทั้งทางตรงเช่น มะเร็งกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง หรือทางอ้อมเช่น paraneoplastic syndromes หรือเกิดจากการรักษาเช่น มีการอักเสบในช่องปากจากยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา หรือบวมอักเสบที่ผิวหนัง (thrombophlebitis) จากการให้ยาทางหลอดเลือด อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสียจากเคมีบำบัด ท้องผูกจากยาแก้ปวดชนิดมอร์ฟีน การตรวจรักษาต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรพิจารณาใช้ให้น้อยที่สุด เช่น การเจาะเลือด การให้ยาหรือสารน้ำทางเส้นเลือด การเอกซเรย์ต่างๆ ถ้าไม่จำเป็นควรจะตรวจ ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ เนื่องจากมีอาการปวดท้อง อาเจียนมาก หรือมีการอุดตันทางเดินอาหาร ไม่ควรให้ยารับประทาน ควรเปลี่ยนเป็นยาฉีดทางหลอดเลือดแทน หรือถ้าเป็นยาแก้ปวด อาจใช้เป็นยาปิดที่ผิวหนัง เช่น fentanyl patch

2. การรักษาเฉพาะโรค (disease management) ที่เป็นโรคที่ไม่หายขาด ได้แก่ การให้ palliative surgery รังสีรักษา เคมีบำบัด แม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เป็นการทำให้มีการควบคุมอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน ตัวอย่างที่เห็นได้แก่ การให้ TKIs (tyrosine kinase inhibitors) เช่น erlotinib และ gefitinib[2-5] รับประทานในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ดื้อต่อเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ อาการปวดกระดูกลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บางรายสามารถอยู่ได้นานกว่า 2-3 ปีหรือสามารถกลับไปประกอบอาชีพตามเดิมได้ก็มี ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ดื้อไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้แล้ว การให้ coticosteroids เช่น dexamethasone 4 มก.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หรือ methyprednisolone 1-2 มก.ต่อ กก. วันละครั้ง อาจช่วยบรรเทาอาการที่ก้อนไปกดได้บ้าง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ดื้อต่อการรักษา การให้ยา hydroxyurea 500-2000 มก.ต่อวัน รับประทาน จะทำให้ลดระดับเม็ดเลือดขาวที่สูงลงได้ ผู้ป่วยที่มีน้ำในช่องท้องจากมะเร็งและแน่นท้องมาก การเจาะระบายน้ำออกเป็นครั้งคราว จะช่วยบรรเทาอาการได้ ผู้ป่วยที่ม้ามโตมากและมีอาการปวดจาก splenic infarction การให้รังสีรักษาบริเวณม้ามร่วมกับให้ dexamethasone ฉีดในระยะสั้นๆ จะทำให้อาการปวดม้ามลดลง ผู้ป่วยที่มี obstructive uropathy จากมะเร็งกดเบียดไต หลอดไต การทำ percutaneous nephrostomy จะช่วยบรรเทาอาการลงได้

3. การดูแลทางด้านสังคมและจิตใจ (psychological care) เป็นสิ่งที่แพทย์ดูแลมักมองข้าม ไม่เห็นความสัมพันธ์ ซึ่งจริงๆ แล้วเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านจิตใจเสมอ เนื่องจากคิดว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตในเร็ววัน จะต้องพรากจากครอบครัวและบุคคลที่รัก ผู้ป่วยบางรายมีความกังวลถึงอนาคตครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเสาหลักของครอบครัว ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาค่าใช้จ่ายก็จะมีความกังวลเพิ่มขึ้น แพทย์ควรให้ความสำคัญและเข้าใจท่าทีของญาติด้วยเพราะญาติบางคนทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น การให้เวลาแก่ผู้ป่วยและญาติ การซักถามอาการในขณะตรวจผู้ป่วย การมองผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ท่าทีและน้ำเสียงของแพทย์ การสัมผัสในขณะตรวจร่างกาย การรับฟังความทุกข์ร้อนของผู้ป่วย เหล่านี้มีความสำคัญมากกว่ายารักษาต่างๆที่แพทย์สั่ง บ่อยครั้งที่แพทย์ไม่ต้องทำอะไรมาก เพียงรับฟังผู้ป่วยและให้กำลังใจ ผู้ป่วยก็จะรู้สึกดีขึ้นมาก

การรักษาอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อาการปวดพบได้บ่อยมากในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง[6,7] สาเหตุมักเกิดจากโรคเอง ได้แก่มะเร็งกระจายไปที่กระดูก มีกระดูกหัก มีการกดทับของเส้นประสาทหรือไขสันหลัง จากก้อนมะเร็งไปกดเบียดอวัยวะข้างเคียง มีบาดแผลจากการกดทับ (pressure sore) หรือจากหัตถการต่างๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายน้ำจากปอด ช่องท้อง มีการอักเสบของหลอดเลือด (thrombophlebitis) การอักเสบในช่องปาก มีการขาดเลือดของอวัยวะต่างๆ (infarction) เช่น ลำไส้ ม้าม ปอด มีการระคายเคืองของเยื่อหุ้มอวัยวะเช่น เยื่อหุ้มปอด เยื่อบุช่องท้อง

การประเมินอาการปวดควรทำเป็นประจำ โดยเริ่มจากตำแหน่งที่ปวด หาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร ต่อไปประเมินลักษณะอาการปวด ความรุนแรง ซึ่งอาจให้ผู้ป่วยประเมินโดยใช้ rating scale เช่นปวด

มากที่สุดให้คะแนน 10 ไม่ปวดให้คะแนน 0 ความถี่ของการปวด ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัวหรือมี dementia อาจประเมินความปวดโดยดู facial expression หรือการตอบสนอง motor response

ยาที่ใช้รักษาอาการปวด [8]

องค์การอนามัยโรคได้แนะนำการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ให้ใช้วิธีขั้นบันได โดยเริ่มด้วยยาดังนี้

1. ยาในกลุ่ม nonopioids ได้แก่ยา paracetamol, NSAIDS หรือ aspirin ถ้ายังไม่สามารถคุมอาการปวดได้ให้ใช้กลุ่มที่ 2 ได้แก่

2. ยากลุ่ม opioids ร่วมกับยาในกลุ่มที่ 1 ได้แก่ codeine ร่วมกับ paracetamol (Tylenol® with codeine) ซึ่งมีขนาด codeine 15 และ 30 มก. ร่วมกับ paracetamol 300 มก. (15/300 และ 30/300) ขนาด 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือ NSAIDS ร่วมกับ opioids ถ้าอาการปวดยังไม่ดีขึ้นใช้ยากลุ่มที่ 3 ได้แก่

3. ยากลุ่ม strong opioids ได้แก่ มอร์ฟีน pethidine, tramadol, fentanyl หรือ methadone ในปัจจุบันมียา ultracet ซึ่งประกอบด้วย tramadol 37.5 มก. ร่วมกับ paracetamol 325 มก. รับประทาน 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง (ขนาดมากที่สุด 8 เม็ดต่อวัน)

นอกจากวิธีขั้นบันได ยังอาจใช้วิธีที่เรียกว่า Jump start คือเริ่มด้วย strong opioids เลย ซึ่งอาจพิจารณาในผู้ที่เป็นมะเร็งกระจายไปที่กระดูก หรือผู้ที่มีอาการปวดมาก หรือ pain threshold ต่ำ ข้อดีของวิธีนี้คือทำให้ผู้ป่วยคลายความเจ็บปวดได้เร็ว และหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยากลุ่ม NSAIDS หรือ aspirin

4. ยาในกลุ่ม bisphosphonates[9,10] เช่น pamidronate ขนาด 90 มก.เข้าหลอดเลือดดำทุก 3-4 สัปดาห์ clodronate รับประทานขนาด 1,600 มก.ต่อวัน ibandronate รับประทานขนาด 50 มก.ต่อวันหรือ 6 มก.เข้าหลอดเลือดดำทุก 3-4 สัปดาห์ หรือ zoledronic acid ขนาด 4 มก.เข้าหลอดเลือดดำทุก 3-4 สัปดาห์ ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้ง osteoclast-mediated bone resorption ช่วยลดอาการปวดกระดูกและการเกิดกระดูกหักรวมทั้งภาวะแคลเซียมในเลือดสูง อาจได้ผลดีในผู้ป่วย metastatic bone disease จากมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอดและมะเร็งของ solid organs อื่นๆ หรือ myeloma แต่การใช้ยาต้องระวังในผู้ป่วยไตวายรวมทั้งการเกิด hypocalcemia และ osteonecrosis of jaw[11] ด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจให้รังสีรักษาเฉพาะที่บริเวณกระดูกที่ปวด จะช่วยลดอาการปวดได้เร็วเช่นกัน

5. ยากลุ่ม anticonvulsant เช่น gabapentin[12] (neurontin) ซึ่งได้ผลดีในผู้ป่วย non-malignant neuropathic pain เช่นพบในผู้ป่วยที่ปวดจากมีการระคายเคืองที่เส้นประสาทหรือไขสันหลัง อาจนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ปวดจากมะเร็งได้ (neuropathic cancer pain) ซึ่งถ้าใช้ร่วมกับยากลุ่ม opioids จะได้ผลดีขนาดยาเริ่มที่ 100-300 มก. รับประทานก่อนนอน หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเป็นขนาด 300-1,200 มก.ต่อวัน นอกจากนั้นยากลุ่ม tricyclic antidepressants เช่น amitriptyline (เริ่มที่ขนาด 10-25 มก.ก่อนนอน), nortriptyline (เริ่มที่ขนาด 10-25 มก.ก่อนนอน) หรือ desipramine (เริ่มที่ขนาด 10-25 มก.ก่อนนอน) สามารถใช้ร่วมกับ opioids รักษา neuropathic cancer pain ได้เช่นกัน

การใช้ opioids ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Opioid ที่ใช้บ่อยได้แก่ มอร์ฟีน ซึ่งมี 2 แบบ คือแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือใต้ผิวหนัง (ไม่แนะนำให้ฉีดเข้ากล้าม) และแบบรับประทาน ส่วนแบบเหน็บทวารหนักซึ่งได้ผลเทียบเท่าแบบรับประทานแต่ไม่ค่อยนิยมใช้ นอกจากนั้นยังมียา fentanyl, hydromorphone, oxycodone และ methadaone หลักในการใช้กลุ่ม opioids มีดังนี้

1. ถ้าผู้ป่วยรับประทานได้ ควรเริ่มด้วย มอร์ฟีนชนิด immediate-release 10 มก.ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าไม่มี อาจใช้ ชนิด slow-release ได้แก่ MST ซึ่งมีขนาด 10 และ 30 มก. และ Kapanol ซึ่งมีขนาด 20 และ 50 มก. ยาทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นกลุ่มยาเสพติด ดังนั้นแพทย์ที่สั่งใช้ยา ต้องเขียนใบควบคุม ยส. 10 ด้วยทุกครั้ง ยา MST ไม่ควรบดเพราะจะทำให้ฤทธิ์เปลี่ยนไปเป็นแบบ short-acting ดังนั้นผู้ป่วยที่จะต้องให้ยาทาง nasogastric (NG) tube ควรใช้ Kapanol เพราะสามารถเอาเม็ดยาที่มีขนาดเล็กๆ ออกจากแคปซูลแล้วนำมาผสมน้ำให้ทาง NG tube ได้ การสั่งยา MST หรือ Kapanol ควรเริ่มด้วยขนาดน้อยที่สุดก่อน เช่น MST 10 มก. 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง โดยกำหนดเวลาให้ชัดเจน เช่น เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. ไม่ควรสั่งเป็น bid อาจให้ยา short-acting เช่น tramadol 50-100 มก.รับประทานหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เข้ากล้ามหรือใต้ผิวหนัง ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือรับประทาน Tylenol® with codeine 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมงเสริม ในรายที่มีอาการปวดระหว่างยามื้อต่อไป (breakthrough pain) ผู้ป่วยที่ยังมีอาการปวดบ่อย อาจเพิ่มยา MST 10 มก. วันละ 3 ครั้ง เวลา 06.00 น. 14.00 น. และ 22.00 น. หลังจาก

นั้นถ้าอาการปวดยังไม่ดีขึ้น จึงเพิ่มขนาดยาเป็น MST 10 มก. 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมงและต่อไปเป็นทุก 8 ชั่วโมง ควรระมัดระวังการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ที่ไตทำงานไม่ปกติ เพราะอาจทำให้ได้ยาขนาดมากเกินไปเกิดการกดหายใจได้ มอร์ฟีนไม่มีขนาดของยาที่มากที่สุด (ceiling dose) ในรายงานหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยามอร์ฟีนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 100-250 มก.ต่อวัน

2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาชนิดรับประทานได้ อาจเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือใต้ผิว หนังในขนาด 1/3 ของที่ใช้รับประทานเช่นได้ MST รวมวันละ 60 มก. ให้เปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนฉีดวันละ 20 มก. โดยแบ่งให้ทุก 4 ชั่วโมง ปัญหาที่พบได้บ่อยคือแพทย์รวมทั้งญาติมักลังเลที่จะเริ่มยามอร์ฟีน ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องด้วยกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยาเสพติด ปัญหานี้น่าจะหมดไป ถ้าได้อธิบายให้ญาติเข้าใจว่า ผู้ป่วยน่าจะเสียชีวิตจากโรคก่อนที่จะเกิดการติดยา

3. Transdermal fentanyl เป็นยากลุ่ม opioids ที่ใช้ปิดผิวหนัง มีขนาด 25 และ 50 ไมโครกรัม แปะที่ผิวหนังทุก 72 ชั่วโมง ควรใช้แทนมอร์ฟีนในผู้ที่ได้ยาจนควบคุมอาการปวดได้แล้ว ไม่ควรจะใช้ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับยากลุ่ม opioids มาก่อน

4. ผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioids ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก (แพทย์ควรสั่งยาระบายให้ทุกราย) อาการง่วงซึม (มักดีขึ้นหลังให้ยาไปแล้ว 2-3 วัน) สับสน ปากแห้ง ปัสสาวะไม่ออก คันกดการหายใจ (มักพบในผู้ที่ได้ยาฉีดทางหลอดเลือด หรือได้ยาขนาดสูง มี limited pulmonary reserve หรือได้ยา benzodiazepines ร่วมด้วย)

5. ยา methadone ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง และโดยผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากยามี complex phrama cokinetics และมี half-life ยาว อาจเกิดผลข้างเคียงได้มากกว่ามอร์ฟีน

อาการคลื่นไส้อาเจียน[13,14]

พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง สาเหตุเกิดจากการรักษา เช่นได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา ยาแก้ปวดชนิดมอร์ฟีน ยา potassium elixir หรือเกิดจากโรคที่อยู่ภายในช่องท้อง เช่นมีการอุดตันของลำไส้ การอักเสบของเยื่อบุช่องท้อง (peritonitis) จากการติดเชื้อหรือจากมะเร็ง บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียนจากท้องผูก หรือภาวะทาง metabolic เช่น hypercalcemia หรือ uremia หรือมี increased intracranial pressure ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการดังกล่าว แพทย์จึงควรหาสาเหตุเสียก่อนแล้วพยายามแก้ไขสาเหตุเท่าที่จะทำได้ ในรายที่มีการอุดตันของลำไส้ การทำ nasogastric decompression จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

ยาที่ใช้รักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนมีหลายชนิด ส่วนใหญ่เป็นยาที่ยับยั้ง neuroreceptors ที่เกี่ยวข้องกับอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น serotonin antagonists (ondansetron 8 มก., granisetron 1-3 มก.), dopamine antagonist (metoclopramide 10 มก.), neurokinin-1 receptor antagonist (aprepiant) ยาเหล่านี้อาจพิจารณาฉีดเข้าหลอดเลือดดำในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ไม่ได้เกิดจากการอุดตันของทางเดินอาหาร หรือภาวะความดันในสมองสูง

อาการเบื่ออาหาร

เป็นอาการที่พบบ่อยเช่นกันในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพบระหว่างร้อยละ 6-74 ของผู้ป่วย ขึ้นกับชนิดและระยะของโรค พบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งของทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมักมีน้ำหนักลด อ่อนเพลียและภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย เรียก anorexia-cachexia syndrome[15,16] อาจเกิดจากการอักเสบในช่องปากหรือแผลในปาก นอกจากนั้นยังอาจเกิดจากยาชนิดต่างๆ ที่รักษาผู้ป่วย จึงควรพิจารณาให้ยาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น ผู้ป่วยหลายรายเกิดจาก depression จึงไม่มีความอยากรับประทานอาหาร หรือมีคลื่นไส้อาเจียนจากสาเหตุต่างๆ การให้ยากระตุ้นความอยากอาหารในกลุ่ม progestins[17,18] เช่น megestrol acetate 40-160 มก.ต่อวัน หรือ medroxyprogesterone acetate 500-1,000 มก.ต่อวันรับประทาน จะได้ผลดีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้นและทำให้มี sense of well being ดีขึ้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการบวม thrombophlebitis หรือน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งไม่น่าจะมีผลต่อการดำเนินโรคในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยากระตุ้นความอยากอาหารอย่างอื่นเช่น cyproheptadine หรือ pizotifen (mosegor) มักไม่ค่อยได้ผล

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารปกติได้ และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้นานกว่า 1-3 เดือน อาจพิจารณาให้ enteral หรือ parenteral feeding ในปัจจุบันมีอาหารสำเร็จรูปที่ใช้สะดวก เช่น panenteral, isocal, neomune ซึ่งให้พลังงานได้ดี ให้ทาง NG tube หรือรับประทานทางปากก็ได้ หรือจะใช้อาหารที่ทำเอง (blenderized diet) ก็ได้แต่ต้องระวังความสะอาดให้ดี ส่วนการให้ parenteral nutrition ก็ควรพิจารณาให้ดีเนื่องจากต้องให้ทาง

หลอดเลือด ในปัจจุบันมีอาหารสำเร็จรูป เช่น Kabiven ให้ทางหลอดเลือดดำ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถให้รับประทานได้

อาการเหนื่อย (dyspnea)[19]

พบได้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มะเร็งกระจายมาที่ปอดหรือเยื่อหุ้มปอด ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรัง (COPD) และผู้ป่วยที่มีหัวใจวาย ผู้มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำและผู้ที่มีภาวะเป็นกรด (acidosis) การตรวจร่างกายจะพบว่ามีหายใจเร็ว ผู้ป่วยอาจมี cyanosis หรือนอนราบไม่ได้ อาการดังกล่าวทำความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมาก ดังนั้นจึงควรให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยทาง nasal cannula หรือทาง face mask ซึ่งจะทำให้เกิดความรำคาญมากกว่าในผู้ป่วยที่หอบและหายใจเร็วอยู่นาน อาจเกิด exhaustion ได้ ดังนั้นจึงควรรักษาอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว ด้วยการให้ยากลุ่มมอร์ฟีน เข้าหลอดเลือด เพื่อทำให้ผู้ป่วยสงบ มักผสมมอร์ฟีน 50-100 มก.ในน้ำเกลือ NSS 100 มล. หยดเข้าหลอดเลือดดำ เริ่มที่ขนาดต่ำๆ ประมาณ 5-10 micro drop ต่อนาที ซึ่งเท่ากับ 5-10 มล. (ประมาณ 5-10 มก.) ต่อชั่วโมง โดยใช้ Infusion pump และปรับขนาดได้ครั้งละ 5-10 micro drop ถ้ายังเหนื่อยอยู่ ไม่ควรให้ขนาดสูงเกินไป เพราะจะกดการหายใจได้ อนึ่งการให้มอร์ฟีนหยดทางหลอดเลือดดำนี้ อาจนำมาใช้ในผู้ที่มีอาการปวดรุนแรงได้เช่นกัน

การรักษาตามอาการอย่างอื่น

แพทย์ควรเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ เพราะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว บางครั้งผู้ป่วยมีไข้ ปัสสาวะไม่ออก หรือแน่นท้องจากน้ำในช่องท้อง ควรให้การรักษาใดๆ ก็ตามที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายขึ้น ถ้าคิดว่าการรักษานั้นมีประโยชน์ มากกว่าผลเสีย ควรให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ตามการดำเนินของโรค ไม่ควรเร่งให้เสียชีวิตโดยเร็ว หรือยืดให้ผู้ป่วยเสียชีวิตช้าลง (prolong death) หัตถการใดๆที่ไม่มีความจำเป็นและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เช่น การใส่ท่อหายใจ การเจาะคอ การปั๊มหัวใจ การใส่ central line ควรจะหลีกเลี่ยง เพราะไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหรือดีขึ้น แพทย์ควรสื่อสารกับญาติถึงการดำเนินโรคตามความเป็นจริงเพื่อจะได้มีการเตรียมพิธีการต่างๆ การอนุญาตให้มีการทำพิธีต่างๆก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เช่นนิมนต์พระสงฆ์หรือบาทหลวงมาสวดหรือรับบิณฑบาต หรือเปิดเทปธรรมะ สามารถทำได้ เพื่อให้เกิดความสบายใจกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งเจ้าหน้าที่ด้วย

สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นศิลปะทางการแพทย์อย่างหนึ่ง ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เจ็บปวดน้อยที่สุด การใช้ศาสตร์หรือวิชาการ อาจมีความสำคัญน้อยกว่าแต่แพทย์และผู้ดูแลควรที่จะต้องเข้าใจในเรื่องยาต่างๆที่จะช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วย เช่นอาการเจ็บปวด อาการเหนื่อยหอบ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านระยะนี้ไปอย่างดีที่สุด โดยมีจุดหมายปลายทางคือให้ผู้ป่วยมีการตายที่ดี (good death) นั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. *Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2008;148:141-46.*
2. *Azzoli CG, Baker S, Jr, Temin S, et al. American Society of Clinical Oncology Practice guideline on chemotherapy for stage IV non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol 2009;27:1-16.*
3. *Ranson M, Mansoor W and Jayson G. ZD1839 (Iressa): a selective EGFR-TK inhibitor. Expert Rev Anticancer Ther 2002;2:161-8.*
4. *Marinis F and Grossi F. Clinical evidence for second-and third-line treatment options in advanced non-small cell lung cancer. The Oncologist 2008;13 (suppl1):14-20.*
5. *Ramalingam S and Sandler AB. Salvage therapy for advanced non-small cell lung cancer: Factors influencing treatment selection. The Oncologist 2006;11:655-65.*
6. *Moynihan TJ. Use of opioids in the treatment of severe pain in terminally ill patients-Dying should not be painful. Mayo Clin Proc 2003;78:1397-401.*
7. *Van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol 2007;18:1437-49.*
8. *Ballantyne JC and Mao J. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med 2003;349:1943-53.*
9. *Gridelli C. The use of bisphosphonates in elderly cancer patients. The Oncologist 2007;12:62-71.*
10. *Den Wyngaert TV, Huizing MT, Fossion E, Vermorken JB. The Oncologist 2009;14:181-91.*
11. *Tanvetyanon T, Stiff PJ. Management of the adverse effects associated with intravenous bisphosphonates. Ann Oncol 2006;17:897-907.*
12. *Caraceni A, Zecca E, Bonezzi C, et al. Gabapentin for neuropathic cancer pain: A randomized controlled trial from the Gabapentin Cancer Pain Study Group. J Clin Oncol 2004;22:2909-17.*
13. *Naeim A, Dy SM, Lorenz KA, et al. Evidence-based recommendations for cancer nausea and vomiting. J Clin Oncol 2008;26:3903-10.*

14. *Rhodes VA and McDaniel RW. Nausea, vomiting, and retching: Complex problems in palliative care. CA Cancer J Clin 2001;51:232-48.*
15. *Imui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research management. CA Cancer J Clin 2002;52:72-91.*
16. *Tisdale MJ. Wasting in cancer. J Nutr 1999;129:243S-6S.*
17. *Maltoni M, Nanni O, Scarpi E, et al. High-dose progestins for the treatment of cancer anorexia-cachexia syndrome: A systematic review of randomized clinical trials. Ann Oncol 2001;12:289-300.*
18. *Mantovani G, Macciò A, Madeddu C, et al. Randomized phase III clinical trial of five different arms of treatment in 332 patients with cancer cachexia. The Oncologist 2010;15:200-11.*
19. *Ben-Aharon I, Gafter-Gvili A, Paul M, et al. Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review. J Clin Oncol 2008;26:2396-404.*