

ระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นมะเร็งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS)

มาลินี พิสุทธิโกศล, พบ.อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, อว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองมีผลให้การอยู่รอดและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบมาตรฐาน การทำนายระยะเวลารอดชีวิตที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญซึ่งเครื่องมือที่สามารถใช้ได้และได้รับความนิยมมีหลายเครื่องมือ Palliative Performance Scale (PPS) เป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการนำมาทำนายระยะเวลารอดชีวิตสามารถประเมินได้อย่างไม่ซับซ้อน การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำ PPS version 2 มาใช้ฉบับภาษาไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองกลุ่มมะเร็งเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

วิธีการศึกษา: เป็นงานวิจัยแบบ Retrospective cohort study ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองกับศูนย์พลังใจ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2,299 คน เกณฑ์คัดเข้าคือเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีข้อมูลครบถ้วนทั้งคะแนน PPS แรกรับน้อยกว่า 60 และระยะเวลารอดเป็นวัน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนระหว่าง 1 มกราคม 2558 ถึง 31 มีนาคม 2561 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 774 คน สถิติที่ใช้ประกอบไปด้วย ความถี่ ร้อยละ Kaplan-Meier (KM) survival curves median 95% CI Log-rank tests Specificity และ Sensitivity

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 774 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 443 คน (ร้อยละ 57.2) แบ่งตามการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 497 คน (ร้อยละ 64.2) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง 277 คน (ร้อยละ 35.8) ผลการศึกษาระยะเวลารอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่าที่ระดับ PPS 30 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยมะเร็งมีระยะเวลารอดชีวิตมากกว่า Log Rank (p-value 0.001) แต่ที่ระดับคะแนนอื่นๆกลับพบว่าผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งมีระยะเวลารอดชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนการนำคะแนนแต่ละ PPS มาทำนายระยะเวลารอดชีวิตทั้งในกลุ่มมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง มีค่า Specificity ค่อนข้างสูงคือร้อยละ 71.4-100 แต่มีค่า Sensitivity ต่ำคือร้อยละ 2.9-59.8

สรุปผลการศึกษา: สามารถใช้คะแนน PPS ทำนายระยะเวลารอดชีวิตได้ไม่แตกต่างกันทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งและสามารถใช้ค่าคะแนน PPS มาใช้ทำนายระยะเวลารอดชีวิตได้แต่ไม่สามารถใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, Palliative Performance Scale, ระยะเวลารอดชีวิต

Using Palliative Performance Scale (PPS) to predict survival lengths of palliative care patients with and without cancer

Malinee Pisuthigosa MD, Dip.Thai Board of Family Medicine, Dip.,Thai Board of Preventive Medicine (Community Mental Health)

Abstract

Research Background and Importance: Palliative care is crucial for prolonging lives and providing higher living standards in crisis patients. It is important to have a successful tool for predict survival lengths, and this is where Palliative Performance Scale (PPS) may be able to play a role.

Despite the fact that PPS is accepted for its reliability in predicting survival length and for its convenient application. Consequently, the question of whether PPS would predict different lengths of survival among these two groups of patients has yet to be answered.

Methodology: This was a retrospective cohort study on patients who had obtained palliative care at *Palang Jai* Center, or The Center of Patient Empowerment, at KhonKaen Hospital. The total population included 2,299 patients aged 15 years and older. The data collection process was conducted from January 1, 2015 to March 31, 2018. Statistics used for data analysis were: frequency, percentile, Kaplan-Meier (KM) survival curves, medians reported with their 95% Confidence Interval (CI), log-rank tests, specificity and sensitivity.

Results: Out of the total 2,299 patients who had obtained palliative care from KhonKaen Hospital, 774 patients were recruited for this research. The majority, 443 patients, was male (57.2%). There were 497 cancer patients (64.2%). and 277 non-cancer patients (35.8%). A comparison of survival lengths between cancer and non-cancer patients using PPS scores revealed that cancer patients with a PPS score of 30 had a significantly longer length of survival than their non-cancer counterparts (log-rank p-value >0.001). There was no significant difference in survival lengths between cancer and non-cancer patients with other PPS scores. The use of PPS scores for predicting survival lengths among the two groups of patients had high specificity (71.4-100 %) and low sensitivity (2.9-59.8%).

Conclusion: The PPS can be used to predict different lengths of survival among cancer and non-cancer patients, but it should not be used in the patient screening process.

Keywords: Palliative care, Palliative Performance Scale, Survival time

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองมีผลให้ระยะเวลารอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบมาตรฐาน (standard care) มีอาณัติที่ดีกว่า ได้รับการจัดการอาการดีกว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจ และประหยัดงบประมาณด้านสุขภาพ ดังนั้นการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้เข้าถึง การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะต้น การทำนายระยะเวลารอดชีวิตที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปกับการรักษาตัวโรคและการรักษาภาวะแทรกซ้อน¹⁻²

การประเมินการทำนายระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลายอย่างทั้งระยะของโรค ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ สภาวะของผู้ป่วย รวมทั้งอาการต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น อาการสับสน อาการกลืนลำบาก อาการเบื่ออาหาร อาการหายใจหอบ การอักเสบ ภาวะขาดอาหาร ทักษะในการประเมินของแพทย์³⁻⁴ เครื่องมือที่สามารถใช้ได้ดีและได้รับความนิยมมีหลายเครื่องมือ เช่น 1.PPS⁵⁻⁹ 2.Palliative Prognostic Index (PPI)¹⁰ 3.Palliative Prognostic Score (PaP)¹¹

Palliative Performance Scale (PPS) เป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือที่สามารถนำมาประเมินระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคอง⁵⁻⁹ คะแนนประเมินจะอยู่ในช่วง 0-100 เปอร์เซนต์โดยจะมีการประเมินผู้ป่วยจาก 5 องค์ประกอบคือ 1. การเคลื่อนไหว (Ambulation) 2. กิจกรรมและการลุกลามของโรค (Activity and evidence of disease) 3. การดูแลตนเอง (Self care) 4. การรับประทานอาหาร (Intake) 5. ระดับความรู้สึกตัว (Conscious level)¹² เครื่องมือที่ใช้ในการทำนาย (Prognostic Tools) สภาวะของผู้ป่วยแบบประคับประคองคือ PPS version 2 ที่ได้รับแปลเป็นภาษาไทยโดยโรงพยาบาลสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่ และได้ทำการทดสอบเครื่องมือพบว่ามีความน่าเชื่อถือสามารถนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้ดี⁵ โดย PPS สัมพันธ์กับระยะเวลารอดชีวิต (survival time) ของผู้ป่วย⁵⁻⁶ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS 10, 20, 30, 40 และ 50 วัน จะมีค่าเฉลี่ยของ

ระยะเวลารอดชีวิตที่ 5, 14, 32, 65 และ 58 วัน³

การทำนายระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยทั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งจากจากการใช้การคาดการณ์จากแพทย์แต่ละสาขาและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยมีความคลาดเคลื่อนกับระยะเวลารอดชีวิตจริงของผู้ป่วย โดยพบว่าค่ามัธยฐานของการอยู่รอดจากการคาดการณ์ (estimate median survival) ที่ 14-219 วัน ในขณะที่ค่ามัธยฐานของการอยู่รอดจริง (actual median survival) อยู่ที่ 10-126 วัน ซึ่งค่ามัธยฐานของการอยู่รอดจากการคาดการณ์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยการอยู่รอดจริง (underestimate) 86 วัน และมากกว่าค่าเฉลี่ยการอยู่รอดจริง (overestimate) 93 วัน¹³ ดังนั้นการใช้เครื่องมือที่น่าเชื่อถือในการทำนายระยะเวลารอดชีวิตจึงมีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

PPS เป็นเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และมีความน่าเชื่อถือในการนำมาทำนายระยะเวลารอดชีวิตสามารถประเมินได้อย่างไม่ซับซ้อน ได้รับความนิยมทั่วโลกและใช้ได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งแต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบว่าในการทำนายระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมีความแตกต่างกันหรือไม่⁵⁻⁹ ดังนั้นการศึกษานี้จึงนำ PPS version 2 ฉบับภาษาไทย มาทำนายระยะเวลารอดชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเร็วขึ้น ได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสมเพียงพอผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบ ความน่าเชื่อถือในการทำนายระยะเวลารอดชีวิตขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น เครื่องมือที่ใช้ ทักษะในการประเมินของแพทย์ สภาวะของโรค อาการและสภาวะของผู้ป่วย¹⁰⁻¹¹

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการใช้ PPS version 2 ทำนายระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มที่เป็นมะเร็งกับไม่ใช่มะเร็ง

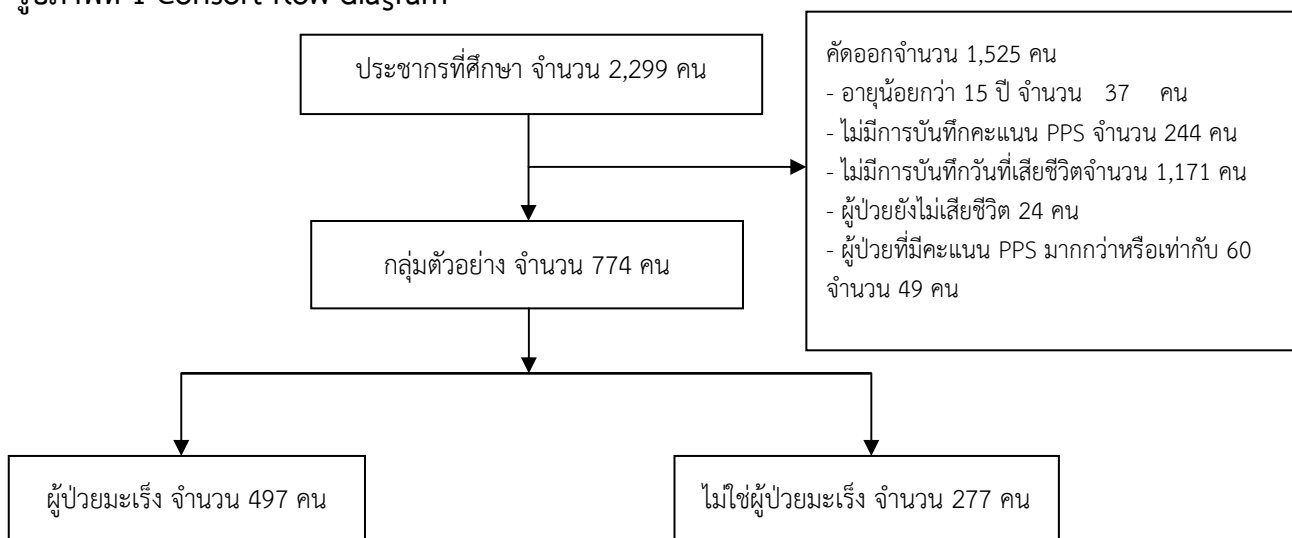
วิธีการศึกษา

เป็นงานวิจัยแบบ Retrospective cohort study ทำการศึกษาจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน และแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ของศูนย์ พลังใจ โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 มีนาคม 2561 จำนวน 2,299 คน เกณฑ์คัดเข้าคือเพศชายและเพศหญิงที่มี อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีคะแนน PPS แรกรับน้อยกว่า

หรือเท่ากับ 60 เสียชีวิตแล้วและสามารถนับระยะเวลา รอดชีวิตได้ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 774 คน

ข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย ประกอบไป ด้วย 1. PPS ประเมินเมื่อแรกรับ 2. ระยะเวลารอดชีวิต หน่วยเป็นวัน คำนวณจากวันที่ประเมิน PPS จนถึงวันที่ ผู้ป่วยเสียชีวิต 3. เพศ 4. อายุ แบ่งเป็น 4 ช่วงอายุ การ แบ่งผู้ป่วยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่เป็นมะเร็งกับไม่ใช่มะเร็ง อายุของผู้ป่วยจะแบ่งช่วงเป็นน้อยกว่า 45 ปี 46 ถึง 64 ปี 65 ถึง 84 ปี และ อายุมากกว่า 85 ปี

รูปภาพที่ 1 Consort flow diagram



การวิเคราะห์ข้อมูล

เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคและ PPS ใช้สถิติพรรณนาประกอบไปด้วยความถี่ ร้อยละ การวินิจฉัยโรค และ PPS ใช้สถิติวิเคราะห์ Kaplan-Meier (KM) survival curves เปรียบเทียบระยะเวลารอดชีวิตระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งในแต่ละ PPS โดยใช้ median, 95% CI และ Log-rank tests และใช้ Diagnostic test เพื่อใช้ในการคำนวณค่า Specificity และ Sensitivity ในการใช้คะแนน PPS ทำนายระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KE61055 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2561

ผลการศึกษา

โดยผลการศึกษาเป็นดังนี้

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง 774 คน (ไม่เข้าเกณฑ์ 1,525 คน) จากประชากร 2,299 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 443 คน ร้อยละ 57.2 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 46-64 ปี และ 65-84 ปี ร้อยละ 39.8 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม แบ่งตามการวินิจฉัยโรค เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 497 คน (ร้อยละ 64.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.5 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง 277 คน (ร้อยละ 35.8) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.3 คะแนน PPS แรกรับที่ส่งมาปรึกษาศูนย์ พลังใจมากที่สุดคือ คะแนน PPS 30% คิดเป็นร้อยละ 32.1 รองลงมาคือ คะแนน PPS 10% เป็นร้อยละ 30.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (N=774)

ลักษณะที่ศึกษา	ทั้งหมด (N=774)		วินิจฉัยโรค:				p-value
			มะเร็ง (N=497)		ไม่ใช่มะเร็ง (N=277)		
			ร้อยละ 64.2		ร้อยละ 35.8		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ:							0.200
ชาย	443	57.2	276	55.5	167	60.3	
อายุ (ปี):							<0.001
ต่ำกว่า 45	88	11.4	55	11.1	33	11.9	
46 - 64	308	39.8	235	47.3	73	26.4	
65 - 84	308	39.8	180	36.2	128	46.2	
85 ขึ้นไป	70	9.0	27	5.4	43	15.5	
PPS แรกรับ:							<0.001
PPS 10%	233	30.1	99	19.9	134	48.4	
PPS 20%	115	14.9	67	13.5	48	17.3	
PPS 30%	249	32.1	179	36.0	70	25.3	
PPS 40%	119	15.4	104	20.9	15	5.4	
PPS 50%	58	7.5	48	9.7	10	3.6	

ระยะเวลารอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยใช้คะแนน PPS แรกรับ

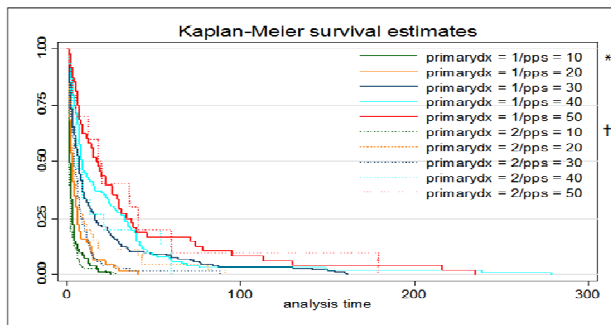
ผลการศึกษา พบว่า ที่คะแนน PPS 30% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วย

มะเร็งมีระยะเวลารอดชีวิตมากกว่า (Log Rank P-value 0.001) ส่วนที่คะแนน PPS อื่นๆพบว่าผู้ป่วยมะเร็งกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งมีระยะเวลารอดชีวิตไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระยะเวลารอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งตามระดับคะแนน PPS แรกรับ (N=774)

ระดับคะแนน PPS	ระยะเวลารอดชีวิต(วัน)				Hazard Ratio	95%CI	Stratified log-rank test p-value
	มะเร็ง (N=497)		ไม่ใช่มะเร็ง (N=277)				
	Median	95%CI	Median	95%CI			
PPS							0.056
PPS 10%	1	1-2	1	1-1	1.2	0.9, 1.5	0.214
PPS 20%	3	2-4	3	2-6	0.7	0.5, 1.1	0.087
PPS 30%	7	5-8	4	3-6	1.6	1.2, 2.1	0.001
PPS 40%	9	7-15	6	2-13	1.1	0.7, 2.0	0.663
PPS 50%	17	9-26	18	1-41	1.0	0.5, 2.0	0.917

รูปที่ 2 ระยะเวลารอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ตามคะแนน PPS



*Primarydx 1 = ผู้ป่วยมะเร็ง ที่ PPS 10-50

†Primarydx 2 = ผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่ PPS 10-50

Diagnostic test ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง

พบว่าการใช้คะแนน PPS ทำนายระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีค่า Specificity ระหว่างร้อยละ 76.8-96.4 ค่า Sensitivity อยู่ระหว่าง ร้อยละ 8.0-34.0 ค่า Positive predictive value อยู่ระหว่างร้อยละ 83.3-94.2 และค่า Negative predictive value อยู่ระหว่างร้อยละ 8.0-61.7

พบว่าการใช้คะแนน PPS ทำนายระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมีค่า Specificity ระหว่างร้อยละ 71.4-100 ค่า Sensitivity อยู่ระหว่าง ร้อยละ 2.9-59.8 ค่า Positive predictive value อยู่ระหว่างร้อยละ 80-100 และค่า Negative predictive value อยู่ระหว่างร้อยละ 1.9-44.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 Diagnostic test ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (N=497) และไม่ใช่มะเร็ง (N=277)

คะแนน PPS	Sensitivity (95%CI)	Specificity (95%CI)	Likelihood ratio (+) (95% CI)	Likelihood ratio (-) (95% CI)	Positive predictive value (95% CI)	Negative predictive value (95% CI)	Accuracy (95%CI)
ผู้ป่วยมะเร็ง (497 คน)							
10%	34.0% (28.2% - 40.1%)	96.2% (93.2% - 98.1%)	8.9 (4.9 - 16.2)	0.7 (0.6 - 0.8)	88.9% (81% - 94.3%)	61.7% (57.1% - 66.3%)	0.7 (0.6 - 0.7)
20%	16.1% (12.5% - 20.1%)	96.4% (92.3% - 98.7%)	4.4 (2.0 - 10.1)	0.9 (0.8 - 0.9)	91% (81.5% - 96.6%)	33.4% (29.2% - 37.8%)	0.4 (0.4 - 0.5)
30%	34.8% (30.4% - 39.4%)	76.8% (67.1% - 84.9%)	1.5 (1.0 - 2.2)	0.8 (0.7 - 1.0)	87.7% (82% - 92.1%)	19.9% (15.9% - 24.3%)	0.4 (0.4 - 0.5)
40%	19.5% (16.1% - 23.2%)	86% (72.1% - 94.7%)	1.4 (0.7 - 3)	0.9 (0.8 - 1.0)	94.2% (87.9% - 97.9%)	8.37% (6.0% - 11.4%)	0.3 (0.2 - 0.3)
50%	8.0% (5.8% - 10.8%)	83.3% (69.8% - 92.5%)	0.5 (0.2 - 1.0)	1.1 (1.0 - 1.3)	83.3% (69.8% - 92.5%)	8.0% (5.8% - 10.8%)	0.2 (0.1 - 0.2)
ผู้ป่วยไม่ใช่มะเร็ง (277 คน)							
10%	59.8% (52.7% - 66.6%)	84.4% (74.4% - 91.7%)	3.9 (2.3 - 6.5)	0.5 (0.4 - 0.6)	91% (84.9% - 95.3%)	44.2% (36% - 52.6%)	0.2 (0.2 - 0.3)
20%	15.9% (11.6% - 21%)	72.4% (52.8% - 87.3%)	0.6 (0.3 - 1.1)	1.2 (1.0 - 1.5)	83.3% (69.8% - 92.5%)	9.01% (5.7% - 13.4%)	0.1 (0.2 - 0.3)
30%	25.5% (20.4% - 31.1%)	85.7% (57.2% - 98.2%)	1.8 (0.5 - 6.5)	0.9 (0.7 - 1.1)	97.1% (90.1% - 99.7%)	5.7% (3.0% - 9.7%)	0.1 (0.0 - 0.1)
40%	5.4% (3.1 - 8.8%)	100% (39.8% - 100%)	NA	1.0 (1.0 - 1.0)	100% (78.2% - 100%)	1.5% (0.4% - 3.8%)	0.1 (0.0 - 0.1)
50%	2.9% (1.3% - 5.7%)	71.4% (29% - 96.3%)	0.1 (0.0 - 0.4)	1.1 (0.9 - 2.1)	80% (44.4% - 97.5%)	1.9% (0.6% - 4.3%)	0.1 (0.0 - 0.1)

อภิปราย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วยที่ส่งมารับการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้การทำนายจากคะแนน PPS แรกเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษาจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้วเป็นผู้ป่วยที่เป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินโรค ซึ่งเป้าหมายในการรักษาคือการดูแลแบบองค์รวมทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆที่จะเกิดขึ้นในช่วงก่อนเสียชีวิตและใกล้เสียชีวิต เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

จากผลการศึกษาระยะเวลารอดชีวิตตามคะแนน PPS พบว่าคะแนน PPS ที่ต่ำสัมพันธ์กับระยะเวลารอดชีวิตที่ต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่เคยทำมาก่อนหน้านี้^{6-7,14-15} โดยระยะเวลารอดชีวิตในกลุ่มมะเร็งต่ำสุดคือที่ร้อยละคะแนน PPS 10, 20, 30, 40 และ 50 โดยพบว่า median survival time 1, 3, 7, 9 และ 17 วันตามลำดับ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาที่เคยทำการศึกษามาก่อน^{7,15} ดังนั้นผู้ป่วยที่มีร้อยละคะแนน PPS ต่ำกว่า 50 จะมีระยะเวลารอดชีวิตต่ำจึงควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการที่เหมาะสมเร็วขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ส่งมาดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีคะแนน PPS ที่ต่ำคือเป็นผู้ป่วยที่คะแนน PPS ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่เริ่มต้น (early palliative care) ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการดูแลด้านอื่นมากขึ้นเช่นด้านจิตใจ แพทย์ผู้ดูแลทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งและด้านการดูแลประคับประคองได้ทำงานร่วมกันมากขึ้น¹⁶ การดูแลแบบประคับประคองมีผลให้ระยะเวลารอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบมาตรฐาน (standard care) มีอารมณ์ที่ดีกว่า ได้รับ

การจัดการอาการดีกว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจ และประหยัดงบประมาณด้านสุขภาพ ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะต้น จึงมีความสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปกับการรักษาตัวโรคและการรักษาภาวะแทรกซ้อน¹⁻²

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลารอดชีวิตโดยแยกตามคะแนน PPS เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกับไม่ใช่มะเร็งพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นที่คะแนน PPS 30 ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระยะเวลารอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสรุปว่าสามารถใช้คะแนน PPS ทำนายระยะเวลารอดชีวิตได้ไม่แตกต่างกันทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ส่วนการนำคะแนนแต่ละ PPS มาทำนายระยะเวลารอดชีวิตทั้งในกลุ่มมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งพบว่ามีความ Specificity ค่อนข้างสูงคือร้อยละ 71.4-100 แต่มีค่า Sensitivity ต่ำคือร้อยละ 2.9-59.8 ค่า Positive predictive value สูงทั้งกลุ่มที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ส่วนค่า Negative predictive value ต่ำทั้งสองกลุ่มเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้คะแนน PPS มาทำนายระยะเวลารอดชีวิตได้อย่างน่าเชื่อถือ แต่ไม่สามารถใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยได้

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากบันทึกเวชระเบียนทางการแพทย์ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถเก็บได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จะเห็นได้จากข้อมูลผู้ป่วย 2,299 คน สามารถนำมาศึกษาได้เพียง 774 คน ซึ่งหากสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนทั้งหมดจะทำให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้คะแนน PPS ทำนายระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองพบว่าคะแนน PPS ที่ต่ำสัมพันธ์กับระยะเวลารอดชีวิตที่ต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่คะแนน PPS น้อยกว่า 30 ดังนั้นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเร็วขึ้นตั้งแต่ PPS ที่สูงกวานี้ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจัดการอาการที่เหมาะสมทันเวลาทุก

มิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการไม่สบายต่างๆ และเสียชีวิตอย่างสงบ

2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรเป็นการเก็บข้อมูลแบบเก็บไปข้างหน้าเพื่อความครบถ้วนของข้อมูล อีกทั้งสามารถกำหนดตัวแปรอื่นๆ ที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมได้

เอกสารอ้างอิง

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42.

2. Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, Pirl WF, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med* 2013;173(4):283–90.

3. Gwilliam B, Keeley V, Todd C, Gittins M, Roberts C, Kelly L, et al. Development of Prognosis in Palliative care Study (PiPS) predictor models to improve prognostication in advanced cancer: prospective cohort study. *BMJ* 2011;343:d4920.

4. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327(7408):195–8.

5. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliat Med*. 2012 Dec;26(8):1034–41.

6. Head B, Ritchie CS, Smoot TM. Prognostication in hospice care: can the palliative performance scale help? *J Palliat Med*. 2005 Jun;8(3):492–502.

7. Lau F, Maida V, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage* 2009;37(6):965–972.

8. British Columbia. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: pain and symptom management [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 26]. Available from : <https://bit.ly/2r0ZBkh>

9. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12(1):5–11.

10. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 1999;7(3):128–33.

11. Tarumi Y, Watanabe SM, Lau F, Yang J, Quan H, Sawchuk L, et al. Evaluation of the Palliative Prognostic Score (PaP) and routinely collected clinical data in prognostication of survival for patients referred to a palliative care consultation service in an acute care hospital. *J Pain Symptom Manage* 2011;42(3):419–31.

12. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2 [Internet]. 2006 [cited 2018 Apr 26]. Available from: <https://bit.ly/2HskWhV>

13. White N, Reid F, Harris A, Harries P, Stone P. A Systematic Review of Predictions of Survival in Palliative Care: How Accurate Are Clinicians and Who Are the Experts? *PloS One*. 2016;11(8): e0161407.

14. Lau F, Downing GM, Lesperance M, Shaw J, Kuziemy C. Use of Palliative Performance Scale in end-of-life prognostication. *J Palliat Med* 2006;9(5): 1066–75.

15. Harrold J, Rickerson E, Carroll JT, McGrath J, Morales K, Kapo J, et al. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? *J Palliat Med* 2005 ; 8(3):503–9.

16. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 2]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3).