

การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล
Non-Beneficial Treatments in Hospitalized Advance Stage Cancer Patients

สุนีย์ ณีษะนันท์ วท.ม.

อายุรแพทย์มะเร็ง

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

จังหวัดนครสวรรค์

Sunee Neesanun M.sc.

Medical Oncologist

Department of Internal medicine

Sawanpracharak Hospital

Nakhonsawan

สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร

Sawanpracharak Medical Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562

Vol. 16 No. 1 January – April 2019

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษารูปแบบการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าและการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์
- สถานที่ศึกษา** : โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- รูปแบบการวิจัย** : การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา
- กลุ่มตัวอย่าง** : ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทุกคนที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ระหว่าง ตุลาคม 2560 ถึง มีนาคม 2561 จำนวน 110 คน
- วิธีการศึกษา** : ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยเก็บข้อมูล การวินิจฉัยโรคมะเร็ง การปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลตนเองก่อนเสียชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการกู้ชีพ
- ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับการปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองและได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ร้อยละ 20.9 พบการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ คือ มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 43.6 และมีอัตราการกู้ชีพ ร้อยละ 7.3 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองและไม่ได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 78.6 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองหรือได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 7.4 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 10.6, 95% CI 4.1-27.5, P=0.001) และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองและไม่ได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้รับการกู้ชีพ ร้อยละ 14.3 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองหรือได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้รับการกู้ชีพ ร้อยละ 0 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.003)

- วิจารณ์และสรุป** : ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าในอัตราที่ต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นอาจเนื่องจากหน่วยการดูแลแบบประคับประคองเพิ่งเริ่มก่อตั้งได้ไม่นาน และแพทย์ยังตระหนักในการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าค่อนข้างน้อย แต่พบว่าการปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถลดความเสี่ยงการได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ได้
- คำสำคัญ** : ดูแลแบบประคับประคอง วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ท่อช่วยหายใจ การกู้ชีพ มะเร็งระยะลุกลาม

Abstract

- Objective** : To study patterns of death and non beneficial treatment in hospitalized advance stage of cancer patients who received palliative care and advance caring plan.
- Setting** : Sawanpracharak hospital
- Design** : Descriptive study
- Subjects** : 100 advance stage of cancer patients died at Sawanpracharak hospital during October 2017 - March 2018
- Method** : Data were collected from medical records – cancer type, palliative care consulting team, making care plan, Endotracheal tube intubation with mechanical ventilator (MV) and cardiopulmonary resuscitation (CPR)
- Results** : There were 20.9% of advance stage cancer patients consulted palliative care team and doing advance care plan. 43.6%, 7% endotracheal tube intubation and CPR was done respectively. There was a statistical difference in ET tube insertion in palliative care consultation or advance care plan versus neither PC consultation nor ACP (78.6% vs 7.4%, RR 10.6, 95% CI 4.1-27.5, P=0.001) There was a statistical difference in CPR in palliative care consultation or advance care plan versus neither PC consultation nor ACP (14.3% vs 0%, P=0.003)
- Conclusion** : There was low incidence of palliative care consultation and doing advance care plan may be due to palliative care team has just begun and the physicians are also low aware of palliative care and advance care plan. However, Palliative care and advance care planning are factors that can reduce the risk of receiving unprofitable treatment in advance stage cancer patients
- Keywords** : Palliative care, Advance care plan, Endotracheal tube, Cardiopulmonary resuscitation, Advance stage cancer

บทนำ

มะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อชะลอการเติบโตของมะเร็งและบรรเทาอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก ตามแนวทางการรักษาควรให้มีการรักษาแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกินหนึ่งปี โดยควรมีการวางแผนเป้าหมายการรักษา และความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองรวมถึงการขอไม่ให้ยื้อชีวิตด้วย⁽¹⁾ แนวคิดการหยุดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมายเพื่อลดการตรวจรักษาที่เกินจำเป็นและไม่เกิดผลดีกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดค่าใช้จ่าย⁽²⁾ การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีเป้าหมายการรักษาไปในทางเดียวกัน ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตก่อนเสียชีวิต⁽³⁻⁶⁾

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เปิดดำเนินงานตามนโยบาย service plan palliative ของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้กำหนดเกณฑ์เบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่มีการรักษาโรคมะเร็งหรือไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งได้ ผู้ป่วยที่มี palliative performance scale (PPS) น้อยกว่า 50 หรือ คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน กระบวนการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาล นักโภชนาการ และฝ่ายเวชกรรมสังคม ประกอบด้วยการประชุมอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการหอบเหนื่อย และอาการอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สบาย

การประเมิน PPS^(7,8) และ edmonton symptoms assessment system (ESAS)⁽⁹⁾ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค การวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษา ผู้ป่วยและครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยฝ่ายเวชกรรมสังคม รวมถึงการเยี่ยมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน และเตียงลม เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น โดยมีการบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างครอบครัวและทีมผู้รักษา

สำหรับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า หรือ advance care plan คือ การวางแผนเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษา ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การแสดงเจตจำนงว่าจะรับหรือไม่รับการรักษาใดบ้างเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือสูญเสียสติสัมปชัญญะ และการเลือกบุคคลใกล้ชิดเพื่อแสดงเจตจำนงแทน การดูแลจัดการอาการในช่วงก่อนเสียชีวิตรวมทั้งการเตรียมตัวและดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ^(4,10)

แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่ได้รับการปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองและไม่ได้ทำแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการกู้ชีวิต⁽¹¹⁾ ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กับการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษารูปแบบการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า และการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทุกคนที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่าง ตุลาคม 2560 ถึง มีนาคม 2561 จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคมะเร็ง การศึกษาที่ทำการดูแลแบบประคับประคอง การทำการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการกู้ชีพ โดยนियามการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าหรือ advance care plan คือ การวางแผนเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษา ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การแสดงเจตจำนงว่าจะรับหรือไม่รับการรักษาใดบ้างเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือสูญเสียสติสัมปชัญญะ และการเลือกบุคคลใกล้ชิด เพื่อแสดงเจตจำนงแทน

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกโดยผู้วิจัยและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนการลงรหัสวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แสดงผล

การศึกษาเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ทำการดูแลแบบประคับประคองหรือการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาที่ทำการดูแลแบบประคับประคองและไม่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ากับการได้รับรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยใช้ χ^2 test และใช้ univariate analysis ในการวิเคราะห์ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยกำหนดค่า P ที่น้อยกว่า 0.05 แสดงถึงความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่าง ตุลาคม 2560 ถึง มีนาคม 2561 จำนวน 110 คนพบว่า มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับที่หนึ่ง มะเร็งเต้านม และมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองและสามตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สาเหตุโรคมะเร็งที่เสียชีวิต

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง	จำนวนคน (ร้อยละ) (N=110)
มะเร็งปอด	30 (27.3)
มะเร็งเต้านม	12 (10.9)
เนื้องอกตับไม่ทราบชนิด	11 (10.0)
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	10 (9.1)
มะเร็งตับ	8 (7.3)
มะเร็งทางเดินอาหาร (ไม่ใช่มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)	5 (4.5)
มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี	4 (3.6)
มะเร็งคอและไพบหน้า	4 (3.6)
มะเร็งสมอง	4 (3.6)

ตารางที่ 1 สาเหตุโรคมะเร็งที่เสียชีวิต (ต่อ)

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง	จำนวนคน (ร้อยละ) (N=110)
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4 (3.6)
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	3 (2.7)
มะเร็งรังไข่	3 (2.7)
มะเร็งไตและท่อทางเดินปัสสาวะ	3 (2.7)
เนื้องอกปอดไม่ทราบชนิด	3 (2.7)
อื่นๆ	6 (5.7)

ร้อยละ 50.9 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามไม่ได้รับการรักษาที่การดูแลแบบประคับประคองและไม่ได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าก่อนเสียชีวิต ร้อยละ 49.1 ได้รับการรักษา

ที่การดูแลแบบประคับประคองหรือได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า โดยมีเพียง ร้อยละ 20.9 ที่ได้รับการรักษาที่การดูแลแบบประคับประคองและได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรักษาที่การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า

การปรึกษาที่การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า	คน (ร้อยละ)
ไม่ได้รับการปรึกษาที่มและไม่ได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า	56 (50.9)
ได้รับการปรึกษาที่มหรือวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า	54 (49.1)
-ได้รับการปรึกษาที่ม	4 (3.6)
-ได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า	27 (24.5)
-ได้รับการปรึกษาที่มและได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า	23 (20.9)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่การดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 81.5 ปรึกษาที่มการดูแลแบบประคับประคองขณะอยู่ในหอผู้ป่วยและร้อยละ 18.5 ปรึกษาที่มแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยที่ได้รับการการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ารวมถึงการยุติการรักษาที่ไม่จำเป็น

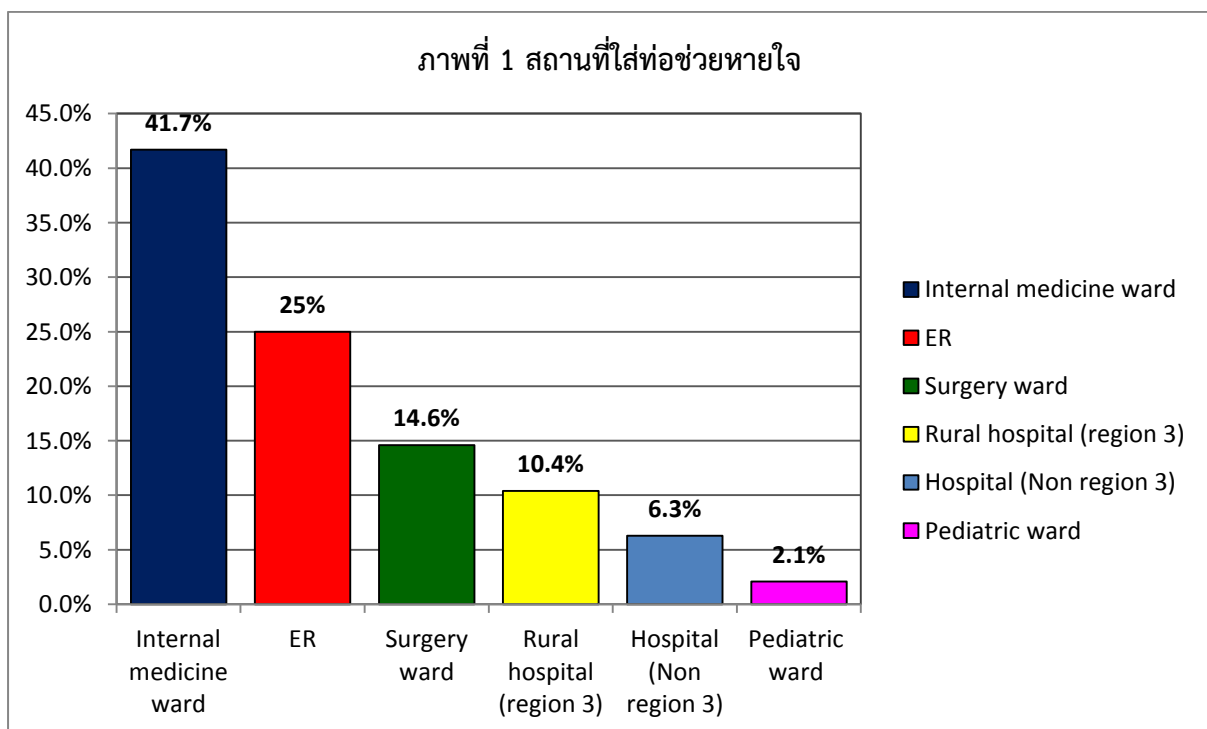
พบว่า ร้อยละ 68.0 ได้รับการการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าที่หอผู้ป่วยอายุกรรม ร้อยละ 16.0 ได้รับการการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษหรือโรงพยาบาลอื่น และร้อยละ 6.0 ได้รับการการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สถานที่ที่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า

สถานที่	จำนวน (ร้อยละ) (n=50)
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	34 (68.0)
หอผู้ป่วยพิเศษหรือโรงพยาบาลอื่นๆ	8 (16.0)
แผนกผู้ป่วยนอก	3 (6.0)
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	2 (4.0)
หอผู้ป่วยรีเวซกรรม	1 (2.0)
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	1 (2.0)
แผนกห้องฉุกเฉิน	1 (2.0)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ 48 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 มีค่ามัธยฐานการนอนโรงพยาบาล 6 วัน (พิสัย 1-39 วัน) และมีค่ามัธยฐานการใส่ท่อช่วยหายใจ 1 วัน (พิสัย 1-102 วัน)

พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 58.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม ร้อยละ 25.0 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องฉุกเฉิน และร้อยละ 10.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่โรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 1)



ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่ได้รับการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองและไม่ได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 78.6 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองหรือได้วางแผนการดูแล

ตนเองล่วงหน้าได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 7.4 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) โดยมีค่า risk ratio (RR) เท่ากับ 10.6 (95% CI 4.1-27.5) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองหรือได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ากับการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

	จำนวน (ร้อยละ)		RR (95% CI)	P value
	ได้รับการใส่ท่อและ เครื่องช่วยหายใจ	ไม่ได้รับการใส่ท่อ และเครื่องช่วยหายใจ		
- ไม่ได้รับการรักษาที่ และไม่ได้วางแผนการ ดูแลตนเองล่วงหน้า	44 (78.6)	12 (21.4)	10.6 (4.1-27.5)	0.001
- ได้รับการรักษาที่หรือ ได้วางแผนการดูแล ตนเองล่วงหน้า	4 (7.4)	50 (92.6)		

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่ได้รับการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองและไม่ได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้รับการกู้ชีพ 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.3 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

ที่มีการดูแลแบบประคับประคองหรือได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้รับการกู้ชีพ คิดเป็น ร้อยละ 0 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.003$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองหรือได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ากับการกู้ชีพ

	จำนวน (ร้อยละ)		P value
	ได้รับการกู้ชีพ	ไม่ได้รับการกู้ชีพ	
- ไม่ได้รับการรักษาที่และ ไม่ได้วางแผนการดูแลตนเอง ล่วงหน้า	8 (14.3)	48 (85.7)	0.003
- ได้รับการรักษาที่หรือได้วาง แผนการดูแลตนเองล่วงหน้า	0 (0)	54 (100)	

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกอาจเนื่องด้วยกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้กำหนดให้มีการคัดกรองมะเร็งปอดในประเทศไทยถึงแม้มีการศึกษาว่าการคัดกรองมะเร็งปอดสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบรังสีต่ำสามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดได้ ร้อยละ 20.0⁽¹²⁾ ส่งผลให้วินิจฉัยมะเร็งปอดได้ในระยะลุกลามประกอบด้วยธรรมชาติของโรคมะเร็งมีความรุนแรงมาก

การศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเพียง ร้อยละ 20.9 ที่ได้รับการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น อาจเนื่องจากการที่มีการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพิ่งก่อตั้งในเดือน ธันวาคม ปี 2559 ประกอบกับแพทย์ยังตระหนักในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามค่อนข้างน้อย และจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองขณะอยู่ในหอผู้ป่วย ร้อยละ 81.5 ในขณะที่ได้รับการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอกมีเพียง ร้อยละ 18.5 และมากกว่า ร้อยละ 70 ได้ทำการวางแผนการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล อาจบ่งชี้ได้ว่าการนอนโรงพยาบาลเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการรักษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองและวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า จากการการศึกษาของ Mack JW และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า ร้อยละ 55.0 ของการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลและสามารถเปลี่ยนแผนการรักษาจากการกู้ชีพเป็นการรักษาตามอาการดูแลแบบประคับประคองได้

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 24.5 ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าและมากกว่า ร้อยละ 60 เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยอายุรกรรม อาจเนื่องจากอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีประสบการณ์การวางแผนการ

ดูแลตนเองล่วงหน้าแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติซึ่งได้ใช้ประสบการณ์นั้นมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การศึกษานี้พบว่าอัตราการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าต่ำกว่าการศึกษาของ Wright AA⁽⁵⁾, Mack JW^(13,14) และ Johnson S⁽¹⁵⁾ พบว่า ร้อยละ 40.0 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ซึ่งมักทำในผู้ป่วยสูงอายุ และมีค่า karnofsky performance status เหลือ 40.0

อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามพบค่อนข้างสูงถึง ร้อยละ 43.6 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาที่มัลติแบบประคับประคองและไม่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า โดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รักษาที่มัลติและไม่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ามีโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาที่มัลติหรือได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า 10.6 เท่า แสดงให้เห็นว่าการรักษาที่มัลติและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่าการให้ข้อมูลระยะของโรค โอกาสการรักษาให้หายขาด และการพยากรณ์ระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้ารวมทั้งการยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของโรคได้⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ประสบการณ์ของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองมีผลต่อการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองและวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า⁽¹⁵⁾ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 10.9 ที่ไม่ได้รับการรักษาที่มัลติและไม่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าและไม่ถูกใส่ท่อช่วยหายใจ อาจเนื่องจากการไม่มีการบันทึกถึงการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้ากับผู้ป่วยหรือญาติไว้ในเวชระเบียน ที่ผ่านมากเคยมีการศึกษาของ Bradley NME และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่ามีการบันทึกการวางแผนการดูแลตนเอง

ล่วงหน้า หรือการขอยุติการยื้อชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามลงในวาระเพียงร้อยละ 6.2 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อพิจารณาสถานที่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบผู้ป่วย ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 10.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยหนึ่งอาจเนื่องมาจากมีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าเกินไปโดยพบว่ามีเพียง ร้อยละ 18.5 และ ร้อยละ 6.0 ได้ปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง และวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกตามลำดับ ซึ่งเป็นปริมาณที่น้อย อาจส่งผลให้มีผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลชุมชนและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และอีกปัจจัยคือยังไม่มีระบบการส่งต่อหรือการประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์

จากการศึกษานี้พบว่า การปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า สามารถลดความเสี่ยงการได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ อันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการกู้ชีพในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล

ได้แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในอนาคต ควรให้มีการดูแลแบบประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มแรก ร่วมกับการรักษาโรคมะเร็ง และกระตุ้นให้มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีเวลาในการตัดสินใจ วางเป้าหมายและเลือกแผนการรักษาร่วมกับทีมแพทย์เมื่อถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต และอาจช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ได้มากขึ้นรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง และควรพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้รักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

สรุป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ คือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 43.6 และได้รับการกู้ชีพ ร้อยละ 7.3 และการดูแลแบบประคับประคองหรือการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นปัจจัยที่สามารถลดโอกาสการได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for supportive care: palliative care [internet]. 2018 [cited 2018 Oct 25]. Available form : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#supportive.
2. Escalante CP, Martin CG, Elting LS, Rubenstein EB. Medical futility and appropriate medical care in patients whose death is thought to be imminent. Support Care Cancer 1997;5(4):274-80
3. Narang AK, Wright AA, Nicholas LH. Trends in advance care planning in patients with cancer: results from a National Longitudinal Survey. JAMA Oncol 2015;1(5):601-8 doi: 10.1001/jamaoncol.2015.1976[published Online First: Epub Date].
4. Ranganathan A, Gunnarsson O, Casarett D. Palliative care and advance care planning for patients with advanced malignancies. Ann Palliat Med 2014;3(3):144-9. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.04 [published Online First: Epub Date].

5. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008;300:1665-73.
6. Baidoobonso S. Patient care planning discussions for patients at the end of life: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2014;14(19):1-72.
7. 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;26(8):1034-41 doi: 10.1177/0269216311424633 [published Online First: Epub Date].
8. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS)[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2561] เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative3th>.
9. Richardson LA, Jones GW. A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. *CurrOncol*. 2009;16(1):55.
10. Stevenson LW, O'Donnell A. Advanced care planning: care to plan in advance. *JACC Heart fail* 2015;3(2):122-6doi: 10.1016/j.jchf.2014.09.005. Epub 2014 Oct 31.
11. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*2016;28(4):456-69.
12. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 2011;365(5):395-409. doi: 10.1056/NEJMoa1102873[published Online First: Epub Date].
13. Mack JW, Cronin A, Taback N, Huskamp HA, Keating NL, Malin JL, et al. End-of-life care discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. *Ann Intern Med* 2012;156:204-10.
14. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J clin oncol* 2010;28(7):1203-8.
15. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology* 2016;25(4):362-86. doi: 10.1002/pon. 3926 [published Online First: Epub Date].
16. Bradley NME, Sinclair E, Danjoux C, Barnes EA, Tsao MN, Farhadian M, et al. The do-not-resuscitate order: incidence of documentation in the medical records of cancer patients referred for palliative radiotherapy. *CURR ONCOL* 2006;13(2):47-54.