

การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคโควิด-19 : กรณีศึกษา

Holistic Palliative Care for Covid-19: A Case Study

จตุมาศ พันธุ์ดี* ชนินทร เกลี้ยงตา เกศศิริ วงศ์คงคำ

Jutamart Pundee* Chaninthorn Kiangda Kessiri Wongkongkam

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

Nursing Department Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University Bangkoknoi Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโควิด-19 (COVID-19) ที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น พบภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะวิกฤตที่ส่งผลร้ายแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตเฉียบพลัน เกิดจากเชื้อไวรัส SAR-CoV-2 เข้าไปในปอด ทำให้ปอดสูญเสียหน้าที่และเกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลร้ายแรงและคุกคามต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคอง บุรณาการแนวทางการดูแลเริ่มตั้งแต่มีอาการของโรคเริ่มรุนแรงมากขึ้นและลูกหลานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และให้การดูแลรักษาตามอาการจนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยวิธีการดูแลจะต้องให้การดูแลแบบองค์รวม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาคความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกมิติ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตในการให้พยาบาลองค์รวมแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการอาการทุกข์ทรมาน บทบาทดังกล่าวนี้ จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรี และครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในการตัดสินใจครั้งนี้ เกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยโรคโควิด-19, กรณีศึกษา, บทบาทพยาบาล

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a life-threatening disease that emerged, spread and eventually caused a worldwide pandemic. A severe complication of the disease was found in a critical state caused by the SAR-CoV-2 virus into the lungs, causing the lungs to lose their function and cause acute respiratory distress. Including complications from viral infection entering the body, This group of patients will suffer both physically and mentally. It has severe consequences and threatens the patient's quality of life to the end of life, where patients need palliative care. Integration of care approaches starts from the onset of the disease and progresses until it cannot be cured entirely. And provide symptomatic care until the patient enters the final stage. By the way, care must be taken to provide holistic care. To address all dimensions of patient suffering, The role of nurses in caring for patients who are in the final stages of life in providing holistic palliative

Corresponding author: *E-mail : jutamart.pun@mahidol.ac.th

วันที่รับ (received) 20 ก.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 พ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 มิ.ย. 2566

care is therefore essential, which must have knowledge and understanding about the disease management of suffering. This role will help promote the quality of life for patients in the last stages of life with dignity. And the family is proud of this decision. and satisfaction with the service model

Keyword : Palliative care, Covid-19 patient, Case study, Nurse' roles

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดได้ง่าย เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงไปทั่วโลก¹ ส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลทุกระดับ โดยองค์การอนามัยโรคได้ประกาศวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 ตั้งชื่อหลังจากพบการระบาดจากประเทศจีนเป็นประเทศแรก ซึ่งโรคโควิด-19 ย่อมาจาก Coronavirus disease starting in 2019 และคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (International committee on taxonomy of viruses: ICTV) ได้ระบุว่าเป็นการติดเชื้อไวรัสโคโรนาทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงชนิดที่สอง (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) หรือเรียกสั้นๆ ว่า เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สถานการณ์การติดเชื้อของไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมรวมมากกว่า 224 ล้านคน โดยจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันเริ่มมีแนวโน้มลดลงจากเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 แต่ยังคงอยู่ในระดับที่มาก และยังคงมีการระบาดอย่างมากโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา อินเดีย สหราชอาณาจักร ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันมากกว่า 1 หมื่นราย ส่วนในประเทศไทยยังคงพบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดในระลอกปัจจุบัน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่อาศัยกันอย่างหนาแน่นและมีการเสียชีวิตจากการระบาดในระลอกนี้คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.05³ โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเปราะบางในวัยผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง^{4,5}

ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เมื่อไวรัสนี้เข้าสู่ปอด ทำให้ปอดสูญเสียหน้าที่ ความอิมมิตัวของออกซิเจนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 94 เปอร์เซ็นต์ในขณะพัก PaO₂/FiO₂ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิเมตรปรอท⁶ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบปอดอักเสบมากร้อยละ 50 ภายใน 1-2 วันอย่างต่อเนื่อง⁷ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤต ได้แก่ เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ⁸ และมีภาวะ

ช็อกหรือมีภาวะอื่น ๆ ล้มเหลว มีอาการแสดงไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย การติดเชื้อไวรัสนี้ส่งผลร้ายแรงและคุกคามต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออาการหนักมากขึ้นหรือใกล้เสียชีวิต เป็นความรู้สึกเจ็บปวดอย่างทุกข์ทรมาน⁹ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงจนเกิดปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์ตามมา⁹ ผู้ป่วยมีอาการเพื่อ สับสนวุ่นวาย ความรู้สึกตัวลดลง บุรณาการแนวทางการดูแลเริ่มตั้งแต่มีอาการของโรคเริ่มรุนแรงมากขึ้น และลูกหลานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกินศักยภาพในการรักษา แพทย์จึงได้พิจารณาวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (Advance care plan) สำหรับการดูแลร่วมกับการรักษาให้กับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ¹⁰ ซึ่งเป็นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต และมีความอ่อนล้าในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับการศึกษาดังประเทศพบผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 39 หนึ่งในนั้นพบว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 60¹¹ และสำหรับการศึกษาในประเทศไทยยังคงอยู่ในช่วงการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคโควิด-19

บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอหลักการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 กรณีศึกษา บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Comprehensive conservative care) ในผู้ป่วยโรคโควิด-19¹⁰ รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้และการยอมรับการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นบทบาทพยาบาลที่สำคัญอย่างยิ่งของการให้การพยาบาลองค์รวมแบบประคับประคอง⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐานในวาระสุดท้ายของชีวิต

กลไกการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

ไวรัสโคโรนา เป็นไวรัสที่มีขนาดใหญ่ที่สุดที่มีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอ และมีเยื่อหุ้มไขมันล้อมรอบ (Enveloped virus) มีเปลือกหุ้มด้านนอกที่ประกอบด้วยโปรตีนคลุมด้วยกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่ม ๆ (Spikes) ยื่นออกไปจากอนุภาคไวรัส โดยใช้โปรตีนส่วน spike จับกับตัวรับจำเพาะบนผิวเซลล์เจ้าบ้าน (Host) นำไปสู่กระบวนการปลดปล่อยสารพันธุกรรมเข้าสู่เซลล์ และเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมประกอบกันเป็นอนุภาคไวรัสกลุ่มใหม่^{7, 9, 12}

ปัจจุบันมีรายงานพบไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคน (Human coronavirus-HCoV) ทั้งหมด 7 สายพันธุ์ ถูกแบ่งเป็น 4 ยีนส์ คือ Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus และ Deltacoronavirus สามารถแบ่งออกเป็น 5 sub-genera: Embecovirus (lineage A), Sarbecovirus (lineage B), Merbecovirus (lineage C), Nobecovirus (lineage D) และ Hibecovirus⁴ โดยไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคนที่ทำให้มีอาการของระบบทางเดินหายใจที่ไม่รุนแรง 4 สายพันธุ์ ได้แก่ HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 และ HCoV-HKU1 ส่วนไวรัสโคโรนาที่ก่อโรครุนแรงในคนและข้ามสปีชีส์มาจากสัตว์มีจำนวน 2 สายพันธุ์ ได้แก่ ไวรัสซาร์ส (Severe acute respiratory syndrome coronavirus: SARS-CoV) และ ไวรัสเมอร์ส (Middle East respiratory syndrome coronavirus: MERS-CoV) ซึ่งทั้งสองสายพันธุ์ถูกจัดอยู่ใน Betacoronavirus⁷

เนื่องจากรูปแบบความรุนแรงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 มีหลายระดับและการตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันตามความรุนแรงของผู้ป่วยและโรคร่วม โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจะมีอาการปอดอักเสบระดับรุนแรง (Hyperinflammation) โดยได้รับเชื้อตั้งแต่วันที่ 14-21 ระยะนี้เป็นผลมาจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่สร้างแอนติบอดี (Humoral immune response) ไม่สามารถกำจัดเชื้อ SARS-CoV-2 ทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงปอดที่มีการอักเสบจะพบการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมากและมีการทำลายของเนื้อปอดเกิด interstitial lung edema ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจแรง^{7, 9} แรกกดในช่องอกเป็นลบมากขึ้นเกิดการอักเสบของปอด (Lung injury) เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าปอดจะมีคุณสมบัติ low complication หรือมี high elastance ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดอย่างรุนแรง พบ right to left shunt มากขึ้น มีการรั่วของน้ำในปอดมากขึ้น

(High Lung weigh) ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน^{4, 7} มีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรง (Severe Pneumonia) และภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากนอกปอด (extrapulmonary ARDS) ทำให้ตรวจพบค่าบ่งบอกถึงการอักเสบสูง ได้แก่ C-reaction protein (CRP), Lactate Dehydrogenase (LDH), Interleukin-6 (IL-6), D-dimer, ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) จะต่ำ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ลดต่ำลงเช่นกัน⁵ การส่งตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะพบลักษณะของ ground glass opacities และปริมาณของ non-aerated lung area มีน้อย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาด้วยระดับ positive end expiratory pressure (PEEP) ที่สูง⁴ และการใช้ใน lung recruitment maneuver ซึ่งแตกต่างจากภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันโดยทั่วไป (classical ARDS)⁷ นอกจากนี้ยังพบระยะเวลาปรากฏอาการคือ 8-12 วัน ต่างจากภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันทั่วไปซึ่งจะเกิดภายใน 7 วันนับจากมีสาเหตุกระตุ้นหรืออาการทางระบบหายใจที่แย่ง¹³

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 78 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มาคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection clinic) ตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี swab: RT-PCR ปรากฏว่าติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 19 ผล Ct (Cycle threshold) เท่ากับ 17 แรกรับวัดอุณหภูมิร่างกายได้ 38.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ (Respiratory rate) เท่ากับ 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้ง/วินาที ความดันโลหิต เท่ากับ 138/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O₂ saturation) ปลายนิ้วต่ำ เท่ากับ 88 เปอร์เซ็นต์ จึงได้ใส่สายออกซิเจนผ่านจมูก (Nasal cannular) 3 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O₂ saturation) ปลายนิ้ว เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory examination) พบ Procalcitonin (PCT) เท่ากับ 0.06, C-reactive protein (CRP) เท่ากับ 14.6 มิลลิกรัมต่อเดลิซิลิตร (mg/dL), D-dimer เท่ากับ 4,477 ไมโครกรัมต่อเดลิซิลิตร (mcg/mL), fibrinogen เท่ากับ 884 mg/dL, activated partial thromboplastin time (APTT) เท่ากับ 39.1 วินาที

(seconds) และ Platelet count เท่ากับ $436 \times 10^3/\text{ul}$ ส่งตรวจจากพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่า มีภาวะปอดอักเสบระดับรุนแรง (Hyperinflammation) ซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Mantle Cell Lymphoma stage IV) แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยา Favipiravir (200 มิลลิกรัม) จำนวน 9 เม็ดโดยวิธีรับประทานทางปาก ทุก 12 ชั่วโมง วันแรก ต่อมาวันที่ 2-10 ให้ Favipiravir (200 มิลลิกรัม) 4 เม็ด โดยวิธีรับประทานทางปากทุก 12 ชั่วโมง จนครบ 10 วัน⁹ และได้เริ่มยาฉีด Enoxaparin 0.4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง Dexamethasone 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในระยะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วย พบว่าแผนการรักษาเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น จึงได้เพิ่มการให้ออกซิเจนผ่านจมูก (Nasal cannular) 5 LPM แต่ผู้ป่วยก็ยังมีภาวะหายใจหอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ปลายนิ้วต่ำ เท่ากับ 88 เปอร์เซ็นต์ จึงได้ออกซิเจนด้วยเครื่อง High-Flow Nasal Cannula (HFNC) เริ่มต้นที่ Flow 40 LPM FiO_2 0.4 Temp เท่ากับ 34 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยมีไข้สูงตลอดเวลา อุณหภูมิร่างกายได้ 39-40 องศาเซลเซียส เจาะเลือดเพื่อหาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Procalcitonin เพิ่มขึ้น เท่ากับ 12.06 C-reactive protein เท่ากับ 114.6 mg/dL D-dimer เท่ากับ 7,477 mcg/mL จึงได้เปลี่ยนยาต้านไวรัสเป็น Remdesivir[®] (GS-5734) loading dose 200 มิลลิกรัม ในสารน้ำ 0.9%Normal saline 100 มิลลิกรัม หลังจากนั้นให้ Remdesivir[®] 100 มิลลิกรัม ใน 0.9%Normal saline 100 มิลลิกรัม แต่อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยก็ยังคงสูงประมาณ 38-40 องศาเซลเซียส ร่วมกับมีอาการหนาวสั่น แพทย์จึงได้พิจารณาวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (Advance care plan) สำหรับให้การดูแลร่วมกับการรักษาให้กับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ¹⁰ ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจว่าจะไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้องการรับการรักษาแบบกวดหน้าอก แต่สามารถให้ยาได้เต็มที่ แพทย์จึงได้ให้การรักษาระดับประคับประคองต่อไป ส่งผู้ป่วยตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องปอดและช่องท้องพบมีการติดเชื้อ fungi และ bacterial แพทย์จึงได้เพิ่มยาฆ่าเชื้อเป็น Amphotericin B 60 มิลลิกรัม ในสารน้ำ 5DW 500 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ 6 ชั่วโมง โดยมีสารน้ำ 0.9% Normal

saline 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำในครึ่งชั่วโมง และ paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนครึ่งชั่วโมง และฉีดยา chlorpheniramine 10 มิลลิกรัม ก่อนให้ยาฆ่าเชื้อตัวนี้ ผู้ป่วยได้ยา Amphotericin B 60 มิลลิกรัมได้ 3 วัน แพทย์ได้เปลี่ยนให้ยาตัวใหม่ คือ variconazole (200) 2 เม็ด เวลา 10 และ 22 นาฬิกา ต่อด้วย variconazole (200) 1 เม็ด เวลา 10 และ 22 นาฬิกา¹⁴ แต่ผู้ป่วยก็ยังมีภาวะหายใจลำบาก เริ่มมีอาการแพ้ ความรู้สึกตัวสับสนมากขึ้น แพทย์จึงมีคำสั่งการรักษาให้ยา Morphine(10:1) 20 mg ในสารน้ำ 0.9%Normal saline 100 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และเพิ่มออกซิเจน High-Flow Nasal Cannula (HFNC) Flow 50 LPM FiO_2 0.5 Temp เท่ากับ 34 องศาเซลเซียส และภาวะหายใจลำบากก็ยังคงเกิดขึ้นจึงปรับเพิ่มออกซิเจน High-Flow Nasal Cannula (HFNC) Flow 50 จึงกระทั่ง 60 LPM และ FiO_2 0.7 จนกระทั่ง FiO_2 1.0 Temp เท่ากับ 34 องศาเซลเซียส และเพิ่มยา Morphine(10:1) 20 mg ในสารน้ำ 0.9%Normal saline 100 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ 10-20 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง จนในที่สุดผู้ป่วยก็ได้จากไปอย่างสงบ รวมระยะเวลาอนในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 15 วัน

การพยาบาลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

จากประวัติผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในกรณีศึกษา ผู้เขียนได้สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ต้องอาศัยการปรับตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 สามารถปรับตัวต่อภาวะของโรคนี้ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ทัศนคติที่ดี และมีความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹² ภายใต้การตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมีกระบวนการสื่อสารที่ชัดเจน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (frail) และมีโรคร่วม^{5, 8}

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ตามประกาศของกรมการแพทย์³ ได้แก่ กรณีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและญาติแสดงเจตจำนง ขอไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการพองชีพ ต้องการให้ดูแลแบบประคับประคองและจากไปตามธรรมชาติ¹⁰ แพทย์จะพิจารณาประเมินองค์รวมและสื่อสาร

ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวตามบริบท (Advance care plan) สอบถามและยืนยันความต้องการการรับการดูแลระดับ ประคองและการขอไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการพองชีพ^{11, 14} และขั้นตอนต่อไปเป็นบทบาทหน้าที่ของ พยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยของครอบครัวระดับประคอง

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบของครอบครัวระดับประคอง ตามหลัก Convergence of Opinion on Recommendations and Evidence (CORE) process¹⁰ ประกอบด้วยการประเมิน การวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนบทบาท พยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติที่สำคัญ¹⁵ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย (Dyspnea)⁴ ซึ่งการจัดการเบื้องต้น บทบาทพยาบาลเบื้องต้นหาสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ซีด มีภาวะ หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด (O₂ saturation) ลดต่ำ การจัดการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ จัดท่าที่สุขสบาย นอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Prone position)⁶ ถ้าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดยังต่ำกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ใส่ Nasal cannula 1-6 LPM ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการหายใจ หอบเหนื่อยอยู่ หายใจเร็วตื่นมากกว่าหรือเท่ากับ 28 ครั้งต่อ นาที ดูแลให้ออกซิเจนด้วยเครื่อง High-Flow Nasal Cannula (HFNC) เริ่มต้นที่ Flow 30-60 LPM FiO₂ 0.3-1.0 Temp เท่ากับ 34-37 องศาเซลเซียส^{5, 7}

ส่วนการจัดการที่ใช้นั้น ได้แก่ ดูแลให้ยาแก้ปวด ชนิด Morphine IR 2.5-5 mg (1/4-1/2 tab) หรือ Morphine syrup 1.5-2.5 oral PRN ทุก 2 ชั่วโมง Morphine injection 1-2 mg SC PRN ทุก 2 ชั่วโมง Midazolam injection 2.5-5 mg SC PRN ทุก 2 ชั่วโมง Lorazepam (0.5) 1 tab oral PRN ทุก 2 ชั่วโมง หรือ Morphine injection (10:1) mg v drip 10-20 ml/hr. และให้ยา PRN ตามขนาดยาข้างต้น หากมีอาการไอ ให้การพยาบาลโดยการจัดท่าผู้ป่วยนอนศีรษะสูง¹⁶ และให้ยาแก้ไอน้ำเชื่อม ชนิด M. tussive 5-10 ml oral PRN Codeine (50 มิลลิกรัม) 1 tab oral PRN Morphine injection 2 mg IV PRN ทุก 2 ชั่วโมง³ หากให้ยาข้างต้นไม่ดีขึ้นให้ ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญ ถึงประโยชน์ของยาเหล่านี้ โดยให้ Prednisolone (5 มิลลิกรัม) 2 tab oral ทุก 3 ชั่วโมง ถ้ามีอาการรุนแรง หรืออยู่ในช่วงไม่กี่วันก่อนเสียชีวิต ดูแลให้ Morphine injection (10:1) mg IV drip 10-20 ml/hr. ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสน รุนแรง แพทย์พิจารณาหาสาเหตุ ที่แก้ไขได้ เช่น ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง เกลือแร่ผิดปกติ ความไม่สุข

สบายต่าง ๆ เช่น ปวด หายใจไม่อิ่ม⁵ พยาบาลพิจารณา พยายามสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน ให้รับทราบสถานการณ์ รอบตัวในปัจจุบัน (Orientation) จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่เงียบสงบ ไม่มีการรบกวน¹⁷ วิธีการจัดการในรายที่ไม่รุนแรง แพทย์พิจารณาให้ Haloperidol (1 mg) 0.5-1 tab oral ก่อนนอน และ PRN ทุก 4 ชั่วโมง ในรายที่รุนแรง แพทย์พิจารณาให้ Haloperidol 1-5 mg IM/SC ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสงบ บางรายแพทย์พิจารณาให้ Lorazepam (0.5 mg) 1-2 tabs oral ก่อนนอน และ PRN ทุก 4 ชั่วโมง หรือ midazolam 10-20 mg IV/SC PRN ทุก 4 ชั่วโมง หรือถ้า ผู้ป่วยมีอาการสับสนมาก แพทย์พิจารณาให้ midazolam 10-20 mg continuous SC infusion ใน 24 ชั่วโมง⁸ สัญญาณชีพ พบว่าระดับความดันโลหิต ไตแอสโตลิก (Diastolic) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันซิสโตลิก (Systolic) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท⁶ บ่งชี้ถึงผู้ป่วย บ่งชี้ถึงผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะนี้ การวิเคราะห์การทำงานของไต (eGFR) พบว่าเริ่มลดลงจาก 11.9 มิลลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ ร่างกาย 1.73 ตรม. เหลือ 4.04 และ 2.8 มิลลิตรต่อนาทีต่อ พื้นที่ร่างกาย 1.73 ตรม. ตามลำดับ บ่งชี้ถึงการทำงานของไต ลดลงเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต¹²

2) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาล มีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ของโรค การดำเนินการของโรค อาการที่อาจเกิดขึ้นใน อนาคตกับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว¹⁸ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ ประสานการดูแลและช่วยเหลือร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ทีมแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางขั้นสูงระดับประคอง เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น บันทึกและรายงานถึง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงค้นหาอุปสรรค ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการ หลายด้าน เพื่อการทำงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย¹⁹ แต่ใน ระยะสุดท้ายของชีวิตในสถานการณ์ปกติควรอยู่กับญาติ แต่ในสภาวะการติดเชื้อ COVID-19 จะไม่อนุญาตให้ญาติเข้ามา มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการแพร่ กระจายเชื้อไวรัส¹⁰ ทีมดูแลแบบประคองประคองสามารถจัด บริการแบบ new normal โดยใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยในการประชุมครอบครัวหรือใช้ระบบ สื่อสารออนไลน์ ให้ผู้ป่วยมีโอกาสบอกกล่าวผ่านวิดีโอคอล ช่วย ประคองครอบครัวให้เตรียมรับความพร้อมสำหรับการ สูญเสีย และผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับเกียรติ และเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง²⁰

3) สำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อทางศาสนา พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อไวรัส^{10,20} จึงอาจจะต้องเฝ้าศพผู้ป่วยโดยทันทีหลังจากญาติรับศพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แต่สามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเป็นพิธี แต่ไม่มีศพก็ได้^{5,18} แล้วแต่ตามความเชื่อของญาติ เช่น นิมนต์พระสงฆ์มาสวดมนต์และถวายสังฆทาน นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่ในการแนะนำติดต่อเอกสารสำคัญทางราชการ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การติดต่อรับใบมรณะบัตรจากสำนักงานเขต เป็นต้น

สรุป

ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญมากที่สุด ในขณะนี้ เป็นแนวหน้าในการดูแลผู้รับบริการได้ครบถ้วนทุกด้าน พุ่มเททั้งพลังร่างกายพลังใจ ปฏิบัติหน้าที่ที่หนักเกินกว่าภาวะปกติ ทั้งจากประสบกับความทุกข์ทรมานและความตายของผู้ป่วยบ่อยครั้ง และรับมือกับภาวะโรคร้ายที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ซึ่งในกรณีผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีอาการทรุดลงเรื่อยๆ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างเฉียบพลัน แพทย์จะพิจารณาประเมินองค์รวมและสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวตามบริบท (Advance care plan) แสดงเจตจำนงขอไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการพุงซีพี ต้องการให้ดูแลแบบประคับประคองและจากไปตามธรรมชาติ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญซึ่งเป็นทั้งผู้ประสานงานกับญาติ และให้การพยาบาลเพื่อมุ่งให้เกิดความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่จะช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุมถึงความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการรับรู้และการยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติและจากไปอย่างสงบ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของการให้การพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคโควิด-19

References

1. Chawaphanth S, Sennun P, Tanasirijiranont R. Nurses and their 'spirit of the second mile' service during covid-19 pandemic. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021;36(1):5-17. (in Thai).
2. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva; 2018.
3. Sekse RJT, Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: a qualitative meta-synthesis. Journal of Clinical Nursing, 2018;17(1-2), 21-38.
4. Thanakijtummakul N. Nursing care for covid-19 patients with acute respiratory distress syndrome. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021;36(3):16-30. (in Thai).
5. Subwongcharoen N, Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1):26-34. (in Thai).
6. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into covid-19 pandemic planning. British Medical Journal Supportive & Palliative Care. 2021;11(1):40-4.
7. Carpenito L. Handbook of nursing diagnosis. (15th ed.) Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2016.
8. Wongrostrai Y. & Sangrujee J. The development of clinical nursing practice guideline for providing oxygen therapy to the patients infected with the coronavirus 2019 (covid-19) in the critical cohort department. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):269-78. (in Thai).

9. Ji W, Wang W, Zhao X, Zai J, Li X. Homologous recombination within the spike glycoprotein of the newly identified coronavirus may boost cross-species transmission from snake to human. *Journal of Medical Virology*. 2020;92(4):1-9
10. Ting R, Edmonds P, Higginson I, Sleeman K. Palliative care for patients with severe covid-19. *British Medical Journal*. 2020; 370(1):1-4.
11. Intolo S. Infection control and prevention of covid-19: roles of advanced nurse practitioners. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2021;36(3):5-15. (in Thai).
12. Janssen D, Ekstrom M, Curro D, Johnson M, Maddocks M, Simonds A, et al. Covid-19: guidance on palliative care from a European respiratory society international task force. *European Respiratory Journal*. 2020;56(1):1-13.
13. Sheehan J, Ho KS, Poon J, Sarosky K, Fung JY. Palliative care in critically ill covid-19 patients: the early New York city experience. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*. 2023;13(1):107-11.
14. Cheng HWB. Palliative care for cancer patients with severe covid-19: the challenge of uncertainty. *Support Care Cancer*. 2021;29(3): 1153-5.
15. Pornsirat T, Tongyoo S. Nursing care for adult patients with acute hypoxic respiratory failure receiving high flow nasal cannula. *Siriraj Medical Bulletin*. 2020;13(1):60-8. (in Thai).
16. Lerner Z, Burke R, McCall J, Leigh A, Glass M. A case report of covid-19 in new Orleans, Louisiana: highlighting the complexities of prognostication in a critically ill patient. *Palliative Medicine Reports*. 2020;11(1):227-31.
17. Hajjar L, Costa I, Rizk S, Biselli B, Gomes B, Bittar C, et al. Intensive care management of patients with covid-19: a practical approach. *Annals of Intensive Care*. 2021;11(36):1-17.
18. Herdman H, Kamitsuru S. *Nursing diagnoses: definitions and classification*. (11th ed.) Wiley Blackwell, 2020.
19. Rogers M, Meier DE, Morrison RS, Moreno J, Aldridge M. Hospital characteristics associated with palliative care program prevalence. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(10): 1286-99.
20. Birkholz L, Haney T. Using a dyspnea assessment tool to improve care at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2018; 20(3):219-27.