



ประกาศกรมการแพทย์

เรื่อง คำแนะนำการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งมีการระบาดรุนแรงในวงกว้าง เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในทุกระดับ และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ทั้งนี้ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะประคับประคองมีความสำคัญในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทั้งในแง่ของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในระยะใกล้เสียชีวิต กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ Thai Palliative Care Network จึงมีคำแนะนำการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมาตรฐานในวาระสุดท้ายของชีวิต รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์)
อธิบดีกรมการแพทย์

เอกสารแนบท้าย



คำแนะนำการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรค COVID-19

ผู้ป่วยระยะประคับประคอง คือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเรื้อรังที่โรคดำเนินมาถึงระยะท้าย ได้แก่ มะเร็งระยะลุกลาม โรคหัวใจ ไตวาย ตับวายที่อยู่ในระยะท้าย ซึ่งอาจมีระยะรอดชีวิต 6 - 12 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (frail) และผู้ป่วยระยะประคับประคอง มักเป็นผู้ที่ได้มีความเสี่ยงมากที่สุดที่จะเสียชีวิตกรณีเกิดการติดเชื้อ COVID-19 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุและมีภาวะเปราะบางที่มีการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ที่ร้อยละ 23 - 50 จากการศึกษาต่างๆ โดยพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 32 - 50 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี การศึกษาใน long term care และมีการศึกษาที่แสดงว่าอัตราป่วยตาย (case fatality rate) ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.9 - 27.0 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยติดเชื้อโดยทั่วไปซึ่งมีอัตราที่ร้อยละ 2.3 ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมที่ทำให้เกิดความเสียดังกล่าวแทรกซ้อนมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มที่จะมีการติดเชื้อสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2 เท่า (ร้อยละ 0.79 ในผู้ป่วยมะเร็ง และร้อยละ 0.37 ในประชากรทั่วไป) การศึกษาในฝรั่งเศสพบอัตราการติดเชื้อผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 2.1 (ประชากรทั่วไป 0.25) พบอัตราป่วยตายอยู่ที่ร้อยละ 5.6 (ประชากรทั่วไปร้อยละ 2.3) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งที่ติดเชื้อ มีโอกาสเกิดความรุนแรงที่ต้องการการใช้การดูแลในห้องวิกฤติ การใช้เครื่องช่วยหายใจและการเสียชีวิต ร้อยละ 39 สูงกว่าประชากรทั่วไปที่อยู่ร้อยละ 8

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 การดูแลผู้ป่วย COVID-19 ระยะประคับประคองที่ติดเชื้อ มีบทบาทสำคัญต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

กลุ่มประชากรในสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 ที่จำเป็นต้องมีการดูแลแบบประคับประคอง

I. ผู้ป่วยที่เปราะบาง สูงอายุ และผู้ป่วยระยะประคับประคอง เนื่องจากในรายที่รุนแรงอาจมีอาการหายใจล้มเหลวซึ่งต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพอื่นๆ แต่จากความเปราะบางของผู้ป่วยทำให้มีโอกาสรอดชีวิตน้อยกว่าคนปกติ และเป็นการรักษาที่หนักหน่วงใช้เวลาในเครื่องพยุงชีพ และในหอผู้ป่วยวิกฤติหลายสัปดาห์ มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถหย่าจากเครื่องช่วยหายใจได้ รวมถึงอาจมีสมรรถนะที่ถดถอยลงต้องพึ่งพิง การสื่อสารอย่างทั่วถ้วนเพื่อช่วยผู้ป่วยวางขอบเขตการรักษาในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการไว้ล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ

II. ผู้ป่วยอาการหนักที่คาดว่าจะเสียชีวิต แม้โรคของผู้ป่วยจะไม่สามารถรักษาได้ โดยมนุษยธรรมผู้ป่วยต้องไม่ถูกทอดทิ้ง แต่ต้องได้รับการดูแลให้สุขสบาย การปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตเป็นการตอบสนองทางมนุษยธรรมในภาวะวิกฤติจากภัยพิบัติ ผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตควรได้รับการดูแล

ในสถานที่...

ในสถานที่สงบในสถานการณืปกติครอบครัวควรอยู่กับผู้ป่วย แต่ในสภาวะการติดเชื้อ COVID-19 ครอบครัว จะไม่ได้รับอนุญาตให้เฝ้า เนื่องจากความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ทีมดูแลระดับประคองสามารถ จัดบริการแบบ new normal โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ช่วยในการทำประชุมครอบครัวหรือใช้ระบบ การสื่อสารออนไลน์ช่วยในการสื่อสาร ให้มีโอกาสนอกเวลาโดยอาจสื่อสารผ่านทางวิดีโอคอล ช่วยระดับประคอง ครอบครัวให้เตรียมรับกับความสูญเสีย การจัดการอาการหอบเหนื่อยกระวนกระวายอย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีนี้การดูแลระดับประคองมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลภาวะวิกฤติ

องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลระดับประคองคือ

การจัดการอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด หอบเหนื่อย สับสน ฯลฯ โดยการประเมินอย่างทั่วถ้วน และให้การจัดการอาการด้วยวิธีการใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา ผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรง มักมีอาการไอ เจ็บหน้าอก หายใจหอบ จำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการ

การสื่อสารให้ข้อมูลที่ตรงจริง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนเป้าหมายการดูแล ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าสำหรับกรณีผู้ป่วยอาจไม่มีการรับรู้และ ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ การวางแผนดูแลล่วงหน้ามักครอบคลุมไปจนถึงการดูแลในวาระสุดท้าย ของชีวิตการใช้เครื่องพยุงชีพและการกักชีพ และสามารถกำหนดหรือแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในสถานการณืการระบาดของ COVID-19 มีความสำคัญที่ผู้ป่วยที่ COVID-19 ต้องวางแผนและวางแผน การดูแลสุขภาพไว้ล่วงหน้า เพราะมีโอกาสที่โรคอาจมีอาการรุนแรงที่จำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงชีพต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยระยะระดับประคองที่มีสมรรถนะถดถอย

การให้การประคองจิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากข่าวสารที่ได้รับทำให้ประชาชนรับรู้ ว่าผู้ป่วย COVID-19 จำเป็นต้องได้รับการกักตัว ครอบครัวไม่สามารถเยี่ยมได้ รวมถึงขั้นตอนการดูแลบุคลากร ทางการแพทย์จำเป็นต้องจำกัดการใกล้ชิดกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความโดดเดี่ยว ความกลัววิตกกังวล ทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลมักมีภารกิจในการดูแลมากจนไม่มีเวลาที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารโดยตรงทำได้ ลำบาก ทีมดูแลระดับประคองสามารถแบ่งเบาทีมที่ให้การดูแลหลัก โดยการจักระบบสื่อสารโดยระบบวิดีโอคอล ช่วยให้ข้อมูล ลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่อาการหนักอาจช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีโอกาสประคองจิตใจ และกรณีใกล้ชิดเสียชีวิตอาจช่วยให้มีโอกาสกล่าวคำอำลา

การประคองครอบครัว การติดเชื้อ COVID-19 เป็นสิ่งที่สร้างความหวาดกลัว วิตกกังวล แก่ครอบครัวซึ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีโอกาสติดต่อสูง และเป็นโรคที่รู้สึกว่ายอันตรายมีโอกาสเสียชีวิต ครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วย การดำเนินโรค แนวทางการรักษา พยากรณ์โรค นอกจากนี้ครอบครัวอาจเกิดความกลัวการติดเชื้อ ไม่ทราบวิธีดูแลตนเอง วิธีการกักตัว และสังเกตอาการ ทีมดูแลระดับประคองสามารถเข้ามาช่วยการสื่อสารนี้ได้ ที่สำคัญการติดเชื้อนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล ครอบครัวไม่มีโอกาสอยู่กับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่มีโอกาสเห็นศพ ไม่สามารถทำพิธีตามความเชื่อ และไม่มีโอกาสกล่าวคำอำลา สร้างความโศกเศร้าสูญเสียแก่ครอบครัวอย่างรุนแรง ทีมดูแลระดับประคอง สามารถประสานความช่วยเหลือในการสื่อสาร และยังให้การดูแลความโศกเศร้าสูญเสียแก่ครอบครัว อย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนช่วยเหลือทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยสามารถให้คำปรึกษาการจัดการอาการ ช่วยในการ สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องของการบอกข่าวร้าย การวางแผนเป้าหมายและแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า การสื่อสารและให้การสนับสนุนระดับประคองแก่ครอบครัว

ขั้นตอน...

ขั้นตอน

I. ทำการคัดแยกผู้ป่วย COVID-19 ที่มีสภาวะเปราะบาง ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือการประเมิน ตามขั้นตอนคือ

- ขั้นตอนที่ 1: ประเมิน (surprise question)
- ขั้นตอนที่ 2: ค้นหาข้อบ่งชี้ทั่วไป (general criteria)
- ขั้นตอนที่ 3: ค้นหาข้อบ่งชี้เฉพาะกลุ่มโรค (specific criteria) โดยเครื่องมือ SPICT tool

หากพบว่าผู้ป่วย COVID-19 เป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง ควรปรึกษาทีมดูแลประคับประคองของหน่วยบริการเพื่อให้การดูแล

ข้อบ่งชี้ทั่วไป	ข้อบ่งชี้เฉพาะ/SPICT tool																																										
<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น นั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน ทั้งพียงมากขึ้น - Multiple co-morbidity เป็นข้อบ่งชี้ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์การเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น - สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอยและต้องการการดูแลและความช่วยเหลือมากขึ้น - โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีความไม่แน่นอน มีอาการของโรคที่ไม่ซับซ้อน - ไม่ตอบสนองต่อการรักษา - ตัวเลือกของการรักษา คือ จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ - น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ 10) ใน 6 เดือนที่ผ่านมา - เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง - มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การเข้ารับการรักษาในสถานบริบาล เป็นต้น - Serum albumin < 2.5 mg/dl 	<p>ข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก (Specific Criteria) มี > 2 ข้อ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cancer</th> <th>Heart Disease</th> <th>Respiratory Disease</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Performance status deteriorating due to metastatic cancer and/or co-morbidity</td> <td>NYHA Class III/IV heart failure, severe valve disease or extensive coronary artery disease</td> <td>Severe airway obstruction (FEV1<30%) or restrictive deficit (vital capacity < 60%, transfer factor <40%)</td> </tr> <tr> <td>Persistent symptoms despite optimal palliative oncology treatment or too frail for oncology treatment</td> <td>Breathless or chest pain at rest or on minimal exertion</td> <td>Meets criteria for long term oxygen therapy (PaO2< 7.3 kPa) (60 mmHg)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Persistent symptoms despite optimal tolerated therapy</td> <td>Breathless at rest or on minimal exertion between exacerbations.</td> </tr> <tr> <td>Neurological disease</td> <td>Systolic blood pressure < 100 mmHg and/or pulse >100.</td> <td>Persistent severe symptoms despite optimal tolerated therapy</td> </tr> <tr> <td>Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy</td> <td>Renal impairment (eGFR < 30 ml/min.)</td> <td>Low body mass index (<21).</td> </tr> <tr> <td>Symptoms which are complex and difficult to control</td> <td>Cardiac cachexia</td> <td>Increased emergency admissions for infective exacerbations and/or respiratory failure</td> </tr> <tr> <td>Speech problems; increasing difficulty communicating; progressive dysphagia</td> <td>Two or more acute episodes needing intravenous therapy in past 6 months</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure</td> <td></td> <td>Kidney Disease</td> </tr> <tr> <td>Dementia</td> <td>Liver Disease</td> <td>Stage 5 chronic kidney disease (eGFR < 15 ml/min.)</td> </tr> <tr> <td>Unable to dress, walk or eat without assistance; unable to communicate meaningfully</td> <td>• Advanced cirrhosis with one or more complications: • Intractable ascites, • Hepatic encephalopathy, • Hepatorenal syndrome • Bacterial peritonitis, • Recurrent variceal bleeds.</td> <td>Conservative kidney management due to multimorbidity</td> </tr> <tr> <td>Increase eating problem; now needing pureed/soft diet or supplements or tube feeding</td> <td>Serum albumin <24 g/L and prothrombin time raised or INR prolonged</td> <td>Deteriorating on renal replacement therapy; persistent symptoms and/or increasing dependency</td> </tr> <tr> <td>Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia</td> <td>Hepatocellular carcinoma</td> <td>Not starting dialysis following failure of renal transplant</td> </tr> <tr> <td>Urinary and fecal incontinence</td> <td></td> <td>New life limiting condition or kidney failure as a complication of another condition or treatment</td> </tr> </tbody> </table> <p>SPICT Version 12, December 2010 WWW.SPICT.ORG.UK</p>	Cancer	Heart Disease	Respiratory Disease	Performance status deteriorating due to metastatic cancer and/or co-morbidity	NYHA Class III/IV heart failure, severe valve disease or extensive coronary artery disease	Severe airway obstruction (FEV1<30%) or restrictive deficit (vital capacity < 60%, transfer factor <40%)	Persistent symptoms despite optimal palliative oncology treatment or too frail for oncology treatment	Breathless or chest pain at rest or on minimal exertion	Meets criteria for long term oxygen therapy (PaO2< 7.3 kPa) (60 mmHg)		Persistent symptoms despite optimal tolerated therapy	Breathless at rest or on minimal exertion between exacerbations.	Neurological disease	Systolic blood pressure < 100 mmHg and/or pulse >100.	Persistent severe symptoms despite optimal tolerated therapy	Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy	Renal impairment (eGFR < 30 ml/min.)	Low body mass index (<21).	Symptoms which are complex and difficult to control	Cardiac cachexia	Increased emergency admissions for infective exacerbations and/or respiratory failure	Speech problems; increasing difficulty communicating; progressive dysphagia	Two or more acute episodes needing intravenous therapy in past 6 months		Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure		Kidney Disease	Dementia	Liver Disease	Stage 5 chronic kidney disease (eGFR < 15 ml/min.)	Unable to dress, walk or eat without assistance; unable to communicate meaningfully	• Advanced cirrhosis with one or more complications: • Intractable ascites, • Hepatic encephalopathy, • Hepatorenal syndrome • Bacterial peritonitis, • Recurrent variceal bleeds.	Conservative kidney management due to multimorbidity	Increase eating problem; now needing pureed/soft diet or supplements or tube feeding	Serum albumin <24 g/L and prothrombin time raised or INR prolonged	Deteriorating on renal replacement therapy; persistent symptoms and/or increasing dependency	Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia	Hepatocellular carcinoma	Not starting dialysis following failure of renal transplant	Urinary and fecal incontinence		New life limiting condition or kidney failure as a complication of another condition or treatment
	Cancer	Heart Disease	Respiratory Disease																																								
Performance status deteriorating due to metastatic cancer and/or co-morbidity	NYHA Class III/IV heart failure, severe valve disease or extensive coronary artery disease	Severe airway obstruction (FEV1<30%) or restrictive deficit (vital capacity < 60%, transfer factor <40%)																																									
Persistent symptoms despite optimal palliative oncology treatment or too frail for oncology treatment	Breathless or chest pain at rest or on minimal exertion	Meets criteria for long term oxygen therapy (PaO2< 7.3 kPa) (60 mmHg)																																									
	Persistent symptoms despite optimal tolerated therapy	Breathless at rest or on minimal exertion between exacerbations.																																									
Neurological disease	Systolic blood pressure < 100 mmHg and/or pulse >100.	Persistent severe symptoms despite optimal tolerated therapy																																									
Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy	Renal impairment (eGFR < 30 ml/min.)	Low body mass index (<21).																																									
Symptoms which are complex and difficult to control	Cardiac cachexia	Increased emergency admissions for infective exacerbations and/or respiratory failure																																									
Speech problems; increasing difficulty communicating; progressive dysphagia	Two or more acute episodes needing intravenous therapy in past 6 months																																										
Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure		Kidney Disease																																									
Dementia	Liver Disease	Stage 5 chronic kidney disease (eGFR < 15 ml/min.)																																									
Unable to dress, walk or eat without assistance; unable to communicate meaningfully	• Advanced cirrhosis with one or more complications: • Intractable ascites, • Hepatic encephalopathy, • Hepatorenal syndrome • Bacterial peritonitis, • Recurrent variceal bleeds.	Conservative kidney management due to multimorbidity																																									
Increase eating problem; now needing pureed/soft diet or supplements or tube feeding	Serum albumin <24 g/L and prothrombin time raised or INR prolonged	Deteriorating on renal replacement therapy; persistent symptoms and/or increasing dependency																																									
Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia	Hepatocellular carcinoma	Not starting dialysis following failure of renal transplant																																									
Urinary and fecal incontinence		New life limiting condition or kidney failure as a complication of another condition or treatment																																									

II. ทำการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ทุกมิติ ได้แก่การประเมินสมรรถนะ อารมณ์ไม่สบายทางกาย ความวิตกกังวล ความเชื่อต่างๆ รวมถึงการประเมินครอบครัว

III. สื่อสารให้ข้อมูลโดยจัดการประชุมครอบครัว (family meeting) และทำแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)

- สอบถามการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยและการตัดสินใจ
- ให้ข้อมูลตรงจริงเกี่ยวกับพยากรณ์โรค การรักษาที่อาจต้องได้รับ การใช้เครื่องพยุงชีพกรณีมีภาวะการหายใจล้มเหลว ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดตามความต้องการ ในบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ

- ทำแผนดูแลล่วงหน้าโดยผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดขอบเขตการรักษาในแนวทางที่ต้องการ เผื่อกรณีผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ ค้นหาขอบเขตการรักษาที่ต้องการ/ไม่ต้องการ

การใช้เครื่อง...

การใช้เครื่องพุงซีฟและการฉายปอดกึ่งซีฟ (อ้างอิงแนวทางการกึ่งซีฟในผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยการติดเชื้อ/ยืนยันการติดเชื้อ COVID-19: the American heart association 2020) ควรครอบคลุมไปถึงการดูแลในวาระสุดท้าย การจัดการรักษาล้มเหลว รวมถึงกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ทำการบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียน

IV. ประคับประคองครอบครัว โดยให้ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วย การดำเนินโรค แนวทางการรักษา พยากรณ์โรค วิธีดูแลตนเอง วิธีการกักตัว และสังเกตอาการ เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีโอกาสพูดคุยเยี่ยมเยียน และกรณีป่วยหนักต้องได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ ครอบครัวอาจไม่ได้มีโอกาสพบผู้ป่วยอีกเลย และกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ครอบครัวไม่มีโอกาสอยู่กับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่มีโอกาสเห็นศพ ไม่สามารถทำพิธีตามความเชื่อ และไม่มีโอกาสกล่าวคำอำลา ทิมดูแล ประคับประคองช่วยประสานความช่วยเหลือในการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับครอบครัวด้วยระบบวิดีโอคอล หรือแม้ให้มีโอกาสกล่าวคำอำลา

V. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ให้การดูแลความโศกเศร้าสูญเสียแก่ครอบครัว แนะนำขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ แนะนำการดูแลตนเอง และติดตามอย่างต่อเนื่อง

อาการ	การจัดการเบื้องต้น	จัดการโดยไม่ใช้ยา	จัดการโดยใช้ยา
หายใจไม่อิ่ม (dyspnea)	- หายใจที่ แก้ไขได้ เช่น ซีด Heart failure, resp obstruction - วัดระดับ ออกซิเจนใน เลือด	- การจัดทำที่สบาย - เทคนิคผ่อนคลาย	- ออกซิเจน (ไม่มีประโยชน์หากไม่มีภาวะ hypoxemia) - ยา 1. MO IR 2.5-5mg PO PRN q 2 h 2. MO inj 1-2mg SC PRN q 2 h 3. Midazolam inj 2.5-5 mg SC PRN q 2 h 4. Lorazepam (0.5 mg) 1 tab SL PRN q 2 h Last day of life: MO inj 10 mg + midazolam inj 10 mg + hyoscine butylbromide 80 mg drip in 24 h และใช้ยา PRN ตามขนาดยาข้างต้น
ไอ		- อยู่ในห้องที่มีความชื้น - จิบน้ำบ่อยๆ - ดื่มน้ำอุ่นผสมน้ำผึ้งมะนาว - อมยาอมแก้ไอ หรือ ลูก อมรสเปรี้ยว - นั่ง/นอนในท่าที่ชันหัว สูงขึ้น - หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรืออยู่ในสถานที่ที่มีฝุ่น ควัน	- ยาแก้ไอน้ำเชื่อม/ M. tussive 5-10 ml PO QID - Codeine (50mg) 1 tab PO QID - MO IR 2.5-5 mg PO PRN q 4-6 h • หากใช้ยาข้างต้นไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ถึงประโยชน์ของยาเหล่านี้ - Prednisolone (5mg) 2 tabs PO TID (ใน COPD) • ถ้าอาการรุนแรง หรืออยู่ในช่วงไม่กี่วันก่อน เสียชีวิต: - MO inj 10 mg SC drip in 24 h และ MO inj 2.5-5 mg SC PRN q 2 h

Delirium/Agitation...

อาการ	การจัดการเบื้องต้น	จัดการโดยไม่ใช้ยา	จัดการโดยใช้ยา
Delirium/ Agitation	- หาสเหตุที่ แก้ไขได้ เช่น ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง เกลือแร่ ผิดปกติ ความไม่สุข สบายต่างๆ เช่น ปวด หายใจไม่อิ่ม	- พยายามสื่อสารกับ ผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน ๆ ให้ รับทราบสถานการณ์ รอบตัวในปัจจุบันใครเป็น ใคร เวลาสถานที่ - จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ สงบเงียบ ไม่มีการรบกวน จำกัดผู้ดูแล - จัดหาแว่นตา เครื่องช่วย ฟัง ฟันปลอม อุปกรณ์ ช่วยเหลือต่างๆ ที่ผู้ป่วย เคยใช้ให้แก่ผู้ป่วย	<u>Delirium</u> - ในรายไม่รุนแรง Haloperidol (1mg) 0.5-1 tab PO HS และ PRN q 1 h - ในรายรุนแรง Haloperidol 1-5 mg IV/SC q 1 h จนกว่าสงบ - Maintenance dose คือปริมาณที่ให้ regular + PRN ที่ได้ทั้งหมด แบ่งให้ MORN - HS <u>Agitation, restlessness</u> - Lorazepam (0.5mg) 1-2 tabs PO/SL PRN - Midazolam 2.5-5 mg IV/ SC PRN q 4 h <u>Terminal delirium</u> - Midazolam 10-20 mg continuous SC infusion
ปวด	*ห้ามใช้ NSAIDS		- ผู้ป่วยไม่เคยใช้ opioids มาก่อนให้ MO IR 5 mg PO q 4 h หากคุมอาการปวดได้ดีให้เปลี่ยนเป็น MST q 8 หรือ 12 h - ในกรณีกินไม่ได้ ● ถ้าคุมอาการปวดได้ดี ให้ปรับยาเป็น morphine IV/SC drip ใน 24 ชั่วโมงหรือ ฉีดทุก 4 ชั่วโมง (morphine oral: IV/SC = 3:1) หรือ ปรับเป็น fentanyl patch โดยแผ่นขนาด 25 mcg/hr = morphine oral 60 mg/วัน ● ถ้าอาการปวดคุมไม่ได้ ให้ปรับยาจากแบบ รับประทานเป็น VI/SC และเพิ่มขนาดยาขึ้น ร้อยละ 30-100 ขนาดยา PRN = 1/10 - 1/6 ของขนาดยาที่ให้ ใน 24 ชั่วโมง ให้ฉีด IV/SC PRN ทุก 2 ชั่วโมง

เอกสารอ้างอิง...

เอกสารอ้างอิง

1. ปฐมพร ศิริประภาศิริ, ชลศณีย์ คล้ายทอง, ภัฐฐา อาศนเลขา. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่. ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. หน้า 313-22
2. นีอร โชติชนประสิทธิ์, ชลียา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, สุวรรณกิจ สมทรัพย์, อีระพันธ์ กากแก้ว และคณะ. การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป). ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. หน้า 25-32
3. สกานต์ บุณนาค, จิตนภา วาณิชโรตม์. การดูแลประคับประคองในผู้สูงอายุ. ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. หน้า 225-33
4. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. Palliative Care in COVID-19 Pandemic [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก.โรงพยาบาลคัลลังานานาวิทยา; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaps.or.th/wp-content/uploads/2020/05/Palliative-Care-in-COVID-19-Pandemic-Book.pdf>
5. Al-Shamsi HO, Alhazzani W, Alhurajji A, Coomes EA, Chemaly RF, Almuhananna M, et. al. A practical approach to the management of cancer patients during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: an international collaborative group. *Oncologist* 2020; 25 (6): e936-e945
6. Bora VR, Patel BM. The Deadly Duo of COVID-19 and Cancer. *Front Mol Biosci* 2021; 8: 643004
7. Edelson DP, Sasson C, Chan PS, Atkins DL, Aziz K, Becker LB, et. al. Interim guidance for basic and advanced life support in adults, children, and neonates with suspected or confirmed COVID-19. *Circulation* 2020; 141(25): e933-e943
8. Kramer DB, Lo B, Dickert NW. CPR in the Covid-19 era - an ethical framework. *N Engl J Med* 2020; 383(2): e6
9. Modes EM, Lee RY, Curtis JR. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in patients with COVID-19 - limited data, but further reason for action. *JAMA Internal Medicine* 2021; 181(2): 281-2
10. Nolan JP, Monsieurs KG, Bossaert L, B.W. Bo'ttiger, Greif R, Lott C, et. al. European resuscitation council COVID-19 guidelines executive summary. *Resuscitation* 2020; 153: 45-55
11. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et. al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York city area. *JAMA* 2020; 323 (20): 2052-59

12. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, Kepko D, Ramgobin D, Patel R, et. al. COVID-19 and older adults: what we know. J Am Geriatr Soc 2020; 68(5): 926-9
13. Smet RD, Mellaerts B, Vandewinckele H, Lybeert P, Frans E, Ombelet S, et. al. Frailty and mortality in hospitalized older adults with COVID-19: retrospective observational study. JAMDA 21. 2020; 928-32
14. Thapa SB, Kakar TS, Mayer C, Khanan D. Clinical outcomes of in-hospital cardiac arrest in COVID-19. JAMA Internal Medicine 2021; 181(2): 279-80
15. Tian Y, Qiu X, Wang C, Zhao J, Jiang X, Niu W, et. al. Cancer associates with risk and severe events of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Int J Cancer 2021; 148: 363–74

จัดทำโดย

สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
Thai Palliative Care Network
กรมการแพทย์
8 พฤษภาคม 2564