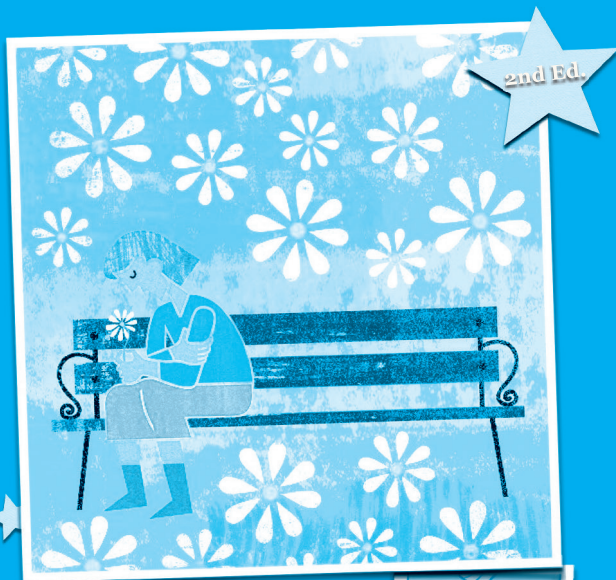


POCKET PALLIATIVE SURVIVAL



Palliative Care Team

Pakkaewee Nakawiro, MD

Valika Rattanachun, MD



Department of Family Medicine, Nan Hospital

ดัดแปลงจาก...

Grossman D, Kirstein A, Buchman D, Buchman S, Gordon M. Palliative Care Handbook, 2011. 1st ed. Toronto: Baycrest Geriatric Health Care System Toronto

ลิขสิทธิ์ของ : พญ.ภควีร์ นาคะวิโร

© สงวนลิขสิทธิ์

ผู้เขียน : พญ.ภควีร์ นาคะวิโร

พญ.วาลิกา รัตนจันทร์

ออกแบบรูปเล่ม : พญ.ภควีร์ นาคะวิโร

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2556 จากการสนับสนุนจาก

สปสช. และศูนย์การุณรักษ์

จำนวน 3,000 เล่ม

: กุมภาพันธ์ 2557 จากเงินบริจาค

จำนวน 1,000 เล่ม

: กันยายน 2557 จากการสนับสนุนจาก

โรงพยาบาลน่าน

จำนวน 1,000 เล่ม

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 : พฤศจิกายน 2558 จากเงินบริจาค

จำนวน 2,000 เล่ม

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 : พฤศจิกายน 2559 จากเงินบริจาค

จำนวน 2,000 เล่ม

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 : มิถุนายน 2560 จำนวน 2,000 เล่ม

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5 : กรกฎาคม 2562 จำนวน 5,000 เล่ม

ติดต่อสั่งซื้อหนังสือ : พญ.ภควีร์ นาคะวิโร

E-mail : pakkawee@hotmail.com

โทรศัพท์ : 08-1992-0704

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา

232/199 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร. 081-7174207 E-mail : klungpress@hotmail.com

คำนิยม

คำนิยม

จากการที่ทำงานด้าน Palliative care มาหลายปี มีความคิดอยากได้หนังสือคู่มือเล่มเล็กๆ ที่พกติดตัวไปไหนมาไหนได้ สำหรับเปิดดูขนาดยาที่ต้องใช้ เมื่อได้เห็น Pocket Palliative Survival ของคุณหมอกวีร์ นาคะวิโร และ คุณหมอวาลิกา รัตนจันทร์ จากโรงพยาบาลน่าน รู้สึกดีใจและอยากได้ไว้แจกแพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์ จึงได้ดำริห์กับคุณหมอทั้งสองท่านขอพิมพ์เพื่อไว้แจก ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย ขอขอบคุณคุณหมอทั้งสองท่านไว้ ณ ที่นี้ หวังว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย



รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
ประธานศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Preface of the First Edition

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้เป็นเพียงการดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แต่รวมถึงการดูแลอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ แม้จะเป็นการดูแลระยะสุดท้าย แต่ก็เป็นการดูแลแบบ Active palliative care มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

คู่มือ Pocket Palliative Survival ฉบับพกพานี้ถือกำเนิดขึ้นโดยมุ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณาเป็นรายบุคคล เลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นๆ เหมือนการตัดเสื้อเฉพาะตัว คู่มือฉบับนี้จึงเป็นเพียงแนวทางคร่าวๆ เท่านั้น โดยได้รวบรวมอาการต่างๆ ที่พบเจอได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล

ขอขอบคุณ

อ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ ผศ.พญ.ดาริน จตุรภัทรพร
เป็นอย่างสูงสำหรับคำแนะนำและการตรวจทานต้นฉบับ

พญ.ภัควีร์ นาควิโร

พญ.วาลิกา รัตนจันทร์

Family Physician

Nan Hospital

Preface of the Second Edition

หลังจากได้เรียบเรียงคู่มือ Pocket Palliative Survival ฉบับแรก เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ได้รับคำแนะนำหลายประการจากผู้ที่ได้นำไปใช้ จึงอยากเพิ่มเติมเนื้อหาที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ในการจัดทำฉบับพิมพ์ครั้งที่สองนี้ ได้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสารเบื้องต้นกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ยาได้ผิวหนัง โดยใช้เครื่อง Syringe driver ยาแก้ปวด มอร์ฟินตัวอื่นๆ เป็นต้น

ผู้เรียบเรียงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล็กๆ ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์กับผู้ที่ได้อ่านโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ที่เกี่ยวข้อง

พญ.ภัควีร์ นาคะวิโร

Family Physician

8 สิงหาคม 2558

Reference :

Baycrest Geriatric Health Care System Palliative Care Handbook, 2005, Toronto.

Pereir JL A. The Pallium Palliative Pocketbook:
a peer-reviewed, referenced resource. 1st ed.
Canada: The Pallium Project; 2008.

Contents

	Page
Palliative Care	1
• Definitions:	1
• Model of Palliative Care:	1
Communications	2
• How to breaking bad news:	2
• How to deal with conspiracy of silence:	3
• Clinician–Patient Interviews:	4
Pain	5
• Pain assessment scales:	5
• Analgesic drugs:	6
• Bone Pain:	14
• Anticonvulsants for Neuropathic Pain:	16
Skin Care	22
• Pruritus:	22
• Pressure Sore:	23
Neurological Symptoms	24
• Delirium and Restlessness:	24
• Seizures:	25
• Acute Cord Compression:	26

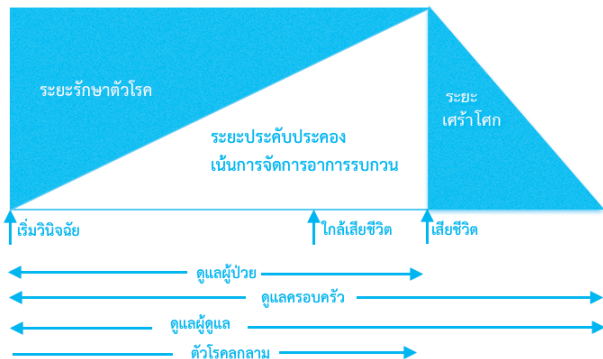
Mouth Care	27
• Dry Mouth:	27
• Oral Candidiasis:	27
• Ulceration and Stomatitis:	28
• Oral Crust/Debris:	28
Respiratory symptoms	29
• Dyspnea:	29
• Terminal Airway Secretions “Death Rattle”:	31
Gastrointestinal	32
• Malignant Bowel Obstruction:	32
Syringe driver	33
• Syringe driver:	33
• Medication for use in Syringe driver:	35
• Drug Compatibility in Subcutaneous Infusions Chart in Standard Forms:	36
Last hour	37
• Last hour symptoms:*	
Miscellaneous	43
PPS	45
• Palliative Performance Scale (PPS)	45
ESAS	47

Palliative Care

Definitions :

Palliative care หรือ การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจคุกคามถึงชีวิต โรคมีแนวโน้มทรุดลงจนเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคตการดูแลสามารถเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่อาจคุกคามชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค เน้นการรักษาแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

Model of Palliative Care :



Communications

How to breaking bad news :

การแจ้งข่าวร้าย

*S-P-I-K-E-S technique (Ref:Robert Buckman, M.D.)

- S - SETTING and LISTENING skills
จัดเตรียมสถานที่เป็นส่วนตัว เตรียมความพร้อมก่อนพูดคุย
- P - Pt's PERCEPTION of condition and serious illness
ถามความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรค
- I - INVITATION from patient to give information
ถามผู้ป่วยว่าต้องการให้บอกข้อมูลมากน้อยแค่ไหน
เกริ่นนำก่อนว่าเป็นข่าวไม่ค่อยดี
- K - KNOWLEDGE giving medication fact
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค ใช้ภาษาเข้าใจง่าย
- E - EXPLORE emotion and EMPATHISE as patient responds
แสดงความเห็นใจ รวมถึงสะท้อนความรู้สึก
- S - STRATAGY and SUMMARY
สรุปเรื่องโรค การวางแผนการรักษา รวมถึงการนัดติดตาม

How to deal with conspiracy of silence :

การชักชวนให้ญาติยอมรับการแจ้งข่าวร้าย

*A-B-C-D-E-F

- A - ACKNOWLEDGE love and care ยอมรับในความรักและความห่วงใยของญาติ
“หมอเข้าใจว่าคุณรักและเป็นห่วงผู้ป่วยมาก”
- B - BUILD on information สอบถามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสนิทกับผู้ป่วยและเหตุผลที่ไม่อยากให้บอก
“เพราะอะไรถึงไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยคะ”
- C - COMPARISON ลองให้ญาติคิดเปรียบเทียบในนามผู้ป่วยว่า หากญาติเป็นตัวผู้ป่วยเอง แล้วอยากทราบผลการ วินิจฉัยหรือไม่ อนาคตเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากตัวโรค ญาติคิดว่าผู้ป่วยจะทราบหรือไม่
“ถ้าเป็นคุณ คุณอยากทราบหรือไม่คะ ว่าตัวเองเป็นโรคอะไร”
- D - DEAL with the patient คุยกับญาติโดยตรง ว่าอยากให้บอกหรืออย่างไร หาหนทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติหากไม่ต้องการให้บอกความจริง
“แล้วถ้าตัวผู้ป่วยถามหมอ จะให้ตอบว่าอย่างไร”
- E - ENCOUNTER ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการรับรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาการที่ผู้ป่วยทราบข้อมูลจะทำให้สามารถวางแผนจัดการสิ่งที่ค้างคั่งได้ทันเวลา (Unfinished business) “หมอว่าหากเราได้ออกความจริงกับเค้า เค้าจะได้ทำอะไรที่ยังค้างคั่งอยู่ให้สำเร็จลุล่วงก่อนจากไป”
- F - Follow up ติดตามดูแลญาติผู้ป่วยเหมือนเป็นผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง

Clinician-Patient Interviews :

*C-L-A-S-S (Ref:Robert Buckman, M.D.)

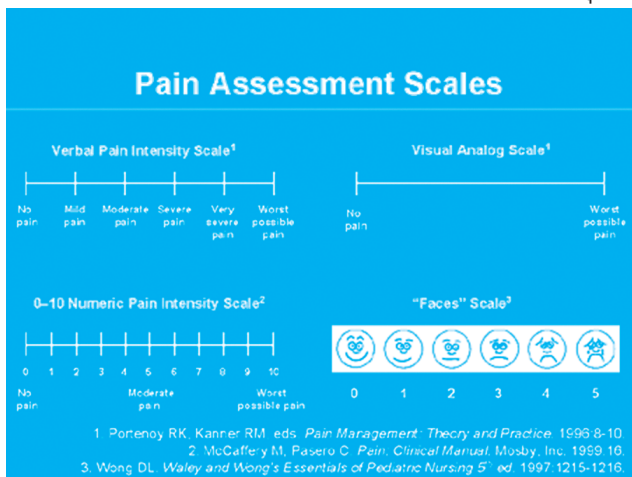
- C - CONTEXT or Setting จัดสถานที่เหมาะสม ทำทาง
ผ่อนคลาย ไม่รีบร้อน สบตา ใช้วัจนภาษาที่เหมาะสม
- L - LISTENING skill ใช้คำถามปลายเปิด ฟังอย่างตั้งใจ
ทวนความและสรุปความเป็นระยะ
- A - ACKNOWLEDGE emotions and EXPLORE them
รับรู้อารมณ์ผู้ป่วย สะท้อนความอย่างเหมาะสม เช่น
“คุณคงกำลังรู้สึกแย่” สิ่งที่เราควรหลีกเลี่ยงคือ การมีความรู้สึก
ร่วมไปกับผู้ป่วย เห็นพ้องต้องกันในมุมเดียวกับผู้ป่วย
“Empathy is not Sympathy”
- S - Management STRATEGY
ประเมินความคาดหวังของผู้ป่วย หาแนวทางและวางแผน
การรักษาที่เหมาะสมร่วมกัน
- S - SUMMARY and closure
สรุปประเด็นสำคัญ และนัดติดตาม

Pain

Useful scale and assessment tools :

- Pain assessment scales ใช้เพื่อประเมินระดับอาการปวดของผู้ป่วย ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง เพื่อให้ช่วยต่อการสื่อสารและติดตามอาการปวดในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเลือกให้ยาแก้ปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สิ่งควรระวังในการใช้เครื่องมือนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ อาจต้องใช้วิธีที่แตกต่างกันออกไป หรือใช้การประเมินแบบอื่นเข้ามาช่วย

- ตัวอย่างเครื่องมือประเมินระดับอาการปวดที่ใช้ในปัจจุบัน



หมายเหตุ Face Scale สามารถใช้ได้ตั้งแต่เด็ก 3 ปีขึ้นไป

Adult Face Scale

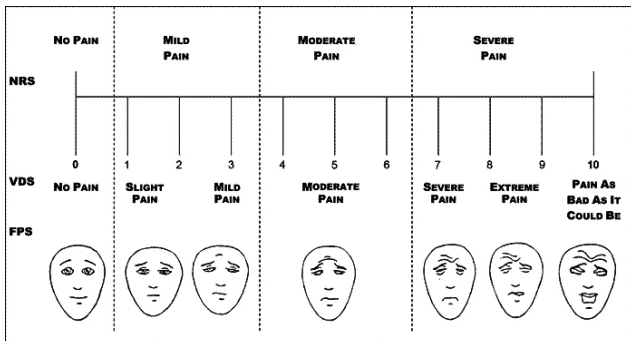


Figure.

Numeric Rating Scale (NRS), Verbal Descriptor Scale (VDS), and Faces Pain Scale (FPS). *Source* (FPS): Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicott L, Ziegler JB. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*. 1990;41(2):139-50. [PMID: 2367140] Used with permission.

Analgesic drugs :

การเลือกยาจะขึ้นอยู่กับระดับของอาการปวดที่ประเมินได้ รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา โดยจะเลือกใช้ยาแก้ปวด (Analgesic drugs) แบ่งตามระดับอาการปวดของ WHO Ladder ดังนี้

- Step 1 mild pain (Pain scale 1-3): Non-opioids - NSAIDs, Acetaminophen
- Step 2 moderate pain (Pain scale 4-6): Weak opioids - Codeine, Tramadol
- Step 3 severe pain (Pain scale 7-10): Strong opioids - Morphine, Oxycodone, Hydromorphone, Methadone, Fentanyl

หมายเหตุ

- ☑ Weak opioid มี ceiling effect หมายถึง หากเพิ่มขนาดยาเกินขนาดสูงสุด จะไม่มีผลในการระงับปวด โดย
Maximum dose ของ Tramadol = 400 - 600 mg/day
Maximum dose ของ Codeine = 300 - 400 mg/day
- ☑ ไม่ควรเริ่มใช้ Fentanyl patch ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับ opioid มาก่อน
- ☑ ในประเทศไทย ยังไม่มี Oxycodone and Hydromorphone
- ☑ เมื่อเริ่มยากลุ่ม Opioid ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับ Opioid มาก่อน พยายามเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น และหากผู้ป่วยกินได้ให้เลือกยากินก่อนยาฉีด
- ☑ ขนาดยาที่แนะนำให้เริ่มสำหรับอาการปวดรุนแรงคือ
Morphine 5-10 mg po q4h prn for pain
- ☑ ยาที่เป็น Strong opioids ไม่มีขนาดยาสูงสุด สามารถปรับเพิ่มตราบที่ผู้ป่วยยังปวด
- ☑ นอกเหนือจากการให้ยาเป็น Around-the-clock แล้ว ควรสั่ง breakthrough dose ร่วมด้วยเสมอ
- ☑ ไม่แนะนำให้ Pethidine ในผู้ป่วยที่ปวดจากโรคมะเร็งหรือมีอาการปวดเรื้อรัง
- ☑ การให้ยาที่เป็น Combination ระหว่าง Opioid และ Acetaminophen ควรหลีกเลี่ยงในรายที่มี Liver metastases หรือ Cirrhosis

Pharmacologic Adjuvant :

Antidepressants, Anticonvulsants, Corticosteroids, Bisphosphonates, Local anesthetics, Antispasmodics, Palliative chemotherapy, NSAIDs

Non-pharmacologic Adjuvant :

Radiation therapy, Acupuncture, TENS, Ultrasound, Therapeutic touch, Massage, Splints, Surgery, Counseling, Cognitive behavior therapy, Music and Art therapy, Relaxation techniques

Opioid Dosing Table :

Group	Drug	Strengths	Interval	Onset of Action (min)
Codeine	Codeine tab	15 mg	q4h	15-30
	Tylenol with codeine (TWC)	15 mg of codeine, 300 mg of acetaminophen		
Tramadol	Tramadol cap	50 mg	q6-8h	30-60
Morphine	MO IR	10 mg	q4h	10-30
	MO Syrup	2 mg/ml	q4h	10-30
	MO SR	10, 30 mg	q8-12h	3-4h
	Kapanol ^R	20 mg	q12-24h	3-4h
	MO Inj	10 mg/ml	q4h or CSCI*	< 5
Fentanyl	Fentanyl patch	25, 50 mcg/hr	q72h	12-24h reached in approx 2-3 days

หมายเหตุ: ไม่ควรใช้ Fentanyl patch ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยากลุ่ม Opioid มาก่อน
MO SR ไม่สามารถบดได้

* CSCI : Continuous subcutaneous infusion

Equianalgesic Chart :

PO : SC/IV = 2-3 : 1

Drug	PO (mg)	SC /IV(mg)	Schedule
Morphine	20	10	q4h
Tramadol	200	-	q6-8h
Oxycodone	10-15	-	q4h
Hydromorphone	4	2	q4h
Fentanyl patch	25 mcg/hr fentanyl = 60 +/- 30 mg oral morphine/24 hrs		q72h

TD Fentanyl to morphine PO equianalgesic dose conversion table

Morphine dose mg PO/24h	TD fentanyl dose ug/h q72h
45-134	25
135-224	50
225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150

An appropriate starting dose in opioid-naïve patients

	Common starting dose	Starting dose in frail, weak patients or patients with severe COPD
Morphine	5–10 mg PO q4h	2.5–5 mg PO q4h
Hydromorphone	1–2 mg PO q4h	0.5–1 mg PO q4h
Oxycodone	2.5–5 mg PO q4h	1–2.5 mg PO q4h
Codeine	8–15 mg PO q4h	8–15 mg PO q4h

An appropriate starting dose in a long-acting formulation

	Common starting dose
Morphine SR	10 mg PO q12h
Hydromorphone	3 mg PO q12h
Oxycodone	10 mg PO q12h

Rules of Thumb :

เนื่องจากยากลุ่ม opioid มี incomplete cross tolerance ระหว่างยาแต่ละชนิด ดังนั้นเมื่อเปลี่ยนชนิด opioid ให้ลด dose ของยาตัวใหม่ลง 20 - 30% ในกรณีที่อาการปวดควบคุมได้ดีในระหว่างการใช้ยา opioid ตัวเดิม แต่หากอาการปวดยังคุมได้ไม่ดี หลังเปลี่ยนยาอาจไม่ต้องลด dose ของยาตัวใหม่เพราะถือว่าเป็นการเพิ่มขนาดยาให้ผู้ป่วย 20 - 30% ของปริมาณเดิม

ตัวอย่าง

- Tramadol 100 mg po q6h
- Tramadol to Morphine = 10 : 1
- Tramadol 100 mg po q6h = Morphine 40 mg/day

* เนื่องจากมี Incomplete cross tolerance เมื่อจะเปลี่ยนจาก Tramadol เป็น Morphine ให้ลด dose ลง 20 - 30% ดังนั้นให้เริ่มเป็น Morphine 30 mg/day

Longer Acting Opioids :

- Sustained release (SR) : ไม่ควรเริ่มให้ในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ควรเริ่มปรับยาจาก Short acting และเปลี่ยนเป็น Long acting เมื่อได้ขนาดยาที่สามารถควบคุมอาการปวดได้

- Morphine slow release : ให้คำนวณปริมาณที่ใช้ตลอด 24 hrs แบ่งให้เป็น q12h ถ้าอาการปวดกำเริบก่อน

12 hrs ให้เพิ่ม dose หรือ ลด interval เป็น q8h

- Transdermal Fentanyl : ออกฤทธิ์นาน 72 hrs ให้คำนวณปริมาณเทียบกับ Oral morphine (mg/day) เมื่อต้องการปรับขนาดยา

ตัวอย่าง

- ถ้าผู้ป่วยได้รับ MO (IR) 10 mg po q4h --> total 24 hrs dose of Morphine = 60 mg

- ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนยาเป็น MO (SR) 30 mg po q12h

Breakthrough Pain Medication :

- Breakthrough pain medication คือการให้ยาระงับอาการปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเกิดขึ้นก่อนที่จะได้รับยา regular dose เป็นยาที่ออกฤทธิ์ระงับอาการปวดได้รวดเร็ว เช่น MO IR, Morphine syrup

- ขนาดยาที่ใช้ใน breakthrough pain (BT) คือ 10 - 20% ของขนาดยา opioid ที่ผู้ป่วยได้ทั้งหมดต่อวัน ให้ได้ทุก 1 - 2 hrs เมื่อมีอาการปวด

- สามารถให้ breakthrough dose ก่อนผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอาการปวด เช่น มี Incident pain

ตัวอย่าง

- ผู้ป่วยได้รับ MO (SR) 10 mg po q12h (20 mg/day) ----> BT dose MO syrup (2mg/ml) 1 ml po q2h

- ถ้าผู้ป่วยใช้ยา breakthrough pain มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งใน 24 hrs แสดงว่าคุมอาการปวดยังไม่ได้ ให้ปรับขนาดยา regular dose ใหม่ โดยนำเอาปริมาณยา breakthrough ทั้งหมดที่ได้รับใน 24 hrs มารวมกับ regular dose เป็นปริมาณยาใหม่ที่ต้องการต่อวัน

ตัวอย่าง

- ผู้ป่วยได้รับ MO (SR) 60 mg q12h ผู้ป่วยร้องขอยา BT pain 7 ครั้ง (ครั้งละ 10 mg) ตลอด 24 hrs เพื่อให้อาการปวดลดลง

- Step 1: คำนวณ total regular dose in 24 hrs = $2 \times 60 \text{ mg} = 120 \text{ mg}$

- Step 2: คำนวณปริมาณ BT dose in 24 hrs = $7 \times 10 \text{ mg} = 70 \text{ mg}$

- Step 3: รวมปริมาณ total regular and BT dose = $120 + 70 = 190 \text{ mg}$

- Step 4: นำมาแบ่งเป็น regular dose และคำนวณ BT dose ใหม่

ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้จะได้รับการปรับขนาดใหม่เป็นดังนี้

- MO (SR) 100 mg po q12h
- BT dose = MO (IR) 20 mg po q1-2h or MO syrup (2mg/ml) 10 ml po q1-2h

Bone Pain :

- ลักษณะ Aching, localized

Medications:

- Opioid
- NSAIDs or COX-2
- Steroid

Bisphosphonates:

• Pamidronate – 90 mg IV infused over 3 hrs once/month

- Zoledronic a – 4 mg IV once/month

* For metastatic breast cancer and multiple myeloma

* ไม่ให้ในรายที่มี Renal failure และควรแก้ภาวะ

Dehydration ก่อนให้ยา Consider:

- Radiotherapy
- Splinting
- Surgical fixation

Medications used in adjuvant therapy :

Tricyclic Antidepressants

- Nortriptyline, Amitriptyline
- เริ่มให้ที่ 10 - 25 mg po qhs เพิ่มขนาดยาทุก 3 - 5 วัน
ที่ละ 10 - 25 mg ที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้ (Max 75 - 150 mg od)

* Nortriptyline มีผลข้างเคียงของฤทธิ์ Anticholinergic น้อยกว่า Amitriptyline

- * Nortriptyline อาจมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง
- * ในผู้สูงอายุระวังการพลัดตกหกล้ม ปัสสาวะถี่มาก
ท้องผูก

Anticonvulsants for Neuropathic Pain :

Drug	Dosage	Adverse Effects	Comments
Gabapentin (Neurontin)	Day 1 : 100 mg po hs • Day 2 : q12h • Day 3 : q8h	Sedation	• Max = 3600 mg/day (divide q6h) • ผู้ป่วยมักทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ค่อยได้ จึงควรเริ่มในขนาดต่ำๆ • ปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต
Valproic acid (Depakin)	250 - 500 mg hs increasing to 1000 - 1500 mg hs	Sedation Thrombocytopenia	
Carbamazepine (Tegretol)	100 - 200 mg bid increasing slowly to a maximum of 400 mg tid	Drowsiness, N/V interaction with antidepressant	May monitor blood levels
Clonazepam (Rivotril)	0.5 mg hs increasing to 2 - 3 mg max daily	Drowsiness	May be useful

* ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ป่วย Dementia ควรเริ่มยาในขนาดต่ำๆ

* การรักษาอื่นๆ

* SNRIs - Duloxetine

* Methadone

- * Nerve block
- * Epidural block
- * Trans-cutaneous Electronic Nerve Stimulation

(TENS)

Anti-Inflammatory medications :

- Dexamethasone 4 mg po/sc (10 - 20 mg/day)
- พิจารณาแบ่งยาให้ในช่วงเช้า, เที่ยง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ
- ช่วยได้ในระยะสั้นๆ 1 - 3 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงมาก

Opioid Side Effects :

- อาการง่วงนอนจะมีได้ในช่วง 2 - 3 วันแรก
- อาการคลื่นไส้อาเจียน เกิดขึ้นได้ถึง 50 - 70% ของผู้ป่วยที่ได้รับยา และอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์
- หากเริ่มให้ยา opioid อาจให้ anti-emetic drug คู่ไปกับ opioid ก่อน ให้ได้ทั้ง prn dose หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก อาจให้เป็น around-the-clock
- ลดขนาดยา opioid และเพิ่ม interval ระหว่าง dose ในผู้ป่วยที่มีไตวาย
- ควรหลีกเลี่ยงการให้ Morphine ในผู้ป่วยไตวาย
- ไม่ควรให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

Anti-emetics for Opioid-induced Nausea :

Drug	Dosage	Comments
First-line drug		
Metoclopramide (Plasil)	5 – 10 mg po/sc/iv q6h prn up to 80 mg/day	Extra-pyramidal symptoms If CrCl < 40 ควรลดขนาด ลงครึ่งหนึ่งของขนาดปกติ
Haloperidol	0.5 – 2 mg sc or po prn q8h Not to exceed 16 mg/day	Extra-pyramidal symptoms is rare in low dose
Other drugs		
Chlorpromazine (Largactil)	25 – 50 mg po q6h prn	Dystonic effects Sedation
Dimenhydrinate	25 – 50 mg po q4-6h prn	Especially if vertigo present Sedation

* ถ้าอาการอาเจียนเกิดจากการบีบตัวของลำไส้ที่มากเกินไป อาจลองให้ยากลุ่ม Motility agents

Motility Agents :

Drug	Dosage	Comments
Metoclopramide (Plasil)	5 – 10 mg po/sc/iv q6h prn up to 80 mg/day 5 – 20 mg qid ac,hs	Extra-pyramidal symptoms
Domperidone (Motilium)	10 – 40 mg qid ac,hs	Give before meals Not available sc

Constipation :

- พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ใช้ opioid
- ดื่มน้ำ รับประทานอาหารที่มีกากใย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ประเมินสาเหตุทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีอาการท้องผูก
- ใช้ยาระบาย

Medications:

Drug	Dosage
Senna (Senokot)	2 - 4 tabs od-bid Max 8 tablets/day
Bisacodyl (Dulcolax)	5 mg po od 10 mg pr once
Lactulose	30 - 60 cc od-tid
Enemas	prn

Myoclonic Jerks :

- หาสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น Dehydration, Electrolyte imbalances (Na, K, Ca, Mg), Infection, Medications (Opioids โดยเฉพาะเมื่อเพิ่มขนาดยาอย่างรวดเร็ว)
- ถ้าสาเหตุเกิดจาก Opioid อาจลดขนาดยาลง ถ้าอาการปวดสามารถควบคุมได้ดี แก้ไขภาวะขาดน้ำ หรือเปลี่ยนไปใช้ยา Opioid ตัวอื่น

Medications :

Drug	Dosage
Lorazepam (Ativan)	0.5 - 1 mg sc/po/SL q4h prn
Diazepam (Valium)	2.5 -5 mg po q8-12h
Clonazepam (Rivotril)	0.25 - 0.5 mg po bid - tid
Midazolam (Dormicum)	0.5 mg sc q 20 min prn

Respiratory Depression :

Sedation Score Scale :

- 0 = None ตื่นดี
- 1 = Mild หลับบ้าง เรียกตื่นได้ง่าย
- 2 = Moderate ง่วงหลับมากขึ้น แต่ยังเรียกตื่นได้ง่าย
- 3 = Severe นอนตลอด ปลุกตื่นยาก
- S = Sleep นอนหลับ ปลุกตื่นได้ปกติ

การประเมิน:

- ถ้า RR > 10/min และ sedation scale = 3 ให้หยุด

Opioid ก่อน

- ถ้า RR < 10/min และ sedation scale = 3 ,

Pinpoint pupils ให้ทำดังต่อไปนี้

1. หยุด Opioid
2. ให้ nasal canula 5 LPM

3. ติดตาม RR, BP, HR, Level of consciousness, pupillary size
4. แก้ไขภาวะขาดน้ำ
5. Naloxone 0.4 mg iv or sc ถ้ารุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต
6. ถ้ากดยาหายใจไม่มาก ให้ Naloxone 0.4 mg/ml ผสม NSS เป็น 10 ml ให้ 0.04 mg/ml
 - Sig. Naloxone 0.04 mg (1ml) sc or iv repeat q 2 - 5 mins until RR > 10/min
7. ติดตาม v/s ทุก 15 นาที จนผู้ป่วยอาการคงตัว
 - * Naloxone มี half life สั้น ถ้าให้ Naloxone จนกระทั่งถึง 0.1 mg แล้ว ยังมีการกดการหายใจอยู่ ให้เป็น Naloxone iv drip 0.4 mg/hr จนกระทั่งไม่มีการกดการหายใจอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
 - * หาสาเหตุของ opioid overdose แล้วแก้ไขตามสาเหตุ

Skin Care

Pruritus :

Topically:

- เปลี่ยนผ้าปูที่นอนสม่ำเสมอ พร้อมซักทำความสะอาดตากแดด

- สวมใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบาย
- ดัดเล็บให้สั้น
- อาบน้ำด้วยสบู่อ่อนๆ
- หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น
- ทาครีมบำรุงผิว
- Topical steroids

Oral Medications:

Drug	Dosage
Hydroxyzine (Atarax)	10 mg po q8h
Dexamethasone	0.5 – 1.0 mg once or twice daily
Cholestyramine	If jaundiced: 4 gm po tid
Paroxetine	5 – 10 mg qhs
Mirtazapine	7.5 – 15 mg qhs

Pressure Sore :

- พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง
- ใช้ที่นอนลม
- ทาครีมเพิ่มความชุ่มชื้น
- รักษาและทำแผลตามความรุนแรงของแผล

Medications :

- Metronidazole tabs บดใส่แผล ถ้าแผลมีกลิ่น
- Wet dressing ด้วย Metronidazole inj solution (ชุบกับผ้าก๊อซ เป็น wet dressing)

Neurological Symptoms

Delirium and Restlessness :

- หาสาเหตุและรักษาหากสามารถรักษาได้ เช่น
Hypercalcemia, Electrolyte imbalance, Dehydration, Constipation, Cerebral metastases, Infection, Hypoxia, Urinary retention, Drugs
- ยาที่มีมักเป็นสาเหตุ ได้แก่ Opioid, Anticholinergic, Sedatives
- หากสาเหตุเกิดจาก Opioid: ให้ลดขนาดยาลง หรือเปลี่ยนกลุ่ม opioid

Medications:

Drug	Dosage
Haloperidol (Haldol)	0.5 – 2 mg po/sc q8–12h up to q 1 prn
Chlorpromazine (Largactil)	12.5 – 50 mg po/pr/iv q8–12h (more sedating) Should not give sc
Risperidone (Risperidol)	0.5 mg po q12h titrate to effect
Lorazepam (Ativan)	0.5 – 1 mg po/SL q1h prn
Midazolam (Dormicum) (Palliative Sedation)	Start infusion at 0.5 mg/hr. Give 0.5 mg q 30 min until sedated. If pt. required 2 x 0.5 mg in 1 hr, increase drip by 0.5 mg/hr. (No ceiling effects)

* ระวังการใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines อาจกระตุ้นการเกิด Agitation ไม่ควรใช้เป็นยาตัวแรก แต่ควรเลือกใช้ Anti-psychotic ก่อน แต่หากอาการไม่ดีขึ้นจึงให้ควบคู่ไปด้วยได้

* การทำ Palliative sedation ควรใช้เป็นอันดับสุดท้าย หากไม่สามารถหาสาเหตุที่แก้ไขได้ และให้ยาตัวอื่นแล้วควบคุมอาการไม่ได้ ก่อนให้ [ควรปรึกษา Palliative Care Team ทุกครั้ง](#)

Seizures :

• ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้ยาทางเส้นเลือดดำเป็นไปได้ค่อนข้างยาก การให้การรักษาสภาวะชักจึงอาจต้องให้ยาได้ผิวหนังแทน

Medications:

Drug	Dosage
Lorazepam (Ativan)	1 mg SL q 5 min until 4 mg Maintenance 1 mg po/SL q 4-6h
Diazepam (Valium)	10 mg PR x 1 dose Maintenance 5 mg po/PR q6h
Midazolam (Dormicum)	1 mg sc q 10 min until relief followed by Midazolam infusion 0.5 mg/hr May increase dose to 5 mg
Phenobarbital	30 - 60 mg po/PR/sc q 10 min to Max 20 mg/kg If pt. is unable to swallow --> Phenobarbital 1 - 3 mg/kg/day in one to two divided doses, or as CSCI
Dilantin	If able to swallow Dilantin 200 mg/day hs and adjust dose

* Hypoglycemia : 50% glucose 50 ml iv

* Brain metastasis : Dexamethasone 10 mg po/sc/iv then followed by 4 mg qid

Acute Cord Compression :

Sign	Clinical level		
	Cord	Conus medullaris	Cauda equina
Motor	• Flaccid • Pyramidal signs can be present	• Same as cord	• Never pyramidal signs • Often asymmetrical weakness
Reflex	• Hyperactive	• Patellar hyperactive • Ankle hypoactive	• Hypoactive • Asymmetrical
Babinski	• Usually present	• Usually present	• Never present
Sensory	• Dermatosomal level sensory loss	• Same as cord	• Asymmetrical findings in the lower extremities and perineum
Sphincter Control	• Can be initially preserved	• Early involved	• Can be preserved

Treatment:

- Dexamethasone 10 mg po/sc/iv stat then 4 mg po/sc/iv qid
- Consider urgent radiation

Mouth Care

Dry Mouth :

- หลีกเลียงน้ำยาบ้วนปากที่ขายตามท้องตลาด
- ผสมน้ำประมาณ 1 ลิตรกับเกลือ 1/2 ช้อนชา และผงฟู 1 ช้อนชา บ้วนปาก หรือใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำดังกล่าวเช็ดปาก เหงือกและลิ้นของผู้ป่วย
- ลูกอมที่มีรสเปรี้ยว จะทำให้มีน้ำลายออกมาเพิ่มขึ้น
- น้ำแข็งบด
- บ้วนปากด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำเกลือ
- K-Y Jelly ป้ายภายในปาก
- วาสลีน ทาริมฝีปาก
- พัดลมความชื้น

Oral Candidiasis :

- สาเหตุจากการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลานาน การใช้ยา Steroids เป็นต้น

Medications:

Drug	Dosage
Nystatin	500,000 units อมกลั้วปากแล้วกลืน qid x 7 days
If Nystatin fails...	
Ketoconazole	200 mg po od x 5 - 7 days
Fluconazole	100 mg po od x 5 - 7 days

Ulceration and Stomatitis :

Drug	Dosage
Normal saline	อมกั้วปากทุก 2 ชั่วโมง
Penicillin	If severe – po/iv
Xylocaine viscous or Xylocaine:Nystatin 1:1 solution	15 ml paint mouth q3h (Max 120ml/day) Do not eat 1 hr after dose
Antacids	อมกั้วปากแล้วกลืน

Oral Crust/Debris :

- ล้างด้วยน้ำสะอาดวันละ 3 - 4 ครั้ง จนกระทั่งหาย

Hiccups :

- กลืนน้ำตาลทรายแห้ง 1 ช้อนชา

Medications :

Drug	Dosage
Baclofen	10 mg po q6h prn
Chlorpromazine	10 – 25 mg po/pr q6h prn
Metoclopramide	10 mg po/sc q6h prn

Respiratory symptoms

Dyspnea :

- รักษา underlying cause ถ้าสามารถรักษาได้
- เพิ่มการถ่ายเทอากาศ เปิดหน้าต่าง เปิดพัดลม จัดให้อยู่ในสถานที่อากาศเย็นสบาย

Medications/treatments:

- การให้ O₂ ควรระวังในผู้ป่วย COPD
- Opioid:
 - เป็นยาตัวแรกที่เหมาะสมให้ใช้ มีหลักฐานสนับสนุนว่าลดอาการหอบเหนื่อยทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและโรคอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งให้ในขนาดต่างๆ ทางปากหรือใต้ผิวหนัง
 - หากผู้ป่วยใช้ Opioid อยู่แล้ว ให้เพิ่มขนาดยาขึ้นอีก 25 - 50 %
 - หากกรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้ Opioid มาก่อน แต่ต้องการให้ Opioid เพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ให้เริ่มยากลุ่ม Opioid โดยลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งของขนาดยาที่ใช้ในการเริ่มรักษาอาการปวด (หน้าที่ 10)

Anxiolytic:

- Lorazepam 0.5 - 1 mg SL q1h prn or regulary
- Midazolam (ให้อ่านเรื่อง Palliative sedation ในหน้า 24)
- การให้ Benzodiazepine เพียงตัวเดียวไม่ช่วยลดอาการหอบเหนื่อย

Steroids:

- Dexamethasone 4–8 mg po/sc/iv AM, Noon pc
- ใช้เฉพาะในกรณีที่มีการอุดตันของหลอดลมจาก Tumor, Lymphangitic carcinomatosis, Radiation pneumonitis, SVC obstruction เท่านั้น
- Sulbutamol via nebulizer เฉพาะกรณีที่มีอาการแสดงที่บ่งว่ามี bronchospasm
- Bronchodilators or diuretics ถ้ามีข้อบ่งชี้
- Lasix 20 mg sc per site

หมายเหตุ การให้ O_2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี O_2 sat > 90% หรือไม่มีภาวะซีดรุนแรง พบว่าไม่มีหลักฐานในการลดอาการหอบเหนื่อย อย่างไรก็ตามอาจให้ได้หากเป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วิธีการให้ O_2 ควรเริ่มจาก O_2 cannula แล้วประเมินอาการหอบเหนื่อยซ้ำ ไม่ควรใช้ระดับ O_2 saturation เป็นตัวตัดสินอาการของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว

Terminal Airway Secretions “Death Rattle” :

- ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะเวลาสุดท้ายใกล้เสียชีวิต อาจมีเสียงหายใจครืดคราดได้
- สาเหตุจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถกำจัดสารคัดหลั่งได้

Medications:

Drug	Dosage
Atropine	0.3 – 0.6 mg sc q4h
1 % Atropine eye drop	1 – 2 drops PO/SL q 4–6 h prn

Gastrointestinal

Malignant Bowel Obstruction :

Drug	Dosage	Comments
Anti-nausea		
Haloperidol (Haldol) Drug of choice	0.5 – 2 mg sc/po up to q1h prn	EPS (rare at low dose)
Metoclopramide (Plasil)	5 – 20 mg qid, 5 – 10 mg q1h prn (Max 80mg/day)	Do not use in complete bowel obstruction Reduce dose in renal failure
Anti-nausea		
Octreotide (Sandostatin)	100 – 300 mcg sc/iv q8–12h or continuous infusion (Max 900 mcg/day)	ลดสารคัดหลั่งในลำไส้
Anti-inflammatory		
Dexamethasone	4 mg sc/iv od to qid	ลดอาการบวมรอบๆ ก้อน
Ranitidine	50 mg sc q8h 150 mg po bid	Decreases gastric secretions
Omeprazole (Losec)	20 mg po q12–24h 40 mg iv q12–24h	Decreases gastric secretions

Syringe driver

Syringe driver :

คืออุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการให้ยาใต้ผิวหนังแบบต่อเนื่อง เพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับรายที่ไม่สามารถให้ยาทางอื่นได้ หรือในรายที่ต้องการกลับบ้าน (Ref:Dickman et al 2003)

Indications :

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาทางปาก หรือการให้ยาทางปากไม่สามารถดูดซึมได้ดี เนื่องจาก

- คลื่นไส้อาเจียนมาก ตลอดเวลา
- กลืนลำบาก
- ลำไส้อุดตัน
- มีภาวะสับสน (Alteration of consciousness) ไม่รู้สึกตัว

* ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยากลุ่ม Opioid มาก่อน แนะนำให้เริ่มที่ 10 mg sc in 24 hr.

(Ref:Dickman et al 2005; Mac Leed et al 2009; Twycross and Wilcock 2008)

* ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับยา Opioid มาก่อน แนะนำให้ใช้วิธีการปรับขนาดยาจากแบบรับประทานมาเป็นแบบฉีด (ยา morphine แบบฉีดมีฤทธิ์เป็น 2-3 เท่าของแบบรับประทาน)

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยได้รับยา MST SR (30) 1 tab oral q 12 hr

- Step 1 Total MO PO = 60 mg/day
- Step 2 เปลี่ยนจาก MO PO --> MO sc (PO:SC = 1:2)
--> MO 30 mg/day (sc route)
- Step 3 จะได้ MO 30 mg sc in 24 hr
- (Sig. MO 3 ml (3 amp) + 0.9% NSS up to 15 ml
via sc in 24 hr.) → ผสมยาให้มีปริมาตร 15 ml

Site selection :

ตำแหน่งที่นิยมติด Syringe driver คือ หน้าอก ท้อง ต้นแขน ต้นขา โดยนิยมติดบริเวณหน้าอกมากที่สุด เนื่องจากมีโอกาสบวม น้อย ง่ายต่อการดูแล แต่หากผู้ป่วยผอมมาก อาจเลือกใช้บริเวณ หน้าท้องได้ ส่วนบริเวณต้นแขนและต้นขาสามารถติดได้ แต่อาจ ไม่สะดวกหากผู้ป่วยนอนทับ

* ตำแหน่งที่ไม่ควรเลือกติด ได้แก่

- บริเวณที่บวมจากระบบน้ำเหลืองอุดตัน หรือมีน้ำในช่องท้อง
- บริเวณที่ผิวหนังอักเสบ
- บริเวณที่ติดเชื้อหรือมีการอักเสบ
- บริเวณปุ่มกระดูก
- บริเวณข้อพับ หรือใกล้ข้อพับ
- บริเวณก้อนมะเร็ง หรือก้อนเนื้องอก
- บริเวณที่มีรอยแผลเป็น

Equipment :

- เครื่อง syringe driver
- Syringe 20 ml
- Butterfly needle No.25
- Extension tube
- 0.9% NSS
- 9 volt alkaline battery



Medication for use in Syringe driver :

สามารถผสมยาได้ตั้งแต่ 1-3 ตัวใน syringe เดียวกัน (ไม่ควรผสมยาเกิน 3 ตัวในครั้งเดียว เนื่องจากอาจเกิด Incompatibility ได้)

* ยาที่ใช้บ่อยใน มีดังนี้

- Morphine sulphate
- Haloperidol
- Midazolam
- Metoclopramide
- Hyoscine butyl-bromide

Drug Compatibility in Subcutaneous Infusions Chart in Standard Forms :

Ref: Syringe Driver Drug Compatibilities – Guide to Practice 2013, Eastern Metropolitan Region Palliative Care Consortium (Victoria) Clinical Group

	Dexamethasone	Haloperidol	Hyoscine butyl bromide	Metoclopramide	Midazolam	Morphine
Dexamethasone	–					
Haloperidol		–				
Hyoscine butyl bromide			–			
Metoclopramide				–		
Midazolam					–	
Morphine						–

 Incompatible  Compatible

 Usually compatible (May be concentration dependent – observe carefully)

Last hour

Last hour symptoms :*

ในช่วงระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหลายอย่างที่สังเกตได้ ส่วนใหญ่ไม่ใช่อาการที่น่าตกใจและไม่ใช่อาการที่ต้องรักษา แต่เป็นอาการจากไปตามธรรมชาติ ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ สามารถให้คำแนะนำวิธีการดูแลอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งได้แก่อาการต่อไปนี้

อ่อนแรงและนอนหลับมากขึ้น :

ผู้ป่วยจะดูอ่อนเพลียแบบค่อยเป็นค่อยไปในระยะเวลาเป็นวัน บางรายอาจเกิดเร็วเป็นชั่วโมงบางรายอาจจะหลับลึกเหมือนปลุกไม่ตื่น ร่างกายอาจมีการขยับแบบอัตโนมัติได้โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว เช่น การกำมือ กัดฟันกรอดๆ อาการดังกล่าวไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☒ หาเตียงที่นอนสบาย ยกหัวสูงเล็กน้อย อาจมีหมอนข้างช่วยเสริมด้านข้าง

☒ พลิกตัวผู้ป่วยทุก 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ควรพลิกบ่อยกว่านี้ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรำคาญ

☒ ควรใส่สายสวนปัสสาวะหรือแพมเพิร์ส เพื่อสะดวกในการดูแล

* ที่มา: สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care), พญ.ดาริน จตุรภัทรพร

☒ กอดและสัมผัสผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้

☒ อนุญาตให้ตัวเองร้องไห้ได้

☒ สามารถพูดและสื่อข้อความดีๆ ที่อยากบอกผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพราะแม้ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถพูดได้แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถได้ยิน และเข้าใจสิ่งที่ญาติพูดได้ เนื่องจากหูและการได้ยิน จะเป็นอวัยวะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานไป

การกินอาหารและการดื่มน้ำจะลดลง :

ในช่วงเวลานี้อาหารและน้ำไม่ได้ช่วยทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และไม่ได้ช่วยยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น เนื่องจากร่างกายทำงานได้ช้าลง ระบบย่อยและดูดซึมอาหารไม่สามารถทำงานได้ปกติ

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☒ หากผู้ป่วยขอดื่มน้ำ ให้ยกศีรษะผู้ป่วยขึ้นและป้อนน้ำทีละน้อยด้วยหลอดหยด หรือ อมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ

☒ หากผู้ป่วยไอ ให้หยุดการป้อนน้ำทันที

☒ การให้น้ำเกลือในช่วงนี้ ไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และอาจทำให้ผู้ป่วยยืดความทุกข์ทรมานออกไปอีก การให้อาหารในช่วงเวลานี้ อาจเป็นสาเหตุให้สำลักเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ และติดเชื้อในปอดได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

☑ การได้รับอาหารน้อยลงในระยะนี้ ไม่ได้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยอดอาหารจนถึงแก่ความตาย ผู้ป่วยถึงความตายเนื่องจากโรคของผู้ป่วยเอง การให้อาหารทางสายยางควรจะพิจารณาอย่างมาก เพราะทำให้ผู้ป่วยเจ็บและรำคาญ

การดูแลช่องปากของผู้ป่วย :

ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายใจทางปาก และมักจะดื่มน้ำได้เพียงเล็กน้อย ทำให้ปากและลิ้นของผู้ป่วยแห้งมาก ซึ่งทำให้ทุกข์ทรมานได้

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☑ ผสมน้ำประมาณ 1 ลิตร กับเกลือ 1/2 ช้อนชา และผงฟู 1 ช้อนชา แล้วใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำดังกล่าวเช็ดปาก เหงือกและลิ้นของผู้ป่วย

☑ เปลี่ยนส่วนผสมน้ำ เกลือ และผงฟูใหม่ทุกวัน

☑ เช็ดปาก เหงือกและลิ้นของผู้ป่วยได้ทุกชั่วโมง เพื่อให้ชุ่มชื้น

การดูแลตาของผู้ป่วย :

เนื่องจากผู้ป่วยปิดตาไม่สนิท ทำให้เกิดอาการตาแห้ง แสบได้

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☑ ใช้น้ำตาเทียมหยอดตาให้ผู้ป่วยวันละ 4 ครั้ง หากตาผู้ป่วยเผยเปิดตลอดเวลา

อาการปวด :

โดยทั่วไปอาการปวดของผู้ป่วยมักไม่เพิ่มขึ้นในช่วงสุดท้าย บางครั้งที่ญาติช่วยยับยั้งตัวผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงเหมือนผู้ป่วยร้องคราง เสียงดังกล่ำมาจากการขยับตัวร่วมกับการหายใจออก ไม่ใช่มาจากการปวด

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☒ สังเกตอาการปวด โดยดูจากการหน้าน้ำขมวดคิ้ว แทนเสียงร้องคราง อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพิ่มหากมีอาการดังกล่าวย่อยครั้ง

ภาวะกระสับกระส่าย :

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีภายในร่างกาย เนื่องจากอวัยวะต่างๆ เริ่มวาย

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☒ อาจพิจารณาสั่งยานอนหลับอย่างอ่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนบ้าง หากอาการไม่มากอาจไม่จำเป็นต้องรักษาอาการนี้ เพราะผู้ป่วยหลายรายอยากมีสติก่อนตาย อยากรู้สึกรู้สิดีๆ ได้รู้เวลาญาติๆ ก่อนจากไป

หายใจไม่เป็นจังหวะ :

อาจหายใจช้าบ้าง เร็วบ้าง ลึกบ้าง ตื้นบ้าง และอาจหยุดหายใจเป็นช่วงๆ ซึ่งช่วงที่หยุดหายใจนี้จะค่อยๆ ยาวขึ้น เมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต ตัวผู้ป่วยเองไม่รู้สึกทรมานกับอาการนี้ เพราะเกิดจากภาวะกรดและด่างเปลี่ยนแปลงไปหลังจากอวัยวะต่างๆ หยุดทำงาน

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☒ ผู้ป่วยในภาวะนี้ไม่ได้ขาดออกซิเจน การให้ออกซิเจนจึงไม่จำเป็นและไม่ได้ช่วยชีวิตผู้ป่วยในระยะนี้ ตรงกันข้าม การให้ออกซิเจนกลับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแสบ เจ็บ และอึดอัดไม่สบายตัว ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยพยายามดึงหน้ากากออกซิเจนทิ้งอยู่ตลอดเวลาทั้งๆ ที่ไม่รู้สึกตัวกล่าวบ่อยครั้ง

ภาวะเสียงดังครีคราจากน้ำลายสอ :

เมื่อใกล้เวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ญาติอาจได้ยินเสียงดังครีคราในลำคอคล้ายเสียงกรน ในขณะที่ผู้ป่วยซึมลงมาก และไม่คอยตอบสนองต่อสิ่งรอบตัว เสียงนี้เกิดจากกล้ามเนื้อในลิ้นตก แต่ต่อมน้ำลายน้ำเมือกต่างๆ ยังทำงานอยู่ ภาวะดังกล่าวไม่ทำให้ทางเดินหายใจอุดตันจนถึงแก่ความตาย

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☒ ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงโดยมีหมอนยาวรองหลัง จะช่วยลดเสียงดังครีคราได้

☑ อาจพิจารณาสั่ง ยาลดน้ำลายสอ หากมีอาชยากรรม
นำรำคาญอย่างมาก (ดู Terminal Airway Secretions หน้า 27)

☑ ไม่ควรดูดเสมหะด้วยเครื่องดูด เนื่องจากไม่ได้แก้ไข
สาเหตุและทำให้ผู้ป่วยเจ็บได้

มือทำเย็น ไม่ตอบสนองต่อสิ่งรอบข้าง :

เมื่อเวลาของผู้ป่วยใกล้หมดลง ญาติอาจสังเกตได้จาก
มือทำเย็น เปลี่ยนเป็นสีซีด ผิวน้ำเป็นจ้ำๆ ตาเบิกกว้างแต่ไม่กระพริบ
ปัสสาวะน้อยลงมาก ผู้ป่วยบางรายอาจตื่นขึ้นมาในช่วงเวลา
สั้นๆ เหมือนอาการดีขึ้น ซึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยพยายามรวบรวม
พลังงานสำรองที่มีทั้งหมดมาใช้ในการรำลึญครั้งสุดท้าย
ก่อนจากไป

* วิธีการดูแลผู้ป่วย

☑ หยุดวัดความดันโลหิตหรือสายวัดต่างๆ แกะเครื่อง
พันนาการผูกมัดผู้ป่วยต่างๆ ให้ได้มากที่สุด เนื่องจากค่าที่วัด
ไม่สามารถเชื่อถือได้ และเป็นการรบกวนผู้ป่วยมากขึ้น หากอาการ
ไม่มากอาจไม่จำเป็นต้องรักษาอาการนี้ เพราะผู้ป่วยหลายราย
อยากมีสติก่อนตาย อยากรู้สึกตัวว่าได้รำลึญต่างๆ ก่อนจากไป

☑ ตั้งสติให้ดี อย่าตกใจ ใช้เวลาช่วงสุดท้ายอยู่ข้างเตียง
กับผู้ป่วยมากที่สุด ก่อนที่จะดำเนินพิธีทางศาสนาต่อไป

Miscellaneous

Subcutaneous Injections :

- ใช้ได้กับยาบางชนิดเท่านั้น
- ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถให้ยาทางปากหรือทางหลอดเลือดดำได้
 - ใช้ Butterfly needle No.25 ปิดด้วย Opsite หรือ Tegaderm
 - ปริมาณยาสูงสุดที่ให้ได้คือ 2 cc.
 - หากบริเวณที่ให้ยามีบวมแดง มีเลือดซึม หรือร้าวให้เปลี่ยนตำแหน่ง
 - เปลี่ยนเข็มทุก 2 - 3 วัน

Steroid Equivalency Chart :

Drug	Dosage (mg)	Route
Dexamethasone	0.75	sc/iv/po
Prednisolone	5	po

Commonly Used Abbreviations :

Drug	Term
SC	Sub-cutaneous
PO	Per oral
SL	Sublingual
PR	Per rectum
IV	Intravenous
SR	Sustained Release
IR	Immediate Release
CSCI	Continuous Subcutaneous Infusion
od	Once daily
bid	Two times per day
tid	Three times per day
qid	Four times per day
prn	As needed
q _x h	q=every, x = number, h=hour i.e. q ₄ h = every four hours
PCA	Patient Controlled Analgesia
hs	at bedtime

PPS

Palliative Performance Scale (PPS)

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระดับสวนดอ

(Palliative performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือ ไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ. พญ. บุญยามาส ชีวสุกุล และคณะกรรมการ
Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่)

วิธีการใช้ PPS

- ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวาง ไล่จากซ้ายไปขวา
 - เริ่มอ่านจากการเคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่าไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงขึ้นกว่านี้ได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหว 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40 % แต่คะแนนสูงสุดจะต้องเป็น 40 % ตาม ช่องซ้ายสุดเท่านั้น
 - ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลาง เช่น 45% ได้ ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 40% หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมมากที่สุด
 - ประโยชน์ของการประเมิน PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย, และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว

ESAS

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด							มีอาการปวดรุนแรงที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(พิจารณาระดับความถี่ที่ปวดในแผนภาพด้านหลัง)										

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย							มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการคลื่นไส้							มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการซึมเศร้า							มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่วิตกกังวล							วิตกกังวลมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/หazy							มีอาการง่วงซึม/สับสน/หazy มากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่เบื่ออาหาร							เบื่ออาหารมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

สบายดีทั้งกายและใจ							ไม่สบายกายและใจเลย			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ							มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่							(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากจะแทน = 10)			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....