

Update Handbook of Palliative care guidelines

NHS, U.K.

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

รศ.พญ.พนารัตน์ รัตนสุวรรณ

อ.นพ.อรรถกร รักษาสัตรู

ศูนย์การุญรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

แปลและเรียบเรียงจาก The Scottish Palliative Care Guidelines, 2014
ของ National Health Service, United Kingdom

คำนำ

หนังสือเล่มนี้ได้รับอนุญาตให้แปลจาก The Scottish Palliative Care Guidelines, 2014 National Health Service, United Kingdom เนื่องจากมีการปรับปรุงแนวทางใหม่ จึงได้ขออนุญาตแปลและเรียบเรียงใหม่จากเล่มเดิม เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยเห็นว่า guidelines นี้มีความสมบูรณ์ ใช้สะดวกและรวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงไม่มีความจำเป็นต้องเขียนใหม่ ทั้งนี้ได้ดัดแปลงนำยาที่ไม่มีใช้และในบางเรื่องที่บริบทในการดูแลผู้ป่วยไม่เหมือนกับในประเทศไทยออกไป

หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาการให้มีเครื่องมือที่สะดวก เพื่อใช้ในการจัดการอาการให้ผู้ป่วยระยะท้าย สุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
ศูนย์การรุกรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สารบัญ

หน้า

1.1 การประเมินความปวดในการดูแลแบบประคับประคอง	1
(Pain assessment in palliative care)	
1.2 การประเมินความปวดในผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้	5
(Pain assessment in cognitive impairment)	
1.3 การจัดการความปวด (Pain management)	9
1.4 ปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic pain: NeP)	18
1.5 การเลือกและเปลี่ยนยา opioids ในการดูแลประคับประคอง	23
(Choosing and changing opioids)	
1.6 ยา Fentanyl	29
1.7 ยา Oxycodone	37
1.8 ยา Methadone	41
1.9 ยา Naloxone	46
2.1 แผนการจัดการอาการล่วงหน้า (Anticipatory prescribing)	51
2.2 เบื่ออาหาร/ผอมแห้ง (Anorexia/Cachexia)	55
2.3 ลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction)	61
2.4 หายใจลำบาก (Breathlessness)	68
2.5 ท้องผูก (Constipation)	76
2.6 อาการไอ (Cough)	82
2.7 อาการเพ้อ (Delirium)	91
2.8 ภาวะซึมเศร้า (Depression)	97
2.9 ท้องเสีย (Diarrhea)	104
2.10 อาการชัก (Seizures)	111
2.11 สะอึก (Hiccups)	117
2.12 คลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting)	122
2.13 อาการคัน (Pruritis)	136
2.14 เหงื่อออก (Sweating)	142

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.15 อ่อนแรงและอ่อนล้า (Weakness & fatigue)	146
3.1 อาการเลือดออก (Bleeding)	154
3.2 ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcaemia)	163
3.4 มะเร็งกดทับไขสันหลัง	170
(Malignant spinal cord compression: MSCC)	
3.5 การอุดตันหลอดเลือด superior vena cava	176
(Superior vena cava obstruction)	
4.1 การดูแลในช่วงท้ายของชีวิต (Care in the last day of life)	179
4.2 การดูแลผู้ป่วยโรคไตในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต	188
(Renal disease in the last days of life)	
4.3 อาการทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้	195
(Severe uncontrolled distress)	

1.1 การประเมินความปวด ในการดูแลแบบประคับประคอง

(Pain assessment in palliative care)



บทนำ

เป้าหมาย

เพื่อให้ได้คำอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยและถ้าเป็นไปได้เพื่อระบุสาเหตุของความปวดในการวางแผนจัดการความปวดร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

การปฏิบัติ

ถ้าความปวดรุนแรงอย่างมาก การรักษาอย่างทันด่วนที่อาจต้องดำเนินการก่อนที่จะทำการประเมิน ปรับขนาดยาตามการใช้ยาระงับปวดในปัจจุบันและขอคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

การประเมิน

- คำอธิบายอาการปวดของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดมากกว่าหนึ่งอาการ
- ประเมินความปวดแต่ละอาการและระบุสาเหตุของอาการปวด (ถ้าเป็นไปได้)
- ลักษณะของความปวดที่เกิดขึ้น: การกำเริบของอาการปวดแบบชั่วคราวที่เกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เกิดขึ้นเอง หรือสัมพันธ์กับปัจจัยที่กระตุ้น (ความปวดที่เกิดขึ้น) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดพื้นฐาน (background pain)
- ถ้ามเกี่ยวกับ :
 - ตำแหน่งและการปวดร้าว; ใช้แผนภาพร่างกายช่วย
 - ลักษณะของความปวด; ใช้รายการคำที่บอกลักษณะความปวดช่วย
 - ความรุนแรงของความปวด; ใช้การประเมินระดับคะแนนความปวดช่วย
 - ระยะเวลาที่ปวด
 - ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ปวดมากขึ้น
 - ปัจจัยบรรเทา รวมถึงการใช้ยาระงับปวด
 - ผลกระทบต่อการนอนหลับและอารมณ์
 - การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและการรักษาก่อนหน้านี้
- ใช้เครื่องมือประเมินความปวดและบันทึกความปวดของผู้ป่วย

- ตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุของความปวด เช่น กดเจ็บและตบโด การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ
- ประเมินผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยและครอบครัว อารมณ์จิตใจหรือจิต วิญญาณความทุกข์จะมีผลต่อการรับรู้อาการปวด
- พิจารณาการส่งตรวจที่เหมาะสม เพื่อหาสาเหตุของอาการปวด
- พยายามทำให้การวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดและปรึกษาเรื่องนี้กับผู้ป่วย และครอบครัว

สาเหตุของความปวด

- อาการปวดเนื่องจากสาเหตุจากตัวโรค : การรุกรานโดยตรงจากโรคมะเร็ง, การยืดขยายออกของอวัยวะ, มีความดันที่เพิ่มขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อโดยรอบ
 - ปวดกระดูก: อาการปวดแย่ลงเมื่อมีการลงน้ำหนัก
 - ปวดเส้นประสาท: ปวดแสบร้อน, ปวดแปลบ, อาการเป็นเหน็บ, ปวดเหมือนถูกแทง, การรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนไป, มีการกระจายตัวตาม dermatome ให้พิจารณาถึงการกดทับไขสันหลัง
 - ปวดบริเวณตับ: ตับโต กดเจ็บบริเวณช่องท้องขวาส่วนบน ปวดร้าวไปที่ไหล่
 - ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น: ปวดศีรษะ คลื่นไส้หรือทั้งสอง มักจะแย่ลงในช่วงเช้าหรือเมื่อนอนลง
 - ปวดบิด: ปวดเกร็งเป็นพักๆ ให้พิจารณาถึงการอุดตันของลำไส้ กระเพาะปัสสาวะเกร็งตัว พิจารณาการรักษาแบบเสริม (ดูแนวทางการจัดการความเจ็บปวด)
- อาการปวดเนื่องจากการรักษา: อาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายจากยาเคมีบำบัด อาการท้องผูกเนื่องจากยา opioids อาการเยื่อช่องปากอักเสบจากการฉายรังสี
- อาการอ่อนเพลีย: ผลกดทับ ภาวะผอมแห้งอย่างรุนแรง เชื้อราในช่องปาก
- อาการปวดเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง : โรคข้ออักเสบ, โรคกระดูกพรุน, โรคหลอดเลือด, โรคกระเพาะ

การจัดการ

- แผนจัดการความปวดรวมถึงเป้าหมายของการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
- การเตรียมการสำหรับการทบทวนตามปกติ
- ความปวดที่แตกต่างกันอาจต้องการหัตถการที่ต่างกันเพื่อที่จะควบคุมอาการ ดูการจัดการความปวดและแนวทางการรักษาอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain)

ข้อควรปฏิบัติ

- ให้จัดทำแนวทางการจัดการความปวดสำหรับใช้ที่บ้านของผู้ป่วย
- ให้เขียนคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา opioids

1.2 การประเมินความปวด

ในผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้

(Pain assessment in cognitive impairment)



บทนำ

เป้าหมาย

เพื่อให้ได้คำอธิบายที่ชัดเจนของความปวดของผู้ป่วยและถ้าเป็นไปได้เพื่อระบุสาเหตุของอาการปวดเพื่อวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

หมายเหตุ: ความปวดมักจะได้รับการประเมินที่ไม่ดีและการจัดการไม่เพียงพอในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม บกพร่องทางการเรียนรู้ หรือ ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (stroke) - ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

การปฏิบัติ

ถ้าปวดรุนแรงและอย่างมากการรักษาอย่างทันทั่วที่อาจต้องดำเนินการก่อนที่จะทำการประเมิน การปรับขนาดยาตามการใช้ยาเจ็บปวดในปัจจุบันและขอคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

การประเมิน

การประเมินความปวดให้ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดมีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินโดยใช้วิธีการเป็นทีม:

- มีผู้ดูแล, เพื่อนหรือสมาชิกในทีมที่รู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและสามารถช่วยในการประเมินหรือไม่ ?
- ผู้ป่วยมักจะแสดงออกอย่างไรเวลาที่รู้สึกสบาย
- ผู้ป่วยมักจะแสดงออกอย่างไรเวลาที่มีอาการปวด
- ประเมินผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและครอบครัว
- ตรวจสอบถ้าผู้ป่วยมีปัญหาความปวดก่อนหน้านี้ เช่น โรคข้ออักเสบ
- ตรวจสอบประวัติการได้รับยาและการไม่ใช้ยาก่อนหน้านี้ รวมทั้งประสิทธิภาพและผลข้างเคียง

เพิ่มการสื่อสารทางวาจาและอวัจนภาษา:

- เพื่อเวลา
- ใช้อุปกรณ์ช่วยในการรับรู้ความรู้สึกที่จำเป็น - เครื่องช่วยฟัง แว่นตา การเขียน เครื่องมือภาพ
- ลดการรบกวน - เสียง แสงสว่าง กิจกรรม
- ใช้ชื่อที่ผู้ป่วยต้องการให้เรียกในการเริ่มต้นของแต่ละคำถามเพื่อจะจับความสนใจและเป็นจุดสนใจของผู้ป่วย
- ใช้ภาษาที่เรียบง่ายและประโยคสั้น ๆ
- ทวนคำถามและตรวจสอบความเข้าใจ
- พิจารณาการใช้รูปภาพ - แผนที่ร่างกาย, รูปถ่าย, หนังสือภาพ

พิจารณาการประเมินพฤติกรรม

- การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง
- การแสดงออกทางสีหน้า
- การเคลื่อนไหวของร่างกาย
- การส่งเสียง
- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- รูปแบบกิจกรรม

อาการปวดเป็นสาเหตุหลักของความทุกข์ของผู้ป่วยหรือไม่

แยกสาเหตุอื่นๆ ออกไป :

- ความกลัว วิดกกังวล สับสน หรือ แยกตัว
- อาการทางกายอื่นๆ เช่น ท้องผูก ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- อาการแพ้ หรือ สับสนเรื้อรัง
- พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

บันทึกการประเมิน:

- พิจารณาใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรม เช่น DisDAT, Abbey, Doloplus

การจัดการ

- ให้การวินิจฉัยและการอธิบายเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- ความปวดที่แตกต่างกันอาจต้องการหัตถการที่ต่างกัน การจัดการพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดเป็นสิ่งสำคัญ - ดูแนวทางในการจัดการความปวด
- การตัดสินใจถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ครอบคลุมการรักษา
- อภิปรายการจัดการร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การทดลองใช้ยาระงับปวดการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือทั้งสองวิธีอาจจะเหมาะสม หากยา opioids จำเป็นต้องใช้ จะต้องอภิปรายข้อกังวลต่างๆ เกี่ยวกับการใช้นี้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- เป้าหมายเพื่อบรรเทาปวดและวางแผนการเฝ้าระวัง
- ถ้ายังไม่สามารถระงับอาการปวดได้ภายใน 24 ชั่วโมง ให้ขอคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ
- ให้เตรียมการเพื่อทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

ข้อควรปฏิบัติ

- ให้จัดทำแนวทางการจัดการความปวดที่บ้านของผู้ป่วย
- ให้เขียนคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา opioids

แหล่งข้อมูล

- DisDAT เครื่องมือและข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ทาง MENCAP website
- Doloplus 2 website
- Abbey pain tool

อ้างอิง

NHS Scotland. 2009. Palliative Care Guidelines [Online]. Available: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/default.asp> [Accessed 2014 Mar 11] – from 2014 Dec 03 available at <http://www.2010palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/>

1.3 การจัดการความปวด

(Pain management)



บทนำ

แนวทางนี้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

การประเมิน

- ประเมินความปวดให้ครบถ้วนก่อนให้การรักษา (ดูแนวทางการประเมินความปวด)
- พิจารณาหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้
- สอบถามเกี่ยวกับอาการปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- บันทึกคะแนนความปวด โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด

การจัดการ

ขั้นที่ 1: ปวดเล็กน้อย		
ยา paracetamol 1 กรัม 4 ครั้ง/วัน	หรือ non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)	± ยาเสริมอื่น (other adjuvant)
	(ถ้าไม่มีข้อห้าม-ดูในส่วน “adjuvant therapies” ด้านล่าง)	
พิจารณาลดขนาดยา paracetamol เหลือ 500 มก. 4 ครั้ง/วัน เมื่อมีสภาวะทุพโภชนาการ, น้ำหนักน้อย (<50 กก.), การทำงานของตับบกพร่อง และ/หรือติดเชื้อ (ตรวจสอบแนวทางการให้ยา paracetamol และ NSAIDs ถ้าผู้ป่วยกำลังได้รับยาเคมีบำบัด)		
	การบรรเทาปวด ยังไม่เพียงพอ	

ขั้นที่ 2: ปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ยากลุ่ม weak opioids	+ paracetamol (ขนาดยาดังข้างต้น) หรือ NSAID (ถ้าไม่มีข้อห้าม) (ถ้าไม่ได้ผลหลังได้รับยา 3-4 วัน ให้หยุดยา)	± other adjuvant
Codeine 30-60 มก. 4 ครั้ง/วัน หรือ tramadol 50-100 มก. 4 ครั้ง/วัน ยาอื่น: ใช้ยาที่มี paracetamol เป็นส่วนประกอบร่วมกัน เช่น ultracet® 37.5/325 (ดูข้อจำกัดข้างต้น)		
· พิจารณาส่งยาระบายและยาด้านอาเจียน		
	การบรรเทาปวด ยังไม่เพียงพอ	

ขั้นที่ 3: ปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง

ยากลุ่ม strong opioids	+ paracetamol (ขนาดยาดังข้างต้น) (หยุดยาถ้าไม่ได้ผล) หรือ NSAID (ถ้าไม่มีข้อห้าม)	± other adjuvant
------------------------	---	------------------

หยุดยาopioid ในขั้นที่ 2 Codeine 240 มก/วัน, tramadol 150 มก/วัน = oral morphine 30 มก/วัน		ขอคำแนะนำ: • ปวดรุนแรงไม่ตอบสนองต่อการรักษา • ทนต่อผลข้างเคียงไม่ได้ หรือมีอาการพิษของยา
ถ้าปรับด้วย immediate release (IR) oral morphine 5 มก. ทุก 4 ชม. และให้เมื่อต้องการสำหรับ breakthrough pain (BTP)	ถ้าเริ่มด้วย oral morphine ชนิดออกฤทธิ์ยาว (modified release: MR) 10-15 มก. ทุก 12 ชม. และ morphine (IR) 5 มก. ตามความจำเป็นสำหรับ BTP	

- ใช้ขนาดยาที่ต่ำและเพิ่มขนาดอย่างช้าๆ ถ้าผู้ป่วยอ่อนแอเปราะบาง, สูงอายุ หรือมีอาการไตบกพร่อง
- ในผู้ป่วยที่มีไตบกพร่องรุนแรง, ยา opioid ตัวอื่นอาจจะจำเป็น (ดูแนวทางการเลือกและเปลี่ยน opioids)
- การปรับขนาดยาสำหรับขั้นที่ 3
- เพิ่มขนาดยา oral morphine ที่รับประทานแบบสม่ำเสมอ (regular) ในแต่ละวันในอัตราร้อยละ 30 (หรือปรับเพิ่มตามขนาดยา BTP ที่ใช้) จนกว่าจะควบคุมความปวดได้หรือเริ่มมีผลข้างเคียงจากยา
- เพิ่มขนาดยาระบายตามความจำเป็น
- เปลี่ยนเป็นยา morphine MR เมื่อควบคุมอาการปวดได้คงที่แล้ว
- กรณีเริ่มปรับยาโดยใช้ morphine IR ให้รวมขนาดยาใน 24 ชม. และหาร 2 จะได้เป็นขนาดยา morphine MR ทุก 12 ชม.
- สั่งขนาดยา BTP ได้จาก (สัดส่วน 1/10 -1/6 ของขนาดยา morphine ใน 24 ชม.)

ยาต้านอาเจียน	ยาระบาย (ดู "แนวทางอาการท้องผูก")
Metoclopramide 10 มก. ให้ได้ถึง 3 ครั้ง/วัน	Senna 2 เม็ดก่อนนอน หรือ bisacodyl 5-10 มก. ก่อนนอน + docusate 100 มก. วันละ 2 ครั้ง
Haloperidol 0.5 - 1.5 มก./วัน ให้เมื่อต้องการในช่วง 5-10 วัน	Macrogol 1-3 ซอง/วัน

ยาระับปวดทางใต้ผิวหนัง (subcutaneous: SC)

- มักจะให้ผ่าน syringe pump ตลอด 24 ชม.
- คำนวณขนาดยา oral morphine ที่ได้รับใน 24 ชม.
- เปลี่ยนเป็นการให้ยาทางใต้ผิวหนัง
- สัดส่วนของยา oral morphine 30 มก. = SC morphine 15 มก.
- สั่งขนาดยา BTP ทาง SC โดยใช้สัดส่วน 1/10-1/6 ของขนาดยา SC opioid ใน 24 ชม.
- (ดูแนวทางการให้ยาทางใต้ผิวหนังในการดูแลระดับประคอง)

Breakthrough pain (BTP)

ระบุว่าเป็นความปวดที่ประทุขึ้นมาทันทีซึ่งอาจจะเกิดจากทั้งเกิดขึ้นเองหรือปวดสัมพันธ์กับการมีปัจจัยกระตุ้น (incident pain) ในผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่มีอาการปวดคงที่หรือบรรเทาอาการปวดพื้นฐาน (background pain) ได้เพียงพอแล้ว

- สั่งยา morphine IR ในขนาด 1/10-1/6 ของขนาดยาใน 24 ชม. เมื่อผู้ป่วยต้องการ
- ประเมินที่ 30-60 นาที หลังจากได้รับขนาดยา BTP
- ถ้ายังคงมีอาการปวดอยู่ให้ยาครั้งที่ 2 ตามความต้องการ
- ถ้าอาการปวดยังไม่สามารถควบคุมได้ให้ขอคำแนะนำ
- เปลี่ยนขนาดยา BTP ถ้ามีการปรับขนาดยาที่เป็น regular dose

การเคลื่อนไหวหรือความปวดที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์

อาจจะยากในการจัดการ; การให้ยา opioid ฤทธิ์สั้นก่อนเคลื่อนไหวหรือเมื่อมีอาการปวดเกิดขึ้นอาจจะช่วยได้ ถ้าอาการปวดเกิดขึ้นในช่วงสั้นและผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

การรักษาเสริมอื่นๆ

- **NSIAD:** สำหรับปวดกระดูก, ตับ, การกลืนกลืนเนื้อเยื่ออ่อน หรือปวดจากการอักเสบ (ผลข้างเคียง: ผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้ หรือเลือดออก [พิจารณาให้ยา proton pump inhibitor (PPI)], ไตบกพร่อง, การคั่งของน้ำในร่างกาย)
- **Antidepressant หรือ anticonvulsant:** สำหรับปวดเส้นประสาทเริ่มที่ขนาดต่ำและปรับยาขึ้นช้าๆ (ดูแนวทางปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ไม่มีความแตกต่างด้านประสิทธิภาพอย่างชัดเจนระหว่างยาทั้ง 2 ชนิดสำหรับข้อบ่งชี้)
- **Amitriptyline** (ผลข้างเคียง: สับสน, ความดันต่ำ) ระวังระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด
- **Gabapentin** (ผลข้างเคียง: ง่วงซึม, การสั่น, สับสน; ลดขนาดยาลงในผู้ป่วยไตบกพร่อง)
- **Corticosteroids:** dexamethasone
 - ขนาด 16 มก./วัน สำหรับภาวะความดันในสมองเพิ่มสูงขึ้น
 - ขนาด 8 มก./วัน สำหรับ neuropathic pain; ขนาด 4-8 มก./วัน สำหรับปวดจากการยึดของ liver capsule
 - ให้ในช่วงเช้า; ลดขนาดที่น้อยที่สุดที่ได้ประสิทธิภาพ, พิจารณา PPI และติดตาม blood sugar
- **TENS, nerve block, radiotherapy, surgery, bisphosphonates, ketamine** (ผู้เชี่ยวชาญใช้) และยาหย่อนกล้ามเนื้อลายหรือกล้ามเนื้อเรียบ

พิษจากยา opioid - ข้อควรระวัง

- ง่วงซึม หรือสับสน (delirium)
- ผื่นร้ายหรืออาการหลอน
- กล้ามเนื้อกระตุก (myoclonus)
- การรับสัมผัสผิวหนังผิดปกติ
- กตการหายใจ
- ถ้าอาการปวดควบคุมได้แล้วควรลดขนาดยา opioid ลง 1 ใน 3 มั่นใจว่าผู้ป่วยมีสภาวะน้ำในร่างกายเพียงพอ; พิจารณาตรวจการทำงานของไต, ทบทวนและปรับยาระงับปวด
- พิจารณาการรักษาเสริม ยา opioid ทางเลือกหรือทั้ง 2 อย่าง (ดูแนวทาง การเลือกและเปลี่ยน opioids)
- การรักษาก่อนหน้านี้ อาจช่วยลดความต้องการยาระงับปวด เช่น การฉายแสง

แหล่งความรู้

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแล

เมื่อสั่งยาระงับปวด opioid สำหรับอาการปวดต่อเนื่อง, ให้คำอธิบายทุกๆ ข้อสงสัยเกี่ยวกับการได้รับยา opioid ประกอบด้วย:

- การติดยา (addiction)
- การดื้อยา (tolerance)
- ผลข้างเคียง (side effect)
- กลัวว่าการรักษานี้ไปถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

ให้ข้อมูล (วจาและลายลักษณ์อักษร) แก่ผู้ป่วย:

- เมื่อไหร่และทำไมถึงใช้ยา strong opioids ในการรักษาอาการปวด
- วิธีที่ทำให้เรามีประสิทธิภาพ
- การจัดการอาการปวดแบบต่อเนื่องและปวดแทรก (BTP)
- อาการแสดงภาวะพิษจากยา opioid
- ยาระงับปวด strong opioid กับการขับปัสสาวะ
- วางแผนติดตามอาการ

อ่านเพิ่มเติม

SIGN 106-Management of pain in adult patients with cancer

Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC.

อ้างอิง

- Bennett, M. I. 2011. Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: Systematic review. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 553-559.
- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S., Bennett, M. I., Brunelli, C., Cherny, N., Dale, O., De Conno, F., Fallon, M., Hanna, M., Haugen, D. F., Juhl, G., King, S., Klepstad, P., Laugsand, E. A., Maltoni, M., Mercadante, S., Nabal, M., Pigni, A., Radbruch, L., Reid, C., Sjogren, P., Stone, P. C., Tassinari, D. and Zeppetella, G. 2012. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet Oncology*, 13(2), pp. e58-e68.
- Caraceni, A., Pigni, A. and Brunelli, C. 2011. Is oral morphine still the first choice opioid for moderate to severe cancer pain? A systematic review within the European Palliative Care Research Collaborative guidelines project. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 402-409.
- Cherny, N. 2011. Is oral methadone better than placebo or other oral/transdermal opioids in the management of pain? *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 488-493.
- Dale, O., Moksnes, K. and Kaasa, S. 2011. European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 494-503.
- Davies, A. N., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A. M. and Zeppetella, G. 2009. The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13(4), pp. 331-338.
- Fallon, M. T. and Laird, B. J. 2011. A systematic review of combination step III opioid therapy in cancer pain: An EPCRC opioid guideline project. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 597-603.
- Forbes, K. 2011. Pain in Patients with Cancer: The World Health Organization Analgesic Ladder and Beyond. *Clinical Oncology*, 23(6), pp. 379-380.
- Haugen, D. F., Hjermstad, M. J., Hagen, N., Caraceni, A. and Kaasa, S. 2010. Assessment and classification of cancer breakthrough pain: A systematic literature review. *Pain*, 149(3), pp. 476-482.
- King, S. J., Reid, C., Forbes, K. and Hanks, G. 2011. A systematic

review of oxycodone in the management of cancer pain. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 454-470.

Klepstad, P., Kaasa, S. and Borchgrevink, P. C. 2011. Starting step III opioids for moderate to severe pain in cancer patients: Dose titration: A systematic review. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 424-430.

Laugsand, E. A., Kaasa, S. and Klepstad, P. 2011. Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: Systematic review and evidence-based recommendations. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 442-453.

Maltoni, M., Scarpi, E., Modonesi, C., Passardi, A., Calpona, S., Turriziani, A., Speranza, R., Tassinari, D., Magnani, P., Saccani, D., Montanari, L., Roudnas, B. and Amadori, D. 2005. A validation study of the WHO analgesic ladder: A two-step vs three-step strategy. *Supportive Care in Cancer*, 13(11), pp. 888-894.

Mercadante, S. and Caraceni, A. 2011. Conversion ratios for opioid switching in the treatment of cancer pain: A systematic review. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 504-515.

Pigni, A., Brunelli, C. and Caraceni, A. 2011. The role of hydromorphone in cancer pain treatment: A systematic review. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 471-477.

Radbruch, L., Trottenberg, P., Elsner, F., Kaasa, S. and Caraceni, A. 2011. Systematic review of the role of alternative application routes for opioid treatment for moderate to severe cancer pain: An EPCRC opioid guidelines project. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 578-596.

Tassinari, D., Drudi, F., Rosati, M. and Maltoni, M. 2011a. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain: A systemic review. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 478-487.

Tassinari, D., Drudi, F., Rosati, M., Tombesi, P., Sartori, S. and Maltoni, M. 2011b. The second step of the analgesic ladder and oral tramadol in the treatment of mild to moderate cancer pain: A systematic review. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 410-423.

Tessaro, L., Bandieri, E., Costa, G., Fornasier, G., Iorno, V., Pizza, C., Pastacaldi, G. and Micheletto, G. 2010. Use of oxycodone controlled-release immediately after NSAIDs: A new approach to obtain good pain control. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 14(2), pp. 113-121.

Zeppetella, G. 2011. Opioids for the management of breakthrough cancer pain in adults: A systematic review undertaken as part of an EPCRC opioid guidelines project. *Palliative Medicine*, 25(5), pp. 516-524.

1.4 ปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท

(Neuropathic pain: NeP)



บทนำ

Neuropathic pain (NeP) คือความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพ, โรคหรือการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในระบบประสาท chronic NeP พบได้บ่อยและอาจเกี่ยวข้องกับ :

- โรคประจำตัวที่ทำให้ผู้ป่วยถูกส่งต่อมารับการรักษาแบบประคับประคอง (เช่น มะเร็งหรือโรค multiple sclerosis)
- การรักษา (เช่น NeP ภายหลังผ่าตัด หรือเคมีบำบัดทำให้เส้นประสาทถูกทำลาย)
- โรคร่วมอื่นๆ (เช่น post-herpetic neuralgia หรือ diabetic neuropathy)

ซับซ้อนต่อการจัดการอาการและอาจตอบสนองไม่ดีต่อยาระงับปวดหลัก จึงแนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่วินิจฉัย NeP พบบ่อยร่วมกับความปวดชนิดอื่น

การประเมิน

- ปวดในบริเวณ dermatome หรือ neuro-anatomical ร่วมกับประวัติของโรคหรือรอยโรคซึ่งอาจมีผลต่อระบบประสาท อาจเป็นสาเหตุของ NeP ควรยืนยันด้วยการตรวจร่างกายหรือภาพทางรังสี
- การอธิบายความรู้สึกที่เกิดจาก NeP ได้แก่ แสบร้อน, เสียความรู้สึก, คล้ายเข็มทิ่ม, ไฟช็อต และชา แต่อาการเหล่านี้จะยังไม่วินิจฉัย
- ยืนยันการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติในบริเวณที่ปวดเปรียบเทียบกับบริเวณที่ไม่ปวดข้างตรงข้ามหรือในบริเวณใกล้เคียง:
 - Allodynia ปวดหลังจากสัมผัสเบาๆ เช่น ลูบผิวหนังด้วยนิ้วมือหรือสำลี
 - Hypoaesthesia มีการรับรู้ความรู้สึกลดลงจากสิ่งกระตุ้นที่ไม่ก่อให้เกิดอาการปวด
 - Hyperalgesia มีอาการปวดที่มากเกินไปจริงต่อสิ่งกระตุ้น เช่น ระดับ pin prick threshold ต่ำลง
 - มีการเปลี่ยนแปลง thermal threshold ต่อความเย็นหรือความร้อน (เช่น การตอบสนองที่ลดลงหรือมากเกินไปจริงต่ออุณหภูมิเย็นหรือแฉะหรือร้อน)
- ให้พิจารณาถึงการกดทับไขสันหลัง

การจัดการ

- Opioids มีประสิทธิภาพการรักษาบ้างใน NeP แต่ผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้องได้ยาระงับปวดกลุ่มยาเสริม
- ยา corticosteroids สามารถใช้ได้ภายใต้ผู้เชี่ยวชาญสำหรับ NeP ที่เกิดจากการลุกลามของมะเร็งโดยเฉพาะถ้ามีอาการอ่อนแรงของระยางค์
- ยา adjuvant ลำดับที่ 1 (first-line): ได้แก่ antidepressant (เช่น amitriptyline) หรือ anticonvulsants (เช่น gabapentin, pregabalin) สำหรับยา adjuvant ลำดับที่ 2 (second-line) ใช้ภายใต้ผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care ได้แก่ duloxetine และ venlafaxine ภายใต้แนวทางในแต่ละพื้นที่สำหรับการเลือกใช้หรือการเปลี่ยนยา เช่น ช่วงการเปลี่ยนถ่ายยา (washout period) ให้ดูรายละเอียดคำแนะนำการใช้ยาด้านล่าง
- ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่:
 - Amitriptyline - สับสน ความดันต่ำ (ระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ)
 - Pregabalin - ง่วงซึม สั่น สับสน บวม เวียนศีรษะ (ลดขนาดยาลงในผู้ป่วยไตบกพร่อง)
- มีหลักฐานการสนับสนุนการใช้ยา opioid ร่วมกับ adjuvant สำหรับ NeP อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีผลข้างเคียงทำให้ทักษะการปรับยาเป็นสิ่งจำเป็น (โดยเฉพาะง่วงซึม และเวียนศีรษะ) ในทางปฏิบัติจึงใช้ยาร่วมกันในขนาดต่ำมากกว่าใช้ยาชนิดเดียว
- ให้ความเวลาในการค่อยๆ ปรับยาในแต่ละตัวอย่างเพียงพอ ร่วมกับให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล
- เพิ่ม capsaicin cream (หลิกลี้นงิบริเวนเยื่อ) สามารถช่วยลดอาการปวดเฉพาะที่ โดยเฉพาะถ้ามี allodynia
- ผู้เชี่ยวชาญอาจใช้ยา adjuvant อื่นๆ เช่น anticonvulsants และ antidepressants ตัวอื่นๆ, ketamine และ methadone
- พิจารณาส่งปรึกษาสำหรับการทำ interventional techniques เช่น radiotherapy, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)/ nerve blocks/ epidural or intrathecal analgesia
- การแนะนำขนาดยา : ผลข้างเคียงที่พบบ่อย เริ่มต้นใช้ในขนาดต่ำ ในผู้สูงอายุและเปราะบาง และใช้ขนาดต่ำที่สุดที่ให้ผลระงับปวด

ยา	ขนาดที่แนะนำ
Amitriptyline	10 มก. เริ่มให้รับประทานก่อนนอน ถ้าทนต่อผลข้างเคียงได้ หลังจาก 3-7 วันปรับเพิ่มเป็น 25 มก. หลังจากนั้นเพิ่มครั้งละ 25 มก. ทุก 1-2 สัปดาห์ ขนาดสูงสุด 150 มก. (ใช้น้อย)
Gabapentin	ขนาดเริ่มต้น 100 มก. ต่อวัน ในผู้สูงอายุหรือเปราะบาง สามารถ เพิ่มครั้งละ 100 มก. ถ้าทนต่อผลข้างเคียงได้ กรณีผู้ป่วยแข็งแรง ปรับเพิ่มเริ่มจาก 300 มก. ขนาดสูงสุดที่แนะนำสำหรับ NeP คือ 3,600 มก. ต่อวัน ผู้เชี่ยวชาญอาจใช้ขนาดที่สูงกว่า ลดขนาดลงในผู้ป่วยไตบกพร่องและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
pregabalin	ปรับขนาดจาก 25 mg วันละ 2 ครั้ง จนถึงขนาดที่สูงที่สุด ที่ทนได้ แต่ไม่ควรเกิน 300 mg วันละ 2 ครั้ง ลดขนาดลงในผู้ป่วยไตบกพร่องและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อจะเปลี่ยนจาก gabapentin เป็น pregabalin สามารถทำได้โดย:

- เปลี่ยน gabapentin 300 มก. วันละ 3 ครั้ง เป็น pregabalin 100 มก. วันละ 2 ครั้ง
- เปลี่ยน gabapentin 600 มก., 900 มก. และ 1200 มก. วันละ 3 ครั้ง เป็น pregabalin 200 มก. วันละ 2 ครั้ง

ขนาดของ pregabalin สามารถเพิ่มขึ้นได้ขึ้นกับการตอบสนองและความทนต่อผลข้างเคียงของยาจนถึงขนาดสูงสุด 300 มก. วันละ 2 ครั้ง

แหล่งข้อมูล

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

- กระตุ้นให้ผู้ป่วย NeP ใช้วิธีทาง non-pharmacological เพื่อช่วยจัดการความปวดร่วมด้วย
- ยาที่สามารถใช้รักษามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่หลากหลาย เช่น antiepileptics, antidepressants
- การจัดการความปวด NeP ให้ได้ผลเพียงพอ อาจต้องใช้เวลานาน

1.5 การเลือกและเปลี่ยนยา opioids ในการดูแลระดับประคอง

(Choosing and changing opioids)



บทนำ

- ยา opioids ถูกใช้เพื่อรักษาอาการปวดและหอบเหนื่อย
- ผู้ป่วยส่วนมากตอบสนองดีต่อการปรับขนาดยา morphine ชนิดรับประทาน
- ผู้ป่วยส่วนน้อยอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นยา opioid ตัวอื่น เช่น
 - ไม่มียาชนิดรับประทาน
 - ควบคุมอาการปวดได้แต่ผู้ป่วยยังคงไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ (พิจารณาลดขนาดยา และค่อยๆ ปรับครั้งละน้อยหรือใช้กลุ่มยาเสริม (adjuvant analgesic) ก่อนที่จะเปลี่ยนชนิดของยา opioid)
 - การทำงานของตับและไตพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรง
 - การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
 - มีอาการปวดชนิดซับซ้อน (complex pain) พิจารณาใช้ยาเสริม/การจัดการอาการปวดอื่น

การเลือกยา opioid สำหรับอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง

ยา opioid อันดับแรก: (ดู การจัดการอาการปวด)

ยา Morphine

- ยาชนิดรับประทานมีหลายรูปแบบ; ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังและผ่าน syringe pump
- ยาขับออกทางไตและยังอยู่ในรูปที่มีฤทธิ์ - ควรปรับยา morphine อย่างช้าๆ และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- พิจารณาใช้ยา opioids อื่น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 หรือผู้ป่วยฟอกไต
- ใช้ยานานน้อยและปรับยาอย่างช้าๆ ในผู้ป่วยที่ตับบกพร่อง

ยา Diamorphine (ยังไม่มีขายในประเทศไทย)

- เป็นยา opioid ชนิดที่ละลายได้ดี สามารถใช้สำหรับฉีดใต้ผิวหนังผ่าน syringe pump
- ใช้สำหรับกรณีที่ต้องใช้ยาฉีดใต้ผิวหนังในขนาดสูง (มากกว่า 180 มก.)

ใน 24 ชม.) พยาสามารถละลายน้ำปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้ฉีดได้

- เช่นเดียวกับยา morphine ต้องระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยไตและตับบกพร่อง

ยา opioid อันดับสอง:

ยา oxycodone

- สำหรับบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ถ้าไม่สามารถทนต่อการใช้ยา morphine / diamorphine ได้
- ในประเทศไทยมีเฉพาะยารับประทานชนิดออกฤทธิ์นานต่อเนื่อง
- หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยตับบกพร่องระดับปานกลางถึงรุนแรง การขจัดยาออกจะลดลง
- ไตบกพร่องระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ลดการขับออก จึงปรับยาอย่างช้าๆ และต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5

ยา Fentanyl

- ชนิดแผ่นปิดผิวหนัง ระยะเวลา 72 ชม. ใช้กรณีไม่สามารถรับประทานและให้ทางได้ผิวหนังได้
- เหมาะสำหรับกรณีอาการปวดคงที่ ถ้าไม่สามารถทนต่อยา morphine ได้ เนื่องจากไม่สามารถปรับยาได้อย่างรวดเร็ว
- ไม่จำเป็นต้องลดขนาดยาในการให้ยาครั้งแรกในผู้ป่วยไตบกพร่อง แต่ยาอาจจะสะสมได้เมื่อให้ระยะเวลานาน
- ผู้ป่วยตับบกพร่อง การปรับลดขนาดยาอาจจะจำเป็นในผู้ป่วยที่มีโรคตับรุนแรง

ยา opioid อันดับสาม: (ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ)

ยา Alfentanil (ยังไม่มียานี้ในประเทศไทย)

- ออกฤทธิ์สั้น สามารถใช้ได้ผิวหนังและผ่าน syringe pump
- ในกรณีปวด incident/episodic pain สามารถใช้ผ่านใต้ลิ้นหรือใต้ผิวหนังได้
- ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4-5 สามารถใช้ในขนาดปกติได้
- ในผู้ป่วยตับบกพร่องควรลดขนาดและปรับยาช้าๆ เนื่องจากการขจัดยาอาจจะลดลง

ยา opioid อันดับที 4: (เฉพาะผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น)

ยา Methadone

- ยา methadone ชนิดรับประทาน สำหรับผู้เชี่ยวชาญ ใช้ในการรักษาอาการ

ปวด complex pain; การปรับขนาดยายาก เนื่องจากระยะเวลาการออกฤทธิ์ ยาว ยาไม่ได้ขับออกทางไต ดังนั้นจึงใช้ขนาดปกติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ค่าครึ่งชีวิตจะยาวขึ้นในผู้ป่วยโรคตับที่รุนแรง

การเปลี่ยนยา opioid

- ขนาด/สัดส่วนนี้โดยประมาณ และควรจะใช้เป็นแนวทาง
- การปรับเปลี่ยนขนาดควรจะใช้อย่างระมัดระวัง และมักจะใช้ในขนาดที่น้อยกว่า
- เผื่อระวังอย่างใกล้ชิด ถ้าผู้ป่วยเปราะบาง สูงอายุ ไตหรือตับบกพร่อง ต้องการการดูแลเพิ่มเติมเป็นพิเศษ
- ต้องสั่งยาและขนาดยาสำหรับอาการปวดแทรก (breakthrough pain) อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ขนาด 1 ใน 6 ของขนาดยา opioid ที่ใช้ใน 24 ชม.

ขนาดที่เทียบเท่ากับ (Equivalent) ของยา opioids ที่แนะนำสำหรับการรักษาแบบประคับประคอง

ยา morphine ชนิดรับประทานที่ออกฤทธิ์เร็ว	ขนาดยา opioid	สัดส่วนความแรงของยา morphine ชนิดรับประทานต่อยา opioid อื่น
ยา morphine 5 มก.	ยา codeine รับประทาน 60 มก.	1:10
ยา morphine 10 มก.	morphine ใต้ผิวหนัง 10 มก.	2:1
ยา morphine 10 มก.	Oxycodone รับประทาน 5 มก.	2:1
ยา morphine 60-90 มก.ใน 24 ชม.	Fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง 25 มก./ชม.	ดู Fentanyl

พิษของยา opioids

- มีความแปรปรวนของขนาดยา opioid ซึ่งทำให้เกิด opioid toxicity
- การให้การวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันทั่วที่เป็นสิ่งจำเป็น อาการประกอบด้วย
 - ง่วงซึมอย่างต่อเนื่อง (โดยแยกสาเหตุอื่นออกไป)
 - ผื่นร้าย/อาการหลอน

- เพื่อ สับสน
- กล้ามเนื้อกระตุก (twitching) / กระตุกรัว (myoclonus) / กระตุกเหวี่ยงไปมา (jerking)
- ความไวต่อการสัมผัสที่ผิวหนังผิดปกติ
- ลดขนาดของ opioid ลง 1 ใน 3 มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ (ให้ข้อคำแนะนำ)
- พิจารณากลุ่มยาเสริมระงับปวด และ/หรือ ยา opioid ตัวอื่น ถ้ายังคงมีอาการปวด
- ยา naloxone (ให้ยาขนาดครึ่งละน้อย) ใช้เฉพาะที่จำเป็นสำหรับภาวะกดการหายใจเท่านั้น

แนวทางสำหรับการแปลงขนาดจากยา morphine ไปยังยา opioid อันดับสอง สำหรับการปวดปานกลางถึงรุนแรง

- แผนภูมินี้เป็นเพียงแนวทาง ขนาดยาเป็นขนาดโดยประมาณและไม่ใช้ขนาดเทียบเท่าที่แน่นอน
- การดูดซึมยา opioid (โดยเฉพาะยา morphine ชนิดรับประทาน) และการตอบสนองที่ไม่แน่นอนสูงมาก
- ต้องสั่งยาและขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับรักษาอาการปวด breakthrough pain เสมอในขนาด 1 ใน 6 ของขนาดยา opioid ใน 24 ชม.
- ลดขนาดยาลงร้อยละ 30 เมื่อ: เปลี่ยนยา opioid ถ้าผู้ป่วยมีอาการพิษจากยา opioid ผู้ป่วยเปราะบางอ่อนแอ หรือผู้สูงอายุ และเมื่อปรับขนาดยาใหม่
- ลดขนาดยาลงร้อยละ 30 เมื่อ: เปลี่ยนจากยา opioid อันดับ 2 กลับเป็นยา morphine และค่อยๆ เริ่มขนาดยาใหม่
- ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับยาถ้าผู้ป่วยมีภาวะไตและตับบกพร่อง
- ให้การดูแลโดยเฉพาะเมื่อเปลี่ยนยา opioid ในขนาดที่สูงหรือเมื่อต้องการเพิ่มขนาดยา opioid ชนิดแรกอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงได้มากกว่า

- ขนาดยา morphine และ oxycodone การเพิ่มขนาดของยา ไม่แนะนำให้
เป็นตำแหน่งทศนิยม
- ยา Fentanyl: การปรับขนาดจากยา morphine ชนิดรับประทาน มักจะให้เป็นช่วงของขนาดยาสำหรับขนาดแผ่นยาแต่ละแผ่น
- เฝาระวังผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง (ถ้ามีข้อสงสัยขอคำแนะนำ)

ตารางการแปลงขนาดยาจาก morphine ไปเป็น opioids อันดับสองที่ใช้เพื่อรักษาอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง

Morphine ชนิดรับประทาน			Morphine ใต้ผิวหนัง		Oxycodone ชนิดรับประทาน			Fentanyl แผ่น ปิดผิวหนัง
ขนาด ทุก 4 ชม. (มก)	ขนาด ทุก 12 ชม. (มก)	ขนาด ทั้งหมด 24 ชม. (มก)	ขนาด ทุก 4 ชม.(มก)	ขนาด ทั้งหมด 24 ชม. (มก)	ขนาดทุก 4 ชม. (มก)	ขนาดทุก 12 ชม. (มก)	ขนาด ทั้งหมด 24 ชม. (มก)	ขนาดของแผ่น (มก)
2 หรือ 3	5	15	1	7 หรือ 8	1 2	-	7 หรือ 8	ไม่ใช่
5	15	30	2 หรือ 3	15	2 หรือ 3	5	15	12
10	30	60	5	30	5	15	30	25
15	45	90	7 หรือ 8		7 หรือ 8	20	45	37
20	60	120	10	60	10	30	60	50
30	90	180	15	90	15	45	90	62
40	120	240	20	120	20	60	120	75
50	150	300	25	150	25	75	150	87
60	180	360	30*	180	30	90	180	100

1.6 81 Fentanyl

1.6 ยา Fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง ในการดูแลแบบประคับประคอง

คำอธิบาย

ยาระงับปวด opioid ในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนัง ระยะเวลาออกฤทธิ์ 72 ชม.

การจัดเตรียม

แผ่นชนิด matrix	12, 25, 50, 75, 100 มก./ชม.	Durogesic D-Trans®
แผ่นชนิด reservoir	25, 50, 75, 100 มก./ชม.	Durogesic®

ควรใช้รูปแบบของยาเดิมและไม่ควรเปลี่ยนสลับรูปแบบ/ยี่ห้อของยา

ข้อบ่งชี้

- ยา opioid อันดับสอง สำหรับความปวดปานกลางถึงรุนแรงซึ่งค่อนข้างคงที่ที่ตอบสนองต่อยา opioid
- ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาแบบรับประทานและได้ผิวหนังได้
- ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยา morphine ได้
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาไม่สม่ำเสมอ

ผลข้างเคียง

- คล้ายยา morphine แต่ท้องผูกและคลื่นไส้น้อยกว่า
- ถ้ามีอาการพิษจากยา opioid (เช่น ง่วงซึม เพื่อ สับสน) ให้ดึงแผ่นออกและขอคำแนะนำยา fentanyl จะค่อยๆ ออกจากตำแหน่งออกฤทธิ์ ใช้เวลาถึง 24 ชม. ให้เฝ้าระวังผู้ป่วย 24-48 ชม.
- การให้ยา naloxone ค่อยๆ ให้ ในรายที่จำเป็นจากการกดการหายใจจากยา opioid
 - หายใจช้า < 8 ครั้ง/นาที
 - ความเข้มข้นของออกซิเจน < ร้อยละ 85 หรือผู้ป่วยมีอาการเขียว
- ปฏิกริยาแพ้ต่อแผ่นปิดผิวหนังสามารถเกิดขึ้นได้ - ให้เปลี่ยนชนิดยา opioid

ข้อควรระวัง

- Fentanyl เป็น opioid ที่ออกฤทธิ์แรง ให้ตรวจสอบขนาดอย่างรอบคอบ ยา fentanyl ขนาด 25 ไมโครกรัม/แผ่น เทียบเท่ากับขนาดยา morphine ชนิดรับประทาน 60-90 มก.ต่อวัน
- ในผู้ป่วยอ่อนแอหรือผู้สูงอายุจะใช้ขนาดที่น้อยกว่าและค่อยๆ ปรับขนาดยา
- ความร้อนจะเพิ่มอัตราการดูดซึมยา fentanyl อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีไข้หรือบริเวณผิวหนังได้แผ่นยาถูกความร้อน ให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสถูกความร้อนโดยตรง
- ผู้ป่วยที่ดื่อบกพร่องในผู้ป่วยโรคตับรุนแรงมีความจำเป็นต้องลดขนาดลง
- ผู้ป่วยไตบกพร่อง ไม่ต้องลดขนาดยาในขนาดเริ่มต้น แต่อาจจะมีการสะสมเมื่อเวลาผ่านไปควรเฝ้าระวังและลดขนาดลง
- ยา fentanyl ไม่สามารถขับออกด้วยการทำ dialysis
- ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดไม่คงที่หรืออาการปวดเปลี่ยนแปลงตามการรักษา ไม่ควรเริ่มให้ยา fentanyl ให้ขอคำแนะนำและพิจารณาใช้ยา opioid อื่นแทน

ขนาดและการบริหารยา

การเริ่มใช้ยา fentanyl ชนิดแผ่นปิดผิวหนัง

1. เลือกขนาดยาต่อแผ่นที่เหมาะสม
2. คำนวณขนาดของ fentanyl จากตารางการปรับยา สามารถปิดแผ่นยาหลายขนาดรวมกันได้ เพื่อให้ได้ขนาดยาที่เหมาะสม
3. ขนาด 12 ไมโครกรัม/แผ่น ใช้สำหรับกรณีต้องการปรับเพิ่มขนาดยาครั้งละน้อย และอาจจะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการยาขนาดที่น้อย
4. ผู้ป่วยยังต้องได้รับยา opioid ชนิดที่เคยได้รับมาก่อนในระยะเวลา 12 ชม. แรก หลังจากปิดแผ่นยาค้างแรก เพื่อให้ยา fentanyl ขึ้นถึงระดับที่ใช้รักษาก่อน

ยา morphine หรือ oxycodone ออกฤทธิ์สั้น	เริ่มปิดแผ่นยา fentanyl และให้ยา opioid ที่ออกฤทธิ์สั้น ทุก 4 ชม. ต่อไปอีก 12 ชม.
ยา morphine หรือ oxycodone ออกฤทธิ์ยาว 12 ชม.	เริ่มปิดแผ่นยา fentanyl พร้อมกับยังคงให้ยา opioid ในขนาดที่เวลา 12 ชม. สุดท้ายต่อ
ยา morphine ชนิดได้ผิวหนัง	เริ่มปิดแผ่นยา fentanyl พร้อมกับยังคงให้ยาชนิด ได้ผิวหนังต่อไปอีก 12 ชม. หลังจากนั้นให้หยุดยา ได้ผิวหนังได้

- ควรให้ยา opioid ที่ออกฤทธิ์สั้น (เช่น morphine ชนิดรับประทาน หรือ morphine ได้ผิวหนัง) ตามที่ผู้ป่วยต้องการทุก 1-2 ชม. สำหรับใช้เป็น breakthrough pain หรือ เพื่อรักษาอาการถอนยา opioid (withdrawal symptoms; ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ เหงื่อออก) อาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ ขณะที่เริ่มต้นใช้ fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง เนื่องจากระยะเวลาในการขึ้นถึงระดับยาที่ออกฤทธิ์มีความแปรปรวน ในช่วงที่เริ่มให้ยาควรจะปรับให้เป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้นทุก 4 ชม. ในขนาดยาที่เทียบเท่า
- เปลี่ยนแผ่นยาทุก 72 ชม. ที่เวลาเดิม
- ยา fentanyl ทำให้ท้องผูกน้อยกว่ายา morphine ขนาดยาระบายใช้ลดลง ครั้งหนึ่งและค่อยๆ ปรับยา

การปรับขนาดยา fentanyl แผ่นปิดได้ผิวหนัง

- ทบทวนขนาดแผ่นยา fentanyl หลังจากครบ 72 ชม. ระดับของยาจะขึ้นถึงระดับคงที่
- ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะพิษจากยา opioid (ง่วงซึม สับสน) ให้ปรับลดขนาดยาและประเมินอาการปวดซ้ำ (ขอคำแนะนำ)
 - ถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดซึ่งเป็นอาการปวดที่ตอบสนองต่อยา opioid, ปรับขนาดยา fentanyl ในขนาด 12-25 มก./ชม. ปรับเพิ่มขึ้นขึ้นกับชนิดของแผ่นปิดผิวหนังที่ใช้ จำไว้ว่าต้องรวมขนาดยาที่ผู้ป่วยใช้สำหรับรักษาอาการปวดแทรกไว้ด้วย และแผ่นใหม่ที่ปิดเพิ่มจะใช้เวลา 12-24 ชม. เพื่อให้ระดับยาขึ้นถึงระดับยาใหม่ ดังนั้นการให้ยาระงับปวดเพื่อ breakthrough pain ในขนาดที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็น

การเปลี่ยน ยา fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง เป็นยา opioid ชนิดอื่น

ยา fentanyl จะสะสมบริเวณผิวหนังที่อยู่ใต้แผ่นปิด ซึ่งสามารถคงอยู่ได้ถึง 24 ชม. หลังจากที่ยึดแผ่นออก ผู้ป่วยควรจะต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดสำหรับอาการพิษของ opioid ภายใน 24-48 ชม. การเปลี่ยนยา fentanyl เป็นยา opioid อื่นทำได้โดย

1. ให้ดึงแผ่น fentanyl ออก ให้ยา opioid ที่ออกฤทธิ์เร็วและฤทธิ์สั้นตามต้องการ ทุก 1-2 ชม. สำหรับใน 24 ชม. แรก (ดูตารางการเปลี่ยนยาและขอคำแนะนำถ้าสงสัย)
2. คำนวณขนาดยา opioid โดยเปลี่ยนจาก fentanyl เป็นยา morphine ชนิดรับประทานที่ออกฤทธิ์เร็ว โดยใช้ตารางเปลี่ยนยา และลดขนาดยาลง 1 ใน 3 ส่วน
3. กรณีเปลี่ยนเป็นยา opioid ที่ออกฤทธิ์เร็ว

ตัวอย่างการคำนวณขนาดยาเริ่มต้นเมื่อหยุดยา fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง		
ขนาดยา fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง	ขนาดยา morphine ชนิดรับประทาน	ขนาดยา morphine ชนิดได้ผิวหนัง
50 มก./ชม. ทุก 72 ชม.	20 มก., 1-2 ชม.	10 มก., 1-2 ชม.

จำไว้ว่า ยา opioid ที่ปรับเป็นขนาดโดยประมาณ; เฝ้าระวังผู้ป่วย

4. ภายหลัง 24 ชม. ให้พบทวนขนาดยาที่ใช้และสั่งยาให้เป็น regular dose และสั่งยา opioid ที่ออกฤทธิ์เร็วสำหรับตามที่ต้องการทุก 4 ชม. เพิ่มไว้
5. ปรับขนาดของยา opioid ที่ผู้ป่วยต้องการภายใน 48 ชม. ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นยา opioid ที่ออกฤทธิ์ยาว หรือให้เป็นยาได้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง

ยา Fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง ในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต

1. ถ้าผู้ป่วยระดับการรู้สึกตัวลดลง หรือใกล้เสียชีวิต ให้ปิดแผ่นยา fentanyl ต่อและให้เปลี่ยนทุก 72 ชม.
2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดที่ตอบสนองต่อยา opioid เกิดขึ้นใหม่ ให้ใช้ยา morphine ได้ผิวหนัง สำหรับ breakthrough pain ใช้ตารางแปลงขนาดยา (conversion chart) เพื่อกำหนดขนาดยา morphine
3. หลังจาก 24 ชม. ขนาดยา morphine ที่ได้รับเป็น breakthrough pain นำมารวมกัน เพื่อปรับให้เป็นยา morphine ฉีดเข้าใต้ผิวหนังผ่าน syringe pump ใน 24 ชม. ข้างหน้า ร่วมกับการใช้ยา fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง

การแปลงขนาดยา

- การแปลงขนาดยา opioid ทั้งหมด ขนาดยาที่ได้เป็นการประมาณการ
- ปรับขนาดยาลดลงถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือผู้ป่วยเปราะบาง อ่อนแอ ปรับขนาดขึ้น ถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรืออายุน้อย

ปรับลดลงได้ถึงร้อยละ 30 : เมื่อเปลี่ยนชนิดยา opioid ถ้าผู้ป่วยมีอาการพิษจากยา opioid/อ่อนแอ เปราะบางหรือสูงอายุและการเริ่มปรับยาใหม่

ปรับลดลงได้ถึงร้อยละ 30 : เมื่อเปลี่ยนจากยา fentanyl กลับเป็นยา morphine หรือยา opioid อื่น

- ผู้ป่วยควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การปรับขนาดสามารถทำได้ถ้าจำเป็น

- ยา fentanyl มีความแรงประมาณ 100-150 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับยา morphine ชนิดรับประทาน โดยใช้ตารางแปลงขนาดยาเป็นแนวทาง หากมีข้อสงสัยให้ขอคำแนะนำ

ตารางแปลงขนาดยา

ยา morphine ชนิดรับประทานออกฤทธิ์สั้น(มก.) ¹	ขนาดยา fentanyl แผ่นปิด ผิวหนัง (มคก./ชม.)	ขนาดยา morphine ชนิดรับประทานใน 24 ชม. (มก.)
5-10	12	30-60
10-15	25	60-90
15-20	37	90-120
20-30	50	120-180
30-40	62	180-240
40-50	75	240-300
50-60	87	300-360
60	100	360

¹ ขนาดยาที่ใช้ประมาณ 1 ใน 6 ของขนาดยา morphine ชนิดรับประทานใน 24 ชม.

- การเปลี่ยนเป็น fentanyl patch จาก IV infusion หรือผ่านเครื่อง PCA
 - คำนวณขนาดของยา fentanyl ต่อ ชั่วโมง (ไมโครกรัม/ชม)
 - ปิดแผ่นยาในขนาดแผ่นที่ใกล้เคียงกับขนาดที่คำนวณได้มากที่สุด (ไมโครกรัม/ชม.)
 - ยังคงให้ IV fentanyl ต่อไปใน 12 ชม. แรกหลังจากเริ่มปิดแผ่นยา fentanyl

การดูแลแผ่นยา fentanyl

- ปิดแผ่นยาบนผิวหนังที่เรียบ ไม่มีขน บนบริเวณส่วนบนของลำตัวหรือแขน ส่วนบน หลีกเลี่ยงผิวหนังบริเวณที่ฉายแสง มีพังผืดหรือบวม
- ปิดแผ่นใหม่บนผิวหนังในบริเวณอื่นที่ไม่ซ้ำ ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำและผลิตภัณฑ์จากสบู่ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนการดูดซึมยาได้ จึงต้องมั่นใจว่าผิวหนังแห้งดี
- ไม่ควรตัดแผ่นยา fentanyl
- บันทึกวันที่ เวลาและตำแหน่งที่ปิด กรณีที่จะต้องมีการเปลี่ยนแผ่นโดยบุคคลอื่น
- ตรวจสอบตำแหน่งของแผ่นทุกวันเพื่อมั่นใจว่ายังคงอยู่ตำแหน่งเดิม
- ถ้าบริเวณที่ปิดของแผ่นไม่ดี ให้ใช้อุปกรณ์ยึดติดปิดหรือแถบกาวยา fentanyl ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีเหงื่อออกมาก
- ถ้าแผ่นยายังมีฤทธิ์อยู่ ให้ฉีกแผ่นปิดบริเวณที่เหนียวเข้าหากัน (ในกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ทั้งในขยะทิ้งของมีคม กรณีผู้ป่วยนอกให้ทั้งขยะของบ้านเรือนในชุมชนได้) ล้างมือของท่านหลังจากเปลี่ยนแผ่นยาเสร็จแล้ว

ความร้อน อาการไอ เพิ่มการดูดซึมยา fentanyl สามารถเป็นสาเหตุให้เกิดพิษจากยาได้

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับความร้อนโดยตรง (เช่น ขวดน้ำร้อน แผ่นร้อน)
- การอาบน้ำฝักบัวสามารถทำได้ เพราะแผ่นยาทนน้ำได้ แต่ให้หลีกเลี่ยงการลงแช่ในอ่างน้ำร้อน
- ถ้าผู้ป่วยยังคงมีไข้ 39 องศาเซลเซียส อาจจำเป็นต้องทบทวนขนาดของยา

ข้อควรปฏิบัติ

- ยา fentanyl แผ่นปิดผิวหนัง ใช้สำหรับอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่ความปวดคงที่
- ไม่ควรเปลี่ยนยี่ห้อ/ชนิดของแผ่นสลับไปมา
- ไม่ควรเปลี่ยนแผ่นยา fentanyl ไปเป็นยา opioid อื่น ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ให้คงแผ่นยาไว้และให้ใช้ยา opioid แบบเพิ่มตามต้องการร่วมด้วย

อ้างอิง

Donner B. Long term treatment of cancer pain with transdermal fentanyl. J Pain Symptom Management 1998;15:168-175.

Ahmedzai S. Transdermal fentanyl versus sustained release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy and quality of life. J Pain Symptom Management 1997; 13:254-261.

Fine PG. Fentanyl in the treatment of cancer pain. Seminars in Oncology 1997; 24(5): 20-27.

Dean M. Opioids in renal failure and dialysis patients. J Pain Symptom Management 2004;25(5): 497-504.

Twycross R, Wilcock A. Eds. Palliative Care Formulary (4th Edition) 2012, Palliativecare.com Ltd., Nottingham.

NICE Guidance (CG140) - Opioids in Palliative Care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults, 2012. <http://www.nice.org.uk/cg140>

SIGN 106 – Control of pain in adults with cancer 2008. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/106/index.html>

A. Caraceni et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol 2012; e58-68

Watson M et al. Oxford Handbook of Palliative Medicine, 2005, Oxford University Press, Oxford.

1.7 ឆា Oxycodone

1.7 Oxycodone ในการดูแลแบบประคับประคอง

คำอธิบาย

ยาระงับปวด opioid ชนิดสังเคราะห์ที่มีความแรง ใช้เป็นยาอันดับสอง

รูปแบบยา

ชนิดรับประทาน	Oxycodone ออกฤทธิ์ยาว OxyContin® ชนิดเม็ด	10 มก., 40 มก.
---------------	--	----------------

ข้อบ่งชี้

- ยาอันดับสอง ชนิดรับประทาน สำหรับระงับปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ตอบสนองดีต่อยา opioid ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงต่อยา morphine ชนิดรับประทาน ยา morphine ชนิดฉีดได้ผลดี (เช่น อาการง่วงซึม สับสน ประสาทหลอน คื่น)

ผลข้างเคียง

- เหมือนกับยา morphine ฝ้าระวังสำหรับภาวะ opioid toxicity
- สั่งยาระบายและยาต้านการอาเจียนตามอาการ (เช่น ยา metoclopramide)

ปฏิกิริยาระหว่างยา

- ไม่พบปฏิกิริยาระหว่างยาอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

Oxycodone

ข้อควรระวัง

- ยา immediate release (ออกฤทธิ์สั้น) modified release (ออกฤทธิ์ยาว) และยาฉีด ซึ่งชื่อจะคล้ายคลึงกันให้ความระมัดระวังเวลาสั่งยา จำหรือให้ยา oxycodone แต่ในประเทศไทยมีเฉพาะยาออกฤทธิ์ยาวเท่านั้น
- ผู้ป่วยที่เปราะบาง อ่อนแอ หรือสูงอายุ จำเป็นต้องใช้ขนาดที่น้อยกว่าปกติและค่อยๆ ปรับยา

- ผู้ป่วยตับบกพร่อง ลดการขจัดยา หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีอาการตับบกพร่องระดับปานกลางถึงรุนแรง
- ผู้ป่วยไตบกพร่อง ลดการขับออก ปรับยาอย่างช้าๆ และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ในผู้ป่วยไตบกพร่องระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ให้หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 (eGFR < 30 มก./นาที)

ขนาดและการบริหารยา

- ชนิดออกฤทธิ์ยาว สั่งยาทุก 12 ชม. และให้ใช้ยา morphine ฤทธิ์สั้นในขนาด 1 ใน 6 ของขนาดยาที่ 24 ชม. คูณ 2 เท่าสำหรับ morphine immediated release เพื่อเป็น breakthrough pain
 - มีการออกฤทธิ์แบบ Biphasic: จะออกฤทธิ์เร็วในช่วงแรก และตามด้วยการออกฤทธิ์แบบยาวนานในระยะต่อมา ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดหลังรับประทานยา long acting ให้รอประมาณ 1 ชม. ก่อนที่จะให้ยา immediated release สำหรับ breakthrough pain

การแปลงขนาดยา

- ความแรงของยา oxycodone ประมาณ 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับยา morphine

ยา morphine ชนิดรับประทาน 60 มก.

~ ยา oxycodone ชนิดรับประทาน 30 มก.

ยา morphine ชนิดฉีดผิวหนัง 30 มก.

- เช่นเดียวกับยา opioid ทุกตัวการแปลงขนาดยาเป็นขนาดยาโดยประมาณ
- การแปลงขนาดยาควรจะทำด้วยความระมัดระวังและให้ปดขนาดลง
- การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง ดังนั้นการปรับขนาดยาควรจะปรับเท่าที่จำเป็น
- ถ้าผู้ป่วยมีอาการ opioid toxicity ให้ลดขนาดยาลง 1 ใน 3 เมื่อเปลี่ยนเป็นยา opioid อื่น

อ้างอิง

King SJ et al. A systematic review of oxycodone in the management of cancer pain. Palliative Medicine 2011;25(5):454-470

Caraceni A et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EPAC. Lancet Oncology 2012;13:e58-68

Hanks G et al. The Oxford Textbook of Palliative Medicine (Fourth edition). Oxford University Press, 2010.

Twyross R et al. Palliative Care Formulary (Fourth edition). Palliativedrugs.com, Nottingham, 2011.

Electronic Medicines Compendium, Napp Pharmaceuticals Ltd. Oxynorm capsules, liquid & solution for injection and Oxycontin tablets. Summary of Product Characteristics. Updated September 2009-July 2011. www.medicines.org.uk

Shah S, Hardy J. Oxycodone: a review of the literature. European J Palliative Care 2001; 8: 93-96.

1.8 មា Methadone



บทนำ

ข้อมูลด้านล่างเป็นแนวทางสำหรับใช้เพื่อช่วยเหลือการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา methadone ในการระงับความปวดที่ซับซ้อน

การให้ยา methadone ควรจะเริ่มต้นการรักษาโดยการปรึกษาแพทย์ ด้านประคับประคองอาการ (palliative medicine) และผู้ป่วยที่ต้องการการกำกับดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ

การอธิบาย

ยา methadone มีฤทธิ์แรง เป็นยา opioid ชนิดสังเคราะห์ ยา methadone มีความซับซ้อนทางเภสัชจลนศาสตร์และมีค่าครึ่งชีวิตยาว จึงมีความเสี่ยงที่จะสะสมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ

รูปแบบยา

ชนิดรับประทาน	ยา methadone ชนิดเม็ด	ขนาด 5 มก.
	ยา methadone ชนิดน้ำ	ขนาด มก.ของยาต่อ มล. ขึ้นกับการผลิตของแต่ละแห่ง

ข้อบ่งชี้

ยา methadone ใช้เป็นยา opioid ลำดับที่ 3 ในผู้ป่วยที่มีความปวดซับซ้อนซึ่งตอบสนองไม่ดีต่อยา opioid ตัวอื่นๆ หรือเมื่อไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยา opioids ชนิดเดิมได้

- ผู้ป่วยตอบสนองไม่ดีหรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยา opioids ลำดับที่ 1 และ 2 (เช่น ยา morphine, oxycodone, fentanyl)
- ใน neuropathic pain ที่ซับซ้อน: ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา opioids ลำดับที่ 1 และ 2 ร่วมกับยาระงับปวดกลุ่ม adjuvant
- ในผู้ป่วย end-stage chronic kidney disease (eGFR < 30 มล./นาที)

การใช้ยา methadone ตามข้อบ่งชี้ข้างต้น สามารถใช้ได้ภายใต้การกำกับจาก ผู้เชี่ยวชาญ

ข้อควรระวัง

- ยา methadone ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง ตามสภาวะดังต่อไปนี้:
- ยา methadone มีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวและไม่แน่นอน ซึ่งสามารถทำให้เกิด severe opioid toxicity โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเริ่มให้ยา methadone เป็นครั้งแรก - จำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
- ผู้ป่วยที่มี incident pain หรือ unstable pain ที่ซึ่งได้รับยา methadone ในขนาดต่ำๆ อาจจะสะสมและเกิด opioid toxicity
- ความปวดที่คาดว่าจะมีปัจจัยทาง psychological ร่วมด้วยอย่างมาก หากได้รับยา methadone แบบตามต้องการ อาจทำให้เกิด opioid toxicity ได้

ปฏิกริยาระหว่างยา:

- การเมตาบอลิซึมที่ต่ำของยา methadone มีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ทำให้กระบวนการกำจัดยาออกจากร่างกายและขนาดยาที่ใช้จัดการความปวดมีความแตกต่างกันมาก
- ระดับยา methadone อาจเพิ่มขึ้นถ้าใช้ร่วมกับยา fluoxetine, sertraline, clarithromycin, clarithroprofloxacin, fluconazole และ ยา methadone ไม่ควรใช้ร่วมกับยา monoamine oxidase inhibitors (เช่น ยา phenelzine & linezolid) หรือหลังจากหยุดยาเหล่านี้ภายใน 2 สัปดาห์
- ระดับยา methadone อาจลดลงถ้าใช้ร่วมกับยา phenytoin, phenobarbital, carbamazepine, St John's Wort
- การให้ยาเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อเมตาบอลิซึมของยา methadone โดยผ่านระบบ cytochrome P450 (CYP3A4)
- ยา methadone ทำให้เกิด QT prolong ได้ - ระวังเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่นที่อาจมีผลนี้ เช่น ยา clarithromycin, amitriptyline, citalopram, domperidone, prochlorperazine, haloperidol, amiodarone

ในภาวะตับบกพร่อง: ทำให้ลดการขจัดยา จึงจำเป็นต้องลดขนาดยา

ในภาวะไตบกพร่อง: ไม่จำเป็นต้องลดขนาดยา การ dialysis ไม่มีนัยสำคัญในการกำจัดยา

ผลข้างเคียง

- ผู้ป่วยอาจง่วงซึมมากหรือการหายใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเริ่มให้ยา methadone ครั้งแรก - ดูข้อควรระวัง
- ผลข้างเคียงที่พบบ่อยในยา opioid ได้แก่ ปากแห้ง ท้องผูก อาจพบได้น้อยในยา

ขนาดและการบริหารยา

- ผู้ป่วยที่เริ่มให้ยา methadone จำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาล 5-7 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ขนาดยา methadone คงที่ 48-72 ชม.
- ยา methadone อาจเริ่มให้ในผู้ป่วยที่ถูกพิจารณาแล้วว่าสามารถใช้ยาที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care จะแนะนำขนาดยาในผู้ป่วยแต่ละคน อภิปรายและทบทวนแผนการจัดการอาการร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- ยา methadone มักจะให้ 2 ครั้ง/วัน (บางครั้ง 3 ครั้ง/วัน)
- การใช้ยา opioid ที่ฤทธิ์สั้นกว่ายา methadone มักถูกใช้เพื่อ BTP ในผู้ป่วยที่ขนาดยา methadone คงที่แล้ว
- ไม่ควรเปลี่ยนขนาดยาและระยะเวลาของยา methadone โดยไม่มีคำสั่งการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative

การหยุดยา methadone: ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าการรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีผลข้างเคียง ไม่สามารถกินยาได้ หรืออยู่

ในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต

ข้อควรปฏิบัติ

สำหรับผู้เชี่ยวชาญ

- ประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายก่อนเริ่มให้ยา methadone ถ้ามีแนวโน้มการใช้ยาผิดประเภทการจ่ายยาทุกสัปดาห์หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์จากเภสัชกรชุมชนเป็นสิ่งจำเป็น
- อภิปรายและเขียนคำสั่งยา methadone ให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- เน้นย้ำแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้ระมัดระวังเกี่ยวกับขนาดยาในแต่ละรูปแบบของยา methadone ในคำสั่งการรักษา กรณีผู้ป่วยได้รับยา methadone ชนิดน้ำ
- เน้นย้ำสมาชิกของทีมดูแลแบบประคับประคองต้องติดตามผู้ป่วยโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้หลังการจำหน่าย (ภายใน 2 ถึง 3 วัน)
- อภิปรายคำสั่งการรักษาพร้อมกับเภสัชกรชุมชนและอธิบายการใช้ยา methadone เพื่อจัดการความปลอดภัยไม่ไข่เพื่อบำบัดการติดยา

อ้างอิง

Blackburn D. Methadone: the analgesic. *European Journal of Palliative Care* 2005;12:188-191.

Nicholson AB. Methadone for cancer pain. *Cochrane database of systematic reviews* 2008;(4).

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003971.pub3/pdf/standard>

Prommer EE. Methadone for cancer pain. *Palliative Care: Research & treatment* 2010; 4(1-10).

Twycross R et al. *Palliative Care Formulary*(4th Ed). Palliativedrugs.com Ltd, Nottingham, 2011.

Acknowledgement: Brown DJF. Methadone for cancer pain: A reference for specialists. St Columba's Hospice, Edinburgh, 2007

1.9 87 Naloxone

บทนำ

ยาต้านฤทธิ์ (antagonist) สำหรับภาวะกุดการหายใจจากยา opioid ขนาดสูง

รูปแบบยา

- ชนิดฉีด 400 มก./มล. (1 มล. ต่อหลอด)

ข้อบ่งชี้

- แก่ฤทธิ์กุดการหายใจที่คุกคามต่อชีวิตเนื่องจากยาระงับปวด opioid ซึ่งมีข้อบ่งชี้ ดังนี้
 - อัตราหายใจเข้า < 8 ครั้ง/นาที
 - ความเข้มข้นของออกซิเจน (oxygen saturation) <85% หรือผู้ป่วยมีอาการเขียว
- ถ้าอาการพิษของ opioid รุนแรงน้อยลง
 - ให้งดยา opioid ขนาดปกติที่จะให้ครั้งต่อไป; โดยทบทวนผลการระงับปวด
 - ฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด; ให้สารน้ำและออกซิเจน

ข้อควรระวัง

- ยา naloxone ไม่ใช่ข้อบ่งชี้สำหรับรักษาอาการง่วงซึม และ/หรือเพ้อที่ไม่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดจากยา opioid
- ยา naloxone ไม่ใช่ข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา opioid ซึ่งกำลังจะเสียชีวิต
- ผู้ป่วยที่ได้รับยา opioid สม่าเสมอสำหรับควบคุมอาการปวดและอาการอื่นจะมีภาวะพึ่งยาทางกาย (physical dependence) การให้ยา naloxone ในขนาดสูงหรือฉีดเร็วเกินไปจะทำให้เกิดปฏิกิริยาถอนยาฉับพลัน (acute withdrawal reaction) และมีอาการปวดกลับคืนมาอย่างทันทีและยากต่อการควบคุมอาการ
- ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่เดิมจะเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา naloxone มากกว่า

ผลข้างเคียง

การต้านฤทธิ์ทั้งหมดจะทำให้มีอาการปวดรุนแรงร่วมกับรู้สึกปวดมากกว่าปกติ (hyperalgesia) และถ้ามีภาวะพึงยาทางกาย ทำให้มีอาการ withdrawal ที่รุนแรง และมี agitation ที่ชัดเจน

กลุ่มอาการ withdrawal จาก opioid: วิดกกังวล, กระสับกระส่าย (irritability), ปวดกล้ามเนื้อ, คลื่นไส้และอาเจียน สามารถทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูง คุกคามต่อชีวิต มีการอธิบายว่าผลข้างเคียงจากการให้ยา naloxone ที่ไม่เหมาะสม เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดบวมน้ำและหัวใจหยุดเต้นได้

ขนาดและการบริหารยา

กรณีสามารถให้ทางหลอดเลือดดำ (intravenous: IV):

ยา naloxone ฉีด IV ในขนาดน้อย ช่วยให้ภาวะกดการหายใจดีขึ้นโดยไม่ขัดขวางการระงับปวดจาก opioid

ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ของ naloxone IV 1-2 นาที

- หยุดยา opioid
- ถ้ามีภาวะขาดออกซิเจน ให้ออกซิเจนชนิด high flow
- เจือจางยา naloxone ขนาด 400 มก. (1 หลอด) กับ 0.9%NSS 10 มล. ใน syringe 10 มล. (ดูใน prolonged, opioid-induced respiratory depression ด้านล่าง)
- ให้ยาในขนาดน้อย 80 มก. (2 มล. ของ naloxone ที่เจือจางแล้ว) ฉีด IV ซ้ำๆ ทุก 2 นาทีจนกระทั่งการหายใจของผู้ป่วยเป็นที่พอใจ (>8 ครั้ง/นาที)
- ให้สารน้ำ 0.9% NSS ในระหว่างให้ยา naloxone
- โดยปกติผู้ป่วยจะตอบสนองด้วยการหายใจที่ลึกมากขึ้นและระดับการรู้สึกตัวดีขึ้นหลังได้รับยา naloxone ที่เจือจางแล้ว 2 มล. ถึง 4 มล. (80-160 มก.)
- ผู้ป่วยส่วนน้อยจำเป็นต้องได้รับยา naloxone 1 มก. ถึง 2 มก. (กรณีนี้ต้องใช้ยา 3-5 หลอด) ถ้ามีการตอบสนองเล็กน้อยหรือไม่ตอบสนองให้พิจารณาหาสาเหตุอื่น เช่น ยาระงับประสาทอื่น สาเหตุจากในสมอง ติดเชื้อในกระแสเลือดฉับพลัน ไตวายฉับพลันเป็นสาเหตุให้ยา opioid สะสม)

เป้าหมายอัตราการหายใจและความเข้มข้นของออกซิเจนอย่างใกล้ชิด การให้ยาในขนาดต่อไปอาจจะเป็น ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา opioid หลายชนิด ยาวนานกว่า naloxone (15-90 นาที) และผู้ป่วยการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง จะกำจัดยา opioid ได้ช้าลง ผลของการกดจาก opioid อาจจะกลับมาได้อีกเมื่อผลของ naloxone ลดลง และการให้ยา naloxone เพิ่มเติมอาจจะจำเป็น

Note: มีความแปรปรวนมากในขนาดยาเริ่มต้นของ naloxone มีรายงานในวรรณกรรมจาก 20 มก. (American Pain Society 2008) ถึง 100 มก. (PCF-4)

การใช้ opioid เป็นเวลานาน, กลับมาใช้ใหม่, การกดการหายใจจาก opioid:

- ให้เริ่มยา naloxone IV infusion ผ่าน syringe pump ถ้าจำเป็นต้องให้ยา naloxone ชั่ว
 - ผสมยา naloxone 1 มก. (= 2.5 มล. ของยา naloxone 400 มก./มล.) ใน 0.9% NSS 100 มล. จะได้ยาความเข้มข้น 10 มก./มล.
 - คำนวณขนาดยา naloxone ต่อชม. โดยรวมขนาดยา naloxone ที่ให้ bolus ทั้งหมดหารด้วยระยะเวลาที่ให้ยาทั้งหมดไป
 - โดยเริ่มให้ยา naloxone IV infusion ในขนาดครึ่งหนึ่งของขนาดที่คำนวณได้ต่อชม.
 - ปรับอัตราขนาดยา naloxone infusion โดยคงให้อัตราการหายใจ > 8 ครั้ง/นาที
 - เป้าหมายผู้ป่วยแบบต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด
 - ให้ยาอย่างต่อเนื่องจนกว่าสภาวะของผู้ป่วยคงที่
- ควรให้อุปกรณ์พุงซีฟอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การให้ออกซิเจน การช่วยหายใจ หรือ การใช้เครื่องช่วยหายใจ

ขอคำแนะนำกรณีมีข้อสงสัย

- ค้นหาและรักษาเหตุกระตุ้นของ opioid toxicity
- ทบทวนคำสั่งการรักษาาระดับปวดอย่างสม่ำเสมอ

ในสถานที่ที่ไม่สามารถให้ยาทาง IV ได้ทันที เช่น ในชุมชน

- ยา naloxone อาจให้ทาง IM ได้ในกรณีไม่สามารถให้ทาง IV ได้ทันที
- ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ของ naloxone IM คือ 2-5 นาที
- ให้ยา naloxone IM ขนาด 100 มก. (0.25 มล.) และให้ซ้ำได้หลังจาก 5 นาที ถ้าการให้ยาในครั้งแรกแล้วไม่ดีขึ้น
- พยายามหา IV line อย่างเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อควรปฏิบัติ

- ยา naloxone ควรจัดหาให้มีใช้อย่างทั่วถึงในทุกสถานที่ที่ใช้ยา opioids (National Patient Safety Agency)
- การแก้ฤทธิ์กดการหายใจจากยา buprenorphine อาจจะต้องใช้ยา naloxone ในขนาดที่สูงกว่า

แหล่งข้อมูล

Palliative Care Drug Information online <http://www.palliativedrugs.com/>

อ้างอิง

Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary PCF4+ (4th edition) 2011, Palliativedrugs.com Ltd., Nottingham accessed at <http://nhs.palliativedrugs.com/naloxone.html> on 07 May 2013

National Patient Safety Agency. Safer practice notice 2006/12

Adult Emergencies Handbook. NHS Lothian: University Hospitals Division.?

Electronic Medicines Compendium. www.medicines.org.uk/naloxone accessed at [http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/21095/SPC/Naloxone+400+micro-grams+ml+solution+for+Injecti+on+\(hameln\)/](http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/21095/SPC/Naloxone+400+micro-grams+ml+solution+for+Injecti+on+(hameln)/) on 07 May 2013

Miaskowski C et al. (2008) Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain (6e). American Pain Society, Skokie, Illinois, p. 31

The American Heart Association. Guidelines 2005 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2005; 112(Suppl I)

Mercadante.(2003) Naloxone in treating central adverse effects during opioid titration for cancer pain. Journal of pain and symptom management:vol:26 iss:2 691 -693

Manfredi P, Ribeiro S, Chandler S, et al. Inappropriate use of naloxone in cancer patients with pain. J Pain Symptom Manage 1996;11:131-134

2.1 แผนการจัดการอาการล่วงหน้า

(Anticipatory prescribing)



บทนำ

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหลืเวลาไม่กี่วันที่อาศัยอยู่ที่บ้าน การเตรียมยาที่ใช้จัดการอาการในช่วงสุดท้ายให้สามารถใช้ได้ทันทีเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ในบางประเทศได้มีการทำกล่องยาฉุกเฉิน ซึ่งภายในประกอบด้วย ยาที่จำเป็นในการจัดการอาการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดวิกฤต พร้อมด้วยใบสั่งวิธีการใช้ยาจากแพทย์ และกล่องยานี้จะเก็บไว้กับพยาบาลชุมชนไว้ใช้เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยา

การเขียนใบสั่งวิธีการใช้ยาล่วงหน้าต้องประกอบไปด้วยขนาดยา (dose) ช่องทางการให้ยา (route) ความถี่ (frequency) และข้อบ่งชี้ (indication) ต่างๆ และต้องตัดสินใจสั่งจ่ายยาบนพื้นฐานของการประเมินเรื่องประโยชน์และโทษ เหตุผลสำหรับการไม่จัดหาบริหารจัดการอาการล่วงหน้าประกอบด้วยความเสี่ยงของการใช้ยาเพื่อเสพติดหรือใช้ในทางที่ผิด (แนวทางช่วงวันสุดท้ายของชีวิต)

การจัดการอาการ

การสั่งจ่ายยาล่วงหน้า

- หากคนไข้ได้รับยาทาง subcutaneous (SC) อยู่ก่อนแล้ว จะต้องมีการตรวจสอบยาที่คนไข้ใช้อยู่ และยาที่ผู้ป่วยได้รับไปก่อนหน้านี้ หากมียาครอบคลุมอยู่แล้ว ไม่ต้องเขียนใบสั่งยาจัดการอาการล่วงหน้าอีก
- การให้ยา morphine SC เป็นตัวเลือกแรกในการให้ยา opioids ขนาดของยาที่ระบุในหัวข้อนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยา opioids มาก่อน (opioids naïve) ถ้าผู้ป่วยเคยใช้ยา opioid สม่าเสมอมาก่อน การให้ยา breakthrough เป็นสิ่งที่จำเป็น โดยปกติขนาดของยาอยู่ในช่วง 1/10 - 1/6 ของขนาดยา opioids ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง (แนวทางการเลือกและเปลี่ยนยา opioids)
- หากผู้ป่วยมีโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4/5 หรือไตบกพร่องรุนแรง (eGFR < 30 mL/min) ให้ใช้ยา fentanyl หลีกเลี่ยงการใช้ยา morphine (แนวทางช่วงวันสุดท้ายของชีวิตในโรคไต)

การรักษาด้วยยา

การส่งจ่ายยาจัดการอาการล่วงหน้า

การส่งจ่ายยาควรครอบคลุมยา 5 กลุ่ม ซึ่งอาจจะจำเป็นสำหรับควบคุมอาการในช่วงสุดท้าย รวมไปถึงสารตัวทำละลาย (NSS, sterile water) และต้องส่งจ่ายให้เป็นไปตามกฎหมายของยาควบคุม เพื่อหลีกเลี่ยงความล่าช้าในการเบิกจ่ายยา

ยาระงับปวด:

morphine sulfate ชนิดฉีด (10 มก./มล.ต่อหลอด)

ขนาด: 2 มก. ทาง SC, ทุก 1 ชม. เมื่อต้องการ สำหรับปวดหรือหายใจลำบาก

ยาลดกังวล/กดประสาท (anxiolytic sedative):

midazolam ชนิดฉีด (5 มก./มล.ต่อหลอด)

ขนาด: 2 มก. ทาง SC, ทุก 1 ชม. เมื่อต้องการ สำหรับวิตกกังวล/ไม่สุขสบาย/กระตุก

ยาด้านสารคัดหลั่ง (anti-secretory):

hyoscine butylbromide ชนิดฉีด (Buscopan®) (20มก./มล.ต่อหลอด)

ขนาด: 20 มก. ทาง SC, ทุก 1 ชม. เมื่อต้องการ สำหรับลดสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ ขนาดสูงสุด 120 มก. ใน 24 ชม. หรือ atropine ชนิดฉีด (0.6 มก./มล. ต่อหลอด)

ขนาด: 0.6 มก. ทาง SC, ทุก 6 ชม. เมื่อต้องการ สำหรับลดสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ

ยาด้านอาเจียน (anti-emetic):

metoclopramide ชนิดฉีด (Plasil®) (10 มก./2มล.ต่อหลอด)

ขนาด: 10 มก. ทาง SC, เมื่อต้องการ ทุก 6 ชม. สำหรับคลื่นไส้/อาเจียน หรือ haloperidol ชนิดฉีด (5 มก./มล.ต่อหลอด)

ขนาด: 0.5 มก. ทาง SC, เมื่อต้องการ ทุก 12 ชม. สำหรับคลื่นไส้/อาเจียน

ยาด้านอาการทางจิต (antipsychotic):

haloperidol ชนิดฉีด (5 มก./มล.ต่อหลอด)

ขนาด: 2 มก. ทาง SC วันละครั้ง หรือ ทุก 12 ชม. สำหรับสับสน/เพ้อ

หมายเหตุ: ยา levomepromazine and haloperidol ขนาดสูงใช้ในการรักษา
สับสน/เพ้อเท่านั้น และใช้ขนาดน้อยในการรักษาคีฬนไส้/อาเจียน

2.2 เบื่ออาหาร/ผอมแห้ง

(Anorexia/Cachexia)



บทนำ

Anorexia/cachexia เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากกระบวนการเมตาบอลิซึม พบได้ในหลายกลุ่มโรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย โดยมีลักษณะอาการไม่ยอมรับประทานอาหารหรือมีความอยากอาหารลดลง (anorexia) ทำให้น้ำหนักและกล้ามเนื้อลดลง (cachexia) ส่งผลกระทบให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก และทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด แก่ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล

การประเมิน

การประเมินภาวะโภชนาการไม่ใช่เพียงคำนวณพลังงานจากอาหารให้สมดุลกับน้ำหนักร่างกาย อาจต้องพิจารณาความคุ้มค่า ถ้าหากว่าการบันทึกน้ำหนักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลที่มากขึ้นเนื่องจากน้ำหนักที่ลดลง น้ำหนักตัวที่ลดลงเกิดจากการสูญเสีย lean body mass โดยอาจมีการลดลงของไขมันร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ การประเมินภาวะโภชนาการต้องเป็นแบบองค์รวม (holistic) ยอมรับมุมมองด้านกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ การรับรู้ และประเมินจากระยะของตัวโรค ร่วมกับสภาวะของผู้ป่วยแบบเป็นรายบุคคล (individual) นอกเหนือจากนั้นยังต้องค้นหาสาเหตุของภาวะ anorexia/cachexia ที่สามารถแก้ไขได้ เช่น ความปวด หอบเหนื่อย ความเครียด ภาวะท้องมาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก กลืนลำบาก ภาวะกรดไหลย้อน กระเพาะอักเสบ ความวิตกกังวล และยา

ปัญหาสุขภาพช่องปาก: เช่น ปากแห้ง การยึดเกาะวัสดุฟันปลอมไม่เหมาะสม หลวม/แน่นเกินไป แผลและเชื้อราในช่องปาก

- กลืน: กลืนอาหาร กลืนอุจจาระ กลืนจากแผลมะเร็ง กลืนจาก fistula ทำให้เกิดภาวะ anorexia ได้
- Delayed gastric emptying จากตัวโรค (local disease) และการทำงานผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic neuropathy) เป็นสาเหตุให้รู้สึกอิ่มเร็วและอาเจียนอาหารที่ยังไม่ย่อยออกมา การอาเจียนออกมาช่วยลดอาการคลื่นไส้ได้
- อ่อนเพลีย (fatigue) มักสัมพันธ์กับภาวะ anorexia/cachexia

ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทัศนคติต่อ น้ำหนักตัว ภาวะโภชนาการ และการรับประทานอาหาร

การจัดการอาการ

เป้าหมายของการจัดการคือ การป้องกัน หรือตรวจพบให้ได้อย่างรวดเร็ว และการจัดการอาการ รวมถึงประเมินผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ข้อมูลและการดูแลประคับประคองอาการ (supportive care)

เรื่องสารอาหารเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานเองให้ได้ตามสถานะและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

ให้ข้อมูลและข้อแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ อาหาร และการจัดการภาวะ anorexia ในผู้ป่วยระยะท้าย

ค้นหาความต้องการ ความกังวล เกี่ยวกับการให้สารอาหารของผู้ป่วยและผู้ดูแล กระตุ้นผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มุ่งเน้นที่ความสุขของการได้รับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในช่วงเวลารับประทานอาหาร

อธิบายว่าการรับประทานอาหารทางปากได้ลดลงเรื่อยๆ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินของโรค

ยารักษา

การจัดการอาการโดยใช้ยา (pharmacological management)

ยาในหัวข้อนี้สามารถให้ประโยชน์ได้เพียงชั่วคราวระยะเวลานึง แต่อาจเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้ ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการใช้ยาต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนสั่งจ่ายยา

Corticosteroids

- ช่วยเพิ่มความอยากอาหารในช่วงเวลาสั้นๆ ได้ผลเร็วแต่ผลจากยาจะค่อยๆ ลดลงในระยะหลัง 3 - 4 สัปดาห์
- อาจช่วยลดอาการคลื่นไส้ ทำให้รู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า อย่างไรก็ตาม มักไม่เห็นผลต่อภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ
- ขนาดยาเริ่มต้น: oral dexamethasone 4 มก. หรือ prednisolone 30 มก. (รับประทานช่วงเช้า)

- พิจารณาให้ยาป้องกันผลต่อกระเพาะอาหาร (gastric protection) เช่น H2 receptor blocker หรือ proton pump inhibitor
- สั่งจ่ายยา 1 สัปดาห์ หากได้ผลให้ค่อยๆลดยาลงจนถึงขนาดยาต่ำสุดที่ได้ผล หากไม่ได้ผลให้หยุดยาทันที
- ประเมินและพบทวนปรับขนาดยาอย่างสม่ำเสมอ
- ผลข้างเคียง: fluid retention, candidiasis, myopathy, insomnia, gastritis และ steroid-induced diabetes

Progestogens

- อาจกระตุ้นความอยากอาหารและเพิ่มน้ำหนักในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง
- อาจใช้เวลา 2 - 3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล แต่เมื่อยาออกฤทธิ์จะเห็นผลได้นานกว่ายา steroids
- เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคยาวนานมากกว่า
- Megestrol acetate: ขนาดยาเริ่มต้น 160 มก./วัน ประเมินซ้ำหลังจากเริ่มยาแล้ว 2 - 3 สัปดาห์ สำหรับกระตุ้นความอยากอาหาร ใช้ยานานน้อยหรือมากได้ผลเท่ากัน แต่หากหวังผลเพิ่มน้ำหนัก ขนาดยาที่มากขึ้นจะให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (dose-response relationship) ยังไม่มีหลักฐานเรื่องขนาดยาที่เหมาะสมที่สุด แต่ขนาดยาสูงสุดคือ 800 มก./วัน ลดขนาดยาลงช้าๆ หากใช้ยานานกว่า 3 สัปดาห์ เนื่องจากมีผลกดการทำงานของต่อมหมวกไต (adrenal suppression)
- ผลข้างเคียง: คลื่นไส้ ภาวะน้ำคั่งในร่างกาย (fluid retention) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thromboembolism)

Prokinetics

- ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกอิ่มเร็ว delayed gastric emptying, gastroparesis หรือคลื่นไส้
- Metoclopramide 10 มก. หรือ domperidone 10 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร 30 นาที

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

อาหารทางการแพทย์ (supplementary drinks) เช่น ensure, neomune มีราคาแพงแต่มีประโยชน์ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการประเมินอย่างถี่ถ้วนในด้านโภชนาการ การพยากรณ์โรค และทางเลือกต่างๆ (สามารถหาสูตรอาหารปั่นที่เหมาะสมและให้คำแนะนำตามความเหมาะสมได้)

คำแนะนำด้านอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไขมันในโลหิตสูงอาจจะผ่อนปรนความเคร่งครัดในการควบคุมได้มากขึ้น

พิจารณาปรึกษานักโภชนาการ เมื่อเห็นสมควร

การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

กระตุ้นให้รับประทานครั้งละปริมาณน้อยๆ แบ่งเป็นมื้อเล็กๆ หลายๆ มื้อ ตกแต่งให้น่ารับประทาน ให้รับประทานบ่อยครั้งต่อวัน

ปรับอาหารให้เป็นอาหารอ่อน กลืนง่าย เช่น ซุป พุดดิ้ง หรือ อาหารทางการแพทย์ ถ้าสามารถรับได้ให้เพิ่มอาหารที่มีพลังงานสูง เช่น เนย ครีม และ เนยแข็ง

พยายามไม่พูดเรื่องอาหารตลอดเวลาและพยายามให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ

แหล่งข้อมูล

บุคลากรทางการแพทย์

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก Macmillan Cancer Support

ตรวจสอบนโยบายและแนวทางการรักษาในเขตพื้นที่ของท่านเพื่อขอข้อมูลและคำแนะนำเพิ่มเติม

ผู้ป่วย

แผ่นพับเอกสารจาก Macmillan Cancer Support

และจาก <http://www.macmillan.org.uk> หรือ

NHS Inform

อ้างอิง

- Back I., Watson M., Lucas C., Hoy A. and Armstrong P. 2012. Anorexia, cachexia and asthenia. Palliative Care Guidelines Plus [Online]. Available: http://book.pallcare.info/index.php?p=pdf&op_target=print&id=339&media=pdf&pdf-mt=1&dg=1 [Accessed 10 Dec 2012].
- Bruera, E. 2004. Pharmacological interventions in cachexia and anorexia. In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K.Calman eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Davis, M. P., Dreicer, R., Walsh, D., Lagman, R. and Legrand, S. B. 2004. Appetite and cancer-associated anorexia: a review. Journal of Clinical Oncology, 22(8), pp. 1510-7.
- Fainsinger R. 2004. Clinical Assessment & decision making in cachexia and anorexia. In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K.Calman eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Poole, K. and Froggatt, K. 2002. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? Palliative Medicine, 16(6), pp. 499-506.
- Radbruch L., Elsner F., Trottenberg P., Strasser F. and Fearon K. 2010. Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients [Online]. Available: www.epecr.org/getpublication2.php?id=ternkkdsszelxevzgtkb [Accessed 10 Dec 2012].
- Shragge, J. E., Wismer, W. V., Olson, K. L. and Baracos, V. E. 2006. The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. Palliative Medicine, 20(6), pp. 623-9.
- Strasser F. 2004. Pathophysiology of the anorexia/cachexia syndrome. In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K.Calman eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Templeton, A., Omlin, A. and Strasser, F. 2007. Treating cancer patients with anorexia-cachexia syndrome. European Journal of Palliative Care, 14(5), pp. 186-190.
- Twycross R. and Wilcock A. 2011. Palliative care formulary. 4th ed. Nottingham: Palliative drugs.com.
- Further reading [http:// www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk](http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk)

2.3 ลำไส้อุดตัน

(Bowel obstruction)



บทนำ

ภาวะลำไส้อุดตัน (bowel obstruction) เกิดจากมีการอุดตันทางกลของลำไส้ (mechanical obstruction) และ/หรือ ลำไส้ไม่สามารถบีบตัวได้ (peristalsis) เป็นภาวะที่จัดการลำบากยิ่งยวด และอาจต้องใช้ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ทั้งศัลยแพทย์ แพทย์โรคกระเพาะ และแพทย์ดูแลประคับประคอง เพื่อหาทางรักษาที่เหมาะสมที่สุด

ภาวะลำไส้อุดตันจะส่งผลต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมาก โดยขึ้นอยู่กับ ระดับ ชนิด และระยะเวลาของการอุดตัน และอาจรวมถึงอาการเหล่านี้

- ท้องผูก
- คลื่นไส้ อาเจียนเป็นพักๆ และดีขึ้นหลังจากอาเจียนเอาอาหารที่ไม่ย่อยออก
- อาการอาเจียนแย่ง และ/หรือ อาเจียนเป็นลักษณะเหมือนอุจจาระ (feculent vomiting) เกิดจากแบคทีเรียย่อยอาหารที่ค้างอยู่ในลำไส้
- ปวดท้องแบบต่อเนื่องจากก้อนมะเร็ง และ/หรือการลุกลามแทรกเส้นประสาท (nerve infiltration) เช่น coeliac plexus involvement
- Colic (ปวดบิด เกิดใน mechanical obstruction) ตรวจพบ bowel sounds เพิ่มมากขึ้น
- ท้องโตขึ้น (อาจไม่พบในรายที่เกิดการอุดตันที่ระดับต้น เช่น gastro-duodenal obstruction หรือในรายที่มีมะเร็งกระจายไปทั่วเยื่อช่องท้อง)
- กลืนอุจจาระไม่ได้

การประเมิน

- ต้องตัดภาวะการอุดตันจากอุจจาระแข็ง (fecal impaction) ให้ได้ก่อนจากการซักประวัติ ตรวจทางทวารหนัก และ เอ็กซเรย์ช่องท้อง ซึ่งภาวะ fecal impaction สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีอาการเหมือนกับลำไส้อุดตันได้
- การผ่าตัด จะได้ประโยชน์ในผู้ป่วยบางรายที่มีการอุดตันเพียงบริเวณเดียว
- ประเมินผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยประเมินจาก อาการทางคลินิก ข้อดี ข้อเสีย และความต้องการของผู้ป่วย

ปัจจัยที่ควรพิจารณาก่อนการผ่าตัด

- มะเร็งกระจายทั่วท้อง จากผลการผ่าตัดครั้งก่อน หรือ ผล CT scan
- คลำได้ก้อนมะเร็งกระจายทั่วท้อง
- ภาวะท้องมานรุนแรง (massive ascites) ที่เจาะระบายแล้วปริมาณ ascites กลับมีขึ้นมาอีกในเวลาไม่นาน
- ลำไส้อุดตันที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะอาหารส่วนต้น
- ไม่มีอาการแต่ตัวโรคกระจายออกมานอกช่องท้อง
- ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ภาวะโภชนาการไม่ดี
- เคยได้รับการฉายรังสีบริเวณท้องหรืออุ้งเชิงกราน
- ลำไส้เล็กอุดตันหลายตำแหน่ง

การจัดการอาการ

สามารถแบ่งได้เป็น การจัดการอาการทั่วไป และการทำหัตถการ

การจัดการอาการทั่วไป

- ดูแลความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ
- ในระยะ 2-3 วันแรก ให้การดูแลแบบ conservative และเฝ้าระวังติดตามอาการ ให้พักลำไส้โดยการงดรับประทานอาหารร่วมกับการใส่หรือไม่ใส่สายระบายจากจมูกถึงกระเพาะอาหาร (nasogastric tube: NG tube)
- ระงับการใช้ยาแก้ปวดเกินขนาด อาจทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม และเกิดอาการสับสนได้
- สามารถให้ผู้ป่วยดื่มน้ำแข็ง ทานน้ำ อาหารกากใยต่ำ ปริมาณน้อยๆ ได้
- ถ้าผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ (dehydrate) และยังไม่เข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต (dying) ในช่วงแรกสามารถให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้
- การให้สารน้ำทางไตผิวน้ำ สามารถให้ได้ในกรณีที่มียาอาการขาดน้ำ (symptomatic dehydration) หรือ ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรักษาในโรงพยาบาล การให้สารน้ำวันละ 1-1.5 ลิตร อาจลดอาการคลื่นไส้ได้ แต่หากให้สารน้ำมากกว่านี้ จะทำให้มีสารคัดหลั่งในลำไส้เพิ่มขึ้นและทำให้อาเจียนมากขึ้น
- หากผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ควรให้ยาระบาย ร่วมกับการล้างหรือไม่ล้างอุจจาระ

การก่้าหัดกการ

- ใส่ขดลวด (stent) หรือ เลเซอร์ในตำแหน่งที่มีการอุดตัน
- ใส่สาย NG tube อาจใช้ในช่วงแรกที่มีอาการอาเจียน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ในระยะยาว แต่ในบางกรณีผู้ป่วยอาจจะยอมรับการใส่ NG tube เพื่อความสะดวกในการจัดการอาหารที่บ้าน มากกว่ามีอาการอาเจียนออกมาเป็นอาการระ
- สายกระเพาะ (gastrostomy) เพื่อระบายในผู้ป่วยที่แข็งแรง อาเจียนบ่อย/มากและมีการอุดตันในระดับต้น (gastroduodenal or jejunal obstruction) สามารถช่วยลดอาการคลื่นไส้/อาเจียนได้
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความจำเป็นในการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำใหญ่ (Total parenteral nutrition: TPN) หากเห็นว่าผู้ป่วยสมควรได้รับให้ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

การรักษาด้วยยา

การบีบตัวของลำไส้ล้มเหลว (Peristaltic failure)

อาจเกิดจากโรคระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ (autonomic neuropathy) หรือ มะเร็งกระจายทั่วช่องท้อง (intra-abdominal carcinomatosis) ลำไส้อุดตันบางส่วน (partial obstruction) ลำไส้บีบตัวลดลง **ไม่มีการปวดท้องแบบบิด (colic)**

- ยาที่มีผลลดการบีบตัวของลำไส้ เช่น cyclizine, hyoscine, 5HT3 antagonists, amitriptyline
- ใช้ยาเพิ่มการบีบตัวของลำไส้เพื่อลดอาการอาเจียน (prokinetic antiemetic) เช่น metoclopramide 30 - 120 มก./วัน และหยุดยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดบิด (colic) ข้อควรระวังหากต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานานให้เฝ้าระวังผลข้างเคียงต่อระบบประสาท extrapyramidal (extrapyramidal side effects)
- ยาระบายมักเป็นสิ่งที่จำเป็น (แนวทางการดูแลภาวะท้องผูก)
- ให้ยาแก้ปวด หากให้ทางหลอดเลือดดำ หรือ ทางใต้ผิวหนัง พิจารณาใช้ morphine เป็นตัวเลือกแรก หากต้องใช้ยาเป็นเวลานาน และไม่ต้องการแทงเข็มให้ยา สามารถใช้ fentanyl patch ได้
- Fentanyl patch ใช้ในกรณีปวดระดับปานกลางถึงมาก และสามารถควบคุมอาการปวดได้แล้ว fentanyl patch มีผลข้างเคียงเรื่องท้องผูกน้อยกว่า morphine และ oxycodone

การอุดตันทางกลของลำไส้ (Mechanical obstruction)

เป้าหมายของการรักษาคือการจัดการอาการ

- ยาระบาย ใช้รักษาและป้องกันภาวะท้องผูกที่มีร่วมกับลำไส้อุดตัน lactulose มักได้ผลดี docusate เป็นอีกหนึ่งทางเลือก หลีกเลี่ยงการใช้ยาเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ (senna, bisacodyl, danthron) ถ้าผู้ป่วยปวดบิด หยุดรับประทาน ยาระบายทุกชนิดในกรณีการอุดตันทั้งหมด (complete obstruction)
- Dexamethasone 6 - 16 มก./วัน SC, IM หรือ IV เป็นเวลา 4 - 7 วัน อาจทำให้การอุดตันเปลี่ยนจากการอุดตันสมบูรณ์ เป็น การอุดตันบางส่วนได้

อาการ	ยา	ขนาดยา (24 ชม.)	หมายเหตุ
Tumor pain /colic	- Morphine		ปรึกษาแพทย์ เฉพาะทาง
Neuropathic pain	- Fentanyl patch Adjuvant analgesic		
ปวดบิด (colic)	- Hyoscine butylbro- mide	40 - 120 มก.	ลดการบีบตัวของลำไส้
คลื่นไส้	- Cyclizine	50 - 150 มก.	anticholinergic antiemetic; ลดการ บีบตัวของลำไส้ เพิ่ม SC infusion หรือฉีด SC วันละครั้ง หากอาการคลื่นไส้เป็น อยู่นาน(persistent nausea)
	- Hyoscine butylbro- mide	40 -120 มก.	
	- เพิ่ม Haloperidol	2 มก.	
	- เปลี่ยนเป็น Levome- promazine หาก Haloperidol ไม่สามารถ จัดการอาการได้	5 to 25 มก.	
อาเจียน (ถ้าคลื่นไส้และปวด ควบคุมได้ดี ผู้ป่วยมัก ยอมรับการอาเจียนวัน ละ 2-3 ครั้งได้)	- Hyoscine butylbro- mide	40 - 120 มก.	ลดการคัดหลั่ง เป็นตัวเลือกอันดับ 2
	- Octreotide	250 - 500 มก.	ในการลดสารคัดหลั่ง มีประสิทธิภาพดีกว่า Hyoscine แต่ราคา แพง

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

- เมื่อใช้ยา sedation ควรเริ่มในขนาดต่ำ
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาทาง SC infusion เนื่องจากกระเพาะดูดซึมยาได้ไม่เต็มที่
- ทบทวนยาที่ใช้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากอาการมักมีการเปลี่ยนแปลง และสามารถหายได้เอง
- ไม่ใช้ยา anticholinergic antiemetics (cyclizine, hyoscine) ร่วมกับ metoclopramide การใช้ขนาดสูงเป็นเวลานาน ให้เฝ้าระวัง extrapyramidal side effects
- อ่านเพิ่มเติมในบท Subcutaneous medication, Nausea/ Vomiting, Levomepromazine

แหล่งข้อมูล

- ผู้เชี่ยวชาญ : Palliative Care Drug Information online (<http://www.palliativedrugs.com>)

อ้างอิง

- Dolan EA. 2011. Malignant Bowel Obstruction: a Review of Current Strategies. *Am J Hosp Palliat Care*. 28(8):576-82.
- Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. [updated 1 December 1999]. In: The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration. Oxford: Update software; 1996-, Updated quarterly.
- Feuer DJ, Broadley KE, Shepherd JH, Barton DPJ. Systematic review of surgery in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. [updated October 2000]. In: The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration. Oxford: Update software; 1996-, Updated quarterly.
- Mercadante S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. *J Pain Symptom Management* 2007; 33(2): 217-223
- Ripamonti C. & Mercadante, S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 4th Edition, 2010, pp 850 – 852.
- Tradounsky G. 2012. Palliation of gastrointestinal obstruction. *Can Fam Physician*. 58(6):648-52, e317-21.

2.4 หายใจลำบาก

(Breathlessness)



บทนำ

ภาวะหายใจลำบาก (breathlessness, dyspnea) เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วย advanced cancer, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), lung fibrosis และ heart failure อาการหอบเหนื่อยมีความสัมพันธ์กับทั้งจากทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและมีความสุขثرมานานมาก

การประเมิน

- ใช้การประเมินอย่างรอบด้านเป็นองค์รวม (holistic) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการ ผลกระทบต่อระดับความเครียด วิตกกังวล
- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสาเหตุที่ทำให้หอบเหนื่อย สิ่งที่ทำให้ผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และคุณภาพชีวิต
- คำนวณรูปแบบ (pattern) ของอาการหอบเหนื่อย สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น/แย่ลง และอาการที่เกี่ยวข้อง
- ค้นหาสาเหตุของอาการหอบเหนื่อยที่สามารถแก้ไขได้ เช่น การติดเชื้อ โลหิตจาง, pleural effusion, arrhythmia, pulmonary embolism, broncho-spasm หรือ hypoxia
- แก้สาเหตุ ถ้าสามารถแก้ไขได้
- ถ้าผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่กำลังจะเสียชีวิต (last days of life) อ่านเพิ่มเติมในบท Last Days of Life

การจัดการอาการ

- ถ้ามีทางเดินหายใจส่วนบนถูกอุดกั้น (stridor) หรือ การอุดกั้นหลอดเลือด superior vena cava ให้ส่งตัวผู้ป่วยแบบฉุกเฉิน ไปพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อพิจารณาแนวทางรักษาต่อ เช่น ใส่ stent หรือใช้รังสีรักษา

- ใช้น้ำ corticosteroid ขนาดสูง:
 - dexamethasone 16 มก. รับประทาน หรือทางใต้ผิวหนัง หรือ prednisolone 60 มก. รับประทาน
 - พิจารณาให้ยาลดกรดในกระเพาะ เช่น omeprazole
- รักษาสาเหตุที่แก้ไขได้ ถ้าประเมินว่าเหมาะสม
- ให้การรักษาที่เหมาะสมทั้ง non-pharmacological และ pharmacological
- แสดงให้เห็นว่าเราได้รับความกลัว วิตกกังวล และให้การดูแลระดับประคอง เช่น อธิบายเรื่องอาการ และเขียนข้อมูลต่างๆให้ผู้ป่วย

Non-pharmacological management

- เสนอให้ผู้ป่วยวางแผนจัดการตนเอง เช่น เลิกสูบบุหรี่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีฝุ่น
- ใช้พัดลมมือถือ หรือ เปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท
- วางแผนในการเผชิญปัญหา การแก้ไขอาการต่างๆ เช่น ฝึกการหายใจ pursed lip breathing ฝึกท่าทางที่ใช้แรงน้อย ฝึกการทำใจให้ผ่อนคลาย ฝึกการแก้ภาวะวิตกกังวล
- คงสภาพให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ให้มากและนานที่สุด
- พิจารณาความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือช่วยเหลือต่างๆ
- ส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ดูแลเรื่องหอบเหนื่อย เช่น pulmonary rehabilitation ขึ้นกับการพยากรณ์โรค

Pharmacological management

Opioids:

- ช่วยลดภาวะหอบเหนื่อยขณะพัก และ ช่วงใกล้เสียชีวิต
- หลังจากให้น้ำ ต้องติดตามการตอบสนองต่อยา และผลข้างเคียงของยา
- พิจารณาให้น้ำป้องกันอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน

ผู้ป่วย	ยา	ช่องทางให้ยา	ขนาดยา	ความถี่
ไม่เคยใช้ยา Opioid มาก่อน (Opioid naive) รับประทานได้	MO(IR)	รับประทาน	เริ่มที่ 2 มก. ปรับยาเพิ่มวันละ 30-50% ตามอาการ	ทุก 4-6 ชม. และทุก 2 ชม. เมื่อมีอาการ
รับประทานไม่ได้	MO	ได้ผิวหนัง	เริ่มที่ 1-2 มก. ปรับยาเหมือนด้านบน	ทุก 4-6 ชม. และทุก 2 ชม. เมื่อมีอาการ
ได้รับยา Opioid จากอาการปวดอยู่แล้ว	· ใช้ MO(IR) ขนาดเท่ากับที่เป็น BTP เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย · สามารถให้ยาได้สูงสุด 6 ครั้ง/วัน (รวมทุกข้อบ่งชี้ หอบ ปวด ไอ) · ปรับยาที่ได้รับตามเวลา และ BTP ตามอาการและการตอบสนองต่อยา			
ผู้ป่วยสูงอายุ/เปราะบาง	MO(IR)	รับประทาน	เริ่มที่ 1-2 มก. ปรับยาด้วยความระมัดระวัง	ทุก 6-8 ชม. ตามอาการติดตามผลข้างเคียงของยา
การทำงานของไตบกพร่อง	อ่านเพิ่มเติมในบท Renal End of Life Care			
ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของ MO ได้	เปลี่ยนใช้ยา Opioid ตัวอื่น อ่านเพิ่มเติมในบท choosing and changing opioids			
ภาวะหอบเหนื่อยไม่ดีขึ้น	ใช้ MO ออกฤทธิ์ยาว และ ใช้ MO ออกฤทธิ์สั้นในขนาดเท่ากับที่ให้ทุก 4 ชม. เพิ่มเวลามีอาการ			

BTP=breakthrough pain

Steroids:

- กรณี lymphangitis หรือ ทางเดินหายใจอุดกั้นที่เกี่ยวข้องกับก้อนมะเร็ง ใช้ Dexamethasone 8 - 16 มก. OD รับประทานหรือได้ผิวหนัง
- ให้ยา steroids ในช่วงเช้า ยกเว้นมีกรณีเร่งด่วน
- ทบทวนการให้ยาทุกสัปดาห์ และลดขนาดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่ยายังควบคุมอาการได้
- หากไม่ได้ผล ให้หยุดยา steroids

Benzodiazepines:

- ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว อันเนื่องจากภาวะหอบเหนื่อย แต่ได้ผลน้อยกว่า opioid ควรเป็นตัวเลือกลำดับที่ 3 รองจาก Non-pharmacological management และ opioids
 - lorazepam อมใต้ลิ้น (sublingual, SL) 0.5 มก. ทุก 4 - 6 ชม. เมื่อมีอาการ
 - diazepam oral 2 - 5 มก. ก่อนนอน ถ้ามีอาการวิตกกังวลต่อเนื่องเป็นเวลานาน
 - midazolam SC 2 - 5 มก. ทุก 4 - 6 ชม. เมื่อมีอาการ ถ้าไม่สามารถให้ยาทาง oral หรือ SL ได้

Oxygen:

- ใช้ในกรณีที่มีการประเมินอย่างถี่ถ้วนเป็นรายๆ แล้ว เห็นว่ามีความจำเป็น
- หลีกเลี่ยงการใช้ oxygen ที่เป็นการดูแลทางจิตใจ
- ถ้า oxygen saturation น้อยกว่า 92% พิจารณาให้ oxygen เพื่อจัดการอาการ พิจารณาว่า hypoxemia อาการหายใจไม่อิ่ม และการตอบสนองต่อ oxygen ไม่ได้มีความสัมพันธ์กันเสมอไป

การใช้ยาพ่นจุก (Inhaled therapy):

- ประเมินอุปกรณ์ วิธีการพ่นยา และยาให้เหมาะสม
- Nebulised 0.9% sodium chloride 5 มล. อาจช่วยขับเสมหะได้ดี
- ถ้ามีหลอดลมตีบ (wheeze) หรือ COPD ใช้ salbutamol 2.5 - 5 มก. พ่นทุก 4 - 6 ชม.
- ถ้ายังมีหลอดลมตีบ เพิ่ม ipratropium bromide 250 - 500 มคก. nebulises พ่นทุก 4 - 6 ชม.

ข้อควรปฏิบัติ

- การจัดการ Non-pharmacological ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับมือกับ

สถานการณ์เป็นสิ่งที่จำเป็น การวางแผนจัดการตนเองสามารถช่วยลดอาการ หอบเหนื่อยลงได้

- อย่างไรก็ตามเมื่อการดำเนินโรคมามากขึ้นเรื่อยๆ การใช้ยาจัดการเป็นสิ่งที่พึงกระทำ
- การใช้ยา opioids ขนาดน้อยๆ และปรับยาเพิ่มความระมัดระวัง ไม่ทำให้เกิดการหายใจ

ข้อควรแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล

- อาการหอบเหนื่อยช่วงออกแรง ไม่ใช่สิ่งที่อันตราย และอาการจะหายไปไม่กีนาที่หลังผู้ป่วยได้พัก
- การรักษาระดับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันเป็นสิ่งที่สำคัญ
- อยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเท เปิดหน้าต่าง เปิดพัดลม ให้มีลมพัดผ่านใบหน้า จะช่วยลดอาการหอบเหนื่อย
- การค่อยๆ อธิบายขณะผู้ป่วยกำลังหอบ วิตกกังวล กลัว ไม่ได้ทำให้เกิดอันตราย หรือสถานการณ์ของผู้ป่วยแย่ลง

แหล่งข้อมูล

- Macmillan Cancer Support, <http://www.macmillan.org.uk>
- Roy Castle Lung Foundation, <http://www.roycastle.org>
- Chest Heart and Stroke Scotland, <http://www.chss.org.uk/>
- British Lung Foundation, <http://www.lunguk.org/>
- NHS inform (www.nhsinform.co.uk) and Long Term Health Conditions and Mental Health
- My condition, my terms, my life - Self management
- Addenbrookes breathlessness intervention service, Cambridge University Hospitals Foundation Trust patient information leaflet, http://www.cuh.org.uk/cms/sites/default/files/publications/PIN2781_breathlessness_intervention_service.pdf

อ้างอิง

- Allard, P., Lamontagne, C., Bernard, P. and Tremblay, C. 1999. How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(4), pp. 256-265.
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M. and Higginson I. J. 2008. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005623.pub2/abstract>.
- Booth, S., Bausewein, C., Higginson, I. and Moosavi, S. H. 2009. Pharmacological treatment of refractory breathlessness. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 3(1), pp. 21-36.
- Chan, K.-S., Tse, D. M. V., Sham, M. M. K. and Thorsen, A. B. 2010. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: G. Hanks, Ni. Cherny, Na. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa and Rk. Portenoy, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Cranston Josephine, M., Crockett, A. and Currow, D. 2008. Oxygen therapy for dyspnoea in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004769.pub2/abstract>.
- Dorman, S., Jolley, C., Abernethy, A., Currow, D., Johnson, M., Farquhar, M., Griffiths, G., Peel, T., Moosavi, S., Byrne, A., Wilcock, A., Alloway, L., Bausewein, C., Higginson, I. and Booth, S. 2009. Researching breathlessness in palliative care: Consensus statement of the National Cancer Research Institute Palliative Care Breathlessness Subgroup. *Palliative Medicine*, 23(3), pp. 213-227.
- Johnson, M. J., Abernethy, A. P. and Currow, D. C. 2012. Gaps in the evidence base of opioids for refractory breathlessness. A future work plan? *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(3), pp. 614-624.
- Mahler, D. A., Selecky, P. A., Harrod, C. G., Benditt, J. O., Carrieri-Kohlman, V., Curtis, J. R., Manning, H. L., Mularski, R. A., Varkey, B., Campbell, M., Carter, E. R., Chiong, J. R., Ely, E. W., Hansen-Flaschen, J., O'donnell, D. E. and Waller, A. 2010. American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest*, 137(3), pp. 674-91.
- Rocker, G., Horton, R., Currow, D., Goodridge, D., Young, J. and Booth, S. 2009. Palliation of dyspnoea in advanced COPD: Revisiting a role for opioids. *Thorax*, 64(10), pp. 910-915.

Simon, S. T., Bausewein, C., Schildmann, E., Higginson, I. J., Magnussen, H., Scheve, C. and Ramsenthaler, C. 2013. Episodic breathlessness in patients with advanced disease: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(3), pp. 561-578.

Simon S.T., Higginson I. J., Booth, S., Harding, R. and Bausewein, C. 2010. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007354.pub2/abstract>.

Spathis A., Davies H.E. and Booth S. 2011. *Respiratory Disease: From advanced disease to bereavement*. 5th ed. New York: Oxford University Press.

Twycross, R. and Wilcock, A. 2011. *Palliative Care Formulary (PCF4)*. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

Twycross, R., Wilcock, A. and Stark Toller, C. 2009. *Symptom Management in Advanced Cancer*. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

2.5 ກ້ອນຟຸກ

(Constipation)



บทนำ

ท้องผูก คือ อาการถ่ายอุจจาระแข็ง ปริมาณน้อย ลำบาก และไม่ถ่ายหลายวัน นานกว่าพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยรายนั้นๆ ท้องผูกทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวดท้องและปวดลำไส้ตรง (rectum) ท้องโต คลื่นไส้ อาเจียน และมีผลกระทบทำให้ ความสุขสบายลดลง ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิตอาการท้องผูกทำให้เกิดความเครียด และอาการกระสับกระส่ายได้ สาเหตุของท้องผูกในผู้ป่วยระยะท้ายมีหลายสาเหตุ บางครั้ง มีความซับซ้อนหากแนวทางการรักษาปกติไม่ได้ผลอาจต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การประเมิน (Assessment)

การประเมินที่ครบถ้วนประกอบไปด้วย

- พฤติกรรมการขับถ่ายเดิม และปัจจุบันของผู้ป่วย (ความถี่ ลักษณะของอุจจาระ ความง่ายต่อการขับถ่าย มีเลือดปน ปวดเวลาถ่าย)
- ประวัติการใช้ยาในระยะในอดีต/ปัจจุบัน มีการใช้ประจำ (หรือเมื่อมีอาการ) และประสิทธิภาพของยาเหล่านั้น
- ลักษณะอาการ (อาจใกล้เคียงกับภาวะลำไส้อุดตันและโรคในช่องท้อง)
 - ปวดท้อง
 - คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร
 - ท้องอืด ท้องโต เหลือเฟือ
 - ถ่ายเป็นน้ำ/เมือก ปริมาณเล็กน้อย แต่บ่อย ไม่มีเนื้อปน (overflow diarrhea)
 - ปัสสาวะคั่ง (urinary retention)
- สาเหตุที่สามารถทำให้เกิดท้องผูก (ต้องหาสาเหตุก่อนทำการรักษาเสมอ)
 - ยา: opioids, antacids, diuretics, iron, 5HT3 antagonists
 - ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (ภาวะขาดน้ำ เคลื่อนไหวน้อย รับประทานอาหาร)
 - ก้อนมะเร็งอยู่ภายในหรือกดเบียดลำไส้
 - เส้นประสาทไขสันหลังหรือเส้นประสาทอุ้งเชิงกรานถูกทำลาย

- แคลเซียมในเลือดสูง
- มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ diverticular disease แผลปริแยกรอบรูทวาร (anal fissure) ริดสีดวงทวาร โรคมะเร็งลำไส้ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ

การตรวจบริเวณท้องและทวารหนัก หรือรูเปิดกระบาย (stomal) เป็นสิ่งจำเป็น ควรทำทุกราย ถ้าไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย การตรวจ X-ray ช่องท้อง เพิ่มเติม อาจจะจำเป็นเพื่อตัดภาวะลำไส้อุดตันออกและประเมินปริมาณอุจจาระคั่งค้าง (fecal loading)

การจัดการ (Management)

เป้าหมายของการรักษาคือ ให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้สบาย ไม่แน่น ไม่ปวด มากกว่า เพียงทำให้ลำไส้บีบตัวได้บ่อยขึ้น

คำแนะนำทั่วไป

- กระตุ้นให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ (2 ลิตร/วัน ถ้าสามารถทำได้) และทบทวนลักษณะอาหาร
- ทำให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวและสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ต่างๆ ในการขับถ่าย
- หาสาเหตุท้องผูกที่สามารถแก้ไขได้
- ขนาดของยาระบายควรจะมีการปรับตามการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย
- ถ้าขนาดยาที่ใช้อยู่ช่วยให้ขับถ่ายได้ดีและเป็นที่ยอมรับ ให้ใช้ขนาดนี้ต่อเนื่องไป และติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และอธิบายให้ทราบถึงความสำคัญของการใช้ยาระบายเพื่อป้องกันอาการท้องผูก
- ให้ยาระบายโดยการรับประทานเป็นตัวเลือกแรก หากเป็นไปได้
- การล้วงอุจจาระ อาจจำเป็นในผู้ป่วยที่มีอุจจาระแข็งคั่งค้างในลำไส้ (faecal impaction) เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หรือติดเตียง

การเลือกใช้ยาระบาย

- ทางเลือกเหล่านี้ให้ประสิทธิผลเท่ากัน
- ขนาดยาเริ่มต้นที่แนะนำ สามารถปรับเพิ่มขึ้นได้ตามการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย
- ความพึงพอใจในการใช้ยาแต่ละชนิดของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณา

- การใช้ยาระบายแยกชนิดระหว่างยาช่วยให้อุจจาระนิ่ม (softener) และยากระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (stimulant) ช่วยให้รับยาได้ง่าย ในขณะที่การให้ยาระบายชนิดออกฤทธิ์ร่วมกันจะช่วยลดปริมาณเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ลงได้
- การสวนอุจจาระ อาจจำเป็นหากตรวจทวารหนักแล้วพบอุจจาระ
- ไม่ควรล้วงอุจจาระหรือใช้ยาเหน็บทวารหนัก ถ้าตรวจทวารหนักเป็นลักษณะของ ballooned rectum และไม่มีอุจจาระ

ทางเลือกที่ 1 (stimulant ± softener)

- มะขามแขก (Senna) 2 - 4 เม็ด หรือ bisacodyl 5 -10 มก. ก่อนนอน
- ถ้าอุจจาระแข็ง และมีอาการปวดบิตของลำไส้ ให้เพิ่มยาที่ทำให้อุจจาระนิ่ม เช่น docusate sodium 100 มก. วันละ 2 ครั้ง

ทางเลือกที่ 2 (osmotic laxative)

- Macrogol (polyethylene glycol, PEG) 1 - 3 ซองต่อวัน ถ้าท้องผูกรุนแรง พิจารณาให้ยาในขนาดที่สูงขึ้นนาน 3 วัน การใช้ยาสวนทวาร
- อุจจาระที่คั่งค้างมีลักษณะนิ่ม: bisacodyl เหน็บทวารหนัก หรือสวนทวารด้วย sodium citrate หรือ phosphate enema
- อุจจาระที่คั่งค้างมีลักษณะแข็ง: glycerol/สบู่ เหน็บทวารหนัก เพื่อช่วยหล่อลื่นและกระตุ้นการบีบตัว หลังจากนั้นให้รักษาแบบอุจจาระนิ่ม
- อุจจาระที่คั่งค้างมีลักษณะแข็งมาก: สวนน้ำมันถั่วลิสง (arachis oil) ทางทวารหนักทั้งไว้ข้ามคืน แล้วตามด้วยสวน phosphate enema
- ผู้ป่วยอัมพาตจากไขสันหลังเสียหาย / ติดเตียง ปรับยาระบายหรือยาช่วยให้หยุดถ่าย เพื่อให้อุจจาระเกาะกันเป็นก้อนแต่ไม่ให้แข็ง ใช้ยาสวนทวารหนัก ± ล้วงอุจจาระทุก 1 - 3 วัน เพื่อป้องกันท้องผูก อุจจาระแข็งคั่งค้าง และมี anal fissures ตามมา

ข้อควรปฏิบัติ Practice Points

- ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ที่ใช้ยา opioids จำเป็นต้องรับประทานยาระบายทุกวัน
- ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะอาการของภาวะลำไส้อุดตัน และมีอาการปวดบิต ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากระตุ้นการทำงานของลำไส้ (ดูแนวทางภาวะลำไส้

อุดตันในผู้ป่วยระยะท้าย)

- ทบทวนยาระบายที่ใช้เมื่อเริ่มใช้ยา opioid หรือมีการปรับขนาดยา
- ห้ามใช้น้ำมันถั่วลิสง ถ้าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ถั่ว
- พึงระวังผู้ป่วยที่อ่อนแอ เปราะบาง หรือคลื่นไส้ อาเจียน อาจไม่สามารถดื่มน้ำได้อย่างเพียงพอเมื่อใช้ยา Macrogol
- ยาระบายกลุ่มที่ทำให้จับตัวเป็นก้อน (Bulk-forming) ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายเนื่องจากผู้ป่วยดื่มน้ำได้น้อยและลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย อาจนำไปสู่ภาวะลำไส้อุดตันได้
- Lactulose ใช้ได้ผลไม่ด้นัก หากผู้ป่วยดื่มน้ำได้น้อย อาจทำให้เกิดอาการท้องอืดหรือปวดบิดท้องได้ในผู้ป่วยบางราย
- ถ้าการใช้ยาระบายล้มเหลว ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care สำหรับทางเลือกอื่นในการรักษา
- Methylnaltrexone อาจเหมาะสมในภาวะท้องผูกที่เกิดจาก opioid ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาปกติ แต่ต้องใช้ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care เท่านั้น

แหล่งข้อมูล

- ผู้เชี่ยวชาญ : Palliative Care Drug Information online: <http://www.palliativedrugs.com>
- ผู้ป่วย : Patient leaflet: Managing constipation <http://www.nhsinform.co.uk/palliativecare/symptomcontrol/eatingproblems/constipation>

อ้างอิง

- Candy, B., Jones, L., Goodman Margaret, L., Drake, R. and Tookman, A. 2011. Laxatives or methylalnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003448.pub3/abstract>.
- Clark, K., Byfieldt, N., Dawe, M. and Currow, D. C. 2012. Treating Constipation in Palliative Care: The Impact of Other Factors Aside From Opioids. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(2), pp. 122-125.
- Clemens, K. E., Faust, M., Jaspers, B. and Mikus, G. 2013. Pharmacological treatment of constipation in palliative care. *Current Opinion in Supportive Palliative Care*, 7(2), pp. 183-91.
- Connolly, M. and Larkin, P. 2012. Managing constipation: a focus on care and treatment in the palliative setting. *British Journal of Community Nursing*, 17(2), pp. 60, 62-4, 66-7.
- Pitlick, M. and Fritz, D. 2013. Evidence about the pharmacological management of constipation, part 2: implications for palliative care. *Home Healthcare Nurse*, 31(4), pp. 207-18.
- Sykes, N. 2006. Constipation, diarrhoea, and intestinal obstruction. In: M. Fallon and D. Doyle, E. eds. *ABC of Palliative Care*. 2nd ed. Oxford: BMJ. pp.25-29.
- Sykes, N. 2010. Constipation and diarrhoea. In: G. Hanks, NI. Cherny, NA. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa and RK. Portenoy, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press. pp 833-849.
- Sykes, N. 2013. Emerging Evidence on Docusate: Commentary on Tarumi et al. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(1), pp. 1.
- Twycross, R. and Wilcock, A., (Eds) 2011. *Palliative Care Formulary (PCF4)*. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

2.6 อาการไอ

(Cough)



บทนำ

อาการไอเป็นกระบวนการที่ร่างกายผลักดันอากาศออกจากทางเดินหายใจด้านการปิดของกล่องเสียงจึงทำให้เกิดเสียงที่จำเพาะ เพื่อป้องกันทางเดินหายใจให้คงสภาพโดยการขับเสมหะและสิ่งแปลกปลอม

ผู้ป่วยมักได้รับการประเมินผลกระทบจากการไอน้อยกว่าความเป็นจริง ผู้ป่วยควรได้รับการจัดการอาการไอเมื่อมีอาการต่อเนื่อง ไม่สบาย การไอส่งผลต่อการนอนและ/หรือกระทบต่อคุณภาพชีวิต การประเมินรูปแบบและลักษณะของอาการไอมีความจำเป็นเพื่อการรักษาที่เหมาะสม สามารถจำแนกตามเวลาที่มีอาการได้ ดังนี้

ไอบแบบเฉียบพลัน (acute) คือ ระยะเวลาที่มีอาการไอน้อยกว่า 3 สัปดาห์ แบบกึ่งเฉียบพลัน (subacute) คือ ระยะเวลาระหว่าง 3 - 8 สัปดาห์ และแบบเรื้อรัง (chronic) คือ นานมากกว่า 8 สัปดาห์

การประเมิน

- สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงของอาการไอ และระดับผลกระทบที่ทำให้ไม่สบายหรือความวิตกกังวล
- สอบถาม:
 - ความเข้าใจถึงสาเหตุของการไอ
 - ความกลัว (รวมถึงกลัวการสำลัก)
 - ผลกระทบต่อ:
 - สมรรถภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ (รวมถึงการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ)
 - คุณภาพชีวิต
 - ครอบครัว และผู้ดูแล
- คุณลักษณะ:
 - รูปแบบ ลักษณะเสมหะ และระยะเวลาของการไอ
 - สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น/แย่ลง
 - อาการอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - ประวัติอาชีพ

- ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ เช่น
 - การติดเชื้อ
 - น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด/เยื่อหุ้มหัวใจ (pleural/ pericardial effusion)
 - ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)
 - กรดไหลย้อน (gastro-esophageal reflux)
 - หลอดลมตีบ (bronchospasm)
- แก้ไขสาเหตุของอาการไอ หากสามารถแก้ไขได้
- ประเมินลักษณะของเสมหะ และพิจารณาส่งเพาะเชื้อหากจำเป็น (ดูตารางที่ 3)
- พิจารณาตรวจเอกซเรย์ปอด (chest X-ray)

การจัดการอาการ

- ถ้าหายใจมีเสียง stridor ขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
- ให้ steroids ขนาดสูง โดยแบ่งขนาดที่ให้ต่อวัน: dexamethasone 16 มก./วัน รับประทานหรือได้ผิวหนัง หรือ prednisolone 60 มก./วัน รับประทาน พิจารณายาป้องกันกระเพาะ (gastric protection) ร่วมด้วย
- จัดการสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้
- ให้การจัดการอาการที่เหมาะสม ทั้งวิธีใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยเฉพาะต้องมั่นใจว่าจัดการอาการปวดได้ดี เนื่องจากอาการปวดจะทำให้การไอไม่มีประสิทธิภาพ
- แสดงให้เห็นว่าความกลัว วิดกกังวล และการดูแลระดับประคองจะได้รับการช่วยเหลือ เช่น อธิบายเรื่องอาการ และให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย
- พิจารณาส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด หากผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้
- วางแผนการดูแลตนเอง เช่น
 - จัดบันทึกการไอในแต่ละวัน
 - แนะนำงดสูบบุหรี่
 - อยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเท เช่น เปิดหน้าต่าง เปิดพัดลม

- วางแผนการจัดการอาการไอ เช่น
 - ปรับเปลี่ยนลักษณะท่าทาง ควบคุมการหายใจ
 - ฝึกการผ่อนคลาย
 - ฝึกการไอให้มีประสิทธิภาพ
- หากผู้ป่วยจำเป็นต้องดูเสมหะ หรือใช้เครื่องช่วยไอ ให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

ข้อแนะนำการดูแลผู้ป่วยไอแห้ง ไม่มีเสมหะ (dry, non-productive cough)

อาการไอต่อเนื่องเป็นเวลานานที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจทำให้ได้รับ การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นมะเร็งปอดหรือมีการกระจายของมะเร็งมาที่ปอด

การไอที่เกิดจากปอดถูกทำลายภายหลังการฉายรังสี (Post-radiotherapy lung damage) ปอดอักเสบ (pneumonitis) หรือ หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (lymphangitis) อาจตอบสนองดีกับการให้ยา steroid ให้ขอคำแนะนำจากแพทย์มะเร็งวิทยา

ตารางที่ 1 การจัดการอาการในผู้ป่วยไอแห้ง (ฉบับ 1 พ.ศ. 2564)

ลักษณะการไอ	สาเหตุที่เป็นไปได้	การรักษา
ระยะเวลาสัมพันธ์กับการได้รับยา	Angiotensin-converting-enzyme (ACE) inhibitors	หยุด หรือเปลี่ยนยา
อาการไอแบบรวดเร็วร่วมกับหายใจไม่อิ่ม	Pleural effusion	พิจารณาระบายน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural drainage) การผนึกเยื่อหุ้มปอด (pleurodesis)
	Pericardial effusion	พิจารณาเจาะระบายน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardiocentesis) การผนึกเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardiosclerosis)
	Pulmonary embolism (ส่วนใหญ่ไอแห้งๆ อาจมีส่วนน้อยไอเป็นเลือด)	พิจารณายาต้านการแข็งตัวของเลือด low molecular weight heparin (LMWH)

ลักษณะการไอ	สาเหตุที่เป็นไปได้	การรักษา
Barking cough (ไอเสียงแหบแห้งเป็นชุดๆ)	Pharyngitis/tracheobronchitis/ early pneumonia	พิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อ อากาศในห้องที่มีความชื้น (humidify room air)
Harsh croup (ไอเสียงก้อง, หยาบ (coarse))	Laryngitis	Humidify room air, งดการใช้เสียง
Bovine cough (ไอเสียงแห้งแหบ)	Recurrent laryngeal nerve palsy จากการถูกกดเบียดจากพยาธิสภาพใน ช่องอกหรือจากตัวโรค	ส่งปรึกษาแพทย์โรค คอ นาสิก
Hard brassy cough (ไอเสียงใหญ่ๆ แห้ง มี/ไม่มี wheeze/ stridor)	Tracheal ถูกเบียดจากพยาธิสภาพใน ช่องอกหรือ ต่อมน้ำเหลือง หลอดเลือด ดำ superior vena cava obstruction (SVCO) อุดตัน	พิจารณา radiotherapy, steroids, stenting (ดูในส่วน SVCO แนวทางการรักษาอาการ หอบเหนื่อย)
ไอ ร่วมกับหายใจมีเสียง wheeze	หลอดลมอุดกั้น (asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD))	ยาพ่นขยายหลอดลม, พิจารณา steroids

ยารักษาอาการ

สามารถใช้ยากดอาการไอ ร่วมกับการจัดการอาการในตารางที่ 1 ดังนี้

- ยาน้ำแก้ไอ
- morphine (เฝ้าระวังผลข้างเคียง รวมถึง opioid toxicity)

opioid naive - 2 มก. รับประทาน ทุก 4 - 6 ชม. ตามอาการ (ในผู้ป่วยที่
เปราะบางหรือสูงอายุ ให้ยาทุก 6 - 8 ชม.)

ได้รับ morphine อยู่ก่อนแล้ว ให้ใช้ยา morphine ต่อเนื่องตามเดิมและ
ใช้ MO (IR) ในขนาดเดิมที่เป็นขนาดระดับปวด (BTP) เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย (รับ
ประทานหรือได้ฉีควัขน้ในขนาดเทียบเท่า) สามารถให้ยาได้สูงสุด 6 ครั้ง/วัน (รวมทุกข้อ
บ่งชี้ หอบ ปวด ไอ) ปรึบยาที่ได้รับตามเวลาและ BTP ตามอาการและการตอบสนองต่อ
ยา

- หากอาการไม่ดีขึ้นพิจารณาส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือเปลี่ยนแนวทางการรักษา

ตารางที่ 2 การจัดการอาการในผู้ป่วยไอมีเสมหะ

ลักษณะการไอ	สาเหตุที่เป็นไปได้	การรักษา
มีเสมหะ	COPD (no infection)	ยาพ่นขยายหลอดลม, พิจารณา steroids
	ติดเชื้อ	พิจารณายาฆ่าเชื้อ
	COPD exacerbation	พิจารณายาฆ่าเชื้อ
	Tracheo-oesophageal fistula	พิจารณาส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเรื่อง การใส่ stent
	สำลักน้ำลาย	ให้ยา antimuscarinics/ anticholinergics, ยาฆ่าเชื้อ
	โรคกรดไหลย้อน (gastro-oesophageal reflux)	ให้ยา Proton pump inhibitors (PPIs) และ prokinetic เช่น metoclopramide, domperidone
	หัวใจล้มเหลว (cardiac failure)	ปรับยาความดัน ยาขับปัสสาวะ
ไอหลังรับประทาน	อ่อนเพลีย หรืออ่อนแรง ทำให้กลืนลำบาก	ส่งปรึกษาโภชนาการ และ speech and language therapist
อ่อนแรง ไม่มีแรงไอ	Motor neurone disease (MND)/ amyotrophic lateral sclerosis (ALS) ทำให้มีน้ำลายมาก	ให้ยาลดสารคัดหลั่ง เช่น hyoscine พิจารณาเครื่องช่วยดูดเสมหะ หรือ เครื่องช่วยไอ
มีน้ำมูกร่วมด้วย	Postnasal drip ไซนัสอักเสบ ภูมิแพ้	ให้ยา Nasal steroids Nasal decongestant spray, antihistamine

การจัดการด้วยยา

สามารถใช้ยาช่วยขับเสมหะร่วมกับการจัดการในตารางที่ 2 ดังนี้

- ยาละลายเสมหะ เพื่อลดความข้นหนืดของเสมหะ เช่น carbocisteine, acetin ให้หยุดยาหากไม่ได้ผลภายใน 4 สัปดาห์
- พ่นละอองฝอย 0.9% sodium chloride 2.5 - 5 มล. ตามอาการ ช่วยทำให้เสมหะเหลวมากขึ้น

- ในกรณีผู้ป่วยมีเสมหะมากและอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต การดูแลให้เสมหะแห้งเป็นสิ่งจำเป็น

ข้อควรปฏิบัติ

- การจัดการ Non-pharmacological ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับมือกับสถานการณ์เป็นสิ่งจำเป็น การวางแผนจัดการตนเองสามารถช่วยจัดการอาการได้
- เมื่ออาการของโรคมมากขึ้น ยาจัดการอาการไอจะมีความจำเป็นมากขึ้น อาจต้องปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น
- การเริ่มใช้ยา opioids ขนาดน้อยๆ และปรับเพิ่มขึ้นครั้งละน้อยอย่างระมัดระวัง มีความปลอดภัยและไม่ทำให้เกิดการหายใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจอุดกั้น หรือ โรคหัวใจล้มเหลว

ข้อควรแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล

- การไอเกิดได้จากหลายสาเหตุ บางสาเหตุต้องการการรักษาที่จำเพาะเจาะจง
- กระตุ้นให้มีการพูดคุยเพื่อบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยกลัว หรืออาการต่างๆ

ตารางที่ 3 คุณลักษณะของเสมหะ

ลักษณะเสมหะ	สาเหตุ
เป็นหนอง	การติดเชื้อ
ใส คล้ายเยลลี่	น้ำลายหรือสารคัดหลั่งมาก
เสมหะปริมาณมาก (bronchorrhoea) (เมื่อกลืนเสมหะ 100 มล./วัน)	โรคหอบหืด วัณโรค broncho-alveolar cancer
มีฟอง สีชมพู (frothy)	ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (Left ventricular failure) โรคมะเร็ง alveolar cell
มีเลือดปน	ภาวะ pulmonary embolus โรคมะเร็ง การติดเชื้อ เช่น วัณโรค

แหล่งข้อมูล

- Palliative care drug information
- Macmillan Cancer Support
- Roy Castle Lung Foundation
- Cancer Research UK
- Marie Curie cancer care
- Chest Heart and Stroke Scotland
- British Lung Foundation
- British Heart Foundation
- NHS Inform, Long-term health conditions and mental health
- NHS Inform palliative care zone
- My Condition, My Terms, My Life - Self Management
- Patient.co.uk website

อ้างอิง

2010a. Cough in Cancer Patients in Palliative Care in malignant respiratory diseases In: G. Hanks, Ni. Cherny, Na. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa and Rk. Portenoy, E. eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine 4th ed. Oxford: Oxford University Press.

2010b. Cough in Palliative Care in non-malignant, end-stage respiratory disease. In: G. Hanks, Ni. Cherny, Na. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa and Rk. Portenoy, E. eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine 4th ed. Oxford: Oxford University Press.

Bolser, D. C. 2010. Pharmacologic management of cough. Otolaryngologic Clinics of North America, 43(1), pp. 147-55, xi.

Gibson, P. G. and Ryan, N. M. 2011. Cough pharmacotherapy: current and future status. Expert Opinion on Pharmacotherapy, 12(11), pp. 1745-55.

Marks, S. and Rosielle, D. A. 2010. Opioids for cough #199. Journal of Palliative Medicine, 13(6), pp. 769-70.

Molassiotis, A., Smith, J. A., Bennett, M. I., Blackhall, F., Taylor, D., Zavery, B., Harle, A., Booton, R., Rankin, E. M., Lloyd-Williams, M. and Morice, A. H. 2010. Clinical expert guidelines for the management of cough in lung cancer: report of a UK task group on cough. Cough, 6, pp. 9.

Morice, A. H., Mcgarvey, L. and Pavord, I. 2006. Recommendations for the management of cough in adults. Thorax, 61(suppl 1), pp. i1-i24.

Morice, A. H., Menon, M. S., Mulrennan, S. A., Everett, C. F., Wright, C., Jackson, J. and Thompson, R. 2007. Opiate therapy in chronic cough. American Journal of Respiratory

& Critical Care Medicine, 175(4), pp. 312-5.

Wee, B. 2008. Chronic cough. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 2(2), pp. 105-9.

Wee, B., Browning, J., Adams, A., Benson, D., Howard, P., Klepping, G., Molassiotis, A. and Taylor, D. 2012. Management of chronic cough in patients receiving palliative care: review of evidence and recommendations by a task group of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Palliative Medicine*, 26(6), pp. 780-7.

2010a. Authors: Kin-Sang Chan, Doris M. W. Tse, Michael M. K. Sham, and Anne Berit Thorsen.

2010b. Author: Richard M. Leach.

2.7 อาการเพ้อ

(Delirium)



บทนำ

ในแนวทางนี้ อาการเพ้อ (delirium) คือ อาการสับสน และสูญเสียความสามารถของสมองแบบเฉียบพลันและมีการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน (fluctuating course) สาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดจากตัวโรคหรือเกิดจากการรักษา อาการเพ้อมักจะรักษาให้หายได้ อาการอื่นๆที่เคยใช้อธิบายอาการเพ้อ เช่น อาการสับสนเฉียบพลัน (acute confusional state) อาการกระสับกระส่าย (agitation) และ อาการทรมานทุรยาระยะท้าย (terminal restlessness) แต่สำหรับคำว่า restlessness และ terminal agitation ควรนำมาใช้เมื่อไม่สามารถรักษาสาเหตุให้หายได้

ประเมิน

- เป็นอาการที่พบได้บ่อย (ร้อยละ 30 - 85 ของผู้ป่วยในระยะท้าย) สามารถหายได้ และมักได้รับการวินิจฉัยล่าช้า
- แบ่งได้เป็น 3 ชนิด
 - Hyperactive - ตื่นตัว กระสับกระส่าย โวยวาย
 - Hypoactive - ซึม เจ็บ สื่อสารน้อย มักไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือ วินิจฉัยผิดเป็นภาวะซึมเศร้า
 - Mixed pattern - มีทั้งช่วง hyperactive และช่วง hypoactive
- การวินิจฉัยขึ้นกับความละเอียดรอบคอบในการประเมินอาการทางคลินิกสามารถใช้ Mini-mental state examination (MMSE) หรือ Confusion assessment method (CAM) ในการคัดกรอง
- ประวัติที่เที่ยงตรงแม่นยำของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ

สาเหตุของdelirium อาจซับซ้อน และมีหลายปัจจัยร่วมกัน:

- ยา (รวมถึง opioids, anticholinergics, steroids, benzodiazepines, antidepressants, sedatives)
- การขาดยา (รวมถึง: alcohol, sedatives, antidepressants, nicotine)
- ภาวะขาดน้ำ (dehydration) ท้องผูก (constipation) ปัสสาวะคั่ง (urinary retention) อาการปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ (uncontrolled pain)

- ตับหรือไตสูญเสียหน้าที่ (liver or renal impairment) การเปลี่ยนแปลงของเกลือแร่และน้ำตาล (electrolyte disturbance (sodium, glucose)) ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcaemia) การติดเชื้อ (infection) ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) มะเร็งในสมอง (cerebral tumour) หรือ โรคหลอดเลือดในสมอง (cerebrovascular disease)
- การมองเห็น หรือการได้ยินผิดปกติ
- การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis): ภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม (เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด delirium)

การค้นหาคำสาเหตุ (Investigations)

- ตรวจเลือด การทำงานของตับ ไต เกลือแร่ รวมถึงระดับแคลเซียมในเลือด
- ตรวจสอบเรื่องการติดเชื้อ (ตรวจปัสสาวะในผู้สูงอายุ)
- ทบทวนยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ และหยุดยาที่ไม่จำเป็น
- ประเมินการรับรู้ความรู้สึก มีความผิดปกติหรือไม่ (sensory impairment)
- มีลักษณะของ opioid toxicity เช่น drowsiness, agitation, myoclonus, hypersensitivity หากพบให้ลดขนาดยา opioid ลง 1 ใน 3 หากอาการยังไม่ดีขึ้นพิจารณาเปลี่ยนชนิดยา opioid
- ตรวจเรื่องท้องผูก ปัสสาวะคั่งค้าง ปัญหาสายสวนต่างๆ

การจัดการอาการ

รักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ

- ถ้าอยู่ในภาวะ terminal delirium (เป็นช่วงผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต) ดูแลในแนวทาง last days of life
- รักษาปริมาณสารน้ำในร่างกาย ไม่ให้มีภาวะขาดน้ำ หรือบวมน้ำ และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว
- ถ้าผู้ป่วยติดบุหรี่ (nicotine dependent) พิจารณาใช้แผ่นแปะ nicotine

Non-pharmacological management

- อธิบายสาเหตุ และ สิ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลรับทราบ
- แสดงให้รับทราบถึงความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่มี delirium มักจะมีความกลัว
- จัดให้อยู่ในบริเวณที่เงียบสงบ จำกัดจำนวนทีมสุขภาพที่เข้าดูแล
- จัดหาแว่นตา เครื่องช่วยฟัง อุปกรณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยเคยใช้ให้แก่ผู้ป่วย
- จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ เสียงรบกวนน้อย จัดหามาฬิกาให้ผู้ป่วยได้ดูเวลา
- สื่อสารกับผู้ป่วยช้าอย่างอ่อนโยน หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า โต๊ะเตียงกับผู้ป่วยพยายามจัดวางจรรยาบรรณนอนหลับ-ตื่นให้เป็นไปตามเวลาปกติ
- อธิบายถึงสาเหตุของพฤติกรรม และอาการที่เปลี่ยนแปลง

ยารักษา

Pharmacological management (if essential to control symptoms)

- ทบทวนยาที่ใช้อย่างสม่ำเสมอ และหยุดยาให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น

First choice: haloperidol

- ขนาด: 0.5 - 3 มก. รับประทานหรือใต้ผิวหนัง วันละครั้ง (เริ่มด้วยรับประทานยาในขนาดต่ำก่อน) ถ้าอาการไม่สงบสามารถให้ซ้ำได้ทุก 2 ชม.
- คงระดับยาในขนาดต่ำที่สุดที่ควบคุมอาการได้ หากไม่สามารถแก้สาเหตุ delirium ได้ (ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ายา antipsychotic ชนิดใหม่จะได้ผลดีกว่า)

Second choice: benzodiazepines

- Benzodiazepines ไม่ช่วยเรื่อง cognition อาจช่วยเรื่องวิตกกังวล ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง
- ใช้ในผู้ป่วยขาดสุรา (alcohol withdrawal) ขาดยา sedative และ antidepressant มักใช้ในผู้ป่วยโรค Parkinson
- Lorazepam 0.5 - 1 มก. รับประทานหรือใต้ผิวหนัง

- Midazolam 2 - 5 มก. ได้ผิวหนัง ทุก 1 - 2 ชม. หรือ diazepam รับประทาน หรือเหน็บทวารหนัก (rectal) 5 มก. ทุก 8 - 12 ชม.

หากต้องการเพิ่ม sedation ให้มากขึ้นและให้เหมาะสมในผู้ป่วยรายนั้น

- เพิ่ม benzodiazepine (midazolam 10 - 30 มก. ได้ผิวหนังต่อเนื่องใน 24 ชม. หรือ diazepam 5 - 10 มก. เหน็บทวารหนัก ทุก 6 - 8 ชม.)
- เปลี่ยน haloperidol เป็น levomepromazine 12.5 - 25 มก. ได้ผิวหนัง วันละ 1 -2 ครั้ง โดยการฉีดหรือให้ต่อเนื่อง

ข้อควรปฏิบัติ

- ปรับสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญมากในผู้ป่วย delirium
- ภาวะ opioid toxicity เป็นสาเหตุของ delirium ที่พบมากโดยเฉพาะในผู้ป่วย ผู้สูงอายุ
- Corticosteroids สามารถทำให้เกิด delirium อย่างรุนแรงได้
- ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจการรักษาด้วยตัวเองได้จากสูญเสียความสามารถทางสมอง ในต่างประเทศจะมีแบบฟอร์ม (Adults with Incapacity form: AWI form) ที่แพทย์ต้องลงบันทึกการให้การรักษาระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีการ derilium แต่ทั้งนี้การให้การรักษายังไม่ควรขัดแย้งกับเจตจำนงของผู้ป่วยที่มี
- ในสถานการณ์ฉุกเฉิน แพทย์สามารถให้การรักษาส่งผู้ป่วยได้โดยปราศจากเอกสารรับรองภาวะทุพพลภาพ

คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ถ้าสามารถดื่มได้
- ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด สามารถช่วยกระตุ้นฟื้นความจำผู้ป่วยได้

แหล่งข้อมูล

ผู้เชี่ยวชาญ

British Geriatrics Society Guidelines

Adults with Incapacity Act (Scotland) (2000)

HIS - Delirium Management Comprehensive Pathway

ผู้ป่วย

Mental Health Foundation

อ้างอิง

British Geriatrics Society. 2013. Clinical Guidelines [Online]. Available:

<http://www.bgs.org.uk/index.php/resources-6/publicationfind/clinicalguides> [Accessed 10 December 2013].

Her Majesty's Stationery Office (Hmso). 2013. Adults with Incapacity (Scotland) Act

2000 [Online]. Available: <http://www.legislation.gov.uk/asp/2000/4/contents> [Accessed 10 December 2013].

Mental Health Foundation. 2013. Mental Health Foundation [Online]. Available:

<http://www.mentalhealth.org.uk/> [Accessed 10 December 2013].

2.8 ภาวะซึมเศร้า

(Depression)



บทนำ

Depression (ภาวะซึมเศร้า)

- มีความสัมพันธ์อย่างมากกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
- เป็นสาเหตุทำให้เจ็บป่วยและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยลดลงมากกว่าการเจ็บป่วยทางกายเพียงอย่างเดียว
- ทำให้ลดความสามารถทางกาย
- มักจะสัมพันธ์กับอาการต่างๆ ที่จัดการได้ยาก
- ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยอย่างมาก

การรักษาภาวะซึมเศร้าสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและประสิทธิภาพการรักษาประคับประคองอาการในสภาวะอื่นๆ ดีขึ้นเช่นกัน

การประเมิน

ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า อาการทางกายที่พบบ่อยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจาก ความเจ็บป่วยทางกายหรือจากการรักษา มีอาการดังนี้:

- น้ำหนักตัว/ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง
- นอนไม่หลับ
- รู้สึกไม่มีพลัง
- อ่อนเพลีย
- ระบบสั่งการประสาทช้าลง
- ไม่มีอารมณ์ทางเพศ

อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยประคับประคอง มีอาการดังนี้:

- มีความรุนแรงของอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่า
- มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า สิ้นหวังอย่างมาก
- แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีความสุขในกิจกรรมที่ทำแต่ละวัน
- ประารถนาเสียชีวิตก่อนเวลาที่เหมาะสม (หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย)
- ยอมรับเมื่อถูกถามว่า “คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่”

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระดับประคับประคอง มีดังนี้:

- ผู้ป่วยหรือประวัติในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า
- มีความเครียดในการใช้ชีวิตอย่างต่อเนื่อง
- มีความสูญเสียหลายครั้ง/อย่าง
- ยังไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
- ขาดการช่วยเหลือทางสังคม
- มีประวัติใช้หรือติดสารเสพติด
- มะเร็งในบริเวณช่องปาก ดับอ่อน เต้านม และปอด (พบได้บ่อยกว่า)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อที่ทำให้การวินิจฉัยเป็นไปได้ยาก ดังนี้:

- ผู้ป่วย/ครอบครัวรู้สึกว่าคุณป่วยต้องมีจิตวิญญาณของนักสู้ เพื่อที่จะได้รับการรักษาตัวโรคอย่างถึงที่สุด หรือได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพให้ถึงที่สุด
- ประเมินได้ยากกว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาเริ่มต้นหรือเป็นผลกระทบจากผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่ไม่ดีเพียงพอ
- ความวิตกกังวลเรื่องการใช้จ่ายหลายชนิดและปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interactions)
- ภาวะทางกาย/ใจอื่นๆที่มีอาการคล้ายภาวะซึมเศร้า
 - ต้องแยกภาวะ hypoactive delirium ออกก่อน
 - ต้องแยกภาวะ hypothyroidism ออกก่อน
 - คัดกรองภาวะ dementia
 - ทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ (haloperidol ทำให้เคลื่อนไหวช้า ดูเซื่องซึมได้)
- การดูแลที่ซับซ้อน: มีแพทย์ดูแลหลายคนและการขาดความต่อเนื่องในการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน:

ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินหลายเครื่องมือ ในบริบทปฐมภูมิ PHQ-9 สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ดี The brief Edinburgh Depression Scale เหมาะสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในโรงพยาบาลนั้น มีใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่มักจะมุ่งเน้นไปเฉพาะอาการทางกาย ซึ่งอาจจะได้ประโยชน์น้อยในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การจัดการอาการ (Management)

การจัดการทั่วไป

- ในภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย การดูแลทางจิตใจสามารถทำให้อาการดีขึ้นได้พอๆ กับการรับประทานยา
- การควบคุมจัดการอาการปวดให้ดี ช่วยให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้อย่างชัดเจน
- ความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) อาจเป็นส่วนหนึ่งของภาวะซึมเศร้า หรือแยกจากกันก็ได้
- พิจารณาให้การบำบัดจิตใจ หรือใช้ความคิดพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioral therapy)
- ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง และ/หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายพบได้น้อย แต่ถ้าพบแล้วให้รีบส่งต่อให้จิตแพทย์ประเมินอาการต่อ

การรักษาด้วยยา (Medication)

- ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant) กลุ่มใหม่ได้ประสิทธิภาพดีกว่ากลุ่มเดิม
- ให้ใช้ยา antidepressant ตัวปัจจุบันหรือตัวที่เคยใช้แล้วได้ผล หากไม่มีข้อห้าม (ไม่ต้องเปลี่ยนใช้ยากกลุ่มใหม่)
- พิจารณาผลข้างเคียงของยา และโรคร่วมของผู้ป่วย ตรวจสอบ drug interactions
- ควรแจ้งโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยาจากการเลือกใช้ยา

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)

SSRIs เป็นยาที่ผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงได้ดี และมีความปลอดภัยเมื่อยาเกินขนาดมากกว่า ยากลุ่ม antidepressant อื่นๆ และมักจะถูกเลือกใช้เป็นยากกลุ่มแรก Sertraline: เป็นยา SSRI ที่ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องโรคหัวใจ Citalopram/escitalopram: มีในรูปแบบยาเม็ดและยาน้ำ ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่กระสับกระส่าย วุ่นวาย กังวล ซึมเศร้า และค่อนข้างปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะชัก มีโอกาสเกิด QTc prolongation และปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interactions) Fluoxetine: ออกฤทธิ์ยาว มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการถอนยา (withdrawal effects) ต่ำ มี drug interactions ได้มาก จึงไม่เหมาะในการนำ

มาใช้ในผู้ป่วยประคับประคอง ผลข้างเคียงของยา ดังนี้:

- คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องเสีย
- มีความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกในทางเดินอาหาร- ควรหลีกเลี่ยง หรือใช้ด้วยความระมัดระวัง ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการอักเสบ (non-steroidal anti-inflammatory: NSAIDs) ยา aspirin
- นอนไม่หลับ เหงื่อออก เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
- ฝันร้าย กระสับกระส่าย โซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia)

Mirtazapine

- มีทั้งแบบเม็ดและแบบเม็ดละลายน้ำ
- กระตุ้นความอยากอาหารและทำให้ง่วง โดยเฉพาะเมื่อได้ยาในขนาดต่ำ
- ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ดี

Tricyclic antidepressants (ภายใต้คำแนะนำของแพทย์เฉพาะทาง)

- amitriptyline: สามารถใช้รักษาอาการปวดจากระบบประสาทได้ด้วย ผลข้างเคียงของยา ดังนี้:
 - ควรหลีกเลี่ยงหากผู้ป่วยมีโรคหัวใจหรือมีความเสี่ยงที่จะชัก
 - ปากแห้ง คอแห้ง ความดันโลหิตต่ำ อาจสับสนบางครั้ง
 - สามารถใช้ยากลายกึ่งวล ยาระงับประสาทร่วมด้วยได้ (sedative/anxiolytic)

ข้อควรปฏิบัติ

การใช้ antidepressants ควรลดยาลงครึ่งละน้อยเมื่อสามารถลดยาได้

อ้างอิง

- British National Formulary 64. 2012. London: BMJ Group & Pharmaceutical Press.
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T. and Furukawa Toshi, A. 2008. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005537.pub2/abstract>. [Accessed 10 December 2013].
- Ashley, C., Currie, A., (Editors), 2009. The Renal Drug Handbook. 3rd ed. Oxford: Radcliffe Publishing.
- International Association for Hospice and Palliative Care. 2008. The IAHPC Manual of Palliative Care [Online]. Available: <http://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf> [Accessed 10 December 2013].
- Lloyd-Williams, M. 2002. Diagnosis and treatment of depression in palliative care. European Journal of Palliative Care, 9(5), pp. 186-8.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2009. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults [Online]. Available: <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-cg90> [Accessed 10 December 2013].
- Palliative Care Guidelines Plus. 2011. Depression [Online]. Available: <http://book.pallcare.info/index.php?tid=49>. [Accessed 10 December 2013].
- Qaseem, A., Snow, V., Shekelle, P., Casey, D. E., Jr., Cross, J. T., Jr., Owens, D. K., Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College Of, P., Dallas, P., Dolan, N. C., Forciea, M. A., Halasyamani, L., Hopkins, R. H., Jr. and Shekelle, P. 2008. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine, 148(2), pp. 141-6.
- Rayner, L., Higginson, I., Price, A., Hotopf, M.,. 2010. The management of depression in palliative care: European clinical guidelines. [Online]. Available: http://www.epcrc.org/publication_listfiles.php?id=B37xKfhn62SbYlFIbSd [Accessed 10 December 2013].
- Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M. and Higginson, I. J. 2011a. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. Palliative Medicine, 25(1), pp. 36-51.
- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M. and Higginson, I. J. 2011b. The development of

evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*, 47(5), pp. 702-12.

Rayner, L., Price, A., Hotopf, M. and Higginson, I. J. 2011c. Expert opinion on detecting and treating depression in palliative care: A Delphi study. *BMC Palliative Care*, 10(10).

Twycross, R., Wilcock, A., (Editors), 2011. *Palliative Care Formulary*. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

Vodermaier, A. and Millman, R. D. 2011. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), pp. 1899-1908.

Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I. J., Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S. and Loge, J.H. 2009. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 23(8), pp. 739-753.

2.9 ท้องเสีย

(Diarrhea)

บทนำ

ท้องเสีย (diarrhea) คือ การถ่ายอุจจาระที่บ่อย เหลว กลิ่นลำบาก อาจใช้คำจำกัดความว่า การถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งในช่วง 24 ชั่วโมง

ในส่วนของผู้ป่วยอาจหมายถึง ถ่ายเป็นน้ำเพียงครั้งเดียว ถ่ายบ่อยครั้งแต่ไม่เหลว (ปกติ, แข็ง) เพราะฉะนั้นต้องระวังการแปลผลข้อมูลจากผู้ป่วย ท้องเสียอาจทำให้เครียด หงุดหงิด ไม่สุขสบายต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล และทำให้รู้สึกอับอาย ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี อารมณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างกันได้

ท้องเสียมีสาเหตุจาก

- ยา เช่น ยาระบาย ยาลดกรด ยาฆ่าเชื้อ ยาแก้ปวด (NSAIDs) ยาเคมีบำบัด ยาบำรุงธาตุเหล็ก ยาน้ำเชื่อม
- การฉายรังสีรักษา โดยเฉพาะบริเวณท้องและอุ้งเชิงกราน
- อุจจาระแข็งอุดตัน (fecal impact) ทำให้เกิดท้องเสียแบบ overflow ได้
- ลำไส้อุดตัน: อุจจาระแข็งอุดตันแบบรุนแรง (malignant faecal impaction) ท้องผูกอย่างรุนแรงจากการใช้ยา opioids (narcotic bowel syndrome)
- การดูดซึมของลำไส้ผิดปกติ (malabsorption)
- มะเร็งตับอ่อน มะเร็งของเซลล์ islet (pancreatic islet cell tumor) และ มะเร็ง carcinoid (carcinoid tumor)
- มีโรคประจำตัวร่วม เช่น เบาหวาน ไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroidism) ตับอ่อนทำงานผิดปกติ (pancreatic insufficiency) โรคลำไส้อักเสบ เช่น Crohn's disease, ulcerative colitis และ ติดเชื้อในทางเดินอาหาร
- อาหาร เช่น รำข้าว ผลไม้ อาหารรสเผ็ด สุรา

การประเมิน

ต้องซักประวัติอย่างละเอียดในหัวข้อ:

- ความถี่ของการขับถ่าย
- ลักษณะการขับถ่ายปกติของผู้ป่วย เช่น สี ความอ่อนแข็ง มีมูกหรือเลือดปน

ระยะเวลาของความผิดปกติ

- ยาปัจจุบันและยาที่เคยใช้ในช่วงที่ผ่านมา เช่น ยาระบาย ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย การเดินทางไปต่างประเทศในช่วงที่ผ่านมา
- การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจเพิ่มเติม
- ต้องแยกภาวะอุจจาระแข็งอุดตันและลำไส้อุดตันออกก่อน: โดยตรวจทางทวารหนัก คลำหน้าท้อง การส่งตรวจ x-ray ช่องท้อง อาจจำเป็นในการยืนยันการอุดตันดังกล่าว
- หากท้องเสียเป็นน้ำเป็นเวลานานร่วมกับมีอาการไม่สบายทางกายอื่นๆ อาจบ่งชี้สาเหตุว่ามีการติดเชื้อ ควรส่งตรวจเพิ่มเติม

การจัดการ

การจัดการทั่วไป

- ทดแทนสารน้ำที่ผู้ป่วยเสียไปตามความจำเป็น โดยการรับประทาน
- ดื่มน้ำเปล่าใส (clear fluids) และรับประทานคาร์โบไฮเดรตย่อยง่าย เช่น ขนมปัง ขนมปังกรอบ (cracker)
- ให้หลีกเลี่ยงการดื่มนม ในรายที่ท้องเสียจากการติดเชื้อไวรัส เนื่องจากการติดเชื้ออาจทำให้ย่อยอาหารที่มีแลคโตส (lactose) มากได้ยาก เช่น นม ความไวต่อผลิตภัณฑ์ที่มาจากนมจะอยู่ช่วงเวลาหนึ่งภายหลังจากการติดเชื้อหายไป
- ภายหลังหายจากอาการท้องเสียให้เพิ่มอาหารโปรตีนครึ่งช้อนน้อยแล้วจึงเพิ่มอาหารที่มีไขมัน

การจัดการแบบเฉพาะเจาะจง

การรักษา/กำจัดการสาเหตุ	
สาเหตุเกิดจากยา	หยุดยา หยุดยา ตรวจอุจจาระหา Clostridium Difficile หยุดและเปลี่ยนใช้ยาตัวอื่น
ยาระบาย	
Proton pump inhibitors (PPIs) and antacids	
Antibiotics	
NSAID	

ยาเคมีบำบัด	ขอคำปรึกษากับแพทย์มะเร็งวิทยา
ผลจากรังสีรักษา	ทำตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยฉายแสง
อุจจาระแข็งแน่น	ให้ยาระบาย ล้างอุจจาระ ดูตามแนวทางการดูแลท้องผูก
ลำไส้อุดตัน	ดูตามแนวทางการดูแลภาวะลำไส้อุดตัน
ถ่ายเป็นไขมัน (steatorrhea)/ การดูดซึมไขมันผิดปกติ	ให้เอนไซม์ช่วยย่อย +/- PPI (ลดการทำลายเอนไซม์จากกรดในกระเพาะ)
ติดเชื้	ตรวจอุจจาระ ส่งเพาะเชื้อ ให้ยาฆ่าเชื้อตามผลเพาะเชื้อ
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะ ลำไส้, bile salt diarrhea	ให้ยา Cholestyramine
Carcinoid tumor	ให้ยา Octreotide
มีโรคประจำตัวร่วม เช่น เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง	ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในโรคนั้นๆ
อาหาร	ทบทวนอาหาร การให้อาหารทางสายยางที่กระเพาะ อาจทำให้เกิดท้องเสียได้ ปรึกษานักโภชนาการ

การรักษา

ยาที่แนะนำ

- Loperamide 2 มก. รับประทานหลังมีท้องเสียแต่ละครั้ง ขนาดยาสูงสุด 16 มก./วัน
- หากยังคุมอาการไม่ได้ ให้ยา Loperamide 2 มก. รับประทาน 4 ครั้ง/วัน
- สามารถเพิ่มขนาดยาเป็น 4 มก. รับประทาน 4 ครั้ง/วัน ได้ตามอาการ
- ให้ร่วมกับ codeine 30 มก. รับประทาน 4 ครั้ง/วัน ถ้ายังคุมอาการไม่ได้
- หากยังไม่ได้ผลให้ขอคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ยาที่แนะนำในผู้ป่วยที่ได้อายา opioid

- แยกภาวะ overflow diarrhea ที่เกิดจากท้องผูกจากยา opioid
- พิจารณาเปลี่ยน MST เป็น MO-IR เพื่อเพิ่มการดูดซึม หรือเปลี่ยนไปให้ยาทาง

ได้ผิวหนัง

- หากยังคุมอาการไม่ได้ให้ Loperamide 2 มก. รับประทานหลังจากมีท้องเสียในแต่ละครั้ง
- หากยังคุมอาการไม่ได้ให้ Loperamide 2 มก. รับประทาน วันละ 4 ครั้ง
- สามารถเพิ่มขนาดยาเป็น 4 มก.รับประทาน 4 ครั้ง/วัน ได้ตามอาการ
- หากยังไม่ได้ผลให้ขอคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ข้อควรพิจารณา

- ถ้าท้องเสียที่รุนแรง เพื่อป้องกันการรบกวนการดูดซึมยาจากการรับประทาน อาจพิจารณาให้ยาทางใต้ผิวหนัง
- ท้องเสียที่เป็นนาน สามารถทำให้ขาดวิตามิน หรือเกลือแร่ได้ อาจพิจารณาให้สารเหล่านั้นทดแทน เช่น โซเดียม โพแทสเซียม แมกนีเซียม สังกะสี
- กลูโคส (glucose) สามารถดูดซึมได้ง่าย สามารถให้เครื่องดื่มกลูโคสหรือเกลือแร่ได้
- แบคทีเรียเติบโตมากเกินไป (bacterial overgrowth) ทำให้เกิดท้องเสียได้ แม้ว่าผลเพาะเชื้อจะไม่พบ โดยเฉพาะภายหลังการผ่าตัด ileo-colic หรือ การผ่าตัดที่ทำให้ลำไส้เกิดเป็น blind loops เป็น bowel stasis ควรพิจารณาให้ยา metronidazole
- อาจลองให้ methylcellulose เพื่อทำให้อุจจาระเป็นก้อนมากขึ้น (ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ)
- Octreotide สามารถลดปริมาณน้ำในอุจจาระหลังการผ่าตัด ileostomy หรือ colectomy และใช้ใน carcinoid syndrome โรค graft versus host มะเร็งชนิดอื่นและท้องเสียจากโรคเอดส์ สามารถให้ยาทางใต้ผิวหนังได้ (ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ)
- การติดเชื้อทำให้ท้องเสียแบบ secretory diarrhea ได้ รักษาโดยรับประทาน nystatin

ผู้ป่วย HIV หรือ AIDS

ผู้ป่วย HIV หรือ AIDS มักมีปัญหาท้องเสียบ่อยครั้ง และมักจะเกิดจากการติดเชื้อ แต่การวินิจฉัย การแยกเชื้อ และการรักษาจะซับซ้อน ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

ข้อควรปฏิบัติ

ข้อแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล

- การอธิบายเรื่องท้องผูกแล้วทำให้เกิด overflow diarrhea และรักษาโดยการให้ยาระบาย เป็นเรื่องที่น่าเข้าใจได้ยาก ให้อธิบายด้วยความระมัดระวัง
- แนะนำการดูแลผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก เช่น
 - เช็ดทำความสะอาดด้วยกระดาษชำระเปียก หรือ ลำลี
 - หลีกเลี่ยงกระดาษชำระที่มีแอลกอฮอล์ผสม
 - ล้างบริเวณที่สัมผัสกับอุจจาระด้วยฝักบัวหรือผ้านุ่มๆ ที่ใช้แล้วทิ้งร่วมกับสบู่ที่ไม่มีน้ำหอมเป็นส่วนผสมก่อน แล้วจึงเช็ดให้แห้ง
 - ทาครีมหรือผลิตภัณฑ์ที่เป็นแผ่นฟิล์มกันผิวหนังถูกอุจจาระ
 - ใช้กางเกงผ้าฝ้าย (cotton) และหลีกเลี่ยงเสื้อผ้าที่รัดแน่นเกินไป

อ้างอิง

- Beckwith, M. C. and Lipman, A. G. 1999. Diarrhea in palliative care patients. *Journal of Pharmaceutical Care in Pain and Symptom Control*, 7(4), pp. 91-108.
- Cherny, N. I. 2008. Evaluation and Management of Treatment-Related Diarrhea in Patients with Advanced Cancer: A Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(4), pp. 413-423.
- Kornblau, S., Benson, I. a. B., Catalano, R., Champlin, R. E., Engelking, C., Field, M., Ippoliti, C., Lazarus, H.M., Mitchell, E., Rubin, J., Stiff, P. J., Vokes, E. and Wadler, S. 2000. Management of cancer treatmentrelated diarrhea: Issues and therapeutic strategies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), pp. 118-129.
- Mercadante, S. 1995. Diarrhea in terminally ill patients: Pathophysiology and treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(4), pp. 298-309.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2007. Faecal incontinence: The management of faecal incontinence in adults [Online]. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11012/30548/30548.pdf> [Accessed 10 December 2013].
- Palliative Care Guidelines Plus. 2011. Diarrhoea [Online]. Available: <http://book.pallcare.info/index.php?tid=7> [Accessed 10 December 2013].
- Sykes, N. 2010. Constipation and diarrhoea. In: Hanks, G., Cherny, N., Christakis, N., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R., ed. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Sykes, N. P. 1996. A volunteer model for the comparison of laxatives in opioid-related constipation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(6), pp. 363-369.
- Sykes, N. P., Ripamonti, C., Bruera, E., Et Al. 2006. Constipation, diarrhoea and intestinal obstruction. . In: Fallon, M. T., Hanks, G.W.C., ed. *ABC of Palliative Care*. 2nd ed. London BMJ Books.

2.10 อาการชัก

(Seizures)



บทนำ

อาการชัก (ชักทั้งตัวหรือบางส่วน) เกิดขึ้นได้ร้อยละ 10 ถึง 15 ของผู้ป่วยระดับประคอง ส่วนใหญ่เกิดจากมะเร็งสมอง หรือ มะเร็งแพร่กระจายมาที่สมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก หรือเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ เช่น hyponatremia, hypercalcemia, uremia เป็นต้น

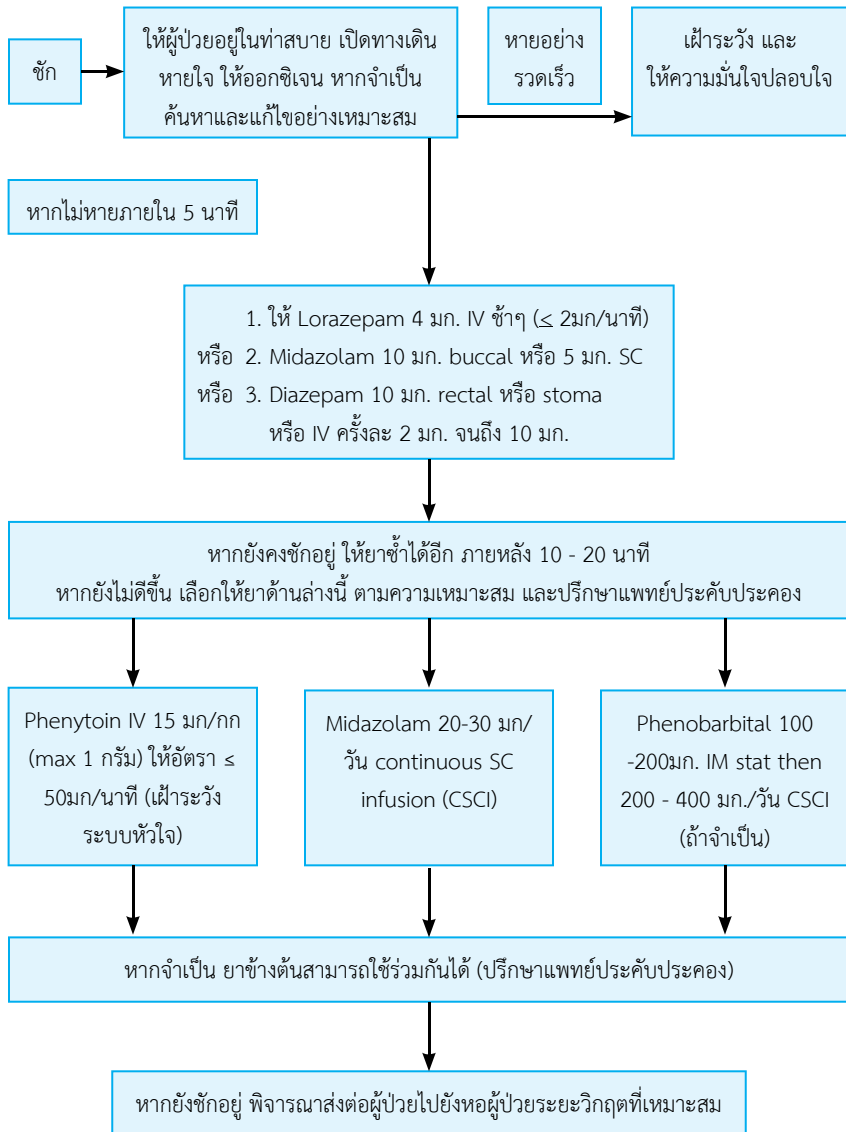
การวางแผนดูแลอาการล่วงหน้า (advance care plan) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะชัก และช่วยหลีกเลี่ยงการเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

การประเมิน

- ต้องแยกสาเหตุอื่นที่ทำให้หมดสติ หรือ การเคลื่อนไหวร่างกายหรือใบหน้าที่ผิดปกติ (เช่น การเกิด vasovagal (ทำให้เป็นลม) ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนแปลงท่าทาง (postural hypotension) หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลข้างเคียงจากยากลุ่ม dopamine antagonists ทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ (extrapyramidal side effects) และแอลกอฮอล์ เป็นต้น)
- ค้นหาความเสี่ยงหรือประวัติการชักก่อนหน้านี้ เช่น ประวัติโรคลมชัก การชักที่มาจากสาเหตุอื่นหรือโรคทางสมอง
- ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถไต่ถามกันชักได้หรือไม่ เช่น ไม่สามารถรับประทานยาได้ หรือมีปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interactions) เช่น ยา corticosteroids ลดผลการรักษาของยา carbamazepine, phenytoin - ตรวจสอบจาก British National Formulary (BNF)

การจัดการ

ชักแบบเฉียบพลัน



ชักแบบรื้อรัง

- ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ชักจากความผิดปกติในสมองจะได้ประโยชน์จากการรักษา ภายหลังการชักครั้งแรก
- จากแนวทางการรักษาของ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) หรือ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) แนะนำให้ตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างยา (BNF) การเลือกใช้ยากันชัก ขึ้นกับ ชนิดของการชัก ความเสี่ยงที่จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา โรคร่วม และการใช้ยากันชักแบบพื้นฐาน
 - ชักบางส่วน หรือ ชักทั้งตัวโดยเริ่มจากชักบางส่วน (Partial or secondary generalized) เลือกใช้ยา sodium valproate, carbamazepine หรือ lamotrigine สำหรับ levetiracetam (keppra®) สามารถใช้ได้ หากยา first-line ใช้ไม่ได้ผล หรือ ไม่เหมาะสม
 - ชักแบบเริ่มชักทั้งตัว (Primary generalized) (พบได้น้อยในผู้ป่วยประคับประคอง) เลือกใช้ยา sodium valproate หรือ lamotrigine
- ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตไม่สามารถรับประทานยาได้ ไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักเพิ่มอีก เนื่องจากยากันชักมีค่าครึ่งชีวิตที่ยาว สำหรับยาทางเลือกมีดังนี้:
 - midazolam 10 มก. ทางเยื่อบุกระพุ้งแก้ม (buccal) หรือ 5 มก. ทางใต้ผิวหนัง (subcutaneously: SC) หรือ diazepam แบบน้ำ 10 มก. เหน็บทวารหนัก
 - midazolam 20 - 30 มก. ทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องใน 24 ชม. สามารถใช้ได้สำหรับการคงระดับยา (maintenance)

ข้อควรปฏิบัติ

- นิยมใช้ lorazepam มากกว่า diazepam เนื่องจากสามารถคุมอาการชักได้ยาวนานกว่าและกดระบบหัวใจและการหายใจน้อยกว่า แต่อาจไม่มีในทุกรงพยาบาล
- midazolam ในรูปแบบฉีด สามารถนำมาให้ทางเยื่อบุกระพุ้งแก้มได้ และช่วยดำรงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยได้มากกว่าใช้ยา diazepam เหน็บทวารหนัก
- สำหรับผู้ป่วยที่มีมะเร็งในสมอง ส่วนใหญ่การชักครั้งแรกมักจะไม่ได้รับการ

รักษา เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานยืนยันประโยชน์ของการให้ยากันชัก เพื่อป้องกันในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยชักมาก่อน

- พิจารณาให้ยา corticosteroid ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งสมองและมีอาการชัก โดย ทบทวนขนาดของยาที่ผู้ป่วยเคยใช้
- ยา levetiracetam และ lamotrigine ไม่มีผลกระตุ้นเอนไซม์ CYP อย่างมี นัยสำคัญรวมถึงมีปฏิกิริยากับยาชนิดอื่นน้อย เช่น ยาเคมีบำบัด เป็นต้น เฝ้าระวังยาที่ทำให้ระดับต้านทาน (threshold) ของอาการชักลดลง เช่น haloperidol หรือ levomepromazine โดยให้ทบทวนถึงความจำเป็น และ ขนาดยา ถ้ายาเหล่านี้เป็นสาเหตุของการชักในผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยและญาติ

- อาการชักเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลและตอบ คำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวกังวล เป็นสิ่งจำเป็น เช่น การจัดการอาการหาก มีการชักครั้งต่อไป การจัดการอาการชักหากผู้ป่วยรับประทานยากันชักไม่ได้ จะจัดการอาการอย่างไร
- เป็นเรื่องสำคัญในการย้ำเตือนผู้ป่วยว่ายากันชักต้องใช้ตลอดชีวิต และมีนัย สำคัญที่เกี่ยวกับการขับถ่ายหลังการชัก จึงไม่ควรขับชีพาหนะ

อ้างอิง

British National Formulary. 2014. List of drug interactions [Online]. Available: <http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/PHP8852-list-of-drug-interactions.htm> [Accessed 2014 Jan 29].

Fraser Health. 2006. Hospice palliative care program symptom guidelines: twitching/myoclonus/seizures [Online]. Available: <http://www.fraserhealth.ca/media/19FHSymptomGuidelinesMyoclonus.pdf> [Accessed 2014 Jan 29].

Kerrigan, S. and Grant, R. 2011. Antiepileptic drugs for treating seizures in adults with brain tumours. Cochrane Database of Systematic Reviews [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008586.pub2/abstract>.

Mcmullan, J., Sasson, C., Pancioli, A. and Silbergleit, R. 2010. Midazolam versus diazepam for the treatment of status epilepticus in children and young adults: a

meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 17(6), pp. 575-82.

Meierkord, H., Boon, P., Engelsens, B., Gocke, K., Shorvon, S., Tinuper, P., Holtkamp, M. and European Federation of Neurological, S. 2010. EFNS guideline on the management of status epilepticus in adults. *European Journal of Neurology*, 17(3), pp. 348-55.

National Institute for Health and Care Excellence. 2012. The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care [Online]. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13635/57779/57779.pdf> [Accessed 2014 Jan 29].

NHS Scotland. 2014. Scottish Medicines Consortium [Online]. Available: <http://www.scottishmedicines.org/Home> [Accessed 2014 Jan 29].

Palliative Care Guidelines Plus. 2011. Convulsions & Seizures [Online]. Available: <http://book.pallcare.info/index.php?tid=53> [Accessed 2014 Jan 29].

Prasad, K., Al-Roomi, K., Krishnan Pudukode, R. and Sequeira, R. 2005. Anticonvulsant therapy for status epilepticus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003723.pub2/abstract>.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2003. Diagnosis and Management of Epilepsy in Adults: A national clinical guideline [Online]. Available: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign70.pdf> [Accessed 2014 Jan 29].

Twycross, R. and Wilcock, A. 2011. *Palliative Care Formulary (PCF4)* 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

2.11 ឥត

(Hiccups)



บทนำ

อาการสะอึกที่มีอาการมากกว่า 48 ชั่วโมงนั้นพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลาม อาการสะอึกทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วย

การศึกษาวิจัยในปัจจุบัน ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปแนวทางการรักษาได้อย่างชัดเจน อาการสะอึกที่รักษาไม่หายและมีอาการต่อเนื่องอยู่นั้น ในปัจจุบันการรักษาจะขึ้นกับความประสงค์ของผู้ป่วยและแพทย์ จนกว่าจะมีการวิจัยชนิดสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) ที่แสดงผลเปรียบเทียบออกมาอย่างชัดเจน การรักษาด้วยยาควรจะต้องอธิบายถึงโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงและความเสี่ยงของการใช้าร่วมด้วยเสมอ

การประเมิน

- ประเมินอย่างรอบคอบเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ
- ประเมินความรุนแรง ระยะเวลาที่มีอาการ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- สาเหตุที่เป็นไปได้ ได้แก่:
 - กระเพาะไม่ทำงาน บวมโต (gastric stasis and distension) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด
 - โรคกรดไหลย้อน (gastro esophageal reflux)
 - ภาวะ metabolic disturbances (เช่น uremia, hypercalcemia, hypomagnesemia)
 - ภาวะติดเชื้
 - กะบังลม หรือ เส้นประสาท phrenic (phrenic nerve) ถูกรบกวน
 - โรคตับ/ตับโต
 - สาเหตุจากสมอง (เช่น มะเร็งสมอง มะเร็งแพร่กระจายมาที่สมอง)
- phrenic nerve บาดเจ็บ (ตามทางเดินของเส้นประสาทจากกะโหลกถึงกะบังลม) เช่น ติดเชื้อไวรัสสูงสวัด ถูกกดจากก้อนมะเร็งในช่องอก

การจัดการอาการ

- รักษาตามสาเหตุที่แก้ได้
- อาการสะอึกมักจะหายได้เอง จะให้การรักษามืออาการสะอึกคงอยู่เป็นเวลานาน
- ทดลองใช้วิธีการเทคนิคต่างๆอย่างง่ายที่เคยใช้รักษาอาการสะอึกที่เคยได้ผลมาก่อน

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา

สามารถใช้เทคนิควิธีการอย่างง่ายที่ได้ผล ได้แก่:

- จิบน้ำเย็น หรือ กลืนน้ำแข็งบด
- หายใจในถุงกระดาษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะหอบหายใจเร็ว (hyperventilation)
- กลืนหายใจ
- ดื่มน้ำจากขอบแก้วผั่งตรงข้ามกับผู้ดื่ม
- เชียบบริเวณเพดานอ่อนด้วยไม้พันสำลี เพื่อกระตุ้นบริเวณคอหอย (nasopharynx)

การฝังเข็มอาจใช้ได้ผลดี

การจัดการโดยใช้ยา

- ให้อาแก้ท้องอืด เช่น simethicone (Air-x) sodamint หรือยาที่มี peppermint เป็นส่วนประกอบ
- ยา antacid ที่ผสมยา simethicone เช่น maalox plus วันละ 4 เวลา Prokinetic: domperidone หรือ metoclopramide 10mg รับประทาน ทุก 8 ชม.
- รักษาโรคกรดไหลย้อนด้วยยากลุ่ม proton pump inhibitor
- Dexamethasone 4 - 8 มก. รับประทาน ในตอนเช้า อาจช่วยการกดเบียดหรือการระคายเคืองในผู้ป่วยที่มีโรคหรือมะเร็งที่ตับ สมอง หรือในช่องอก หากไม่ได้ผลหลังจากให้ยา 1 สัปดาห์ให้หยุดยา
- รายการยาทางเลือกด้านล่างนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนใช้

- Haloperidol ขนาด 0.5 - 1 มก. รับประทาน เมื่อมีอาการทุก 8 ชม. และขนาดยา maintenance 1 - 3 มก. รับประทานก่อนนอน
- baclofen ขนาด 5 - 20 มก. รับประทาน เมื่อมีอาการทุก 8 ชม. (หลีกเลี่ยงการหยุดยากะทันหัน)
- levomepromazine ขนาด 3 - 6 มก. รับประทานก่อนนอน (ปัจจุบันนำมาใช้เป็นยาทางเลือกของ chlorpromazine; หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ)
- nifedipine ขนาด 5 - 20 มก. รับประทาน เมื่อมีอาการทุก 8 ชม. (หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ)

ข้อควรปฏิบัติ

ยาขับลมที่ผสม peppermint และยา prokinetic เช่น metoclopramide ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เนื่องจากมีผลด้านการทำงานของหูรูดบริเวณหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (gastro-oesophageal sphincter)

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการอาการเบื้องต้น ในกรณีที่ยังมีอาการอยู่ ให้ทบทวนอาการและการรักษาภายหลังให้ยา 3 วัน หากอาการไม่ดีขึ้นหรือดีขึ้นเล็กน้อย อาจต้องเพิ่มขนาดหรือเปลี่ยนชนิดของยา

ถ้าควบคุมอาการสะอึกได้ยาก แนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์

ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าหากอาการสะอึกรบกวนการนอนของผู้ป่วย ควรติดต่อทีมบุคลากรแพทย์ที่ดูแล

แหล่งข้อมูล

ผู้เชี่ยวชาญ

NHS Choices. 2012. Hiccups (online). Available :

<http://www.nhs.uk/conditions/Hiccup/Pages/Introduction.aspx> [Accessed 2014 Sept 04]

ผู้ป่วย

NHS Inform. 2011. Hiccup [Online]. Available: <http://www.nhsinform.co.uk/healthlibrary/articles/h/hiccup/introduction> [Accessed 2014 Mar 07].

Macmillan Cancer Network. 2011. Control of less common cancer symptoms [Online]. Available:

<http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Livingwithandafter-cancer/Symptomssideeffects/Aboutsymptoms/Lesscommonsymptoms.aspx> [Accessed 2014 Mar 07].

NHS Choices. 2012. Hiccups (online). Available :

<http://www.nhs.uk/conditions/Hiccup/Pages/Introduction.aspx> [Accessed 2014 Sept 04]

อ้างอิง

Methal, N., Kelt, S. and Jordan, J. 2012. Interventions for the management of persistent and intractable hiccups in adults – a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(Suppl 1), pp. A49-A50.

Twycross R and Wilcock A. 2011. *Palliative Care Formulary (PCF4)*. 4th ed. Nottingham; Palliativedrugs.com Ltd.

2.12 คลื่นไส้และอาเจียน

(Nausea and vomiting)



บทนำ

การจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นสิ่งที่ซับซ้อน แม้จะมีแนวทางการรักษาตีพิมพ์ออกมามากมาย แต่ล้วนแล้วเป็นเพียงทางทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกการเกิดคลื่นไส้อาเจียนเท่านั้น หลักฐานทางคลินิกที่จะนำมาสนับสนุนการปฏิบัติงานนั้นมีน้อยมาก

การคลื่นไส้และการอาเจียนนั้นเป็นเรื่องที่ต่างกันอย่างชัดเจน หลักการคือเป็นกระบวนการที่ป้องกันไม่ให้ร่างกายต้องได้รับสารพิษ อย่างไรก็ตามปัจจัยกระตุ้นที่เกิดจากทางกาย (เช่น การรบกวนการทรงตัว (vestibular upset)) และทางจิตใจ (เช่น ความกลัว ความคาดหวัง) ก็สามารถทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน หรือทั้งสองอาการได้ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ ทำให้เกิดความคิดกระบวนการดูแลเหมือนกับกระบวนการดูแลการปวด คือการใช้หลักการของ “total nausea”

ยาแก้อาเจียนเป็นยาหลักที่ใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้ ดังนั้นจึงไม่เหมาะสมที่จะใช้รักษาในทุกๆครั้งที่มีการอาเจียน เนื่องจากยาแก้อาเจียนสามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้ เช่น ยา hyoscine hydrobromide ทำให้ง่วงซึม กระสับกระส่ายหรือสับสนได้ และยากลุ่ม anti-dopaminergic ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรค parkinsons นอกจากการดูแลอาการคลื่นไส้และอาเจียน ผลกระทบจากอาการเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมักจะควบคุมอาการอื่นๆได้ยากลำบากตามไปด้วย ผู้ป่วยมักรับประทานอาหารและน้ำลดลง ทำให้เกิดน้ำหนัลด อ่อนล้าตามมา ภาวะ dehydration และ hypokalemia เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และส่งผลให้อาการข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้นได้ เช่น ยา NSAID, angiotensin-converting enzyme และยาขับปัสสาวะ ซึ่งอาจต้องหยุดยาเหล่านี้ไปจนกว่าจะควบคุมอาการอาเจียนได้

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียนนั้นส่งผลต่อครอบครัวและผู้ดูแลอย่างมาก ดังนั้นนอกเหนือจากการดูแลอาการด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณด้วย

การย้อนสำรอก (regurgitation)

การอุดตันของหลอดอาหารทำให้เกิดการย้อนอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการอาเจียนได้ ผู้รักษาคงต้องแยกสองอย่างนี้ออกจากกัน เพื่อจะได้ไม่ล่าช้าในการส่งผู้ป่วยไปส่องกล้องทางเดินอาหาร (endoscopic intervention) อาการย้อนจะไม่ดีขึ้นด้วยยาแก้อาเจียน แต่อาการคลื่นไส้จะดีขึ้นได้ด้วยยาที่เหมาะสม

การประเมิน

- ประวัติ - แยกซักประวัติระหว่างอาการคลื่นไส้ และการอาเจียน
 - สิ่งกระตุ้น ปริมาณ ความถี่ ลักษณะเวลามีอาการ
 - สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น หรือ แย่ลง รวมถึงประสบการณ์จากการใช้ยาแต่ละชนิด ยาเมื่อให้ร่วมกันหลายชนิด และวิธีการให้ยา
 - การขับถ่าย ท้องผูก ท้องเสีย
 - ยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน
- การตรวจร่างกาย:
 - ตรวจหาลักษณะของภาวะ dehydration, sepsis และ drug toxicity
 - ตรวจระบบประสาทส่วนกลาง
 - ตรวจท้อง เช่น organomegaly, bowel sounds, splashing sound
- ตรวจเลือด:
 - BUN, Cr, electrolytes
 - liver function tests
 - calcium
 - blood glucose
- ตรวจปัสสาวะคัดกรองการติดเชื้อ

การจัดการ

- แก่สาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ไตวาย แคลเซียมในเลือดสูง ท้องผูก
- พิจารณาใช้การจัดการแบบไม่ใช้ยาก่อน (non-pharmacological)
- เลือกยาแก้อาเจียนที่เหมาะสมตามสาเหตุ
- การใช้ยาแก้อาเจียนร่วมกันหลายชนิด อาจเหมาะสมในบางกรณี

- ยาแก้อาเจียนที่ออกฤทธิ์กว้าง (broad spectrum) อาจเหมาะสมในกรณีที่มีหลายสาเหตุปัจจัยร่วมกัน
- steroid และ/หรือ benzodiazepine อาจนำมาใช้ร่วมกับยาแก้อาเจียนได้
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกันระหว่างยา prokinetic (เช่น metoclopramide) พึงระวังการใช้ยาขนาดสูง เป็นเวลานาน ฝ้าระวง extrapyramidal side effects) และยา anticholinergic (เช่น cyclizine) หากจะใช้ควรขอคำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทาง
- พิจารณาวิธีการบริหารยา:
 - ทางปากอาจดูดซึมได้ลดลง และอาจไม่สามารถรับประทานได้เลยเนื่องจากคลื่นไส้อาเจียน
 - ทางกระพุ้งแก้ม หรือได้ลิ้นอาจใช้ได้ผลดี แต่อาจกระตุ้นให้เกิดคลื่นไส้อาเจียนได้ ในผู้ป่วยที่ความรู้สึกไว
 - ทางเส้นเลือด อาจลดความทรมานในการกลืนยาได้ ซึ่งอาจลดคลื่นไส้ได้

การจัดการโดยไม่ใช้ยา

การจ่ายยาแก้อาเจียนไม่สามารถทดแทนการดูแลจัดการแบบไม่ใช้ยาได้ จำเป็นต้องแก้สาเหตุที่แก้ไขได้และใส่ใจเรื่องการดูแลช่องปาก ความสะอาดเป็นสิ่งที่สำคัญ (มักมีผลกับรสชาติและผ้าขาวในปาก) ระบบขับถ่าย ท้องผูกมักสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ การจัดการรวมถึง:

- ทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่ให้ทานบ่อยๆ
- หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารและกลิ่นอาหาร
- อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่วุ่นวาย
- การกดจุด หรือใช้สายรัดข้อมือกดจุด (เช่น Seaband®)
- การฝังเข็ม
- การจัดการด้านจิตใจ

การจัดการด้วยยา

สาเหตุ	กลุ่มยา
ถูกสารพิษ หรือ metabolic/biochemical ผิดปกติ (อ่านต่อใน flow chart)	Dopamine receptor antagonist (เช่น haloperidol, levomepromazine หรือ prochlorperazine)
Motility disorders (รวมถึงผลจากยา และ paraneoplastic gastroparesis)	Prokinetic (เช่น metoclopramide - พึงระวังการใช้ยาขนาดสูง เป็นเวลานาน เฝ้าระวัง extrapyramidal side effects หรือ domperidone)
พยาธิสภาพในศีรษะ เช่น ความดันในโพรงกะโหลกสูง vestibular dysfunction, motion disorders	Anticholinergic หรือ antihistamine (cyclizine หรือ hyoscine hydrobromide), steroid, levomepromazine หรือ prochlorperazine
มีการระคายเคืองกระเพาะ หลอดอาหาร	ยาฆ่าเชื้อรา /ไวรัส ยาลดกรด/สะเทินกรด
มีหลายปัจจัยร่วมกัน /สาเหตุไม่แน่ชัด /รักษาแล้วเป็นๆหายๆ รวมถึงสาเหตุจากระบบสมอง (เช่น ปวด, กลัว, วิตกกังวล)	ใช้ยาแก้ปวดที่เหมาะสมหากทราบสาเหตุ และพิจารณาเพิ่มยา benzodiazepine, Levomepromazine

* คลื่นไส้อาเจียนจากการรับยาเคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา ให้ปฏิบัติตามแนวทางรักษาของแพทย์มะเร็งวิทยา

ถูกสารพิษ หรือ metabolic/biochemical ผิดปกติ (กระตุ้นที่ chemoreceptor trigger zone (CTZ))

ลักษณะอาการ

- อาเจียนต่อเนื่องรุนแรง
- หลังอาเจียนหรือขย้อน ตื่นเพียงเล็กน้อย



การรักษา

- รักษา metabolic imbalances
- Dopamine antagonist เช่น haloperidol 0.5 - 1.5 มก. oral หรือ 0.5 - 1 มก. SC OD (เริ่มด้วยขนาดต่ำในผู้ป่วย ไตวาย แก่ และ เปราะบาง) หรือ metoclopramide 10 มก. qid oral หรือ SC
- Levomepromazine 2.5 - 5 มก. SC q12 ชม. หรือ 5 - 15 มก. SC ใน 24 ชม. พิจารณาเปลี่ยนเป็นยารับประทานเมื่ออาการดีขึ้น
- ผลจากเคมีบำบัด - 5HT3 เช่น Ondansetron 4 มก. oral (หรือ SC) bid



สาเหตุ

- สารเคมีกระตุ้นที่ CTZ

โดย

- ยา รวมถึงยาเคมีบำบัด และยา opioids สุรา ส่วนประกอบในยาน้ำเชื่อม ยาฆ่าเชื้อ ยากันชัก NSAIDs antidepressants digoxin/ยาโรคหัวใจ
- carcinomatosis/chronic inflammation (จาก cytokine กระตุ้น)
- metabolic เช่น uremia, hypercalcemia, hyponatremia, ketoacidosis, infection, Addison's disease, circulating toxins, hormone imbalance



หากอาการไม่ดีขึ้น ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การบีบตัวผิดปกติ

ลักษณะอาการ

- อาเจียนปริมาณมากเป็นๆหายๆ หลังอาเจียนอาการมักดีขึ้นชั่วคราว
- อิ่มเร็ว มีการไหลย้อน สะอึก
- มักมีอาการคลื่นไส้เล็กน้อยก่อนการอาเจียนไม่นาน



สาเหตุ

- กระเพาะไม่บีบตัว (gastric stasis)
- gastric outlet obstruction - pseudo-obstruction - intestinal

จาก

- ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (paraneoplastic)
- ยา (opioid, anticholinergic)
- metabolic (เช่น hypercalcemia)
- การอุดตันทางกายภาพ หรือกดเบียด มะเร็ง ต่อมน้ำเหลืองโต ตับโต
- ยกเว้นภาวะ complete bowel obstruction



การรักษา - รักษาด้วยยา prokinetic

- metoclopramide 10 - 20 มก. oral qid หรือ 30 - 80 มก. continuous subcutaneous infusion (CSCI) ใน 24 ชั่วโมง
- domperidone 10 มก. tid oral
- ผู้เชี่ยวชาญอาจแนะนำ erythromycin (มีฤทธิ์ prokinetic มาก) 250 มก. tid, qid
- หากมีการกดเบียดจากภายนอก พิจารณา dexamethasone 4 - 8 มก. OD ลดยาหลังผ่านไป 3 วัน มีเป้าหมายเพื่อ หยุดยา หรือหาขนาดยาลดต่ำสุดที่คุมอาการได้ หรือ ใส่ขดลวดถ่าง (stent)



หากอาการไม่ดีขึ้น ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

สาเหตุจากภายในสมอง เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง คลื่นไส้ที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว หรือ vestibular system

ลักษณะอาการ

- ปวดศีรษะ
- วิงเวียนศีรษะบ้านหมุน และคลื่นไส้
- ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
- คลื่นไส้ที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว



สาเหตุ

โดย

- ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบประสาท vestibular หรือหูชั้นในถูกระตุ้น
- มีก้อนในเนื้อสมอง
- มะเร็งที่ฐานกะโหลก
- ototoxicity
- หูชั้นกลางผิดปกติ
- มีการใช้กำลังมากๆ เช่น ใช้แรงดึงของหนัก



การรักษา

- หากนึกถึงความดันในกะโหลกศีรษะสูง ใช้ cyclizine 25 - 50 มก. oral หรือ SC tid หรือ hyoscine hydrobromide 150 - 300 มก. oral, 200 - 400 มก. SC
- Steroid - dexamethasone 8 มก. OD ลดยาหลังผ่านไป 3 วัน มีเป้าหมายเพื่อหยุดยา หรือหาขนาดยาดำสุดที่คุมอาการได้
- หากนึกถึงสาเหตุจากหูชั้นใน - cinnarizine 30 มก. oral เริ่มต้น แล้วตามด้วย 15 มก. tid
- Second line - levomepromazine 3 - 6 มก. oral OD หรือ prochlorperazine 3 มก. ทางกระพุ้งแก้ม (buccal) หรือ 5 - 15 มก. oral



หากอาการไม่ดีขึ้น ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การระคายเคืองกระเพาะอาหาร/หลอดอาหาร (Gastric/esophageal irritation)

ลักษณะอาการ

- คลื่นไส้ตลอดเวลา
- หลังรับประทานอาหารแสบ
- มีอาการขย้อน
- ปวดกระเพาะอาหาร



สาเหตุ

- มีการกระตุ้น vagus nerve

โดย

- มะเร็ง
- สารพิษ
- การอักเสบ
- การติดเชื้อ (เช่น เชื้อรา, herpes simplex)
- สิ่งแปลกปลอม (เช่น stent)



การรักษา

- Anticholinergics เช่น hyoscine hydrobromide 200 - 400 มก. SC
- ยาฆ่าเชื้อรา/ยาด้านไวรัส /ยาฆ่าเชื้อ
- ให้ยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร เช่น ranitidine 150 มก. bid, proton pump inhibitor (PPI)

หมายเหตุ: ยา prokinetic อาจกระตุ้นให้เกิด หลอดอาหารบีบรัดตัวได้ (esophageal spasm)



หากอาการไม่ดีขึ้น ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

มีหลายปัจจัยร่วมกัน /สาเหตุไม่แน่ชัด /รักษาแล้วเป็นๆหายๆ รวมถึงสาเหตุจากระบบ
สมอง (เช่น ปวด, กลัว, วิตกกังวล)

สาเหตุ ไม่ชัดเจน



การรักษา

- metoclopramide 30 - 80 มก./24 ชม. CSCI
- levomepromazine (unlicensed use) 3 - 6 มก. bid oral หรือ 2.5 - 5 มก. SC bid
- 5 - 15 มก. CSCI ใน 24 ชม. แต่อาจมีอาการง่วงซึมได้
- ทดสอบให้ dexamethasone 8 มก. OD ลดยาหลังผ่านไป 3 วัน มีเป้าหมายเพื่อ หยุดยา หรือหาขนาดยาต่ำสุดที่คุมอาการได้
- พิจารณาสาเหตุจากสมอง เช่น ปวด, กลัว, วิตกกังวล
- benzodiazepines เช่น lorazepam 0.5 - 1 มก., diazepam 2 - 5 มก.



หากอาการไม่ดีขึ้น ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ



Remember co-anti-emetics:

- การติดเชื้อที่ทำให้คอหอยอักเสบ สามารถรักษาได้ด้วย ยาฆ่าเชื้อรา/ยาด้านไวรัส /ยาฆ่าเชื้อ ที่เหมาะสม
- ใช้น้ำเกลือพ่นจมูก (nebulised saline) เพื่อจัดการสารคัดหลั่งที่เหนียวข้น ในทางเดินหายใจ
- คลื่นไส้ที่สัมพันธ์กับยา NSAID หรือปวดกระเพาะ หรือแผลในกระเพาะอาหาร ควรได้รับการรักษาด้วย PPI คลื่นไส้ที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลอาจตอบสนองดีกับ benzodiazepines

Practice Points

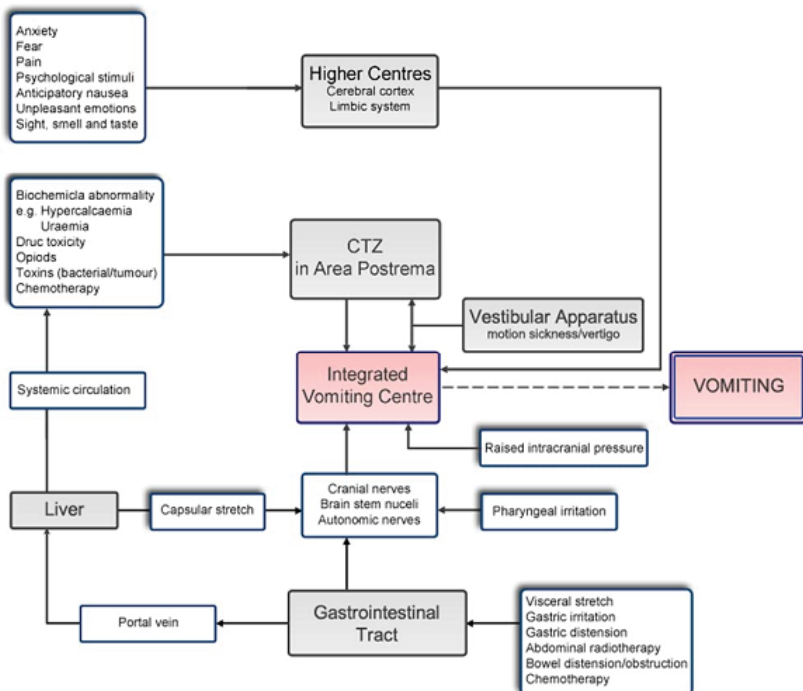
- สำหรับอาเจียนที่เป็นนานตลอดเวลา (persistent) ต้องคำนึงถึงภาวะขาดน้ำ และภาวะโภชนาการร่วมด้วย
- อาการคลื่นไส้อาจเป็นสาเหตุทำให้ยาแก้อาเจียน และยาอื่นๆ ใช้ได้ผลไม่เต็มที่
- อาการคลื่นไส้และอาเจียนเป็นครั้งคราวอาจจะต้องการรักษา
- ตรวจสอบยาแก้อาเจียนให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธีบริหารยา
- พิจารณารักษาทุกสาเหตุที่เป็นไปได้ด้วยยาที่จำเพาะต่อสาเหตุอื่นๆ ทาง IV, SC ใน 24 ชั่วโมง ก่อนพิจารณาเพิ่มยา benzodiazepines ในการรักษาอาการอาเจียน
- แม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยอาจจะมีอาการอาเจียนต่อไป โดยเฉพาะถ้ามีทางเดินอาหารอุดตัน
- ยา Prokinetic อาจทำให้เกิดหลอดอาหารหดตัวบีบรัดได้ (esophageal spasm)
- ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ การใส่ขดลวด (stent) อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง การใส่สาย nasogastric tube หรือ gastrostomy เพื่อระบาย อาจเป็นทางเลือกที่ดีในผู้ป่วยที่มีลำไส้ส่วนบนอุดตัน
- ผู้ป่วยบางรายรู้สึกพึงพอใจและยอมรับการอาเจียนเป็นครั้งๆ เมื่อไม่มีอาการคลื่นไส้ตลอดเวลา

คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล

- แนะนำผู้ป่วย และผู้ดูแล อาการคลื่นไส้เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายมากและบางครั้งนำไปสู่การอาเจียน
- สาเหตุมีหลายอย่าง อาจเกิดตามหลังความเจ็บป่วย และมีโอกาสส่วนน้อยที่เกิดจากอาหารที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน
- การทำกิจกรรมผ่อนคลาย (Relaxation) ช่วยลดความวิตกกังวลและลดคลื่นไส้ได้
- ผู้ป่วยต้องใส่ยาแก้ปวดต่อไป เนื่องจากอาการปวดที่รุนแรงทำให้คลื่นไส้แย่ลง
- รับประทานอาหารปริมาณน้อยๆ แต่บ่อยๆ ดีกว่าปริมาณมากๆ แต่ไม่กี่มื้อ
- อากาศที่สดชื่นมีผลดีพอๆ กับการหลีกเลี่ยงกลิ่นอาหารที่รุนแรง อาหารที่เย็นมีกลิ่นน้อยกว่าอาหารร้อน

- ให้ความสนใจกับความสะอาดในช่องปาก
- เผื่อระวังเชื้อราในปาก
- แจ้งให้ทีมสุขภาพทราบถ้าอาการอาเจียนมีผลต่อการทำแผล การดูแลแผล ostomy
- หาแนวทางในการจัดอาหารให้เหมาะสม
- รับประทานยาแก้อาเจียนตามเวลา และตามแพทย์สั่ง

แผนภาพปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการอาเจียน



ตารางกลไกการทำงานของยาแต่ละชนิด

Receptor site affinities of selected anti-emetics									
	D ₂ antagonist	H ₁ antagonist	Muscarinic antagonist	5HT ₂ antagonist	5HT ₃ antagonist	NK ₁ antagonist	5HT ₄ agonist	CB ₁ agonist	GABA mimetic
Dompemidone I	**								
Haloperidol	***			*/-					
Metoclopramide	**				*		**		
Cyclizine		**	**						
Hyoscine <i>Hydrobromide</i>			***						
Chlorpromazine	***	***	**	**					
Levomepromazine	**	***	**	***					
Olanzapine	**	*	**	**	*				
Prochlorperazine	***	**	*	*/*					
Promethazine	*/*	**	**						
Lorazepam									***
Nabilone								***	
Aprepitant						***			
Ondansetron/ Granisetron !!					***				

การกระตุ้นที่ receptor : ว่าง = ไม่ได้ผล; * = ได้ผลเล็กน้อย; ** = ได้ผลปานกลาง; *** = ได้ผลมาก

domperidone โดยทั่วไปไม่ผ่านเยื่อหุ้มสมอง มีความเสี่ยงเกิด extrapyramidal effect น้อย

ondansetron/granisetron - ระวังปฏิกิริยาระหว่างยา

metoclopramide - ระวังหากใช้ขนาดสูงเป็นเวลานาน ฝ้าระงัง extrapyramidal side effect

อ้างอิง

Wood GJ. Management of intractable nausea and vomiting in patients at the end of life. JAMA 2007; 298(10);1196-1207

Stephenson J. An assessment of aetiology based guidelines for the management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer. Support Care Cancer 2006; 14:348-353

Glare P. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with faradvanced cancer. Support Care Cancer 2004; 12: 432-440

Kennett A. An open study of methotrimeprazine (levomepromazine) in the management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer. Support Care Cancer 2004; 13: 715-721

Mannix K. Palliation of nausea and vomiting. CME Cancer Medicine 2002;(1):18-22

Bentley A. Management of nausea and vomiting using clinical pictures. Palliative Medicine 2001; 5:247-253

2.13 อาการคัน

(Pruritis)

บทนำ

อาการคัน สามารถเป็นได้ทั้งแบบเฉพาะที่และทั่วทั้งตัว (systemic) ทำให้รู้สึกไม่สบาย นอนไม่หลับ เครียด และวิตกกังวล

ผู้ป่วยที่มีอาการคันมักจะมีผิวหนังแห้ง การเกาทำให้เกิดบาดแผลที่ผิวหนังและทำให้ผิวหนังหนาตัวผิดปกติได้ ยาส่วนใหญ่สามารถทำให้เกิดผื่นคันได้

การประเมิน

ให้ซักประวัติอย่างละเอียด:

- ตรวจผิวหนังเพื่อหาสาเหตุของอาการคันว่าเป็นเฉพาะที่หรือทั่วทั้งตัว ซึ่งอาจเป็นผลจากหลายสาเหตุร่วมกันได้
- จากตัวโรคผิวหนังเอง เช่น โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (atopic dermatitis) ผื่นแพ้สัมผัส (contact dermatitis) หรือ โรคสะเก็ดเงิน (psoriasis)
- จากการติดเชื้อ เช่น เชื้อราแคนดิดา (candidiasis) หมัด เหา (lice) หิด (scabies) เชื้อรา (fungal)
- จากยา เช่น ยา opioids โดยเฉพาะ morphine และ diamorphine ยา selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs), ACE inhibitors, statins, chemotherapeutic drugs, cytokines และ monoclonal antibodies
- พิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น full blood count, ferritin, c-reactive protein, urea and electrolytes, liver function tests, bone profile, thyroid function tests, blood glucose และ chest X-ray

โรคที่เป็นทั้งร่างกาย (systemic diseases) ที่สามารถทำให้มีอาการคัน มีดังนี้

Cholestatic jaundice	Chronic kidney disease	Iron deficiency +/-anemia
Hepatitis	Thyroid disease	Lymphoma
Hepatoma	Diabetes	Leukemia
Primary biliary cirrhosis	Mycosis fungoides	Multiple myeloma
Paraneoplastic syndrome		Polycythemia

การจัดการอาการ

- พยายามให้การรักษาที่จำเพาะต่อสาเหตุ
- รักษาสาเหตุร่วมอื่นๆ และทบทวนยาที่ใช้เพื่อแยกภาวะปฏิกิริยาระหว่างยา
- ใช้สารให้ผิวหนังชุ่มชื้น เช่น ทามอยเจโรเซอรบ้อยครั้งและให้ครอบคลุมบริเวณที่คัน
- ผสมสารให้ความชุ่มชื้นลงในน้ำที่ใช้อาบ และใช้สารให้ความชุ่มชื้นทดแทนการอาบน้ำ
- พิจารณาให้ยาแก้แพ้ (antihistamine) ที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง เช่น hydroxyzine 25 มก. ก่อนนอน

ยาทาเฉพาะที่

- ใช้ยาทาที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น
- ใช้ครีม crotamiton 10% (Eurax) หรือ ครีม capsaicin (0.025%) ทาบริเวณที่คัน
- ใช้ยาสเตียรอยด์ แบบทาเฉพาะที่ (ความแรงของยาระดับอ่อนถึงปานกลาง) ทาวันละครั้ง เป็นเวลา 2 - 3 วัน ใช้ในกรณีที่มีการอักเสบแต่ไม่ติดเชื้อ ทบทวนหลังใช้ยา 7 วัน
- ยา lidocaine แบบแผ่น ทบทวนผลลัพธ์หลังใช้ยา 3 วัน

การรักษาแบบไม่ใช้ยา

- การใช้แสงอาทิตย์เทียมบำบัด UVB phototherapy: อาจช่วยในการคันจากภาวะยูรีเมีย (uremia)
- การใส่ท่อระบายน้ำดีอาจช่วยลดอาการคันในภาวะตัวเหลืองจากน้ำดีคั่ง (cholestasis jaundice)

ยารักษา

ตารางการให้ยาด้านล่างเป็นยาที่ควรขอคำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทางระดับ
ประคองก่อนให้การรักษา

สาเหตุ	การรักษา1st line	การรักษา2nd line	การรักษา 3rd line
ทางเดินน้ำดีอุดตัน (Cholestasis) ยัง ไม่มีหลักฐานว่ายา ตัวใดมี ประสิทธิภาพดีกว่า กัน	Rifampicin 300 - 600 มก. วันละครั้ง Sertraline 50 - 100 มก. วันละครั้ง Cholestyramine 4 กรัม ให้ได้ถึง 4 ครั้ง/วัน		
Uremia	Gabapentin 100 - 300 มก. (ให้ภายหลังจากฟอกเลือด)	Naltrexone 50 มก. OD	
Lymphoma	Prednisolone 10 - 20 มก. 3 ครั้ง/วัน	Cimetidine 400 มก. 2 ครั้ง/วัน	Mirtazapine 15 - 30 มก.ก่อน นอน
คันจากยา opioid	Chlorphenamine หรือ chlorpheniramine 4-12 มก. (ถ้าได้ผลให้ 4 มก. 3 ครั้ง/วัน	หากไม่ได้ผลให้เปลี่ยน ชนิด opioid	Ondansetron 8 มก. 2 ครั้ง/วัน
Paraneoplastic	Paroxetine 5 - 20 มก. วันละครั้ง	Mirtazapine 15 - 30 มก. ก่อนนอน	
ไม่ทราบสาเหตุ	Chlorphenamine หรือ chlorpheniramine 4-12 มก. (ถ้าได้ผลให้ 4 มก. 3 ครั้ง/วัน	Paroxetine 5 - 20 มก. วันละครั้ง	Mirtazapine 7.5 - 15 มก.ก่อน นอน

ข้อควรปฏิบัติ

- หลีกเลี่ยงยาแก้แพ้ชนิดทาเฉพาะที่ เพราะสามารถทำให้เกิดผื่นแพ้สัมผัส (allergic contact dermatitis)
- ถ้าการดูแลผิวหนังทำให้อาการทุเลาได้ การให้ยารับประทานหรือยาฉีดมักจะไม่จำเป็น
- หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้หลอดเลือดขยายตัว เช่น กาแฟ แอลกอฮอล์ อาหารรสเผ็ด และน้ำร้อน

ข้อแนะนำผู้ป่วย

- ตัดเล็บให้สั้น และสะอาด หลีกเลี่ยงการเกาผิวหนัง
- ใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ควรสวมใส่ผ้าฝ้าย หลีกเลี่ยงผ้าที่จะทำให้เกิดการระคายเคือง เช่น ผ้าขนสัตว์
- อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อากาศเย็น หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นเป็นเวลานาน
- ใช้วิธีการขับผิวหนังให้แห้งมากกว่าการขัดถู ใช้สารให้ความชุ่มชื้นเสมอภายหลังการอาบน้ำ
- หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันจากขนแกะ (lanolin) และผลิตภัณฑ์ที่มีน้ำหอม พิจารณาสมเบกกิ้งโซดา (baking soda) ในน้ำที่อาบ

แหล่งข้อมูล

เว็บไซต์

- <http://www.palliativedrugs.com>
- <http://cks.nice.org.uk/itch-widespread#Iscenario>
- <http://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/pruritus-without-a-rash>
- Information from Macmillan

หนังสือ

- Twycross et al (2009) Symptom management in Advanced cancer 4th edition Ch11 321-329 Palliativedrugs.com Ltd
- Palliative Care Formulary (PCF4) 4th edition (2011) palliativedrugs.com Ltd

อ้างอิง

European Association for the Study of The, L. 2009. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of cholestatic liver diseases. *Journal of Hepatology*, 51(2), pp. 237-267.

Map of Medicine. 2012. Pruritis [Online]. Available:

<http://eng.mapofmedicine.com/evidence/map/pruritis1.html> [Accessed 10 December 2013].

National Institute for Health and Care Excellence. 2013. Clinical Knowledge Summaries: Itch - widespread [Online]. Available: <http://cks.nice.org.uk/itch-widespread> [Accessed 10 December 2013].

Palliativedrugs.Com Ltd. 2013. Palliativedrugs.com [Online]. Available:

<http://www.palliativedrugs.com/index.html> [Accessed 10 December 2013].

The Primary Care Dermatology Society. 2013. Pruritus (without a rash) [Online]. Available:

<http://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/pruritus-without-a-rash> [Accessed 10 December 2013].

Twycross, R. G. and Wilcock, A. 2011. Palliative Care Formulary (PCF4). 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

Twycross, R. G., Wilcock, A. and Toller, C. S. 2009. Symptom Management in Advanced Cancer. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

Xander, C., Meerpohl Joerg, J., Galandi, D., Burgh, S., Schwarzer, G., Antes, G. and Becker, G. 2013. Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008320.pub2/abstract>.

2.14 เหงื่อออก

(Sweating)

บทนำ

เหงื่อออกมากกว่าปกติเกิดขึ้นได้ร้อยละ 10 - 20 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย มักจะมีการมากขึ้นเวลากลางคืน จนต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือผ้าปูที่นอน

การประเมิน

มีสาเหตุได้หลายอย่างดังนี้:

- การติดเชื้อ (ประเมินผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (neutropenic sepsis) ได้หรือไม่)
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma)
- มะเร็งที่มีการแพร่กระจาย (disseminated cancer) โดยเฉพาะที่มีการกระจายไปที่ตับ
- ยา
 - SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) ยาด้านอาการซึมเศร้า (antidepressant)
 - ยา hormone (tamoxifen, aromatase inhibitors, gonadorelin analogues)
 - ยา opioids
- ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine)
 - ขาดฮอร์โมน estrogen (เกิดขึ้นเอง หรือ เกี่ยวกับการรักษาภาวะวัยทอง)
 - ขาดฮอร์โมน androgen (จากการผ่าตัด หรือ การรักษาด้วยยาฮอร์โมน)
 - ภาวะน้ำตาลต่ำ
 - ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ
- ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (autonomic neuropathy)

การจัดการอาการ

- รักษาตามสาเหตุรวมถึงการติดเชื้อ (หากพิจารณาแล้วว่าเหมาะสม)
- ลดอุณหภูมิภายในห้อง จัดให้อากาศถ่ายเท ใช้พัดลม ลดจำนวนผ้าปูบนเตียง

ที่มากเกินไป

- สวมใส่เสื้อผ้าฝ้ายหลวมๆ
- เช็ดตัวให้เย็นลงด้วยผ้าชุบน้ำหมาดๆ
- ให้ดื่มน้ำเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
- ทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ และจ่ายยาทางเลือกอื่นๆเพิ่มเติมหากเป็นไปได้
- พิจารณาเปลี่ยนชนิดยา opioid (ดูแนวทางการเลือกและเปลี่ยนยา opioid)

ยารักษาอาการ

เหลืงออกและมีใช้:

- ยา paracetamol 500 - 1,000 มก. (ขึ้นกับน้ำหนักตัว) ทุก 6 ชม.
- ยา non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)

เหลืงออกแต่ไม่มีใช้ (สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง):

- ยา NSAID
- ยา antimuscarinic (amitriptyline 10 - 50 มก. ก่อนนอน)
- ยา cimetidine 400 - 800 มก. วันละครั้ง (ให้พิจารณาเรื่อง drug interaction ด้วย)- ยา venlafaxine ให้ใช้ภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เริ่มที่ขนาด 37.5 มก. และเพิ่มได้จนถึง 75 มก. วันละครั้ง (ในรูปแบบ modified release) หากสามารถทนต่อผลข้างเคียงได้

เหลืงออกร่วมกับขาดฮอร์โมน:

- บริกษาแพทย์มะเร็งวิทยา (oncologist) เรื่องการให้ฮอร์โมนทดแทน

อ้างอิง

Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., and Calman, K., (Eds) 2004. Oxford textbook of palliative medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.

NHS Highland 2010. Palliative Care Guidelines: Sweating in Palliative Care in Adults. NHS Highland.

Twycross, RG. and Wilcock, A. 2011. Palliative Care Formulary. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

Watson, MS., Lucas, CF., Hoy, AM. and Back, IN., (Eds) 2005. Oxford Handbook of Palliative Care Oxford: Oxford University Press.

Wilcock, A., Twycross, RG. and Toller, CS. 2001. Symptom Management in Advanced Cancer. 3rd edrev. Milton Keynes: Radcliffe Publishing Ltd.

2.15 อ่อนแรงและอ่อนล้า

(Weakness & fatigue)



บทนำ

ความอ่อนล้า (fatigue) เป็นความรู้สึกเหนื่อยง่าย ล้า ไม่มีเรี่ยวแรงหรือขาดพลังงาน ซึ่งสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นรุนแรงขึ้น ซึ่งเกิดมาจากหลายสาเหตุ แต่ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัด

ความอ่อนล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในโรคเรื้อรังที่เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ความรุนแรงและผลกระทบของความอ่อนล้าจะเปลี่ยนแปลงตามการดำเนินโรค บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมองว่าอาการอ่อนล้าทำให้ไม่สุขสบายมากกว่าอาการปวด และทีมผู้ให้การรักษามักไม่สามารถประเมินพบอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้าอาจจะไม่สัมพันธ์กับระดับของกิจกรรมและอาจจะไม่ทุเลาแม้ว่าได้พักหรือนอนหลับ ซึ่งมีผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการรับรู้ กระบวนการคิด สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ การที่สมรรถภาพทางกายลดลงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่อยากทำได้รวมถึงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผลกระทบต่อกระบวนการคิดการรับรู้ทำให้จำกัดกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ การขับรถ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

อาการอ่อนล้ามีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธโอกาสในการรักษาที่เป็นประโยชน์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องระบุให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่การทำหัตถการต่างๆ อาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และทำให้ทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ซึ่งในระยะนี้อาการอ่อนล้าจะเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันและหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย

การประเมิน

- ผู้ป่วยระดับประคับประคองทุกคนควรได้รับการประเมินภาวะอ่อนล้าและผลกระทบจากอาการนี้
- สอบถามเรื่องประสบการณ์และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วย
- ยอมรับและแสดงให้เห็นถึงความเป็นจริงและความสำคัญของอาการอ่อนล้า
- พิจารณาวางว่าผู้ป่วยอาจจะมีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้า เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคตับ โรคไต โรคระบบประสาท โรคมะเร็ง ภาวะ hypothyroidism ภาวะ hypogonadism หรือ ภาวะ adrenal insufficiency

- พิจารณาถึง:
 - ลักษณะอาการ ระยะเวลา
 - ความรุนแรง:
 - เล็กน้อย, ปานกลาง หรือ รุนแรง
 - ผู้ป่วยประเมินอาการ ให้คะแนน 0 - 10
 - ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่และคุณภาพชีวิต เช่น กิจกรรมประจำวัน
 - ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล
 - ปัจจัยร่วม
 - ปัจจัยทั่วไป
 - หน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ป่วยและครอบครัว
 - รบกวนการนอน
 - ภาวะโภชนาการ - อาหาร การดูดซึม
 - สมรรถนะร่างกายเสื่อมถอยจากมีกิจกรรมลดลง ความแข็งแรง กล้ามเนื้อฝ่อลีบ
 - การออกแรงมากเกินไป
 - ปัจจัยทางจิตใจ เช่น กลัว กังวล ซึมเศร้า
 - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะที่มี:
 - metabolic ผิดปกติ - พิจารณาตรวจ sodium, potassium, calcium, magnesium, glucose, renal function, C-reactive protein และ albumin
 - ภาวะโลหิตจาง
 - การติดเชื้อ
 - ตัวโรคเป็นมากขึ้น หากมีอาการขาอ่อนแรงร่วมด้วย ต้องระวังสาเหตุจากไขสันหลังถูกกดทับ (malignant spinal cord compression: MSCC)
 - ผอมแห้ง/ไม่ยอมอาหาร (cachexia/anorexia) - กล้ามเนื้ออาจสลายตัวจาก tumor necrosis factor, cytokines หรือทั้ง 2 อย่าง
 - ควบคุมอาการได้ไม่ดี เช่น อาการปวด
 - ปัจจัยด้านการรักษา:

- การฟอกเลือด
- ภูมิคุ้มกันบำบัด (biological therapy) เช่น interferon
- การผ่าตัด
- ยาจากโรงพยาบาล เช่น beta-blockers, sedating drugs, corticosteroids, opioids
- ยาที่ผู้ป่วยไปซื้อเอง
- การรักษาอะเร็กซ์ - รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน

การจัดการอาการ

- ใช้หลักการประเมินแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แบบเฉพาะรายบุคคล และแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้ความแม่นยำสูงสุด
- รักษาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ ถ้ามีความเหมาะสม เช่น การให้เลือดอาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย ให้การดูแลรักษาอาการอื่นๆและโรคร่วม รวมถึงพบทนายที่ผู้ป่วยได้รับ

การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา

- สมุดบันทึกประจำวัน อาจมีส่วนช่วยหาปัจจัยกระตุ้นหรือช่วงเวลาที่เกิดอาการได้
- สงวนการใช้พลังงาน
 - วางแผนกิจกรรมที่ต้องทำเองตามลำดับความสำคัญ และมอบหมายงานอื่นให้ผู้อื่น
 - ทำกิจกรรม 1 อย่างต่อช่วงเวลา และทำด้วยความเร็วสม่ำเสมอเท่าที่ทำได้ ไม่เร่งรีบ
 - จัดตารางให้ทำกิจกรรมในช่วงที่มีแรง เช่น ช่วงเช้า และสงวนพลังงานไว้สำหรับกิจกรรมที่สำคัญ
 - ยุติกิจกรรมที่ไม่จำเป็น
 - ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อให้คำแนะนำในการใช้พลังงานอย่างคุ้มค่า และพิจารณาอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่นๆ เช่น ไม้เท้า
- กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

- แนะนำให้ออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสม ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้
- ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อให้จัดระดับการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ตัวโรครุนแรง หรือกลุ่มที่มีโอกาสเกิดอาการจากการออกกำลังกาย เช่น โลหิตจาง กระดูกพรุน มีการแพร่กระจายมาที่กระดูก หรือ เคยหกล้ม
- การดูแลทางด้านจิตใจ จิตสังคม พิจารณาให้:
 - การจัดการภาวะเครียด วิตกกังวล
 - การบำบัดเพื่อให้ผ่อนคลาย การแพทย์ผสมผสาน
 - คำแนะนำเรื่องการนอน เช่น ดื่มน้ำ/นมนอนก่อนนอน หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวน
 - ให้และเขียนข้อมูลที่เหมาะสม

การจัดการอาการแบบใช้ยา

- สำหรับผู้ป่วยที่อาการอ่อนล้าสัมพันธ์กับการเบื่ออาหาร / ผอมแห้งมาก (an-orexia/cachexia) ให้หาข้อมูลเพิ่มเติมใน แนวทางอาการเบื่ออาหาร (Anorexia guideline)
- ในปัจจุบันยังมีหลักฐานไม่เพียงพอเกี่ยวกับคำแนะนำการใช้ยาจัดการอาการรวมถึงยาในกลุ่ม psychostimulant โดยการรักษาของแพทย์ทั่วไป

ข้อควรปฏิบัติ

เนื่องจากเป็นอาการที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตา อาการอ่อนล้าจึงมักถูกละเลยโดยผู้ป่วย ครอบครัว ทีมการรักษา จึงเป็นประเด็นที่ควรพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมักรู้สึกหงุดหงิดที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ และควรแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าเรารับรู้ความรู้สึกของเขา

ผู้ป่วยที่อ่อนล้าจะมีพลังงานจำกัด และทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือการทำให้ผู้ป่วยมีระดับพลังงานที่มากและใช้พลังงานไปอย่างคุ้มค่าที่สุด มีผู้ป่วยจำนวนมากที่อาการอ่อนล้าได้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไปแล้ว หากผู้ป่วยมีความตระหนัก มีความรู้เรื่องอาการ มีการปรับการใช้ชีวิต ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ จะช่วยให้การอ่อนล้าดีขึ้นได้และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นตามไปด้วย

แหล่งข้อมูล

- Macmillan Cancer Support
- Macmillan Cancer Support, Coping with fatigue
- Macmillan Cancer Support, Get Active, Feel Good
- Cancer Research UK
- Cancer Research UK, Tiredness with cancer (fatigue)
- National Cancer Institute, Fatigue
- Marie Curie Cancer Care
- Chest Heart and Stroke Scotland
- British Lung Foundation
- British Heart Foundation
- NHS Inform, Long term health conditions and mental health
- NHS Inform, Palliative care
- My Condition, My Terms, My Life - Self Management
- Epsom and St Helier University Hospitals NHS Trust, Chronic Fatigue Service

อ้างอิง

Cramp, F. and Byron-Daniel, J. 2012. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006145.pub3/abstract>

Finnegan-John, J., Molassiotis, A., Richardson, A. and Ream, E. 2013. A systematic review of complementary and alternative medicine interventions for the management of cancer-related fatigue. Integrative Cancer Therapies, 12(4), pp. 276-90.

Goedendorp Martine, M., Gielissen Marieke, F. M., Verhagen Constantijn, A. and Bleijenberg, G. 2009. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006953.pub2/abstract>

Hauser, K., Rybicki, L. and Walsh, D. 2010. What's in a Name? Word descriptors of cancerrelated fatigue. Palliative Medicine, 24(7), pp. 724-30.

- Hawthorn, M. 2010. Fatigue in patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(11), pp. 536-41.
- Johnson, R. L., Amin, A. R. and Matzo, M. 2012. Cancer-related fatigue. *American Journal of Nursing*, 112(4), pp. 57-60.
- Lerdal, A., Bakken, L. N., Kouwenhoven, S. E., Pedersen, G., Kirkevold, M., Finset, A. and Kim, H. S. 2009. Poststroke fatigue--a review. *Journal of Pain & Symptom Management*, 38(6), pp. 928-49.
- Mcgeough, E., Pollock, A., Smith Lorraine, N., Dennis, M., Sharpe, M., Lewis, S. and Mead Gillian, E. 2009. Interventions for post-stroke fatigue. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007030.pub2/abstract>
- Minton, O., Richardson, A., Sharpe, M., Hotopf, M. and Stone, P. 2010. Drug therapy for the management of cancer-related fatigue. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006704.pub3/abstract>
- Minton, O., Strasser, F., Radbruch, L. and Stone, P. 2012. Identification of factors associated with fatigue in advanced cancer: a subset analysis of the European palliative care research collaborative computerized symptom assessment data set. *Journal of Pain & Symptom Management*, 43(2), pp. 226-35.
- Mishra Shiraz, I., Scherer Roberta, W., Snyder, C., Geigle Paula, M., Berlanstein Debra, R. and Topaloglu, O. 2012. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008465.pub2/abstract>
- Mitchell, S. A. and Berger, A. M. 2006. Cancer-related fatigue: the evidence base for assessment and management. *Cancer Journal*, 12(5), pp. 374-87.
- Payne, C., Wiffen Philip, J. and Martin, S. 2012. Interventions for fatigue and weight loss in adults with advanced progressive illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008427.pub2/abstract>
- Peuckmann-Post, V., Elsner, F., Krumm, N., Trottenberg, P. and Radbruch, L. 2010. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006788.pub2/abstract>

Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Goncalves, J. F., Loge, J., Kaasa, S., Nauck, F., Stone, P. and Research Steering Committee of the European Association for Palliative, C. 2008. Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. *Palliative Medicine*, 22(1), pp. 13-32.

Whitehead, L. 2009. The measurement of fatigue in chronic illness: a systematic review of unidimensional and multidimensional fatigue measures. *Journal of Pain & Symptom Management*, 37(1), pp. 107-28.

3.1 อาการเลือดออก

(Bleeding)



บทนำ

อาการเลือดออก (ที่เห็นได้ชัดหรือมองไม่เห็น) เกิดขึ้นร้อยละ 10 - 20 ของผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม อาการเลือดออกแบบเฉียบพลันมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลมีความทุกข์

การประเมิน

- ประเมินว่าอาการเลือดออกรุนแรงเฉียบพลันนั้นคุกคามต่อชีวิตหรือต้องการการควบคุมโดยวิธีการที่จำเพาะมากกว่า ถ้าเป็นกรณีหลังปรึกษาการจัดการอาการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมต่อไป
- ร่วมกับประเมินว่าอาการเลือดออกเป็นจากสาเหตุเฉพาะที่ (เช่น การลุกลามไปที่หลอดเลือด) หรือ ผลทั่วร่างกายเนื่องจากโรค (เช่น disseminated intravascular coagulopathy [DIC])
- ทบทวนความจำเป็นสำหรับยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่ออาการเลือดออก เช่น ยา low molecular weight heparin, aspirin, warfarin, dexamethasone และ NSAIDs

การจัดการอาการ

การวางแผนจัดการอาการล่วงหน้า

- ถ้าอาการเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญมีโอกาสเกิดขึ้น สิ่งที่ดีที่สุดควรอธิบายโอกาสเกิดเหตุการณ์นี้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้ความมั่นใจว่าผู้ดูแลที่บ้านมีเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน
- การวางแผนจัดการอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก รวมถึงมีคำสั่งการรักษาด้วยยาระงับประสาท (sedative medication) สำหรับใช้ถ้าจำเป็น
- ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ควรอธิบายทางเลือกสำหรับการให้ยาระงับประสาทและสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการให้ยา
- อธิบายการช่วยกู้ชีวิต: เขียนเอกสารและสื่อสารสถานะที่ต้องการเกี่ยวกับการช่วยกู้ชีวิต

- ให้จัดเตรียมผ้าปูที่นอนสีเข้มหรือผ้าเช็ดตัวสีเข้มควบคู่ไปกับการเตรียมอุปกรณ์อื่นๆ: ถุงมือ ผ้ากันเปื้อน ถุงพลาสติก และถุงขยะ
- วางแผนไว้สำหรับผู้ที่ซึ่งจะทำความสะอาดภายหลังเกิดเหตุการณ์และวิธีการติดต่อกัน
- ให้ความมั่นใจว่าทีมผู้เชี่ยวชาญและการบริการต่างๆจะเข้ามาช่วยเหลือในแผนการดูแล รวมถึงการบริการนอกเวลาราชการด้วย

การจัดการอาการเลือดออกรุนแรงเฉียบพลัน

การจัดการโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management)

- พยายามสงบสติอารมณ์แล้วร้องขอความช่วยเหลือ ให้พูดคุยกับผู้ป่วยและให้การดูแลให้สบาย
- จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคงถ้าสามารถทำได้
- ถ้าสามารถทำได้ให้ออกแรงกดลงบริเวณที่เลือดออกโดยตรงด้วยผ้าเช็ดตัวสีเข้มเป็นสิ่งที่ดีที่สุด
- ถ้าการช่วยกู้ชีวิตเป็นสิ่งที่ยังเหมาะสม ให้รับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลและจัดการอาการตามแนวทางการจัดการอาการเลือดออก
- ถ้าผู้ป่วยมีเลือดออกอย่างมาก (massive hemorrhage) และชัดเจนว่ากำลังจะเสียชีวิต ให้การช่วยเหลือและใช้วิธีการที่ไม่ใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการพยายามที่จะให้ยาระงับประสาท ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะหมดสติอย่างรวดเร็วและอาจมีอาการหาวดกลั้วโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง

ยาระงับประสาทสำหรับใช้ในภาวะเลือดออกอย่างมากในระยะท้าย (massive terminal hemorrhage)

ถ้าผู้ป่วยไม่สุขสบาย มีข้อบ่งชี้ในการให้ยากลุ่ม benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์เร็ว ช่องทางการให้ยาที่แนะนำ:

- กรณีมี IV: midazolam 10 มก. IV หรือ diazepam 10 มก. IV
- กรณีฉีด IM: midazolam 10 มก. สามารถให้ได้ในกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ เช่น บริเวณ deltoid และ gluteal

- กรณีให้เหน็บทวารหนัก (rectal) หรือให้ทางช่องเปิด (stoma) : diazepam สามารถให้ได้โดยใช้รูปแบบยาสำหรับฉีด (parenteral) ประยุกต์ใช้ได้โดยให้เหน็บทวารหนัก ขนาด 10 มก.
- กรณีให้ทางใต้ลิ้น (sublingual): midazolam 10 มก. สามารถให้ได้โดยใช้รูปแบบยาสำหรับฉีด (ดู “ข้อควรปฏิบัติ” ในส่วนของแนวทางนี้)

หมายเหตุ: ถ้าผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม benzodiazepine เป็นยาพื้นฐานในขนาดที่สูงอยู่แล้ว มีความจำเป็นในการให้ยาขนาดที่มากขึ้น แต่สำหรับผู้ป่วยอ่อนแอ เพราะบาง ยาขนาดที่น้อยกว่านี้อาจจะเพียงพอ

หลังจากเกิดเหตุการณ์

- จัดให้มีการพูดคุยกันอย่างละเอียด (de-briefing) กับทีมผู้ให้การรักษาและครอบครัว
- ให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตามความจำเป็นสำหรับญาติและเจ้าหน้าที่
- การกำจัดของเสียทางคลินิก (clinical waste) ต่างๆอย่างเหมาะสม

การจัดการอาการเลือดออกเล็กน้อย (minor bleeding)

อาการเลือดออกเล็กน้อยอาจนำมาซึ่งอาการเลือดออกรุนแรงถึงชีวิตได้ ถึงแม้ว่าอาการเพียงเล็กน้อยแต่อาการเลือดออกอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สุขสบาย มีการใช้วิธีการจำเพาะบางอย่าง (อธิบายไว้ด้านล่าง) ซึ่งสามารถนำมาใช้ควบคุมอาการเหล่านี้ ควรทบทวนความจำเป็นสำหรับยา aspirin ยาอื่นๆที่มีผลต้านเกล็ดเลือด เช่น ยากลุ่ม NSAIDS พิจารณาหัตถการต่างๆที่เกี่ยวข้องที่อาจช่วยลดอาการเลือดออก เช่น การใช้ความร้อน (diathermy), laser, embolisation, radiotherapy, surgery (รวมถึง endoscopy, bronchoscopy และ cystoscopy)

ประเมินความเหมาะสมและความจำเป็นสำหรับการให้เลือดหรือส่วนประกอบอื่นๆของเลือด

ยารักษาอาการ

เลือดออกจากผิวหนัง (รวมถึง เนื้องอกก้อนคล้ายตอกระดูกหุ้ม (fungating tumors) และ เยื่อต่างๆ

- ถ้าเป็นไปได้สามารถใช้การกดโดยตรงด้วยผ้ากอซแช่ใน tranexamic acid (500 มก. ใน 5 มล.) หรือ adrenaline (epinephrine) 1:1,000
- ผ้ากอซแช่ tranexamic acid สามารถทิ้งไว้ภายในผ้าปิดทับบนแผลได้ อีกทางเลือกหนึ่งคือ tranexamic acid ชนิดป้าย (ขนาด 500 มก. ชนิดเม็ด จำนวน 4 เม็ด บดผสมใน 60 กรัมของยาพื้น เช่น พาราฟิน ชนิด hydrophilic soft paraffin) สามารถใช้ทาแผลได้วันละ 2 ครั้ง หรือ ในรายที่มีเลือดออกในช่องปาก ใช้ 4-5% ของ tranexamic acid ชนิดน้ำ ปริมาณ 10 มล. บ้วนปาก วันละ 4 ครั้ง
 - สารน้ำ 5% สามารถทำได้โดยบดและละลายยาขนาด 500 มก. ในน้ำ 10 มล. หรือ เจือจางยา 1 หลอด (500 มก./5 มล.) ลงไปในน้ำให้ได้ปริมาตรสุดท้าย 10 มล. (ถ้าใช้ยาเป็นหลอดให้กรองก่อนใช้เพื่อลดความเสี่ยงของเศษแก้วจากการหักหลอดยา)
- การติด silver nitrate สามารถใช้เพื่อหยุดเลือดออกเฉพาะจุด
- การใช้ฟองน้ำห้ามเลือดทางศัลยกรรม สามารถใช้ที่บ้านได้โดยผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อควบคุมเลือดที่ออกจากหลอดเลือดฝอย (capillary bleeding) ได้อย่างรวดเร็ว
- อุปกรณ์ปิดแผลห้ามเลือดอัลจินต (alginate) เช่น Kaltostat® สามารถนำมาช่วยได้
- การใส่ผ้าซับสอดจมูก (nasal tampon) หรือ Rapid Rhino® สามารถใช้สำหรับเลือดออกจากจมูก ให้ขอคำแนะนำเพิ่มเติมจากแผนกฉุกเฉิน หรือ โสตศอนาสิก
- ถ้าการเลือดออกไม่เกี่ยวกับ DIC พิจารณาให้ยา systemic antifibrinolytics เช่น tranexamic acid:
 - ขนาดเริ่มต้น 1.5 กรัม รับประทาน ตามด้วยขนาด 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง
 - ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นหลังจากให้ยา 3 วัน ให้เพิ่มขนาดเป็น 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง

- ลดหรือหยุดยา 1 สัปดาห์หลังจากเลือดหยุด หากมีอาการเกิดขึ้นอีกเริ่มต้นให้ยาใหม่ได้
- ละลาย sucralfate 2 กรัมในน้ำ 10 มล. บ้วนปาก วันละ 2 ครั้ง หรือ รับประทานสำหรับแผลที่หลอดอาหาร หรือแผลที่ลำไส้ตรง ยาชนิดป้ายทำได้โดย (ยา 1 กรัม จำนวน 2 เม็ด บดใน aqueous jelly 5 มล.) สามารถใช้เฉพาะที่สำหรับตำแหน่งอื่นๆ

วิธีการเพิ่มเติมข้างล่างควรขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญก่อนใช้

- ถ้าเลือดออกบริเวณผิวหนังภายนอกอย่างรุนแรงและไม่สามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการข้างบน พิจารณาใช้ desmopressin ร่วมกับเฝาระวังอย่างใกล้ชิด
- ถ้าเลือดออกบริเวณเยื่อบุลำไส้ตรงอย่างฉับพลันภายหลังการฉายรังสี ลองใช้ Predsol® เหน็บทวารหนักวันละ 2 ครั้ง (ในรายที่ลำไส้ตรงอักเสบเรื้อรังจากการฉายแสง ischemic radiation proctocolitis ใช้ tranexamic acid รับประทานหรือเหน็บทวารหนัก)

เมื่อการให้ยาทางการรับประทานไม่เหมาะสม สารละลายชนิดรับประทานสามารถนำมาใช้เหน็บทวารหนักได้ ให้ขอคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญทีม palliative care หรือ เภสัชกรด้าน palliative care

เลือดออกจากทางเดินหายใจ

- ภาวะไอเป็นเลือด (hemoptysis) มีอัตราตายสูง ความเสี่ยงเกิดจากการขาดอากาศมากกว่าจากเลือดออก อัตราเร็วของเลือดที่ออกส่งผลต่อผลลัพธ์
- ให้ดูแลทางเดินหายใจ
- ถ้าทราบตำแหน่งที่เลือดออกในปอด ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเอาข้างที่เลือดออกลง เพื่อลดผลกระทบต่อปอดอีกข้าง อีกทางเลือกหนึ่งให้จัดท่าให้ศีรษะต่ำเพื่อช่วยในการระบายเลือด
- ใช้ออกซิเจนและเครื่องดูดเสมหะตามความจำเป็น
- หาสาเหตุอื่นหรือรักษาการติดเชื้อหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดตามความเหมาะสม
- การให้ยากดการไออาจจะเป็นประโยชน์

- Tranexamic acid (ดูในส่วน “เลือดออกจากผิวหนังและเยื่อ”))
- การฉายแสงสามารถช่วยควบคุมอาการเลือดออกได้ในร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในปอด

เลือดออกจากทางเดินปัสสาวะ

- หาสาเหตุอื่นหรือรักษาการติดเชื้อ
- วิธีการเพิ่มเติมข้างล่างควรขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญก่อนใช้
- พิจารณาให้ tranexamic acid (ดูในส่วน “เลือดออกจากผิวหนังและเยื่อ”) แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดตกค้าง
- การสวนล้างกระเพาะปัสสาวะโดยการหยดด้วยสารละลาย 0.9% NSS ครั้งละน้อย หรือ tranexamic acid (5 กรัมในน้ำ 50 มล.) สามารถให้วันละ 1 หรือ 2 ครั้ง ถ้าใช้วิธีการรับประทานยาแล้วไม่เป็นผลสำเร็จ

เลือดออกจากทางเดินอาหาร (สำหรับเลือดออกในปากหรือทางทวารหนัก ดูในหัวข้อเลือดออกบริเวณเยื่อ)

- ให้ยาในกลุ่ม H_2 antagonist หรือ proton pump inhibitor
- Tranexamic acid (ดูในหัวข้อ “เลือดออกจากผิวหนังและเยื่อ”))
- Sucralfate (ดูในหัวข้อ “เลือดออกจากผิวหนังและเยื่อ”) สำหรับเลือดออกในหลอดอาหาร
- พิจารณาให้ vitamin K (อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำได้ ดังนั้นต้องขอคำแนะนำก่อนใช้)

เลือดออกจากโรคกระเร็งทางโลหิตวิทยาที่รุนแรง

- การให้เกร็ดเลือดจะมีประโยชน์ชั่วคราวในกรณีเกร็ดเลือดต่ำ
- มีความจำเป็นต้องอภิปรายอย่างละเอียดถึงความเหมาะสมของการรักษาวิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีไขกระดูกล้มเหลว

ข้อควรปฏิบัติ

- ความกลัวเกี่ยวกับอาการเลือดออกรุนแรงอาจจะเป็นปัญหาของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ให้คำแนะนำผู้ดูแล ถ้าเป็นไปได้ให้นั่งหรืออยู่ข้างๆผู้ป่วยเมื่อออกแรงกดในบริเวณที่เลือดออกรุนแรงเพื่อลดอาการเลือดออก แนะนำให้ผู้ดูแลพูดคุยหรือสัมผัสผู้ป่วย ให้ความมั่นใจว่าไม่โดดเดี่ยว
- สำหรับทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เลือดออก (ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมผู้ให้การดูแล) จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ
- ให้ความมั่นใจว่าการเลือดออกไม่เกี่ยวกับการทำแผลหรือการทำความสะอาดแผล
- ตรวจสอบความเหมาะสมของยาและขนาดยาตาม the British National Formulary (BNF) หรือ Summary of Product Characteristics (SPS) ในผู้ป่วยแต่ละราย
- ตรวจสอบยาที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่
- การฉีดยาห้ามเลือดเข้าในร่างกาย เช่น etamsylate 500 มก. วันละ 4 ครั้ง (ถ้ามียา) อาจจะช่วยหยุดเลือดออกบริเวณผิวหนัง เยื่อบุและทางเดินปัสสาวะได้ ทบทวนการใช้ยา 1 สัปดาห์หลังจากเลือดที่ออกหยุด

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

- แนะนำการจัดการแผลชนิด fungating wound ที่นี่
(<http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Livingwithandaftercancer/Symptomssideeffects/Othersymptomssideeffects/Fungatingwounds.aspx>)

อ้างอิง

- Anwar, D., Schaad, N. and Mazzocato, C. 2003. Treatment of haemoptysis in palliative care patients. *European Journal of Palliative Care*, 10(4), pp. 137-139.
- Broadley, K. E., Kurowaka, A., Dick, R., Platts, A. and Tookman, A. 1995. The role of embolization in palliative care. *Palliative Medicine*, 9(4), pp. 331-335.
- Dean, A. and Tuffin, P. 1997. Fibrinolytic inhibitors for cancer-associated bleeding problems. *Journal of Pain & Symptom Management*, 13(1), pp. 20-4.
- Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. and Calman, K., (Eds) 2004. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press
- NHS Forth Valley. 2011. *Palliative Care Manual* [Online]. Available: http://www.nhsforthvalley.com/__documents/qi/ce_guideline_palliativecare/palliative-caremanual.pdf [Accessed 2014 Jan 29].
- NHS Lothian. 2010. *Emergencies in Palliative Care* [Online]. Available: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/documents/Emergencies.pdf> [Accessed 2014 Jan 29].
- Regnard, C. and Makin, W. 1992. Management of bleeding in advanced cancer - a flow diagram. *Palliative Medicine*, 6(1), pp. 74-78.
- Tamagno, G., Mioni, R., De Carlo, E., Maffei, P., Rubello, D. and Siculo, N. 2004. Effects of a somatostatin analogue in occult gastrointestinal bleeding: a case report. *Digestive & Liver Disease*, 36(12), pp. 843-6.
- Twycross R. and Wilcock, A., (Eds) 2011. *Palliative Care Formulary*. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

3.2 ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcaemia)



บทนำ

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง คือ การเพิ่มสูงขึ้นของระดับ corrected calcium ในเลือด เป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึมที่คุกคามต่อชีวิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง พบมากที่สุดในมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัลติโบลมา (myeloma) มะเร็งเต้านม (breast) มะเร็งไต (renal) มะเร็งปอด (lung) และมะเร็งไทรอยด์ (thyroid) อย่างไรก็ตามร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีภาวะ hypercalcaemia ไม่มีการแพร่กระจายไปที่กระดูก

การประเมิน

อาการและการแสดง

- อาการที่พบบ่อย ได้แก่ รู้สึกไม่สบาย (malaise) อ่อนแรง (weakness) เบื่ออาหาร กระหายน้ำ (thirst) คลื่นไส้ ท้องผูก และ ปัสสาวะออกมาก (polyuria)
- อาการที่รุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด (ileus) เพื่อ ชัก (seizures) ง่วงซึม (drowsiness) และ หมาดสติ (coma)
- อาการปวดสามารถถูกกระตุ้น (precipitated) หรือ รุนแรงมากขึ้น (exacerbated) จากภาวะ hypercalcaemia ได้
- เมื่อเริ่มมีอาการควรตรวจหาสาเหตุ ตรวจเลือดเพื่อหาค่า urea, electrolytes, estimated glomerular filtration rate (eGFR), liver function tests (LFT's) และ calcium

ประเด็นต่างๆ ที่ควรพิจารณา ก่อนการรักษา

- เป็นครั้งแรก หรือ เว้นช่วงมานานจากครั้งที่ผ่านมา
- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนที่จะมีอาการ
- ความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพว่าการให้การรักษาจะมีผลยาวนาน
- ผู้ป่วยต้องการและสามารถให้การรักษาทางหลอดเลือดดำและให้ตรวจเลือดได้
- การรักษาจะไม่เหมาะสมในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต - ให้ขอคำแนะนำ

การจัดการอาการ

ยากลุ่ม Bisphosphonate และระยะเวลาการออกฤทธิ์

	zoledronic acid	disodium pamidronate
ขนาดยา IV (มก.)	4	30-90
ระยะเริ่มออกฤทธิ์ (วัน)	<4	<3
ระยะออกฤทธิ์สูงสุด (วัน)	4-7	5-7
ระยะเวลาออกฤทธิ์ (สัปดาห์)	4	2.5

Corrected calcium = ค่า calcium ที่ตรวจได้ + $0.8 \times (4 - \text{ค่าอัลบูมินในเลือด (serum albumin) มิลลิกรัม/เดซิลิตร})$

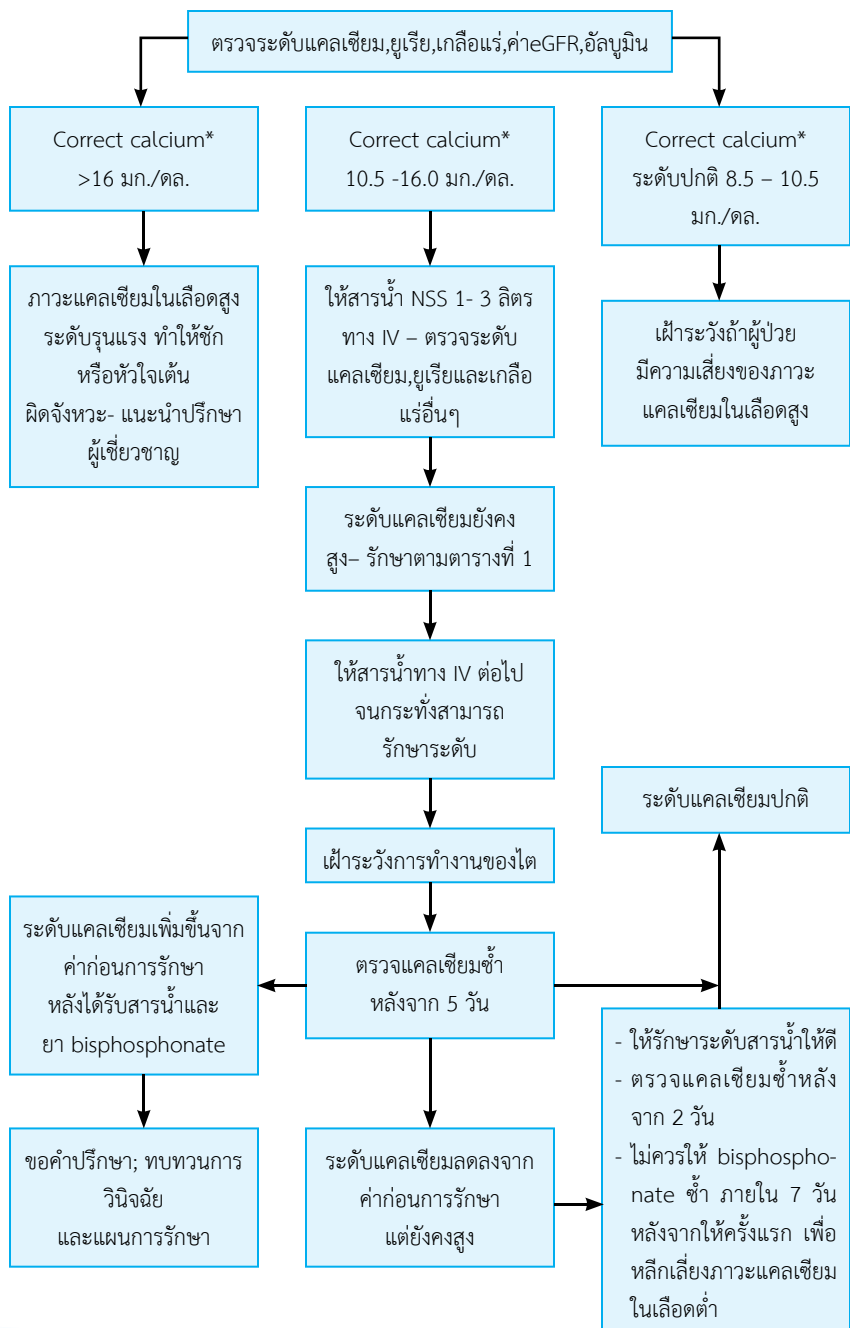
การรักษา

- เป้าหมายเพื่อให้อาการดีขึ้นและลดระดับของ corrected calcium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ค่าปกติของ corrected calcium เท่ากับ 8.5 - 10.5 มก./ดล.
- ให้สารน้ำทาง IV และ bisphosphonates IV เป็นทางเลือกของการรักษา
- การเลือกใช้ยา bisphosphonates แต่ละชนิด ขึ้นกับนโยบายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
- เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะพิษต่อไตจาก bisphosphonates พิจารณายาต่างๆที่มีผลกระทบต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs, diuretics, thiazide diuretics และ angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI)

ข้อควรปฏิบัติ

- ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการร่วมกับค่า corrected calcium อยู่ระหว่าง 10.5-11.5 มก./ดล ให้สารน้ำ และทบทวนตามตารางที่ 1
- อธิบายอาการ อาการแสดง และทางเลือกการรักษาให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล
- อาการที่มีทั้งหมดไม่ได้หายไปภายหลังการรักษา อาจเนื่องจากสาเหตุอื่นหรือโรคประจำตัวที่มีการแพร่กระจาย

- ยา bisphosphonates อาจทำให้เกิดอาการคล้ายไข้หวัดเล็กน้อย
- ยา bisphosphonates เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการตายของกระดูก (osteonecrosis) บริเวณขากรรไกร ช่องหู และกระดูกหักผิดปกติ (atypical fractures) ได้
- ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอ ในที่ซึ่งสามารถทำได้ และหลีกเลี่ยงหัตถการทางทันตกรรมที่รุกราน (invasive dental procedures) ในขณะที่ได้รับยาอยู่
- ความรุนแรงของอาการจะสัมพันธ์กับอัตราเร็วในการสูงขึ้นของ corrected calcium มากกว่าระดับของค่า corrected calcium
- อัตราเร็วในการกลับมามีอาการซ้ำอีกจะบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่แย่มากอย่างชัดเจน
- ทบทวนการรักษาในปัจจุบันของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่
- การไม่รักษาภาวะ hypercalcaemia ที่รุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้



ตารางที่ 1 - การรักษาภาวะ hypercalcaemia ด้วยยา bisphosphonates

ระดับ corrected calcium (มก./ดล.)	ยาและขนาดยา (มก.)	การผสมและอัตราการให้ยาสูงสุด (นาที)
	Disodium pamidronate	
10.5 - 12.0	15-30	0.9%NSS 500 มล. ให้นาน > 60 นาที
12.0 - 14.0	60	0.9%NSS 500 มล. ให้นาน > 60 นาที
14.0 - 16.0	90	0.9%NSS 500 มล. ให้นาน > 90 นาที
>16.0	90	0.9%NSS 500 มล. ให้นาน > 90 นาที
	Zoledronic acid	
>12.0	4	0.9%NSS 100 มล. ให้นาน > 15 นาที

ในบางแห่งให้ยา pamidronate ขนาด 90 มก. ถ้าค่า Correct calcium > 12 มก./ดล.

ลดขนาดยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง

ยา disodium pamidronate ในไตบกพร่อง ให้ขอคำแนะนำการใช้ยา

- eGFR มากกว่า 30 มล./นาที: อัตราการให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 90 นาที อัตราสูงสุด 20 มก./ชม. และ ให้พิจารณาลดขนาดยา
- eGFR น้อยกว่า 30 มล./นาที: ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา ยกเว้นในภาวะ hypercalcaemia ที่คุกคามต่อชีวิตโดยที่ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าการให้ยามีประโยชน์มากกว่าโทษ

ยา zoledronic acid ในไตบกพร่อง

- ผู้ป่วยที่มีภาวะ hypercalcaemia จากมะเร็ง (tumor induced hypercalcaemia: TIH) และมีการทำงานของไตที่ลดลง ควรได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมเพื่อลงความเห็นว่าการรักษาก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าความเป็นไปได้ที่จะเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย
- หลังจากให้สารน้ำในระยะเวลา 24-48 ชม. แล้วจึงพิจารณาให้ยา zoledronic acid IV ขนาด 4 มก. ใน 0.9%NSS 100 มล. หดยอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 15 นาที
- ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในกรณีไตบกพร่องเพียงเล็กน้อยถึงปานกลางในผู้ป่วยที่มี TIH (eGFR > 30 มล./นาที)

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาถ้า eGFR<30 มล./นาที ดูข้อมูลเพิ่มเติมใน Summary of Product Characteristics (www.medicines.org.uk)

แหล่งข้อมูล

แนวทางการรักษา

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008). Guideline 106: Control of pain in adults with cancer. SIGN: Edinburgh; www.sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf

แหล่งข้อมูลเว็บไซต์สำหรับผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญ

- Palliativedrugs.com: www.palliativedrugs.com
- Summary of product characteristics, Zometa 4mg/5ml Concentrate for Solution for Infusion: www.medicines.org.uk/EMC/medicine/14062/SPC/Zometa+4mg+5ml+Concentrate+for+Solution+for+Infusion/
- SPC for disodium pamidronate: www.medicines.org.uk/emc/medicine/16939

หนังสือ

- Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th Edition 2010 Management of Hypercalcaemia CH 10.10 p1015-1017
- Symptom Management in Advanced Cancer 4th edition 2009 Hypercalcaemia Ch 6 p215-219 Twycross Wilcock and Toller
- Palliative Care Formulary 4th edition (PCF4) 2011 Endocrine system and immunomodulation p469-479
- British National Formulary 65 (BNF) 2013 6.6.2 Bisphosphonates and other drugs affecting bone metabolism p491-495

3.4 มะเร็งกดทับไขสันหลัง

(Malignant spinal cord compression: MSCC)



บทนำ

มะเร็งกดทับไขสันหลังเกิดขึ้นเมื่อเยื่อหุ้มกระดูกและองค์ประกอบถูกกดทับที่ระดับของไขสันหลังหรือบริเวณรากประสาทหางม้า (cauda equina) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการกดทับโดยตรง กระดูกสันหลังยุบตัวหรือไม่มั่นคง (instability) สาเหตุจากมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูกหรือการขยายของมะเร็งโดยตรง พบได้ร้อยละ 5 ถึง 10 ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด myeloma มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นมะเร็งที่เป็นสาเหตุของอาการนี้มากที่สุด แต่ MSCC ควรจะต้องคำนึงถึงในทุกชนิดของมะเร็งที่มีการแพร่กระจายมาที่กระดูก

ไขสันหลังถูกกดทับสามารถเป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็งได้ โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมาด้วยอาการ MSCC โดยไม่มีประวัติเป็นมะเร็งมาก่อน

การวินิจฉัยได้เข้าเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรและเกิดภาวะทุพพลภาพชัดเจน การประเมินอย่างรวดเร็ว การตรวจเพิ่มเติมและการรักษาอาจป้องกันหรือจำกัดการทำลายระบบประสาทที่ไม่สามารถกลับคืนมาได้

การประเมิน

ไขสันหลังถูกกดทับ

- ให้คำนึงถึงภาวะไขสันหลังถูกกดทับในผู้ป่วยมะเร็งทุกราย
- พบไขสันหลังระดับอกถูกกดทับได้บ่อยที่สุด แต่ไขสันหลังในส่วนอื่นหรือการกดทับหลายตำแหน่งสามารถเกิดขึ้นได้
- ตำแหน่งที่ปวดและระดับที่ถูกกดทับไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันเสมอไป; การตรวจฉายรังสี (X-rays) และการตรวจกระดูก (bone scan) อาจทำให้เข้าใจผิดได้
- ควรตรวจร่างกายของระบบประสาทอย่างครบถ้วน
- การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging: MRI) ของกระดูกสันหลังทั้งหมดคือการตรวจที่ถูกต้องหากสงสัยภาวะ MSCC
- อาการและอาการแสดงหลัก
- มีอาการปวดเกิดขึ้นใหม่ที่บริเวณหลังอย่างรุนแรงและเป็นมากขึ้น (โดยเฉพาะระดับอก)

- มีอาการปวดรากประสาทไขสันหลัง (spinal nerve root) อาการปวดแสบร้อน (burning) ปวดแปลบ (shooting) ปวดชา (numbness) อาจจะปวดร้าวลงมวด้านหน้าหรือด้านหลังของต้นขา คล้ายอาการปวดไซอาติกา (sciatica) หรือ ปวดเป็นแถบรอบหน้าอกหรือท้อง
- การไอ เบ่ง หรือ นอนราบ อาจทำให้ปวดมากขึ้น
- มีอาการเดินหรือขึ้นบันไดลำบากเกิดขึ้นใหม่; กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- การรับรู้ความรู้สึกบกพร่องไป หรือ การรับรู้ความรู้สึกในส่วนร่างกายเปลี่ยนแปลงไป
- การขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะถูกรบกวน; สูญเสียการควบคุมของหูรูดซึ่งคืออาการแสดงที่บ่งถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

กลุ่มอาการรากประสาทหางม้า (cauda equine syndrome)

การกดทับของรากประสาทเอวและกระเบนเหน็บต่ำกว่าระดับของไขสันหลังเองทำให้เกิดอาการทางคลินิกที่แตกต่างกัน

- อาการปวดรากประสาทที่รุนแรงซึ่งเกิดขึ้นใหม่บริเวณหลังส่วนล่าง ก้น บริเวณอวัยวะเพศ ต้นขาและขา
- สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกมักจะมีอาการเป็นเหน็บหรือชาในบริเวณรอบก้น (saddle area)
- ขาอ่อนแรง มักจะไม่สมมาตร
- สูญเสียการทำงานของปัสสาวะ อุจจาระ และความผิดปกติทางเพศ; เกิดขึ้นก่อนการกดทับไขสันหลัง
- สูญเสียรีเฟล็กซ์ของทวารหนัก (anal reflex)

การจัดการอาการ

- การส่งต่อผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนเป็นสิ่งจำเป็น- ตรวจสอบแนวทางและติดต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง
- ให้ยา dexamethasone ขนาดสูง ถ้าไม่มีข้อห้าม ควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้หลังจากวินิจฉัยว่ามีอาการกดทับไขสันหลัง: ขนาด 16 มก./วัน (มักจะให้ขนาด 8 มก.วันละ 2 ครั้ง โดยขนาดครั้งสุดท้ายของวันไม่ควรเริ่มหลังจากเวลา 14.00 น. เพื่อลดการรบกวนการนอนหลับ แต่ขนาดเริ่มต้นครั้งแรกอาจจำเป็นต้องให้ครึ่งเดียวหลังจากเวลานี้ได้)

- การใช้ยา steroids ควรอยู่ภายใต้การพบทวนอย่างสม่ำเสมอและปรับยาลงหลังจากได้รับการฉายแสงตามแนวทางของแต่ละแห่ง
- พิจารณาให้ยากลุ่ม gastroprotection (proton pump inhibitors [PPI]) และยาป้องกันเลือดแข็งตัว (thromboprophylaxis กลุ่ม low molecular weight heparin [LMWH]) ถ้าไม่มีข้อห้าม
- ถ้าอาการทางคลินิกสงสัย spinal instability ให้จัดการอาการและเคลื่อนย้ายเหมือนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
- การควบคุมอาการปวด -ดูแนวทางการจัดการอาการปวด (pain management guideline)
- ถ้ามีอาการอ่อนแรงของขาทั้ง 2 ข้างอย่างสมบูรณ์ (complete paraplegia) และสูญเสียการควบคุมหุรด การฉายแสงอาจจะช่วยควบคุมอาการปวดแต่จะไม่ช่วยให้การทำงานของไขสันหลังกลับคืนมา

ยาจัดการอาการ¹

ตารางที่ 1: แนวทางแนะนำการจัดการอาการ

ผู้ป่วยมีประวัติของมะเร็งและหนึ่งในอาการดังต่อไปนี้:

- มีอาการปวดเกิดขึ้นใหม่ที่ไม่ตอบสนอง ปวดมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณทรวงอกหรือขา
- มีอาการปวดร้าวประสาทไขสันหลังเกิดขึ้นใหม่ (ปวดแสบร้อน แสบ ชา)
- มีอาการเดินลำบากเกิดขึ้นใหม่ (อาการระยะหลัง)
- ชาบริเวณ saddle area
- ความตึงตัวของหุรดทวารหนักลดลง

สำคัญ: การตรวจร่างกายทางระบบประสาทตามปกติไม่สามารถตัดอาการกดทับไขสันหลังได้
ผู้ป่วยมีความแข็งแรงพอที่จะตรวจเพิ่มเติมอีกหรือไม่ ?

ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

- อภิปรายกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner: GP) และทบทวนอาการในวันเดียวกัน
- ติดต่อประสานงานกับศูนย์มะเร็ง (malignant spinal cord co-ordinator) ถ้ามีอยู่ในพื้นที่ หรือ โรงพยาบาลประจำพื้นที่/ดูตามแนวทางของแต่ละพื้นที่

ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

- * อภิปรายกับรังสีแพทย์
- * พิจารณาปรึกษาร่วมกับศูนย์มะเร็ง (ดูตาม แนวทางของแต่ละพื้นที่)

การตรวจ MRI ควรได้รับการตรวจภายใน 24 ชม. ถ้าสงสัย SCC และการตรวจเพิ่มเติมทางคลินิกที่เหมาะสม

(ปรึกษาการตรวจ computerized tomography (CT) อาจจะตรวจได้ง่ายกว่าในช่วงนอกเวลาราชการ

พิจารณาให้ทันที หลังการประเมิน (ถ้าไม่มีข้อห้าม):

- $\pm$ ยา dexamethasone ขนาดสูง (16 มก./วัน, ตามทฤษฎีไม่ควรให้ภายหลัง 14.00 น. เพื่อลดการรบกวนการนอน)
- ยากลุ่ม PPI
- ยา thromboprophylaxis ด้วย LMWH
- ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลให้อนอนราบถ้าเป็นไปได้

ถ้ายืนยันอาการ MSCC จากผลการตรวจทางรังสี ให้อภิปรายร่วมกับศูนย์มะเร็งที่อยู่ในพื้นที่ทันที

การฉายรังสีมีความเหมาะสม:

- ส่งต่อไปยังศูนย์มะเร็งในพื้นที่เพื่อให้การรักษา
- พิจารณาส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care เพื่อควบคุมอาการ

การฉายรังสีไม่มีความจำเป็นหรือไม่สามารถทำได้:

- * พิจารณาหน่วยบริการที่เหมาะสม
- * ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care

ผู้ป่วยที่มี SCC ทุกราย ต้องการการประเมินและการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนในด้าน
กิจกรรมบำบัด (occupational therapy) กายภาพบำบัด (physiotherapy) และ
สังคมสงเคราะห์ (social work) ร่วมกับการดูแลด้านการพยาบาล (nursing care)
บริเวณจุดกดทับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน (ข้อมูลเพิ่มเติมดู <http://www.woscan.scot.nhs.uk>)

อ้างอิง

- George, R., Jeba, J., Ramkumar, G., Chacko Ari, G., Leng, M. and Tharyan, P. 2008. Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006716.pub2/abstract>.
- Levack, P., Graham, J., Collie, D., Grant, R., Kidd, J., Kunkler, I., Gibson, A., Hurman, D., Mcmillan, N., Rampling, R., Slider, L., Statham, P. and Summers, D. 2002. Don't Wait for a Sensory Level - Listen to the Symptoms: a Prospective Audit of the Delays in Diagnosis of Malignant Cord Compression. *Clinical Oncology*, 14(6), pp. 472-480.
- Loblaw, D. A., Mitera, G., Ford, M. and Laperriere, N. J. 2012. A 2011 updated systematic review and clinical practice guideline for the management of malignant extradural spinal cord compression. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 84(2), pp. 312-7.

3.5 การอุดตันหลอดเลือด superior vena cava (Superior vena cava obstruction)



บทนำ

การอุดตันการไหลเวียนหลอดเลือด superior vena cava (SVC) โดยแรงกดจากภายนอก ลิ้มเลือดอุดตัน หรือการถูกลามโดยตรงต่อหลอดเลือด SVC ผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อยแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป

การกดทับมีผลให้ลดการไหลของเลือดดำจากศีรษะ คอและระยางค์ส่วนบนทั้ง 2 ข้างลงสู่หัวใจ ความดันในหลอดเลือด SVC ที่ต่ำ สามารถส่งผลให้เกิดเป็นลิ้มเลือดได้ ภาวะนี้อาจจะเป็นอาการแสดงแรกของมะเร็งหรือสามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งอยู่แล้ว

สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ มะเร็งปอดร้อยละ 65-80 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองร้อยละ 2-10 และมะเร็งอื่นๆร้อยละ 3-13 สาเหตุที่ไม่ใช่จากมะเร็งพบน้อยมาก

การประเมิน

อาการที่เกิดจากความดันในหลอดเลือดดำสูง

- หายใจลำบาก (Breathlessness)
- การมองเห็นเปลี่ยน (Visual changes)
- วิงเวียน
- ปวดศีรษะ - อาการแย่ลงเวลาก้ม
- บวมบริเวณใบหน้า ลำคอและแขนทั้ง 2 ข้าง

อาการแสดง ได้แก่

- เยื่อบุตาและรอบๆตาบวม
- จานประสาทตาบวม (papilloedema) - ระยะท้าย
- หลอดเลือดดำที่คอขยายตัว - ไม่เต้นตามชีพจร (non-pulsatile)
- บวมบริเวณมือและแขนทั้ง 2 ข้าง
- หายใจเข้าเสียงดังฮืด (stridor)
- เชื้อว (cyanosis)
- อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น

การจัดการ

การรักษาขึ้นกับสาเหตุของการอุดตัน ความรุนแรงของอาการและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย การวินิจฉัย SVCO มักจะได้จากอาการพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีประวัติมะเร็งในช่องอก ภาพฉายรังสีทรวงอก (chest X ray) และการตรวจ CT scan จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

- ต้องสวมเสื้อผ้าที่หลวมและแขนทั้ง 2 ข้างวางอยู่บนหมอนรอง
- อภิปรายเกี่ยวกับความเร่งด่วนในการส่งต่อไปยัง แพทย์มะเร็งวิทยา แพทย์รังสีวิทยา แพทย์ทางเดินหายใจ ตามความเหมาะสม
- จัดเตรียมการให้ยาเคมีบำบัด (Systemic Anticancer Therapy: SACT) และการฉายรังสีสำหรับ Small Cell Lung Cancer (SCLC) ถ้าสภาพร่างกายผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้
- พิจารณาการส่งต่อสำหรับหัตถการ การใส่ขดลวดถ่างขยายในหลอดเลือด (endovascular stenting) การผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่อุดตันออก (thrombectomy) การสลายลิ่มเลือด (thrombolysis) และการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) ถ้าสภาพผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้
- ยา steroid อาจช่วยได้ ทั้งๆ ที่ยังไม่มีหลักฐานยืนยันในการใช้
- พิจารณาให้ยา dexamethasone 8-16 มก. รับประทานหรือฉีด IV ทันที และหลังจากนั้น ยา dexamethasone 8 มก. วันละ 2 ครั้ง (ถ้าเป็นไปได้ ยาขนาดที่ 2 ต้องให้ก่อนเวลา 14.00 น.)
- ให้หยุดยาถ้าคิดว่าไม่มีประโยชน์ และค่อยๆ ลดขนาดลงในรายที่ตอบสนอง
- หลังจากนั้นให้ส่งต่อศูนย์มะเร็งที่อยู่ในพื้นที่ เพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องการให้ยา dexamethasone
- สามารถให้ยา benzodiazepines, opioids, ออกซิเจนและการดูแลประคับประคองแก่ผู้ป่วยทุกคน นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น

อ้างอิง

SIGN 137: Management of lung cancer February 2014

ISBN 978 1 909103 18 4

ABC of Palliative Care: Emergencies

BMJ 1997; 315 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.315.7121.1525> (Published 6 December 1997) Cite this as: BMJ 1997;315:1525

4.1 การดูแลในช่วงท้ายของชีวิต

(Care in the last day of life)



บทนำ

แนวทางนี้ช่วยในการตัดสินใจและเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงและมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต ผู้ป่วยอาจจะมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตใหม่ การเจ็บป่วยที่ลุกลามมากขึ้น หรือทั้ง 2 อย่าง การตัดสินใจในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษหรือการส่งต่อไปยังหออภิบาลผู้ป่วยอาจจะไม่เหมาะสม ในขณะที่แนวทางนี้เน้นการจัดการอาการทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณซึ่งจำเป็นต้องได้รับการจัดการในการดูแลแบบองค์รวม

การประเมิน

- วินิจฉัยหาสาเหตุที่แก้ไขได้ที่ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง สาเหตุที่เป็นไปได้ ได้แก่:
 - การขาดน้ำ
 - การติดเชื้อ
 - พิษจากยา opioid (opioid toxicity)
 - อาการถอนยา Steroid (steroid withdrawal)
 - การบาดเจ็บของไตเฉียบพลัน (Acute kidney injury)
 - อาการเพ้อ (Delirium)
 - ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcaemia)
 - ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง (Hypo or hyperglycaemia)

เริ่มให้การรักษา ให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย แต่ละสถานที่ วางแผนทบทวนการรักษา

- อภิปรายแนวทางการรักษาในช่วงเวลานี้รวมถึงระดับของหัตถการที่เหมาะสม
- อภิปรายเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (ผู้ป่วยกำลังแย่ลงและความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต) เป้าหมายการดูแลและสถานที่ดูแลร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจและครอบครัว
- บันทึกการวางแผนจัดการอาการล่วงหน้าต่างๆ หรือ เอกสารความประสงค์ของผู้ป่วย
- ถ้าเป็นไปได้การวางแผนดูแลในแต่ละรายควรจะได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจ อธิบายร่วมกับครอบครัวและบันทึกไว้ในบันทึกผู้ป่วย

- การวางแผนนี้รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ
- อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการช่วยเหลือทั้งหมด การดูแลและรักษาที่เป็นประโยชน์จะยังคงได้รับและทบทวนอย่างต่อเนื่อง
- การวางแผนดูแลอย่างระมัดระวังและทันทั่วทั้งที่เป็นสิ่งจำเป็นก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือไปยังสถานดูแลอื่น
- ถ้าความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความซับซ้อน พิจารณาปรึกษาทีม palliative care เพื่อขอคำแนะนำ

การจัดการ

วางแผนการดูแลและทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

ทบทวนแผนการดูแลและเอกสารแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดตามสภาพของผู้ป่วยทั้งแย่ง คงที่ หรือดีขึ้น

- อาหารและเครื่องดื่ม: ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอและยังต้องการ
- การดูแลความสบาย: โดยปกติรวมถึงที่นอนปรับความดัน เพื่อลดการทำลายผิวหนังให้น้อยที่สุด การปรับเปลี่ยนท่าทางเพื่อให้สบาย การดูแลดวงตา ช่องปาก และการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ
- ยา: ทบทวนและหยุดการรักษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายการดูแล
 - เลือกช่องทางการให้ยาที่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยสามารถกลืนได้ให้คงใช้ยาากินต่อไป
 - ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก พิจารณาเปลี่ยนเป็นรูปแบบยาน้ำ หรือเปลี่ยนเป็นช่องทาง SC ถ้าเหมาะสม (หรือไม่สามารถกลืนได้)
 - พิจารณาความจำเป็นสำหรับการให้หยดยาอย่างต่อเนื่องทาง SC ผ่านทาง syringe pump
 - ต้องมีการวางแผนและสั่งคำสั่งการรักษาในการจัดการอาการล่วงหน้าที่พบบ่อยให้พร้อมเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ โดยช่องทางการกินและ SC
 - ส่งตรวจหรือตรวจทางคลินิก: พิจารณาและทบทวนอย่างสม่ำเสมอในความเหมาะสม ประโยชน์และภาระที่เกิดขึ้นจากการตรวจ (เช่น การตรวจเลือด การฉายรังสี การวัดสัญญาณชีพ และการตรวจน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ)

- เสมอ) ลงบันทึกไว้ให้ชัดเจนเกี่ยวกับการทำหัตถการใดๆที่ไม่เหมาะสม
- การให้สารน้ำหรือสารอาหาร: พิจารณาถึงประโยชน์และความเสี่ยง ทบทวนแผนการให้อย่างสม่ำเสมอ
 - การให้สารน้ำมากเกินไป ทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากมีสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตามในกรณีมีข้อบ่งชี้ในบางรายอาจพิจารณาให้หยุดทาง SC อย่างช้าๆ
 - พิจารณาให้การจัดการอาการด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ ศาสนา วัฒนธรรม กฎหมาย และความต้องการของครอบครัว ครอบครัวถึงผู้ป่วยและผู้ป่วยที่สูญเสียการรับรู้หรือสูญเสียการเรียนรู้
 - การสูญเสียบุคคลที่รัก: ให้การวินิจฉัยรายที่มีความเสี่ยง มองหาการช่วยเหลือเพิ่มเติม

การสื่อสาร

- อภิปรายแผนการดูแลกับผู้ป่วย (ถ้าเป็นไปได้) และครอบครัว และอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะได้ตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย สำนวความประสงค์ในประเด็นที่อ่อนไหวเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อเมื่อสถานการณ์เหมาะสม
- มั่นใจว่าสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงแผนการดูแล บันทึกแผนการดูแลว่าอย่างไรและเวลาใดที่จะติดต่อกับครอบครัวถ้าผู้ป่วยอาการแย่ลงหรือเสียชีวิต
- ส่งต่อแผนการดูแลให้แก่ทีมสุขภาพอื่น: ทีมที่อยู่ดูแลช่วงกลางคืน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลในชุมชน บริการของชุมชนช่วงนอกเวลาราชการ

การควบคุมอาการในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต

คำสั่งการรักษาอาการล่วงหน้า

ผู้ป่วยทุกคนควรจะมียาสำหรับควบคุมอาการที่มีอยู่ให้พร้อมใช้ (ดูแนวทางคำสั่งการรักษาอาการล่วงหน้า)

- ขนาดยา opioid SC ต่อ ชม. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย การเจ็บป่วยทางคลินิกและประวัติเคยใช้ยา opioid มาก่อน

- ขนาด 1/10 - 1/6 ของขนาดยา opioid ที่ใช้สม่ำเสมอ (regular opioid) ใน 24 ชม.
- ถ้าไม่ใช้ขนาดตาม regular opioid ให้ใช้ morphine SC 2 มก.
- ยาคลายกังวล กดประสาท: midazolam SC 2-5 มก./ชม.
- ยาลดสารคัดหลั่ง: hyoscine butylbromide SC 20 มก./ชม.
- ยาแก้อาเจียน: levomepromazine SC 2.5-5 มก. ทุก 8 ชม.

อาการปวด

- ยา paracetamol หรือ ยา diclofenac (ชนิดน้ำ ชนิดเม็ดละลายได้เร็ว หรือ เหน็บทวาร)
- ประโยชน์ของยา non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) อาจจะไม่เท่ากับความเสี่ยงในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต; สามารถช่วยลดอาการปวดจากกระดูก ข้อต่อ แผลกดทับ และจากการอักเสบ
- การแปลงขนาดยาจาก oral morphine ใน 24 ชม. เป็น SC infusion ตัวอย่างเช่น

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการแปลงยา (ฉบับ 1 มิ.ย. 2014)

Oral morphine 30 มก.	SC morphine 15 มก.
Oral oxycodone 15 มก.	SC morphine 15 มก.

- สำหรับการแปลงขนาดยา opioid ดูแนวทางการเลือกและเปลี่ยนยา opioids หรือขอคำแนะนำ
- กรณีได้รับยา fentanyl patch ควรให้อย่างต่อเนื่องต่อไปในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (ดูแนวทาง fentanyl patch)
- สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 -5 (ดูแนวทางวันสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยโรคไต)
- ยาระงับปวดสำหรับ breakthrough ควรสั่งให้ใช้ได้ทุก ชม. เมื่อจำเป็นต้องให้
 - 1/10-1/6 ของขนาดยา oral และ SC regular opioid ใน 24 ชม.
 - ถ้าไม่มีขนาดยา regular opioid, ให้ใช้ morphine SC 2 มก.

อาการกระวนกระวาย (agitation) หรือ เพ้อ (delirium)

ตารางที่ 2 อาการกระวนกระวาย หรือ เพ้อในช่วงท้ายของชีวิต - ฉบับ 1 มิ.ย. 2014

วิตกกังวล (anxiety) หรือ ไม่สุขสบาย (distress)	ยา midazolam SC 2-5 มก. / ชม. ตามความจำเป็น	
สับสน (confusion) หรือ เพ้อ	ยา haloperidol SC 2 มก. วันละ 1-2 ครั้ง	
เพ้อระยะท้าย หรือ ไม่สุขสบาย	1 st line ยา midazolam SC 20-30 มก. ใน 24 ชม. ทาง syringe pump + ยา midazolam SC 5 มก. / ชม. ตามความจำเป็น	2 nd line ยา midazolam SC 40-80 มก. ใน 24 ชม. ทาง syringe pump + ยา levopromazine SC 12.5 มก. ทุก 12 ชม.+ทุก 6 ชม. ตามความจำเป็น หยุดยา haloperidol

คลื่นไส้และอาเจียน (nausea and vomiting)

(ดูแนวทางคลื่นไส้และอาเจียน)

ตารางที่ 3 คลื่นไส้และอาเจียนในช่วงท้ายของชีวิต - ฉบับ 1 มิ.ย. 2014

ถ้าควบคุมอาการได้ดีด้วยยาด้านอาเจียนชนิดกิน, ให้ใช้ยาเดิมในรูปแบบ SC infusion รักษาอาการคลื่นไส้และอาเจียนใหม่ด้วยยาด้านอาเจียนที่มีฤทธิ์ยาวขึ้นโดยให้ยาฉีดทาง SC หรือ ให้ยาด้านอาเจียนที่เหมาะสมผ่าน SC infusion ใน syringe pump ใน 24 ชม.

ยาด้านอาเจียนฤทธิ์ยาว:

- ยา Haloperidol SC 1 มก. ทุก 12 ชม. หรือ 2 มก. วันละ 1 ครั้ง
- Levomepromazine SC 2.5 มก. ทุก 12 ชม. หรือ 5 มก. วันละ 1 ครั้ง

สำหรับขนาดของยาด้านอาเจียนใช้ใน SC infusion (ดูแนวทางการให้ยาได้ผิวหนัง)

ถ้าอาการอาเจียนยังคงอยู่: ถ้าผู้ป่วยสามารถทนได้การใส่สาย nasogastric tube ผลอาจจะดีกว่าการให้ยาด้านอาเจียน

หายใจลำบาก (breathlessness)

(ดูแนวทางหายใจลำบาก)

- ถ้าผู้ป่วยมีภาวะ hypoxia การให้ออกซิเจนจะช่วยให้อาการหายใจลำบากดีขึ้น ถ้าออกซิเจนเป็นสิ่งจำเป็นการใช้ขามจมูก (nasal prongs) จะทนได้ดีกว่า หน้ากาก (mask)
- ควรให้ผู้ป่วยลองใช้พัดลม (ทั้งตั้งโต๊ะหรือมือจับ) และให้อยู่ในท่านั่งตรง สามารถช่วยได้

ตารางที่ 4 อาการหายใจลำบากในช่วงท้ายของชีวิต - ฉบับ 1 มิ.ย. 2014

หายใจลำบาก หรือ หายใจอึดอัด (respiratory distress) เป็นครั้งคราว	ยา midazolam SC 2-5 มก./ชม. ตามความจำเป็น ± ยา lorazepam SL 500 มก. ทุก 4-6 ชม. ตามความจำเป็น ยา opioid (ทุก 2 ชม. ตามความจำเป็น) • Regular opioid- ใช้ขนาด BTP เดิม ทุก 4 ชม. สำหรับ pain หรือ breathlessness • No opioid - ยา morphine SC 2 มก.
หายใจลำบาก หรือ หายใจอึดอัด ยังคงอยู่	ยา midazolam SC 5-20 มก. + ยา morphine SC 5-10 มก. (ถ้าไม่มีประวัติใช้ยา opioid มาก่อน); ให้ผ่าน syringe pump ใน 24 ชม.

สารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ (respiratory tract secretions)

- ลดความเสี่ยงโดยหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป: ถ้าเริ่มมีอาการเกิดขึ้น ให้ทบทวนการให้สารน้ำหรือสารอาหาร ทาง IV หรือ SC การดูดเสมหะอาจจะกระตุ้นให้มีเสมหะมากขึ้น
- การเปลี่ยนท่าทางของผู้ป่วย เช่น ศีรษะต่ำหรือท่าตะแคงอาจจะช่วย
- การฉีดยา SC เป็นครั้งคราว หรือการให้ยาต่อเนื่องทาง SC มักได้ผลดี (พึงระวังในผู้ป่วยที่ยังมีสติอยู่อาจจะมีปัญหาจากอาการปากแห้งจากยา)
 - 1st line: ยา hyoscine butylbromide SC 20 มก. ทุก ชม. ตามความจำเป็น (ได้มากถึง 120 มก./24 ชม.)

- 2nd line: ยา glycopyrronium bromide SC 200 มก. ทุก 6-8 ชม. ตามความจำเป็น
- 3rd line: ยา hyoscine hydrobromide SC 400 มก. ทุก 2 ชม. ตามความจำเป็น

อาการช่วงระยะท้ายแบบเฉียบพลัน (acute terminal events)

(ดูแนวทางภาวะฉุกเฉินในการดูแลระดับประคอง)

- ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต บางครั้งจะมีการไม่สุขสบายเฉียบพลัน; อาการเหล่านี้ได้แก่:
 - เลือดออก: เลือดออกจากกระเพาะอาหารและลำไส้ หรือ ทางเดินหายใจ หรือ เนื้องอกภายนอก
 - ปวดเฉียบพลัน: เลือดออกในเนื้องอกชนิดเป็นก้อน (solid tumor), กระดูกหัก (fracture) หรือ การฉีกขาดของอวัยวะ (rupture organ)
 - หายใจอึดอัดเฉียบพลัน: ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism), เสมหะคั่งค้าง
- แจ้งให้ครอบครัวทราบถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยง และให้สั่งยาระงับประสาท (sedation) ไว้ล่วงหน้า วางแผนการจัดการอาการล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วย (ถ้าเป็นไปได้) ผู้ดูแลจากครอบครัวและทีมหลักที่ดูแล
- ให้อายา midazolam IM 5-10 มก. บริเวณกล้ามเนื้อเดลทอยด์ (deltoid) หรือ ระงับประสาทโดยใช้ยา midazolam IV ถ้ามีช่องทาง IV อยู่
- ให้อายา morphine SC ในขนาด 2 เท่าของขนาด BTP ปกติ ตามความจำเป็น ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดหรือยังมีหายใจอึดอัดทั้งๆที่ได้รับยา midazolam อยู่

ข้อควรปฏิบัติ

- ยาระงับปวด opioid ไม่ควรใช้เพื่อระงับประสาทในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
- อาการปวดหรือกระบวนการระคายมากขึ้นฉับพลัน ให้แยกสาเหตุจากปัสสาวะคั่ง หรือ สาเหตุอื่นๆที่สามารถรักษาให้หายได้ออกไปก่อน
- การให้อายาทาง SC infusion เพื่อดำเนินการรักษาคือเรื่องเท่านั้น ถ้าอาการของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้จำเป็นต้องให้อายาฉีดทาง SC เพิ่มตามความจำเป็น หรือเมื่อเริ่มต้นให้อายา SC infusion ในผู้ป่วยที่อาการยังไม่สงบ

- การให้ยา midazolam SC infusions โดยปกติจะปรับเพิ่มครั้งละ 5-10 มก. ขนาดยาที่ให้ทาง SC เพิ่มใน 1 ครั้ง (1 มล.) สามารถให้ได้จนถึง 5 มก. ซึ่งมีฤทธิ์อยู่นาน 2-4 ชม. มีประโยชน์ในการต้านอาการชักด้วย
- ผู้ป่วยรายร้อยละ 60 สามารถควบคุมอาการจากสารคัดหลั่งในระยะท้ายได้ อุบัติการณ์ของอาการเพิ่มขึ้นใน ได้รับสารน้ำเกิน (fluid overload) มีการสำลักเมื่อเร็วๆ นี้ (recent aspiration) และการติดเชื้อทางการหายใจ (respiratory infection)
- พิจารณาให้แผ่นนิโคติน (nicotine patch) ในรายที่สูบบุหรี่มากและมีกลุ่มอาการขาดยา (withdrawal symptoms)

แหล่งข้อมูล

- Improving nutritional care www.dh.gov.uk
- Nice guideline nutrition support in adults (feb2006) www.nice.org.uk
- Scottish Government Interim Guidance - December 2013
- HIS Best Practice Statement - Prevention and Management of Pressure Ulcers 2009

4.2 การดูแลผู้ป่วยโรคไตในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต

(Renal disease in the last days of life)



บทนำ

แนวทางปฏิบัตินี้ใช้ในผู้ป่วยโรคไตทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังระยะที่ 4, 5 (eGFR <30 มล./นาที) แม้ว่าจะได้รับการฟอกเลือดหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยที่หยุดฟอกเลือดจะมีค่ากลางของการมีชีวิต (median survival) อยู่ที่ 9 วัน จึงต้องวางแผนการดูแลในระยะท้ายไว้ล่วงหน้า แต่ในผู้ป่วยบางรายที่ยังเหลือการทำงานของไตอยู่บ้างอาจมีชีวิตอยู่ได้นานกว่านั้นและต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่สามารถปัสสาวะได้ดีมีแนวโน้มจะมีชีวิตยืนยาวกว่าในรายที่ปัสสาวะได้เพียงเล็กน้อย

แนวทางปฏิบัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่: แนวทางการดูแลในช่วงท้ายของชีวิต (Care in last days of life) การให้ยาใต้ผิวหนัง (subcutaneous medication) และ การให้ยา fentanyl

การประเมิน

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายเป็นสิ่งที่ยาก ต้องตัดสาเหตุที่แก้ไขได้ที่ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลงออกไปก่อน (เช่น การติดเชื้อ ยา opioids เกินขนาด ภาวะ hypercalcemia เป็นต้น)

อาการของระยะท้ายคือ :

- ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะติดเตียง ซึมลง หรือกึ่งหมดสติ (semicoma)
- กลืนยา/อาหารลำบาก จิบน้ำได้เท่านั้น
- สภาพร่างกายไม่สามารถทนต่อการฟอกไตได้
- มีลักษณะการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง

การจัดการ

วางแผนการดูแลแบบรายบุคคลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

- อภิปรายเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (prognosis) เป้าหมายการรักษา และสถานที่ในการเสียชีวิต กับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเหมาะสม
- อธิบายเรื่องการพ่วงชีพ/ฟื้นคืนชีพ และจัดการเรื่องเอกสารแสดงความจำนง/

การปฏิเสธการรักษาให้เรียบง่าย

- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการปรับประคับประคองอาการต่างๆ จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- หยุดการส่งตรวจและการเฝ้าติดตามที่ไม่จำเป็น (การวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย)
- ยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้เพื่อจัดการอาการและทบทวนการให้ยาทุกวัน
- สั่งจ่ายยาสำหรับจัดการอาการล่วงหน้า (anticipatory medication) ผู้ป่วยบางรายอาจยังได้ประโยชน์จากยาขับปัสสาวะ ยาระงับปวด และ ไบคาร์บอเนต (bicarbonate) พิจารณาจ่ายยาเหล่านี้ร่วมด้วย
- ถ้ายังกลืนได้ พิจารณาให้ยาน้ำ หากกลืนไม่ได้พิจารณาให้ทาง subcutaneous (SC) หรือ เหน็บทวารหนัก
- ให้รับประทานน้ำได้ แต่ยังคงต้องจำกัดน้ำ ทบทวนการให้น้ำเป็นไปเพื่อความสบายของผู้ป่วยเท่านั้น
- ดูแลให้สุขสบาย (comfort nursing care) (ใช้เตียงลม ปรับเปลี่ยนท่าทางเพื่อให้สุขสบายเท่านั้น) ดูแลบริเวณตา ความสะอาดในช่องปาก จิบน้ำได้ ดูแลระบบขับถ่าย

ยาจัดการอาการ

การสั่งยาจัดการอาการล่วงหน้า

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสั่งจ่ายยารักษาอาการที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งต้องสามารถปรับใช้ตามการทำงานของไตได้:

- ยาระงับปวด: alfentanil SC prn ทุก 1 ชม. (100 มคก., ถ้ายังไม่เคยใช้ opioid) เมื่อเริ่มมีการใช้ยา prn พิจารณาใช้ syringe pump เช่น alfentanil CSCI 500 มคก. ใน 24 ชม. (alfentanil 1มก. $\approx$ morphine oral 30 มก.) และปรับขนาดยาตามการตอบสนอง
- ยาลดอาการกระสับกระส่าย ระงับประสาท (anxiolytic sedative): midazolam SC 2 มก. prn ทุก 1 ชม.
- ยาลดสารคัดหลั่ง: hyoscine butylbromide (buscopan) SC 20 มก. prn ทุก 1 ชม.

- ยาแก้อาเจียน: haloperidol SC 0.5 – 1 มก. ทุก 8 ชม. หรือ levomepromazine SC 2.5 – 5 มก. ทุก 12 ชม. หากใช้มากกว่า 3 ครั้งพิจารณาใช้ syringe pump ซึ่งสามารถปรับขนาดยาได้ และใช้การฉีดเป็นครั้งๆตามอาการ

อาการปวด (pain)

- Paracetamol หรือ NSAID (อาจมีประโยชน์มากกว่าโพรในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต) ใช้ได้ดีในปวดกระดูก ข้อ แผลกดทับ และปวดจากกระบวนการอักเสบ
- Alfentanil เป็นตัวเลือกแรกของยา opioid – ขับออกทางไตน้อยและส่วนของ metabolite ไม่มีการออกฤทธิ์ แต่เนื่องจากยังไม่มียานี้ในประเทศไทยจึงใช้ยา Fentanyl แทน
 - Morphine, diamorphine และ oxycodone ล้วนขับยาออกทางไต และส่วนของ metabolite ออกฤทธิ์ได้ดี ทำให้การให้ยาหลายครั้งต่อกัน อาจสะสม และทำให้เกิดพิษจากยาได้
- Oxycodone สามารถให้ได้ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะพิษจาก opioid โดยใช้ oxycodone ในขนาดต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการได้ และติดตามดูแลข้างเคียง
- ในรายที่ไม่ได้ยา opioid อย่างสม่ำเสมอ: Fentanyl SC 10-25 มก. prn ทุก 1 ชม.
- fentanyl patch: ให้ใช้แผ่นแปะต่อเนื่องไป และใช้ fentanyl SC สำหรับอาการปวดประทุ (breakthrough pain)
- ถ้าอาการปวดควบคุมได้ดีให้ใช้ยา opioid ขนาดเดิมและในช่วง 24 – 48 ชม. อาจใช้ยาขนาดเดิมและเฝ้าระวังภาวะพิษจากยา
- หากอาการปวดควบคุมได้ยาก พิจารณาขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

กล้ามเนื้อหดเกร็ง (myoclonus)

- Midazolam CSCI 5 – 10 มก. ใน 24 ชม. (สามารถปรับได้ถึง 20 มก. ตามอาการ)
- Clonazepam 500 มก. oral หรือ SC hs
- ให้พิจารณาถึงภาวะพิษจากยา opioid และเปลี่ยนยาเป็น fentanyl หากยังไม่ได้เปลี่ยน

อาการเครียดวิตกกังวล (anxiety and distress)

- Midazolam SC 2 มก. prn ทุก 1 ชม. หรือ 5 – 10 มก. CSCI ใน 24 ชม.
- Lorazepam SL 0.5 มก. prn q 8 ชม.
- หากใช้ยา midazolam แล้วอาการไม่ดีขึ้น พิจารณาใช้ haloperidol 0.5 – 1 มก. ทุก 8 ชม. หรือ levomepromazine 2.5 – 5 มก. ทุก 12 ชม.

อาการสับสน (delirium)

- อาการสับสนเป็นอาการที่พบบ่อยและแย่ลงด้วยภาวะ uremia – ยาที่แนะนำคือ haloperidol 0.5 – 2 มก. ทุก 8 ชม.
- พยายามค้นหาความกังวลด้านจิตใจและครอบครัว ที่ทำให้ผู้ป่วยกังวล

อาการกระสับกระส่ายในระยะท้าย (terminal agitation)

- ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ หากอาการสับสนหรือกระสับกระส่ายแย่ลง
- ใช้ haloperidol 2 มก. และ midazolam 5 มก. SC
- หากไม่ได้ผลใช้ levomepromazine 12.5 มก. SC และ midazolam 10 มก. CSCI ใน 24 ชม. และขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

อาการหายใจลำบาก (breathlessness)

- อาจเนื่องมาจาก ภาวะน้ำท่วมปอด เลือดเป็นกรด ความวิตกกังวล หรือโรคปอด
- ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการรักษา anxiety และ distress ใช้ยา opioid ตามแนวทางปฏิบัติการรักษา pain และพิจารณาใช้ syringe pump

สารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ (respiratory tract secretions)

- พิจารณาการปรับเปลี่ยนท่าทาง (repositioning)
- พยายามหลีกเลี่ยงการดูดเสมหะในรายที่ทำให้เกิดความทรมานหรือมีเสมหะมาก
- ยาที่ใช้ในลำดับแรก: hyoscine butylbromide SC 20 มก. prn ทุก 1 ชม. (ปรับขนาดยาได้สูงสุดถึง 120 มก. ใน 24 ชม.)
- ยาลำดับที่ 2 : glycopyrronium bromide SC 100 มคก. prn ทุก 6 – 8 ชม.

อาการคลื่นไส้ อาเจียน (nausea, vomiting) (ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ nausea, vomiting)

- คลื่นไส้พบได้บ่อยใน uremia และทำให้อาการโดยรวมแย่ลง
- หากควบคุมอาการได้ด้วยยาแก้อาเจียนชนิดรับประทาน ให้เปลี่ยนเป็น CSCI หรือใช้ยาแก้อาเจียนที่มีฤทธิ์ยาว:
 - haloperidol SC 0.5 – 1 มก. ทุก 8 ชม.
 - levomepromazine SC 2.5 – 5 มก. ทุก 12 ชม.

ข้อควรปฏิบัติ

- ไม่ควรใช้ยา opioid เพื่อให้หลับในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต
- หลีกเลี่ยงยา opioid ที่ถูกขับออกทางไต (codeine, morphine, oxycodone)
- CSCI ใช้สำหรับคงระดับยาเท่านั้น; การฉีดยาทาง SC เป็นครั้งๆ ยังมีความจำเป็นในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้
- Midazolam สามารถปรับขนาดยาได้ถึง 5 – 10 มก. ยาขนาด 5 มก. (1 มล.) สามารถให้ทาง SC เป็นครั้งๆได้ ยาสามารถคงระดับได้ 2 - 4 ชม. ใช้ได้ผลดีในการจัดการอาการ ชัก เกร็ง กระตุก
- อาการปวดที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตพบได้ไม่บ่อย หากพบต้องทบทวนการประเมินใหม่ และหาสาเหตุที่เป็นไปได้

แหล่งข้อมูล

- NHS End of life care Programme (<http://www.nhs.uk/improvement-programmes/long-termconditions-and-integrated-care/end-of-life-care.aspx>)

อ้างอิง

- Bennett, M., Lucas, V., Brennan, M., Hughes, A., O'donnell, V. and Wee, B. 2002. Using antimuscarinic drugs in the management of death rattle: Evidence-based guidelines for palliative care. *Palliative Medicine*, 16(5), pp. 369-374.
- Brown, E., Chambers E.J. and Eggeling, C. 2007. *End of Life Care in Nephrology: From Advanced Disease to Bereavement*. Oxford: Oxford University Press.
- Bunn R. and Ashley C. 2008. *The renal drug handbook*. 3rd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press
- Chambers E.J., Germain, M. and Brown, E., Eds., 2004. *Supportive care for the renal patient*. Oxford: Oxford University Press.
- Dean, M. 2004. Opioids in renal failure and dialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), pp. 497-504.
- Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR): Integrated Adult Policy: Decision Making and Communication www.scotland.gov.uk/Publications/2010/05/24095633/11
- Douglas, C., Murtagh, F. E. M., Chambers, E. J., Howse, M. and Ellershaw, J. 2009. Symptom management for the adult patient dying with advanced chronic kidney disease: a review of the literature and development of evidence-based guidelines by a United Kingdom. Expert Consensus Group. *Palliative Medicine*, 23(2), pp. 103-110.
- Kirvela, M., Ali-Melkkila, T., Kaila, T., Iisalo, E. and Lindgren, L. 1993. Pharmacokinetics of glycopyrronium in uraemic patients. *British Journal of Anaesthesia*, 71(3), pp. 437-9.

4.3 อาการทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้ **(Severe uncontrolled distress)**



บทนำ

ผู้ป่วยบางรายในระยะท้ายมีภาวะทุกข์ทรมาน (distress) ที่ไม่สามารถทนได้ อาการ distress มีการแสดงออกได้หลายอย่าง แต่มักแสดงออกมาเป็นอาการกระสับกระส่าย หรืออารมณ์แปรปรวน สาเหตุอาจเนื่องมาจากทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ หรืออาจจะ มีหลายสาเหตุร่วมกัน

การประเมิน

การประเมินอย่างพิถีพิถันทั้งปัจจัยทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ ความทุกข์ทรมานจากการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่ต้องพิจารณา ซึ่งอาจจะประเมินได้ยากโดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต หรือช่วงที่สื่อสารลำบาก/มีอาการสับสน ดังนั้นความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พึงประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อสืบหาว่าผู้ป่วยสามารถให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต

การจัดการ

รักษาสาเหตุที่แก้ไขได้ รวมถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดยา (withdrawal) จาก สุรา ยา ยาเสพติด หรือบุหรี่ หากการประเมิน หรือการจัดการยากลำบาก พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

การจัดการแบบไม่ใช้ยา

การสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญ เน้นที่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเด็นทางจิตวิญญาณ ทีมสหสาขาวิชาชีพ บางสาขา เช่น พระ/บาทหลวง สามารถเข้ามาช่วยดูแลปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ของผู้ป่วย การรักษาทางเลือก เช่น การสะกดจิต การจินตนาการ อาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้

ยาจัดการอาการ

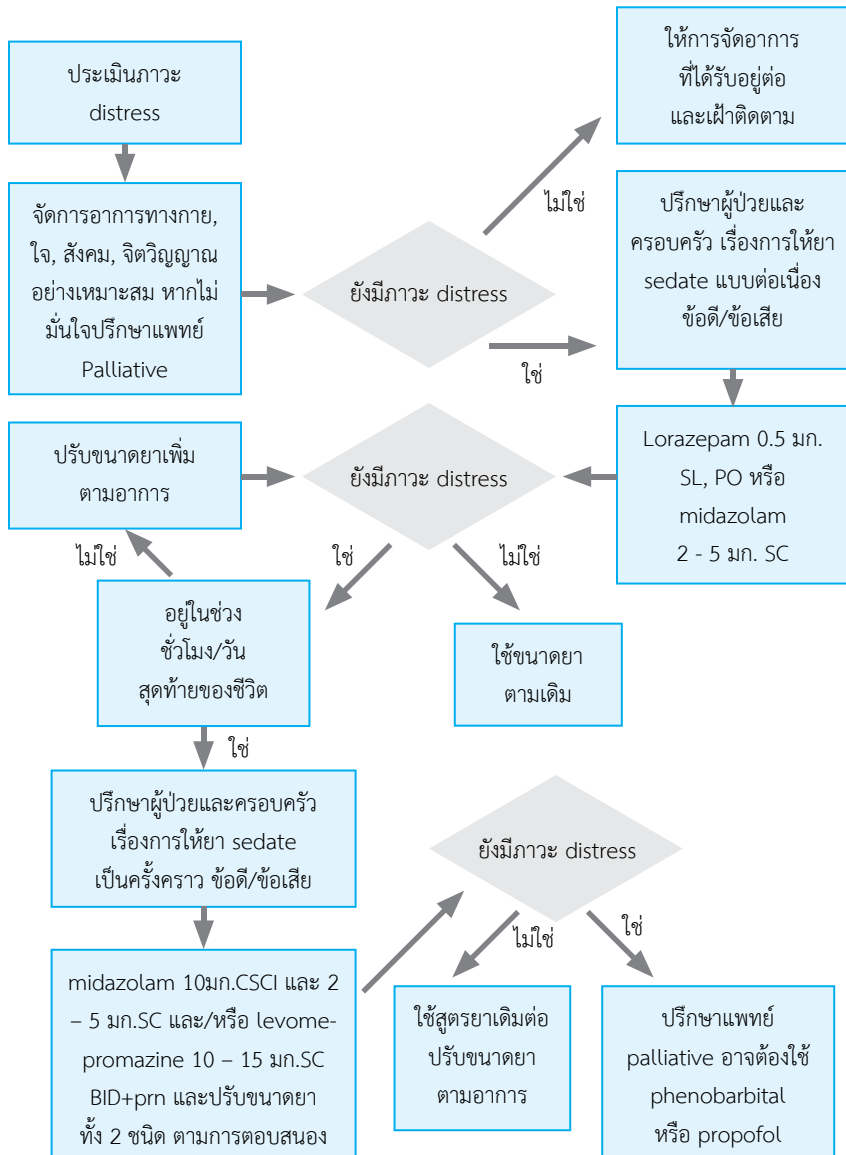
แนวทางการจัดการแบบใช้ยา

หากผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานแสนสาหัส สามารถเสนอทางเลือกของการให้ยาจนทำให้ผู้ป่วยสงบ (sedation) โดยวิธีการ palliative sedation (PS) ในรายที่ยังคงมีอาการทุกข์ทรมานทั้งๆที่ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสมที่สุดแล้ว PS เป็นแนวทางในอุดมคติที่ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนล่วงหน้า (advance care plan) แจ้งแนวทางในการปฏิบัติ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ ประเมินว่าเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ หากผู้ป่วยต้องการจำเป็นต้องแจ้งความต้องการนี้แก่ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ หากผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจและไม่เคยแจ้งความต้องการไว้ก่อน พึงพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด

- ในการเริ่มต้น ใช้การฉีดยา sedation เป็นครั้งๆ ไป เช่น ใช้ midazolam ขนาดน้อยๆ (2 – 5 มก. subcutaneous (SC) ในผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยา benzodiazepine มาก่อนและปรับขนาดยาจนได้ผลที่ต้องการ) หรือ lorazepam (0.5 มก. sublingual (SL) หรือ oral) ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถประเมินผลของยาเองได้ ควบคุมการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยต้องการได้ และไม่ใช้ยาในช่วงที่ต้องการจะตื่นมากขึ้นได้ เช่น เวลาที่ญาติมาเยี่ยม
- การใช้ยา sedation อย่างต่อเนื่องควรใช้เฉพาะในช่วงไม่กี่วัน/ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต ในผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานเกินกว่าจะทนได้ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ควรใช้วิธีหยดยาอย่างต่อเนื่องเข้าใต้ผิวหนัง continuous subcutaneous infusion (CSCI) ตลอด 24 ชม. เช่น midazolam 10 มก. (สามารถปรับยาได้ถึง 60 มก./24 ชม.) และ/หรือ SC levomepromazine (เริ่มที่ 10 – 15 มก. SC – สามารถให้ทาง CSCI ได้: ขนาด 25 – 100 มก./24 ชม. สูงสุด 200 มก./24 ชม.) ซึ่งมักมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการ delirium
 - ยา sedatives ตัวอื่นๆมีโอกาสน้อยมาก ยา phenobarbital และยา propofol สามารถใช้ภายใต้คำแนะนำ/การให้คำปรึกษาของแพทย์ palliative และเภสัชกร
- ถ้าภาวะ distress หลังการให้ยาข้างต้นไม่สามารถจัดการได้ พิจารณายา barbiturates ในการจัดการให้สงบ เช่น ให้ยา phenobarbital 200 มก.

ทาง IV/IM ทันที (หลีกเลี่ยงการให้ SC เพราะอาจทำให้เนื้อเยื่อตายได้) ตาม
ด้วยขนาด 400 -1,200 มก. CSCI ใน 24 ชม.

- Propofol ใช้ในผู้ป่วยบางราย ที่ไม่สามารถจัดการอาการได้ (intractable)



ข้อควรปฏิบัติ

- ทีมดูแลผู้ป่วยควรมีประสบการณ์ และความชำนาญมากพอในการตัดสินใจว่าอาการรักษาต่อไม่ได้ (refractory) ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ palliative ก่อนจะเริ่ม palliative sedation
- การให้สารน้ำในผู้ป่วยที่ sedate จะพิจารณาเมื่อเล็งเห็นข้อดีมากกว่าข้อเสีย เช่น ให้สารน้ำชั่วคราวระหว่างรอผลการรักษาอื่น
- จุดประสงค์ของ palliative sedation คือ ลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งต่างจากรุณยฆาต (euthanasia) ที่ประสงค์ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น จะเป็นสิ่งที่ดีที่มีการบันทึกข้อมูลเรื่องจุดประสงค์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยลดความทรมาน โดยการลดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ปรับสัดส่วนยาที่ใช้ การให้ยาอย่างต่อเนื่องในช่วงไม่นานก่อนเสียชีวิต
- ครอบครัวและทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ sedate ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือด้วย

อ้างอิง

- Anquinet, L., Raus, K., Sterckx, S., Smets, T., Deliens, L. and Rietjens, J. a. C. 2013. Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: a focus group study. *Palliative Medicine*, 27(6), pp. 553-61.
- Bruce, A. and Boston, P. 2011. Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2732-40.
- Bruera, E. 2012. Palliative sedation: when and how? *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), pp. 1258-9.
- Bruinsma, S. M., Rietjens, J. a. C., Seymour, J. E., Anquinet, L. and Van Der Heide, A. 2012. The experiences of relatives with the practice of palliative sedation: a systematic review. *Journal of Pain & Symptom Management*, 44(3), pp. 431-45.
- Cherny, N. I., Radbruch, L. and Board of the European Association for Palliative, C. 2009. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), pp. 581-93.

- Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P. and Broeckaert, B. 2012. Level of consciousness in dying patients. The role of palliative sedation: a longitudinal prospective study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(3), pp. 195-200.
- Cowan, J. D. and Palmer, T. W. 2002. Practical guide to palliative sedation. *Current Oncology Reports*, 4(3), pp. 242-9.
- De Graeff, A. and Dean, M. 2007. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), pp. 67-85.
- Kang, J. H., Shin, S. H. and Bruera, E. 2013. Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 39(1), pp. 105-12.
- Legemaate, J., Verkerk, M., Van Wijlick, E. and De Graeff, A. 2007. Palliative sedation in the Netherlands: starting-points and contents of a national guideline. *European Journal of Health Law*, 14(1), pp. 61-73.
- Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., Amadori, D. and Nanni, O. 2012. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), pp. 1378-83.
- McWilliams, K., Keeley, P. W. and Waterhouse, E. T. 2010. Propofol for terminal sedation in palliative care: a systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 13(1), pp. 73-6.
- Morita, T., Ikenaga, M., Adachi, I., Narabayashi, I., Kizawa, Y., Honke, Y., Kohara, H., Mukaiyama, T., Akechi, T., Kurihara, Y., Uchitomi, Y., Japan Pain, R. P. M. and Psycho-Oncology Study, G. 2004. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Supportive Care in Cancer*, 12(12), pp. 885-9.
- Quill, T. E., Lo, B., Brock, D. W. and Meisel, A. 2009. Last-resort options for palliative sedation. *Annals of Internal Medicine*, 151(6), pp. 421-4.
- Vissers, K. C. P., Hasselaar, J. and Verhagen, S. a. H. H. V. M. 2007. Sedation in palliative care. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(2), pp. 137-42.