



แนวทางการดำเนินงาน
ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล
Operational Guidelines for Hospital Palliative Care Program
ศูนย์การุณรักษ์

รศ.พญ.ศรียิ่ง ไพโรจน์กุล
พว.ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ

คำนำ

คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์ เป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพของศูนย์การุณรักษ์ และเป็นแนวทางการทำงานให้กับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ และสามารถเชื่อมต่อการทำงานระหว่างศูนย์การุณรักษ์และทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

คู่มือเล่มนี้ได้เรียบเรียงจาก Policies and Tools for Hospital Palliative Care Program ของ Center to Advance Palliative Care ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ Palliative Care Program ในสหรัฐอเมริกาดำเนินการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ในส่วนของ Symptom Management Guidelines ในคู่มือเล่มนี้ ได้รับอนุญาตจาก National Health Service, United Kingdom ให้แปลและปรับปรุงเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คู่มือเล่มนี้รวบรวมจากประสบการณ์การทำงานของศูนย์การุณรักษ์ ซึ่งทำงานในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตามคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์แก่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองอื่นๆ ในการนำไปปรับใช้ตามระบบและทรัพยากรของโรงพยาบาลที่มีอยู่



รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สารบัญ

1. ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Scope of Palliative Care Practice)	1-1
2. ทีมดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital-Based Palliative Care Team)	2-1
3. การตรวจกรองเพื่อส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง (Screening Process)	3-1
4. การขอรับคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์การุณรักษ์ (Consultation/Referral Process to Karunruk Palliative Care Center Services)	4-1
5. การวางแผนการดูแลรักษา (Care Planning)	5-1
6. การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย (Symptom Management in Palliative Care)	6-1
7. การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล (Patient/Family/Caregiver Information and Education)	7-1
8. การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย	8-1
9. การทำ Medication Reconciliation (MR) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	9-1
10. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	10-1
11. การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต (Care of the Imminently Dying)	11-1
12. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management in Palliative Care)	12-1
13. การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Removal of Mechanical Ventilation in Dying Patient)	13-1
14. การใช้ยา opioid ชนิดฉีดในการจัดการอาการที่บ้าน	14-1
15. แนวทางการบริหารยาใต้ผิวหนังผู้ป่วยระยะท้าย (Subcutaneous Drug Administration in Palliative Care)	15-1
16. การดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Bereavement Care)	16-1
17. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายดูแลประคับประคอง	17-1
18. การพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคอง	18-1

Tables

ตารางที่ 6-1	ขนาดที่เทียบเท่ากัน (Equivalent doses) ของ opioids ที่แนะนำสำหรับการจัดการอาการปวดในการรักษาแบบประคับประคอง	6-13
ตารางที่ 6-2	การแปลงยาจาก morphine ไปเป็น second line opioids ที่ใช้สำหรับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง	6-14
ตารางที่ 6-3	การแปลงขนาดยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดในการรักษาแบบประคับประคอง	6-18
ตารางที่ 6-4	การจัดการสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย	6-27
ตารางที่ 6-5	สาเหตุ อาการทางคลินิก และการรักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน	6-35
ตารางที่ 6-6	การบริหารยาที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน	6-37
ตารางที่ 6-7	กลไกการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน	6-37
ตารางที่ 6-8	ยาที่ใช้รักษาภาวะลำไส้อุดตันในผู้ป่วยระยะท้าย	6-44
ตารางที่ 6-9	การรักษาภาวะผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย	6-54
ตารางที่ 6-10	หลักการการดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อนเสียชีวิต	6-68
ตารางที่ 6-11	การจัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต	6-69
ตารางที่ 10-1	Palliative Care Discharge Checklist	10-7
ตารางที่ 10-2	ยาที่ใช้ในการจัดการอาการที่บ้านสำหรับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต	10-7
ตารางที่ 13-1	ข้อแนะนำการเลือกวิธีถอดถอนเครื่องช่วยหายใจตามสภาพผู้ป่วย	13-4
ตารางที่ 15-1	การบริหารยา Single drug used in a subcutaneous infusion over 24 hours in PC	15-4
ตารางที่ 15-2	การบริหารยา Combination drugs used in a subcutaneous infusion over 24 hours in PC	15-7
ตารางที่ 17-1	ข้อบ่งชี้การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับอาสาสมัครชุมชน	17-6
ตารางที่ 18-1	องค์ประกอบการประเมินคุณภาพสำหรับศูนย์ดูแลประคับประคอง	18-8
ตารางที่ 18-2	ตัวชี้วัดเชิงปริมาณสำหรับการพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคอง	18-8
ตารางที่ 18-3	ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพสำหรับการพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคอง	18-9

Guidelines

แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	3-4
แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score	5-4
แนวปฏิบัติสำหรับ PCWN ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์	5-6
แนวปฏิบัติการจัดการอาการในการดูแลแบบประคับประคอง	6-6
แนวปฏิบัติการประชุมครอบครัว	7-3
แนวทางการทำ Medication Reconciliation ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	9-3
แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิตกลับบ้าน	10-6
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาล	11-2
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน	11-4
แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในภาวะฉุกเฉิน	12-5
แนวปฏิบัติการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต	13-2
แนวปฏิบัติการนำยา opioid ชนิดฉีดออกนอกโรงพยาบาล	14-2
แนวทางการบริหารยาใต้ผิวหนังผู้ป่วยระยะท้าย	15-1
แนวปฏิบัติการให้สารน้ำใต้ผิวหนัง (Hypodermolysis)	15-14
แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสีย	16-1

Workflows

การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	3-2
การขอรับการปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์การุณรักษ์	4-3
การวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง	5-2
การจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย	6-4
การจัดการอาการทางกายอื่นๆ ที่ไม่ใช่อาการปวด	6-5
การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว	7-2
การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย	8-4
Medication Reconciliation ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	9-4
ขั้นตอนการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย IPD	9-5
การปฏิบัติงานของเภสัชกร OPD Palliative	9-6
การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย	10-3
การติดตาม ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่อง	10-4
คลินิกดูแลประคับประคองผู้ป่วยนอก	10-5
การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาล	11-8
การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้าน	11-9
การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ห้องฉุกเฉิน	12-3
การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่บ้าน	12-4
การถอดถอนเครื่องฟุ้งชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์	13-6
การบริหาร Palliative Care Drug Box ของพยาบาลศูนย์การุณรักษ์	14-3
การบริหารยาฉีด Opioids ไปใช้ที่บ้านของศูนย์การุณรักษ์	14-4
การตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลจังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 7	17-4
การตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7	17-5
การให้คำปรึกษาและการให้บริการแบบประคับประคอง	17-7
ศูนย์ดูแลประคับประคองประจำโรงพยาบาล เขตบริการสุขภาพที่ 7	
การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยประคับประคองของศูนย์ดูแลประคับประคอง เขตบริการสุขภาพที่ 7	17-8
การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย เขตบริการสุขภาพที่ 7	17-9
การติดตาม/ส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้าย เขตบริการสุขภาพที่ 7	17-10
การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้าน เขตบริการสุขภาพที่ 7	17-11

Checklists

การวางแผนการดูแลรับและการทบทวนแผนการดูแลในการดูแลแบบประคับประคอง	5-3
Palliative Care Discharge Checklist	10-7
Terminal Care Plan for Inpatient Checklist	11-5
Terminal Care Plan Home Visit Checklist	11-7
แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล	11-10
แบบบันทึกการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต	13-7

Appendices

แบบฟอร์มขอรับคำปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ (Karunruk Palliative Care Center)	ภาคผนวก-1
แบบรายงานผู้ป่วยผู้ใหญ่ศูนย์การุณรักษ์ (Palliative Care Center)	ภาคผนวก-2
แบบประเมินและติดตามผู้ป่วยระยะท้าย	ภาคผนวก-3
แบบบันทึกการประชุมปรึกษาหารือร่วมกับทีม (Care conference record)	ภาคผนวก-4
แบบบันทึกการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Patient/Family Care Conference Record)	ภาคผนวก-5
Subcutaneous Infusion Prescription Chart	ภาคผนวก-6
สมุดประจำตัวการใช้ยาทางใต้ผิวหนังของผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ภาคผนวก-7
แบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	ภาคผนวก-8
แนวปฏิบัติการใช้ Disposable Syringe Pump เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะใกล้เสียชีวิต	ภาคผนวก-9
แบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของศูนย์การุณรักษ์	ภาคผนวก-10
แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของนักสังคมสงเคราะห์	ภาคผนวก-11
บันทึกการเสียชีวิตที่บ้าน	ภาคผนวก-12

1. ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Scope of Palliative Care Practice)

เป้าหมาย: กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลประคับประคอง

คำนิยาม:

- การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต เป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สบายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรค หรือ life-prolonging treatment ซึ่งตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เภสัชกร ผู้นำจิตวิญญาณ เป็นต้น บุคลากรที่มีสุขภาพดีให้การดูแลแบบประคับประคอง ต้องผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอน:

1.1 การปฏิบัติงานของทีมสุขภาพมุ่งเน้น

- การควบคุมและจัดการอาการไม่สบาย
- คงสถานะการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้องและเป็นจริง
- จัดสภาพแวดล้อมที่สบายและเยียวยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- วางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายการรักษาพยาบาลที่ใกล้บ้านในเวลาที่เหมาะสม
- ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตได้มีโอกาสเตรียมตัวกับความตาย และสามารถปิดฉากชีวิตได้อย่างราบรื่น
- ปฏิบัติตนเป็นพี่เลี้ยงหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแก่บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- จัดระบบบริการให้ผู้ป่วยระยะท้าย สามารถเข้าถึงบริการได้ในเวลาที่เหมาะสม

1.2 กระบวนการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

- 1.2.1 การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว สามารถกระทำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การทบทวนประวัติผู้ป่วย สอบถามพูดคุยกับแพทย์/พยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษอื่นๆ
- 1.2.2 เมื่อประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแล้วต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปของเอกสาร ซึ่งประกอบด้วย
 - โรคและประวัติการรักษาพยาบาล
 - สมรรถนะทางกาย (functional status) และพยากรณ์โรค
 - โรคร่วมและปัญหาทางจิตเวช (หากมี)
 - อาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่ออาการดังกล่าว (หากมี)
 - การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ซึ่งครอบคลุมถึงการให้การดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงสถานที่ให้การดูแลในระยะท้ายและสถานที่ที่เสียชีวิต (preferences) การกำหนดผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) เป็นต้น
- 1.2.3 ต้องมีการทบทวนผลการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรับและตลอดช่วงการให้การดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการให้การดูแลรักษา
- 1.2.4 การประเมินซ้ำ (reassessment) กระทำเป็นระยะตามความจำเป็น

2. ทีมดูแลระดับประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital-Based Palliative Care Team)

เป้าหมาย: กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขา

ผู้รับผิดชอบ: ทีมสหสาขาดูแลระดับประคับประคอง

คำนิยาม:

ทีมสหสาขาในการดูแลระดับประคับประคอง ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพมาร่วมกันทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย

ความจำเป็นของทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการดูแลครอบครัว และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทีมดูแลระดับประคับประคอง จึงจำเป็นต้องประกอบด้วยนักวิชาชีพที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การทำงานเป็นทีม

เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นหัวใจของการทำงาน ทุกวิชาชีพนำความรู้ความสามารถมาให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยต่างตระหนักถึงความสำคัญของกันและกัน รับฟังความเห็น มีระบบสื่อสารในทีมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ทีมสหสาขายังต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้ รวมถึงทำงานข้ามขอบเขตโรงพยาบาล สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับเครือข่าย องค์กรอื่นๆ และชุมชน

หัวหน้าทีม/ศูนย์ดูแลระดับประคับประคอง

สถานะ: ทำงานเต็มเวลา

เป้าหมาย: เป็นผู้นำทีมดูแลระดับประคับประคอง

หน้าที่รับผิดชอบ:

- ดูแลการทำงานของทีม
- พัฒนาระบบและขั้นตอนการทำงาน รวมถึงตรวจสอบติดตามการทำงานของทีม
- นำการประชุมประจำทุกเดือน
- จัดประชุมประจำปีเพื่อวางแผนกลยุทธ์การทำงาน
- ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแล
- ดูแลงบประมาณ และจัดสรรภาระงานแก่ลูกทีม
- ประเมินความต้องการด้านการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร และวางแผนการพัฒนาบุคลากร

- สร้างเครือข่ายกับองค์กรต่างๆ รวมถึงเครือข่ายในชุมชน
- ให้ความมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยได้ทำตาม clinical protocol, case management ตามที่กำหนดไว้ในโครงการ และสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
- เข้าร่วมอยู่ในการดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล
- เป็นกระบอกเสียงของโครงการในการเผยแพร่การทำงานให้เป็นที่รับทราบทั้งในและนอกโรงพยาบาล

คุณสมบัติ:

- แพทย์ที่จบระดับวุฒิบัตรและมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี และทำงานด้านบริหารไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือพยาบาลระดับ advance practice nurse ซึ่งผ่านการทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี และผ่านการทำงานด้านบริหารไม่น้อยกว่า 1 ปี
- ผ่านการอบรม Palliative Medicine ระยะกลาง (ในอนาคตควรจบประกาศนียบัตรหรือวุฒิบัตรด้าน Palliative Medicine)
- ถ้าเป็นไปได้ควรมีประสบการณ์การทำงานด้านพัฒนาคุณภาพ
- ถ้าเป็นไปได้ควรมีประสบการณ์ด้านการรับปรึกษาปัญหาด้านจริยธรรม

แพทย์ประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง

สถานะ: ทำงานเต็มเวลา

เป้าหมาย: ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการส่งต่อหรือขอรับการปรึกษาในโรงพยาบาลหรือชุมชน

หน้าที่รับผิดชอบ:

- ให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- ประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน
- ให้การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้ข้อมูลด้านโรคและช่วยผู้ป่วยและครอบครัววางแผนเป้าหมายการดูแล (goal of care) รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
- ทำงานร่วมกับแพทย์ที่ขอรับการปรึกษาอย่างใกล้ชิด ให้ข้อคิดเห็นด้านเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสมตามสมรรถนะของผู้ป่วยและตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
- ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมให้เข้าถึงบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
- พัฒนาองค์ความรู้ เป็นวิทยากรจัดอบรมให้แก่ทีมและบุคลากรต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- รับการปรึกษานอกเวลาราชการให้แก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล
- ให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย
- เข้าร่วมสัมมนาประชุมกรณีศึกษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- ช่วยในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- พัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

คุณสมบัติ:

- จบวุฒิปริญญาใดก็ได้และมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี
- ผ่านการอบรม Palliative Medicine ระยะกลาง (ในอนาคตควรจบประกาศนียบัตรหรือวุฒิปริญญา Palliative Medicine)

พยาบาลประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง

สถานะ: ทำงานเต็มเวลา

เป้าหมาย: ทำงานร่วมกับทีมดูแลระดับประคอง

หน้าที่รับผิดชอบ:

- ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
- ช่วยแพทย์ในการประเมิน การดูแล รักษา และจัดการภาวะสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง
- สามารถแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีในระดับพื้นฐานได้
- ให้คำแนะนำแพทย์ทั่วไปในการสั่งยาควบคุมพิเศษ เช่น มอร์ฟิน ภายใต้การกำกับของแพทย์ทีมระดับประคอง
- ให้คำแนะนำแพทย์ทั่วไปในการสั่งการรักษา และการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคองที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ได้
- ให้การรักษาอื่นๆ หรือแก้ไขความผิดปกติตามข้อบ่งชี้ รวมถึงการดูแลในภาวะฉุกเฉินได้
- ปรีกษาแพทย์ในทีมดูแลระดับประคองตามความจำเป็น ให้ข้อมูลกับแพทย์เจ้าของไข้ถึงการจัดบริการของทีมระดับประคอง และการประสานงานกับแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดูแลตามความเหมาะสม
- ช่วยประสานการดูแล ให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหารอบด้านให้กับผู้ป่วยที่ส่งต่อมา เพื่อรับการดูแลแบบประคองทุกราย
- เตรียมการบันทึกและมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง/แม่นยำ ต่อเนื่อง ในประวัติการรักษาและแบบบันทึกต่างๆ เพื่อช่วยในการสนับสนุนได้ว่า มีการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ดีและการคำนวณค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการจัดหาบริการด้านนี้
- จัดการอบรมและการศึกษาต่อเนื่องด้านการดูแลระดับประคองให้กับทีมสุขภาพ
- ช่วยพัฒนาแนวปฏิบัติ/มาตรฐานการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคองที่ดี
- ยึดมั่นกับการปฏิบัติและการรักษาความลับของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และองค์กร

คุณสมบัติ:

- จบปริญญาตรีทางการพยาบาล มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี
- ผ่านการอบรม Palliative Nursing ระยะกลาง (ในอนาคตควรจบการอบรมระยะยาว หรือเป็น APN)
- มีทักษะการสื่อสารและมีมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างดีเลิศ

เภสัชกรประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง

สถานะ: ทำงานเต็ม/ไม่เต็มเวลา

เป้าหมาย: ทำงานร่วมกับทีมดูแลระดับประคอง

หน้าที่รับผิดชอบ:

- ติดตามทบทวนประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย และประสานรายการยาต่อเนื่อง (medication reconciliation)
- ช่วยตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ เช่น ขนาดยาและวิธีการบริหารยามีความเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย ตรวจสอบค่าการทำงานของตับและไต อันตรายจากปฏิกิริยาระหว่างยา ข้อห้ามใช้ยา เป็นต้น
- ติดตามผลของการได้รับยาจัดการอาการในแง่ประสิทธิผลของยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
- ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems; DRPs) อื่นๆ
- ดำเนินการแก้ไขปัญหามีเกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ที่พบระหว่างการติดตามการใช้ยาและผลการรักษาของผู้ป่วย และวางแผนหาแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาก่อนกลับบ้าน (discharge counseling) แก่ผู้ป่วยและญาติ
- การจัดบริการให้ความรู้ด้านยาใหม่ๆ กับสมาชิกในทีมดูแลแบบประคับประคอง (academic In-services)
- การช่วยติดต่อประสานกับหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านของผู้ป่วย เรื่องการเข้าถึงยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ใน ระยะสุดท้ายหรือภาวะฉุกเฉิน
- เภสัชชุมชนร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดการดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

คุณสมบัติ:

- มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 2 ปี
- ผ่านการอบรมระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะประคับประคอง หรือได้รับวุฒิปริญญาตรี/อนุปริญญาตรี แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (เภสัชบำบัด)

นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ดูแลระดับประคอง

สถานะ: ทำงานเต็มเวลา/ไม่เต็มเวลา

เป้าหมาย: ทำงานร่วมกับทีมดูแลระดับประคอง

หน้าที่รับผิดชอบ:

- ให้บริการทุกวัน (จันทร์-ศุกร์) สำหรับทีมการดูแลแบบประคับประคอง
- ให้การสนับสนุนด้านจิตสังคมให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคอง โดยทำงานในฐานะเป็นสมาชิกในทีมดูแลแบบประคับประคอง
- จัดหาแหล่งทรัพยากร แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- ประสานความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การดูแลเรื่องสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วย

- ให้การประทับประคองจิตใจและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- เข้าร่วมประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วย
- ประสานงานเครือข่ายภายในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างราบรื่น และติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย
- เข้าร่วมประชุมประจำเดือนและประจำปีเพื่อรับฟังวิธีการดำเนินงานและการบริหารของการดูแลแบบประคับประคอง
- ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ดำเนินการโครงการการดูแลแบบประคับประคองให้บริการผู้ป่วยให้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสานงานข้อมูลและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ มีส่วนร่วมในการริเริ่มปรับปรุงคุณภาพ และเชื่อมโยงการทำงานของทีมนและหน่วยงานอื่น ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล อีกทั้งจัดหาทรัพยากรจากหน่วยงานภายนอกและชุมชน
- ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับชุมชน เพื่อให้การประสานงานเป็นไปได้อย่างเหมาะสม จัดสรรทรัพยากรเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล

คุณสมบัติ:

- ปริญญาทางด้านสังคมสงเคราะห์ และมีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปี
- ได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น/ระยะกลางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สมรรถนะหลักของทีมให้การดูแลแบบประคับประคอง

(Core Competencies in Palliative Care)

General Medicine

มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคหรือการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างดี รวมถึงการดำเนินโรค ปัจจัยที่มีผลต่อพยากรณ์โรค อาการและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปอด หัวใจ ไต ตับ ต่อมไร้ท่อ โรคไขข้อ โรคหลอดเลือด โรคติดเชื้อ โรคระบบประสาท และการได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรง

Pain and Symptom Management

จัดการความปวดและอาการไม่สบายอื่นๆ จากตัวโรคหรือจากการรักษาในเวลาที่เหมาะสมและก่อให้เกิดผลลัพธ์และผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับได้ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมดูแลการยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยในการใช้การรักษาทางเลือก

Psychosocial

จัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตสังคมผู้ป่วย ฟังอย่างตั้งใจและให้การสนับสนุนด้านจิตสังคมอย่างเหมาะสม ส่งต่อให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือที่มีผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน และ/หรือมีผู้เชี่ยวชาญในการให้การช่วยเหลือด้านนี้ บูรณาการดูแลด้านจิตสังคมในทุกครั้งที่ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกัน

Spiritual/Cultural

สร้างสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนื่องและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี เพื่อช่วยสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความต้องการด้านจิตวิญญาณ เสริมความเข้มแข็งและให้มีโอกาสปฏิบัติตามวัฒนธรรมความเชื่อ สร้างบรรยากาศที่ก่อให้เกิดการพูดคุยเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณในระหว่างการดูแล ส่งต่อให้ทีมให้การดูแลด้านจิตวิญญาณและแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สอดคล้องกับการให้คุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัว สื่อสารความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตามความชอบของผู้ป่วยและครอบครัวให้แก่ทีมดูแลอื่นที่เกี่ยวข้อง

Relationship: Family and Community

เห็นความสำคัญของความต้องการด้านการประคับประคองจากครอบครัวและเพื่อนฝูง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่งเสริมให้มีการสื่อสาร เชื่อมโยงเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เข้มแข็งขึ้น เอื้ออำนวยครอบครัวในการสื่อสารประเด็นปัญหาเฉพาะด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวภายใต้สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

Honoring Patient Care Wishes

ทำความเข้าใจและสื่อสารถึงความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเกิดภาวะวิกฤติ หรือในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังใกล้จะเสียชีวิต เคารพในความปรารถนาของผู้ป่วย ทำให้เกิดความแตกต่างอย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายและ/หรือเกิดการฟื้นตัวที่ดี ให้การสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวปฏิเสธการรักษา จัดหาสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับครอบครัวได้พักกับผู้ป่วย

Dying and Death

สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลกำลังจะเสียชีวิต สื่อสารกับผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างจริงจังเกี่ยวกับการเผชิญกับความตายและการช่วยเหลือที่จะได้รับในช่วงวันสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ช่วยผู้ป่วย/ครอบครัวในการตัดสินใจเลือกสถานที่เสียชีวิตตามความต้องการ ช่วยครอบครัวให้ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย มีโอกาสได้กล่าวคำอำลาครั้งสุดท้าย และช่วยให้เกิดความปรองดองและสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว

After Death

เตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นทันที จากการเสียชีวิตของผู้ป่วย เช่น การจัดงานศพ การทำบุญ ช่วยประสานความช่วยเหลืออื่นๆ ตามความเหมาะสม

Bereavement

ให้การดูแลความเศร้าโศกที่เกิดจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนด้วยการพูดคุยสื่อสารถึงปัญหาและสิ่งที่ครอบครัวตระหนักได้อย่างเหมาะสม เริ่มส่งต่อเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนในระหว่างที่มีความเศร้าโศกจากการเสียชีวิต

Relationship

สร้างความเป็นมิตรกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการรับฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจดูแล ซื่อสัตย์ ไว้วางใจ และอยู่ด้วยเมื่อเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ เริ่มติดต่อสื่อสารกับครอบครัวที่มีความเศร้าโศกจากการเสียชีวิตด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม เช่น การโทรศัพท์ ส่งการ์ดหรือจดหมายที่แสดงออกถึงความเสียใจที่ทีมประคับประคองมีต่อครอบครัว

Communication

สามารถใช้ทั้งภาษากายและภาษาใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลที่สำคัญด้วยความซื่อสัตย์ และท่าทีที่ชัดเจน/เหมาะสม คงไว้ซึ่งความหวังโดยเน้นไปที่เป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองเป็นสำคัญ เมื่อการรักษาเริ่มไม่ได้ผลและระยะเวลาที่เหลือของชีวิตไม่นานอย่างที่หวังไว้ เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตามคุณค่าและความหมายของชีวิตของผู้ป่วย

Teaching

ประเมินปัญหาและความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมในการสนับสนุนและให้ข้อมูลเพิ่มเติม ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และจัดหาคู่มือ/แผ่นพับเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาผลที่จะเป็นไปได้ และระบบบริการสุขภาพที่จะได้รับ

Team Collaboration

บูรณาการและจัดหาทีมสหสาขาวิชาชีพที่จำเป็นในการดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับว่าสมาชิกของทีมแต่ละคนมีคุณค่าและสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายเท่าเทียมกัน

3. การตรวจกรองเพื่อส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง (Screening Process)

ขอบเขต: ให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้เข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการตรวจกรอง เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

ผู้รับผิดชอบ: ทีมสุขภาพบนหอผู้ป่วย

ขั้นตอน:

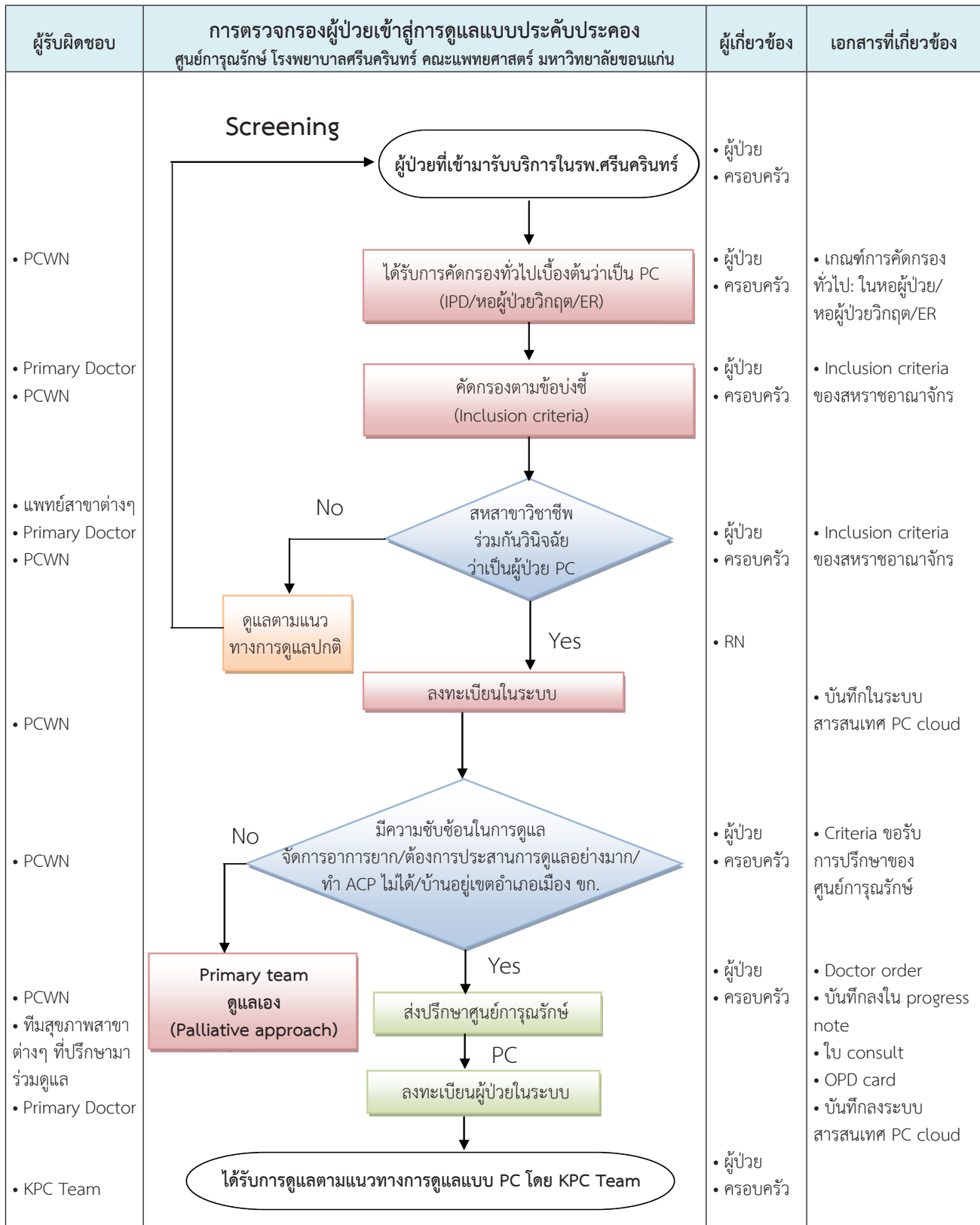
ควรมีการตรวจกรองผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลเพื่อการส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง เกณฑ์การคัดกรองเบื้องต้น อาจเป็นเกณฑ์คัดกรองที่ง่ายต่อการค้นหา และมีเกณฑ์คัดกรองที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น มี **inclusion criteria** ตามกลุ่มโรค

3.1 การตรวจกรองในหอผู้ป่วย

- ทีมสุขภาพบนหอผู้ป่วย นำโดย Palliative care ward nurse (PCWN) ทำการตรวจกรองผู้ป่วยที่รับใหม่ รวมถึงผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้ข้อบ่งชี้ของ National Health Service, UK.
- PCWN รายงานแพทย์เพื่อรับรองการวินิจฉัยแล้วทำการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน Palliative care cloud program ของศูนย์การุณรักษ์ โดยใช้ password ของ PTC กลุ่มงาน แพทย์พิจารณาว่า ต้องการปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ หรือไม่ ถ้าต้องการปรึกษาให้แพทย์เขียนใบขอรับการปรึกษา กรณีแพทย์ยังไม่ปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยแบบ palliative approach ตามแนวปฏิบัติของกลุ่มงาน

*ดู Workflow การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง หน้า 3-2

Workflow การตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง



* PCWN = Palliative Care Ward Nurse
KPC Team = Karunruk Palliative Care Team

3.2 ขั้นตอนการตรวจกรอง

โดยใช้ Inclusion Criteria for Palliative Care ของ National Health Service, UK. โดยพิจารณาตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ถามคำถาม “Surprise question” ในผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตใน 6-12 เดือนข้างหน้า” ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบ palliative care

ขั้นตอนที่ 2. หาข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีที่คำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ palliative care ข้อบ่งชี้เหล่านี้ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยมีสมรรถนะถดถอย นิ่งๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาตื่น $PPS \leq 50\%$

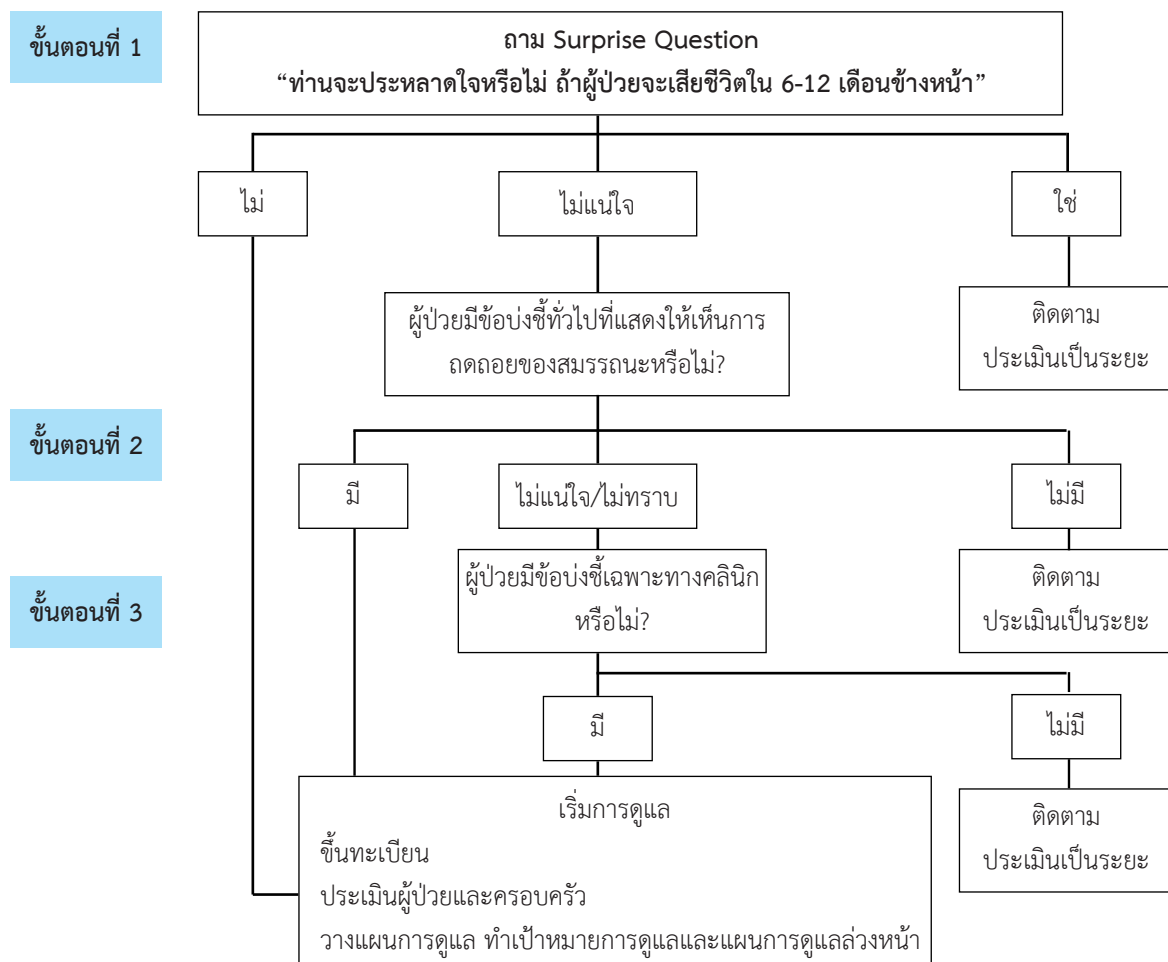
2.2 มี multiple co-morbidity ที่คุกคามชีวิต

2.3 โรคอยู่ในระยะไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือโรคลุกลาม หรือผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รักษาโรคที่คุกคามชีวิตอีกต่อไป (ยูติเคมีบำบัดในโรคมะเร็ง ยูติการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง)

2.4 น้ำหนักลดต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ในหกเดือนที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค

แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง



ข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก (Specific criteria) มี > 2 ข้อ

Cancer Performance status deteriorating due to metastatic cancer and/or co-morbidities Persistent symptoms despite optimal palliative oncology treatment or too frail for oncology treatment	Heart Disease NYHA Class III/IV heart failure, severe valve disease or extensive coronary artery disease. Breathless or chest pain at rest or on minimal exertion. Persistent symptoms despite optimal tolerated therapy. Systolic blood pressure <100 mmHg and/or pulse >100. Renal impairment (eGFR <30ml/min). Cardiac cachexia. Two or more acute episodes needing intravenous therapy in past 6 months.	Respiratory Disease Severe airway obstruction (FEV1<30%) or restrictive deficit (vital capacity <60%, transfer factor <40%) Meets criteria for long term oxygen therapy (PaO2 <7.3 kPa) (60 mmHg) Breathless at rest or on minimal exertion between exacerbations. Persistent severe symptoms despite optimal tolerated therapy Low body mass index (<21). Increased emergency admissions for infective exacerbations and/or respiratory failure.
Neurological Disease Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy. Symptoms which are complex and difficult to control. Speech problems; increasing difficulty communicating; progressive dysphagia. Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure	Liver Disease - Advanced cirrhosis with one or more complications: - Intractable ascites, - Hepatic encephalopathy, - Hepatorenal syndrome - Bacterial peritonitis, - Recurrent variceal bleeds. Serum albumin <24g/L and prothrombin time raised or INR prolonged. Hepatocellular carcinoma	Kidney Disease Stage 5 chronic kidney disease eGFR <15ml/min). Conservative kidney management due to multimorbidity. Deteriorating on renal replacement therapy; persistent symptoms and/or increasing dependency. Not starting dialysis following failure of a renal transplant. New life limiting condition or kidney failure as a complication of another condition or treatment.
Dementia Unable to dress, walk or eat without assistance; unable to communicate meaningfully. Increased eating problems; now needing pureed/soft diet or supplements or tube feeding. Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia. Urinary and fecal incontinence.		

Inclusion criteria ในประเทศสหราชอาณาจักร

ในประเทศสหราชอาณาจักร ได้มีข้อเสนอแนะให้แก่แพทย์ทั่วไปในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบ Palliative care ตาม Gold Standard Framework โดยการให้แพทย์ถามคำถามในใจว่า ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตภายใน 6-12 เดือน (Surprise question) ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ผู้ป่วยรายนั้น ควรได้รับการดูแลแบบ Palliative care แต่ถ้าคำตอบคือประหลาดใจ หรือไม่แน่ใจ ให้แพทย์มองหาข้อบ่งชี้ทั่วไป ที่บ่งบอกถึงสมรรถนะที่ถดถอยหรือการต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ให้แพทย์ดูว่ามี disease related indicators ด้วยหรือไม่ การวินิจฉัยทำสามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ถามคำถาม “Surprise question” ในผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า ควรพิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม (co-morbidity) ภาวะทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วยเพื่อให้เห็นในภาพรวม ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบ Palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค

ขั้นตอนที่ 2. หาข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีที่คำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ Palliative care ข้อบ่งชี้เหล่านี้ได้แก่

- การถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน: functional performance status ลดลง นิ่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน พึ่งพิงมากขึ้น การประเมินสมรรถนะ อาจใช้ Barthel Index ซึ่งประเมิน Activity of Daily Living (ADL) การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลืน อุจจาระ ปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว หรือการประเมิน functional assessment ซึ่งได้แก่ Karnofsky score (KPS) น้อยกว่าร้อยละ 50
- Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
- สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
- โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- น้ำหนักลดต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ในหกเดือนที่ผ่านมา
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสียการรับรู้ และการเข้ารับการดูแลในสถานบริบาล
- Serum albumin < 2.5 mg/dl

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค ดังนี้

1) **Cancer:** ผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก เช่น lung cancer ตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดคือ functional status โดยผู้ป่วยใช้เวลานั่งๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งวัน ซึ่งมีพยากรณ์โรคประมาณ 3 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

2) **Organ failure:**

Heart disease – CHF มี 2 ข้อจากตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- CHF NYHA III หรือ IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

- ทีมผู้ดูแลประเมินว่า ผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยภาวะหวัไจวาย
- มีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) มี 2 ข้อจากตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- มีสถานะของโรคอยู่ในระดับรุนแรง (FEV1 <30% predicted)
- เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา จากภาวะ COPD exacerbations)
- มีข้อบ่งชี้ของการใช้ long-term oxygen therapy
- MRC grade 4/5 โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตรในพื้นที่ราบ หรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้าน จากการมีข้อจำกัดจากภาวะหายใจหอบเหนื่อย
- มีอาการและอาการแสดงของภาวะ right side heart failure
- มีปัจจัยอย่างอื่นเหล่านี้ร่วม ได้แก่ เบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้า
- ได้รับ systemic steroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

Renal disease ผู้ป่วย Stage 5 Chronic Kidney Disease (CKD) ซึ่งมีสถานะเสื่อมถอยลง โดยมี 2 ข้อจากตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- ทีมผู้ดูแลประเมินว่า ผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- ผู้ป่วยเลือกไม่ล้างไต หรือยุติการล้างไต เนื่องจากไม่สามารถทำได้จากภาวะของโรคร่วม หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย
- มีอาการทางกายและทางจิตใจที่จัดการลำบากแม้ได้รับการดูแลด้วย renal replacement therapy ที่เหมาะสมอย่างเต็มที่
- มีอาการของไตวาย: เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน คันตามตัว สมรรถนะถดถอย ภาวะน้ำเกินที่จัดการลำบาก

Neurological disease:

- มีการเสื่อมถอยด้านกายและการรับรู้อย่างต่อเนื่อง แม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่
- มีอาการที่ซับซ้อนและจัดการยาก
- มีภาวะกลืนลำบากที่ทำให้เกิดการติดเชื้ในปอดและในกระแสเลือดซ้ำๆ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรือมีภาวะหายใจวาย
- พูดลำบาก มีความยากลำบากในการสื่อสารและมีการกลืนลำบากร่วมกับตัวบ่งชี้อื่นๆ เฉพาะโรคดังนี้

➤ **Motor Neurone Disease (MND)**

- มีการเสื่อมถอยทางกายอย่างมาก
- มีการติดเชื้ในปอดจากการสูดสำลัก
- มีการรับรู้เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก
- น้ำหนักลด
- มีอาการซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก

- มี vital capacity ต่ำ (< 70% predicted) ตรวจโดย standard spirometry
- มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ลมบ่อย
- ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้

➤ Parkinson's disease

- การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือต้องใช้ยาหลายขนานและซับซ้อนในการรักษา
- ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
- โรคควบคุมลำบาก
- มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ลมบ่อย
- มีอาการทางจิตเวช (วิตกกังวล ซึมเศร้า ประสาทหลอน จิตเภท)

➤ Multiple sclerosis

- มีอาการซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
- กลืนลำบาก และมีภาวะทุโภชนาการ
- สื่อสารลำบาก เช่น พูดลำบาก อ่อนล้า
- มีการรับรู้สูญเสีย เริ่มมี dementia

3) Frailty and dementia:

Frailty ผู้ป่วยที่มี co-morbidities หลายอย่างร่วมกับมีการเสื่อมถอยของการดำเนินชีวิตประจำวันและมีการถดถอยของ functional score จากการประเมินโดยใช้ Barthel/ECOG/Karnofsky

- มีอาการต่างๆ เหล่านี้อย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่ อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด หดเหี่ยวแรง มีกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะซึมเศร้า

Dementia มีภาวะที่เป็นสาเหตุหลายอย่างที่ต้องพิจารณาที่มีผลต่อความรุนแรงของ dementia ตัวบ่งชี้ที่บอกว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะท้ายของโรคได้แก่:

- ไม่สามารถเดินได้เอง ต้องมีคนคอยพยุง และ
- ไม่สามารถกลืนอาหารและปัสสาวะได้ และ
- ไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย และ
- ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (ADL) Barthel score <3
- ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้: น้ำหนักลด มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับระดับ 3/4 มีไข้ เป็นๆ หายๆ รับประทานทางปากลดลง/น้ำหนักลด ปอดบวมจากการสูดสำลัก

Stroke:

- อยู่ในภาวะเป็นผัก (vegetative stage) มีภาวะรู้ตัวน้อยมาก หรือมีอัมพาตรุนแรง
- มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์
- ไม่มีการฟื้นตัวในทางที่ดีขึ้นหลังเริ่มมีอาการ 3 เดือน
- มีการรับรู้เสียหาย/Post-stroke dementia

Reference:

- Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.
<http://www.goldstandardsframework.org.uk>

4. การขอรับคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์การุณรักษ์ (Consultation/Referral Process to Karunruk Palliative Care Center Services)

จุดมุ่งหมาย: กำหนดขอบเขตการขอรับคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์การุณรักษ์

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลระดับประคอง และแพทย์เจ้าของไข้

ขั้นตอน

4.1 การขอรับการปรึกษา

- 4.1.1 ในกรณีผู้ป่วยระยะท้ายที่กลุ่มงานสามารถให้การดูแลได้ ศูนย์การุณรักษ์สามารถให้การปรึกษาเรื่องการจัดการอาการ และให้การสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์ที่ต้องใช้ที่บ้าน
- 4.1.2 กรณีที่ซับซ้อนเหล่านี้ควรปรึกษาศูนย์การุณรักษ์
 - มีอาการที่จัดการลำบาก เช่น difficult pain, dyspnea, delirium, etc.
 - ต้องการการประสานการดูแลอย่างมาก
 - มีความยุ่งยากด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถทำแผนดูแลล่วงหน้าได้ด้วยตนเอง
 - ต้องมีการเยี่ยมบ้าน (เป็นผู้ป่วยในตัวเมืองขอนแก่น กรณีนอกเขตสามารถส่งต่อเครือข่าย)
- 4.1.3 การขอรับการปรึกษาอาจมาจากหลายแหล่ง เช่น จากแพทย์ พยาบาล หรือจากผู้ป่วยและครอบครัว
- 4.1.4 ผู้ป่วยที่ขอรับการปรึกษาอาจมาจากในหอผู้ป่วย และที่ผู้ป่วยนอก โดยนัดเข้า Palliative care clinic ทุกอังคารบ่าย
- 4.1.5 มีบริการคลินิกพิเศษได้แก่ Advance dementia PC clinic จันทน์บ้าย, ESRD PC clinic อังคารเช้า, Liver PC clinic พุทธบ้าย, COPD PC clinic พฤษ์สเช้า
- 4.1.6 กรณีแหล่งที่ปรึกษาเข้ามาไม่ใช่จากแพทย์เจ้าของไข้ ทีมการุณรักษ์ต้องประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ (primary physician) เพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้ทีมฯ เข้าร่วมดูแล

4.2 การจัดลำดับความเร่งด่วนในการเข้าร่วมการดูแลและให้คำปรึกษา

- Emergent (ทันที): กรณีฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยมีความปวดอย่างรุนแรง หรือหอบเหนื่อยอย่างมาก ทีมการุณรักษ์จะไปให้การดูแลในทันที
- Urgent (ภายใน 1-2 ชั่วโมง): ทีมฯ จะไปให้การดูแลเร็วที่สุดที่จะทำได้ มักไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง
- Non-urgent: ผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีภาวะรีบด่วน จะได้รับการดูแลภายใน 24 ชั่วโมง หรือภายในวันที่ขอรับการปรึกษา

4.3 การตอบรับการปรึกษาของทีมดูแลการุณรักษ์

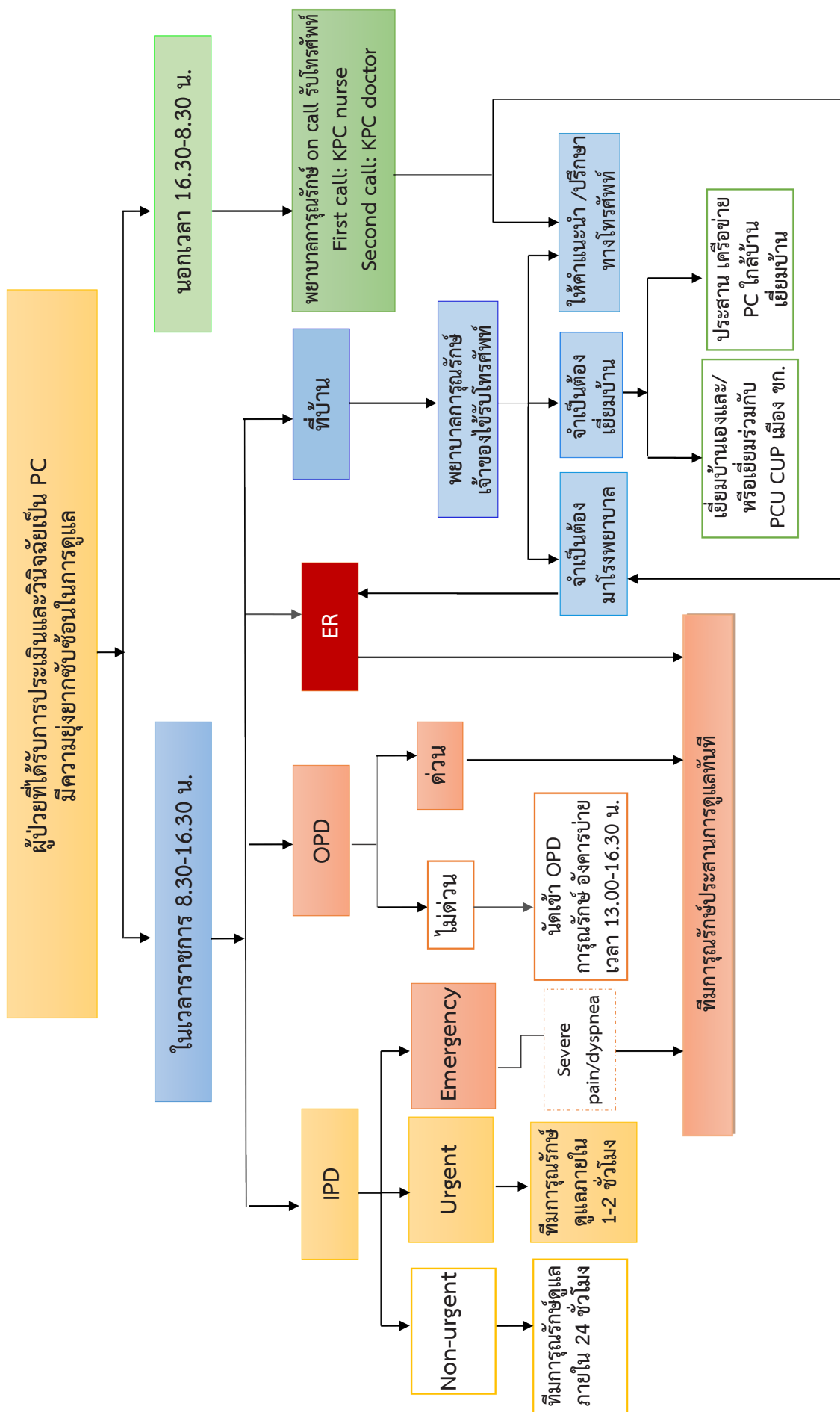
ตอบรับในใบที่ขอรับการปรึกษาและเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยทำงานร่วมกับทีมสุขภาพเจ้าของไข้

4.4 บทบาทของทีมการุณรักษ์

- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทีมสุขภาพเจ้าของไข้
- ส่งเสริมการศึกษาด้านการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการอย่างรวดเร็ว
- ประสานกับทีมเจ้าของไข้ให้ข้อมูลเรื่องโรค การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการดูแล เพื่อช่วยผู้ป่วยในการเลือกเป้าหมายการรักษา
- ช่วยผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำ advance directive
- วางแผนจำหน่าย และส่งต่อเครือข่าย ดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิต และดูแลการสูญเสียของครอบครัว

4.5 ให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่มีวันหยุด

Workflow การขอรับบริการปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์การดูแล



* KPC = Karunruk Palliative Care
PCU = Primary Care Unit

5. การวางแผนการดูแลรักษา (Care Planning)

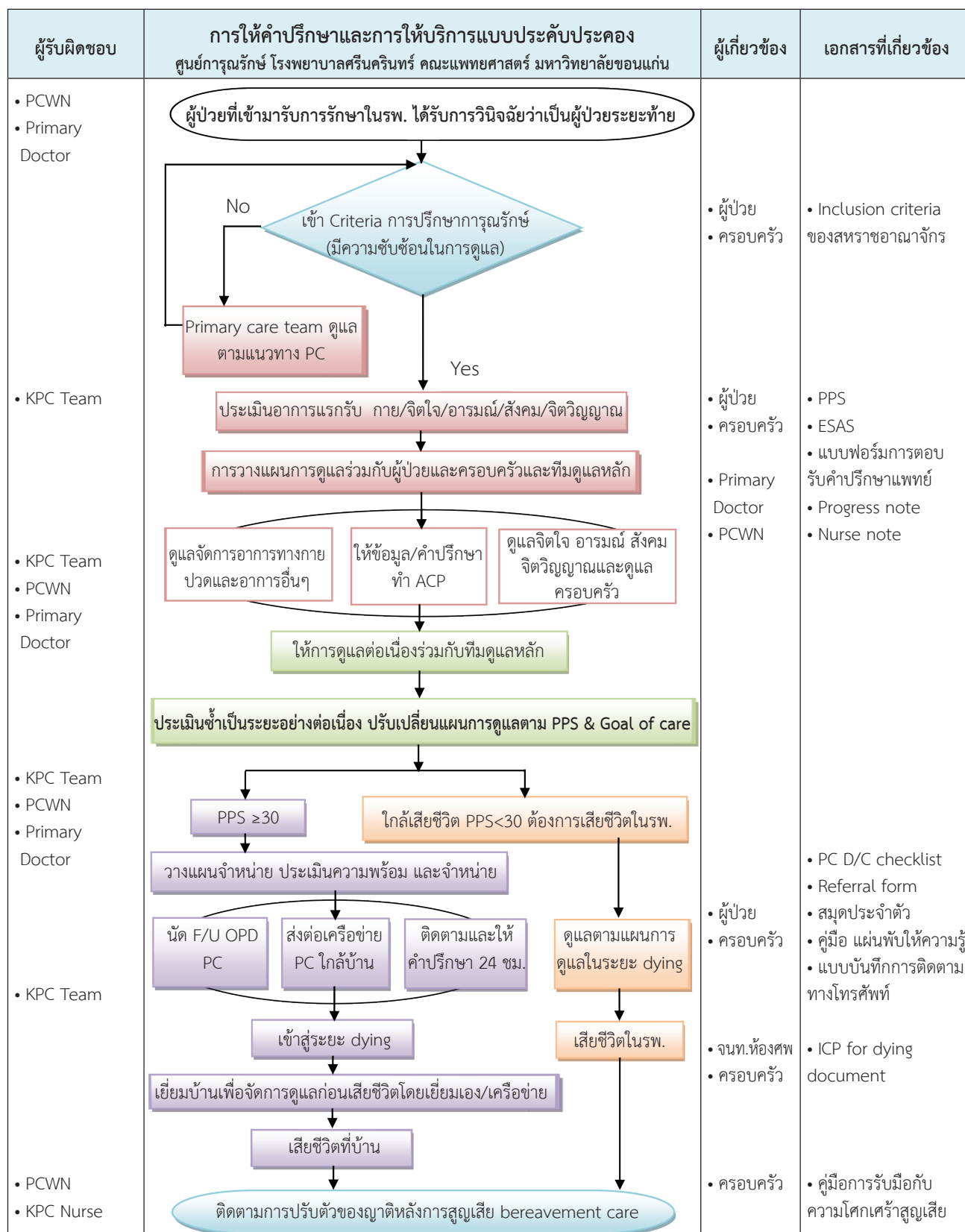
วัตถุประสงค์ : ให้ความมั่นใจว่าการวางแผนการรักษามีความเฉพาะตัวและทำโดยทีมสหสาขา โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้รับผิดชอบ : ทีมดูแลระดับประคอง (ศูนย์การุณรักษ์) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ซับซ้อน/Palliative care ward nurse (PCWN) ร่วมกับทีมหอผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ซับซ้อน

ขั้นตอน

- 5.1 แผนการดูแลขึ้นกับการประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ รวมถึงการประเมินผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้น ตลอดระยะเวลาการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 5.2 แผนการดูแลรักษากำหนดโดยความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคน และมักเป็นแผนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยในระยะนี้มีอาการไม่สบายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงอาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจด้วย
- 5.3 แผนการดูแลรักษาที่ดีต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้
 - การประเมินทางกายและจิตใจ ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของโรคผู้ป่วย ทางเลือกของการรักษา สมรรถนะทางกาย การพยากรณ์โรค อาการไม่สบาย และความสามารถของผู้ป่วยในการยอมรับหรือเผชิญกับโรคและการเจ็บป่วย (coping)
 - การประเมินด้านสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางสังคม เศรษฐฐานะ ความเชื่อ ศาสนา การมีผู้ดูแล บุคคลที่ทำหน้าที่ตัดสินใจหลัก เครือข่ายใกล้บ้านที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุน ความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น
 - การประเมินด้านวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ทำให้ได้ข้อมูลที่อาจช่วยทีมสุขภาพในการรับรู้ ผู้ป่วยน่าจะรับฟังความจริงเกี่ยวกับโรค ซึ่งมักเป็นข่าวร้ายได้ดีหรือไม่ / หรือไม่ยอมรับรู้ นอกจากนี้ยังทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความชอบส่วนตัวด้านอาหาร ความเป็นอยู่ การสื่อสารภายในครอบครัว ความต้องการการรักษาทางเลือก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าหรือมุมมองเกี่ยวกับความตาย ความทุกข์ทรมาน รวมถึงพิธีศพ
- 5.4 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องมีการประชุมเป็นระยะร่วมกันระหว่างทีมดูแลระดับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งมักถูกกำหนดโดยสภาวะโรค สมรรถนะ และการดำเนินโรคของผู้ป่วย โดยทีมดูแลระดับประคองช่วยประสานการดูแลร่วมกับทีมเจ้าของไข้และสาขาอื่นๆ ที่มาร่วมดูแล
- 5.5 แผนการดูแลมักเปลี่ยนไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามระยะเวลาที่ผ่านมา ต้องเข้าใจความซับซ้อน หรือการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนเป้าหมายการดูแล
- 5.6 ทีมดูแลระดับประคองช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว และดำเนินการดูแลตามแผนสื่อสารแผนการดูแลให้ทีมสุขภาพ รวมถึงส่งต่อข้อมูลให้ทีมชุมชนทราบ เพื่อทุกคนจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

Workflow การวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง



* PCWN = Palliative Care Ward Nurse
 KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
 ICP = Integrated Care Pathway

Checklist การวางแผนการดูแลแรกเริ่มและการทบทวนแผนการดูแล ในการดูแลแบบประคับประคอง

การวางแผนการดูแลแรกเริ่มและการทบทวนแผนการดูแล (Admission & Regular Reviews for Palliative patients)		
แรก รับ	ประเมิน PPS score เมื่อแรกรับ	ทบทวนแผนการรักษาเมื่อแรกรับ ☐ บันทึกในแบบประเมินผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคอง ☐ ทบทวนผลการตรวจเลือด (eg. Liver function tests, creatinine) เพื่อปรับขนาดยาแก้ปวดที่ใช้ ☐ ประเมิน PPS score และวางแผนการรักษาตามแนวปฏิบัติ ☐ ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS (ถ้าสามารถทำได้) ☐ ประเมิน: ความปวด อาการทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ☐ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ☐ รวบรวมปัญหาทางเข้าประสงค์การรักษา ☐ ประเมินความต้องการด้านการพยาบาลและความปลอดภัย ทำ nursing care plan ☐ พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแล ☐ ประเมินทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ☐ พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่อง advance care plan การทำ advance directives
ทบทวน	ประเมิน PPS score PPS $\geq 40\%$ ประเมินทุก 4 สัปดาห์ PPS = 30% ประเมินทุกสัปดาห์ x 3 ครั้ง ถ้าอาการคงตัว เปลี่ยน ประเมินทุก 4 สัปดาห์ PPS ≤ 20 ประเมินทุกสัปดาห์/วัน กรณีมีปัญหาฉุกเฉินและไม่ดีขึ้น ภายใน 72 ชั่วโมง ให้ทบทวน เป็น ละเอียดอย่างสม่ำเสมอ	ทบทวนแผนการรักษาเป็นระยะ ☐ ประเมิน PPS score และวางแผนการรักษาตามแนวปฏิบัติ ☐ ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS (ถ้าสามารถทำได้) ☐ ประเมิน: ความปวด อาการทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ☐ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ☐ รวบรวมปัญหาทางเข้าประสงค์การรักษา ☐ ประเมินความต้องการด้านการพยาบาลและความปลอดภัย ทำ nursing care plan ☐ พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน ☐ ทบทวนยาที่ใช้ ประเมินทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ☐ ประเมินภาวะโภชนาการ (ปรึกษาโภชนาการตามความเหมาะสม) ☐ ทบทวน advance care plan และ advance directives และ พูดคุยกับครอบครัว ☐ จัดสภาพแวดล้อมที่สุขสบายให้แก่ผู้ป่วย

Guideline แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Score

PPS 70-100%	
Disease Management	ทบทวนประวัติผู้ป่วย ทราบแผนการดูแล
การประเมินด้านร่างกาย และวางแผนการดูแล	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนน ≥ 4 โดยใช้ทั้ง pharmaco และ non-pharmacological management ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล (nursing care)
การประเมินด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษา ประเมินการยอมรับต่อความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
การประเมินและดูแล	สอนวิธีการประเมินอาการ การใช้ยาต่างๆ และสอนการดูแลทั่วไป สอนการดูแลท่อหรือสายยางต่างๆ แผล ostomy รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน
รวบรวมปัญหา วางเป้าประสงค์การรักษา	ทำแผนการจัดการอาการและ nursing care plan พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์
PPS 40-60%	
Disease Management	ทบทวนประวัติผู้ป่วย และแผนการดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดและพิจารณาวางแผนการรักษา โดยยึดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
การประเมินด้านร่างกาย และวางแผนการจัดการอาการ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกาย อาการต่างๆ และการจัดการ ให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่มักพบในช่วงที่โรครุนแรงลุกลาม เช่น ภาวะปวด อาการอ่อนล้า และแนวทางการดูแล ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนน ≥ 4 โดยใช้ทั้ง pharmaco และ non-pharmacological management ประเมินภาวะโภชนาการ ปรีกษาโภชนาการตามความเหมาะสม ประเมินความต้องการด้านการพยาบาลและความปลอดภัย ป้องกันการล้มหรืออุบัติเหตุ แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมและจัดหาเครื่องใช้ต่างๆ ให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้ป่วย
การประเมินด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรคและแผนการดูแลรวมถึง แผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ประเมินการยอมรับต่อภาวะของโรคและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านช่วงเปลี่ยนผ่าน ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีที่บ้านหรือในชุมชน

การประเมินและดูแล ผู้ดูแล	พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
	สอนวิธีการประเมินอาการ การใช้ยาต่างๆ และสอนการดูแลทั่วไป
	สอนการดูแลท่อหรือสายยางต่างๆ แผล ostomy รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน
รวบรวมปัญหา วางแผนการ วางเป้าประสงค์ การรักษา	ทำแผนการจัดการอาการและ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	ปรึกษาทیمสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
	ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์
PPS 10-30%	
การประเมินด้านร่างกาย และวางแผนการจัดการ อาการ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกาย และอาการต่างๆ และการจัดการ
	เป้าหมายดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
	ให้ข้อมูลล่วงหน้า เตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงสุดท้ายของชีวิต
	ทบทวนการรักษาและยาที่ใช้ ใช้ยาเฉพาะที่จำเป็นและทบทวนวิธีการบริหารยา
	วางแผนการจัดการอาการในระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ
	ทบทวนผลการตรวจเลือด (liver function tests, creatinine) เพื่อปรับขนาดยาแก้ปวดที่ใช้
	ให้อาหารจำนวนน้อยๆ หรือให้จิบน้ำเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้
	ทำความสะอาดช่องปาก พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ และพิจารณาหยุดการ พลิกตัวในระยะ dying
	ดูแลระบบขับถ่าย
	จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ
การประเมินด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณ	เตรียมครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต
	สอบถามความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล
	พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีทั้งที่บ้านหรือในชุมชน
	ทำ advance directive วางแผนการล่วงหน้าเกี่ยวกับ withhold/withdraw life support
	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา
	Bereavement care plan
การประเมินและดูแล ผู้ดูแล	สอนวิธีดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย (comfort care)
	Bereavement care plan
รวบรวมปัญหา วางแผนการ วางเป้าประสงค์การ รักษา	ทบทวนความจำเป็นของการประชุมทีมสหสาขาเพื่อวางแผนเป้าหมายการดูแล
	ทำแผนการจัดการอาการและ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	Terminal care plan checklist (ในผู้ป่วย PPS 10-20%) ในระยะ dying ใช้ Integrated Care Pathway for Dying Patients
	ติดตามประเมิน PPS ทุกสัปดาห์/วัน
PPS 0%	
การประเมินและดูแล ผู้ดูแล	แจ้งให้ครอบครัวทราบ แนะนำแหล่งประคับประคองจิตใจ
	ให้การประคับประคองด้านจิตวิญญาณและ bereavement care
	อธิบายขั้นตอนและประสานการจัดการเอกสารเกี่ยวกับการแจ้งตาย การนำศพกลับบ้าน

แนวปฏิบัติสำหรับ PCWN ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์

แนวปฏิบัติ

1. หลังการตรวจกรองว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายตามเกณฑ์ ให้เริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับเข้ารักษา
2. กรณีเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาซับซ้อนให้ปรึกษาทีมการดูแลตามขั้นตอนการปรึกษา กรณีไม่ซับซ้อนและทางหอผู้ป่วยสามารถดูแลเองได้ให้ดำเนินการตามขั้นตอนการดูแล
3. ประเมิน PPS และวางแผนการดูแลตามแนวปฏิบัติในการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative performance score หน้า 5-4
4. ให้ผู้ป่วยประเมิน ESAS ถ้าทำได้ เครื่องมือนี้จะช่วยตรวจกรองอาการที่ต้องเร่งรัดดูแลจัดการ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถประเมินด้วยตนเองได้ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยช่วยร่วมประเมิน กรณีผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินแทน ต้องเข้าใจว่าอาการบางอย่าง เช่น ความรู้สึกอ่อนเพลีย วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือความรู้สึกสุขสบาย ผู้ดูแลอาจประเมินได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ระบุในแบบประเมิน ESAS ด้วยว่าผู้ประเมินเป็นใคร กรณีคะแนน ≥ 4 ควรต้องมีการจัดการอาการอยู่ในแผนการดูแลและติดตามเป็นระยะ (ใช้แนวปฏิบัติการจัดการอาการในการดูแลแบบประคับประคอง หน้า 6-6)
5. ควรขอคำปรึกษาจากศูนย์การดูแลในกรณีดังนี้ อาการจัดการลำบาก ครอบครัวมีความต้องการการดูแลและการประสานความช่วยเหลืออย่างมาก ไม่สามารถทำแผนการดูแลล่วงหน้าได้เพราะมีปัญหาซับซ้อน บ้านอยู่ในเขตเมืองขอนแก่นและต้องมีการติดตามการดูแลในระยะยาว จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver เป็นต้น
6. มีการประชุมครอบครัวเพื่อให้ข้อมูล และกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า การประชุมควรมีแพทย์เจ้าของไข้เข้าร่วมด้วย
7. การทบทวนแผนการดูแลขึ้นกับ PPS ของผู้ป่วยโดยพิจารณา ดังนี้
$$\text{PPS} \geq 40 \text{ ประเมินทุก 4 สัปดาห์}$$
$$\text{PPS} = 30 \text{ ประเมินทุกสัปดาห์} \times 3 \text{ สัปดาห์ ถ้าอาการคงตัวเปลี่ยนประเมินทุก 4 สัปดาห์}$$
$$\text{PPS} \leq 20 \text{ ประเมินทุกสัปดาห์/ทุกวัน}$$
กรณีมีปัญหาฉุกเฉินและไม่ดีขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง ให้ทบทวนเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

การบันทึกเอกสาร

- แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคอง โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และบันทึกการติดตามเป็นระยะ บันทึกผลการทำประชุมครอบครัว และแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ด้วย (advance care plan)

แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

- PPS
- ESAS
- Pain tools
- Psychosocial/spiritual assessment tools

กรณีผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและใกล้เสียชีวิต

ให้ใช้ Terminal care plan for inpatient checklist (หน้า 11-5) และ Integrating care pathway for dying patients (หน้า 11-10) สามารถปรึกษาศูนย์การุณรักษ์เพื่อให้ขอแนะนำเรื่องการใช้ยาได้

* ดูในการดูแลภาวะใกล้เสียชีวิต (หน้า 11-1)

การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน

ให้เตรียมทำแผนจำหน่ายและเขียนใบส่งต่อตามแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายของเขต 7 กรณีบ้านอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และอยู่ในเขตท้องที่การดูแลของโรงพยาบาลขอนแก่น ให้ส่งศูนย์พลังใจ โรงพยาบาลขอนแก่น (รายชื่อศูนย์ดูแลประคับประคองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เขต catchment area ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ส่งต่อให้ศูนย์การุณรักษ์ ในกรณีที่จำหน่ายในระยะใกล้เสียชีวิตให้ดำเนินการตามแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตกลับบ้าน (หน้า 10-6) กรณีที่คาดว่าจะเสียชีวิตทันที เช่น ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตกลับไปถอดท่อช่วยหายใจที่บ้าน ให้ผสมยาใน disposable syringe pump ซึ่งมีจำหน่ายที่ศูนย์จำหน่ายอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และผสมยาให้ผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการใช้ disposable syringe pump เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะใกล้เสียชีวิต (ภาคผนวก-18) ควรมีระบบโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะหลังการจำหน่ายกลับบ้าน กรณีซับซ้อนหรือไม่มั่นใจในการผสมยาให้ติดต่อศูนย์การุณรักษ์

6. การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย (Symptom Management in Palliative Care)

เป้าหมาย: จัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลประคับประคอง

การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย

Palliative care คือการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่จะทำได้ โดยการป้องกันและจัดการความไม่สบาย โดยการประเมินผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนและจัดการอาการปวดหรืออาการไม่สบายอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

6.1 การประเมินผู้ป่วย

อาการของผู้ป่วย เป็นอาการที่ผู้ป่วยประสบและรับรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงปฏิกิริยาสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการที่เกิดขึ้นมักมีสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างทั่วถ้วน และให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง

6.2 เป้าหมายการดูแล

เป้าหมายการดูแลจะเปลี่ยนไปตามสภาวะโรคของผู้ป่วย ในระยะคงตัว การจัดการอาการสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรค หรือการให้ disease-modifying treatments เช่น เคมีบำบัด การฉายแสงถ้ามีข้อบ่งชี้ แต่ในระยะใกล้เสียชีวิต เป้าหมายสูงสุดคือการดูแลให้สบาย ตัวอย่างเช่น ในช่วงแรกการควบคุมความปวดมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายปวดและสามารถเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมได้ตามปกติ ให้มีสมรรถนะดีที่สุดเพื่อยังคงให้การรักษาตัวโรคได้ แต่ในระยะที่โรคลุกลามมากขึ้น เป้าหมายการดูแลความปวดอาจเปลี่ยนเป็นเพียงลดปวดให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ และในระยะใกล้เสียชีวิตเป็นการให้ยาให้ผู้ป่วยสบายที่สุด

6.3 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการหลายอย่าง นอกจากอาการเบื่ออาหารและอ่อนล้าที่มักพบอยู่แล้ว อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด หายใจไม่อิ่ม ท้องผูก ปากแห้ง แผลในปาก นอนไม่หลับ เป็นต้น

6.4 หลักการจัดการอาการ

ประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างทั่วถ้วน โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมและจำเป็น และยึดหลักการจัดการอาการดังนี้

- 1) พิจารณาหาสาเหตุของอาการที่ไม่สบาย ต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการไม่สบายหลายอย่าง สาเหตุของอาการอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ให้การรักษาภาวะที่จัดการให้หายได้ (reversible condition) ส่วนภาวะที่รักษาให้หายไม่ได้ (irreversible conditions) ให้การระงับอาการโดยยา (symptom management)

- 2) ประเมินผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยจากอาการนั้น ตัวอย่างเช่น อาการปวดที่ไม่ได้รับการจัดการ ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่ได้ อ่อนเพลีย ไม่อยากรับประทานอาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า หรือแม้แต่คิดอยากตาย อาการปวดที่เกิดจากการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก มักพบ incident pain ปวดมากเวลาเคลื่อนไหว ทำให้จำกัดกิจกรรมของผู้ป่วย การนอนเฉยๆ ทำให้เกิดแผลกดทับ เกิดการติดเชื้อในปอด ทางด้านสังคมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา
- 3) พิจารณาถึงอิทธิพลของภาวะจิตสังคมและจิตวิญญาณต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเข้าใจว่า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางกาย หรือทำให้อาการทางกายเป็นรุนแรงมากขึ้นได้
- 4) วางแผนการดูแลสำหรับปัญหาแต่ละอย่าง ซึ่งรวมถึงการรักษาสาเหตุและการรักษาจัดการอาการ รวมถึงการรักษาแบบไม่ใช้ยาาร่วมด้วย
- 5) พุดคุยและทำข้อตกลงถึงแผนการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงทีมสุขภาพที่ให้การดูแล เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ให้นั่นใจว่าการรักษาทุกอย่างต้องสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) หยุดยาที่ไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการหลายอย่าง รวมถึงอาจมีโรคเรื้อรังอยู่เก่าที่ต้องรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงมีารับประทานหลายชนิด ทำให้ต้องรับประทานยาจำนวนมาก ให้นั่นใจว่าผู้ป่วยและทีมสุขภาพเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงการใช้ยาเฉพาะที่จำเป็นเพื่อเพิ่ม compliance มีการทำ medical reconciliation เมื่อแรกรับเข้าการดูแล รวมถึงเมื่อเปลี่ยนผ่านสถานที่ดูแลจากโรงพยาบาลหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง และจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
- 7) ทบทวนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ประเมินอาการและวางแผนการดูแลใหม่เป็นระยะ เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในภาวะเปราะบาง หลังจัดการอย่างหนึ่งดีขึ้นแล้ว อาจมีอาการอย่างอื่นเกิดขึ้นเป็นระยะ รวมถึงตัวโรคมีการลุกลามมากขึ้น ทำให้มีอาการเพิ่มมากขึ้นได้

6.5 การใช้ยาในการจัดการอาการยึดหลักการดังนี้

- ใช้สูตรยาที่ไม่ซับซ้อน
- พยายามใช้น้อยชนิด
- ใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาวเพื่อช่วยลดจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทาน
- ใช้ยาที่ออกฤทธิ์หลายอย่าง เช่น haloperidol เป็นยาแก้อาเจียนและเป็น mild sedative
- ทบทวนการให้ยาบ่อยๆ
- อธิบายวิธีใช้ยาและเขียนวิธีการใช้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว

6.6 ความแตกต่างของการใช้ยาใน Palliative care

ผู้ป่วยระยะท้ายมักต้องการใช้เวลาในระยะท้ายที่บ้านให้มากที่สุด รวมถึงความปรารถนาเสียชีวิตที่บ้าน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในการบริหารยาทางปาก เช่น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน หรือทางเดินอาหารอุดตัน รวมถึงผู้ป่วยในระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิต จะไม่สามารถกลืนยาได้ จึงจำเป็นต้องมีวิธีการบริหารยาที่ทดแทนการรับประทานทางปาก สามารถบริหารที่บ้านได้และยังคงสามารถจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ยาทาง Palliative care บางครั้งเป็นวิธีการใช้ที่ off-license คือไม่มีข้อบ่งชี้ในใบกำกับการใช้ยา แต่เป็นวิธีการใช้ที่ปลอดภัย วิธีการให้ยาของ Palliative care อาจใช้ดังต่อไปนี้

- Subcutaneous route ยาที่สามารถบริหารทางนี้ได้แก่: morphine, fentanyl, midazolam, halopendol, metoclopramide, buscopan, atropine
- Sublingual route ยาที่สามารถบริหารทางนี้ได้แก่: lorazepam, fentanyl, ketamine, midazolam
- Rectal route ยาที่สามารถบริหารทางนี้ได้แก่: morphine, lorazepam, diazepam

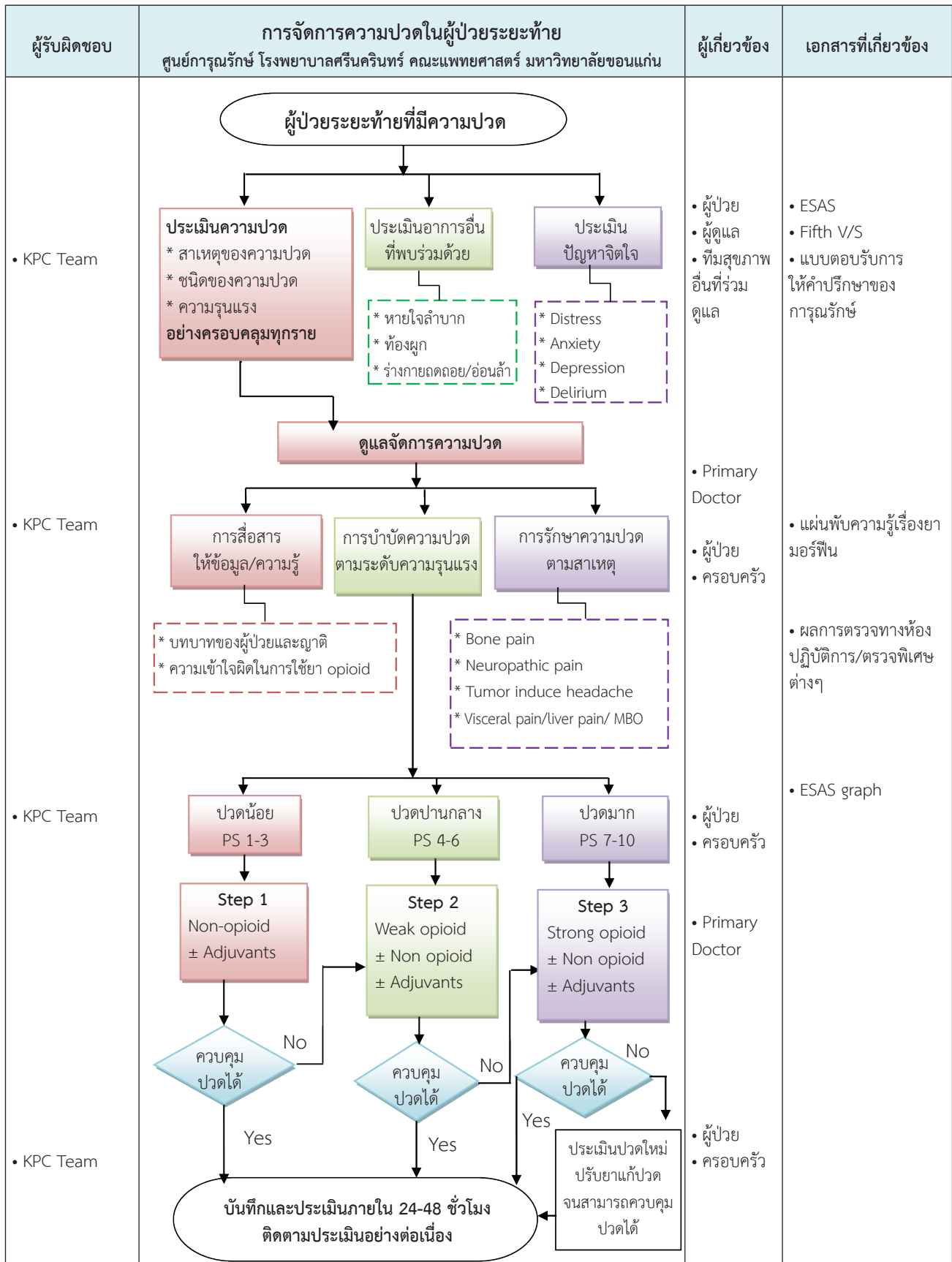
นอกจากนี้ยาต่างๆ ที่ใช้บ่อยใน Palliative care สามารถผสมรวมกัน 2-4 ตัวและให้ทางใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่อง syringe driver ได้ ทำให้สะดวกในการบริหารยา

* ดูในหัวข้อการบริหารยาทางใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้าย (หน้า 15-1)

Key Reference

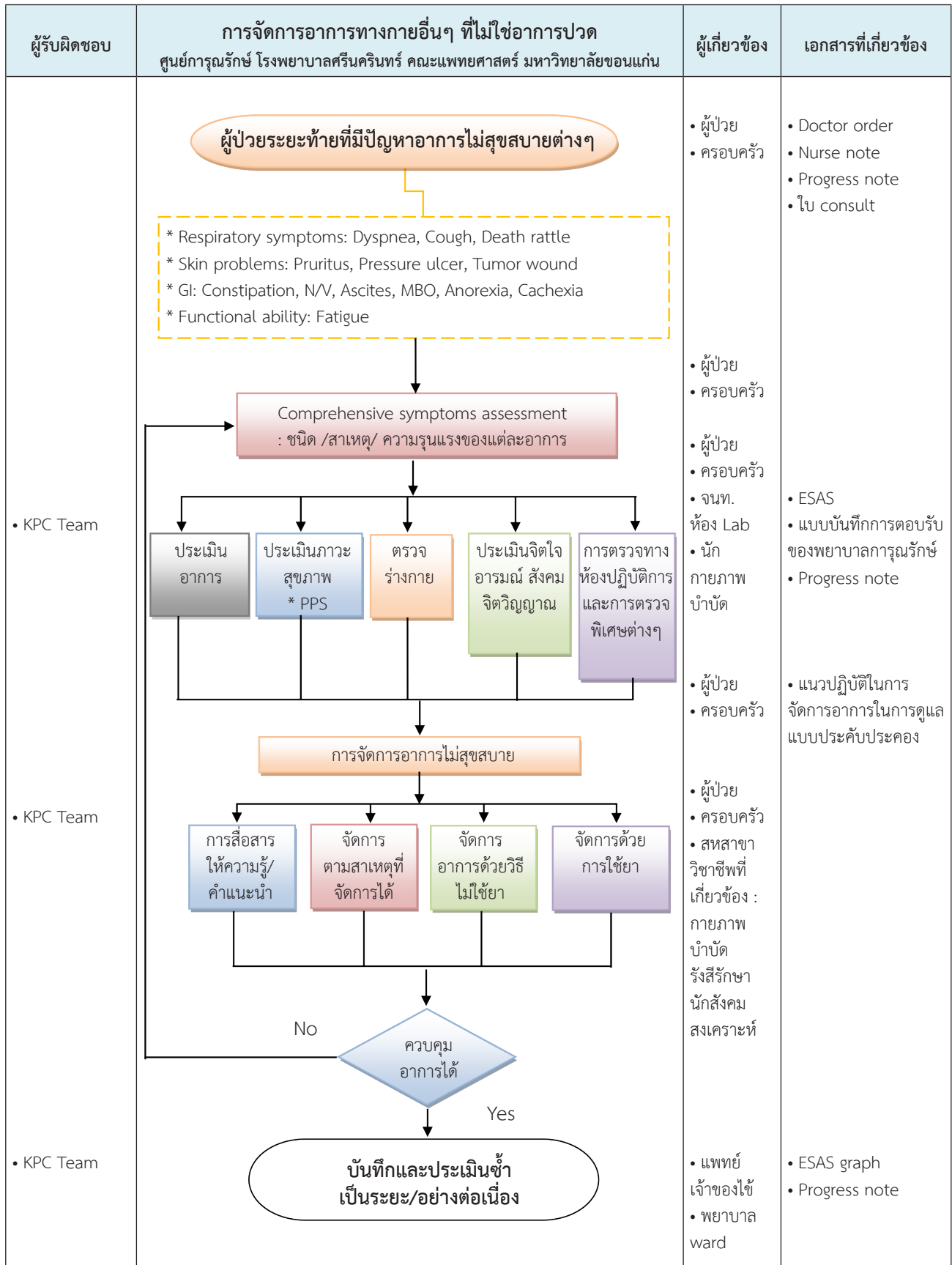
Twycross RG, Wilcock A. Symptom management in advance cancer, 3th ed. Redcliffe Medical Press. 2001. pp 6-11.

Workflow การจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย



* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team

Workflow การจัดการอาการทางกายอื่นๆ ที่ไม่ใช่อาการปวด



* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team

แนวปฏิบัติการจัดการอาการในการดูแลแบบประคับประคอง

การประเมินความปวดในการดูแลแบบประคับประคอง

เป้าหมาย

- ให้ผู้ป่วยอธิบายและประเมินอาการปวดของตนเอง โดยส่วนใหญ่อาการปวดมักมีมากกว่า 1 ตำแหน่ง
- แยกการประเมินอาการปวดแต่ละชนิด แต่ละตำแหน่งออกจากกัน และหาสาเหตุของอาการปวดนั้นๆ
- ประเมินผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้การวินิจฉัย และอธิบายโรค สาเหตุและการรักษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- วางแผนแนวทางการดูแลร่วมกันระหว่าง ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว

1. อาการปวดรุนแรง และเกินกว่าที่จะทนได้หรือไม่

- หากผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรง อาจให้การจัดการอาการก่อน แล้วจึงทำการประเมินอื่นๆ

2. ปวดอย่างไร

- ตำแหน่งที่ปวด/ร้าวไปที่ใด - สามารถนำ body diagram มาใช้ได้
- ลักษณะของการปวด ปวดแปล๊บๆ ปวดตื้อๆ
- ความรุนแรง-สามารถใช้ rating scale
- เวลาที่ปวด จุดเริ่ม ระยะเวลาที่ปวด ความถี่
- ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น (การเคลื่อนไหว)
- ปัจจัยที่ช่วยให้อาการปวดดีขึ้น (รวมถึงการใช้ยาบรรเทาปวด)
- ผลกระทบต่อสมรรถนะ/การนอน

3. สาเหตุของอาการปวดเกิดจากอะไร

- จากตัวโรคหรือไม่ เช่น การรุกรานของมะเร็ง การขยายตัวของอวัยวะต่างๆ กดเบียดอวัยวะรอบข้าง
- จากการรักษาหรือไม่ เช่น ท้องผูกจาก opioids ปลายประสาทอักเสบ และช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัด
- จากภาวะอ่อนล้า แผลกดทับ
- สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับตัวโรค เช่น ข้ออักเสบ กระดูกพรุน

4. เป็นอาการปวด ที่มีลักษณะจำเพาะ หรือไม่

- Bone pain ปวดมากขึ้นเมื่อมีแรงกด ลงน้ำหนัก หรือเวลาเคลื่อนไหว
- Nerve pain ปวดแบบแสบร้อน เหมือนเข็มแทง มดไต่ ปวดแปล๊บเหมือนไฟช็อต อาการมีนชา ตำแหน่งตามแนวเส้นประสาทที่เลี้ยงบริเวณนั้นๆ
- Liver pain จากตับโต ปวดใต้ชายโครงขวา
- Episodic/Incident pain อาการปวดเป็นขึ้นมาทันที อาจเกิดขึ้นได้เองหรือเกิดเวลาเคลื่อนไหวร่างกาย อาการปวดอาจจะรุนแรง และมักเป็นระยะเวลาสั้นๆ
- Increase intracranial pressure (ICP) ความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีอาการปวดหัว อาการแย่งเมื่อนอนลง (หัวต่ำ) มักเป็นช่วงเช้า มักมีคลื่นไส้ อาเจียน
- Colic ปวดในช่องท้อง ปวดบีบๆ เป็นพักๆ

5. มีปัจจัยที่เพิ่ม ความเครียดหรือไม่

- วิตกกังวล/ซึมเศร้า
- ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว สิ่งที่น่ารังเกียจ
- อาการทางกายอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่อิ่ม
- ความเครียดความวิตกกังวลของ ครอบครัว/ผู้ดูแล

การปฏิบัติ

- บันทึกผลการประเมินอาการปวดทั้งหมด รวมถึง pain score
- อาการปวดที่แตกต่างกัน อาจต้องการการรักษาที่แตกต่างกัน
- ปรึกษาพูดคุยเรื่องการจัดการอาการปวดร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล หากมีการใช้ยา opioids จะต้องมีการอธิบายผลข้างเคียง ข้อสงสัยต่างๆ หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น กลัวติดยา กลัวดื้อยา กลัวจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น
- ตกลงเป้าหมายในการจัดการอาการปวด ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินซ้ำเป็นระยะ

การจัดการความปวดในการดูแลแบบประคับประคอง

Step 1: Mild Pain

PARACETAMOL 1 g qds	or NSAID (ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้)	+/- OTHER ADJUVANTS
------------------------	----------------------------------	------------------------



Step 2: Mild to Moderate Pain

WEAK OPIOIDS Codeine 30-60 mg qds Tramadol 50-100 mg qds	+ PARACETAMOL 1g qds	or NSAID (ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้)	+/- OTHER ADJUVANTS
--	-------------------------	----------------------------------	------------------------



STEP 3: Moderate to Severe Pain

OPIOID	+ PARACETAMOL Or NSAID	+/- OTHER ADJUVANTS
หยุด step 2 opioid		ขอคำปรึกษาเมื่อ:
Codiene		- ปวดรุนแรง - ไม่ตอบสนองต่อการให้ยา - เพิ่มขนาด opioid ขึ้นอย่างรวดเร็วแล้วมีอาการปวด - อาการปวดแย่ลงเมื่อเคลื่อนไหว
ถ้า titrate ด้วย immediate release oral morphine ให้ 5 mg ทุก 4 ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมง PRN สำหรับ BTP	ถ้าใช้ modified release oral morphine ให้ 10 mg MST ทุก 8 ชั่วโมง และ 5 มก. Immediate release oral morphine ทุก 2 ชั่วโมง PRN สำหรับ BTP	
ใช้ขนาดน้อยและเพิ่มขนาดช้าๆ ในผู้สูงอายุหรือมีการทำงานของไตบกพร่อง		

- ให้ยาระงับปวดเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
- พูดคุยและไขข้อข้องใจเกี่ยวกับการใช้ opioids

ให้ยาระบายอย่างสม่ำเสมอ

- Senokot หรือ bisacodyl ± lactulose

ยาแก้อาเจียน

- Metoclopramide
 - Haloperidol
- ให้ตามอาการ 5-10 วัน

Adjuvant therapy

- NSAID: ใช้ได้ดีใน bone pain, liver pain, inflammatory pain
ผลข้างเคียง: พืชต่อไต น้ำคั่ง ระคายเคืองกระเพาะ พิจารณาให้ PPI ร่วมด้วย
- Antidepressant หรือ anticonvulsant: ใช้ใน neuropathic pain ให้เริ่มยาขนาดต่ำและปรับยาเพิ่มช้าๆ ประสิทธิภาพ ของ amitriptyline, nortriptyline กับ gabapentin ไม่ต่างกัน
- Steroid: dexamethasone 4-16 mg/day สำหรับผู้ป่วยที่มี increase intracranial pressure, neuropathic pain, liver pain ควรให้ยาในช่วงเวลาเช้า, เทียง เพื่อลดผลข้างเคียงเรื่องนอนไม่หลับ
- Other therapy: TENS, acupuncture, nerve block, radiotherapy, surgery, bisphosphonate, ketamine
- Psychological therapy: distraction, relaxation, meditation

Initial dose

1. ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้ยา opioids ให้เริ่มด้วย
 - MO(IR)(10) ½ tab oral q 4hrs, MO(IR)(10) ½ tab oral PRN q 2hrs for BTP
 - MST(10) 1 tab oral q 8 hrs, MO(IR)(10) ½ tab oral PRN q 2hrs for BTP
 - MO 2-4 mg IV q 4 hrs, MO 2-4 mg IV q 2 hrs for BTP
2. ในผู้ป่วยที่ใช้ยา strong หรือ weak opioids มาก่อนแล้ว ให้คำนวณขนาดยาเดิมแล้วปรับเป็น strong opioids และปรับเพิ่มอีกร้อยละ 30-100 ตามระดับความปวดที่ยังมีอยู่

Titration อาจทำได้ 2 วิธีคือ (เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง)

1. นำ regular dose และ BTP dose ของ 24 ชั่วโมงที่แล้วมารวมกัน แล้วปรับเป็น regular dose ของวันใหม่ หรือ
 2. นำ regular dose 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา บวกเพิ่มอีกร้อยละ 30-100 ตามความรุนแรงของความปวด แล้วปรับเป็น regular dose ของวันใหม่
- *ปรับยา breakthrough pain dose ใหม่ทุกครั้ง เมื่อมีการปรับยา regular dose ใหม่

ข้อแนะนำ

1. Regular dose (around the clock) ให้ครอบคลุมอาการปวดตลอด 24 ชั่วโมง
 2. Breakthrough pain dose ให้เมื่อมีอาการปวดประทุขึ้นมา ขนาดยา = 1/6 ของยา 24 ชั่วโมง และขนาดยานี้ใช้ใน incident pain (อาการปวดประทุที่มีสาเหตุชัดเจน) ด้วย
- *ปรับยา breakthrough pain dose ใหม่ทุกครั้ง เมื่อมีการปรับยา regular dose
- *เมื่อใช้ strong opioids ให้หยุด weak opioids
- *ในผู้สูงอายุ, hepatic impairment, renal impairment ให้ลดขนาดยาลง

Adverse effects

- Constipation: MO 95%, fentanyl 50%,
- Nausea/vomiting 30-50% มักเป็นในช่วงอาทิตย์แรก แล้วหายไป
- Drowsiness 20% มักเป็นในช่วง 3-5 วันแรก
- Confusion 2% สามารถแก้ไขด้วย haloperidol
- Hallucination/nightmare 1% สามารถแก้ไขด้วย haloperidol
- Abnormal skin sensation → hyperalgesia
- Hyperkatefeia อารมณ์แปรปรวนจากการใช้ opioids เป็นเวลานาน

Opioid toxicity

- Drowsiness/ sedation
- Hallucination/ delirium/ vivid dream
- Neurotoxicity: muscle twitching/ myoclonus

วิธีแก้ไข ลดขนาดยาลงร้อยละ 30 ดูแลไม่ให้มีภาวะขาดน้ำ ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้เปลี่ยนเป็น opioids ตัวอื่น

Sedation score

0 = ตื่นดี alert 1 = ง่วงบางครั้ง 2 = หลับ ปลุกตื่นง่าย 3 = หลับ ปลุกตื่นยาก ไม่ตื่น

ถ้า sedation score ≥ 2 ให้ลดขนาดยาลงร้อยละ 25-50 ไม่ควรหยุดยาเลยทันที

ถ้า sedation 3 ให้หยุดยา dose ต่อไป และลดขนาดยาลงร้อยละ 25-50

ถ้า sedation 3 ร่วมกับหายใจน้อยกว่า 8 ครั้ง/นาที ให้ naloxone

Key References

1. Palliative Care Guidelines Pocket Edition 2010. 3rd ed. Edinberg: NHS Lothian; 2013.
2. MacLeod R, Vella-Brincat J, Macleod S. The palliative care handbook. 7th ed. Sydney Australia: Hammond Press; 2014.

การเลือกใช้และการเปลี่ยนยา opioids

บทนำ

- ยา opioids ใช้ในการรักษาอาการปวดและหอบเหนื่อย
- ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ตอบสนองดีต่อ oral morphine ในขนาดยาที่ปรับแต่ง
- ผู้ป่วยส่วนน้อยอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นยา opioids ตัวอื่น กรณี:
 - ไม่มียาชนิดรับประทาน
 - อาการปวดคุมได้ดี แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงอย่างต่อเนื่องได้ (พิจารณาลดขนาดยา และ titrate ช้าๆ หรือใช้กลุ่มยาเสริม (adjuvant analgesic) ก่อนที่จะเปลี่ยนยา opioids ตัวอื่น)
 - การทำงานของตับและไตพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรง
 - การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
 - มีอาการปวดชนิดซับซ้อน (complex pain) พิจารณาใช้ยาเสริม/การจัดการอาการปวดอื่น

การเลือกยา opioids สำหรับอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง

First line opioids (ดู: การจัดการอาการปวด)

Morphine

- ชนิดรับประทานมีหลากหลายรูปแบบ ยาสามารถบริหารทางได้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องโดยใช้ syringe pump
- ยาขับออกทางไตและยังอยู่ในรูปที่มีฤทธิ์ – ควร titrate ยา morphine ช้าๆ และติดตามอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง
- พิจารณาใช้ยา opioids อื่น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5, ผู้ป่วยฟอกไต
- ใช้ยาขนาดน้อยและ titrate ช้าๆ ในผู้ป่วยที่ตับบกพร่อง

Diamorphine (ยังไม่มียานี้ในประเทศไทย)

- เป็นยา opioids ชนิดที่ละลายได้ดี ยาสามารถบริหารทางได้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องโดยใช้ syringe pump
- ใช้สำหรับกรณีที่ต้องใช้ยาฉีด BTP เข้าได้ผิวหนังในขนาดสูง (มากกว่า 180 มก. ใน 24 ชั่วโมง) พยาสามารถละลายน้ำปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้ฉีดได้
- เช่นเดียวกับยา morphine ต้องระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยไตและตับบกพร่อง

การเลือกและเปลี่ยนยา opioids ในการดูแลระดับประคอง

Second line opioids:

Oxycodone

- สำหรับระดับปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง กรณีไม่สามารถทนต่อการใช้ยา morphine/ diamorphine ได้
- มีรูปแบบยารับประทานทั้งชนิดออกฤทธิ์เร็ว (immediate release) และยาวต่อเนื่อง (modified release); subcutaneous และ syringe pump

- หลีกเลียงในผู้ป่วยตับบกพร่องระดับปานกลางถึงรุนแรง การขจัดออกลดลง
- ไตบกพร่องระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ลดการขับออก จึง titrate ช้าๆ และติดตามอย่างใกล้ชิด หลีกเลียงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5

Fentanyl

- ชนิดแผ่นปิดผิวหนัง (topical patch) ออกฤทธิ์นาน 72 ชั่วโมง ใช้เมื่อการให้ทางรับประทานหรือทางใต้ผิวหนังไม่เหมาะสม
- เหมาะสำหรับอาการปวดที่ปรับยาจนคงที่แล้ว และไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของ morphine ได้ ยาออกฤทธิ์ช้าจึงไม่สามารถปรับขนาดยาได้อย่างรวดเร็ว
- ไม่จำเป็นต้องลดขนาดยาในการให้ยาครั้งแรกในผู้ป่วยไตบกพร่อง แต่ยาอาจสะสมได้เมื่อให้ระยะเวลานาน
- ในผู้ป่วยตับบกพร่อง การปรับลดขนาดยาอาจจะจำเป็นในผู้ป่วยที่มีโรคตับรุนแรง

Third line opioids: (ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ)

ยา Alfentanil (ยังไม่มียานี้ในประเทศไทย)

- ยาฉีดออกฤทธิ์สั้น สามารถให้ทางใต้ผิวหนังและ syringe pump
- ในกรณี episodic/incident pain สามารถให้ sublingual หรือ subcutaneous ได้
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 สามารถใช้ในขนาดปกติได้
- ผู้ป่วยตับบกพร่องอาจจะมีการขจัดยาลดลง ลดขนาดยาและ titrate ช้าๆ

Fourth line opioids: (เฉพาะผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น)

Methadone

- Methadone ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญสำหรับอาการปวดที่ซับซ้อน การปรับขนาดยายาก เนื่องจากระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาว ยาไม่ได้ขับออกทางไต ดังนั้นจึงใช้ขนาดปกติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าครึ่งชีวิตยาวขึ้นในผู้ป่วยโรคตับรุนแรง

การเลือกและการเปลี่ยน opioids

การเปลี่ยนชนิด opioids

- ขนาด/สัดส่วนตามตารางนี้ เป็นค่าโดยประมาณ (~) และควรจะใช้เพียงเพื่อเป็นแนวทาง
- การปรับเปลี่ยนขนาดยาควรทำอย่างระมัดระวัง
- ติดตามอย่างใกล้ชิด และเป็นพิเศษในผู้ป่วยเปราะบาง สูงอายุ ไตหรือตับบกพร่อง
- ต้องสั่งยาและขนาดที่เหมาะสมสำหรับอาการปวดปะทุ (BTP) ในขนาด 1 ใน 6 ของขนาดยา opioids ที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 6-1 ขนาดที่เทียบเท่ากัน (Equivalent doses) ของ opioids ที่แนะนำสำหรับการจัดการอาการปวดในการรักษาแบบประคับประคอง

Immediate release morphine	Opioids dose	Oral morphine: opioids potency ratio
Oral morphine 5mg	Oral codeine 60mg or oral dihydrocodeine 60mg	1:10
Oral morphine 10mg	~ SC morphine 10mg	2:1
Oral morphine 10mg	~ SC diamorphine 3mg	3:1
Oral morphine 10mg	~ Oral oxycodone 5mg	2:1
Oral morphine 10mg	~ SC oxycodone 2-3mg	4:1
Oral morphine 60-90mg in 24h	~ Fentanyl patch 25mcg/24h	See: Fentanyl
Oral morphine 30mg	~ SC alfentanil 1mg (1,000mcg)	30:1 See: Alfentanil
Immediate release oxycodone		Oxycodone potency ratio
Oral oxycodone 5mg	~ SC oxycodone 2-3mg	2:1 See: Oxycodone

พิษของยา Opioids (Opioids toxicity)

- ขนาดของ opioids ที่ทำให้เกิดอาการพิษของยามีความแปรปรวนมาก
- การให้การวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันที่ว่าเป็นสิ่งจำเป็น อาการประกอบด้วย:
 - อาการง่วงซึมอย่างต่อเนื่อง (แยกจากสาเหตุอื่น)
 - ผื่นร้าย/อาการหลอน มองเห็นเงาที่ขอบจอตา
 - อาการเพ้อ สับสน
 - กล้ามเนื้อกระตุก (twitching)/กระตุกรัว (myoclonus)/กระตุกเหวี่ยงไปมา (jerking)
 - ความไวที่ผิดปกติต่อการสัมผัสที่ผิวหนัง
- ลดขนาด opioids ลง 1 ใน 3 และให้สารน้ำผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (ให้ขอคำแนะนำ)
- พิจารณา adjuvant analgesic และ/หรือเปลี่ยนยา opioids ตัวอื่น ถ้ายังคงมีอาการปวด
- ยา naloxone (ให้ titrate ยาค่อยๆเพิ่ม) ใช้เฉพาะที่จำเป็นสำหรับภาวะกดการหายใจเท่านั้น

แนวทางการเปลี่ยนยาจาก Morphine ไปเป็น Second line opioids สำหรับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง

- ใช้แผนภูมินี้เพื่อเป็นแนวทาง ขนาดยาเป็นขนาดโดยประมาณและไม่ใช้ขนาดเทียบเท่าที่แน่นอน
- ชีวปริมาณออกฤทธิ์ (bioavailability) ของ opioids โดยเฉพาะรูปแบบรับประทานและการตอบสนอง มีความไม่แน่นอนสูงมาก
- ต้องสั่งยาสำหรับ breakthrough pain ในขนาดยาที่เหมาะสมเสมอในขนาด 1 ใน 6 ของขนาดยา opioids ใน 24 ชั่วโมง
- ลดขนาดยาลงร้อยละ 30 เมื่อเปลี่ยนยา opioids ถ้าผู้ป่วยมีภาวะพิษจาก opioids ในผู้ป่วยเปราะบางอ่อนแอ หรือสูงอายุ และค่อยๆ ปรับยาขึ้น
- ลดขนาดยาลงร้อยละ 30 เมื่อเปลี่ยนยา second line opioids กลับเป็นยา morphine และค่อยๆ ปรับยาขึ้น

- ตรวจสอบข้อมูลยา ถ้าผู้ป่วยมีภาวะไตและตับบกพร่อง
- ให้การดูแลพิเศษเมื่อต้องเปลี่ยนยา opioids ในผู้ป่วยที่ใช้ยาขนาดที่สูง หรือเมื่อต้องการเพิ่มขนาดยา opioids ชนิดแรกอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงได้มากกว่า
- การปรับ morphine และ oxycodone ควรปรับเพิ่มเป็น มก. ไม่แนะนำให้เป็นตำแหน่งทศนิยม
- Fentanyl: การปรับขนาดจากยา oral morphine มักจะใช้เป็นช่วงของขนาดยาต่อขนาดยาแต่ละแผ่น

ติดตามอย่างระมัดระวัง (ถ้ามีข้อสงสัย ให้ขอคำแนะนำ)

ตารางที่ 6-2 การแปลงยาจาก morphine ไปเป็น second line opioids ที่ใช้สำหรับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง

Oral Morphine			Subcutaneous Morphine		Subcutaneous Diamorphine		Oral Oxycodone			Subcutaneous Oxycodone		Fentanyl transdermal
4-hr dose	12-hr MR dose	24-hr total dose	4-hr dose	24-hr total dose	4-hr dose	24-hr total dose	4-hr dose	12-hr MR dose	24-hr total dose	4-hr dose	24-hr total dose	Patch strength (mcg)
2 or 3mg	5mg	15mg	1mg	7 or 8mg	1mg	5mg	1 or 2mg	-	7 or 8mg	1mg	5mg	Do not use
5mg	15mg	30mg	2 or 3mg	15mg	2mg	10mg	2 or 3mg	5mg	15mg	1mg	7 or 8mg	12
10mg	30mg	60mg	5mg	30mg	3mg	20mg	5mg	15mg	30mg	2 or 3mg	15mg	25
15mg	45mg	90mg	7 or 8mg	45mg	5mg	30mg	7 or 8mg	20mg	45mg	3mg	20mg	37
20mg	60mg	120mg	10mg	60mg	7mg	40mg	10mg	30mg	60mg	5mg	30mg	50
30mg	90mg	180mg	15mg	90mg	10mg	60mg	15mg	45mg	90mg	7 or 8mg	45mg	62
40mg	120mg	240mg	20mg	120mg	10mg	80mg	20mg	60mg	120mg	10mg*	60mg	75
50mg	150mg	300mg	25mg	150mg	15mg	100mg	25mg	75mg	150mg	*	75mg	87
60mg	180mg	360mg	30mg*	180mg	20mg	120mg	30mg	90mg	180mg	*	90mg	100

MR = Modified release (long acting)

* Oxycodone ชนิดฉีดความเข้มข้น 10 มก./มล.

การใช้ subcutaneous opioids สำหรับ breakthrough pain ถ้าผู้ป่วยต้องการขนาดยาฉีดที่ปริมาณมากกว่า 1 มล. อาจต้องใช้ยาในกลุ่มอื่น (ให้ขอคำแนะนำ)

Fentanyl Patch ในการดูแลแบบประคับประคอง

คำอธิบาย เป็น opioids ในรูปแบบแผ่นแปะใช้เฉพาะที่ (topical patch) ระยะเวลาออกฤทธิ์ยาวนาน 72 ชั่วโมง

รูปแบบยา

Matrix patch	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Durogesic D-Trans®
Reservoir patch	25, 50, 75, 100 mcg/h	Fentanyl GPO TDS, Durogesic®

ควรใช้รูปแบบของยาเดิมและไม่ควรเปลี่ยนรูปแบบ/ยี่ห้อของยา

ข้อบ่งชี้

- เป็น **second line opioids** สำหรับปวดปานกลางถึงรุนแรงซึ่งตอบสนองต่อยา opioids และได้รับการปรับยาจนความปวดค่อนข้างคงที่แล้ว
- ไม่สามารถบริหารยาในรูปรับประทานและไม่สะดวกในการให้ยาทางใต้ผิวหนัง
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงอย่างต่อเนื่องของยา morphine/diamorphine ได้
- ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แต่สามารถรับการดูแลให้ใช้แผ่นปิดได้

ผลข้างเคียง

- คล้ายยา morphine แต่ท้องผูกและคลื่นไส้เล็กน้อยกว่า
- ถ้ามีอาการ opioids toxicity (เช่น ง่วงซึม, เพ้อ สับสน), ให้ดึงแผ่นออกและขอคำแนะนำ ยา Fentanyl จะค่อยๆ ออกจากตำแหน่งที่ปิดยา ใช้เวลาถึง 24 ชั่วโมง ให้เฝ้าระวังผู้ป่วย 24-48 ชั่วโมง
- Titrate naloxone ใช้ในรายที่จำเป็นที่คุกคามต่อชีวิตจากการกดการหายใจจากยา opioids
 - หายใจช้า < 8 ครั้ง/นาที
 - ความเข้มข้นของออกซิเจน < ร้อยละ 85, ผู้ป่วยมีอาการเขียว
- ปฏิกริยาแพ้ต่อแผ่นแปะผิวหนังสามารถเกิดขึ้นได้ ให้เปลี่ยนยา opioids

ข้อควรระวัง

- Fentanyl เป็นยา opioids ที่ออกฤทธิ์แรง ต้องตรวจสอบขนาดอย่างรอบคอบ fentanyl ขนาดแผ่น 25 mcg/h เทียบเท่ากับขนาดยา oral morphine 60-90 mg/24h
- ในผู้ป่วยเปราะบาง หรือสูงอายุอาจจะใช้ขนาดที่น้อยกว่าและปรับยาขึ้นช้าๆ
- ความร้อนจะเพิ่มอัตราการดูดซึมยา Fentanyl อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีไข้ หรือผิวหนังใต้ patch ถูกทำให้ร้อน ให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสถูกความร้อนโดยตรง ถ้ามีไข้ให้ยาลดไข้
- ดับกพร่อง: การลดขนาดลงอาจจะจำเป็นในผู้ป่วยโรคตับรุนแรง
- ไตบกพร่อง: ไม่ต้องลดขนาดยาในขนาดเริ่มต้น แต่อาจจะมีอาการสะสมเมื่อเวลาผ่านไป ให้ติดตามและลดขนาดลง Fentanyl ไม่สามารถขับออกด้วยการ dialysis
- ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดไม่คงที่หรือยังเปลี่ยนแปลงตามการรักษา ไม่ควรเริ่มยา Fentanyl ให้ขอคำแนะนำและพิจารณาใช้ยา opioids อื่นแทน

ขนาดและการบริหารยา

การเริ่มยา Fentanyl patch

1. เลือก patch ที่เหมาะสม – ชนิด matrix patch สามารถใช้ปรับขนาดโดยเพิ่มขนาดทีละน้อยได้
2. คำนวณขนาดของ Fentanyl จากตารางการปรับยา สามารถแปะแผ่นยาหลายขนาดร่วมกันได้ เพื่อให้ได้ขนาดยาที่เหมาะสม
3. ขนาด 12mcg ใช้สำหรับ Titrate แต่อาจใช้สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเริ่มยาในขนาดที่น้อย
4. ผู้ป่วยยังต้องได้รับยา opioids ชนิดที่เคยได้รับมาก่อนในระยะเวลา 12 ชั่วโมงแรก หลังแปะแผ่นยาค้างแรก เพื่อให้ยา Fentanyl ขึ้นถึงระดับที่ใช้รักษาก่อน:

Immediate release (ออกฤทธิ์เร็ว/สั้น) morphine หรือ oxycodone	เริ่มปิดแผ่นยาและให้ immediate release opioids q4h ต่อไปอีก 12 ชั่วโมง
Modified release (ออกฤทธิ์ยาว) 12 ชั่วโมง morphine (MST) หรือ oxycodone	เริ่มปิดแผ่นยาเมื่อให้ยา modified release opioids ที่เวลา 12 ชั่วโมงสุดท้าย
Subcutaneous infusion morphine, diamorphine, oxycodone หรือ alfentanil	เริ่มปิดแผ่นยาและให้ subcutaneous infusion ต่อไปอีก 12 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้หยุด infusion

5. ควรให้ยา immediate release opioids (เช่น oral morphine หรือ morphine SC) ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ทุก 1-2 ชั่วโมง สำหรับ breakthrough pain หรือเพื่อรักษาอาการถอนยา opioids (withdrawal symptoms; ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ เหงื่อออก) อาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงเริ่มต้นของการใช้ Fentanyl เนื่องจากระยะเวลาในการขึ้นถึงระดับยาที่ออกฤทธิ์มีความแปรปรวน ควรจะจ่ายยาในขนาดที่เทียบเท่าทุก 4 ชั่วโมง
6. เปลี่ยนแผ่นแปะทุก 72 ชั่วโมง ที่เวลาเดิม
7. ยา Fentanyl ทำให้ท้องผูกน้อยกว่า morphine ให้ลดขนาดยาระบายที่ใช้ลงครึ่งหนึ่งและปรับยา

การปรับขนาดยา Fentanyl patch

ทบทวนขนาดยา Fentanyl patch หลังจากครบ 72 ชั่วโมง; ระดับยาจะขึ้นถึงระดับคงที่

- a) ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงของ opioids toxicity (ง่วงซึม, สับสน) ให้ปรับลดขนาดยาและประเมินอาการปวดซ้ำ (ให้ขอคำแนะนำจากทีมผู้เชี่ยวชาญ)
- b) ถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดซึ่งเป็นอาการปวดที่ตอบสนองต่อยา opioids ให้ปรับขนาด Fentanyl ขึ้น ในขนาดครั้งละ 12-25mcg/h ขึ้นกับชนิดของแผ่นแปะที่ใช้ จำไว้ว่าต้องรวมขนาดยา breakthrough pain ที่ผู้ป่วยใช้ด้วย และแผ่นใหม่ที่แปะเพิ่ม โดยทั่วไปจะใช้เวลา 12-24 ชั่วโมง กว่ายาจะขึ้นถึงระดับออกฤทธิ์ในระดับใหม่ที่ต้องการ ดังนั้นจำเป็นต้องให้ยาระงับปวดสำหรับ breakthrough pain ในขนาดที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย

การเปลี่ยน Fentanyl patch เป็น opioids ชนิดอื่น

Fentanyl จะสะสมในผิวหนังที่อยู่ภายใต้แผ่นยา และสามารถคงอยู่ได้ถึง 24 ชั่วโมงหลังจากเอาแผ่นยาออก จึงควรติดตามผู้ป่วยอาการ opioids toxicity อย่างระมัดระวังภายใน 24-48 ชั่วโมง เมื่อเปลี่ยน Fentanyl เป็น opioids อื่น

1. ให้ดึง Fentanyl patch ออก ให้ยา immediate release opioids ทุก 1-2 ชั่วโมง ตามต้องการสำหรับใน 24 ชั่วโมงแรก
2. คำนวณขนาดยา opioids โดยแปลงจาก Fentanyl ไปเป็น immediate release oral morphine โดยใช้ตารางการแปลงยา และให้ลดขนาดยาลง 1 ใน 3 ส่วน (แบ่งให้ q4h)
3. กรณีแปลงเป็น immediate release opioids อื่น (ดูตารางการแปลงยาและขอคำแนะนำถ้าสงสัย)

ตัวอย่างการคำนวณขนาดยาเริ่มต้นเมื่อหยุดยา Fentanyl patch		
ขนาดยา Fentanyl patch	ขนาดยา oral morphine	ขนาดยา subcutaneous morphine
50 mcg/h q72h	20mg q1-2h	10 mg q1-2h

จำไว้ว่าขนาดยา opioids ทุกตัวที่ได้จากการแปลงยาเป็นขนาดโดยประมาณ ต้องติดตามผู้ป่วย

4. ภายหลัง 24 ชั่วโมง ทบทวนขนาดยาที่ใช้ทั้งหมด (regular + PRN) แล้วปรับขนาดยา regular ที่ต้องใช้ใหม่ โดยให้ในรูป immediate release opioids q4h และให้ PRN สำหรับ BTP
5. Titrate ขนาดยา opioids ที่ผู้ป่วยต้องการภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนที่จะเปลี่ยนไปเป็น modified release opioids (ออกฤทธิ์ยาว) หรือ subcutaneous opioid infusion

Fentanyl patch ในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต

1. ถ้าผู้ป่วยระดับการรู้สึกตัวลดลงหรือใกล้เสียชีวิต ให้คงการใช้ Fentanyl patch ที่ใช้อยู่อย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนทุก 72 ชั่วโมง
2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดที่ตอบสนองต่อยา opioids เกิดเพิ่มขึ้นใหม่ ให้ใช้ subcutaneous morphine สำหรับ breakthrough pain ใช้ตารางแปลงขนาดยา (conversion chart) เพื่อคำนวณขนาดยา morphine ที่ต้องใช้
3. หลังจาก 24 ชั่วโมง นำขนาดยา morphine ที่ใช้สำหรับ breakthrough pain มารวมกัน เพื่อปรับให้เป็น subcutaneous morphine ผ่าน syringe pump ใน 24 ชั่วโมงต่อไป ร่วมกับใช้ยา Fentanyl patch

กรณีมีการเปลี่ยนจาก Fentanyl patch ไปใช้ opioids ตัวอื่น

- แปลงยาจาก conversion chart เป็นขนาดโดยประมาณ
- เมื่อแปลงขนาดยาแล้วให้ปัดขนาดยาลง ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือประสาทสูงอายุ ปัดขนาดขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือไม่ใช่กลุ่มสูงอายุ ตัวอย่าง Fentanyl patch 25mcg/h แปลงเป็น immediate release oral morphine ตามตารางจะอยู่ระหว่าง 10-15mg ถ้าปวดคุมได้ดีหรือสูงอายุให้ใช้ 10mg แต่ถ้าปวดยังคุมไม่ได้หรือไม่ใช่สูงอายุให้ใช้ 15mg
 - ปรับลดลงได้ถึงร้อยละ 30 เมื่อเปลี่ยนยา opioids ถ้าผู้ป่วยมีอาการของ opioids toxicity ผู้ป่วยประสาทสูงหรือสูงอายุ แล้วค่อยๆ ปรับยาขึ้นตามอาการ

- ปรับลดลงได้ถึงร้อยละ 30 เมื่อแปลงยาจาก Fentanyl กลับไปเป็น morphine หรือ opioids อื่นแล้วค่อยๆ ปรับยาขึ้นตามอาการ

- ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะปรับขนาดยาถ้าจำเป็น
- Fentanyl patch มีหลายรูปแบบแล้วแต่บริษัทที่ผลิต การแปลงยาอาจมีขนาดแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับข้อแนะนำของบริษัทที่ผลิต จึงควรดูเอกสารกำกับยาด้วย
- ยา Fentanyl มีความแรงประมาณ 100-150 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ oral morphine ตารางนี้เป็นแนวทางในการแปลงขนาดยา หากมีข้อสงสัยให้ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 6-3 การแปลงขนาดยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดในการรักษาแบบประคับประคอง

Immediate release oral morphine ¹	Fentanyl patch dose (microgram/h)	24 hour oral morphine dose
5-10mg	12	30-60mg
10-15mg	25	60-90mg
15-20mg	37	90-120mg
20-30mg	50	120-180mg
30-40mg	62	180-240mg
40-50mg	75	240-300mg
50-60mg	87	300-360mg
60mg	100	360mg

¹ ขนาดยาที่ใช้ประมาณ 1 ใน 6 ของขนาด oral morphine ใน 24 ชั่วโมง

- การแปลงจาก Fentanyl ที่ได้รับในรูป IV infusion หรือผ่านเครื่อง PCA
 - คำนวณขนาดของยา Fentanyl ต่อชั่วโมง (mcg/h)
 - ให้ยา Fentanyl patch ในขนาดที่ใกล้เคียงที่สุดกับขนาดที่คำนวณได้ (mcg/h)
 - ยังคงให้ IV Fentanyl ต่อไปใน 12 ชั่วโมงแรกหลังจากเริ่มแปะ Fentanyl patch

การดูแล Fentanyl patch

- แปะให้ชิดบนผิวหนังที่ไม่มีแผล ไม่มีขน บริเวณส่วนบนของลำตัวหรือแขนส่วนบน หลีกเลี่ยงผิวหนังบริเวณที่ฉายแสง มีแผลเป็นหรือบวม
- แปะแผ่นใหม่แต่ละครั้งบนผิวหนังที่ตำแหน่งต่างๆ กัน ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำเท่านั้น การใช้สบู่ อาจมีผลต่อการดูดซึมได้ มั่นใจว่าผิวหนังบริเวณนั้นแห้งไม่เปียกชื้น
- ห้ามตัด Fentanyl patch
- บันทึกวันที่ เวลา และตำแหน่งที่ติดแผ่นแปะ กรณีที่จะต้องมีการเปลี่ยนแผ่นโดยบุคคลอื่น
- ตรวจสอบตำแหน่งของแผ่นทุกวันเพื่อมั่นใจว่าแผ่นยายังคงอยู่ตำแหน่งเดิม
- ถ้าบริเวณที่ติดแผ่นแปะติดไม่ดี ให้ใช้เทปกาหรือ Tegaderm ปิดทับ Fentanyl ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีเหงื่อออกมาก
- แผ่นยาที่ใช้แล้วยังมียาที่ออกฤทธิ์อยู่ ให้ม้วนแผ่นบริเวณที่เหนียวเข้าหากัน (ในกรณีเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้ทิ้งในขยะทิ้งของมีคม กรณีผู้ป่วยนอกให้ทิ้งขยะของบ้านเรือนในชุมชนได้) ล้างมือหลังจากเปลี่ยนแผ่นยาทุกครั้ง

ความร้อน อาการไข้ จะเพิ่มการดูดซึมของ Fentanyl และสามารถเป็นสาเหตุให้เกิด toxicity

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

ข้อควรปฏิบัติ

- Fentanyl patch ใช้สำหรับอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และความปวดสามารถควบคุมได้คงที่
- ไม่ควรเปลี่ยนยี่ห้อ/รูปแบบของแผ่นยา
- ไม่ควรเปลี่ยน Fentanyl patch ไปเป็นยา opioids อื่นในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ให้คง Fentanyl patch ไว้และใช้ยา opioids เพิ่มตามต้องการ

Oxycodone ในการดูแลแบบประคับประคอง

Oxycodone

คำอธิบาย ยาระงับปวด opioids ชนิดสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์แรง ใช้เป็น second line opioids

รูปแบบยา

Oral	Immediate release oxycodone	
	OxyNorm® calsules	5mg, 10mg, 20mg
	OxyNorm® liquid	1mg/ml, 10mg/ml.
	Modified release (long acting) oxycodone	5mg, 10mg, 20mg
	OxyContin® tablets	40mg, 80mg
ชนิดฉีด	Oxycodone injection	10mg/ml, 20mg/2ml
	OxyNorm® injection	

ข้อบ่งชี้

- ยาระงับปวด second line ชนิดรับประทานและฉีด สำหรับอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ตอบสนองต่อยา opioids ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของ oral morphine, subcutaneous morphine หรือ diamorphine (เช่น อาการง่วงซึม สับสน ประสาทหลอน คั่น)

ผลข้างเคียง

- เหมือนกับยา morphine ดังนั้นจึงต้องมีการติดตามอาการของ opioids toxicity
- สั่งยาระบายและให้ยาต้านการอาเจียนตามความจำเป็น (เช่น metoclopramide)

ปฏิกิริยาระหว่างยา

- ไม่พบปฏิกิริยาระหว่างยาอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

ข้อควรระวัง

- ยา immediate release, modified release และ injection จะมีชื่อคล้ายคลึงกัน ให้ความระมัดระวังเวลาสั่งยา จ่ายหรือให้ยา oxycodone
- ผู้ป่วยที่เปราะบาง หรือสูงอายุ จำเป็นต้องใช้ขนาดที่น้อยกว่าปกติและปรับยาขึ้นช้าๆ
- ตับบกพร่อง: ลดการขจัดยา หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่องระดับปานกลางถึงรุนแรง
- ไตบกพร่อง: ลดการขับออก

ในผู้ป่วยไตบกพร่องระดับเล็กน้อยถึงปานกลางให้เพิ่มขนาดยาขึ้นอย่างช้าๆ และติดตามอย่างใกล้ชิด ให้หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 (eGFR < 30 มก./นาที)

ขนาดและการบริหารยา

- Immediate release oral oxycodone:

สั่งยาทุก 4-6 ชั่วโมง และใช้ขนาดเดียวกันสำหรับ breakthrough pain

- Modified release (ออกฤทธิ์ยาว) oxycodone:

- สั่งยาทุก 12 ชั่วโมง และให้ขนาด 1 ใน 6 ของขนาดยาที่ 24 ชั่วโมง ในรูป immediate release oral oxycodone สำหรับ breakthrough pain
- มีการออกฤทธิ์แบบ Biphasic จะออกฤทธิ์เร็วในช่วงแรก และตามด้วยการออกฤทธิ์แบบยาวนานในระยะต่อมา ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดหลังรับประทานยา long acting ให้รอประมาณ 1 ชั่วโมง ก่อนที่จะให้ immediate release oxycodone สำหรับ breakthrough pain

- Oxycodone ชนิดฉีด:

- ให้ยา subcutaneous infusion ผ่านเครื่อง syringe pump ตลอด 24 ชั่วโมง ได้
- ร่วมกับให้ยาขนาด 1 ใน 6 ส่วนของขนาดยา subcutaneous ใน 24 ชั่วโมง สำหรับ breakthrough pain ทุก 1-2 ชั่วโมง
- ถ้าขนาดยาที่ให้อย่างต่อเนื่องมากกว่า 60 มก. ใน 24 ชั่วโมง อาจจะใช้ยา opioids อื่น สำหรับฉีด breakthrough pain (ความเข้มข้นของยา oxycodone ต่ำเป็นข้อจำกัดสำหรับขนาดฉีดใต้ผิวหนัง ได้ที่ 10 มก.ใน 1 มล.)
- ผสมยาในน้ำสำหรับฉีดได้

- ความคงตัวและการเข้ากันได้ของยา – ดู: แผนภูมิการให้ยาใต้ผิวหนัง

การแปลงขนาดยา

- ความแรงของ oxycodone ประมาณ 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับยา morphine

Oral morphine 60mg	~ Oral oxycodone 30mg	~ Subcutaneous oxycodone 15mg
Subcutaneous morphine 30mg		~ Subcutaneous oxycodone 15mg
Subcutaneous diamorphine 20mg		~ Subcutaneous oxycodone 15 mg

- เช่นเดียวกับยา opioids ทุกตัวการแปลงยาเป็นขนาดยาโดยประมาณ
- การแปลงขนาดยาควรจะทำด้วยความระมัดระวังและปรับขนาดลง
- ติดตามผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง การปรับขนาดยาสามารถทำได้ถ้าจำเป็น
- ถ้าผู้ป่วยมีอาการของ opioids toxicity ให้ลดขนาดยาลง 1 ใน 3 เมื่อเปลี่ยนยา opioids

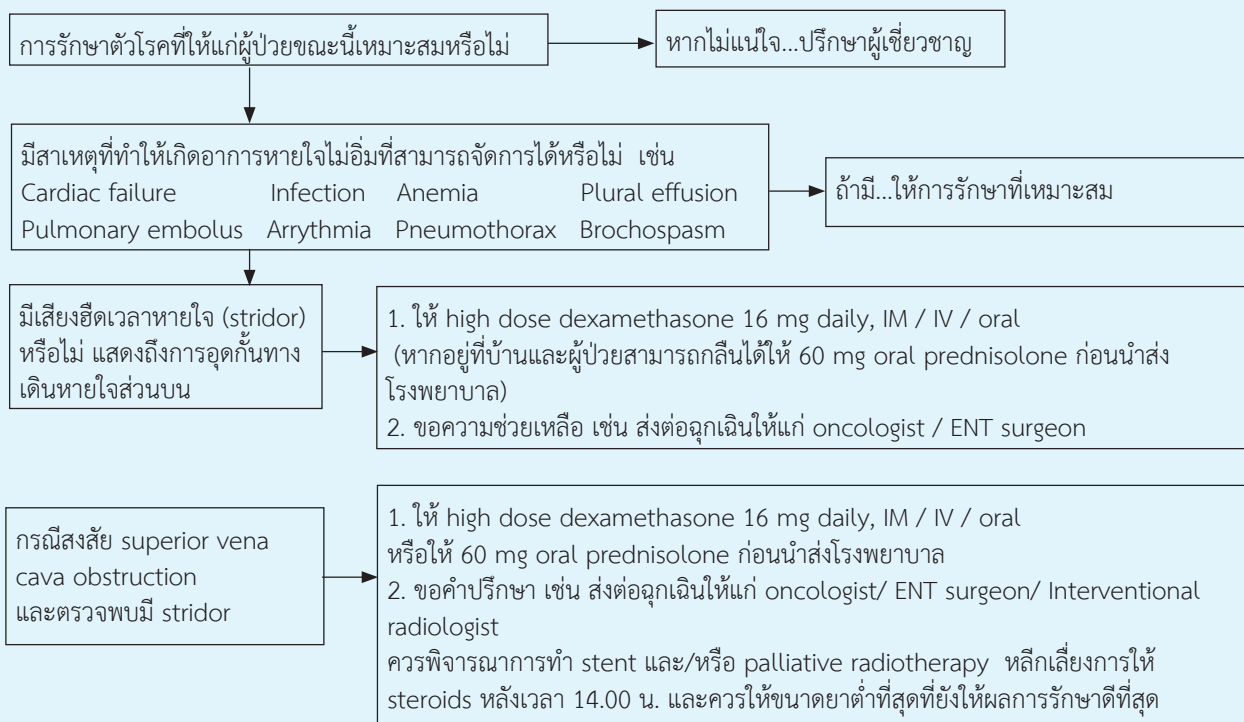
ที่มา: Palliative Care Guidelines Pocket Edition 2010. 3rd ed. Edinberg: NHS Lothian; 2013.

อาการหายใจไม่อิ่มในการดูแลแบบประคับประคอง (Breathlessness in Palliative Care)

ภาวะหายใจไม่อิ่มเป็นอาการที่ไม่สุขสบายและพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม, COPD, heart failure และ end-stage renal disease

การประเมิน

- ชักประวัติดูแบบแผนการหายใจ สิ่งกระตุ้นให้อาการเป็นมากขึ้นหรือดีขึ้น อาการร่วมอื่น เช่น ไอ
- การรักษาตัวโรคที่ทำอยู่เหมาะสมหรือไม่ ขอคำปรึกษากรณีไม่แน่ใจ
- มองหาสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะช็อค pleural effusion, arrhythmia, pulmonary embolism, bronchospasm
- ตรวจสอบ S_{aO_2} ถ้า $>93\%$ ไม่ต้องให้ oxygen แต่ให้ใช้พัดลมพัดผ่านที่ใบหน้า
- ให้ผู้ป่วยประเมินระดับอาการหายใจไม่อิ่ม รวมถึงระดับความวิตกกังวล โดยใช้ numeric scale
- ค้นหาว่าผู้ป่วยมีความกลัวหรือไม่ ประเมินผลกระทบต่อสมรรถนะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



การใช้ยาจัดการอาการหายใจไม่อึด

พิจารณาการใช้ nebulized bronchodilators ถ้ามี bronchospasm

- Salbutamol 2.5-5 mg qds +/- ipratropium
- Nebulised sodium chloride 0.9% ช่วยละลายเสมหะได้

การลองให้ยา steroids เป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่

ในผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะ carcinomatous lymphangitis หรือผู้ป่วยที่เป็น COPD ที่เคยได้รับยา steroids และได้ผลดี

- สามารถให้ dexamethasone 4-8 mg PO bd ไม่ควรให้ยาหลัง 14 น. เนื่องจากมีผลข้างเคียงทำให้ออนไม่หลับ
- หยุดยาภายใน 1 สัปดาห์ หากไม่ได้ผล
- หากได้ผลดี ให้ค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนเป็นขนาดยาต่ำที่สุดที่ยังให้ผลการรักษาที่ดี

อาการหายใจไม่อึดขณะพัก (Dyspnea at rest)

เป็นภาวะที่จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษา

ให้ยาในกลุ่ม opioids

- Normal release morphine ทุก 4-6 ชั่วโมง (ทุก 6-8 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่เปราะบางมาก)
เริ่มด้วย 2.5 mg oral ถ้าผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับยากลุ่มนี้มาก่อนเลย ในระยะแรกอาจให้เป็นครั้งคราวเวลา
มีอาการ ถ้าต้องใช้ยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน ให้ยาเป็นทุก 4-6 ชั่วโมง และสามารถให้ PRN เสริมได้
ทุก 4 ชั่วโมง
- หากจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยา ให้ค่อยๆ เพิ่มซ้ำๆ เป็นขั้นๆ ขึ้นละประมาณร้อยละ 30
- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ ให้บริหารยาทาง SC
 - Morphine 2-3 mg, SC, PRN
 - +/- morphine 10-20 mg, SC โดยใช้ syringe driver/24 ชั่วโมง
- ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีไตวาย
 - Morphine oral 1-2 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง ติดตามดูผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิด สามารถให้ PRN
เสริมได้ทุก 4 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยที่ใช้ opioids อยู่แล้วสำหรับคุมอาการปวดให้เพิ่มขนาดของ opioids ที่ใช้อยู่อีกร้อยละ 30
- ถ้ามีภาวะ hypoxia ($S_{aO_2} < 93\%$) ควรพิจารณาให้ oxygen ทาง nasal cannula/mask ไม่ควรให้ถ้า
 S_{aO_2} ไม่ต่ำ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะ oxygen dependent อันเป็นผลจากด้านจิตใจโดยไม่มีเหตุจำเป็น
ทางการแพทย์
- ถ้าผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยจำเป็นต้องมีเครื่องให้ oxygen ทีมให้การรักษาดังนั้นวางแผนจัดหา
อุปกรณ์ให้

ยาในกลุ่ม Benzodiazepines: ช่วยลดภาวะวิตกกังวล และใช้ใน panic attack

- Lorazepam 0.5 mg SL สำหรับภาวะตระหนกตกใจ
- Lorazepam 0.5-1mg หรือ Diazepam 2 mg รับประทานก่อนนอน

การดูแลระดับประคองโดยไม่ใช้ยา

- จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน โดยทีมสหสาขา เช่น นักกายภาพบำบัด/ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้
- วิธีการดูแลรักษาแบบประคับประคองต่อไปนี้เป็นสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรคกระตุกและโรคเรื้อรังระยะท้ายอื่นๆ

ความวิตกกังวลและการตระหนกตกใจ (Panic attack)

ความวิตกกังวลและการหายใจหอบเร็วจากภาวะตระหนกตกใจพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจไม่อิ่ม ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาได้โดย

- ฝึกการหายใจ (Simple breathing exercises)
- ฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training)
- สอบถาม/พูดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว (เช่น กลัวการขาดอากาศ) และช่วยให้คลายกังวลเท่าที่ทำได้
- ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจไม่อิ่มแก่ผู้ป่วย โดยอาจให้เป็นเอกสาร หรือบทความ เป็นต้น
- พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา เช่น
 - Lorazepam 0.5 mg SL สำหรับภาวะตระหนกตกใจ
 - Lorazepam 0.5-1mg หรือ Diazepam 2 mg รับประทานก่อนนอน ถ้าวิตกกังวลเรื้อรัง ให้เพิ่มขนาดยาได้ตามความจำเป็น

พิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำรงชีวิต

- พูดคุย/ปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับข้อจำกัด หรือข้อวิตกกังวล
- เพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วย เช่น การฝึกหายใจ การสวดมนต์
- พิจารณาประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถได้รับตามสิทธิ์ในการรักษา (เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน)
- ประเมินความจำเป็นในการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ แผนการดูแลในภาวะฉุกเฉิน หรือการให้การช่วยเหลือหากผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน โดยการหาเครือข่ายเยี่ยมบ้าน ถ้าผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคดี (ยังไม่เสียชีวิตในเวลาอันสั้น) และมีปัญหาความวิตกกังวลอย่างมากและเรื้อรัง รวมทั้งมีปัญหาในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำรงชีวิต แพทย์ที่ให้การดูแลควรพิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

ข้อแนะนำสำหรับผู้ดูแล

- จัดห้องให้มีอากาศถ่ายเท เปิดหน้าต่าง การใช้พัดลม การเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้น
- แนะนำท่านั่ง/นอนที่เหมาะสม นอนหัวสูง

ข้อแนะนำ

- Opioids ช่วยลดความรู้สึกหายใจไม่อึด ใช้ในผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่อึดในขณะพัก (dyspnea at rest) และใช้ในระยาสุติท้ายเมื่อใกล้เสียชีวิต ใช้ในขนาดน้อยและปรับขนาดขึ้นอย่างระมัดระวัง ไม่มีผลลดการหายใจ
- การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาโดยไม่ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการหายใจไม่อึดมีความสำคัญมาก มักใช้ในระยารแรกที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่อึดเวลาออกแรงหรือทำกิจกรรม แต่เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นการใช้ยาจัดการอาการจะมีความจำเป็นมากขึ้น
- จำเป็นต้องมีการวางแผนล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการอาการหอบเหนื่อยในระยาสุติท้าย รวมถึงความจำเป็นในการให้ยานอนหลับ ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่สบายอย่างมาก

อาการหายใจไม่อึดที่เป็นมากขึ้นในขณะพัก (ภาวะนี้อาจเป็นสัญญาณว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน หากไม่มีสาเหตุอื่นใดที่สามารถแก้ไขได้)

วางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างทีมแพทย์-พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เกี่ยวกับภาวะหายใจไม่อึดในระยาสุติท้ายของชีวิตโดย

- การใช้ยา ได้แก่ opioids, benzodiazepine (รายละเอียดด้านล่าง)
- การให้ยาเพื่อให้หลับ (sedation) ในระยาสุติท้าย (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สบายอย่างมากจากอาการหายใจไม่อึดที่ไม่สามารถจัดการอาการได้)

การดูแลภาวะหายใจลำบากในวันสุดท้าย หรือ ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต

- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาทางปาก ให้เปลี่ยนจาก oral opioids เป็น SC
($24\text{hr oral morphine dose divided by } 3 = 24\text{hr SC dose}$)
- ให้ midazolam 2.5-5 mg SC, PRN หากมีภาวะไม่สบาย
- เพิ่ม midazolam 5-10 mg / 24 ชั่วโมง ใน SC infusion ผ่านทาง syringe driver เพิ่ม midazolam ใน SC infusion ตาม PRN dose ที่ผู้ป่วยใช้ทั้งวัน หรือตามระดับความไม่สบายที่ปรากฏ
ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับ 30-80 mg ของ SC midazolam / 24 ชั่วโมง
- สื่อสารข้อมูลข้างต้นกับครอบครัว โดยเน้นถึงวัตถุประสงค์การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายที่เกิดร่วมกับภาวะหายใจไม่อึด ให้เข้าใจว่ายานี้ไม่ได้เร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

การดูแลหรือจัดการการหายใจครืดคราด หรือการมีเสมหะมากในระยะใกล้เสียชีวิต

- ปรับเปลี่ยนท่านอน อาจช่วยได้บ้าง
- ให้ hyoscine butylbromide 20 mg SC stat และหากได้ผลให้ต่อในขนาด 20 mg SC ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือ ให้ hyoscine butylbromide 40 mg/24 ชั่วโมง SC โดย syringe driver
- หากมีเสมหะเป็นจำนวนมากและผู้ป่วยไม่รู้สีกักตัว อาจทำการดูดเสมหะ ถ้าจำเป็น

หมายเหตุ: Hyoscine butylbromide (buscopan) มีผล sedation และ confusion น้อยกว่า hyoscine hydrobromide เพราะฉะนั้น หากหวังผล sedation ควรพิจารณาให้ hyoscine hydrobromide 400 micrograms, SC, ทุก 4 ชั่วโมง หรือ 0.8-1.2 mg/24 ชั่วโมง, SC โดยใช้ syringe driver

Key References

Jennings A. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. Cochrane database of Systematic Reviews 2001; Issue 3 <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002066.html>

การจัดการอาการไอในการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

อาการไอเป็นกลไกสำคัญของร่างกายในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ แต่หากมีอาการรุนแรงและบ่อย จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหรือการนอน ซึ่งในกรณีนี้จำเป็นต้องให้การจัดการอาการ โดยค้นหาสาเหตุ และให้การรักษหากสามารถทำได้

การจัดการอาการไอ

- ต้องมั่นใจว่าได้ให้ยาจัดการอาการปวดอย่างเพียงพอ เนื่องจากอาการปวดอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพ
- หากมีการคั่งค้างของสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ ควรทำกายภาพบำบัด

ตารางที่ 6-4 การจัดการสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย

สาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง	การรักษา
Stridor จากทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน	• Dexamethasone 16 mg หากไม่มีให้ใช้ Prednisolone 60 mg แทน (oral route) • ปรึกษา oncologist / respiratory medicine
Lymphangitis / disease progression	• ปรึกษา oncologist ; พิจารณาการให้ steroids
Tracheo-oesophageal fistula with aspiration (ไอหลังการกลืน)	• ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ อาจจำเป็นต้องทำ stenting
การไอที่ไม่มีประสิทธิภาพ (อาจมีสาเหตุจาก recurrent laryngeal nerve palsy, weakness, pain)	• ดูแลประคับประคอง • ปรึกษาแพทย์หูคอจมูก กรณี laryngeal nerve palsy เพื่อทำ vocal cord injection
Malignant pleural effusion	• Pleural drainage +/- Pleurodesis
Pneumonitis (chemotherapy-induced)	• ปรึกษา oncologist; corticosteroids
สาเหตุอื่นๆ	
การสูบบุหรี่	• แนะนำการหยุดบุหรี่
การสูดดม	• กรณีติดเชื้อให้ยาปฏิชีวนะหรือ antisecretory agent เช่น hyoscine butylbromide (ในช่วงใกล้เสียชีวิต)
Gastro-esophageal reflux	• Proton pump inhibitor • Prokinetic เช่น metoclopramide, domperidone
ภาวะติดเชื้อ	• Antibiotics
ACE inhibitor	• หยุดยาและเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น
น้ำมูกไหลลงคอ	• Nasal decongestant spray, nasal corticosteroid, antihistamine
Cardiac failure, COPD, asthma	• ให้การรักษาตัวโรคอย่างเต็มที่

ยาสำหรับจัดการอาการไอ

- Simple linctus BP 5 ml, 3 เวลา
- Nebulised 0.9% sodium chloride 2.5-5 ml
- Opioids : ปรับยาขึ้นตามอาการและผลข้างเคียง
 - Codeine linctus BP (15mg/ 5ml) 5-10 ml, ทุก 6-8 ชั่วโมงและให้ก่อนนอน
 - Oral morphine liquid 2 mg, ทุก 6-8 ชั่วโมงและให้ก่อนนอน

การจัดการอาการไอโดยไม่ใช้ยา

การจัดทำ : เป็นไปไม่ได้ที่จะไออย่างมีประสิทธิภาพหากผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ

Key References

1. Morrice AH. British Thoracic Society recommendations for the management of cough in adults. Thorax 2006;61:1-24.
2. Leach M. Cough. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd Edition 2004, p 899-901.

อาการเบื่ออาหารในการดูแลแบบประคับประคอง

ผลกระทบ

- ด้านจิตใจ
 - เพิ่มความวิตกกังวลทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วย
 - เป็นการย่ำเตือนถึงความเจ็บป่วยตลอดเวลา
 - ทำให้ผู้ให้การดูแลรู้สึกเหมือนถูกปฏิเสธเพราะไม่สามารถให้อาหารแก่ผู้ป่วยได้
- ทำให้เกิดความตึงเครียดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล
- มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ทำให้ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรง
- อาจเพิ่มความไวต่อการเกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาในการรักษา หรือลดความทนในการรับยาที่ใช้รักษา

สาเหตุ

- ในผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งกลูกลามอาจมีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมตาบอลิซึมจาก mediators ที่สร้างจากเซลล์มะเร็ง ส่งผลให้เกิดอาการเบื่ออาหารได้
- อาการปวด
- ปัญหาในช่องปาก เช่น การติดเชื้อราในช่องปาก ปากแห้ง แผล/แผลอักเสบในช่องปาก ฟันปลอมหลวม การรับรสผิดปกติ การกลืนลำบาก หรือมีการอุดตันของทางเดินอาหาร
- คลื่นไส้อาเจียน
- ท้องผูก
- ลำไส้เคลื่อนไหวน้อย ทำให้อาหารคงค้างในทางเดินอาหารนาน
- ภาวะหายใจลำบาก
- ภาวะอ่อนล้า
- ภาวะซึมเศร้าหรือ เครียด
- การรับรู้บกพร่อง
- การได้กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ เช่น กลิ่นจาก fungating lesion, fistulae, หรือกลิ่นอาหารบางชนิด

การรักษา

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล

- ให้ความรู้แก่ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล
- จัดการปัญหาที่สามารถจัดการได้
- ขอคำปรึกษาจากนักโภชนาการ
- การให้ยา

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

- เพิ่มคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร โดยการเพิ่มน้ำตาล น้ำผึ้ง เนย หรือ ครีม
- ควรให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องดื่มที่มีสารอาหารสูง หรือ การได้รับของว่างระหว่างมื้อ
- เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรสผิดปกติ อาจเตรียมอาหารโดยมีการเพิ่มตัวชูรสในอาหาร หรือ ให้ลองรับประทานอาหารชนิดใหม่ๆ
- สนับสนุนผู้ป่วยให้รับประทานเท่าที่จะได้
- หากผู้ป่วยรับประทานได้น้อย ไม่ควรบังคับให้รับประทานต่อไป ควรให้อาหารในปริมาณไม่มาก แต่มีการจัดสำหรับอาหารให้น่ารับประทาน
- ไม่ควรพูดคุยเกี่ยวกับอาหารตลอดเวลา เพราะหากผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกอยากอาหาร จะทำให้การสนทนานั้นไม่เป็นที่เพลิดเพลินใจ
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับคนอื่นๆ เพื่ออาจกระตุ้นความอยากอาหารได้บ้าง
- หากผู้ป่วยนิยมดื่มสุรา (มาก่อน) อาจให้ดื่มได้ เพราะสุราอาจลดความรู้สึกถูกแน่นท้อง ลดความเครียด และสุรายังสามารถให้พลังงานได้ด้วย
- การให้เครื่องดื่มเสริม ซึ่งควรได้รับการแนะนำจากนักโภชนาการ

ยาสำหรับรักษาอาการเบื่ออาหาร

Corticosteroids

- Corticosteroids เพิ่มความอยากอาหารชั่วคราวในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทำให้ได้รับพลังงานจากสารอาหารเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นในภาพรวม แต่ไม่มีผลชัดเจนในการทำให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น
- **ผลข้างเคียง** มีการคั่งของน้ำและไขมันในร่างกาย เกิด myopathy ติดเชื้อราในช่องปาก ระคายเคืองกระเพาะอาหาร
- ระยะเวลาที่ตอบสนองต่อยาคือ 3-4 สัปดาห์ หลังจากนั้นประสิทธิภาพจะลดลง
- ควรวางแผนใช้ยานี้เพื่อเพิ่มความอยากอาหารเป็นระยะสั้นโดยไม่ให้เกิดผลข้างเคียงของยา ลองใช้ยาประมาณ 1 สัปดาห์ และถ้าไม่ได้ผลให้หยุดยา และหากได้ผลดีให้ลดขนาดยาลงทุกสัปดาห์จนกว่าจะได้ขนาดยาที่น้อยที่สุดแต่ยังให้ผลในการรักษา
- **ขนาดยาเริ่มต้น** : dexamethasone 4 mg วันละครั้งในตอนเช้า หรือ prednisolone 30 mg ในตอนเช้า

Progesteroes

- อาจมีผลเพิ่มความอยากอาหาร ทำให้ได้รับพลังงานเพิ่ม และภาวะโภชนาการดีขึ้น
- มีการศึกษาชี้ว่ายานี้สามารถลดภาวะอ่อนล้า ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น แต่ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ
- ใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล แต่มีข้อดีคือระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยาจะค่อนข้างยาวนาน ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีพยากรณ์ของโรคร้าย
- **ผลข้างเคียง** ค่อนข้างน้อย ได้แก่ คลื่นไส้ ภาวะน้ำคั่ง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด thromboembolism

- ขนาดยาเริ่มต้น megestrol acetate 160 mg ทุกวัน ให้เพิ่มขนาดขึ้นทุกสัปดาห์จนขนาดสูงสุด 160 mg tds คงขนาดยาดำสุดที่ยังให้ผลดีที่สุด และหยุดยาหากไม่ได้ผล

Prokinetics

- ยากลุ่มนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร อิ่มเร็ว หรือมีคลื่นไส้
- ใช้ในความผิดปกติของทางเดินอาหารจาก autonomic failure หรือ tumor infiltration
- **ขนาดของยา** : metoclopramide 10-20 mg tds หรือ domperidone 10-20 mg tds ครึ่งชั่วโมงก่อนอาหาร (ยานี้มีผลข้างเคียงน้อยกว่าหากใช้เป็นระยะเวลานาน)

Key References

Bruera E, Fainsinger RL. Clinical management of cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press 1998 p548-56.

ภาวะอ่อนเพลียและอ่อนล้าในการดูแลแบบประคับประคอง (Weakness and Fatigue in Palliative Care)

- พบได้บ่อย
- เกิดจากหลายสาเหตุ แต่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริง
- มักพบร่วมกับการรักษามะเร็ง
- มีผลกระทบกับทั้งทางกายและใจ
- มักไม่หายแม้จะได้นอนพักผ่อน
- มีอาการตั้งแต่กล้ามเนื้อไม่มีแรง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่ามีแรง

อาการที่พบ

- เหนื่อย อ่อนล้า ไม่มีพลังกำลัง
- กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย
- ขาดสมาธิ
- สูญเสียการพึ่งพาตนเอง สูญเสียการควบคุมตนเอง
- สูญเสียความรู้สึกเคารพตนเอง / การมีรูปแบบเปลี่ยนไป
- อารมณ์ไม่ดี ซึมเศร้า

สาเหตุที่เป็นไปได้

Muscle weakness

Cancer cachexia

Focal weakness

- spinal cord/nerve root compression
- cerebral metastases
- brachial plexopathy

Paraneoplastic syndromes

Physical inactivity

Corticosteroids → proximal myopathy

Physical/psychological correlates include:

Disease progression

Radiotherapy/chemotherapy

Surgery

Hormone therapy

Altered sleep pattern

Depression/anxiety

Infection

Anemia

Metabolic (eg. low sodium, low potassium, hypercalcemia, uremia)

Drugs (eg. opioids, benzodiazepines)

Poorly controlled symptoms (eg. pain)

Co-morbidity (eg. cardiac failure)

การดูแลรักษาภาวะอ่อนเพลียและอ่อนล้าที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง

มีหลากหลายวิธี ซึ่งสามารถปรับใช้ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนจากการทำวิจัยในเรื่องนี้มากนัก

บททบทวนตรวจสอบอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาตามเห็นสมควร และเหมาะสม

ข้อมูลจำเป็น

- ตระหนักและยอมรับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริง
- อธิบายสาเหตุที่เป็นไปได้
- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคที่เป็น รวมทั้งการรักษาที่ได้รับ
- เสนอให้เอกสารเพื่อศึกษาทำความเข้าใจเองแก่ผู้ป่วย
- ทำบันทึกประจำวันเกี่ยวกับอาการอ่อนแรง ซึ่งอาจทำให้สามารถค้นพบสาเหตุ หรือ เวลาที่มักมีอาการได้

รักษาสาเหตุที่แก้ไขได้

- การให้เลือด
- แก้ไขความผิดปกติทางชีวเคมีต่างๆ
- ทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างสม่ำเสมอ
- ควบคุมอาการอย่างอื่น
- ทดลองให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร (ซึ่งอาจได้ผลเป็นการชั่วคราว)

*Dexamethasone 4 mg ในตอนเช้า ลองให้ยา 1 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้ผลให้หยุดยา ถ้าได้ผลลดขนาดลงทุกสัปดาห์หรือขนาดน้อยที่สุด ที่ยังได้ผลดี

*หรือลองให้ megestrol acetate, 160 mg ทุกวัน (เพิ่มขนาดทุกสัปดาห์ ขนาดสูงสุด 160 mg tds หยุดตัวยาถ้าไม่ได้ผล

- ให้คำแนะนำทางโภชนาการการให้ aggressive nutritional support ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยระยะนี้ แต่ผู้ป่วยและญาติจำนวนมากวิตกกังวลเกี่ยวกับโภชนาการและต้องการคำแนะนำ

ความต้องการทางกาย (พยายามให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดและเพื่อคงความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย)

- พักผ่อนอย่างเพียงพอ
- จัดตารางการนอนพักตอนกลางวัน
- ยังคงทำกิจวัตรประจำวัน แต่ให้ลำดับความสำคัญของกิจวัตรดังกล่าว โดยเลือกทำสิ่งที่สำคัญ
- ทำกิจกรรมในช่วงที่เหนื่อยน้อยที่สุด
- กำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง
- ให้นักกายภาพบำบัดช่วยแนะนำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยใช้พลังงานน้อยที่สุด

ความต้องการทางอารมณ์

- ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการแบ่งปันอารมณ์ และตั้งคำถาม
- สอบถามประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจตนเองลดลง
- หากมีภาวะหดหู่ หรือวิตกกังวล ควรให้การรักษา

ความต้องการอื่นที่จำเป็น

- การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนครอบครัว
- พยาบาลชุมชนในการประสานการดูแล
- เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
- สังคมสงเคราะห์ เช่น การให้ความช่วยเหลือที่บ้าน การปรับตัว สิทธิประโยชน์ต่างๆ
- ลดการนัดหมายในการมาพบแพทย์ เพื่อลดการเดินทาง
- ต้องมีแผนจำหน่ายที่รอบคอบ โดยควรมีแผนลงเยี่ยมบ้านด้วย

Key References

1. Bruera E, Fainsinger RL. Clinical management of cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press 1998 p548-56.
2. Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, et al. Randomised comparison of megestrol acetate versus dexamethasone versus fluoxymesterone for the treatment of cancer anorexia/cachexia. J Clin Onco 1998;6:109-113.
3. Bruera E. ABC of Palliative care. Anorexia, cachexia and nutrition. BMJ 1997;315:1219-22.

อาการคลื่นไส้/อาเจียนในการดูแลแบบประคับประคอง

- รักษาหรือแก้ไขสาเหตุที่จัดการได้อย่างเหมาะสม ได้แก่
 - Drugs - Hypercalcemia - Anxiety
 - Constipation - Cough - Gastric irritation
- ให้ตระหนักถึงสาเหตุที่อาจไม่มีความเกี่ยวข้องกันเลย เช่น gastroenteritis
- ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนอย่างสม่ำเสมอ และตามผู้ป่วยต้องการ (PRN) พร้อมทั้งทบทวนการให้ยาทุก 24 ชั่วโมง
- ถ้าผู้ป่วยอาเจียนหรือสงสัยผู้ป่วยอาจมีปัญหาการดูดซึมยา ให้พิจารณาให้ SC โดยใช้ syringe driver หรือให้ทางทวารหนัก

ตารางที่ 6-5 สาเหตุ อาการทางคลินิก และการรักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน

สาเหตุที่เป็นไปได้	อาการทางคลินิก	การรักษา (ขนาดยาดูได้จากตาราง)
- Drugs (incl opioids) - Carcinomatosis - Uremia/hypercalcemia	Chemical/metabolic คลื่นไส้รุนแรงและต่อเนื่อง อาการจะดีขึ้นเล็กน้อยหลังอาเจียน	1. Haloperidol 2. Levomepromazine (methotrimeprazine)
- Opioids, anticholinergics - Local tumor - Autonomic failure - Hepatomegaly - Peptic ulceration	Gastric stasis/outlet obstruction มีอาการอาเจียนเป็นระยะๆ และมักดีขึ้นหลังจากอาเจียน	Prokinetic 1. Metoclopramide SC/oral 2. Domperidone (ผลข้างเคียงน้อยกว่า) ถ้ามีอาการปวดท้องแบบ colic หรือไม่ได้ผล ให้ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาให้ dexamethasone 4-6 mg เข้า oral (ถ้ามี liver metastasis หรือ extrinsic compression)
- Esophageal or mediastinal disease	Regurgitation กลืนลำบาก มีคลื่นไส้เล็กน้อย อาการจะดีขึ้นหลังสำรอกอาหาร	- Stent/laser - Radio/chemotherapy - Dexamethasone (6-8mg/d) - การให้ antiemetics มักไม่ได้ผล
- Abdominal carcinomas - Autonomic neuropathy <i>Exclude constipation</i>	Bowel obstruction อาจเป็นแบบ partial/intermittent ในช่วงแรก อาการคลื่นไส้มักดีขึ้นหลังอาเจียน อาการคลื่นไส้จะเพิ่มขึ้น, +/- colic, +/- Feculent vomiting ใน advanced / complete obstruction	หากไม่สามารถผ่าตัดได้ควรให้การดูแลด้วยยา ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแต่เนิ่น ๆ สาเหตุสำคัญ 2 ประการ 1. Peristaltic failure ให้ Metoclopramide (Prokinetic) 2. Mechanical obstruction ให้ - Hyoscine butylbromide (ถ้ามี colic) - Levomepromazine - Cyclizine +/- haloperidol - NG tube ถ้ามี persistent vomiting

ตารางที่ 6-5 สาเหตุ อาการทางคลินิก และการรักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน (ต่อ)

สาเหตุที่เป็นไปได้	อาการทางคลินิก	การรักษา (ขนาดยาที่ได้จากตาราง)
- Increased intracranial pressure - Radiotherapy - Brainstem/meningeal disease	Cranial disease/treatment ปวดศีรษะ +/- cranial nerve signs	Cyclizine + Dexamethasone 8-16 mg/day (ถ้ามี intracranial pressure สูง)
- Vestibular disease - Base of skull tumor - Motion sickness	Movement related	1. Cyclizine 2. Levomepromazine 3. Prochlorperazine; motion sickness
	Cause unclear/multiple causes	1. Levomepromazine 2. Metoclopramide (if no colic) 3. Cyclizine + haloperidol 4. Trial of dexamethasone

ถ้าอาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา ให้ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

NB 5HT antagonists (eg. Ondansetron) ให้ผลดีในผู้ป่วยที่มีคลื่นไส้อาเจียนจากการได้ chemotherapy/radiotherapy ในกรณีอื่นไม่แนะนำ ผลข้างเคียงทำให้ท้องผูก

ข้อปฏิบัติ

- แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการอาเจียน ให้ถามว่ามีคลื่นไส้หรือไม่
- กลไกการเกิดอาการอาเจียนอาจมาจากหลายกลไก เลือกยาตามกลไกการออกฤทธิ์
- ไม่ควรเลือกยาที่ออกฤทธิ์ที่เดียวกัน ไม่ใช้ยา prokinetics ร่วมกับ anticholinergics
- ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก หรือมีปัญหาการดูดซึม ให้บริหารยาทางใต้ผิวหนัง
- ให้ยาตามเวลาร่วมกับให้ PRN และเริ่มในขนาดน้อยก่อน
- ทบทวนการให้ยาเป็นระยะ ยุติเมื่อสามารถจัดการสาเหตุได้แล้ว
- การดูแลช่องปากเป็นหัวใจสำคัญ

ข้อสังเกตเกี่ยวกับการบริหารยา

1. การใช้ antiemetic ระยะยาว ควรมีการทบทวนเป็นระยะๆ ให้หยุดยาหากสาเหตุได้รับการแก้ไข
2. การให้ haloperidol ในขนาดสูง หรือ ใช้เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิด extrapyramidal side effects (เช่น hypokinesia, tremor)
3. Levomepromazine (methotrimeprazine) เป็น antiemetic ที่ให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แนะนำให้ใช้ยาในขนาดต่ำเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะง่วงซึมและความดันต่ำ หากให้ยาทาง SC ขนาดยาจะลดลงครึ่งหนึ่งของขนาดที่ให้ทาง oral route
4. การใช้ metoclopramide เป็นเวลานาน อาจทำให้เกิด extrapyramidal side effects (เช่น tremor) หมดระว่างเป็นพิษหากใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

5. Prokinetic action สามารถถูกยับยั้งด้วย anticholinergics เช่น cyclizine, buscopan, amitriptyline
6. ควรให้ corticosteroids ก่อนเวลา 14.00 นาฬิกา ทบทุนการให้ยาและลดขนาดยาให้ต่ำที่สุดที่ยังให้ผลการรักษา งดใช้ยาเมื่อไม่มีผลรักษา (1 mg dexamethasone เทียบเท่า 7 mg prednisolone)

ข้อแนะนำสำหรับผู้ดูแล

- ให้อาหารน้อยๆ แต่บ่อยๆ หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นรุนแรง
- การกดจุด หรือการฝังเข็มสามารถใช้ในการจัดการอาการอาเจียน

ตารางที่ 6-6 การบริหารยาที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน

Drug	Oral dose (PR dose)	Stat dose / PRN dose	Subcutaneous syringe driver / 24 hrs
Cyclizine	50mg, 8 hourly	50mg, oral/IM	50-150mg
Domperidone	10-20mg, 6-8 hourly (30-60mg, 4-8 hourly, PR)		
Haloperidol	1.5 mg bd or 3mg, nocte	1.5mg, oral 1.25-2.5mg, SC	2.5-5mg
Levomopromazine	3-6mg, bd or nocte	3mg, oral 2.5-6.25mg, SC	6.25-25mg
Metoclopramide	10-20mg, 6-8 hourly	10mg, oral/SC	30-80mg
Hyosine butylbromide (Buscopan)	20mg, 6 hourly	20mg, SC	20-100mg
Hyosine hydrobromide	Skin patch, 1mg/72 hours 150-300 micrograms / 8-12 hourly, oral	400 micrograms, SC	0.4-1.2mg

หากมีการใช้ยาอื่น หรือขนาดยาต่างจากที่แนะนำข้างต้น หรือ การใช้ยาหลายชนิดร่วมกันมักจะสั่งโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้าน Palliative care ควรมีการบันทึกในประวัติผู้ป่วยอย่างชัดเจน หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในการใช้ยา ให้ปรึกษา Palliative care pharmacist หรือผู้เชี่ยวชาญอื่น

ตารางที่ 6-7 กลไกการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน

Drug	D ₂ antagonist	H ₁ antagonist	Ach antagonist	5HT ₂ antagonist	5HT ₄ agonist
Metoclopramide	++				++
Domperidone	++				
Cyclizine		++	++		
Hyoscine			++		
Haloperidol	+++				
Levomopromazine	++	+++	++	+++	

Key References

1. Twycross R, Back I. Nausea and vomiting in advance cancer. Eur J Pall Care 1998;5:39-45.
2. Bentley A, Boyd K. management of nausea and vomiting using clinical pictures. Palliative Medicine 2001;15:247-53.
3. Rawlinson F. Malignant bowel obstruction. Eur J Pall Care 2001;8:137-40.

ภาวะท้องผูกในการดูแลแบบประคับประคอง (Constipation in Palliative care)

เป็นภาวะที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยระยะท้าย และทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ในผู้ป่วยระยะท้ายมักได้ยา opioids ซึ่งเป็นสาเหตุของท้องผูกที่มีความสำคัญ

การประเมิน

- ลักษณะการขับถ่ายที่ปกติของผู้ป่วย ความถี่ในการขับถ่าย
- ขณะนี้ใช้ยาอะไร หรือเคยใช้มาก่อนหรือไม่ และได้ผลอย่างไร
- อาการของภาวะท้องผูกอาจมีลักษณะคล้ายภาวะลำไส้อุดตัน หรือโรคที่มีพยาธิสภาพในช่องท้อง โดยอาจมีอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อุจจาระกะปริบะปรอย (overflow diarrhea)

สาเหตุของท้องผูก

- ยา ได้แก่ opioids, anticholinergics (hyoscine, tricyclic antidepressants), antacids, diuretics, iron, 5HT₃ antagonists.
- สาเหตุจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้มีภาวะขาดน้ำ ไม่เคลื่อนไหว รับประทานอาหาร
- ก้อนมะเร็งกดเบียด หรืออุดตันลำไส้
- การเสียหายของ lumbosacral spinal cord, cauda equine หรือ pelvic nerves.
- Hypercalcemia
- โรคอื่น ๆ เช่น เบาหวาน hypothyroidism, diverticular disease, anal fissure, hemorrhoids, hypokalemia.

ค้นหาสาเหตุก่อนให้การรักษา

- การตรวจหน้าท้องและตรวจทางทวารหนักเป็นสิ่งจำเป็น
- เพื่อตัดสาเหตุของภาวะลำไส้อุดตัน หรือประเมินปริมาณอุจจาระ อาจจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีท้อง

การรักษา

- กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ (อย่างน้อย 2 ลิตร/วัน)
- ทบทวนอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน
- ให้มั่นใจว่ามีความเป็นส่วนตัว หรือสามารถเข้าถึงห้องน้ำได้อย่างสะดวก
- ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขจัดการได้
- ถ้ายาอะไรที่ผู้ป่วยใช้อยู่ได้ผลดีให้คงไว้ต่อไป และมีการทบทวนเป็นระยะ อธิบายความสำคัญของการป้องกันภาวะท้องผูก

ยารับประทาน

- ใช้ยาระบายชนิดรับประทานถ้าเป็นไปได้
- อาจจำเป็นต้องทำ rectal treatment (สวนถ่าย) ถ้ามี fecal impaction หรือในผู้ป่วยที่มี paraplegia หรือนอนติดเตียง
- ถ้าทำ PR แล้วพบ ballooning rectum บ่งบอกถึงอาจมี fecal impaction ที่อยู่ระดับสูง หรือมี bowel obstruction ควรให้ rectal treatment
- ยาระบายกลุ่ม stimulants ได้แก่ senna, bisacodyl
- ยากลุ่ม softener ได้แก่ lactulose กรณีอุจจาระแข็งควรให้ยากลุ่ม softener ร่วมกับกลุ่ม stimulant

Rectal treatment

- อุจจาระนิ่ม: bisacodyl suppository, phosphate enema (Unison)
- อุจจาระแข็ง: glycerine suppository เพื่อช่วยหล่อลื่น/กระตุ้นการถ่าย ตามด้วยยาระบายข้างต้น
- อุจจาระแข็งอย่างมาก: สวน SSE และเพิ่มขนาดยาระบาย

ผู้ป่วยที่มี Paraplegia หรือนอนติดเตียง

- ปรับขนาดยาระบายขึ้น เพื่อให้อุจจาระนิ่ม
- ให้ rectal treatment ทุก 3 วัน

Practical points

- หลีกเลี่ยงยากลุ่ม bulk forming laxatives ถ้าผู้ป่วยดื่มน้ำน้อย และลำไส้ไม่เคลื่อนไหว เพราะมีโอกาสเกิด fecal impact
- ผู้ป่วยที่ใช้ lactulose ต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น และยานี้อาจทำให้อึดแน่นท้อง ปวดบิดท้องได้
- ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้ opioids ต้องรับประทานยาระบายอย่างสม่ำเสมอ
- ทบทวนขนาดยาที่ให้อยู่เมื่อเพิ่มขนาดของ opioids อาจต้องเพิ่มยาระบายขึ้นด้วย
- ในผู้ป่วยที่ใช้ยา opioids ถ้าให้ยาระบายอย่างเต็มที่แล้วยังมีท้องผูก อาจต้องเปลี่ยนเป็นยา opioids ตัวอื่น เช่น Fentanyl ซึ่งมีผลข้างเคียงท้องผูกลดกว่า

Key References

Campbell T, et al. The management of constipation in people with advance cancer. Int J Adv Nurs 2001;7:110-9.

อาการระอึกในการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

ในผู้ป่วยมะเร็งอาจพบอาการระอึกที่เป็นต่อเนื่องนานกว่า 48 ชั่วโมงได้ไม่น้อย เมื่อเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายอย่างยิ่ง

การประเมิน

ในผู้ป่วยมะเร็งลุกลาม สาเหตุการระอึกมักเกิดจาก

- กระเพาะอาหารไม่บีบตัว และหรือยึดตัว (พบบ่อยที่สุด)
- ภาวะกรดไหลย้อน (GERD)
- ความผิดปกติทาง metabolic (uremia, hypercalcemia)
- ภาวะติดเชื้อ
- มีการระคายเคืองของกระบังลมหรือ phrenic nerve
- โรคตับ/ตับโต
- สาเหตุทางสมอง (มะเร็งหรือมะเร็งที่กระจายไปสมอง)

การจัดการรักษา

- กำจัดสาเหตุที่แก้ไขได้
- โดยทั่วไป อาการระอึกจะหยุดได้เองไม่ต้องให้การรักษา เว้นแต่จะเกิดอย่างต่อเนื่อง

การให้ยา

- Prokinetic: domperidone หรือ metoclopramide รับประทานขนาด 10-20 มก. ทุก 8 ชั่วโมง
- รักษาภาวะกรดไหลย้อนด้วย proton pump inhibitor (PPI) เช่น omeprazole
- Dexamethasone รับประทานในขนาด 4-8 มก. ตอนเช้าเพื่อลดความระคายเคืองหรือการบีบกดของก้อนในผู้ป่วยมะเร็งตับหรือมะเร็งสมอง หากใช้ไป 1 สัปดาห์แล้วไม่ได้ผล ให้หยุดยา
- ทางเลือกของการจัดการอาการระอึก ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนค่อนข้างจำกัด ได้แก่
 - Haloperidol รับประทานขนาด 0.5-1 มก. ก่อนนอน ใช้น้อยกว่า 2 สัปดาห์เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียง
 - Baclofen รับประทานขนาด 5-20 มก. ทุก 8 ชั่วโมง (หลีกเลี่ยงการยุติยาอย่างกะทันหัน)
 - Nifedipine รับประทานขนาด 5-20 มก. ทุก 8 ชั่วโมง (หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีความดันต่ำ)
- ถ้าไม่มีการรักษาใดได้ผล และผู้ป่วยไม่สุขสบายอย่างยิ่ง ให้ midazolam SC 10-30 มก./ 24 ชั่วโมงผ่านทาง syringe driver/pump ลดยาเมื่อผู้ป่วยดีขึ้น

วิธีไม่ใช้ยา

- จิบน้ำเย็นจัด หรือ กลืนน้ำแข็งเกล็ด
- หายใจโดยมีถุงกระดาษครอบบริเวณปากและจมูก (หายใจในถุงกระดาษ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีภาวะ hyperventilation
- กลั้วหายใจเป็นระยะ
- ฤพาดานอ่อนในช่องปากด้วยผ้านุ่มเพื่อกระตุ้น nasopharynx
- การฝังเข็ม

Key References

1. Regnard C. Hiccup. In Oxford text book of Palliative Medicine. 3rd edition 2004.pp477-9.
2. Back I. Palliative Medicine handbook. [Hppt://www.pallcare.info/](http://www.pallcare.info/)

ภาวะลำไส้อุดตันในการดูแลแบบประคับประคอง (Bowel Obstruction in Palliative Care)

บทนำ

สาเหตุอาจเกิดจาก mechanical obstruction (partial หรือ complete) ของลำไส้ และ/หรือ peristaltic failure ปัญหาอาจซับซ้อน และต้องการคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

การประเมิน

- ต้องตัดปัญหาท้องผูก โดยการพิจารณาจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางทวารหนัก และ abdominal x-ray
- ผู้ป่วยที่การอุดตันเกิดเฉพาะที่ อาจได้ประโยชน์จากการผ่าตัด
- ประเมินผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัยอาการทางคลินิก ประเมินผลดีผลเสียจากการรักษา และความต้องการของผู้ป่วย

ข้อห้ามของการผ่าตัด

- มะเร็งที่กระจายทั่วช่องท้อง (carcinomatosis peritonei) ที่ตรวจพบจากการผ่าตัดครั้งก่อนหรือจากการตรวจพบทางรังสีวิทยา
- มีก้อนในช่องท้องที่ตรวจคลำได้หลายๆ ตำแหน่ง
- ระดับการอุดตันที่อยู่สูง เช่น ที่ตำแหน่งกระเพาะอาหารส่วนต้น
- ผู้สูงอายุที่เปราะบางที่มีการถดถอยของสมรรถนะหรือมีภาวะทุพโภชนาการ
- เคยได้รับการฉายแสงที่ช่องท้องหรือในช่องเชิงกราน
- การอุดตันบริเวณลำไส้เล็กที่มีหลายๆ ตำแหน่ง
- ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแต่มีการกระจายของมะเร็งอย่างมากนอกช่องท้อง

อาการทางคลินิก

ขึ้นกับระดับการอุดตัน ชนิดการอุดตันและระยะเวลาการอุดตันที่ผ่านมา อาจพบอาการดังนี้

- ท้องผูก
- คลื่นไส้อาเจียน อาการมักดีขึ้นหลังการอาเจียน
- อาการอาเจียนเป็นมากขึ้น มีกลิ่นอุจจาระเมื่อการอุดตันรุนแรงขึ้นและเกิด colonization ของ colonic bacteria
- มีอาการปวดท้องอย่างต่อเนื่องจากก้อนมะเร็ง หรือการกระจายของมะเร็งไปที่ coeliac plexus
- มีปวดแบบ colic ในผู้ป่วยที่มี mechanical obstruction
- อาการท้องอืดอาจไม่พบในผู้ป่วยที่มี gastro-duodenal obstruction หรือในผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายในช่องท้องอย่างรุนแรง

การรักษา

การรักษาทั่วไป

- การดูแลช่องปากบ่อยๆ อย่างสม่ำเสมอเป็นหัวใจที่สำคัญ
- ให้อาหารและเครื่องดื่มปริมาณน้อยๆ เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ อาหารที่มีกากน้อย อดน้ำแข็งก้อนเล็กๆ
- ถ้าผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำและไม่ได้อยู่ในช่วงกำลังเสียชีวิตอาจให้สารน้ำทางหลอดเลือด
- อาจให้สารน้ำทางใต้ผิวหนังในผู้ป่วยที่ต้องการอยู่ที่บ้านและต้องให้สารน้ำจากภาวะขาดน้ำ โดยอาจให้สารน้ำ 1-1.5 ลิตร/24 ชั่วโมง การให้ปริมาณน้ำมากกว่านี้จะทำให้เพิ่มปริมาณน้ำในลำไส้ซึ่งจะเพิ่มอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- ให้ยาระบาย +/- rectal treatment กรณีมีท้องผูก

การรักษาโดยหัตถการ

- การใส่ stent (gastric outlet, proximal small bowel, colon) หรือการรักษาด้วย laser ในการอุดกั้นที่เป็นเฉพาะที่
- การใส่ NG tube จะช่วยควบคุมอาการอาเจียน ซึ่งมักต้องใช้ในช่วงแรก หลังการควบคุมอาการได้ดีด้วยยาแล้ว ควรเอาออก ไม่ควรใส่เป็นเวลานาน
- การทำ venting gastrostomy ในผู้ป่วย gastroduodenal หรือ jejunal obstruction ที่ยังมีอาการอาเจียนมาก และมีสมรรถนะดี
- การให้ TPN (total parenteral nutrition) ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยจำนวนน้อยซึ่งยังมีพยากรณ์โรคดี

การใช้ยา

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Peristaltic failure)

Partial obstruction ไม่มี colic, bowel sound ลดลง

- หยุดยาที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น hyoscine, 5HT₃ antagonists, amitriptyline
- ให้อายากลุ่ม prokinetic antiemetic (SC metoclopramide 30-120mg/24 hours) หลังให้อายถ้าผู้ป่วยมี colicky pain ให้หยุดยา
- มักจำเป็นต้องได้ยาระบาย
- Fentanyl patch สำหรับอาการปวดที่ควบคุมได้ดีแล้วจะช่วยหลีกเลี่ยงปัญหาท้องผูกได้ดีกว่า morphine ในผู้ป่วยที่มี peristaltic failure

Mechanical obstruction

- เป้าหมายรักษาตามอาการที่มี
- ยาระบาย (+/- rectal treatment) เพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะท้องผูกที่อาจมีร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงอายากลุ่ม stimulant (senna, bisacodyl) ในผู้ป่วยที่มี colic
- ไม่ใช้ยาระบายในผู้ป่วย complete obstruction
- Dexamethsone 6-16mg SC, IM, IV 4-7 วันอาจช่วยให้ภาวะลำไส้อุดตันดีขึ้น

ตารางที่ 6-8 ยาที่ใช้รักษาภาวะลำไส้อุดตันในผู้ป่วยระยะท้าย

Symptom	Drug	24 hour SC dose	Comments
Tumor pain/colic	Morphine		Titrate dose
	Fentanyl patch		
Neuropathic pain	Adjuvant analgesic		
Colic	Hyoscine butylbromide	40-120mg	Reduces peristalsis.
Nausea	Hyoscine butylbromide	40-120mg	Anticholinergic antiemetic: reduces peristalsis.
	Add Haloperidol	2mg	Add to the SC infusion or give as a single SC dose for persistent nausea.
Vomiting (If nausea and pain are controlled, the patient may cope with occasional vomits)	Hyoscine butylbromide	40-120mg	Anti-secretory action.
	Octreotide	300-900 micrograms	Second line anti-secretary. More effective than hyoscine butylbromide

ข้อควรปฏิบัติ

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องบริหารยาทางใต้ผิวหนัง เนื่องจากปัญหาการดูดซึม
- ทบทวนการรักษาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ อาการมักมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งอาจดีขึ้นเอง
- ไม่ใช้ยาในกลุ่ม anticholinergic antiemetic (hyoscine) ร่วมกับ metoclopramide.

Key References

1. Mercadante S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. J Pain Symptom Management 2007;33(2):217-223.
2. Ripamonti C. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine 3rd Edition, 2004, p496-507.

ภาวะสับสน/ภาวะกระสับกระส่ายในการดูแลแบบประคับประคอง (Confusion/Agitation in Palliative Care)

ภาวะสับสน คือภาวะที่มีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ การรับรู้บกพร่อง สับสน มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และอาการอื่นๆ ลง ไม่คงที่ เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต มีผลกระทบต่อโรค และการรักษา

ลักษณะอาการ

- มีปัญหาเกี่ยวกับการจดจำและการรับรู้ โดยมีอาการทันทีทันใด เป็นๆ หายๆ
- ไม่มีสมาธิ ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย
- จำวัน เวลา สถานที่ บุคคล ไม่ได้ หรือไม่ถูกต้อง
- การคิดไม่เป็นระบบ เช่น พูดคุยในประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสนทนา หรือ มักเปลี่ยนหัวข้อสนทนา
- มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เช่น hyperactive หรือ hypoactive

สาเหตุ

มักมีหลายสาเหตุ

- จากภาวะหรือโรคของผู้ป่วย เช่น dementia, cerebrovascular disease, brain tumor/ metastasis
- ยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น opioids, corticosteroids, neuroleptics/tricyclics, anticholinergics, antidepressant/ benzodiazepines
- Drug withdrawal (alcohol, sedatives, antidepressants, nicotine)
- อาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น อาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูกรุนแรง
- การติดเชื้อ
- การเสียเลือด
- ปัญหาสายตาและการได้ยินบกพร่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะสับสนได้ง่าย
- ความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึม เช่น dehydration, hypoxia, uremia, liver failure, hyperglycemia/ hypoglycemia, hyponatremia, hypomagnesemia

การประเมินเพื่อวางแผนการรักษา

ต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้

- สามารถระบุสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ได้หรือไม่
- สาเหตุต่างๆ เหล่านี้สามารถแก้ไขได้หรือไม่ พยากรณ์โรคของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
- การสืบค้น หรือการรักษาสาเหตุ เหมาะสมหรือไม่

ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การหาสาเหตุอาจต้องมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย รวมถึงการแก้ไขสาเหตุอาจใช้เวลา ซึ่งไม่ทันกับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย กรณีนี้ควรดูแลให้ผู้ป่วย โดยการให้ยาจัดการอาการ

การดูแลรักษาโดยทั่วไป

รักษาสมดุลน้ำ หากจำเป็นสามารถใช้ SC fluid ถ้าอยู่ที่บ้าน

- พยายามให้ผู้ป่วยพักในห้องที่สงบ มีแสงสว่างพอเพียง และมีการสับเปลี่ยนทีมให้การรักษาน้อยที่สุด
- ควรให้สมาชิกในครอบครัว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีอำนาจในการตัดสินใจ) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูล ความรู้ หรือให้การสนับสนุนที่ต้องการ
- ให้สร้างความสัมพันธ์และพูดคุยเกี่ยวกับความกลัว หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยังวิตกกังวลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี หรือ รู้ตัวเต็มที่
- ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ช่วยแก้ไขเรื่องความสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล เท่าที่สามารถทำได้ และอาจใช้ นาฬิกา ปฏิทิน หรือกำหนดตารางการทำกิจกรรมประจำต่างๆ เป็นต้น
- ไม่ตอกย้ำอาการสับสนที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย แต่ควรสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และภาษากายที่เหมาะสม
- พยายามให้ผู้ป่วยตื่นและนอนตามเวลา (ตื่นตอนกลางวัน และนอนตอนกลางคืน)
- แก้ไขภาวะ hypoxia หากสามารถจัดการได้

ยาสำหรับรักษาอาการสับสน

- ทบทวนยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ และหยุดยาที่ไม่จำเป็น
- ใช้ยาที่มีผล sedation ในขนาดที่ต่ำที่สุดเท่าที่จำเป็น และควรทบทวนขนาดยาดังกล่าวเป็นระยะ
- หากเป็นไปได้ ให้ยาทาง oral route เสมอ
- หยุดยาที่มีผล sedation เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการสับสน
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ acute alcohol withdrawal ควรให้ยาป้องกันอาการสับสนคือ benzodiazepine

หมายเหตุ : หากผู้ป่วยมีอาการไม่สบายอย่างยิ่งและทีมที่ดูแลรักษาไม่สามารถจัดการได้ ควรขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ห้ามอนุมานว่าอาการกระสับกระส่ายดังกล่าวเกิดจากอาการปวด ควรพิจารณาสาเหตุอื่นด้วย ประเมินอาการที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดรอบคอบ หากมีหลักฐานว่าเกิดจาก opioid toxicity ให้ลดขนาดยาลง 1/3 ร่วมกับการเพิ่มยาเสริมฤทธิ์ลดอาการปวดชนิดอื่น หากผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด ควรขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

A. การทำ Emergency sedation ในผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่ายอย่างเฉียบพลัน หรือ ในผู้ป่วยที่ไม่สุขสบายอย่างยิ่ง

- ให้ haloperidol 2.5-5 mg IV/SC
+/- benzodiazepine เช่น midazolam 2.5 mg IV/SC หรือ diazepam (rectal solution) 5-10 mg, PR
- ให้ยาซ้ำหลังจาก 30-60 นาที ถ้าจำเป็น
- อาจมีความจำเป็นที่จะต้องคงการรักษาไว้ ขึ้นกับยาที่ให้ในขนาดแรกเริ่ม
(ผู้ป่วยที่รูปร่างใหญ่ หรือ สภาพร่างกายแข็งแรง อาจต้องการขนาดยาที่สูงขึ้น)

B. อาการเพ้อ (Delirium) อาจเป็นลักษณะ hyperactive หรือ hypoactive หรือ ทั้งสองชนิดร่วมกัน (การให้ Benzodiazepine อย่างเดียว ไม่สามารถบรรเทาอาการเพ้อ และอาจทำให้อาการแย่ลง)

- ให้ haloperidol: stat+ PRN ; 1.25-5 mg, SC หรือ 0.5-5 mg, oral
Maintenance ; 2.5-10 mg/ 24 hours, SC via a syringe driver หรือ 0.5-3 mg b.d, oral
(หมายเหตุ : หากใช้ยานี้เป็นเวลานานอาจมี extrapyramidal side effects)

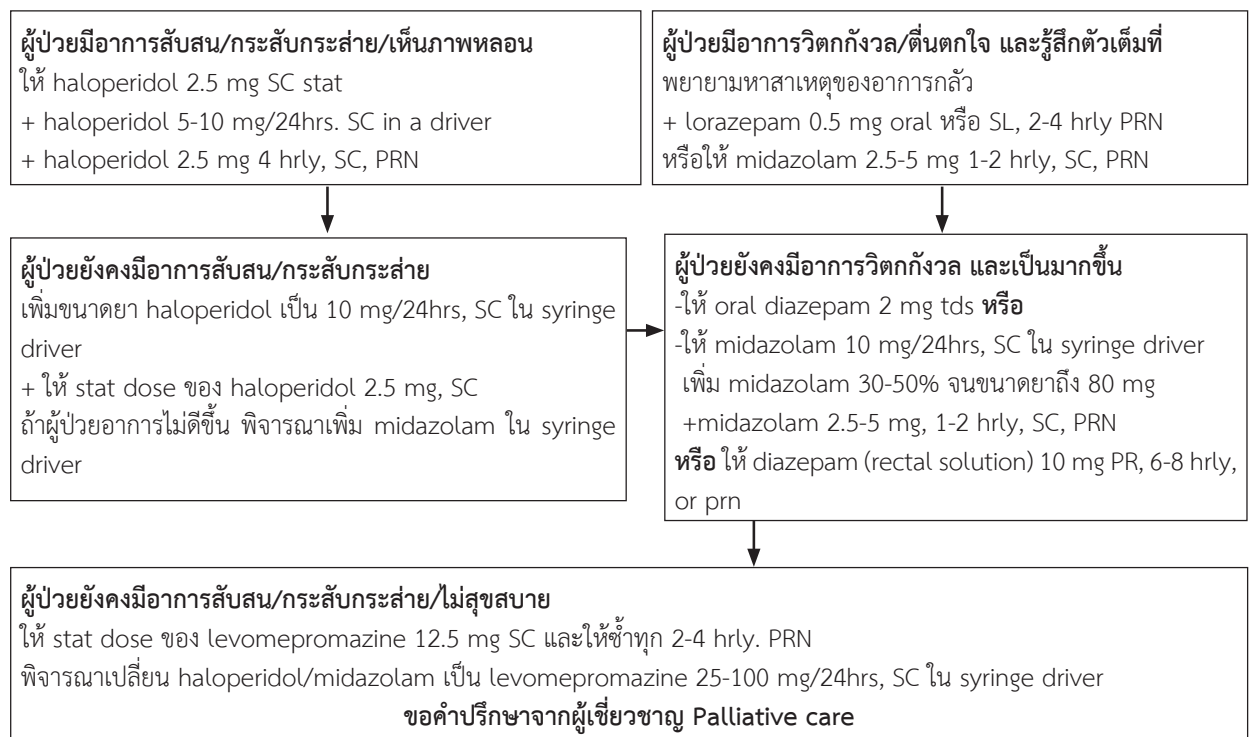
C. Acute on chronic confusion เช่น ในผู้ป่วย dementia หรือ cerebrovascular disease

- Delirium – ให้ haloperidol ดังข้างต้น
- Chronic confusion – ให้ risperidone 0.25-1 mg nocte ค่อยๆ เพิ่มขนาดยาจนถึง 1 mg bd, oral
- Insomnia – ให้ trazodone 50-100 mg nocte (ควรค่อยๆ ลดยาลง)

D. ภาวะไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย ในวันสุดท้ายของชีวิต

การให้ sedation เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นี้

ไม่ควรใช้ opioid analgesics เพื่อวัตถุประสงค์นี้ในวันสุดท้ายของชีวิต



Key References

Guidelines for symptom control in Palliative Care. NHS Lothian, 2002.

การจัดการภาวะซึมเศร้าในการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

- ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า
- ภาวะซึมเศร้า
 - มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
 - เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม
 - ทำให้สมรรถนะทางกายถดถอย
 - มักเกิดร่วมกับอาการไม่สบายที่จัดการได้ยาก
 - มีผลกระทบต่อครอบครัว
- การรักษาภาวะซึมเศร้าจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและได้ผลดีในสถานการณ์ของ Palliative care เช่นเดียวกับสถานการณ์อื่นๆ

การประเมินภาวะซึมเศร้า

- อาการทางกายที่มักพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า อาจเกิดจากภาวะความเจ็บป่วยหรือจากการรักษา จึงไม่ช่วยในการวินิจฉัย อาการที่พบได้แก่
 - น้ำหนักตัวลด หรือ ความอยากอาหารเปลี่ยนไป
 - นอนไม่หลับ
 - รู้สึกหมดเรี่ยวแรง
 - อ่อนล้า
 - เคลื่อนไหวเชื่องช้าลง
 - หมดความรู้สึกทางเพศ
- อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่:
 - มีอารมณ์เศร้ารุนแรงกว่าปกติ
 - มีความรู้สึกหมดหวัง รู้สึกผิด ไร้ค่า
 - แยกตัวจากสังคม ไม่มีความสุขกับกิจกรรมที่เคยทำทุกวัน
 - ประารถนาให้ตัวเองเสียชีวิตเร็วขึ้น หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย
 - เมื่อมีคนถามว่ากำลังซึมเศร้าไหม มักตอบว่า ใช่
- ปัจจัยเสี่ยง:
 - เคยเป็นภาวะซึมเศร้า หรือ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า
 - มีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตในช่วงนั้น
 - ขาดการสนับสนุนจากสังคม
 - มะเร็งของ oropharynx, pancreas, breast และ lung จะพบภาวะนี้ได้มาก

- อุปสรรคในการให้การวินิจฉัย:
 - คนไข้หรือสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติว่า “ต้องสู้” เพื่อให้ทีมสุขภาพยังคงให้การรักษาอย่างเต็มที่
 - เป็นเรื่องยากที่จะสรุปว่า เป็นภาวะซึมเศร้าจริง หรือ เป็นผลจากการมีอาการไม่สุขสบายและจะดีขึ้น หากจัดการอาการไม่สุขสบายนั้นๆ ได้
 - พิจารณาว่าเป็น drug interaction หรือไม่ กรณีใช้ยาหลายตัว
 - ภาวะทางกายหรือทางจิตอื่นที่มีลักษณะคล้ายภาวะซึมเศร้า
 - Hypoactive delirium
 - Motor retardation จากยาบางชนิดเช่น haloperidol
 - การมีทีมสุขภาพที่ร่วมให้การดูแลจำนวนมากและขาดความต่อเนื่อง

การจัดการอาการซึมเศร้า

หลักการทั่วไป

- หากเป็นไม่มาก การให้ psychological support จะให้ผลดีพอๆ กับการให้ยา
- การคุมอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
- Spiritual distress อาจเป็นองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า
- ให้ supportive psychotherapy หรือ cognitive behavioral therapy
- มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย หากพบควรปรึกษาจิตแพทย์

ยาลำหรับอาการซึมเศร้า

- ยาด้านเศร้าแต่ละชนิดมีประสิทธิผลไม่ต่างกัน
- ตระหนักถึงผลข้างเคียง และหรือ โรคร่วมอื่น รวมทั้ง drug interaction
- ให้ยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับอยู่แล้วหรือเคยได้รับและได้ผลดี ยกเว้นมีข้อห้ามใช้

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)

- Sertraline:
 - เป็นยาตัวแรก que เลือกใช้กรณีเพิ่มมีปัญหาด้านหัวใจ ไม่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยไตวาย
 - Citalopram: tablet/oral suspension
 - มี drug interactions น้อย: ได้ผลดีในผู้ที่มี agitated depression/ anxiety; ปลอดภัยที่จะใช้ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะชัก
 - Fluoxetine:
 - เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงเรื่อง withdrawal symptoms น้อย มี drug interactions มากจึงไม่เหมาะในผู้ป่วย Palliative care
- ผลข้างเคียง:
- คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย
 - เพิ่มความเสี่ยงของการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี หรือผู้ป่วยที่ใช้ NSAID/ aspirin อยู่

- นอนไม่หลับ เหงื่อออก สมรรถภาพทางเพศเสื่อมถอย
 - ฝันร้าย กระวนกระวาย hyponatraemia
 - **Mirtazapine:** Tablet/oro-dispersible tablet
 - ง่วงซึม ออยากอาหารเพิ่มขึ้น
 - ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคเบาหวานจะทนยาได้ดี
 - **Tricyclic antidepressants**
 - Amitriptyline: ใช้ใน neuropathic pain ได้ด้วย
 - Lofepamine: ผู้ป่วยทนยานี้ได้ดีกว่า antidepressants ตัวอื่นๆ
- ผลข้างเคียง
- หลีกเลียงในผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือผู้ป่วยที่เสี่ยงกับการชัก
 - ปากแห้ง ความดันต่ำ สับสน ทำให้จำกัดขนาดการใช้
 - ง่วงซึม ช่วยในภาวะที่มีความวิตกกังวล

ข้อปฏิบัติ

ยาต้านเศร้าทุกตัวหากต้องการหยุดยา ต้องค่อยๆ ลดยาลง หากเป็นไปได้

Key References

1. Lloyd-Williams M. Diagnosis and treatment of depression in palliative care. European J Pall Care 2002; 9:186-8.
2. Further reading: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk>.

การจัดการภาวะเหงื่อออกมากในการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

พบภาวะเหงื่อออกมากในผู้ป่วยโรคมะเร็งลุกลามประมาณร้อยละ 16 มักเกิดขึ้นในตอนกลางคืน ทำให้ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือผ้าปูที่นอน

การประเมิน

เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่

- Infection
- Lymphoma
- Disseminated cancer
- Medication
 - SSRI antidepressant
 - Hormone therapies
- Endocrine
 - Estrogen deficiency
 - Androgen deficiency
 - Hypoglycemia
 - Hyperthyroidism
- Alcohol withdrawal
- Autonomic neuropathy

การจัดการ

- รักษาสาเหตุ รวมทั้งการติดเชื้อ (หากเหมาะสม)
- ให้ผู้ป่วยนอนในห้องที่เย็น อากาศถ่ายเทดี นำเครื่องนอนที่เกินจำเป็นออกจากเตียง
- ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่หลวม ทำจากผ้าฝ้ายเพราะถ่ายเทอากาศได้ดี
- ดื่มน้ำให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงภาวะขาดน้ำ
- ทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ และพิจารณาเปลี่ยนยาหากเหมาะสม

การให้ยา

ภาวะเหงื่อออกที่ร่วมกับมีไข้

- Paracetamol 1 กรัมทุก 6 ชั่วโมง
- NSAIDs

ภาวะเหงื่อออกที่ไม่มีไข้ (มักพบร่วมกับโรคมะเร็ง)

- NSAID หรือ dexamethasone 1-2 มก. ทุกวัน
- Antimuscarinic (amitriptyline 10-50 มก. ก่อนนอน)
- Cimetidine 400-800 มก. วันละครั้ง

ภาวะเหงื่อออกจากภาวะ hormone insufficiency

- ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

Key References

1. Watson M, et al. Oxford handbook of Palliative Care. Oxford University Press. 2005;291-293.
2. Pittelkow M. Sweating. In Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd edition 2004, p581-5.
3. Twycross R, Wilcock A. Symptom management in advanced cancer. 3rd edition. Radcliffe Medical Press. 2001;312-5.

การจัดการอาการคันในการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

อาการคันอาจมีสาเหตุเฉพาะที่หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบในร่างกาย เมื่อเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย หงุดหงิด นอนหลับไม่สนิท วิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การเกาตลอดเวลายังเป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่ผิวหนังบริเวณที่เกา ผิวหนังหนา และอักเสบ ผู้ป่วยที่มีอาการคันมักมีผิวหนังแห้ง

การประเมิน

- ตรวจผิวหนังโดยหาสาเหตุว่าเกิดเฉพาะที่หรือเกิดจาก systemic diseases หรืออาจเกิดร่วมกันหรือมีหลายปัจจัย
- โรคผิวหนังปฐมภูมิ เช่น atopic dermatitis, contact dermatitis, psoriasis
- การติดเชื้อ เช่น candidiasis, lice, scabies, fungal infection
- การได้รับยา เช่น opioids (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง morphine, diamorphine)
- Systemic diseases ที่เป็นสาเหตุของอาการคัน ได้แก่ cholestasis jaundice, hepatitis, hepatoma, primary biliary cirrhosis, chronic kidney disease, thyroid disease, diabetes, iron deficiency +/- anemia, lymphoma, leukemia, multiple myeloma, polycythemia, mycosis fungoides, paraneoplastic syndrome

การจัดการ

- รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ และทบทวนการได้รับยาของคนไข้เพื่อหาสาเหตุที่อาจเกิดจาก drug interaction
- ทา emollient หรือ aqueous cream บ่อยๆ เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น
- เติม emollient ในน้ำอาบ หรือใช้ aqueous cream เป็นสบู่อาบน้ำ

ยาทาเฉพาะที่

- Emollients
- Aqueous cream (1% menthol)
- Crotamiton 10 % cream (Eurax) or capsaicin (0.025%) cream สำหรับอาการคันเฉพาะที่
- Topical corticosteroid (mid/moderate potency) วันละครั้ง ต่อเนื่อง 2-3 วันถ้าบริเวณที่คันมีการอักเสบ แต่ไม่มีการติดเชื้อ

การใช้ยา

- Antihistamine (หยุดถ้าไม่ได้ผลใน 2-3 วัน)
- Sedating antihistamine ถ้ามีปัญหานอนไม่หลับ
- Non-sedating antihistamine มีฤทธิ์ลดอาการคัน (loratadine, cetirizine)
- Antidepressants ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- Cimetidine 400 mg วันละ 2 ครั้ง สำหรับอาการคันใน lymphoma หรือ polycythemia
- Biliary stenting ในผู้ป่วยที่มี cholestasis jaundice

ข้อปฏิบัติ

- หลีกเลี่ยงการใช้ topical antihistamines เพราะสามารถทำให้เกิด contact dermatitis
- ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาแบบ systemic ถ้าดูแลผิวหนังจนดีขึ้น

ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วย

- ดูแลความสะอาดของเล็บและตัดเล็บให้สั้น สวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ อยู่ในที่เย็นสบาย
- การเช็ดตัวให้แห้งควรใช้การซับแทนการถู จากนั้นให้ทาครีมบำรุงผิว
- หลีกเลี่ยง lanolin และผลิตภัณฑ์ที่เข้าน้ำหอม อาจเติมโซดาทำขนมในน้ำอาบ

ตารางที่ 6-9 การรักษาภาวะผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย

สาเหตุ	Treatment 1 st line	2 nd line	3 rd line
Cholestasis (ไม่มีหลักฐานยืนยันว่ายาตัวใดตัวหนึ่งดีกว่าอีกตัว)	- Rifampicin 300-600 mg OD - Sertraline 50-100 mg OD - Cholestyramine 4g up 4 times/d.	N/A	N/A
Uremia	Gabapentin 100-300 mg (หลัง dialysis)	Naltrexone 50 mg OD	N/A
Lymphoma	Prednisolone 10-20 mg วันละ 3 ครั้ง	Cimetidine 400 mg วันละ 2 ครั้ง	Mirtazapine 15-30 mg ก่อนนอน
Systemic opioid-induced pruritus	CPM 4-12 mg (4 mg วันละ 3 ครั้ง)	ถ้าไม่ได้ผลเปลี่ยนใช้ opioid ตัวอื่น	Ondansetron 8 mg วันละ 2 ครั้ง
Paraneoplastic	Paroxetine 5-20 mg OD	Mirtazapine 15-30 mg ก่อนนอน	
Unknown	CPM 4-12 mg	Paroxetine 15-20 mg วันละครั้ง	Mirtazapine 7.5-15 mg ก่อนนอน

Key References

Further reading: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk>

ปัญหาการนอนในการดูแลแบบประคับประคอง (Sleep Disorder in Palliative Care)

บทนำ:

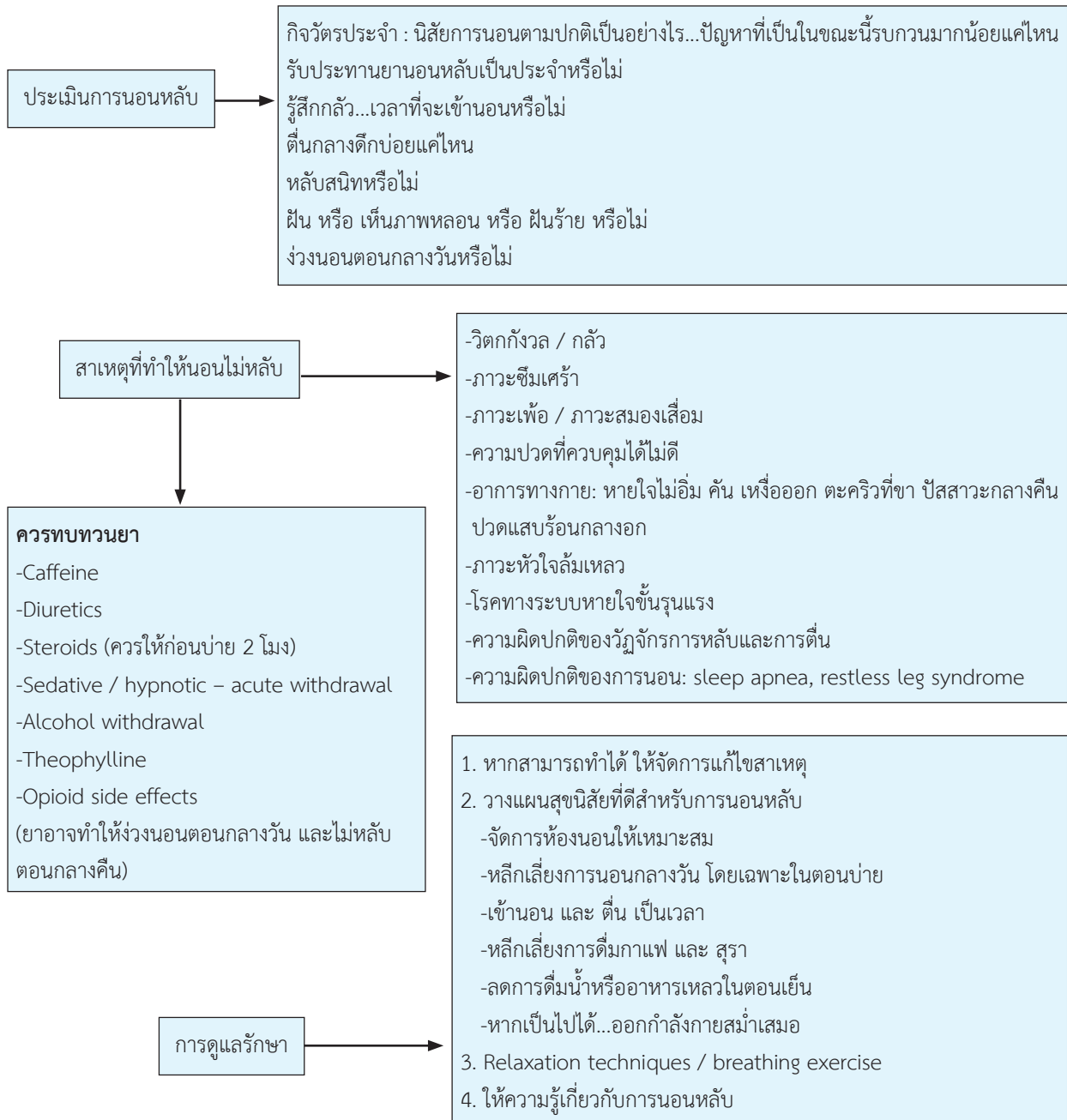
ปัญหาการนอนเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้รู้สึกเหนื่อยเพลีย ทุกข์ทรมาน และต้องการการประเมิน การจัดการอาการอย่างเหมาะสม

สาเหตุ:

- การควบคุมอาการที่ไม่สุขสบายไม่ได้ดี
 - Pain, anxiety, depression, urinary frequency, fecal incontinence, nausea, vomiting, delirium, cough
- สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลง
 - ไม่คุ้นชินสภาพแวดล้อมโรงพยาบาล ญาติ ทีมสุขภาพรบกวน
- กังวลว่าถ้าหลับแล้วจะไม่ตื่นอีก
- ยา เช่น
 - Stimulants ได้แก่ methylphenidate, alcohol, caffeine
 - Steroids (หากให้ในช่วงเย็น/กลางคืน)
 - ยาพ่นขยายหลอดลม
- ขาด/หยุดยากระตุ้น เช่น alcohol, tobacco, opioid

การจัดการ:

- จัดการอาการที่เป็นสาเหตุ
- ปรับสุขลักษณะการนอน
 - จัดเวลาเข้านอนให้เป็นเวลาเดิมประจำ สม่ำเสมอ
 - งดการนอนกลางวัน
 - งดการใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น กาแฟ alcohol
 - จัดเตียงนอนและอุณหภูมิให้เหมาะสม
- Relaxation technique
- ยาที่ช่วยให้หลับดีขึ้น
 - Hypnotics: diazepam, lorazepam, midazolam
 - Antidepressants: amitriptyline, nortriptyline 10-25mg
 - Antipsychotics: haloperidol หากใช้ยาตามที่กล่าวก่อนหน้าแล้วไม่ได้ผล



5. การใช้ยา

ถ้ายาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ไม่มีปัญหา ให้คงไว้ ควรค่อยๆ ลดยานอนหลับลงทีละน้อย

Drug	Comments
Lorazepam	Short to intermediate acting benzodiazepine
Zopiclone	Second line, short acting hypnotic
Haloperidol	Treatment of acute delirium
Risperidone (0.25 – 1 mg nocte)	Treatment of chronic confusion
Amitriptyline (10 – 50 mg nocte)	Sedative antidepressant – use low dose, may cause confusion
Trazodone (50 – 100 mg nocte)	Sedative antidepressant – less risk of worsening chronic confusion [antidepressants should be withdrawn gradually]

Key References

1. MacLeod R, Vella-Brincat J, Macleod S. The palliative care handbook. 7th ed. Sydney Australia: Hammond Press; 2014.
2. Kuebler K, Heidrich D, Esper P. Palliative & end-of-life care. 2nd ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier; 2007.

การดูแลช่องปากในการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่มีสุขภาพช่องปากดี	1. ประเมินช่องปากทุกวัน หากมีการเปลี่ยนแปลงจะได้ตรวจพบได้ทันที 2. ดูแลช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่ม หัวแปรงขนาดเล็กและมีปลายกลมมน ยาสีฟันที่ใช้ควรเป็นชนิดเข้าฟลูออไรด์ แปรงฟันหลังมื้ออาหารทุกมื้อและก่อนนอน 3. ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำยาล้างช่องปากที่สวมถุงมือ และทำความสะอาดในช่องปากผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ 4. ทา soft paraffin ที่ริมฝีปาก หลังการทำความสะอาดช่องปาก 5. ก่อนนอน ถอดฟันปลอมออกและหากฟันปลอมเป็นพลาสติกให้แช่ใน sodium hypochlorite 2% (Milton) และหากเป็นโลหะให้แช่ใน chlorhexidine gluconate 0.2%
ปากแห้ง/และลิ้นเป็นฝ้า	1. ทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ 2. ดูแลช่องปากบ่อยๆ ดังรายละเอียดข้างต้น รวมทั้งทำความสะอาดลิ้นด้วยที่ขูดลิ้น 3. อมกลั้วปากด้วย chlorhexidine gluconate 0.2% วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 นาที หากน้ำยาเข้มข้นเกินไป สามารถเจือจางด้วยน้ำ 4. ให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีรสหวาน ที่เย็นๆ บ่อยๆ 5. ให้อมน้ำแข็ง หรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล 6. ใช้ atomized water spray 7. ไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่า saliva spray/gel ได้ผล ผู้ป่วยบางรายมีผลช่วยบรรเทาอาการ
มีเชื้อราในช่องปาก	กลั้วล้างปากด้วย chlorhexidine gluconate 0.2% วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 นาที ร่วมกับให้ fluconazole 50-100mg ทุกวัน เป็นเวลา 7-14 วัน (suspension available) ข้อสังเกต อาจมีภาวะ drug interaction ให้ตรวจสอบ BNF ถ้ามีภาวะ contraindication ให้ใช้ nystatin solution หรือ lozenges แทน qds เป็นเวลา 7-14 วัน ข้อควรระวัง ควรถอดฟันปลอมออกก่อนให้ nystatin และให้หลังจากการให้ chlorhexidine 30 นาที ถ้ามี angular cheilitis ให้ใช้ miconazole gel ทาวันละ 4 ครั้ง
มีอาการเจ็บในช่องปาก	1. ถ้าริมฝีปากแตก ให้ทาด้วย soft paraffin 2. หาสาเหตุของอาการเจ็บ และให้การรักษา 3. ประเมินทันตแพทย์ ถ้าอาการเจ็บเกิดจากฟัน หรือ ฟันปลอม 4. ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ หากผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา 5. ถ้าเกิดจาก mucositis ให้ใช้ benzydamine hydrochloride 0.15%(Diffiam) qds อาจต้องเจือจางยาก่อนใช้ โดยทั่วไปใช้ไม่เกิน 7 วัน
มีแผลในช่องปาก	1. หาสาเหตุ และหากสาเหตุเกิดจากฟันหรือฟันปลอม ให้ปรึกษาทันตแพทย์ 2. ถ้าแผลทำให้เกิดอาการเจ็บ ให้การดูแลดังรายละเอียดข้างต้น 3. กลั้วล้างปากด้วย chlorhexidine gluconate 0.2% เพื่อป้องกัน หรือรักษาการติดเชื้อในช่องปาก 4. ถ้าเป็นแผลเรื้อรัง ควรป้ายแผลเพื่อส่งเพาะเชื้อ 5. ถ้ามี herpetic ulcer ที่ริมฝีปาก ให้ทาด้วย acyclovir 5% cream วันละ 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน 6. Herpetic ulcer ในช่องปาก ใช้ acyclovir tabs/susp 200mg วันละ 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน 7. ถ้าเป็นแผลมะเร็ง หรือ staphylococcal mucositis ให้ flucloxacillin 250-500mg qds 8. ถ้าเป็น anaerobic lesion ซึ่งมักมีกลิ่นเหม็น ให้ metronidazole 400 mg tds

Key References

1. Milligan S, McGill M, Sweeney M.P. et al. Oral care for people with advanced cancer: an evidence based protocol. Int J Pall Nurs 2001;7:418-6.
2. Bowsher J, Griffiths J. A clinical effectiveness based systematic review of oral care. Nursing Standard 1999; 13:31.

การดูแลแผลมะเร็ง (Fungating wound care in palliative care)

แผลมะเร็ง (tumor necrosis, ulcerative malignant wounds, malignant cutaneous wounds) คือแผลที่เกิดบริเวณผิวหนังจากเซลล์มะเร็งกระจายระยะลุกลามมา อาจเป็นแผลเดี่ยวหรือหลายๆ แผลก็ได้ พบได้ร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมาที่ผิวหนัง มักพบในช่วง 3-6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต พบใน breast cancer มากที่สุด (ร้อยละ 25) รองลงมาพบใน malignant melanoma และ lung cancer ตามลำดับ ถ้าแผลขยายขนาดและความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ มีลักษณะตะปุ่มตะป่ำคล้ายดอกกะหล่ำ (cauliflower-like) เรียกแผลชนิดนี้ว่า fungating wounds

เป้าหมายการดูแลแผลมะเร็ง

ดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นจัดการผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวด สิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล กลิ่นที่ไม่พึงปรารถนา ภาวะเลือดออก และป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการจัดการผลกระทบด้านจิตสังคม-จิตวิญญาณ เช่น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด อายลดลง ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น เป็นต้น

การควบคุมการติดเชื้อและสารคัดหลั่ง ควรปฏิบัติดังนี้

- ทำแผลด้วยน้ำเกลือ (NSS) เหมาะสมที่สุด ไม่ควรใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เดกิ้นโซลูชัน และโปรวิดีน
- ช่วยชะล้างเนื้อตายออก (debridement-necrotic tissue) และลดปริมาณแบคทีเรีย โดยใช้ syringe ดูด NSS 35 ml ใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดสวนล้างแผลด้วย low-pressure
- กรณีมีการติดเชื้อที่แผลแต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรใช้ metronidazole ทาเฉพาะที่จะได้ผลดีกว่าการให้แบบรับประทานหรือฉีด
- กรณีมีสารคัดหลั่งออกมาปริมาณน้อย มีโอกาสทำให้วัสดุปิดแผลติดกับแผลเกิดความเจ็บปวดและเลือดออกได้ เวลาเปลี่ยนวัสดุปิดแผลควรทวน้ำเกลือให้ชุ่มแผล ก่อนค่อยๆ ลอกวัสดุปิดแผลออกอย่างนุ่มนวล หรือพาผู้ป่วยไปอาบน้ำและเทน้ำราดแผลให้ชุ่มก่อนแกะวัสดุปิดแผลออก หรืออาจเลือกใช้อุปกรณ์ เช่น sofra-tulle, Bagtigas หรือ วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรก แล้วตามด้วยก๊อส หรือวัสดุปิดทับอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- กรณีมีสารคัดหลั่งออกมาปริมาณมาก มีผลทำให้ซึมเปื้อนเสื้อผ้า/เตียงนอน เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน ควรปฏิบัติดังนี้
 - ควรทำแผลเพื่อเปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครั้ง ไม่จำเป็นต้องทำแผลบ่อยๆ
 - ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อน ส่วนชั้นที่สองตามด้วยก๊อส/ท็อปก๊อส/กัมจี หรือวัสดุปิดทับอื่นๆ ตามความเหมาะสมเพื่อระบาย/ดูดซับสารคัดหลั่ง ระหว่างวันถ้าแผลซึมมากสารคัดหลั่งซึมผ่านทะลุมาถึงผ้าพันแผลชั้นนอกสุด เปลี่ยนเฉพาะวัสดุปิดแผลด้านบนออกเท่านั้น เปลี่ยนได้วันละหลายๆ ครั้งตามความเหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องทำแผลใหม่

- เลือกวัสดุปิดแผลที่มีประสิทธิภาพในการซึมซับสารคัดหลั่งได้มากกว่า เช่น foam หรือ alginate (calcium alginate) นำมาปิดแผล ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนหรือทำแผลบ่อยๆ ประหยัดเวลา พลังงานทรัพยากรคนและสิ่งของ โดยรวมช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า
- การใช้ผ้าอนามัย (menstrual pad) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ดีกว่าวิธีการอื่น คือมีการดูดซึมที่ดีเยี่ยมและมีพลาสติกด้านหลังเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งทะลุผ่านมาได้ ช่วยป้องกันการซึมเปื้อนเสื้อผ้า แต่ควรคำนึงถึงความชอบ ความเชื่อและวัฒนธรรมร่วมด้วย
- การปกป้องผิวหนังรอบๆแผล โดยใช้ barrier ointment หรือ skin sealant เช่น วาสลีน (vasaline) ซิงค์เพส (zinc paste) เป็นต้น หรือใช้ ostomy skin barriers กับ ผิวหนังรอบๆ แผล เปลี่ยนฐานรองทุก 5-7 วัน ใช้ถุงครอบรองรับสารคัดหลั่ง หรือใช้วัสดุช่วยซึมซับ

การควบคุมอาการคัน (pruritus) อาการคันอาจเกิดภายในแผลหรือเกิดจากสารคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลปริมาณมากระคายเคืองต่อผิวหนังโดยรอบ (surrounding skin) ดูแลดังนี้

- ดูแลผิวหนังรอบๆแผล โดยการเปลี่ยนวัสดุปิดแผลด้านบนบ่อยๆ หรือใช้อุปกรณ์ดูดซับ เพื่อจัดการกับสารคัดหลั่งที่ออกมาปริมาณมาก ใช้สารที่ให้ความชุ่มชื้นและป้องกันไม่สารคัดหลั่งสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง เช่น วาสลีน ซิงค์เพส ทารอบๆ แผล หลีกเลียงลาโนลิน (lanolin)
- หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดการขยายหลอดเลือดบริเวณแผล
- รับประทานยาเพื่อให้อาการคัน (antihistamines) เช่น atarax, chlorpheniramine เป็นต้น

การควบคุมกลิ่น (odour) กลิ่นแผลเหม็นแรง เกิดจากการติดเชื้อของแบคทีเรียที่ไม่อาศัยออกซิเจนในการเจริญเติบโต (anaerobic) และกระบวนการเมตาโบลิซึม จนได้กรดไขมันเป็นผลผลิตสุดท้าย เกิดการระเหยกลายเป็นกลิ่นขึ้น โดยทั่วไปการลดกลิ่นทำได้โดยการทำแผลทุกวัน ควบคุมการติดเชื้อและสารคัดหลั่ง แต่บางครั้งพบว่าถึงแม้จะจัดการตามวิธีการข้างต้นกลิ่นของแผลยังคงอยู่ และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายแย่ลง ดูแลดังนี้

- Metronidazole ชนิดเม็ด (ขนาด 200 mg) เตรียมได้ 3 วิธีดังนี้
 - บดยาแล้วโรยแผล หรือนำไปคลุกกับ KY- gel ก่อนนำไปใส่แผล
 - สารละลายที่มีความเข้มข้น 0.5% solution (5mg/ml โดยผสมยา 1 เม็ดกับ sterile water 40 ml) สารละลายที่มีความเข้มข้น 1% solution (10 mg/ml โดยผสมยา 1 เม็ดผสม sterile water 20 ml) นำไปชุบกับก๊อสจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล ช่วยลดกลิ่นได้ภายใน 2-7 วัน แต่วิธีการนี้ต้องระวังคือ อย่าให้แผลแห้งมีฉะนั้นก๊อสจะยึดติดกับแผล เมื่อทำแผลครั้งต่อไปถลอกก๊อสออกจะส่งผลให้เกิดอาการปวดและเลือดออกได้
- 1% Metronidazole injection solution (500mg/ขวด) เตรียมโดยใช้ก๊อสชุบยาจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล ช่วยลดกลิ่นได้ภายใน 2-7 วัน (ยาที่เหลือในขวดสามารถเก็บไว้ใช้ได้ในการครั้งต่อไป ให้พ้นแสง ไม่ควรเก็บในตู้เย็น เก็บได้นาน 1 สัปดาห์)
- การนำผงถ่านบรรจุถุงแล้วนำไปวางใต้เตียงหรือโต๊ะช่วยขจัดกลิ่นภายในบ้าน
- การใช้ aromatherapy หรือ peppermint ในการช่วยส่งเสริมสิ่งแวดล้อมโดยรอบ

การควบคุมภาวะเลือดออก (bleeding) เป็นผลมาจากการลุกลามของมะเร็งเข้าไปกดเบียด (locally invasive) เซาะกัดกร่อน (erosive) ในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กเกิดการฉีกขาดส่งผลให้มีเลือดไหลซึมจากแผลตลอดเวลา ซีดจากการเสียเลือดเรื้อรังเป็นเวลานาน (chronic anemia) และถ้าก้อนมะเร็งไปกัดกร่อน เซาะ กดเบียด หลอดเลือด ขนาดใหญ่จะส่งผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกเฉียบพลัน (bleeding emergency) และรุนแรงได้ ควรให้การดูแลดังนี้

- แกะลอกวัสดุออกจากแผลเบาๆ ด้วยความใส่ใจ และนุ่มนวล
- ถ้าแผลติดแน่นมากใช้ NSS เทราดแผลให้เปียกชุ่มเพื่อใช้ความชื้นเซาะให้หลุดลอกวัสดุออกง่าย หรือใช้วัสดุที่ป้องกันการติดกันระหว่างแผลกับวัสดุที่ใช้ทำแผล หรือก่อนทำแผลทุกครั้งพาลูบผู้ป่วยไปอาบน้ำและใช้น้ำเทราดที่แผลโดยตรง หลังจากนั้นจึงทำแผล วิธีการนี้จะช่วยให้การลอกวัสดุที่ปิดแผลอยู่ออกได้ง่ายขึ้น
- กรณีพบว่ามียาเลือดออกจากแผลมะเร็ง ควรปฏิบัติดังนี้
 - สิ่งแรกที่ต้องปฏิบัติคือ กดแผลไว้นานประมาณ 10-15 นาที
 - ใช้อะดรีนาลีน 1: 1000 ชุบก้อนสให้ชุ่มวางบนแผล
 - กรณีที่ไม่ใช้อะดรีนาลีน หรือใช้แล้วไม่ได้ผลให้ใช้ sualfate 1 gm (1 เม็ด) ผสมกับน้ำ 1 ml ภายหลังยาแตกตัวเป็นแป้งให้ผสมด้วย KY- gel อีก 1 ml คลุกให้มีลักษณะเป็นแป้งนุ่มนำไปปิดแผลบริเวณที่มีจุดเลือดออก (ถ้ามีจุดเลือดออกหลายจุดพิจารณาเพิ่มจำนวน sualfate น้ำและ KY- gel ตามอัตราส่วนที่เหมาะสม)
- กรณีมีเลือดออกรุนแรง อาจพิจารณาทำ transcatheter embolization ของหลอดเลือดแดงที่ถูกก้อนมะเร็ง เซาะหรือกดเบียดเข้าไป หรือ intra-artery infusion chemotherapy, radiotherapy หรืออาจพิจารณาผ่าตัด แต่วิธีการดังกล่าวควรประเมินร่วมกับ PPS ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ
- กรณีผู้ป่วยที่ PPS อยู่ใน end stage phase ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบตัวโรค การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรคที่ชัดเจน ยอมรับได้ดี มีเป้าหมายการดูแลเพื่อสุขสบายเท่านั้น ควรแนะนำการดูแลกรณีเกิดภาวะเลือดออกรุนแรง ดังนี้
 - ให้เตรียมตัวให้พร้อม ถ้าเกิดเหตุการณ์ขึ้น ไม่ควรตกใจ
 - เตรียมผ้าสีเข้ม เช่น สีเขียว สีน้ำตาล สำหรับวางที่แผลเมื่อมีเลือดออกรุนแรง
 - กรณีผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย อาจเตรียมยานอนหลับ เช่น lorazepam 0.5-1.0 mg ให้อมใต้ลิ้น หรือ midazolam 5-10 mg V/SC/SL ทันที
 - โทรปรึกษาทีมดูแลระดับประคองเพื่อขอความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา

การควบคุมอาการปวด อาการปวดและชนิดของความปวดที่เกิดจากแผลมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการรุกรานเนื้อเยื่อเฉพาะที่และการขยายตัวของแผล ถ้าแผลลุกลามทำลายลึกไปถึงเนื้อเยื่อและระบบประสาท จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรง ดังนั้นการดูแลเพื่อควบคุมอาการปวดควรปฏิบัติดังนี้

- การดูแลความปวดจากแผลมะเร็ง (deep pain) ลักษณะปวดต่อเนื่องตลอดเวลา ปวดเหมือนไฟดูดหรือชื้อต (aching) เหมือนมีอะไรมาทิ่มแทง (stabbing) ดูแลจัดการอาการปวดโดยการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid อาจเป็นชนิดรับประทานหรือฉีดตามความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และควรมียาที่ออกฤทธิ์สั้นเพื่อให้ผู้ป่วยขอได้ระหว่างวันที่มีอาการปวดปะทุขึ้นมาได้ทุก 1-2 ชั่วโมง

- การจัดการความปวดที่มึนแรงลุกลามทำลายลึกไปถึงเนื้อเยื่อและระบบประสาท (neuropathic pain) เช่น ปวดแสบปวดร้อน โดยพิจารณาเลือกยาในกลุ่ม antidepressant (เช่น amitriptyline) ก่อนถ้ายังไม่ได้ผล พิจารณาให้ยาในกลุ่ม anticonvulsant (เช่น dilantin, gabapentin) จะช่วยบรรเทาอาการปวดชนิดนี้ได้
- การจัดการอาการปวดที่มีบริเวณพื้นผิวของแผล (superficial pain) ดังนี้
 - ใช้ topical lidocain gel ใส่แผลก่อนทำแผลประมาณ 10 นาที
 - ใช้ topical analgesia (opioid) โดยใช้ยามอร์ฟีนออกฤทธิ์สั้น (MO-immediate release) ขนาด 10 mg บดผสมกับ KY-gel หรือ morphine solution 5mg ผสมกับ KY-gel 5 ml ใส่ที่แผลทุกวัน ยาจะออกฤทธิ์โดยไปจับกับ peripheral opioid receptor มีผลทำให้ระดับความปวดลดลงตั้งแต่วันแรกที่ใช้ยา
 - ใช้ ice pack ประคบก่อนและหลังทำแผล
- การดูแลความปวดโดยการให้ยาแก้ปวดก่อนการทำแผล (pre-emptive pain control before dressing) โดยเลือกให้ยาที่ออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์เร็ว ดังนี้
 - Fentanyl inj. ขนาด 12.5 mcg SC/IV ก่อนทำแผล 5-10 นาที ฤทธิ์ยาอยู่ได้นานถึง 45-60 นาที
 - Fentanyl inj. ขนาด 12.5 mcg SL โดยอมยาค้างไว้ 5-10 นาที ยาเริ่มออกฤทธิ์ ภายใน 5-15 นาที ออกฤทธิ์เต็มที่ประมาณ 20 นาที และฤทธิ์ยาอยู่ได้นานถึง 45 นาที ถ้าปวดคุมไม่ได้ ให้ซ้ำในขนาดเดิมได้ 2 ครั้ง ใน 5-10 นาที และเพิ่มขนาดเป็น 25 → 50 → 100 mcg ถ้าไม่ได้ผล
 - Ketamine inj. ขนาด 0.25 ml เนื่องจากยามีรสขมจึงควรผสมน้ำผึ้งให้เป็น 2 ml อมกลั้วใต้ลิ้น 10 นาที แล้วกลืนก่อนทำแผล 15 นาที และระหว่างนี้ถ้าขณะทำแผลยังปวดสามารถ ให้ต่อได้อีก เป็น 2 dose ในช่วงเวลา 5-10 นาที และให้ได้ทุก 1 ชั่วโมง

การดูแลจัดการปัญหาด้านจิต สังคม และอารมณ์

- ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีต่อแผล
- ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยอยู่บนความเป็นจริง เช่น ความเป็นไปได้ในการหายของแผลที่สัมพันธ์กับการลุกลามของโรค อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นและเป็นผลจากแผลมึนแรงช่วยบรรเทาได้แต่อาจไม่หายไปเลย
- ดูแลแผลมึนแรงโดยเคารพความเชื่อ วัฒนธรรม และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย
- ระวังปฏิกิริยาของทีมนุภาพที่มีต่อลักษณะแผลมึนแรงของผู้ป่วย
- ปรึกษาทีมอื่นเข้ามามีส่วนร่วมดูแล เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หรือ จิตแพทย์ เป็นต้น ตามความเหมาะสม
- การสอน/ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
 - สอนการทำแผล (basic wound care) : วิธีการ ความบ่อย สถานที่ เวลา บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้อยู่ด้วยในขณะทำแผล
 - การจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ แนะนำการได้รับยาแก้ปวดก่อนทำแผลวิธีการจัดการกลิ่น เลือดออก สิ่งคัดหลั่ง คัน และการติดเชื้อ
 - การจัดการภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความปวดรุนแรง เลือดออกรุนแรง การอุดกั้นหลอดลมจนหายใจไม่ได้ ให้คิดและวางแผนล่วงหน้าร่วมกันว่าจะจัดการอย่างไร

Key References

1. Bates-Jensen BM, Seaman S and Early L. Skin disorders: Tumor Necrosis, Fistulas, and Stomas. In: Ferrell BR, Coyle NC, editors. Textbook of palliative nursing. New York, Oxford University Press Inc., 2006: 329-43.
2. Ayello AA. And Schank JE. Ulcerative lesions. In: Kuebler, Heidrich, and Esper P, editors. Palliative and end of life care clinical practice guidelines. USA, Elsevier Health Sciences Inc., 2007:519-36.
3. Neighbourhood network in palliative care. Specific Nursing issues in Palliative care. In: Palliative Care a handbook for Nurse. India, Harvest Media Service Press Inc., 2007:107-26.

การดูแลรูลูทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy Care in Palliative Care)

รูลูทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) หมายถึง การผ่าตัดให้เกิดช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ออกมาภายนอกในร่างกาย โดยผ่านผนังหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนตำแหน่งเดิม คือ ทวารหนัก บริเวณช่องเปิดลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากหน้าท้องเรียกว่า stoma เพื่อมิให้อุจจาระผ่านไปยังบริเวณที่มีพยาธิสภาพหรือบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ โดยการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพแล้วนำส่วนของลำไส้ส่วนต้น (proximal end) มาเปิดที่หน้าท้องแล้วเย็บตรึงไว้

เป้าหมายการดูแลรูลูทวารเทียมทางหน้าท้องสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับและสามารถดูแลรูลูทวารเทียมทางหน้าท้องให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการสอน แนะนำ ให้ความรู้เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

การดูแลรูลูทวารเทียมทางหน้าท้อง

- แนะนำการรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสมควรเป็นอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน ย่อยง่าย หลีกเลียงไขมันและเส้นใยอาหารสูง ระวังลำไส้อุดตัน
 - หลีกเลียงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ได้แก่ อาหารตระกูลถั่ว เห็ด เปียร์ น้ำอัดลม ผักขม กะหล่ำปลี แตงกวา ถั่วอกดิบ หัวหอม ข้าวโพด บร็อคโคลี่ หัวผักกาดแดง นม กะหล่ำ ดอก และอาหารที่มียีสต์เป็นส่วนประกอบ
 - หลีกเลียงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ อาหารทะเล โดยเฉพาะกุ้ง ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง หัวหอม กระเทียม สะตอ เครื่องเทศ อาหารตระกูลถั่ว กะหล่ำปลี บร็อคโคลี่ ชะอม ลูกเนียง เห็ดหอม และทุเรียน เป็นต้น
- ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
- การดูแลเป็นทีมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ผ่าตัด พยาบาลเฉพาะทางในการดูแล colostomy (ET-nurse) และพยาบาลทีมดูแลประคับประคอง
- การดูแลถุงรองรับ (bag care) เลือกขนาดถุงให้พอดีกับแป้นหรือขนาดของรูลูทวารเทียม ล้างทำความสะอาดถุงด้วยน้ำสบู่และตามด้วยน้ำสะอาด ปลดปล่อยลมเมื่อถุงโป่งพอง
- เทเมื่อมีอุจจาระมากกว่า 1/3 ของถุง เวลาก่อนนอน/หลังตื่นนอน เช็ดทำความสะอาดปลายถุงทุกครั้งเพื่อลดกลิ่นเหม็น
- การสังเกตรูลูทวารเทียมทางหน้าท้อง มีสีแดง หรือสีชมพู ผิวมันเรียบ ลักษณะชุ่มชื้น ไม่มีความรู้สึกเมื่อสัมผัส ไม่มีกลิ่นเหม็นหรือเหม็นรุนแรงไม่สามารถกลั่นการขับถ่ายได้ จำเป็นต้องใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายตลอดเวลา มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงมากมาย จึงอาจทำให้มีเลือดออกได้ เมื่อเกิดการกระแทกหรือเสียดสีรุนแรง ขนาดของรูลูทวารเทียมทางหน้าท้องจะเล็กลงเล็กน้อยภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์
- สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ทั้งในขณะใส่ถุงและถอดถุงออก ด้วยการดักน้ำ ใช้ฝักบัว หรือลงอ่างอาบน้ำก็ได้ หลังจากอาบน้ำเสร็จใช้ผ้าหรือกระดาษชำระสะอาดเช็ดซับบริเวณช่องเปิด และถุงให้แห้งดี แล้วจึงปิดถุงใหม่

- มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ระวังการกระแทกบริเวณรูทวารเทียม
- อาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ แผลเปื่อยและผิวหนังอักเสบมารอบทวารเทียม ช่องเปิดตีบหรือลำไส้ยื่นมากผิดปกติ ลำไส้เลื่อน ท้องเสียรุนแรงมาก อุจจาระเหม็นผิดปกติเกิน 2 อาทิตย์ ช่องเปิดลำไส้บวม เป็นสีดำคล้ำ และมีเลือดออกมาก
- เลือกแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่เข้าชุดกัน ขนาดของวงควรกว้างกว่าขนาดของช่องเปิดประมาณ 1/2 นิ้ว โดยรอบ หากแป้นยังใช้การได้ดีทำความสะอาดช่องเปิด และวงด้านในของแป้นด้วยสำลีชุบน้ำสะอาดจนหมดคราบสกปรก
- เปลี่ยนแป้นทุก 5-7 วัน (ช่วงเวลาที่เหมาะสมคือก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน) หรือเปลี่ยนแป้นออกเมื่อรั่วซึม เกิดการระคายเคืองและมีอาการคัน ลอกแป้นออกด้วยความนุ่มนวล โดยใช้ two finger technique แต่ถ้าแป้นไม่มีการรั่วซึม ปลอดภัยถุงออกเมื่อมีสิ่งขับถ่าย 1/3-1/2 ของถุง
- ทำความสะอาดช่องเปิดและผิวหนังโดยรอบด้วยสบู่อ่อน เช็ดหรือล้างคราบสบู่ออกให้หมดด้วยน้ำสะอาด (ห้ามใช้เบตาดีน อัลกอฮอล์ และน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ) ซับผิวหนังโดยรอบให้แห้งสนิทด้วยกระดาษชำระหรือผ้านุ่มๆ (soft towel) ไม่ควรขัด ถู หรือเกาบริเวณรอบๆ stoma ระหว่างทำความสะอาด ควรสังเกตอาการอักเสบของผิวหนังได้แก่ ผิวหนังมีผื่นแดง มีอาการคัน ผิวหนังแห้ง แตก ลอก หรือเป็นแผล
- เลือกสวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ไม่คับหรือแน่น
- หากต้องเดินทางควรจัดอุปกรณ์ใส่กระเป๋าให้พร้อมสำหรับเปลี่ยน colostomy หรือ urostomy

การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลรูทวารเทียมทางหน้าท้อง ดังนี้

- Peristomal skin excoriation การระคายเคืองผิวหนังรอบๆจากการรั่วซึม (leakage) โดยการใช้ skin barrier (stomahesive powder) โรยหรือทาบางๆ แล้วทา stomahesive paste ก่อนปิดถุงรองรับของเสียลงไป (pouching) ดังรูปที่ 1



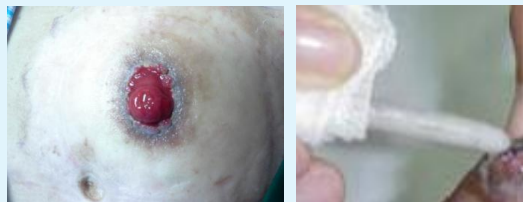
รูปที่ 1

- Mucocutaneous separation หมายถึงการมีรอยแยกระหว่าง stoma และผิวหนัง มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อ การเน่าตายของ stoma (necrosis) และในระยะแรกของการได้รับยาสเตียรอยด์ ดูแลโดยการ apply ด้วย stomahesive powder บริเวณ mucocutaneous separation แล้วใช้ paste ทารอบๆ stoma แล้วใส่ถุงรองรับของเสีย ดังรูปที่ 2



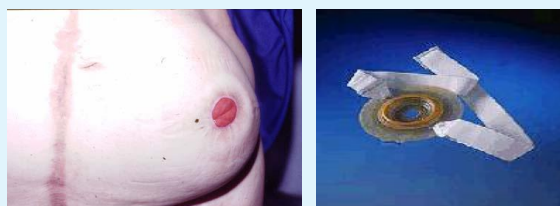
รูปที่ 2

- Hypergranulation tissue เป็นผลมาจากการถูกลามอักเสบของแผล แรงกด ความชื้น และการเสียดสี ส่งผลให้เกิดเนื้อที่งอกขึ้นมาใหม่แทนเนื้อที่เสียไป ส่วนใหญ่ไม่เป็นอันตราย ดูแลโดยใช้ silver nitrate ทาก่อน ปิดถุงรองรับของเสียลงไป สัปดาห์ละครั้ง ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3

- Parastomal hernia หมายถึง ไส้เลื่อน สามารถมองเห็นได้เมื่อมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือทำยืน อาจไม่ต้องทำอะไร แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายอาจจัดการได้โดยใช้การคาดเข็มขัด (belt) หรือถ้ายังไม่ได้ผลอาจปรึกษาแพทย์พิจารณาผ่าตัด ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องน้ำและอาหาร ป้องกันท้องผูก แนะนำการสังเกตสีที่เปลี่ยนแปลงไป และรายงานเมื่อมีอาการปวดหรือไม่สบายเกิดขึ้น ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4

- Stoma prolapsed หมายถึง การที่ stoma ยื่นออกมามากกว่าปกติ ดังรูปที่ 5 เป็นผลมาจากการผ่าตัดหลายครั้งและการอ่อนแรงของผนังหน้าท้อง (weakened abdominal wall) มักพบในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ loop transverse colostomy มากกว่าแบบอื่นดูแลโดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็น (cold packs) ประคบบริเวณ stoma ยื่นออกมา หรือน้ำตาล (sugar) หรือดีเกลือโรยรอบๆ จะช่วยให้ stoma หดลงเรื่อยๆ แล้วค่อยๆ ดันกลับเข้าไปเบาๆ ก่อนปิดถุงรองรับของเสียลงไป หรืออาจปรึกษาแพทย์เพื่อรับการผ่าตัดซ่อมแซม แต่ควรพิจารณา ร่วมกับการประเมิน PPS และการกำหนดเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ



รูปที่ 5

- Stoma retraction หมายถึง การที่ stoma ยุบและบวมลงไป อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับผิวหนัง สาเหตุมาจาก ก่อนการผ่าตัดมีการกำหนดตำแหน่งไม่ดี หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัด การที่ stoma ยุบลงและบวมลงไปมีผลทำให้ไม่สามารถปิดถุงรองรับของเสียได้ ดูแลโดยก่อนผ่าตัดควรมีการกำหนดตำแหน่งอย่างดี การแนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก หรือเลือกใช้อุปกรณ์ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับปิด stoma ในลักษณะนี้มีก้นนูนและใช้เข็มขัดช่วย ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6

- ท้องผูก ดูแลการรับประทานอาหาร และให้ยาเพื่อช่วยระบาย เช่น ยาในกลุ่ม laxative (senokort) ถ้าไม่ได้ผลอาจใช้วิธีสวนด้วย unison enema หรือ rectal suppositories
- ท้องเสีย สาเหตุที่พบบ่อยส่วนใหญ่มักเกิดจากการรับประทานอาหาร ดูแลโดยดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ และควรมาพบแพทย์เพื่อให้ยารักษาอาการท้องเสีย เช่น loperamide
- ภาวะเลือดออก พบได้เวลาทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับ ดูแลโดยการใช้แรงกดนานประมาณ 10 นาที และใช้ sualfate 1 gm ผสมน้ำ 1 ml นำไปใส่บริเวณที่มีเลือดออก
- กลิ่นไม่พึงปรารถนา ดูแลโดยการใส่ charcoal ลงในถุงรองรับ

Key References

1. Bates-Jensen BM, Seaman S and Early L. Skin disorders : Tumor Necrosis, Fistulas, and Stomas. In: Ferrell BR, Coyle NC, editors. Textbook of palliative nursing. New York, Oxford University Press Inc., 2006: 329-43.
2. Neighbourhood network in palliative care. Specific Nursing issues in Palliative care. In: Palliative Care A handbook for Nurse. India, Harvest Media Service Press Inc., 2007:107-26.
3. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Siriraj pressureulcer prevention guideline) คลินิกคออสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช 2555.

การดูแลวันสุดท้ายของชีวิต (Last days of life)

ผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต คือผู้ป่วยที่มีช่วงเวลาที่เหลืออยู่อาจไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วัน ร่างกายอ่อนล้าลงมาก ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรง ความอยากอาหารและระดับความรู้สึกตัวเริ่มลดลง จำเป็นต้องได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ให้ความตายถูกยอมรับและจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี

อาการทางคลินิกสำหรับวินิจฉัยว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

- เริ่มนอนติดเตียง (bedbound)
- ซึมมากขึ้นหรือกึ่งรู้และไม่รู้สติ (drowsy or semicomatose)
- จิบได้เฉพาะน้ำอย่างเดียว กลืนยาเม็ดลำบาก

เมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีภาวะร่างกายเสื่อมถอยลง การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้าย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันวินิจฉัยว่าไม่สามารถแก้ไขสาเหตุ (irreversible causes) ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต (dying)

ตารางที่ 6-10 หลักการการดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อนเสียชีวิต

คาดการณ์อาการล่วงหน้าและวางแผนการรักษา คือการคาดคะเนว่ามีอาการที่อาจเกิดขึ้นและวางแผนการดูแล

Stop	หยุดการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์	หยุดยาที่ไม่จำเป็น เช่น ยาวิตามิน ยาความดัน ยาลดไขมัน ยาระบาย หยุดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น หยุดการพลิกตัวป้องกันแผลกดทับ หยุดวัด V/S ดูแล comfort care ทุก 1-2 ชั่วโมง
Caution	การเฝ้าระวังปัญหาใหม่ ที่อาจเกิดขึ้น	เฝ้าระวังอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและดูแลให้การจัดการอาการ ถ้าเริ่มกลืนลำบากให้ยาทาง SC ไม่ควรเริ่มยาที่ออกฤทธิ์ช้า เช่น fentanyl patch เพราะยาออกฤทธิ์ช้าหลังแปะทำให้จัดการอาการไม่ได้ และปรับยาได้ลำบาก
Go	การดูแลความสุขสบายอย่างต่อเนื่อง	จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ดูแลความสุขสบายของร่างกายอย่างต่อเนื่อง mouth care เป็นหัวใจสำคัญ ใช้สาลีชุบน้ำหยอดน้ำใส่ช่องปาก ทาวาสลีนเพิ่มความชุ่มชื้นของริมฝีปาก เตรียมอุปกรณ์และส่งต่อเครือข่ายถ้าต้องการดูแลที่บ้าน/ใกล้บ้าน ประทับประคองครอบครัว

ตารางที่ 6-11 การจัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต

Symptoms	Management	Interventions
Dyspnea	- ผู้ป่วย MO Naïve ให้ MO 10-30 mg/d ใน syringe driver - ถ้าเคยใช้ MO แต่ยังไม่หอบ ปรับยาเพิ่ม ร้อยละ 50 ของยาเดิมที่ใช้อยู่ - Midazolam 10-20 mg/d ใน syringe driver หรือ lorazepam tablet 0.5-1 mg SL q 4 hr	- จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย - เช็ดหน้าเช็ดตา เปิดพัดลมเบา พัดผ่านใบหน้า - ให้ข้อมูลครอบครัว - ให้ oxygen ตามความจำเป็น
Pain	- ผู้ป่วย MO Naïve ควรให้ยาเป็นครั้งคราว และถ้าต้องใช้ยามากกว่า 2 ครั้ง/วัน ให้ปรับเป็นใช้ต่อเนื่อง - กรณีรับประทาน MO อยู่แล้วให้เปลี่ยนมา ให้ SC ถ้าปวดมากขึ้นให้ปรับยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30-50 - ถ้าเคยได้รับ Fentanyl patches อยู่เดิม ให้ใช้ต่อ และให้ MO prn SC ใน 24h แรก หลังจากนั้นเมื่อได้ขนาดยาที่เหมาะสมให้ เปลี่ยนเป็นให้ MO ต่อเนื่องทาง SC ใช้ syringe driver ** ดูเพิ่มเติมใน pain management	- ประเมินความปวด - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดและวิธีการจัดการ แนวทางการรักษา - ปรับระดับประคองครอบครัว - พิจารณาวิธีการให้ยาทาง SC
คลื่นไส้/ อาเจียน	- คงยา oral anti-emetic เดิมที่เคยได้ - Haloperidol 2-2.5 mg/day - Metochopramide 40 mg/day	ดูแลเน้นความสุขสบาย ดูแล hygiene care
หายใจมีเสียง เสมหะ	- Hyoscine butylbromide (Buscopan) 20-40 mg ทุก 4 ชั่วโมง - Atropine 0.4 mg SC/IV 1.2-2.4 mg/24h. - Atropine 1% ophthalmic soln 4 drops SL q4h.	- อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงดัง กล้าวเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ ไม่ใช่การสำลัก อย่าให้สารน้ำมากเกินไป - หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะในคอในผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวดี - จับผู้ป่วยนอนตะแคงแล้วดูดหรือเช็ดน้ำลายจากปาก
Terminal Delirium	- Haloperidol 2-2.5 mg/day - Midazolam 2.5-10 mg SC q 4 h PRN. ถ้า > 2 doses/วัน พิจารณาให้ยาทาง SC ใช้ syringe driver	- ให้ข้อมูลครอบครัว - อยู่เป็นเพื่อน ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วย

ตารางที่ 6-11 การจัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต (ต่อ)

Symptoms	Management	Interventions
อาการ กระวนกระวาย (Restless- ness)	- Haloperidol 2-2.5 mg/day - Midazolam 2.5-10 mg SC q 4 h PRN. ถ้า > 2 doses/วัน พิจารณาให้ยาทาง SC ใช้ syringe driver	- ค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่แก้ไขได้ก่อน เช่น Pain/withdrawal of opioids brain metastasis Full bladder - ให้ข้อมูลญาติที่อยู่ใกล้ชิดควรนั่ง ตั้งสติคอยเตือนสติผู้ป่วย ให้กำลังใจ สัมผัสผู้ป่วยอย่างอบอุ่น
Confusion/ Agitation	Midazolam 2.5-10 mg SC q 4 h PRN. ถ้า > 2 doses/วัน พิจารณาให้ยาทาง SC ใช้ syringe driver	- มองหาสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ความปวดที่จัดการได้ยังไม่ดี, มีปัสสาวะคั่งค้าง, withdrawal of opioids, brain metastasis - ให้ข้อมูลญาติ
อาการไม่สุขสบายอื่นๆ		
อาการอ่อนล้า และนอนหลับ มากขึ้น	การดูแลเน้นความสุขสบาย ดูแลความสะอาดในช่องปาก ดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	
เบื่ออาหาร รับประทาน อาหารได้ลดลง	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการหิวน้ำ และอาหารในผู้ป่วยจะลดลง การดูแลเน้นความสุขสบาย ให้การประคับประคองครอบครัว ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเท่าที่ได้ ถ้าเริ่มกลืนลำบาก พิจารณาให้ยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายทางอื่น เช่น ทางใต้ผิวหนัง	
ระบบทางเดิน หายใจ	ภาวะหายใจแบบหิวอากาศ (air hunger) เป็นลักษณะการหายใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิต ควรทำความเข้าใจกับครอบครัวว่าถึงระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ทุกข์ทรมานอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและครอบครัว ** การให้ยาเพื่อจัดการอาการช่วยได้น้อย ที่สำคัญคือให้ข้อมูลครอบครัว	
มีไข้	เช็ดตัวลดไข้ ให้ paracetamol หรือ NSAID suppositories ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ	
ตาค้าง หลับตา ไม่สนิท	ให้ข้อมูลครอบครัว : เกิดจากความอ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรง และบางครั้งมีรูปร่างผอมมากจึงทำให้หลับตาไม่สนิท แนะนำญาติดูแล eyes care ดูแลช่องปาก การขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะต่อเนื่อง	

การให้สารน้ำและสารอาหารในระยะท้ายใกล้เสียชีวิต

ถ้าครอบครัวรู้สึกไม่สุขสบายใจอาจให้น้ำเพื่อความชุ่มชื้นเล็กน้อย คือ ถ้ามี IV อยู่แล้วให้ลดปริมาณ IV ลง ถ้าไม่มี IV ให้จิบน้ำทางปาก กรณีครอบครัววิตกกังวล อาจให้ IV ขนาดน้อยที่สุด แบบ subcutaneous infusion และให้ครอบครัวร่วมในการดูแลร่วม เช่น การดูแล mouth care เป็นต้น

การให้ยานอนหลับเพื่อจัดการอาการที่ยากลำบากในระยะท้ายใกล้เสียชีวิต

(Palliative sedation)

คือการทำให้ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตลดลง ทั้งนี้เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถจัดการได้ เช่น หอบเหนื่อยมาก เจ็บปวดทุกข์ทรมานอย่างมากหรือสับสนกระวนกระวาย โดยยาที่เลือกใช้คือ

Midazolam

วิธีการบริหารยา คือ

- Midazolam 5-10 mg SC/IV stat ให้ซ้ำได้ทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่ดีขึ้น
- ให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนังหรือทางหลอดเลือดดำ ในขนาด 0.5-2.5 mg/h ปรับเพิ่มได้ทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นพิจารณาให้คู่กับ bolus dose ได้ หรือให้ในขนาด 10-20 mg/d ใน syringe driver
- ถ้าผู้ป่วยได้รับยา opioids หรือยา antipsychotics อยู่ ควรให้ต่อเนื่อง
- ในผู้สูงอายุควรเริ่มในขนาดน้อย คือ 0.5-1 mg/h.

Key references

1. Ellershaw J and Wilkinson S. Care of The Dying : A pathway to excellence, 2nd ed. Oxford University Press, 2010.
2. Twycross R, Wilcock A, Toller CS. Symptom management in advanced cancer. fourth edition. palliativedrugs.com Ltd., 2009.

7. การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล (Patient/Family/Caregiver Information and Education)

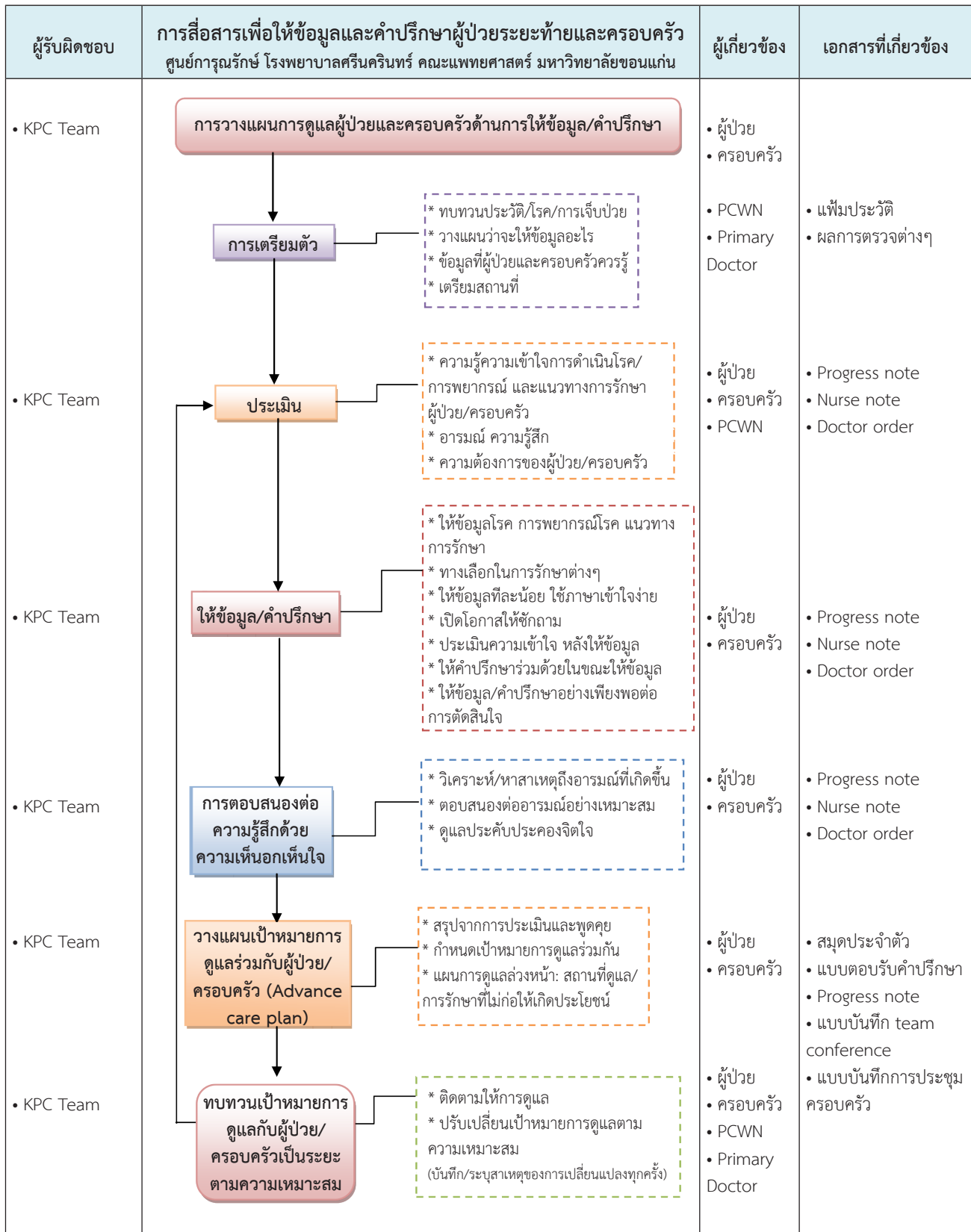
เป้าหมาย: ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และได้รับการฝึกฝนตามความต้องการและตามศักยภาพ

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลระดับประจักษ์ แพทย์/พยาบาลเจ้าของไข้ นักสังคมสงเคราะห์

ขั้นตอน:

- 7.1 ในระหว่างขั้นตอนการประเมิน ความต้องการด้านข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ อารมณ์และการรับรู้ของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินและบันทึกไว้ด้วย หัวข้อต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินและได้รับความรู้ความเข้าใจ
 - ความปวดและการจัดการอาการ รวมถึงการจัดการผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
 - การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) และ เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (advance directive)
 - การดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับสถานการณ์ข้างหน้า
 - การบริการที่โรงพยาบาลและที่บ้านที่ผู้ป่วยจะได้รับ
 - การคาดการณ์การดำเนินโรค
 - อาการและอาการแสดงของภาวะใกล้เสียชีวิต
 - การบริการในชุมชน การดูแลความสูญเสีย
 - การโทรขอรับคำปรึกษาได้กรณีมีภาวะฉุกเฉิน
- 7.2 การประเมิน ให้ความรู้ความเข้าใจและให้คำปรึกษา ต้องทำเป็นประจำตลอดการให้การดูแลผู้ป่วย
- 7.3 เมื่อพบความจำเป็นของการให้ความรู้ความเข้าใจระหว่างการประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ควรนำใส่ไว้ในแผนการดูแล (care plan) ด้วย
- 7.4 ควรมีเอกสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล หรือแนะนำแหล่งความรู้ (internet) ให้สามารถศึกษาทำความเข้าใจ

Workflow การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว



* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
PCWN = Palliative Care Ward Nurse

แนวปฏิบัติการประชุมครอบครัว

1. ขั้นเตรียมการ

- ทบทวนประวัติผู้ป่วย ได้แก่ ตัวโรค การรักษา พยากรณ์โรค การรักษาทางเลือก เป็นต้น นอกจากนี้ต้องประสานงานกับทีมแพทย์ที่ให้การรักษายาบาล หรือ แพทย์ที่ให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุกฝ่ายมีความเข้าใจตรงกัน (Care conference) เพื่อตัดสินใจให้การรักษาที่เหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วย
- ทบทวนเอกสาร “การวางแผนการดูแลล่วงหน้า” ที่เคยทำไว้ (ถ้ามี)
- ทบทวนหรือหาข้อมูลเกี่ยวกับทางจิตสังคมของครอบครัว
- แจ้งให้ทราบถึงเป้าหมายในการประชุมครอบครัว เช่น “คาดหวังว่าเมื่อประชุมเสร็จสิ้นจะได้ข้อสรุปว่า.....”
- ตัดสินใจว่าต้องการให้บุคคลใดในทีมสุขภาพอยู่ร่วมในการประชุม
- ตรวจสอบ หรือตระหนักถึงอารมณ์ของตนเอง

2. เตรียมสถานที่

- สถานที่ที่จะใช้ประชุมครอบครัวต้องมีความเป็นส่วนตัวและสะดวกสบายพอควร การจัดที่นั่งควรให้นั่งเป็นวงกลมเพื่อจะได้สบตากันอย่างทั่วถึง ทำให้ได้รับข้อมูลทางอวัจนภาษา

3. ขั้นนำในการประชุม

- ให้ทุกคนที่เข้าร่วมการประชุมแนะนำตนเอง และระบุความเกี่ยวข้องหรือความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วย
- ค้นหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการรักษา และอาจรวมถึงมีผลทางกฎหมายด้วย
- แจ้งเป้าหมายการประชุมให้ที่ประชุมรับทราบ และให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการบอกเป้าหมายที่ต้องการ
- สร้างความสัมพันธ์ที่ดี เช่น “ลองเล่าเกี่ยวกับคุณแม่ให้คุณให้ฟังดิฉัน/ผมฟังหน่อยว่าท่านเป็นคนอย่างไร?”

4. ตรวจสอบความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วย

- ให้สมาชิกครอบครัวเล่าหรือบอกเกี่ยวกับความเข้าใจของโรคที่ผู้ป่วยเป็นและความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย
- กระตุ้นให้ทุกคนในครอบครัวแสดงความคิดเห็น
- ในกรณีที่ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ควรสอบถามถึงความเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะของผู้ป่วยในช่วงไม่กี่สัปดาห์/เดือนที่ผ่านมา เช่น การรับประทานอาหาร การนอน อารมณ์ เป็นต้น

5. การพูดคุยทบทวนปัญหาและการรักษาที่ผ่านมา

- สรุปปัญหาในภาพรวมโดยไม่ลงในการให้ข้อมูลการรักษาทางการแพทย์อย่างละเอียด (เช่น ความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ) และถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตก็ใช้คำว่า “กำลังจะเสียชีวิต” หากเหมาะสมและจำเป็น
- ไม่ใช่ หรือหลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์
- ตอบคำถามให้ชัดเจน

6. การเจียบ และการตอบสนอง

- ต้องตอบสนองกับทุกอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว
- เตรียมพร้อมรับกับอารมณ์ที่มักเกิดขึ้น ได้แก่ การร้องไห้ เศร้าโศกเสียใจ เป็นต้น ต้องสื่อสารตอบสนองต่ออารมณ์ของครอบครัว ให้ครอบครัวรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

7. แจ้งการรักษาในภาพรวม ตั้งเป้าหมายการรักษา

- ให้ข้อมูลพยากรณ์โรคและระยะเวลาที่เหลืออย่างคร่าวๆ ทั้งนี้ให้อารมณ์ของสมาชิกครอบครัวด้วย
- นำเสนอทางเลือกและเป้าหมายการรักษา เช่น เป้าหมายการรักษาเพื่อยืดเวลาให้นานที่สุด การคงซึ่งสมรรถนะทางเลือกคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ หรือเพื่อให้สามารถกลับบ้านได้ หรือเสียชีวิตอย่างสงบ เป็นต้น
- เน้นย้ำว่าจะได้รับการดูแลให้สุขสบายไม่ว่าจะเลือกเป้าหมายใด
- ให้ข้อแนะนำตามองค์ความรู้และประสบการณ์ทางการแพทย์
- อาจตั้งคำถาม “อะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับคุณในขณะนี้ ในขณะที่มีเวลาเหลืออีกไม่นาน?”

8. แปลงเป้าหมายการรักษาเป็นแผนการการรักษา

- ทบทวนแผนการดูแลและการรักษาต่างๆ ในขณะนี้ ให้ข้อแนะนำการคงไว้ ยุติหรือปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแล
- ควรพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับ DNR (Do Not Resuscitate) สถานที่ดูแล ที่บ้าน/โรงพยาบาล การให้สารน้ำและสารอาหารทางสายยาง รวมทั้งเรื่องการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลรอบใหม่
- สรุปการตัดสินใจที่ได้ทำร่วมกัน

9. บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

- บันทึกการประชุมครอบครัว ได้แก่ บุคคลที่เข้าร่วมประชุม ประเด็นการตัดสินใจ และข้อสรุปที่เกิดขึ้น รวมถึงแผนการติดตามการดูแลผู้ป่วยในอนาคต และเก็บในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
- แจ้งข้อสรุปจากการประชุมครอบครัวให้ทีมสุขภาพรับรู้ทั่วกัน
- ตระหนักและรับรู้ถึงอารมณ์ของตนเองหลังทำการประชุมครอบครัว อาจต้องการการพูดคุยระบายกับเพื่อนร่วมงาน

10. หากมีข้อขัดแย้ง

- ทำหน้าที่เป็นผู้ฟังที่ดี และอาจพูดแสดงความเห็นใจ เช่น “เรื่องที่คุณก่นนี้ เป็นเรื่องที่ลำบากใจ”
- พยายามระบุให้ได้ว่าอะไรคือต้นเหตุของความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกผิด ความสูญเสีย ความขัดแย้งในครอบครัว ความไม่เชื่อมั่นในทีมสุขภาพ เป็นต้น
- พยายามแก้ไขความเข้าใจผิด ค้นหาการมองเห็นคุณค่าของทางเลือกที่ครอบครัวเลือก
- กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการติดตามการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่ครอบครัวเลือก เช่น ครอบครัวหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น ควรกำหนดระยะเวลาที่เป็นไปได้เพื่อประชุมและการทบทวนตัดสินใจอีกครั้ง

8. การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย

เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลทั้งด้านสังคม จิตใจและจิตวิญญาณให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะท้ายได้

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลประคับประคอง

คำนิยาม:

การดูแลจิตสังคม (Psychosocial care): หมายถึง การดูแลประคับประคอง จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงความช่วยเหลือด้านสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยในระยะท้ายได้

การดูแลจิตวิญญาณ (Spiritual care): หมายถึง การประคับประคองและตอบสนองความต้องการต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีความสำคัญที่สุด รวมถึงด้านศาสนา การให้อภัย ด้านความรัก การค้นหาความหมายของชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการตายดี

สิ่งที่ต้องตระหนัก

- เป็นสิ่งสำคัญ ในการทำความเข้าใจว่าในการจัดการอาการทางกายไม่ใช่การใช้ยาอย่างเดียวเท่านั้น จำเป็นต้องเข้าใจบริบททางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจจำเป็นต้องดูแลไปพร้อมๆ กัน
- ความไม่สบาย คือความทุกข์ทรมานในทุกมิติ กาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย แยกสลายความเป็นตัวตน การช่วยเหลือเพื่อให้ตัวตนของผู้ป่วยกลับมาได้เป็นสิ่งสำคัญ
- ผู้ป่วยมะเร็งเกือบทั้งหมดมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้โรคซึ่งเป็นภาวะปกติ บางส่วนอาจมีปัญหาในการปรับตัวทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ซึ่งต้องการได้รับการประคับประคองจิตใจ และในรายที่รุนแรงอาจต้องได้ยาเพื่อจัดการอาการเหล่านั้น
- การดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายบางครั้งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าการดูแลทางกาย

ขั้นตอน

8.1 การประเมินแต่ละด้านให้ครอบคลุม ดังนี้

8.1.1 การประเมินด้านสังคม ประกอบด้วย

- สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วยใคร
- การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมีผลกระทบกับผู้ป่วยอย่างไร
- แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ สังคมมีอะไรบ้าง
- ผลกระทบที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นอย่างไร
- ประวัติการทำงาน การศึกษา ความสามารถ ทักษะส่วนบุคคล ความสนใจพิเศษ
- การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การทำกิจกรรมต่างๆ นันทนาการ การออกกำลังกาย การสวดมนต์
- ประสบการณ์การได้รับการดูแลที่ผ่านมา

8.1.2 การประเมินด้านจิตใจ ประกอบด้วย

- อารมณ์ (emotion) ซึ่งอาจพบปัญหาเหล่านี้
 - รู้สึกโดดเดี่ยว
 - รู้สึกอารมณ์บีบคั้น
 - รู้สึกหนักอกหนักใจ อึดอัด
 - รู้สึกว่าทำไมมันถึงเกิดกับตัวเอง
- ความนึกคิด (thought) ค้นหาความคิดของผู้ป่วยกำลังคิดอะไร
 - รู้สึกว่าเป็นภาระกับคนอื่น
 - รู้ว่ากำลังจะตาย
 - จะเกิดอะไรขึ้นกับคนที่ผู้ป่วยห่วงใย
 - อยากให้บอกว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตัวเองและในอนาคตข้างหน้าจะเผชิญกับอะไร
- พฤติกรรม (behavior) ประเมินว่าพฤติกรรมที่แสดงออกหรือปฏิกิริยาที่มีต่อสิ่งรอบข้างเป็นอย่างไร
 - เก็บตัวเงียบ ไม่พูดคุย มีพฤติกรรมแยกตัว
 - ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง ไม่สนใจว่าอะไรจะเกิดขึ้น
 - โกรธ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย
 - หม่นหมอง หดหู่

8.1.3 การประเมินด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย

- สิ่ง que ผู้ป่วยเห็นว่ามีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยมากที่สุด
- ประเมินสิ่งยึดเหนี่ยวที่สร้างความเข้มแข็งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- ความภาคภูมิใจ
- ความเชื่อด้านศาสนา ประเพณี
- สิ่งค้างคาใจ

8.2 การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

8.1.1 การดูแลด้านสังคม

- ค้นหาปัญหาด้านเศรษฐกิจ และหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด จัดหาแหล่งรายได้ ฝึกอาชีพ
- จัดหาบริการด้านการแพทย์ให้เข้าถึงง่าย ไม่ต้องเสียเวลารอคอย
- ช่วยเหลือด้านการดำรงชีพประจำวัน อุปกรณ์ที่ต้องใช้เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว อุปกรณ์การแพทย์ ฯลฯ

8.1.2 การดูแลด้านจิตใจ หลังการประเมินให้การดูแลจิตใจ โดย

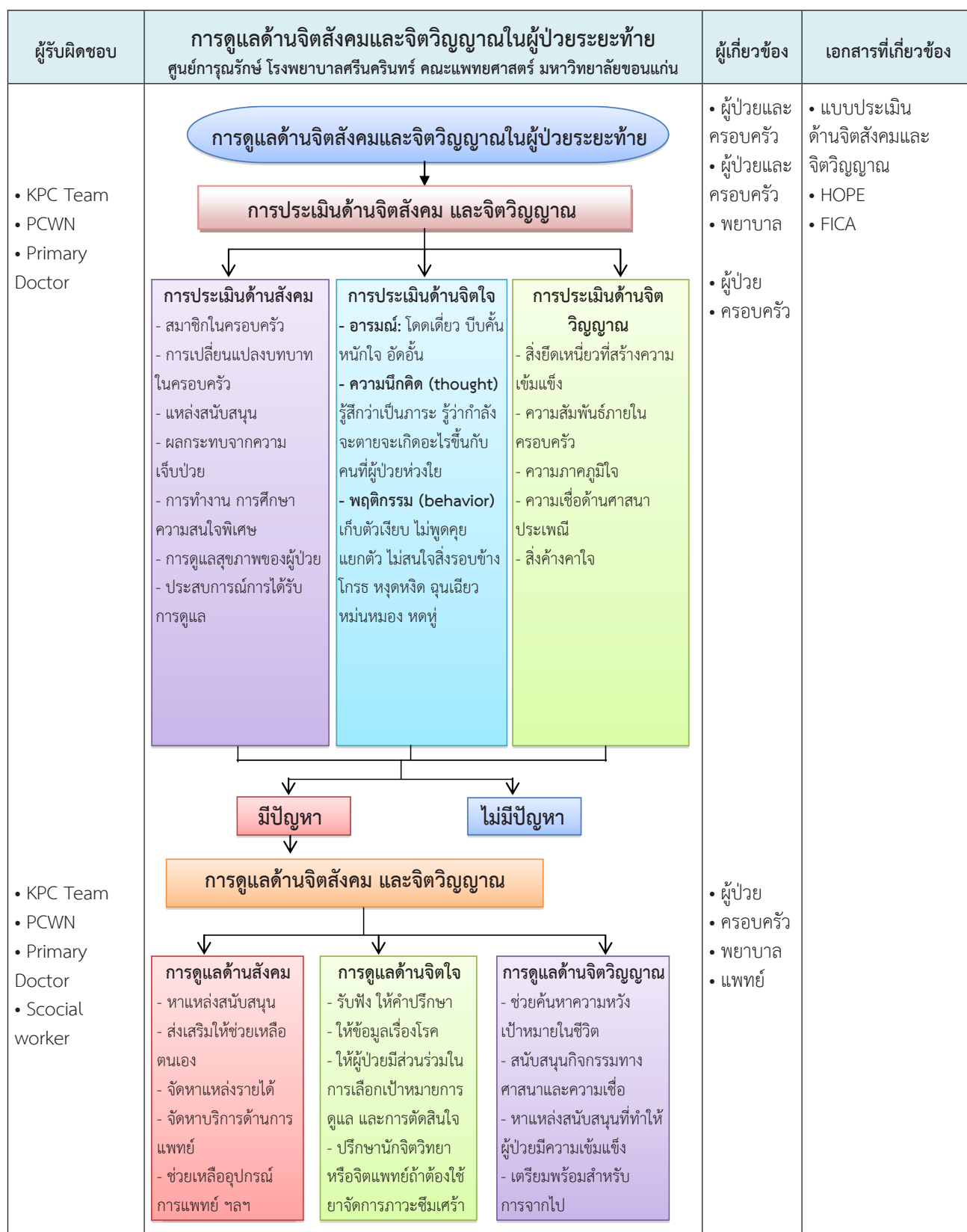
- รับฟัง ให้คำปรึกษา
- การให้ข้อมูลเรื่องโรค

- การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมายการดูแล และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- กรณีมีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่จำเป็นต้องใช้ยาจัดการอาการด้วยยา อาจปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์
- หากกลุ่มช่วยเหลือ เข้ากลุ่ม group support

8.1.3 การดูแลด้านจิตวิญญาณ

- ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายค้นหาความหวัง ความหมายและเป้าหมายในชีวิต
- ช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อ
- รับฟัง ความรู้สึกกลัว ความหวัง ความฝัน และ คุณค่าความหมายของผู้ป่วย
- รับรู้มองหาแหล่งสนับสนุนที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งภายใน
- ช่วยให้เขาเตรียมพร้อมสำหรับการจากไป เช่น ออกจากไปท่ามกลางคนที่รัก การได้มีโอกาสเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางคนที่รัก

Workflow การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย



* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
PCWN = Palliative Care Ward Nurse

9. การทำ Medication Reconciliation (MR) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Medication Reconciliation in Palliative Care)

เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และลดความคลาดเคลื่อนทางยา

ผู้รับผิดชอบ: เภสัชกรในทีมดูแลแบบประคับประคอง

คำนิยาม:

- การทบทวนประสานรายการยาต่อเนื่อง (Medication Reconciliation; MR) เป็นกระบวนการที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ได้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อใช้รายการยานี้เป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยใช้อย่างต่อเนื่อง และในทุกจุดที่ผู้ป่วยไปรับบริการในสถานพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน
- ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) คือ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดในกระบวนการใช้ยาซึ่งอาจหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ด้วยระบบควบคุมที่มีประสิทธิภาพและความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งกระบวนการทบทวนประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ถือเป็นระบบควบคุมที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ หากไม่มีกระบวนการดังกล่าว อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาบางประการได้ อาทิเช่น ความคลาดเคลื่อนในการลอกคำสั่งของการใช้ยาเดิม (Re-Medication; RM) การไม่ได้รับยาที่ใช้อย่างต่อเนื่อง การไม่ได้รับยาที่เคยใช้หลังได้หยุดยาชั่วคราว การได้รับยาซ้ำซ้อน การที่ไม่ได้หยุดยาบางรายการที่สำคัญก่อนเข้ารับการทำการหัตถการบางอย่าง เป็นต้น
- ผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือผู้ป่วยในระยะท้ายทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Team)

9.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug related problems; DRPs)

จำแนกประเภทออกเป็น

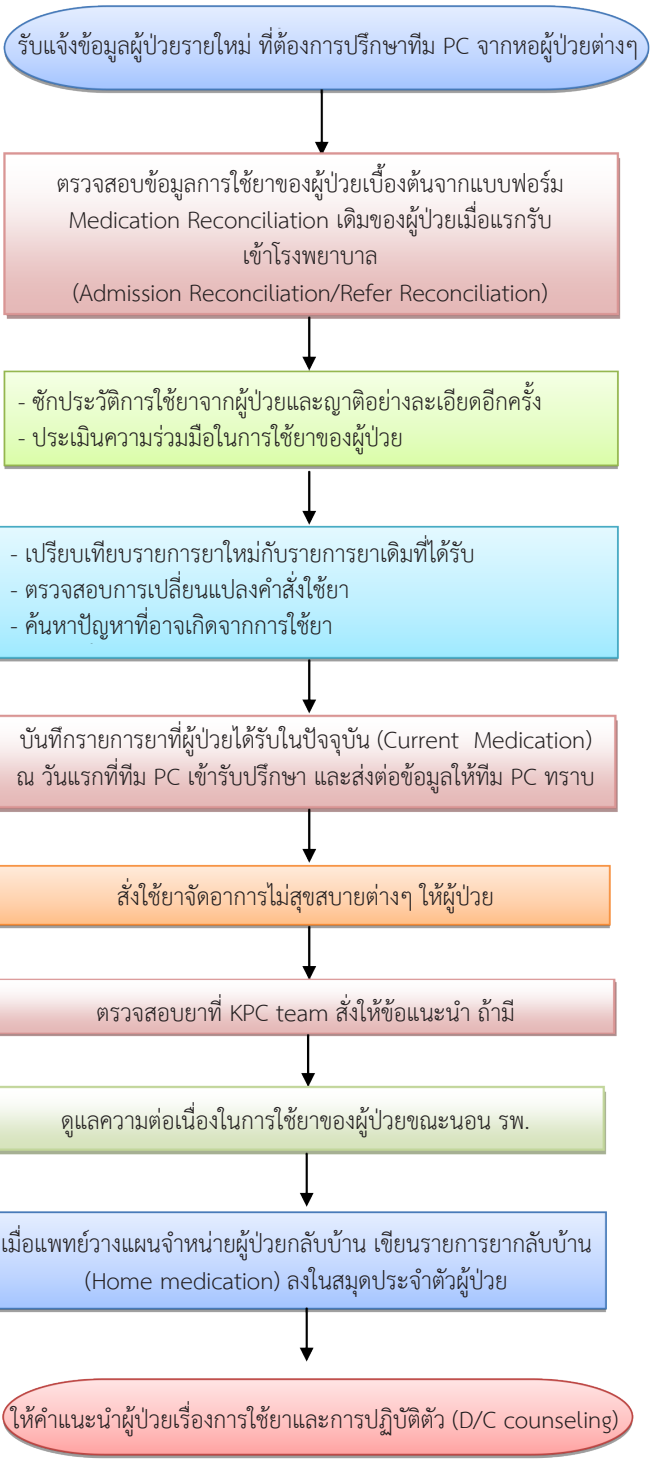
- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยารักษา แต่ไม่ได้รับ (Need for additional drug therapy)
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม (Improper dosage regimen)
- ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน (Duplication/Repeated medication)
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions)

- ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interactions)
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง (Failure to receive medication)
- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance)
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)
- อื่นๆ (Other)

แนวทางการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่างๆ แจ้งข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Team)
- เภสัชกรในทีมดูแลแบบประคับประคอง ตรวจสอบข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยเบื้องต้นจากแบบฟอร์ม Medication Reconciliation เดิมของผู้ป่วยตอนแรกรับเข้าโรงพยาบาล (Admission Reconciliation/Refer Reconciliation) เพื่อง่ายต่อการสืบค้นประวัติการแพ้ยา รายการยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยใช้รักษาโรคประจำตัวเดิม รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งในส่วนนี้จะมีบุคลากรทางการแพทย์ประจำหอผู้ป่วย (พยาบาล/เภสัชกร/แพทย์) ได้เป็นผู้รวบรวมข้อมูลมาก่อนแล้ว แต่อาจจะยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วนในผู้ป่วยบางราย
- เภสัชกรในทีมดูแลแบบประคับประคอง ต้องตรวจสอบข้อมูลรายการยาด้วยการซักประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียดอีกครั้ง เพื่อการได้มาซึ่งรายการยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องและสมบูรณ์ครบถ้วน รวมทั้งประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนเข้าโรงพยาบาล
- เปรียบเทียบรายการยาใหม่กับรายการยาเดิมที่ได้รับ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา พร้อมทั้งค้นหาปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา
- บันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (Current Medication) ณ วันที่ทีมดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Team) เข้าไปรับการรักษา ประกอบด้วย รายการยา ขนาดยา วิธีและความถี่ในการให้ยา โดยบันทึกลงในแบบฟอร์ม Medication Reconciliation of Palliative Care
- รายงานส่งต่อข้อมูลการใช้ยาในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ทางทีมดูแลแบบประคับประคองรับทราบ
- แพทย์ในทีมดูแลประคับประคองพิจารณาสั่งใช้ยาดูแลจัดการอาการไม่สบายของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้ยา
- ทีมการอนุรักษ์ถ่ายรูปลำดับยาที่ทีมสั่งให้ผู้ป่วยส่งให้เภสัชกรในทีม (โดยใช้ LINE application) พร้อมด้วยข้อมูลความเจ็บป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ
- เภสัชกรในทีมตรวจสอบยาที่ทีมการอนุรักษ์สั่ง และให้ข้อแนะนำ ถ้ามีข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไข
- เภสัชกรและพยาบาลในทีมดูแลแบบประคับประคอง ดูแลความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
- เมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ตรวจสอบดูแลความต่อเนื่องของการใช้ยา เขียนรายการยากลับบ้าน (Home medication) ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพ
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตัวก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge counseling) โดยเน้นย้ำถึงความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะรายการยาใหม่ que ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ และ/หรือ รายการยาเดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาโดยแพทย์ เช่น ปรับขนาดยาเพิ่มมากขึ้น/ลดลง เปลี่ยนความถี่ในการใช้ยา เป็นต้น

Workflow Medication Reconciliation ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้รับผิดชอบ	Medication Reconciliation ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
เจ้าหน้าที่ธุรการ	 <pre> graph TD A([รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ ที่ต้องการปรึกษาทีม PC จากหอผู้ป่วยต่างๆ]) --> B[ตรวจสอบข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยเบื้องต้นจากแบบฟอร์ม Medication Reconciliation เดิมของผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าโรงพยาบาล (Admission Reconciliation/Refer Reconciliation)] B --> C[- ซักประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียดอีกครั้ง - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย] C --> D[- เปรียบเทียบรายการยาใหม่กับรายการยาเดิมที่ได้รับ - ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา - ค้นหาปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา] D --> E[บันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (Current Medication) ณ วันที่ทีม PC เข้ารับปรึกษา และส่งต่อข้อมูลให้ทีม PC ทราบ] E --> F[สั่งจ่ายจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ ให้ผู้ป่วย] F --> G[ตรวจสอบยาที่ KPC team สั่งให้ซื้อแนะนำ ถ้ามี] G --> H[ดูแลความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วยขณะนอน รพ.] H --> I[เมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เขียนรายการยากลับบ้าน (Home medication) ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย] I --> J([ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการกินยาและการปฏิบัติตัว (D/C counseling)]) </pre>	- แพทย์/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - แพทย์/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - ผู้ป่วยและครอบครัว - ผู้ป่วย - ผู้ป่วย - ผู้ป่วย - ผู้ป่วย - แพทย์, ผู้ป่วย - ผู้ป่วยและครอบครัว	- ใบขอคำปรึกษา - KPC Team - แบบฟอร์ม MR ของ รพ. - แบบฟอร์ม Pharmacist note for PC - ใบสั่งยา, แบบบันทึก DRPs - ใบสั่งยา, แบบฟอร์ม Pharmacist note for PC - ใบสั่งยา - ใบสั่งยา, แบบบันทึกการให้ยา (Med.Record) - ใบสั่งยา, สมุดประจำตัวผู้ป่วย - สมุดประจำตัวผู้ป่วย
เภสัชกร PC			
เภสัชกร PC			
เภสัชกร PC			
เภสัชกร PC			
แพทย์ PC			
เภสัชกร PC			
เภสัชกร/พยาบาล PC			
เภสัชกร/พยาบาล PC			
เภสัชกร PC			

* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
PCWN = Palliative Care Ward Nurse

Workflow ขั้นตอนการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย IPD

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอนการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย IPD ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
เจ้าหน้าที่ธุรการ	รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ ที่ต้องการปรึกษาทีม PC จากหอผู้ป่วยต่างๆ	แพทย์/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย	ใบขอคำปรึกษา PC team
พยาบาล PC	จัดคิวรับใหม่เรียงลำดับตามปัญหาความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย	แพทย์พยาบาลประจำหอผู้ป่วย	- ใบขอคำปรึกษา PC team - Chart - PPS - ESAS
- แพทย์ PC - พยาบาล PC	- ประเมินอาการแรกพบ ภาย/จิตใจ/สังคม/อารมณ์/จิตวิญญาณ - ประเมิน PPS และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย - วางแผนการดูแลร่วมกับทีมดูแลหลัก - ให้ข้อมูล/คำปรึกษา วางแผนทำ ACP	- แพทย์พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - ครอบครัว	- แบบฟอร์มการตอบรับคำปรึกษาแพทย์/พยาบาล PC - Progress note - Nurse note - Doctor's order sheet
เภสัชกร PC	- Medication reconciliation (MR) - ค้นหา Drug related problems (DRPs) - หากพบปัญหาต้องรายงานให้ทีมทราบ และร่วมกันดำเนินการแก้ไข	- แพทย์พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - ทีม PC - ผู้ป่วย	- แบบฟอร์ม Pharmacist note of Palliative Care - แบบบันทึก DRPs
- แพทย์ PC - พยาบาล PC - เภสัชกร PC	- ประเมินปัญหา และวางแผนการดูแลร่วมกัน - แพทย์สั่งจ่ายยาจัดการอาการไม่สบาย - เภสัชกรช่วยตรวจสอบคำสั่งการใช้ยา (Double check) - พยาบาลช่วยตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาอีกครั้ง (Triple check)	ผู้ป่วยและครอบครัว	- Doctor's order sheet - Progress note - Nurse note - Doctor's order sheet - แบบฟอร์ม Pharmacist note of Palliative Care - แบบบันทึก DRPs
- แพทย์ PC - พยาบาล PC - เภสัชกร PC	- ติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วยทุกวัน ดูแลอย่างต่อเนื่อง - ประเมินอาการทางคลินิกซ้ำเป็นระยะร่วมกับทีม ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตาม PPS และ Goal of care - ติดตามผลของการใช้ยา ADR จากการใช้ยา และแก้ไข DRPs ที่อาจเกิดขึ้น - ทีมวางแผนการจัดการปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน (Admission round)	ผู้ป่วย	- Doctor's order sheet - Referral form - สมุดประจำตัวผู้ป่วยการุณรักษ์ - คู่มือ/แผ่นพับให้ความรู้
- แพทย์ PC - พยาบาล PC	- วางแผนจำหน่าย ประเมินความพร้อม และสั่งจ่ายยา Home Med. - วางแผนส่งต่อ รพ.เครือข่ายใกล้บ้าน เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวด้านการปฏิบัติตัว		
เภสัชกร PC	ให้คำแนะนำด้านยา และติดตาม ADR จากการใช้ยาที่ได้รับกลับบ้าน (counseling)	ผู้ป่วยและครอบครัว	- Doctor's order sheet - สมุดประจำตัวผู้ป่วยการุณรักษ์

Workflow การปฏิบัติงานของเภสัชกร OPD Palliative (ทุกวันอังคารบ่าย)

ผู้รับผิดชอบ	การปฏิบัติงานของเภสัชกร OPD Palliative (ทุกวันอังคารบ่าย) ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
• พนักงานการแพทย์ • พยาบาล PC • เภสัชกร PC	จัดคิวผู้ป่วยที่มาตามนัด/ขอรับคำปรึกษาของคลินิกการุณรักษ์ ↓ ซักประวัติผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาเบื้องต้น ↓ - ซักประวัติและทบทวนการใช้ยา (Medication reconciliation; MR) - ติดตามผลของการได้รับยาจัดการอาการในแง่ ✓ ข้อบ่งใช้ และ dosage adjustment in CKD or liver dysfunction ✓ ประสิทธิภาพของการใช้ยา ✓ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา / ผลกระทบต่อสุขภาพ / สมุนไพร ✓ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย - ค้นหาปัญหา Drug-related problems (DRPs) อื่นๆ - รายงานปัญหาที่พบเกี่ยวกับการใช้ยาให้ทีมแพทย์และพยาบาลทราบ ↓ ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโดยละเอียดและสั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย ↓ ในกรณีที่ตรวจพบปัญหาของผู้ป่วย และ/หรือ มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและ/หรือ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ให้ร่วมกันปรึกษาเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ↓ - ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาของแพทย์อีกครั้ง (Double check order) - ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่ต้องแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเมื่ออยู่ที่บ้าน ↓ - ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาของแพทย์อีกครั้ง (Triple check order) - ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและญาติ ↓ ออกบัตรนัดผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ห้องจ่ายยา	• ผู้ป่วย • ผู้ป่วยและครอบครัว • ผู้ป่วยและครอบครัว • ผู้ป่วยและครอบครัว • ผู้ป่วยและครอบครัว • ผู้ป่วยและครอบครัว • ผู้ป่วยและครอบครัว • ผู้ป่วยและครอบครัว	• เวชระเบียนผู้ป่วยนอก • เวชระเบียนผู้ป่วยนอก • สมุดประจำตัว • เวชระเบียนผู้ป่วยนอก • สมุดประจำตัว • เวชระเบียนผู้ป่วยนอก • ใบสั่งยา • เวชระเบียนผู้ป่วยนอก • ใบสั่งยา • เวชระเบียนผู้ป่วยนอก • ใบสั่งยา • สมุดประจำตัว • เวชระเบียนผู้ป่วยนอก • ใบสั่งยา • บัตรนัดแพทย์ • ใบนำทาง/สั่งยา • ใบ ย.ส.5 (ถ้ามี)

10. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

เป้าหมาย: ผู้ป่วยระยะท้ายจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลระดับประคับประคองและทีมสุขภาพ

คำนิยาม: การดูแลต่อเนื่อง คือการประสานงานของทีมสหสาขาที่ให้การดูแลระดับประคับประคอง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลรักษา การประคับประคองด้านจิตสังคมและวิญญาณ รวมถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยตลอดระยะการรักษามากกว่าจะเสียชีวิต

ขั้นตอน:

10.1 ทีมดูแลระดับประคับประคองรับผิดชอบในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อบริณาการการดูแลและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นมาทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดระยะการดูแล ต้องเริ่มวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม และตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย ดังนี้

- ดูแลจัดการอาการไม่สบาย เช่น ปวด หายใจลำบาก และอาการอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยอยู่สบาย ทั้งวิธีการใช้/ไม่ใช้ยา คาดหมายอาการที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านและวางแผนการดูแลอย่างดี รวมทั้งเตรียมยาไปใช้ที่บ้านอย่างเพียงพอ
- สื่อสารกับผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา เพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ สถานที่เสียชีวิต และการพยายงชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์
- ประเมินและมองหาผู้ดูแลหลัก/รอง สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ยา ช่องทางการสื่อสารกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง การใช้อุปกรณ์การแพทย์ และการแนะนำให้มีโอกาสได้พักตามความเหมาะสม
- จัดหา/ให้ยืม อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไปใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เตียง syringe driver เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

10.2 ทีมดูแลระดับประคับประคองสังเคราะห์แผนการดูแล ประสานให้เกิดการดูแลตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ

10.3 ทีมดูแลระดับประคับประคองทบทวนแผนการจำหน่ายและแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ตาม palliative care discharge checklist ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแผนการดูแล และการปฏิบัติตัว

10.4 ทีมดูแลระดับประคับประคองประสานส่งต่อแผนการดูแลให้เครือข่ายทีมสุขภาพชุมชนทุกระดับของสถานบริการ รวมถึงที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวและทีมทุกระดับสามารถสื่อสารกันได้อย่างทั่วถึง ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องสม่ำเสมอ

10.4.1 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

- ส่งต่อ PCU รพ.ขอนแก่นร่วมดูแล

- นัดติดตามที่แผนผู้ป่วยนอกของศูนย์การุณรักษ์ อังคารบ่าย 13.00-16.30 น. โดยประเมินสมรรถนะผู้ป่วย
 - PPS 50-100% นัดทุก 1 เดือนที่ผู้ป่วยนอกศูนย์การุณรักษ์
 - PPS 30-40% นัดทุก 2 สัปดาห์ โดยอาจเป็นการเยี่ยมบ้าน
 - PPS 10-20% นัดทุกสัปดาห์ โดยอาจเป็นการเยี่ยมบ้าน
- ดูแลจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) กรณีประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาการจัดการอาการได้ไม่ดี ครอบครัวมีความขัดแย้งไม่เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้ และเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต เยี่ยมบ้านทุกวันพฤหัสบดีหรือตามความเหมาะสมโดยทีมเยี่ยมบ้านของศูนย์การุณรักษ์

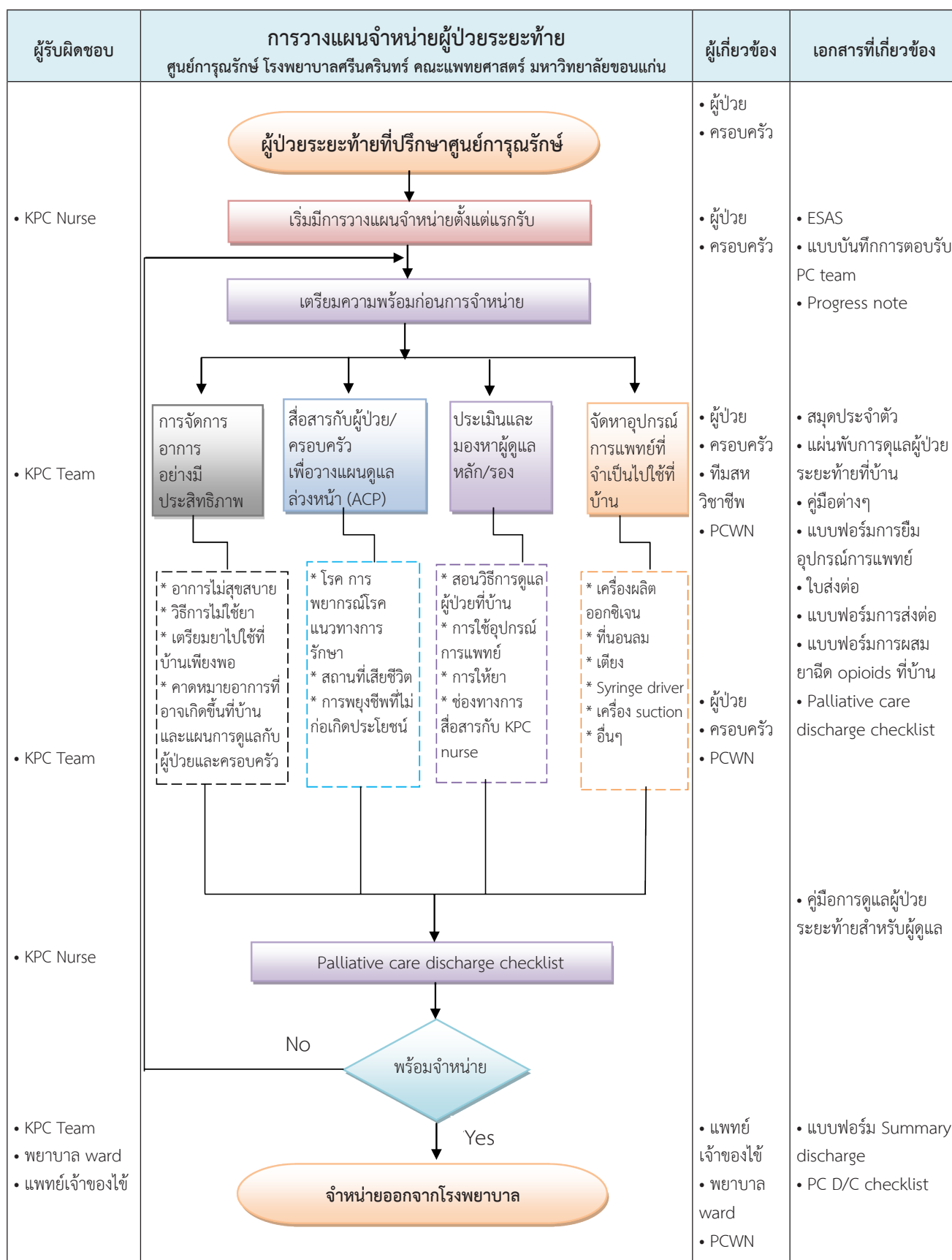
10.4.2 นอกเขตอำเภอเมือง

- ส่งต่อเครือข่ายดูแลระดับประจักษ์โรงพยาบาลใกล้เคียงร่วมดูแล ส่งใบส่งต่อพร้อมประวัติข้อมูลผู้ป่วย เป้าหมายและแผนการดูแล เบอร์โทรศัพท์/Line แจ้งเครือข่าย ให้คำปรึกษาเครือข่ายในการจัดการอาการ
- โทรศัพท์ติดตามอาการสม่ำเสมอโดยพยาบาลเจ้าของไข้
 - PPS 10-20% โทรศัพท์ติดตามทุกวัน
 - PPS 30-40 % โทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์
 - PPS 50-70% โทรศัพท์ติดตามทุกเดือน
 - PPS 80-100% โทรศัพท์ติดตามทุก 2 เดือน
- ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลการุณรักษ์สลับกันอยู่เวร

10.5 ทีมดูแลระดับประจักษ์ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการดูแลเหล่านี้หลังการจำหน่าย

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- สถานดูแลบ้านกึ่งวิถี (Hospice)
- บริการดูแลที่บ้าน
- คลินิกดูแลระดับประจักษ์ผู้ป่วยนอก
- อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน
- บริการเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- หน่วยให้คำปรึกษา
- การเดินทาง การส่งต่อ
- การฟื้นฟูสมรรถนะ
- ยาที่จำเป็นโดยเฉพาะยา opioids

Workflow การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย



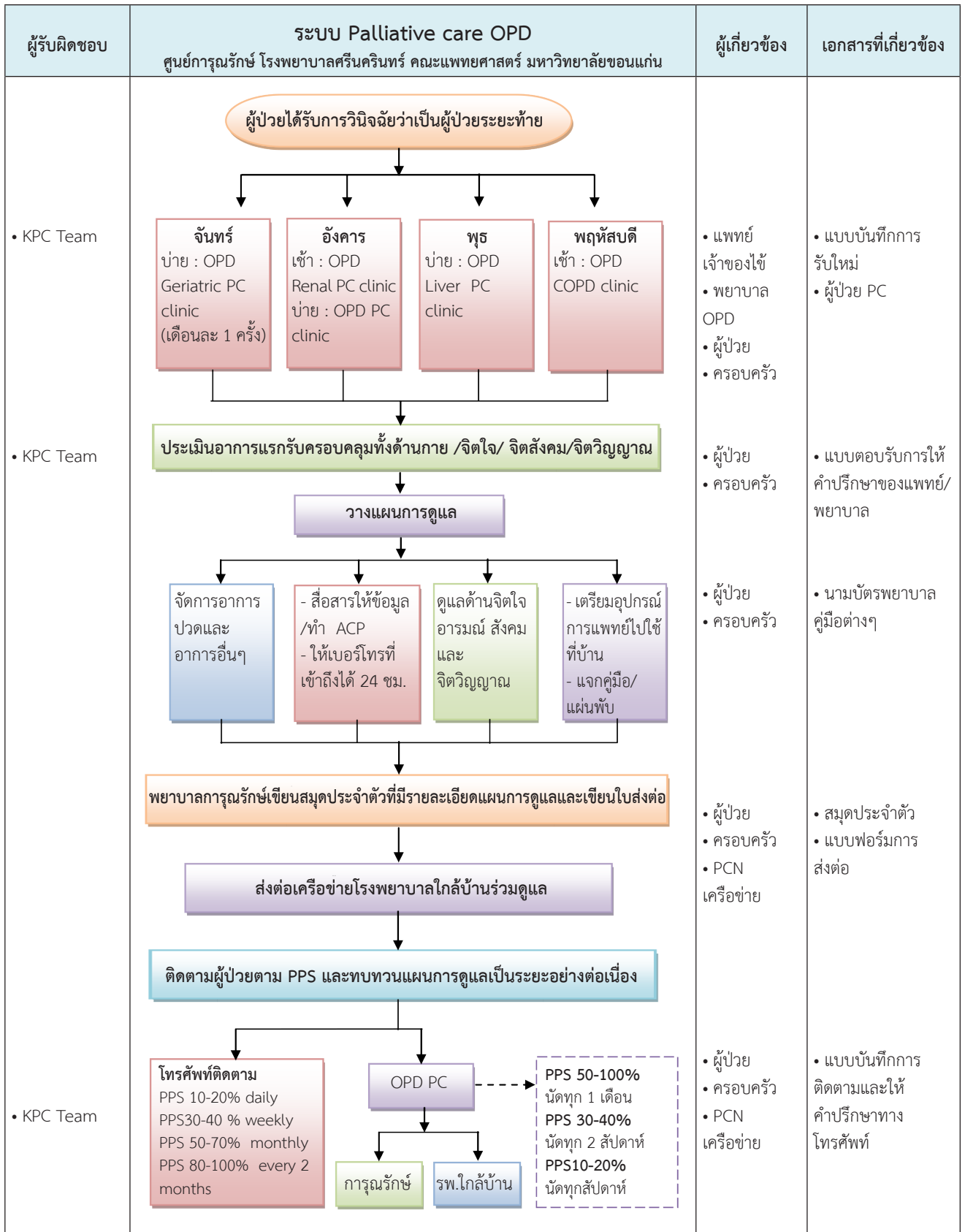
* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
PCWN = Palliative Care Ward Nurse

Workflow การติดตาม ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้รับผิดชอบ	การติดตาม ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- KPC Team - KPC Team - KPC Team - KPC Nurse - KPC SW - KPC Team - KPC Nurse	<pre> graph TD A([ผู้ป่วยระยะท้ายที่พร้อมจำหน่าย]) --> B[ในเขตอำเภอเมือง] A --> C[นอกเขตอำเภอเมือง] B --> D[ส่งต่อ PCU รพ.ขอนแก่น ร่วมดูแล] B --> E[นัด F/U OPD การุณรักษ์ อังคารบ่าย 13.00-16.30 น.] B --> F[โทรติดตามอาการ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชม.] B --> G[ส่งต่อเครือข่าย รพ.ใกล้เคียง ร่วมดูแล] C --> E C --> F C --> G C --> H[F/U OPD PC รพ.ใกล้เคียง] D --> I[1. PCU ขอนแก่น เยี่ยมบ้าน 2. พยาบาลเจ้าของไข้ ศูนย์การุณรักษ์ลงเยี่ยม บ้านเอง] E --> J[ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดย Community nurse การุณรักษ์ ทุกวันพฤหัสบดี] F --> J G --> J H --> J I --> K[ประเมินได้ว่าเข้าสู่ Dying stage] J --> K K --> L[ในเขตเมือง] K --> M[นอกเขตเมือง] L --> N[พยาบาลประเมินลงเยี่ยม บ้านเอง/PCU เมืองขอนแก่น] M --> O[เครือข่าย รพ.ใกล้เคียง ลงเยี่ยมบ้าน] N --> P[เสียชีวิต] O --> P P --> Q([Bereavement care]) </pre>	- ผู้ป่วย - ผู้ดูแล - ทีมสุขภาพอื่นที่ร่วมดูแล - ผู้ป่วย - ครอบครัว - เครือข่าย - ผู้ป่วย - ครอบครัว - PCU - พยาบาล - PC เครือข่าย - ผู้ป่วย - ครอบครัว	- ใบส่งต่อ - Care plan - ใบส่งต่อ - สมุดประจำตัว - สมุดประจำตัว - แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน - สมุดประจำตัว - แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน - ใบรับศพ - ใบรับรองการตาย - คู่มือการรับมือกับการเศร้าโศกสูญเสีย

* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
KPC SW = Karunruk Social Worker

Workflow คลินิกดูแลประคับประคองผู้ป่วยนอก



* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team

PCN = Palliative Care Nurse

แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิตกลับบ้าน

เป้าหมาย

- การจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้านอย่างไร้รอยต่อ
- ป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาล
- ส่งเสริมให้สามารถตายดีที่บ้าน



ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การดูแลด้านการแพทย์และการพยาบาล

- ประเมินแบบองค์รวม – ด้านกายได้แก่การควบคุมอาการต่างๆ อย่างเหมาะสม ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีเป้าหมายเกี่ยวกับสถานะโรคและแนวทางการดูแล ควรบันทึกเอกสารอย่างชัดเจนถึงผลการพูดคุยและการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวให้ทีมรับทราบ
- ประเมินความเร่งด่วนของการจำหน่ายหรือประเมินวันที่จำหน่าย
- มีการพูดคุยวางแผนเตรียมการระหว่างทีมหออผู้ป่วยและทีมดูแลระดับประคับประคอง



- ทบทวนสถานะของผู้ป่วยเป็นระยะ
- ค้นหาความเสี่ยงของการจำหน่ายและสื่อสารกับครอบครัวและทีมสุขภาพ



ขั้นตอนที่ 2 การจัดการอาการความต้องการใน 24 ชั่วโมง

ด้านแพทย์

- สื่อสารกับแพทย์ที่จะทำการส่งต่อ ถึงสถานะผู้ป่วยและการใช้ยา
- จัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพและอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบแนวทางการดูแล วิธีจัดการอาการ การใช้ยาต่างๆ
- ประเมินอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ oxygen, nebulizer, syringe driver
- คาดคะแนชนิดและปริมาณยาที่จำเป็นต้องใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านควรมีการวางแผนการบริบาล โดยเฉพาะวิธีการให้ยาในกรณีที่ผู้ป่วยกลืนยาไม่ได้ เตรียมยาที่ใช้จัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งมักให้ทางใต้ผิวหนังให้พอใช้อย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ และส่งเภสัชกรเพื่อการเตรียมยา
- เขียนข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแลให้แก่ทีมสุขภาพโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ
- ส่งต่อ advance care plan/advance directives



ด้านการพยาบาล

- ประสานส่งต่อกับพยาบาลเครือข่าย ให้ข้อมูล: สถานะผู้ป่วย แผนการดูแล ยาและอุปกรณ์ที่ทางเครือข่ายต้องเตรียม
- กรณีมีการให้ยาใต้ผิวหนัง เต็มยาให้เพียงพอก่อนการเดินทางกลับบ้าน
- ส่งต่อข้อมูลการเตรียมยาและผลยาถ้ามีการใช้ยาผิดได้ผิวหนัง
- ให้ข้อมูลวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ แก่ครอบครัว และส่งต่อข้อมูลเหล่านี้กับเครือข่ายที่ส่งต่อ
- ส่งต่อหมายเลขโทรศัพท์/ช่องทางสื่อสาร/ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และช่องทางสื่อสารระหว่างเครือข่าย



เภสัชกร

- ตรวจสอบยาที่จะนำกลับบ้าน
- กรณีใช้ยาทาง syringe driver ช่วยตรวจสอบการเข้ากันได้ของยา
- ให้มั่นใจว่ามียาพอใช้ไม่ต่ำกว่า 7 วัน

ขั้นตอนที่ 3 – เอกสาร

ด้านการแพทย์

- ใบ refer ที่มีรายละเอียดเพียงพอ
- สมุดประจำตัวผู้ป่วย
- แผนการดูแล advance care plan/directives



ด้านการพยาบาล

- ตรวจสอบ discharge checklist และใบส่งต่อเครือข่าย
- กรอกข้อมูลผู้ป่วยในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วย/เก็บไว้
- กรณีมีการให้ยาใต้ผิวหนังให้กรอกรายละเอียดในใบให้ยาใต้ผิวหนังและส่งต่อเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 4 – หลังการส่งต่อ

ด้านการแพทย์และการพยาบาล

- ติดตามสอบถามผู้ป่วยและครอบครัว/เครือข่ายส่งต่อ
- ให้ข้อเสนอแนะแก่เครือข่าย เรื่องการจัดการอาการ การจัดหา



เภสัชกร

- ประสานเภสัชกรชุมชนเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้
- กรณีโรงพยาบาลไม่มียา ติดต่อเภสัชกรในโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อยืมยา

ตารางที่ 10-1 Palliative Care Discharge Checklist

Checklist	Yes	No	Comment
ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อ			
ประสานการเยี่ยมบ้าน			
ประสานรถส่งต่อ			
การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน			
ผู้ป่วยได้รับเอกสารข้อมูลการดูแลที่บ้าน			
จัดเตรียมยาและเบกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน			
ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการบริหารยาต่างๆ ที่ต้องใช้ที่บ้าน			
มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว			
อธิบายช่องทางติดต่อทีมสุขภาพ ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ			
ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาวะโรค พยากรณ์โรค และแผนการดูแล			
สมุดประจำตัวผู้ป่วย; advance directives (ถ้าทำไว้แล้ว)			

ตารางที่ 10-2 ยาที่ใช้ในการจัดการอาการที่บ้านสำหรับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

Symptoms	Drugs	Dosages
Pain	Morphine 10mg/ml	2 mg SC if required up to 6 times in 24 h.
Anxiety/Agitation	Midazolam 5mg/ml	2 mg SC if required up to 6 times in 24 h.
Respiratory secretions	Buscopan 20mg/ml	20 mg SC if required up to 6 times in 24 h.
	Atropine 0.4mg/ml	0.4 mg SC q 4 h.
	1%Atropine eye drop	4 drops SL q 4 h.
NV/ Terminal Restlessness	Haloperidol 5 mg/ml	2.5 mg SC pm.

11. การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต (Care of the Imminently Dying)

เป้าหมาย: เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพให้ผู้ป่วยสบายในระยะใกล้เสียชีวิต ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่วางแผนไว้ล่วงหน้า

ผู้รับผิดชอบ: ทีมสุขภาพทุกคน

คำจำกัดความ: ระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently dying) คือระยะความเจ็บป่วยในช่วงสุดท้าย ซึ่งคาดว่าจะเสียชีวิตภายในเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในระยะใกล้เสียชีวิตได้แก่ ง่วงซึม เพื่อสับสน หายใจมีเสียงครืดคราด ในระยะนี้มักมีการยุติการให้สารน้ำและอาหาร และไม่มีแผนในการใช้เครื่องพยุงชีพอีกต่อไป

การเลือกสถานที่ในการเสียชีวิตขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้กำหนดซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลหรือที่บ้าน

แนวทางการดูแล

- ควรมีการระบุในประวัติว่า “ขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต (imminent) หรือกำลังจะเสียชีวิต (actively dying)”
- สื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต
- เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้รับรู้ว่าจะมีอาการอะไรเกิดขึ้นบ้างในขณะเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต
- จัดการอาการไม่สบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการอาการต่างๆ
- จัดการอาการไม่สบายตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ผู้ป่วยประสงค์ให้จัดการอาการปวดให้ไม่ปวดเลย แม้ว่าจะต้องแลกกับการหลับและไม่สามารถพูดคุยกับครอบครัว หรือ กลับกันคือ จัดการอาการปวดให้ปวดในระดับทนได้และมีสติพอจะยังคงสื่อสารกับครอบครัวได้
- จัดการให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านเพื่อเสียชีวิต หากเป็นความต้องการของผู้ป่วย
- ตระหนักและเคารพในความเป็นส่วนตัว ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล
- ให้การดูแลหรือตอบสนองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทุกวัยในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้ปฏิบัติต่อร่างอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีของผู้ป่วย และครอบครัว
- การสื่อสารเกี่ยวกับพิธีศพ การบริจาคอวัยวะ/ร่างกาย ต้องทำอย่างระมัดระวังและเหมาะสม
- ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลในการดูแลเรื่องความเศร้าโศกเสียใจกับครอบครัวผู้ป่วย

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาล

ขั้นตอน

1. มีแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวินิจฉัยว่า “ผู้ป่วยขณะนี้อยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต (imminent) หรือกำลังจะเสียชีวิต (actively dying)”
3. ให้การดูแลตาม Integrated Care Pathway (ICP) for dying patient (หน้า 11-10)
 - 3.1 ประเมินและวางแผนการดูแล:
 - ดูแลจัดการอาการไม่สบายต่างๆ ที่มักพบได้บ่อย (pain, dyspnea, nausea/vomiting, agitation, death rattle)
 - ประเมินการรับรู้โรคและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความตายที่กำลังจะมาถึง
 - ประเมินปัญหาด้าน จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ
 - 3.2 เริ่มให้การดูแล:
 - พิจารณายาที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ยาวิตามิน ยาลดไขมันในหลอดเลือด ยาเบาหวาน ยาลดความดัน เป็นต้น
 - ยุติการรักษาหรือการพยาบาลที่ไม่จำเป็น เช่น ยาปฏิชีวนะ สารน้ำ อาหารทางสายยาง การบันทึกสัญญาณชีพบ่อยๆ การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ไม่จำเป็นอีกต่อไป
 - 3.3 การสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้างต่อจากนี้ อธิบายแผนการดูแลต่างๆ ที่เน้นความสบายไม่ทรมานและไม่คุกคามต่อผู้ป่วย สื่อสารแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต รวมถึงการลงชื่อ DNR
 - 3.4 ปฏิบัติตาม Integrated care pathway of dying patient ในวิธีการดูแล และบันทึกเอกสารตามขั้นตอนกรณีมีการปฏิบัติที่แตกต่างให้ระบุความเห็นที่ปฏิบัติแตกต่างจากแนวปฏิบัติที่กำหนดให้
4. ให้การดูแลและทบทวนแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง
 - 4.1 ประเมินอาการไม่สบายทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลจัดการอาการไม่สบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (ดูแลให้ยาตามข้อแนะนำ) จัดการอาการไม่สบายตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว
 - 4.2 ให้ nursing care ทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งได้แก่ mouth care, eye care, ear care, skin care, bowel and bladder care
 - 4.3 พลิกตัวตามความเหมาะสมทุก 8-12 ชั่วโมงพิจารณาความจำเป็นในการใช้ที่นอนลม
 - 4.4 ให้ nursing care ทุก 12 ชั่วโมง ซึ่งได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน
 - 4.5 สนับสนุนกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ
 - 4.6 อำนวยความสะดวก ดูแลและสนับสนุนครอบครัว ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการอาการต่างๆ

5. ตระหนักและเคารพในความเป็นส่วนตัว ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
6. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล
7. ให้การดูแลหรือตอบสนองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทุกวัยในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย
8. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว การอาบน้ำ/รับ-ส่ง และเคลื่อนย้ายศพ ให้ปฏิบัติต่อร่างอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว
9. จัดเตรียมเอกสาร: ใบรับศพ ใบรับรองการตาย
10. การสื่อสารเกี่ยวกับพิธีศพ หรือการบริจาคอวัยวะและหรือร่างกาย ต้องทำอย่างระมัดระวังและเหมาะสม
11. ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลในการดูแลเรื่องความเศร้าโศกเสียใจกับครอบครัวผู้ป่วย แจกคู่มือการรับมือกับการเศร้าโศกสูญเสีย

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

ขั้นตอน

1. มีแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้าน
2. ทีมการุณรักษ์ ครอบครัวและเครือข่ายประเมินร่วมกันและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต
3. ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ยืนยันขอเสียชีวิตที่บ้าน
4. สถานที่อยู่ของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต
 - บ้านอยู่ในเขตเมืองขอนแก่น ประสาน PCU ขอนแก่น ลงเยี่ยมบ้านด้วยกันพร้อมเตรียมกระเป๋ายาที่บ้าน ซึ่งมี PC drug box, syringe driver และอุปกรณ์การแพทย์อื่นๆ ตามความเหมาะสม
 - บ้านอยู่นอกเขตเมืองขอนแก่น ประสานเครือข่าย PC ใกล้บ้านลงเยี่ยมบ้าน กรณีเครือข่ายไม่มี syringe driver /ยา opioid ประสานให้มารับที่การุณรักษ์
5. ให้การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิตครอบคลุมด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่
 - สื่อสารครอบครัว – แจ้งว่าผู้ป่วยใกล้หรือกำลังจะเสียชีวิต อาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้น วิธีการที่ทีมจะช่วยในการดูแล ความเข้าใจผิดในการให้สารน้ำ และอาหารทางสายยาง
 - ยุติยาที่ไม่จำเป็น - เปลี่ยนวิถีในการให้ยา: Rectal, อมใต้ลิ้น หรือฉีดทางใต้ผิวหนัง ตามความเหมาะสม
 - โทรศัพท์ติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกวัน
 - สอน/แนะนำผู้ดูแล ถึงวิธีการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ได้แก่ อาบน้ำเช็ดตัววันละ 1-2 ครั้ง การพลิกตัวตามความเหมาะสมทุก 8-12 ชั่วโมง Mouth care/ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน ทุก 2 ชั่วโมง
 - ดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม วิญญาณ ความเชื่อ : เสนอพิธีสังฆทาน ขอมมา แนะนำสลับกันเฝ้าตอนตลอดคืน
6. ดูแลต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต สามารถขอรับคำปรึกษา/เข้าถึงทีมให้การดูแลประคับประคองตลอด 24 ชั่วโมง
7. ติดตามดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Bereavement care)

Terminal Care Plan for Inpatient Checklist

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....หอผู้ป่วย.....

กิจกรรม	✓	หมายเหตุ
1. ทีมสุขภาพได้พูดคุยร่วมกันกับผู้ป่วย/ครอบครัวถึงพยากรณ์โรคและระยะเวลาสุดท้ายที่จะมาถึง		
2. แพทย์เจ้าของไข้ได้ตระหนักถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในเวลานี้		
3. ประเมินการรับรู้ ดังนี้ :		
3.1 ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการพยากรณ์โรค		
3.2 ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงระยะเวลาสุดท้ายที่ใกล้จะมาถึงแล้ว		
4. การทบทวนการวางแผนการรักษา		
4.1 หยุดกิจกรรมการดูแลที่ไม่จำเป็น เช่น การวัดสัญญาณชีพ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
4.2 หยุดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น		
5. การทบทวนการวางแผนการพยาบาล		
5.1 ดูแลความสุขสบาย พลิกตะแคงตัวทุก 8-12 ชั่วโมง		
5.2 ทำแผล		
5.3 Mouth care ทุก 2 ชั่วโมง		
5.4 ดูแลความสะอาดส่วนบุคคลตามความเหมาะสม		
6. ความสามารถในการกลืน		
6.1 อาหารธรรมดา		
6.2 อาหารเหลว		
6.3 ยา		
7. การทบทวนแผนการดูแล End of Life Care Plan		
7.1 ร่วมกับผู้ป่วย		
7.2 ร่วมกับครอบครัว		
7.3 ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจกับแผนการดูแลในระยะสุดท้าย		
7.4 มีการพูดคุยถึงการจัดการอาการต่างๆ ด้วยการช่วยให้สงบในช่วงท้าย		
8. การจัดการอาการต่างๆและการจัดการความปวด		
8.1 ความปวด		
8.2 คลื่นไส้/อาเจียน		
8.3 การจัดการเสมหะ		
8.4 การหายใจลำบาก		
8.5 วิดกกังวล		
8.6 อาการเพ้อ กระสับกระส่าย		
8.7 อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ		
9. มีจิตอาสาเข้ามาให้การช่วยเหลือ		

Terminal Care Plan for Inpatient Checklist (ต่อ)

กิจกรรม	✓	หมายเหตุ
10. ได้ให้คำแนะนำชี้แจงครอบครัวเกี่ยวกับ		
10.1 การเฝ้าผู้ป่วยตลอดคืน		
10.2 การดูแลตนเองของครอบครัว		
10.3 ครอบครัวได้รับการอธิบายถึงอาการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะใกล้เสียชีวิต มีการพูดคุยระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวถึงรายละเอียดของการดำเนินโรค		
11. การดูแลในมิติจิตวิญญาณ		
11.1 พระ นักบวชที่ผู้ป่วยให้ความเคารพนับถือชื่อ.....โทรศัพท์.....		
11.2 ต้องการการอำนวยความสะดวกในการพบพระ นักบวช		
11.3 ต้องการให้มีพิธีกรรมทางศาสนาในขณะใกล้เสียชีวิต		
11. เมื่อเสียชีวิตแล้ว		
12.1 ต้องการทำพิธีกรรมทางศาสนา		
12.2 ต้องการติดต่อรถส่งศพไปบ้าน		
12. การออกเอกสารรับรอง		
13.1 เอกสารรับรองการเสียชีวิต		
13.2 อื่นๆ		

(.....)

ผู้ประเมิน

วันที่.....

Terminal Care Plan Home Visit Checklist

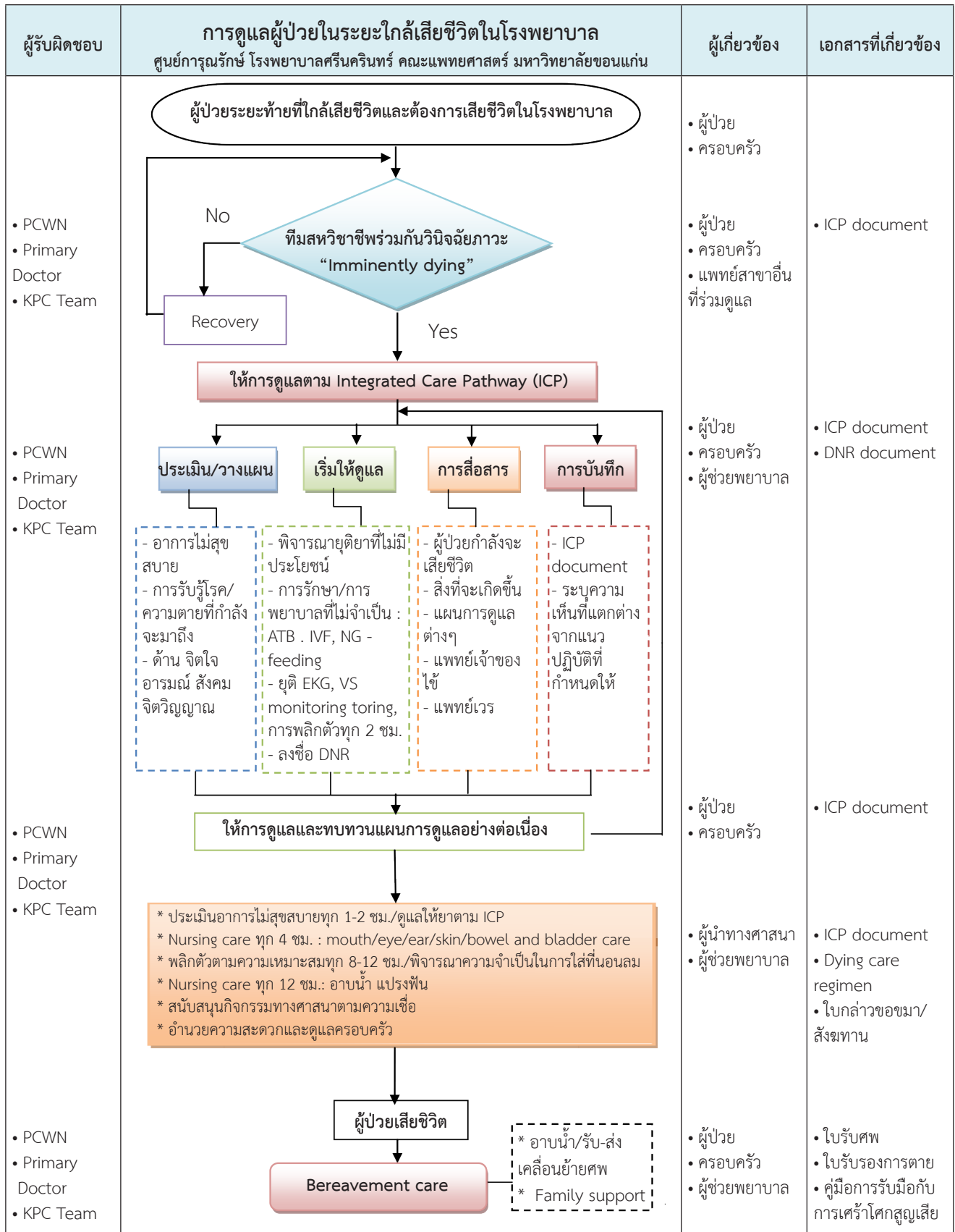
ชื่อผู้ป่วย _____	HN _____	วันที่ _____
-------------------	----------	--------------

กรุณาใส่เครื่องหมายหน้าหัวข้อดังต่อไปนี้เพื่อบ่งชี้ว่าท่านได้ทำการตรวจสอบ/ทบทวนการดูแลในระหว่างเยี่ยมบ้าน

BASIC ASSESSMENT NEEDS _____ ทบทวน Advance Directive และ DNR _____ ทบทวนสถานที่ดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต _____ ทบทวนระบบติดตาม เบอร์โทรศัพท์ติดต่อภาวะฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง เบอร์รถฉุกเฉิน _____ ทบทวนแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การจัดการศพ งานศพ _____ ประเมินการเยี่ยมบ้านของทีมอื่นๆ เช่น รพสต. ผู้นำใน การประกอบพิธีศาสนา _____ ทบทวนกับครอบครัวถึงอาการอาการแสดงของผู้ป่วยที่ ใกล้เสียชีวิตและวิธีการดูแล _____ พิจารณาความถี่ห่างของการติดตามเยี่ยม MEDICATIONS _____ ยาที่จำเป็นต้องใช้ในช่วงใกล้เสียชีวิต: ยาระงับปวดและ อาการต่างๆ paracetamol suppository ยาลดเสมหะ ให้มั่นใจว่ามีปริมาณยาพอเพียง _____ ทบทวนกับครอบครัววิธีการบริหารยา ยาเหน็บทาง ทวารหนัก ยาอมใต้ลิ้น ยาใต้ผิวหนัง EQUIPMENT NEEDS _____ ความจำเป็นของการยืมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เตียง รถเข็น ที่นอนลม ที่ถ่ายปัสสาวะฉุกเฉิน เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver _____ แนะนำวิธีใช้อุปกรณ์ต่างๆ อย่างปลอดภัย _____ แนะนำวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ การบำรุงรักษา PSYCHOSOCIAL NEEDS _____ ประเมินการเผชิญสถานการณ์ของครอบครัว _____ สอบถามภาระกิจที่ยังค้างคาใจหรือยัง ไม่ได้จัดการของ ผู้ป่วยและครอบครัว _____ ประเมินกิจกรรมที่ต้องการทำตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมในช่วงกำลัง/หลังเสียชีวิต _____ ประเมินความเสี่ยงจากความสูญเสีย	PAIN MANAGEMENT _____ ทบทวนโรค ทบทวนอาการต่างๆที่มี _____ ทบทวนวิธีประเมินความปวด _____ สอนวิธีการให้ยาเพื่อใช้ยาจัดการอาการปวด ความถี่ การให้ยา การปรับขนาดยาเพื่อให้ผู้ป่วยสบาย _____ ตรวจสอบว่ามียาระงับปวดให้ใช้ได้เพียงพอ CONSTIPATION _____ ทบทวนยาระบายที่ใช้ _____ เช็คว่ามี fecal impaction หรือไม่ ถ้ามีข้อบ่งชี้ _____ สั่งยาเหน็บและสวนอุจจาระตามความเหมาะสม URINARY _____ เช็คว่าผู้ป่วยปัสสาวะครั้งสุดท้ายเมื่อใด มีปัสสาวะคั่งหรือ ขับถ่ายลำบากหรือไม่ _____ คาดการณ์ว่าอาจต้องมีการสวน foley catheter หรือไม่ SKIN INTEGRITY _____ แนะนำการจัดท่า การพลิกตัว การดูแลผิวหนัง _____ การทำความสะอาดช่องปาก ANXIETY/PRE-TERMINAL AGITATION _____ ประเมินการรับรู้ตัว ภาวะสับสน _____ ประเมินความต้องการการประคับประคองของผู้ดูแลและครอบครัว _____ ทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ และที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อจัดการ อาการ เช่น lorazepam, haloperidol, midazolam _____ แนะนำวิธีจัดสิ่งแวดล้อม SPIRITUAL NEEDS _____ ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ EDUCATIONAL NEEDS/MATERIALS _____ ให้เอกสาร แนะนำการดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต
อื่นๆ/หมายเหตุ	

ทีมสุขภาพที่ดูแล	วันที่	ทีมสุขภาพที่ดูแล	วันที่

Workflow การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาล



* PCWN = Palliative Care Ward Nurse
 KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
 ICP = Integrated Care Pathway

Workflow การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

ผู้รับผิดชอบ	การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้าน ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- KPC Doctor - KPC Team - KPC team - PCN - เครือข่าย - เภสัชกร		- ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - พระ ผู้นำทางศาสนา - อสม. จนท. รพ.สต. - ครอบครัว	- แบบบันทึกการติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ - แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต - สมุดประจำตัว ระบุแผนการดูแลล่วงหน้า - แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน - แบบบันทึกการให้ยาฉีดได้ผิวหนังที่บ้าน - ใบยินยอมอุปกรณ์การแพทย์ การุณรักษ์ - แบบบันทึกการติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ - ใบรับรองแพทย์ - คู่มือการรับมือกับการเศร้าโศกสูญเสีย

* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
PCN = Palliative Care Nurse

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล (Integrated Care Pathway for Dying Patient)

เครื่องมือสำหรับดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในระยะใกล้เสียชีวิต เป็นการดูแลและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามกระบวนการเสียชีวิตตามธรรมชาติ

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดี ประกอบด้วย

- 1) การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) การสนองตอบความต้องการทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 4) การควบคุมอาการในระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด กระวนกระวาย/สับสน และเสมหะในทางเดินหายใจ และ
- 5) การดูแลภายหลังเสียชีวิต

ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติมาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 1) การจำแนกผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะ dying โดยความเห็นชอบร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 2) การประเมินและให้การดูแล
- 3) การดูแลและทบทวนแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 4) การดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อแนะนำในการใช้แนวปฏิบัติ

1) แนวปฏิบัติได้กำหนดการดูแลเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การประเมินอาการเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ไปจนถึงการดูแลหลังเสียชีวิต ถ้ามีขั้นตอนการปฏิบัติใดที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากนี้ ให้ลงบันทึกและอ้างอิงแหล่งที่มาขององค์ความรู้นั้นๆ ได้ตามความเหมาะสม

2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลมีอิสระในการตัดสินใจในการให้การดูแล ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่แตกต่างจากแนวปฏิบัตินี้ กรุณาลงบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นไว้โดยละเอียด

3) ถ้ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของแนวปฏิบัตินี้ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์การุณรักษ์คุณ.....เบอร์โทรในเวลาราชการ.....นอกเวลาราชการ 084-4099935

ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

- ☐ นอนติดเตียง ☐ ปฏิเสธการรับประทานอาหาร/จิบน้ำอย่างเดียว
- ☐ ซึมหลับมากกว่าตื่น (semi- comatose) ☐ ไม่สามารถกลืนยาได้

*ทีมสหสาขาวิชาชีพลงความเห็นร่วมกันว่าผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

ชื่อ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หน่วยงาน	วันที่เริ่มดูแล
1.				
2.				
3.				

ชื่อ.....สกุล.....
HN.....วันที่.....

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเบื้องต้นและการดูแล

ส่วนที่ 1 การประเมินเบื้องต้น	
การวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัยโรค..... Date of admission.....วันที่ปรึกษาการแพทย์.....
ประเมิน Physical problems	ไม่สามารถกลืนได้ Yes ☐ No ☐ มีสติ/รับรู้ Yes ☐ No ☐ สับสน Yes ☐ No ☐ มีสายสวนต่างๆ Yes ☐ No ☐ กระวนกระวาย Yes ☐ No ☐ หลับพักผ่อนไม่ได้ Yes ☐ No ☐ ปวด Yes ☐ No ☐ หายใจลำบาก Yes ☐ No ☐ คลื่นไส้ Yes ☐ No ☐ อาเจียน Yes ☐ No ☐ ท้องผูก Yes ☐ No ☐ มีเสียงเสมหะครืดคราด Yes ☐ No ☐ ไม่สุขสบาย/ทรมาณ Yes ☐ No ☐ พบอาการอื่นๆ (เช่น บวม/คัน) ระบุ.....

ชื่อ.....สกุล.....
HN.....วันที่.....

ส่วนที่ 2 การประเมินและให้การดูแลต่อเนื่อง	
	เป้าหมาย 6: ได้อธิบายให้เกี่ยวกับแผนการดูแลต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ก) ผู้ป่วย Yes ☐ No ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ สมองเสื่อม ☐ ข) ครอบครัว/คนอื่นๆ Yes ☐ No ☐ - ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารโดยการพูดหรือสัมผัส อย่างต่อเนื่อง Yes ☐ No ☐ - เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการดูแลที่เกิดขึ้น Yes ☐ No ☐ ระบุความคิดเห็นที่เกิดขึ้นของแต่ละคนพร้อมกับบันทึกไว้..... เป้าหมาย 7: ครอบครัว/บุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้รับการเตรียมตัวสำหรับความตายที่กำลังจะมาถึง โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยตายดีและยอมรับ/เผชิญกับความตายได้อย่างเหมาะสม - ตรวจสอบ/ระบุ รายชื่อ ผู้ที่รับทราบข้อมูล เข้าร่วม family meeting Yes ☐ No ☐ - ตรวจสอบ/ระบุ รายชื่อ ผู้ที่ไม่เข้าร่วม family meeting Yes ☐ No ☐ - ได้ให้ความมั่นใจว่า ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน และดูแลความสุขสบายต่างๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ให้ปวดและทุกข์ทรมาน Yes ☐ No ☐ เป้าหมาย 8: อำนวยความสะดวกต่างๆให้กับครอบครัวเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามต้องการ - ช่วยเหลือครอบครัวในการร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ให้ความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนยินดีอำนวยความสะดวกให้ได้ตลอดเวลา Yes ☐ No ☐
การสนับสนุน/ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณและศาสนา	เป้าหมาย 9: ประเมินความต้องการทางด้านศาสนาและจิตวิญญาณ ก) ผู้ป่วย Yes ☐ No ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ สมองเสื่อม ☐ ข) ครอบครัว/คนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง Yes ☐ No ☐ เป้าหมาย 10: สนับสนุนให้มีกิจกรรมทางศาสนา/จิตวิญญาณ ตามความเหมาะสม - ได้จัดการสิ่งที่ค้างคาใจ/การขอขมา Yes ☐ No ☐ - ได้เสนอผู้นำทางศาสนา/จิตวิญญาณมาร่วมดูแลตามความเชื่อ Yes ☐ No ☐ (เบอร์โทรหอสงฆ์อาพาธ รพ.ศรีนครินทร์ 66321-2, 66330-2) - ต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา Yes ☐ No ☐ ระบุความต้องการ เช่น สังฆทานหรือพิธีกรรมอื่นๆ ระบุ..... บันทึกรายละเอียด ☐ ต้องการทันที, ☐ หลังเสียชีวิต, ☐ ต้องการทันที/หลังเสียชีวิต พิจารณาการปฏิบัติต่างๆ ตามความเชื่อ/วัฒนธรรม ของผู้ป่วยแต่ละคน Yes ☐ No ☐ ระบุ.....
การสื่อสารกับทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา	เป้าหมาย 11: แพทย์เวรรับรู้เรื่องโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้และศูนย์การดูแลรักษา Yes ☐ No ☐ สื่อสารข้อมูล/บันทึกลงใน progress note ถ้ามีปัญหาติดต่อการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา ชื่อพยาบาล..... : Tel..... 084-409935 ชื่อแพทย์ อ. อรรถกร/อ.ศรีเวียง : Tel. 088-5609932, 081-7087909
ถ้าตอบ “NO” กรุณาระบุบันทึก วิเคราะห์ สิ่งที่เกิดขึ้นลงในใบ “แบบบันทึก วิเคราะห์ความคิดเห็น/การปฏิบัติที่แตกต่าง” แนบท้ายโครงการ ลงชื่อ..... วันที่.....	

ชื่อ.....สกุล.....
HN.....วันที่.....

ส่วนที่ 2 ประเมินปัญหา ความไม่สุขสบายต่างๆ		ประเมินแล้ว ตอบ Y (yes), N (no)											
ประเมินทุก 2 ชั่วโมง ระบุเวลา		10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08
Pain	เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด												
	ผู้ป่วยบอกว่าไม่ปวด/อยู่ในระดับที่พอใจ												
	ไม่มีอาการปวดเวลาขยับตัว/เคลื่อนไหว												
	มีท่าทางสงบ ไม่มีหน้านิ่ว คิ้วขมวด												
	ปรับเปลี่ยนท่าเท่าที่จำเป็น ตามเหมาะสม												
Agitation	เป้าหมาย: ไม่มีกระวนกระวาย/สับสน												
	ไม่มีอาการ เพ้อ/สับสน กระวนกระวาย (แขนขา												
	ปิดป้ายไปมา เกร็ง ชัก/กระตุก)												
	ไม่มีปัญหาปัสสาวะคั่งค้าง (ตรวจไม่พบ bladder full)												
Respiratory tract secretion	เป้าหมาย: ไม่มีเสียงดังครืดคราด												
	ได้รับยา เพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น เช่น												
	atropine, buscopan												
	จัดทำ เช่น นอนตะแคง เพื่อลดการหายใจเสียงดัง												
	สื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจกับอาการที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น												
N/V	เป้าหมาย: ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน												
	ไม่มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน												
Dyspnea	เป้าหมาย: ไม่แสดงอาการหรือความทุกข์ทรมาน จากอาการหายใจลำบาก												
	ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการหายใจลำบาก												
	จัดทำให้สุขสบายตามความเหมาะสม												
อาการอื่น	ระบุ.....												
													
													
Nursing intervention		10.00	14.00	18.00	22.00	02.00	06.00						
ประเมินและให้การดูแลทุก 4 ชั่วโมง	ประเมินช่องปาก/mouth care/ทาวาสลิ้น												
	Eye care ใช้สำลีชุบน้ำทำความสะอาด												
	Empowerment ให้ครอบครัวร่วมดูแล												
	ประเมินการมีปัสสาวะคั่งค้าง												
	ประเมินอาการอ่อนล้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้												
	พิจารณาใส่แผ่นรองหรือคาสายสวน												
	ตรวจสอบยาจาก syringe pump/syringe driver ถูกต้อง/ครบถ้วน/ปลอดภัย												
	ประเมินความแข็งแรงของผิวหนัง/พลิกตัวตามความเหมาะสม												
	Nursing intervention		06.00				18.00						
ประเมินและดูแลทุก 12 ชั่วโมง	ความต้องการ/จำเป็นที่ต้องใช้ที่นอนลม												
	แปรงฟัน												
	อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย												

การใช้ยาในการจัดการอาการไม่สบายต่างๆ ในระยะใกล้เสียชีวิต

1. Pain

- กรณีไม่เคยได้ยา opioids มาก่อน
 - Morphine 5 mg SC/IV PRN q2h. กรณีขอ PRN $\geq$ 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณาให้ continue drip
 - กรณีได้ยาใช้ Fentanyl 25 mcg SC/IV q2h. กรณีขอ PRN $\geq$ 2-3 ครั้ง/วันให้ continue drip ผู้สูงอายุและเด็กต่ำกว่า 6 เดือนให้ลดขนาดลงครึ่งหนึ่ง
- กรณีได้ยา opioids อยู่แล้ว ถ้าไม่ปวด ปรับยาที่รับประทานอยู่เป็น SC/IV (หารด้วย 3) ให้ยา PRN ตามอาการ (ขนาด PRN เท่ากับขนาดที่ให้ทุก 4 ชั่วโมง) titration ยาตามการโดยปรับตาม PRN ที่ทำได้

2. Dyspnea

- กรณีไม่เคยได้ยา opioids มาก่อน
 - Morphine 2.5 mg SC/IV PRN q2h. กรณีขอ PRN $\geq$ 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณาให้ continue drip
- กรณีได้ยา opioids อยู่แล้วให้ยาในขนาดที่ได้รับในขณะนั้นต่อ และปรับขนาด opioid เพิ่มอีก 30-50% ให้ PRN เสริมตามอาการ

3. Terminal restlessness/agitation

- Midazolam 2.5-5 mg SC/IV PRN q2h. กรณีขอ PRN $\geq$ 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณาให้ continue drip

4. Nausea and vomiting

- Haloperidol 0.5-5 mg SC/IV PRN q6-12h. กรณีขอ PRN $\geq$ 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณาให้ continue drip

5. Respiratory tract secretions

- Atropine 0.4-0.6 mg SC/IV PRN q4h.
- Buscopan 20 mg SC/IV PRN q6h. กรณีขอ PRN $\geq$ 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณาให้ continue drip

มีปัญหาในการจัดการอาการผู้ป่วยและการปรับขนาดยา กรุณาติดต่อศูนย์การดูแล

ในเวลาราชการติดต่อคุณ.....Tel.....นอกเวลาราชการ Tel 084-4099935

ส่วนที่ 3 ยืนยันการเสียชีวิต

เสียชีวิตวันที่ เวลา

ลักษณะการเสียชีวิต สงบ Yes ☐ No ☐ ถ้า “No” ระบุ.....

ส่วนที่ 4		
การดูแลภายหลังเสียชีวิต	ติดต่อประสานแพทย์ เพื่อลงความเห็นการเสียชีวิต และเวลาเสียชีวิต	Yes ☐ No ☐
	นำผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหลังจากเสียชีวิต 2 ชั่วโมง	Yes ☐ No ☐
	สื่อสารครอบครัวเรื่องวิธีการเก็บศพ/ฌดาศพภายหลังเสียชีวิต	Yes ☐ No ☐
	ลงบันทึกเอกสารที่สำคัญ ใบรับศพ ใบรับรองการตาย	Yes ☐ No ☐
	ให้คำแนะนำครอบครัวการออกใบรับรองแพทย์ ใบประกันชีวิต	Yes ☐ No ☐
	ให้คำแนะนำครอบครัวเรื่องการเคลื่อนย้ายศพกลับบ้านหรือไปวัด	Yes ☐ No ☐
	ให้คำแนะนำกรณีผู้ป่วยบริจาคร่างกาย	Yes ☐ No ☐
	ให้แผนพบเกี่ยวกับการดูแลหลังชีวิต (bereavement)	Yes ☐ No ☐

12. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management in Palliative Care)

เป้าหมาย: ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและไม่สบายต่างๆ จากภาวะฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและรีบด่วนภายใต้เป้าหมายการดูแลและความต้องการของผู้ป่วย ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลระดับประคับประคองและทีมสุขภาพ

คำนิยาม: ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะท้ายคือ ปัญหาเกิดขึ้นเฉียบพลันและคุกคามต่อชีวิตหรือคุณภาพชีวิตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วน ได้แก่ severe pain, spinal cord compression, superior vena cava obstruction, dyspnea, airway obstruction, hypercalcemia, acute confusion, delirium, acute hemorrhage

ขั้นตอน:

12.1 ผู้ป่วยระยะท้ายรายเก่าของการดูแลที่มีภาวะฉุกเฉิน

12.1.1 กรณี อยู่ในโรงพยาบาล

- ในเวลาราชการ แพทย์และพยาบาลทีมประคับประคองเข้าไปประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉินต่างๆ ทันที
- นอกเวลาราชการ ประสานการดูแลช่วยเหลือทางโทรศัพท์ไปที่ทีมแพทย์และพยาบาลที่หอผู้ป่วย

12.1.2 กรณี อยู่ที่บ้าน

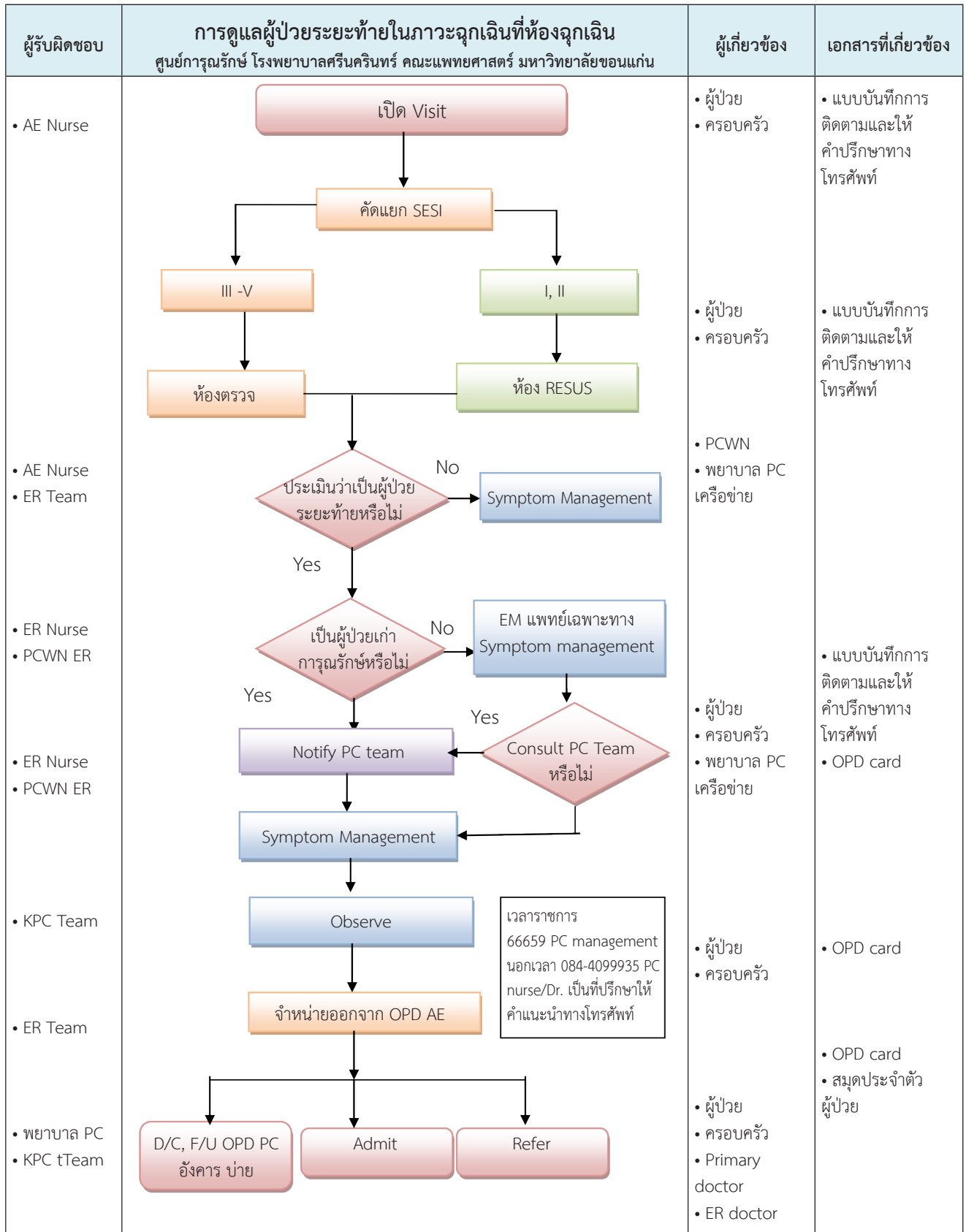
- ในเวลาราชการ ญาติโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือมาที่พยาบาลการดูแล ทีมพิจารณาลงเยี่ยมบ้านหรือแนะนำให้มาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตามความเหมาะสม
- นอกเวลาราชการ สื่อสารทางโทรศัพท์แนะนำให้มาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และประสานการดูแลทางโทรศัพท์ไปที่ทีมแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉิน ซึ่งแพทย์และพยาบาลได้ผ่านการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ด้าน Palliative care emergencies แล้ว

12.2 ผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน

- แพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินประเมินสมรรถนะ พยากรณ์โรค โดยพิจารณาจากประวัติที่ผ่านมาและอาการที่ทำให้มาที่ห้องฉุกเฉินในครั้งนี้
- ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวทราบสถานะโรคอย่างถ่องแท้และวางแผนเป้าหมายการดูแลไว้แล้วหรือไม่ ถ้าไม่ แพทย์พิจารณาบอกข่าวร้าย โดยมีทีมพยาบาลช่วยประคับประคอง

- กรณีมีเป้าหมายการดูแลไว้แล้ว ประเมินแผนการดูแลหรือคำสั่งการดูแลล่วงหน้า ความสามารถในการตัดสินใจ ผู้ดูแล ความต้องการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ อาการทุกข์ทรมานที่นำมาสู่การมาห้องฉุกเฉิน และเป้าหมายการดูแลในครั้งนี้อควรเป็นอย่างไร
- ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเสี่ยงกับการเสียชีวิต ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาต้องทำอย่างรีบด่วนในขณะเดียวกันต้องพิจารณาเป้าหมายการดูแลและการรักษาทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยมีสิทธิ์พิจารณาเลือกการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการและทำให้ทุกข์ทรมาน
- การจัดการอาการหรือการดำเนินการรักษาภาวะฉุกเฉิน ต้องประกอบด้วยความต้องการและการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ พิจารณาว่าการรักษาใดเหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย
- กรณีที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล บันทึกแผนการดูแลและส่งต่อการรักษาไปยังหอผู้ป่วย
- ส่งต่อเข้ารับการบริการแบบประคับประคองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเป้าหมายการดูแลเปลี่ยนจาก curative เป็น palliative พุดคุยเรื่องแนวทางการดูแลและจัดข้อสงสัยหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการดูแลในแนวทางนี้ อธิบายบทบาทของทีมดูแลประคับประคอง เน้นความเชี่ยวชาญของทีมในการจัดการอาการ รวมถึงการบริการที่หลากหลายที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
 - **ในเวลาราชการ** โทรศัพท์ปรึกษาแพทย์และพยาบาลทีมการดูแลเพื่อเข้าไปประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉินต่างๆ ทันที
 - **นอกเวลาราชการ** ประสานการดูแลช่วยเหลือทางโทรศัพท์ไปที่ทีมแพทย์และพยาบาลการดูแล (เวร on call) เพื่อให้คำแนะนำในการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น และพิจารณานัดเข้ารับการดูแลต่อเนื่องที่ OPD การดูแล บ่ายวันอังคาร (13.00-16.30น) ตามความเหมาะสมต่อไป

Workflow การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ห้องฉุกเฉิน



* PCWN = Palliative Care Ward Nurse
 KPC Team = Karunruek Palliative Care Team
 ER = Emergency Room

Workflow การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่บ้าน

ผู้รับผิดชอบ	การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่บ้าน ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- KPC Nurse - พยาบาล PC - KPC Team - แพทย์ PC - KPC Team - PCWN ที่ ER - KPC Team - KPC Team - KPC Team - KPC Team	<pre> graph TD Start([ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีภาวะฉุกเฉินที่บ้าน]) --> Symptoms{Severe pain/ dyspnea/ delirium/ bleeding/spinal cord compression/ SVC obstruction/ Hypercalcemia} Symptoms --> InTime[ในเวลาราชการ 8.30-16.30 น.] Symptoms --> OutTime[นอกเวลาราชการ 16.30-08.30 น.] InTime --> InTimeHelp[ญาติโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ - พยาบาล PC - ศูนย์การุณรักษ์] OutTime --> OutTimeHelp[ญาติโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ - On call nurses ของ การุณรักษ์ ประสานการดูแล Tel] InTimeHelp --> Home[ในเขตเมืองขอนแก่น บ้านผู้ป่วย] InTimeHelp --> ER1[ในเขตเมืองขอนแก่น ER รพ.ศรีนครินทร์] OutTimeHelp --> Home OutTimeHelp --> ER1 OutTimeHelp --> OutER[นอกเขตเมืองขอนแก่น ER รพ.ใกล้เคียง] Home --> ER1 ER1 --> ER1Tel[ทีม PC การุณรักษ์เข้าไปดูแลทันที] OutER --> PCN[ประสาน PCN เครือข่ายช่วยดูแล Tel] ER1Tel --> Assess[ประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น] PCN --> Assess Assess --> Admit{จำเป็นต้อง Admit} Admit -- No --> HomePlan[วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน] Admit -- Yes --> ERAdmit[ประสานแพทย์ ER/Primary doctor เพื่อขอเตียง Admit] </pre>	• ผู้ป่วย • ครอบครัว • ผู้ป่วย • ครอบครัว • PCWN • PCN เครือข่าย • ผู้ป่วย • ครอบครัว • PCN เครือข่าย • ผู้ป่วย • ครอบครัว • Primary Doctor • ER Doctor	• แบบบันทึกการติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ • แบบบันทึกการติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ • แบบบันทึกการติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ • OPD card • ICP document • ใบกล่าวขอขมา/สั่งขทาน • OPD card • สมุดประจำตัวผู้ป่วย

* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team

PCWN = Palliative Care Ward Nurse

PCN = Palliative Care Nurse

แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในภาวะฉุกเฉิน

Palliative Care Guidelines: Emergency in Palliative Care, NHS Lothian, 2013.

ความสำคัญ

- ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาจมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วจากตัวโรคที่เป็น หรือจากปัญหาเฉียบพลันด้านการแพทย์
- วิธีการจัดการจะเป็นเช่นใดขึ้นกับระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ ระดับการจัดการ การประเมินความเสี่ยง ข้อดีข้อเสียผลข้างเคียงของการจัดการและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
- การควบคุมอาการไม่สบายและการรักษาแบบประคับประคองน่าจะเป็นการจัดการที่เหมาะสมที่สุดหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะกำลังจะเสียชีวิต
- พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา และถ้าเป็นไปได้ควรพูดคุยล่วงหน้าและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร การพูดคุยดังกล่าวหากเป็นไปได้ควรมีประเด็นเรื่องความต้องการของผู้ป่วย เรื่องการกู้ชีพ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยวิกฤต
- แนวปฏิบัตินี้ครอบคลุมภาวะฉุกเฉินเหล่านี้
 - ภาวะเลือดออก
 - Hypercalcemia
 - อาการชัก
 - Spinal cord compression

ภาวะเลือดออกในการดูแลแบบประคับประคอง

- การมีเลือดออกอย่างฉับพลันเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลอย่างยิ่ง
- ควรต้องพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้าถึงความเป็นไปได้ในการจะเกิดภาวะเลือดออก
- การวางแผนไว้ล่วงหน้าจะเป็นประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะการเตรียมยานอนหลับเพื่อใช้ในกรณีจำเป็น
- ถ้าผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน ให้พูดคุยกับครอบครัวในการให้ยานอนหลับถ้าสมาชิกครอบครัวสามารถที่จะให้ได้
- พูดคุยเรื่องการกู้ชีพ และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งต้องสื่อสารเรื่องดังกล่าวให้เป็นที่รับรู้ในทีมสุขภาพ
- ให้มั่นใจว่าทีมสุขภาพ และทีมที่เกี่ยวข้องทั้งหมดตระหนักถึงแผนการดูแล รวมถึงการบริการนอกเวลา

การจัดการในภาวะเลือดออกเฉียบพลันอย่างรุนแรง

Non-drug

- ขอความช่วยเหลือ หากผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้านต้องมั่นใจว่ามีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อทีมสุขภาพได้
- จับผู้ป่วยนอนท่าตะแคง
- ใช้ผ้าสะอาดสีเข้มกดบริเวณเลือดออกเพื่อห้ามเลือด
- หากการหยุดเลือดเป็นสิ่งพึงกระทำ ให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่โรงพยาบาล
- หากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกอย่างมากและอยู่ในภาวะกำลังจะเสียชีวิต ให้ผู้ดูแลให้การดูแลแบบประคับประคองติดต่อทีมสุขภาพ การยาให้นอนหลับจะทำให้ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกราวอย่างรวดเร็ว

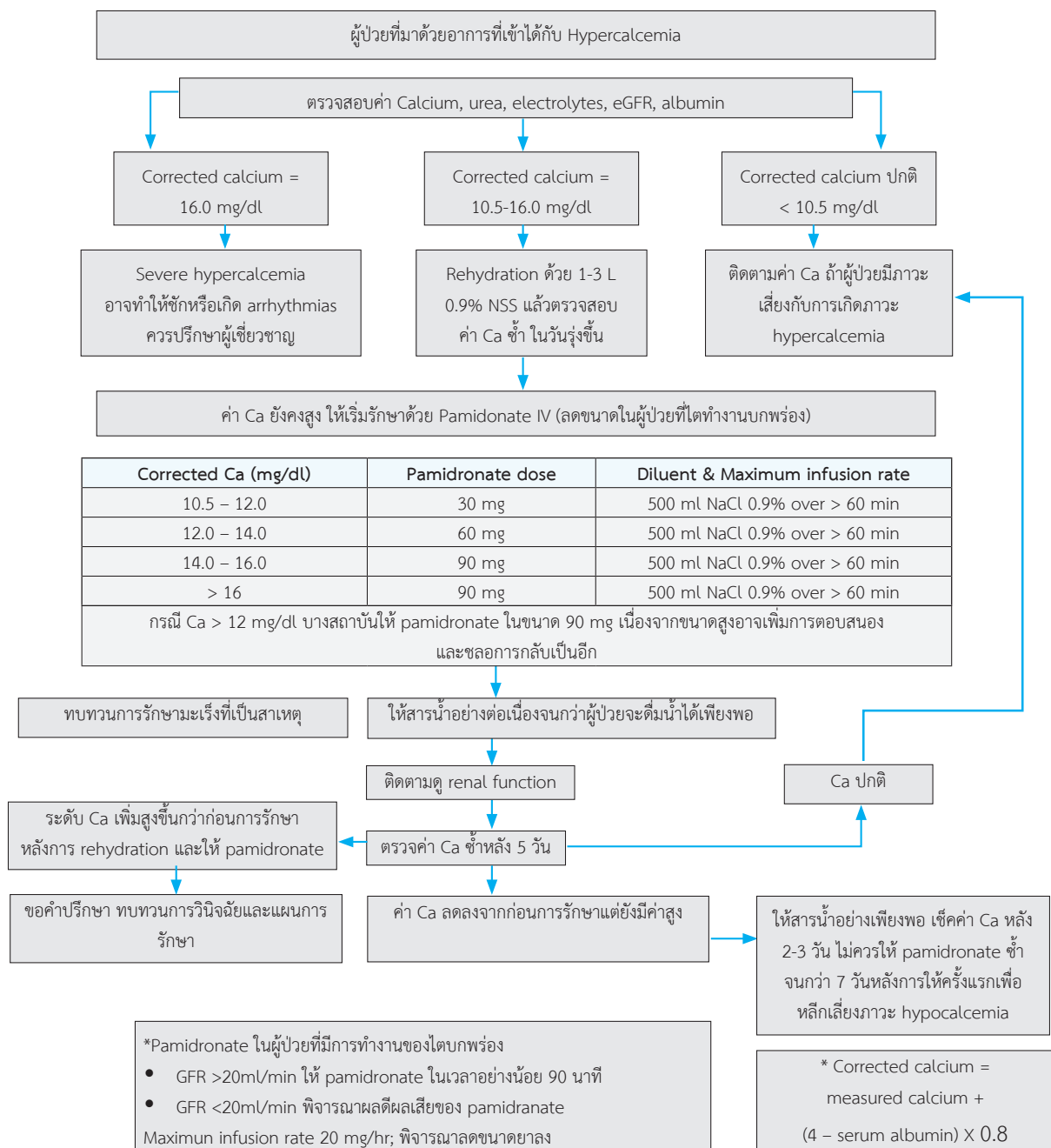
การให้ยานอนหลับ

- หากผู้ป่วยไม่สุขสบายอย่างมาก สามารถปรับขนาดให้ยานอนหลับ benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์เร็ว โดยมีข้อแนะนำดังนี้
 - IV: midazolam IV 5-20 mg หรือ diazepam 5-20 mg ให้ bolus ครั้งละน้อยๆ จนกว่าผู้ป่วยจะสงบ
 - IM/SC: midazolam IM 5-10 mg สามารถฉีดเข้าต้นแขนตำแหน่ง deltoid muscle
 - Rectal route หรือทาง stoma: diazepam rectal solution 5-10 mg
 - Sublingual: midazolam 10 mg โดยใช้ยาฉีดหยอดยาลงใต้ลิ้นและที่กระพุ้งแก้ม

การจัดการ Hypercalcemia ในการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

- ในผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ภาวะ hypercalcemia เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต
- พบได้บ่อยใน myeloma มะเร็งเต้านม ไต ปอด และไทรอยด์
- ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่พบภาวะ hypercalcemia ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่กระดูก
- อาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย กระหายน้ำ คลื่นไส้ ท้องผูก ปัสสาวะมาก และมีภาวะสับสน
- ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต
- เพื่อลดการเป็นพิษต่อไตจากการใช้ bisphosphonate ควรยดยาที่มีผลต่อการทำงานของไตเช่น NSAIDs, diuretics, ACE inhibitors



การจัดการอาการชักในการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

- ผู้ป่วยระยะท้ายพบมีอาการชักได้ร้อยละ 10-15 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากเนื้องอกในสมองทั้งชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ cerebrovascular disease, epilepsy, biochemical abnormalities (hyponatraemia, hypercalcemia, uremia)
- ควรมีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า หากผู้ป่วยไม่ต้องการจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก

การประเมิน

- ตัดความเป็นไปได้ของโรคอื่นที่อาจเป็นสาเหตุของการหมดสติ ได้แก่ vasovagal episode, postural hypotension, arrhythmia, hypoglycemia, extrapyramidal side effects จาก dopamine antagonist, alcohol
- สืบค้นว่าผู้ป่วยเคยชักมาก่อนหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงของการชัก โดยชักประวัติโรคลมชัก โรคทางสมอง
- ผู้ป่วยเคยมีปัญหาการใช้ยากันชักหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการให้ยาทางปาก ตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างยา

การรักษา

อาการชักเฉียบพลัน

- หากรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ให้ diazepam IV ขนาด 2 มก. สามารถให้เป็นอย่างอื่นได้ไปจนถึงขนาด 10 มก. หรือใช้ lorazepam 4 มก. IV ซ้ำๆ
- Diazepam rectal solution 10-30 มก. PR หรือให้เข้าทาง stoma
- Midazolam SC 5 มก. ซ้ำได้หลัง 5 นาทีถ้าไม่หยุดชัก
- Midazolam inj ขนาด 10 มก. หยอดให้ทางกระพุ้งแก้ม

อาการชักต่อเนื่อง

- ให้ phenytoin IV หากผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ให้ phenobarbital ขนาด 100 มก. IM เป็นครั้งๆ และสามารถให้โดยวิธีเข้าใต้ผิวหนังในขนาด 200-400 มก. ผสมใน water for injection และให้ต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง ควรขอคำปรึกษาจากทีมประคับประคอง

การควบคุมอาการชักอย่างต่อเนื่อง

- Partial/secondary generalized seizure
 - sodium valproate, carbamazepine หรือ lamotrigine
- Primary generalized seizure
 - sodium valproate หรือ lamotrigine
- ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต และไม่สามารถกลืนได้
 - Midazolam SC 5 มก. หรือ diazepam rectal solution PR 10 มก.
 - Midazolam SC infusion 20-30 มก. ใน 24 ชั่วโมง เป็น maintenance therapy

ข้อปฏิบัติ

ไม่ใช้ phenytoin เป็นยาตัวแรกสำหรับ chronic seizure เนื่องจากเกิด drug interaction กับยาได้หลายชนิด และมักทำให้เกิดอาการข้างเคียงคือ sedation effect ในผู้ป่วยระยะท้าย

Spinal cord compression ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ความสำคัญ

- ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งสามารถพบภาวะนี้ได้ และพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปอด เต้านม ต่อมลูกหมาก
- Cord compression อาจเป็นอาการแสดงเริ่มต้นของโรคมะเร็ง
- การวินิจฉัยล่าช้าเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องอย่างถาวรและทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

การประเมิน

- ตระหนักว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกคนอาจเกิด cord compression ได้
- Cord compression เกิดได้ตลอดไขสันหลัง และอาจเกิดได้หลายตำแหน่งพร้อมกัน แต่ไขสันหลังช่วงอกเกิดได้บ่อย
- ตำแหน่งที่ปวดกับตำแหน่งไขสันหลังที่ถูกกดทับอาจไม่สอดคล้องกัน x-ray และ bone scan อาจทำให้ผิดพลาด

อาการและอาการแสดงที่สำคัญ

- เกิดอาการปวดหลังที่เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่เคยเป็นมาก่อน
- มีอาการปวดของ spinal nerve root (ปวดแสบร้อน ปวดแปลบ ชา) โดยไม่เคยเป็นมาก่อน อาการปวดดังกล่าวอาจปวดร้าวลงสู่ต้นขาด้านหลัง (sciatica) หรือ มีอาการปวดรอบทรงอกหรือลำตัวคล้ายถูกรัด
- อาการปวดเป็นมากขึ้นเมื่อไอ หรือนอนราบ
- เดินหรือขึ้นบันไดลำบาก โดยไม่เคยเป็นมาก่อน กล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกบริเวณแขนขาลดลง
- การทำงานของระบบขับถ่ายผิดปกติ การไม่สามารถกลั้นการขับถ่ายเป็นสัญญาณว่ามาช้าเกินไป
- ต้องทำการตรวจระบบประสาทอย่างละเอียด แต่อาจปกติได้ในช่วงแรก
- MRI whole spine เป็นการตรวจที่แน่นอนที่สุด ที่ช่วยในการวางแผนรักษา

Cauda equine syndrome

หากเกิดการกดทับของ lumbosacral nerve root ต่ำกว่าระดับของ spinal cord ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงทางคลินิกต่างไปดังนี้

- มีอาการปวดรุนแรงบริเวณหลังส่วนล่าง ก้น perineum ต้นขา และขา
- มีการสูญเสียความรู้สึก ร่วมกันปวดเหมือนเข็มทิ่มที่บริเวณ saddle area
- ขาอ่อนแรง มักเป็นไม่เท่ากันสองข้าง
- ระบบขับถ่าย และสมรรถนะทางเพศผิดปกติ มักเกิดก่อนการเกิด cord compression สูญเสีย anal reflex

การรักษา

- ส่งต่อผู้ป่วยเป็นการด่วน
- ให้ dexamethasone ขนาดสูงทันทีที่วินิจฉัยได้เว้นแต่มีข้อห้ามใช้ หากใช้ได้ ให้เริ่มด้วยรับประทานขนาด 16 mg และต่อเนื่องทุกวัน ค่อยๆ ลดยาลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
- หากตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่าอาจมีภาวะ spinal instability ให้ย้ายผู้ป่วยในลักษณะ spinal injury
- ให้ยาจัดการอาการปวด
- หากผู้ป่วยมีภาวะอัมพาตหรือสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายแล้ว การได้รับรังสีรักษาจะช่วยให้อาการปวดดีขึ้น แต่ไม่สามารถทำให้ความสามารถที่สูญเสียไปแล้วกลับคืนมาได้
- ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลือ ต้องได้รับการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด อาชีวะบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น

* ภาวะหายใจลำบากและภาวะสับสนให้ดูในหน้า (6-25 และ 6-45)

13. การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Removal of Mechanical Ventilation in Dying Patient)

เป้าหมาย: เพื่อช่วยเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพสามารถให้การดูแลปลดปล่อยผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตจากเครื่องช่วยหายใจ ที่เป็นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกต่อไป

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลระดับประคับประคอง

หลักการ

เครื่องพุงซีฟเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะล้มเหลว เพื่อให้มีเวลาทำการรักษาตัวโรคจนกว่าอวัยวะที่ล้มเหลวต่างๆดีขึ้น และสามารถถอดถอนเครื่องพุงซีฟเหล่านี้ออก ในกรณีตัวโรคไม่สามารถรักษาได้และโรครอยู่ในระยะสุดท้าย เครื่องพุงซีฟเหล่านี้จะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกต่อไปแต่จะสร้างความทุกข์ทรมาน ในกรณีที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวมีความประสงค์จะยุติเครื่องพุงซีฟเพื่อปลดปล่อยผู้ป่วยจากความทุกข์ทรมาน ทีมสุขภาพควรทำด้วยความนุ่มนวล และดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายภายใต้การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ประคับประคองครอบครัวให้ผ่านพ้นวิกฤติและช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกผิดกับการตัดสินใจนั้น

การตัดสินใจถอดถอนเครื่องพุงซีฟถูกมองว่าเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นและเป็นการยุติชีวิตผู้ป่วย ในผู้ที่ไม่เข้าใจหลักการอาจคิดว่าเป็น euthanasia ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง การยุติเครื่องพุงซีฟเป็นการปลดปล่อยผู้ป่วยจากความทุกข์ทรมาน การเสียชีวิตเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และการใช้เครื่องพุงซีฟจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกต่อไป การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ

แนวปฏิบัติการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต

ขั้นตอนที่ 1: การพูดคุยและบันทึกข้อมูล

1. มีการพูดคุยเจาะลึกกับผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ตัดสินใจแทนเรื่องพยากรณ์โรค ทางเลือกการดูแล และมีความเห็นพ้องต้องกันว่าการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจและยอมรับการเสียชีวิตที่เลี่ยงไม่ได้ของผู้ป่วยเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด แพทย์เจ้าของไข้ต้องเกี่ยวข้องอยู่ในการพูดคุย รวมถึงทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย และทีมดูแลประคับประคอง หัวข้อที่ต้องมีการพูดคุยด้วยได้แก่ การถอดถอนเครื่องพยุงชีพอื่นๆ ซึ่งได้แก่
 - การถอดถอนสารน้ำและอาหาร
 - การถอดถอนยาเพิ่มความดัน
 - การถอดถอนยาปฏิชีวนะและการให้เลือด
 - การถอดถอนท่อช่วยหายใจ หลังการยุติเครื่องช่วยหายใจ
 - ความปรารถนาบริจาคอวัยวะ

หมายเหตุ: ในกรณีถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ เครื่องพยุงชีพต่างๆ เหล่านี้ก็ไม่มีผลจำเป็นอีกต่อไป

2. แพทย์เจ้าของไข้/ทีมดูแลประคับประคองบันทึกในแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยอันเวลาที่ประชุมครอบครัวและพูดคุยเรื่องการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ผู้ที่ร่วมอยู่ในการพูดคุย และการเห็นพ้องต้องกันของเป้าหมายการดูแล จำเป็นต้องให้ครอบครัวลงชื่อในแบบฟอร์มการประชุมครอบครัวรวมถึงแบบบันทึกการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (หน้า 13-7) และแบบฟอร์มคำสั่งปฏิเสธการพยุงชีพ (DNR order) และควรเริ่มให้การดูแลภาวะสูญเสียของครอบครัว
3. ในกรณีที่คาดว่าผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิตทันทีควรย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยดูแลประคับประคอง หรือหอผู้ป่วยทั่วไป แต่จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน
4. ระบุวัน เวลาที่จะถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 2: การเตรียมตัวถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

1. มีแพทย์ที่มีอาวุโส เช่น แพทย์เจ้าของไข้/หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านอยู่ระหว่างและหลังการถอดท่อ เพื่อให้การดูแลแนะนำเรื่องการจัดการอาการ และให้คำปรึกษา/ประคับประคองครอบครัว ต้องมีการเขียนคำสั่งการปิด/ยุติเครื่องช่วยหายใจ
2. แพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้/ทีมดูแลประคับประคองให้ข้อมูลเหล่านี้กับผู้ป่วย/ครอบครัว
 - ใครควรอยู่ระหว่างการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ
 - ผลที่จะตามมา: เสียชีวิตอย่างรวดเร็วหรืออาจจะนาน อาการที่คาดว่าจะเกิด
 - ขั้นตอนการถอดถอน: เครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจ ท่อและอุปกรณ์อื่นๆ
3. แจ้งผู้นำจิตวิญญาณ พระ นักบวช กรณีครอบครัวต้องการทำพิธีกรรมหรือทำสังฆทาน

4. การให้ยาก่อนการถอดถอนท่อ

ต้องเข้าใจว่าเป้าหมายหลักของการให้ยานอนหลับ (sedation) คือการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหลังถอดถอนท่อช่วยหายใจ การหยุดหายใจอาจตามหลังการให้ยานอนหลับโดยไม่ใช้ความตั้งใจ เมื่อทุกส่วนได้ตัดสินใจแน่วแน่ในการถอดถอนท่อช่วยหายใจ ต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างทั่วถ้วน ยุติยาที่บดบังอาการ และให้การประเมินผู้ป่วยอย่างทั่วถ้วน

- ยุติยา muscle relaxants เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจเอง ประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก เพื่อให้ยาจัดการอาการ
- ให้ยา morphine 2-10 มก. IV (bolus dose) ปรับขนาดเล็กน้อยตามอายุ การทำงานของไต และตามความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นให้ continuous infusion ในขนาดที่เหมาะสมโดยอาจให้ร้อยละ 50 ของขนาด bolus/ชั่วโมง
- ให้ midazolam 1-2 มก. IV (หรือ lorazepam)
- ปรับเพิ่มขนาดยาตามอาการให้ผู้ป่วยไม่กระวนกระวายก่อนที่จะเอาท่อช่วยหายใจออก
- มียาฉีดให้เป็นครั้งคราว (morphine และ midazolam) เตรียมไว้ข้างเตียงพร้อมใช้เพื่อจัดการอาการ
- ในกรณีที่จำเป็นอาจมียาอื่นเพื่อใช้ในการทำให้หลับ เช่น propofol, pentobarbital

5. ถ้าได้เป็นที่ตกลงกันล่วงหน้า ให้ยุติยาเพิ่มความดัน สารน้ำและอาหาร เอาสาย OG/NG ออก

6. ถ้ามีการยึดแขนขาของผู้ป่วยให้เอาออก ยุติการวัดสัญญาณชีพ หยุดการวัดค่าออกซิเจนในเลือด ยุติการตรวจเลือด และการตรวจทางรังสี

ขั้นตอนที่ 3: การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

1. ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสุขสบาย ไม่กระวนกระวาย
2. เตรียมสถานที่ข้างเตียงให้ครอบครัวได้อยู่เฝ้าผู้ป่วย
3. ปิด alarm ของเครื่องช่วยหายใจ ตั้งค่า FiO_2 ที่ 21% ลด PEEP ติดตามอาการผู้ป่วยว่ามีหายใจลำบากหรือไม่ เพื่อปรับยาให้พอเพียง
4. ลด IMV เหลือ 4 และ/หรือ pressure support เหลือ 6 ภายใน 5-15 นาที
ติดตามและปรับยาตามอาการผู้ป่วย deflate cuff ของท่อช่วยหายใจ แล้วเอาท่อช่วยหายใจออก ดูปอดตามความเหมาะสม เอาเครื่องช่วยหายใจออกจากข้างเตียง
5. ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ปรับยาตามอาการ

ตารางที่ 13-1 ข้อเสนอแนะการเลือกวิธีถอดถอนเครื่องช่วยหายใจตามสภาพผู้ป่วย

สภาพผู้ป่วย	คำแนะนำในการใช้ยา	เหตุผลในการใช้ยา	วิธีการถอดถอน
สมองตาย (brain dead)	ไม่จำเป็นต้องใช้ยา	ผู้ป่วยจะเสียชีวิตและไม่มีอาการทรมานจากอาการหายใจลำบาก	ไม่ต้องหย่าเครื่องช่วยหายใจ/ on T-piece แล้วเอาท่อช่วยหายใจออกได้เลยทันที
หมดสติ (comatose) แต่ brain stem ยังทำงาน	ไม่จำเป็นต้องให้ premedication แต่อาจต้องให้ morphine หรือ benzodiazepine ระหว่างและภายหลังการถอดถอนเครื่องพยุงชีพ ถ้าประเมินว่ามี respiratory distress	ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีปัญหา respiratory distress ไม่จำเป็นต้องให้ premedication	ไม่ต้องหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning) on T-piece แล้วเอาเครื่องช่วยหายใจออกทันที
รู้สติ สามารถหายใจเองได้ภายหลังถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ	ควรให้ premedication ด้วย opioid และ/หรือ sedative ค่อยๆ titrate continuous infusion ระหว่างและภายหลังการถอดถอนเครื่องพยุงชีพ	ผู้ป่วยที่เคยมีปัญหา respiratory distress ควรให้ premedication และผู้ป่วยที่เคยได้ opioid และ sedative ควรคำนวณยาจากขนาดที่เคยได้รับมาก่อน	หย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างรวดเร็ว โดยค่อยๆ ลด O_2 , PEEP และ ventilator setting ลงทุก 15-30 นาที ลด FiO_2 เหลือ 0.2 ลด PEEP เหลือ 0 แล้วลด IMV จนเหลือ 4 และ/หรือ PS เหลือ 6 โดยการลดเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและ settings ที่ใช้อยู่
รู้สติ อาจหยุดหายใจได้ภายหลังถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ (เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา high cervical quadriplegic)	ควรให้ premedication ด้วย barbiturate หรือ anesthetic เพื่อให้ผู้ป่วยหลับ (complete sedative)	ผู้ป่วยจะไม่สามารถหายใจได้เอง และจะทุกข์ทรมานมากถ้าไม่ทำให้ผู้ป่วยหลับ (complete sedative)	
From: Campbell ML. Nurse to Nurse Palliative Care: Withdrawal of life-sustaining devices and interventions. U.S.A.: The McGraw-Hill Companies, Inc.,2009: 91-117.			

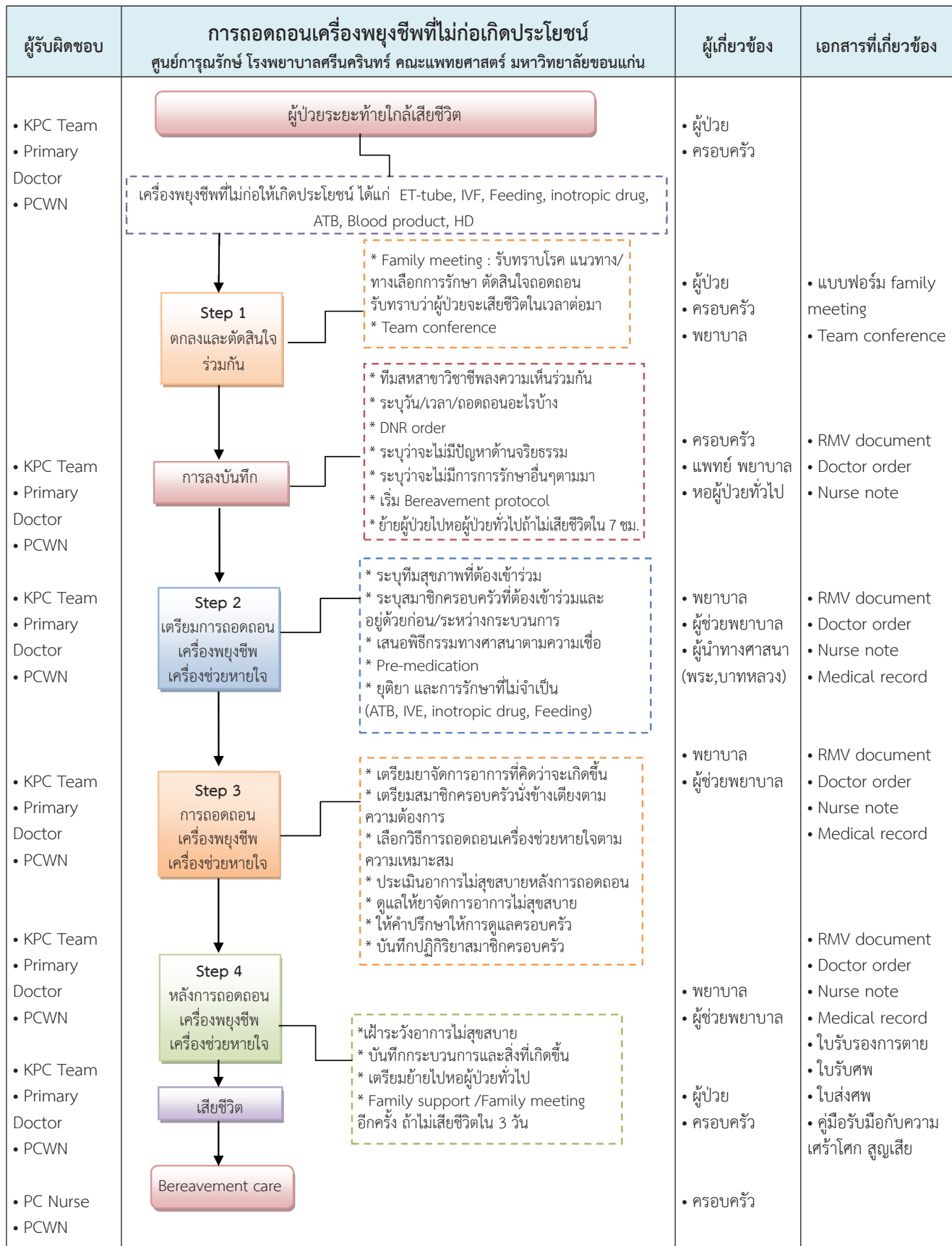
ขั้นตอนที่ 4: การดำเนินการหลังถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

- บันทึกขั้นตอนและยาที่ได้รับลงใน medication record รวมถึงผลที่เกิดขึ้นภายหลังกระบวนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ
- เฝ้าระวังอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ยา sedative อย่างเพียงพอ ดูแลผู้ป่วยให้สุขสบาย ไม่กระวนกระวาย
- ถ้า V/S stable และผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิตภายใน 2 ชั่วโมง เตรียมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่นตามความเหมาะสม
- บันทึกปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัว

References

1. Campbell ML. Nurse to Nurse Palliative Care: Withdrawal of life-sustaining devices and interventions. U.S.A.: The McGraw-Hill Companies, Inc.,2009: 91-117.
2. Rubenfeld GD, Crawford SW. Principles and practice of withdrawing life-sustaining treatment in the ICU. In Cutis JR and Rubenfeld GD, eds., Managing Death in the Intensive care Unit. Oxford, UK: Oxford University press; 2001:127-47.
3. Krieger BP. Compassionate extubation: withdrawing mechanical ventilator support. Mediguide to Pulmonary Medicine. 2001; 8:1-5.

Workflow การถอดถอนเครื่องฟุ้งชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์



* KPC Team = Karunruk Palliative Care Team
 PCWN = Palliative Care Ward Nurse
 RMV = Removal Mechanical Ventilator

แบบบันทึกการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Removal of Life Supports in the Dying Patient)

การตกลง/ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และการลงบันทึก

1. ผลการตกลงร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ (วันที่.....) สรุปผลการประชุมได้ดังนี้หรือแนบบันทึกการทำ Team conference.....

ทีมสหสาขาวิชาชีพลงความเห็นร่วมกัน

No.	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	หน่วยงาน	วันที่เริ่มดูแล
1					
2					
3					
4					
5					

2. สรุปผลการประชุมครอบครัว (ว/ด/ป.....) สรุปผลการประชุมได้ดังนี้ (หรือแนบบันทึกการทำ Family conference) ผู้ป่วย และ/หรือ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนตามกฎหมาย และครอบครัว ได้รับทราบคำอธิบายถึงสภาวะการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน ยอมรับว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาทุกอย่างที่ดีที่สุดแล้ว แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ตกลงร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และรับทราบว่าภายหลังถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิด จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติของโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วหรือภายหลังก็ตาม แต่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สุขสบายที่สุดตราบเท่าเวลาที่ยังเหลืออยู่ บุคคลที่เข้าร่วมประชุมปรึกษาด้วยได้แก่

- 2.1 ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 2.2 ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 2.3 ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 2.4 ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 2.5 ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 2.6 ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....

3. เครื่องพยุงชีพที่จะทำการถอดถอนและผู้รับผิดชอบ

เครื่องพยุงชีพ	ระบุ	ผู้รับผิดชอบ	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1. Ventilator				
2. Endotracheal tube				
3. Inotropic drugs				
4. Dialysis				
5. Nutrition : NG tube				
6. Hydration: IVF				
7. ATB				
8. Blood product				

4. ทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ถอดถอนการพุงซีฟ

_____ primary team (แพทย์, พยาบาล).....

_____ ศูนย์การกู้ชีพ (แพทย์, พยาบาล).....

5. ครอบครัว

_____ ครอบครัวรับทราบ วันที่/เวลา/ขั้นตอน.....

_____ การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อวันที่.....

_____ กำหนดบุคคลในครอบครัวที่จะอยู่ในเหตุการณ์ได้แก่.....

6. คำสั่งการรักษาของแพทย์

_____ DNR order

_____ Order to discontinue ventilator and other life supports

_____ Pre-medication & emergency medication at bedside

_____ Bereavement protocol initiated

สรุป Order for Pre-medications

No.	ชื่อยา	ขนาด/ความถี่ของการให้	เริ่มให้วันที่ เวลา	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ตรวจสอบ
1				
2				
3				
4				

7. ขั้นตอนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

- เตรียมผู้ป่วย ถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ออกจากร่างกาย ทำความสะอาดและจัดสภาพของผู้ป่วยให้สุขสบายที่สุด
- เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อม ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วย
- เตรียมยา prn. (พร้อมฉีด) ได้แก่.....ไว้ข้างเตียงสำหรับการ
อาการไม่สุขสบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- หยุด inotropic drug วันที่.....เวลา.....
- หยุดการให้ IVF หรือลด rate เป็น.....cc/hr วันที่.....เวลา.....
- เลือกวิธีการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ คือ
 - ☐ Rapid terminal weaning,
 - ☐ T-piece placement without weaning,
 - ☐ No weaning and extubation tube in one step
- ปิด Ventilator alarms เวลา.....
- ประเมินอาการผู้ป่วย: dyspnea, agitation ถ้ามีอาการไม่สุขสบายให้ยา prn. ที่เตรียมไว้ข้างเตียง และ
ปรับยา morphine และ sedatives ตามความเหมาะสม
- บันทึกปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัว.....

แบบฟอร์มการให้ยาและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Date Time	Patient's status/comfort	Respirator Setting	Medication	Sig

- Deflate cuff และถอดถอนท่อช่วยหายใจออกเวลา.....
- เคลื่อนย้ายเอาเครื่องช่วยหายใจออกจากข้างเตียง ประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิต
- ให้การประคับประคองครอบครัว

ผู้ป่วยเสียชีวิตเวลา..... วันที่..... หลังการถอดถอนเครื่องพุงซีฟ..... ชม.

14. การใช้ยา opioid ชนิดฉีดในการจัดการอาการที่บ้าน

เป้าหมาย: ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิตสามารถได้รับการดูแลที่บ้านและเสียชีวิตที่บ้านได้โดยใช้ opioids ชนิดฉีดในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพที่บ้าน

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลระดับประจักษ์และทีมสุขภาพ

หลักการ:

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถบริหารยาโดยการรับประทาน และจำเป็นต้องได้รับยาจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตที่บ้านได้ การบริหารยาในรูปแบบอื่นจึงเป็นสิ่งจำเป็น การบริหารยาทางใต้ผิวหนังเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการบริหารไม่ยุ่งยากและปลอดภัย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันจำเป็นต้องบริหารยาในรูปแบบเข้าใต้ผิวหนังและอาจต้องใช้ยาหลายตัวในการจัดการอาการรวมถึงยา opioid ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตและมีอาการปวดหรือหอบเหนื่อย จะไม่สามารถบริหารยาทางปากได้จึงจำเป็นต้องบริหารยา opioid ทางใต้ผิวหนัง ทั้งนี้การบริหารยาดังกล่าวจะสามารถออกฤทธิ์ได้เร็ว และสามารถปรับยาได้อย่างรวดเร็วตามอาการผู้ป่วย

วัตถุประสงค์:

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การดูแลที่บ้านและสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้

เนื่องจากยา opioids เป็นยาควบคุม และเป็นยาที่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังจึงต้องมีแนวปฏิบัติที่เข้มงวด เพื่อหลีกเลี่ยงผลเสียจากการใช้ยา และป้องกันการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ ศูนย์การุณรักษ์จึงได้สร้างแนวปฏิบัติการใช้ยา opioid ชนิดฉีดที่นำไปใช้ที่บ้าน การทำตามแนวปฏิบัตินี้ได้จำเป็นต้องมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ เพื่อติดตามการใช้ยา ศูนย์การุณรักษ์ทำการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ใช้ opioid ชนิดฉีดที่บ้านอยู่ในเขตเมืองขอนแก่น ทุกราย โดยอาจเยี่ยมชมร่วมกับเครือข่ายทีมสุขภาพในตัวเมือง ในกรณีอยู่นอกเขตเมือง ศูนย์ฯ ส่งต่อเครือข่ายให้ลงเยี่ยมบ้านพร้อมติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์ ดังนั้นเครือข่ายสุขภาพ palliative care ที่แข็งแรงจึงมีความสำคัญ

การมีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา opioid ชนิดฉีดที่บ้านเพื่อควบคุมอาการปวด หอบเหนื่อย และอาการอื่นๆ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลที่บ้านได้ กระบวนการการให้ข้อมูลเชิงลึกและกำกับดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการและการใช้ยามอร์ฟินโดยแพทย์และพยาบาลทีมดูแลระดับประจักษ์และการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การใช้ยามอร์ฟินที่บ้านประสบความสำเร็จ

แนวปฏิบัติการนำยา opioid ชนิดฉีดออกนอกโรงพยาบาล

จัดทำโดยศูนย์การรณรงค์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อตกลง: การใช้ยา opioid ชนิดฉีดที่บ้านต้องเบิกโดยศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง และใบสั่งยาต้องมีตราประทับของศูนย์การรณรงค์ การใช้ยา opioid ชนิดฉีดให้ทำตามแนวปฏิบัติที่กำหนดโดยศูนย์การรณรงค์ ผู้ป่วยที่ใช้ยา opioid ชนิดฉีดที่บ้านต้องได้รับการเยี่ยมบ้านและบันทึกการใช้ยา พยาบาลศูนย์การรณรงค์โทรติดตามคนไข้เป็นระยะจนกว่าจะเสียชีวิต

การส่งยา: ทำข้อตกลงกับงานเภสัชกรรมให้นำยา opioids ชนิดฉีดให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้านได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. แพทย์สั่งยา opioid ชนิดฉีดให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน ใบสั่งยาต้องมีตราประทับของศูนย์การรณรงค์ โดยยา opioid ชนิดฉีดที่สั่งมีปริมาณไม่เกิน 1 สัปดาห์ และกรณีที่จำนวนยาเกิน 50 ampules แพทย์ของศูนย์การรณรงค์ต้องโทรแจ้งเภสัชกรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลด้าน Palliative care ให้ทราบ กรณีที่ต้องใช้ยามากกว่าหนึ่งสัปดาห์ ให้นำมารับที่ OPD Palliative care
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา opioid ชนิดฉีดที่บ้านและขั้นตอนการนำไปให้พยาบาลผสมให้ รวมถึงการบันทึกในสมุดบันทึกการใช้ยา เก็บซากยาที่เหมาะสมแล้วกลับมาคืน สอนการเก็บรักษา ยาอย่างปลอดภัย
3. สอนวิธีใช้ syringe driver ให้แก่ผู้ดูแล รวมถึงให้เอกสารประกอบการใช้
4. พยาบาลเจ้าของไข้ลงบันทึกในแบบฟอร์มการส่งต่อและการให้ยาทางใต้ผิวหนัง พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายโรงพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมคู่มือการผสมยาและคู่มือการใช้ syringe driver
5. ให้นำยานาไปผสมที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทุกวัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ผสมยา ลงบันทึกและเซ็นชื่อในสมุดบันทึกการผสมและใช้ยาทุกครั้ง มีการเก็บซากยาที่ใช้แล้วไว้ทุกครั้ง
6. กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่ได้ใช้ยาดังกล่าวแล้วให้นำยานาส่งยาที่เหลือทั้งหมด ซากยา แบบบันทึกการให้ยาที่สรุปการใช้ยาทั้งหมด พร้อมทั้งเครื่อง syringe driver ที่ศูนย์การรณรงค์
7. พยาบาลศูนย์การรณรงค์จำนวน 2 คน และพนักงานการแพทย์ ทำการตรวจสอบจำนวนยาที่เหลือ ตรวจสอบวันที่หมดอายุของยา และจำนวนซากยาที่ส่งคืน โดยตรวจสอบกับแบบบันทึกการใช้ยา และลงบันทึกในสมุดทะเบียนรับยา opioid คืน
8. นำยาที่ตรวจสอบแล้วและซากยาส่งคืนห้องยา พร้อมจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา opioid ชนิดฉีดที่บ้าน
9. เภสัชกร ตรวจสอบยาและ ซากยาที่ส่งคืน ทำเอกสารการรับยาคืนให้กับศูนย์การรณรงค์ซึ่งจะเก็บเข้าแฟ้ม

Workflow การบริหาร Palliative Care Drug Box ของพยาบาลศูนย์การุณรักษ์

ผู้รับผิดชอบ	การบริหาร Palliative Care Drug Box ของพยาบาล ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- KPC Doctor - KPC Nurse - PCWN	<pre> graph TD A([ผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการจัดการอาการเรื้อรัง]) --> B{แพทย์สั่งยาที่ไม่มีใน stock หอผู้ป่วย หรือมีแต่ไม่เพียงพอ} B -- No --> C[ใช้ยา stock ในหอผู้ป่วย] B -- Yes --> D[ใช้ยา stock ในกล่องยาพยาบาล Palliative] D --> E[พยาบาลหอผู้ป่วย เขียนแบบฟอร์มการ ยืมยา Palliative care drug box ให้ พยาบาลการุณรักษ์] E --> F[พยาบาลการุณรักษ์แจ้งพนักงาน การแพทย์รับทราบและติดตามยา] F --> G[พยาบาลการุณรักษ์ตรวจสอบกล่องยาและ นำยามาเก็บที่ศูนย์การุณรักษ์ ก่อนลงเวร] G --> H[หัวหน้าพยาบาลการุณรักษ์ ตรวจสอบ การนำกล่องยามาคืนในลิ้นชักตู้ยาทุกวัน] H --> I[พยาบาลการุณรักษ์ตรวจสอบ ความพร้อมใช้ของกล่องยาประจำวัน] H --> J[บันทึกผลการตรวจสอบยาและวันหมด อายุทุกวันจันทร์แรกของเดือน] I --> K[กรณีพบยาใกล้หมดอายุ] J --> K K --> L[พยาบาลประสานขอแลกยา กับเภสัชที่ห้องยา] K --> M[ติดต่อรับยากับเภสัชที่ห้องยา] L --> N([พยาบาลการุณรักษ์ที่รับผิดชอบรับยาและจัดเก็บยา ในกล่องยา]) M --> N </pre>	- ผู้ป่วย - ผู้ป่วย - RN - พ.การแพทย์	- แบบบันทึก การยืมยา - แบบบันทึกการ ตรวจสอบยา
- KPC Nurse - KPC Nurse - KPC Nurse - KPC Nurse - พ.การแพทย์ - เภสัชกร			

* PCWN = Palliative Care Ward Nurse

KPC Team = Karunruk Palliative Care Team

Workflow การบริหารยาฉีด Opioids ไปใช้ที่บ้านของศูนย์การุณรักษ์

ผู้รับผิดชอบ	การบริหารยาฉีด Opioids ไปใช้ที่บ้าน ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- แพทย์ PC - พยาบาล PC	ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ระยะ Dying และต้องการกลับบ้าน ตัดสินใจ: ทีมทำนาย Survival time ไม่เกิน 7 วัน No → นัดมารับยาเพิ่ม → OPD PC การุณรักษ์ / OPD PC เครือข่าย รพ. ใกล้บ้าน Yes → เตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย หากไม่สามารถเอายาฉีดออกนอก รพ. ได้ → OPD PC เครือข่าย รพ. ใกล้บ้าน เตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย แพทย์: จัดการอาการให้ผู้ป่วยอยู่สบาย, Anticipatory symptoms สัญญาณกลับบ้านพร้อมประทับตราโลโก้ “การุณรักษ์” เภสัชกร: จัดหาให้เพียงพอไปใช้ที่บ้าน พยาบาล: ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้ยาครบ, บันทึกแบบฟอร์ม, ส่งต่อการให้ยาทาง SC, สอนญาติใช้ Syringe driver และสอนการฉีดยา prn อุปกรณ์การแพทย์: Syringe driver และสอนญาติใช้เครื่อง ระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง: ผู้ป่วย ครอบครัว เข้าถึงคำปรึกษาได้ 24 ชม. ส่งต่อข้อมูลการใช้ยา SC ให้เครือข่าย รพ. สด/ชุมชนทาง Tel/Line และลงเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแลนำยาฉีดที่เบิกให้เครือข่ายผสมยาให้ทุกวัน ญาติเก็บซากยา opioids / เครือข่ายบันทึกการให้ยาฉีดทุกวัน มีผู้ตรวจสอบการให้ยาฉีดทุกครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิต ญาตินำอุปกรณ์คืนที่การุณรักษ์ พร้อมซาก + แบบบันทึกการผสมยา / พยาบาล PC ที่รับผิดชอบรับยา ตรวจรับยา + ซากยาคืน ส่งคืนซากยากับเภสัชที่ห้องยา	- ผู้ป่วย - ครอบครัว - พยาบาล PC ใกล้บ้าน - ผู้ป่วย - ครอบครัว - เครือข่าย พยาบาล PC - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ครอบครัว	- แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ - สมุดประจำตัว - แบบบันทึกการให้ยา SC - แผ่นพับเรื่องการรักษาอาการปวดด้วยมอร์ฟิน - แบบฟอร์มการส่งต่อเครือข่าย PC - แบบฟอร์มการส่งคืนยาห้องยา - สมุดทะเบียนรับยาคืนศูนย์การุณรักษ์ - เอกสารการตรวจรับยาคืน

* PCWN = Palliative Care Ward Nurse

15. แนวทางการบริหารยาใต้ผิวหนังผู้ป่วยระยะท้าย (Subcutaneous Drug Administration in Palliative Care)

เป้าหมาย: เพื่อจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาการดูดซึมยาและ/หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตเริ่มกลืนยาเม็ดไม่ได้ เพื่อไม่ให้ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลประคับประคองและทีมสุขภาพ

คำนิยาม: การบริหารยาใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้าย คือ การปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาจากรูปแบบรับประทานเป็นให้ทางใต้ผิวหนัง เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ กรณีมีปัญหาการดูดซึมยาและ/หรือเพื่อควบคุมอาการในระยะใกล้เสียชีวิตแต่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน เพื่อสับสน/กระวนกระวาย และหายใจมีเสียงดังครืดคราด สามารถเลือกวิธีการบริหารยาแบบนี้ได้ทั้งในโรงพยาบาล และที่บ้านโดยใช้เครื่องมือการให้ยาแบบต่อเนื่อง (syringe driver)

ขั้นตอนการบริหารยาใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้าย

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถบริหารยาทางปากได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูดซึมยา (ท้องเสีย สำไส้อุดตันจากมะเร็งลูกกลามในช่องท้อง คลื่นไส้อาเจียนรุนแรงและต่อเนื่อง) มีแผลหรือก้อน ในช่องปาก คอ และหลอดอาหาร กลืนยาไม่ได้หรือกลืนลำบาก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการบริหารทางปาก รวมถึงการรับรู้สติของผู้ป่วยลดลงในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งวิธีที่สะดวกที่สุดและสามารถให้ได้ที่บ้านคือการบริหารยาทางใต้ผิวหนัง
2. การให้ยาใต้ผิวหนัง มี 2 วิธี ได้แก่
 - การให้ยาแบบครั้งคราว (bolus) เมื่อมีอาการปะทุขึ้นมาระหว่างวัน โดยการเตรียมยาใส่ syringe disposable ครั้งละไม่เกิน 2 ml และไม่ควรเจือจางยา
 - การให้ยาแบบต่อเนื่อง (continuous subcutaneous infusion - CSCI) โดยผสมยาที่ต้องการใช้ควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ 2-4 ชนิดลงใน syringe disposable ขนาด 20 ml ให้ยาแบบต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือ syringe driver หรือ syringe pump
3. สื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบสถานการณ์ อธิบายสาเหตุและความจำเป็นในการให้ยาใต้ผิวหนังเพื่อควบคุมอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น
4. เมื่อมีคำสั่งการรักษาการให้ยาใต้ผิวหนัง ต้องพิจารณาว่าที่เหมาะสมในการให้ทุกครั้ง ได้แก่ Atropine, Dexamethasone, Fentanyl, Haloperidol, Hyoscine butylbromide (Busopan), Ketamine, Ketololac, Morphine, Midazolam, Metoclopramide, Octreotide, Ondansetron, Phenobarbitone และ Ranitidine ยาที่มีข้อห้ามในการให้ทางใต้ผิวหนัง* ได้แก่ Antibiotics, Diazepam, Chlorpromazine, Prochlorperazine.

5. สามารถผสมยามากกว่า 1 ชนิด (2-4 ชนิด) ในกระบอกฉีดยาเดียวกันได้ เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายที่มีหลายอาการร่วมกันโดยคำนึงถึง ความเป็นกรดต่าง (pH differ) การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (drug interaction) การคงตัวของยา (stability) และควรเลือกตัวทำละลายที่เหมาะสม (diluent) โดยพิจารณาจากหลักฐานงานวิจัย
6. พยาบาล 2 คนตรวจสอบความเข้ากันได้ของยาและเลือกตัวทำละลายที่เหมาะสม (0.9 % NaCl และ sterile water for injection, WFI) จะช่วยลดการเกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนังและความคงตัวในการออกฤทธิ์ของยาได้ดี และถ้าพบว่ามีตัวทำละลายที่เข้ากันได้ทั้ง 0.9 % NaCl และ WFI ตัวทำละลายที่ถูกกำหนดว่าเป็นตัวเลือกเป็นอันดับแรกที่เหมาะสมที่สุดคือ 0.9 % NaCl
7. เขียนฉลากยา บันทึกรายละเอียดตามคำสั่งการรักษาแพทย์ มีพยาบาลอีกคนช่วยตรวจสอบ
8. เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ เข็มปีกผีเสื้อ (Butterfly scalp vein needle) N0.23-25 (ถ้าไม่มีใช้ IV catheter No.24-25 แทนได้), Extension tube, Tegaderm และสำลีชุบ 70 % แอลกอฮอล์
9. เลือกตำแหน่งที่เหมาะสมในการให้ยา ได้แก่ บริเวณด้านหน้าของแขนส่วนบน บริเวณด้านหน้าผนังทรวงอก บริเวณด้านหน้าของผนังหน้าท้อง ด้านหน้าของต้นขา และบริเวณ scapula กรณีผู้ป่วยกระวนกระวาย ดิ้นไปมา ไม่อยู่นิ่ง **ตำแหน่งที่ควรระวัง** * ได้แก่ บริเวณหน้าอกของผู้ป่วยที่ชุ่มพอม รอบๆ แผลมะเร็ง แขนขาที่บวมหรือมีภาวะบวมน้ำเหลือง หน้าท้องผู้ป่วยท้องมาน ปุ่มกระดูก บริเวณที่เคยฉายแสงมาก่อน ใกล้ข้อพับ และผิวหนังที่มีการติดเชื้อ
10. ล้างมือให้สะอาด และสวมถุงมือ สอบถามชื่อสกุลผู้ป่วย ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ต้องการให้ยาทางใต้ผิวหนังให้สะอาดด้วยสำลีชุบ 70 % แอลกอฮอล์
11. ใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้ดึงส่วนของเนื้อเยื่อผิวหนังขึ้นมา หลังจากนั้นดึงค้างไว้ ใช้เข็มเหล็กปีกผีเสื้อแทงผ่านผิวหนังโดยเอียงทำมุมในระดับ 45 องศากับผิวหนัง แทงเข้าไปจนสุดเข็ม เพื่อให้มั่นใจว่าปลายเข็มถึงชั้นใต้ผิวหนัง และมีเนื้อที่เหลื่อเพียงพอให้ยาที่ฉีดเข้าไปสะสมอยู่ได้ ในขณะที่แทงเข็มควรดึงหรือบีบผิวหนังค้างไว้ตลอดเวลา
12. ถ้าพบว่ามีเลือดไหลย้อนออกมาปรากฏให้เห็น แสดงว่าเข็มไม่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง ให้แทงใหม่โดยเลือกตำแหน่งและใช้เข็มใหม่
13. การตรวจสอบตำแหน่งของปลายเข็มว่าอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังหรือไม่ โดยลองจับปลายเข็มโยกไปมา ถ้าปลายเข็มเคลื่อนไหวได้พอควร แสดงว่าเข็มอยู่ในตำแหน่งใต้ผิวหนัง
14. ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการบวมในระยะแรกได้ วิธีนวดเบาๆหรือประคบอุ่นจะช่วยให้การดูดซึมสารน้ำดีขึ้นและจะยุบได้เองภายใน 1 ชั่วโมง ถ้าไม่ยุบลงควรเปลี่ยนตำแหน่งใหม่
15. ปิดทับบริเวณที่ให้ยาทางใต้ผิวหนังด้วย Tegaderm หรือ Transpore เพื่อให้สามารถมองเห็นปฏิกิริยาที่จะเกิดขึ้นบริเวณตำแหน่งที่ให้ยาได้ง่าย
16. บันทึกวัน เวลาที่ให้ยา สามารถให้ได้นาน 10 วันหรือมากกว่านั้น トラバドที่ประเมินว่าไม่มี site reaction หรือการรั่วของน้ำยา (ประเมินทุกวัน) กรณีให้ยาในโรงพยาบาล บันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล (nurse note) กรณีอยู่บ้านแนะนำให้ผู้ดูแลบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

17. ถ้าพบว่าตำแหน่งที่ให้ยาทางใต้ผิวหนัง มีปฏิกิริยาบริเวณผิวหนังเกิดขึ้น เช่น บวม แดง ร้อน คัน หรืออักเสบ ควรปฏิบัติดังนี้
- เปลี่ยนตำแหน่งที่ให้ยาทางใต้ผิวหนังใหม่ โดยใช้เข็มและอุปกรณ์การให้ยาชุดใหม่
 - ถ้าเปลี่ยนแล้วยังเกิดปฏิกิริยาผิดปกติต่างๆ ที่ผิวหนังบ่อยๆ ควรตรวจสอบว่าได้ใช้ตัวทำละลายที่เหมาะสมหรือไม่ ลดความเข้มข้นของยาโดยผสมยาให้เจือจางกว่าเดิม จำกัดชนิดของยาต่างๆ ที่ผสมรวมกันจาก 4-5 ชนิด ให้เหลือไม่เกิน 3 ชนิด ควรปรับการให้ยาจากการผสมให้วันละครึ่ง เป็นทุก 12 ชั่วโมง
 - อาจจะต้องเปลี่ยนชนิดของเข็มที่ให้ยาทางใต้ผิวหนังจากเข็มเหล็กมาใช้เป็นเข็มเทปลอนหรือเวียลอนแทน ถ้าไม่มีอาจใช้ IV- catheter เบอร์ 24-25 แทนได้ แต่เวลาแทงเข็มต้องเอียงทำมุม 20-30 องศาของผิวหนัง
 - ถ้าแก้ไขด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้นแล้วยังพบว่าตำแหน่งบริเวณที่ให้ยาทางใต้ผิวหนังมีปัญหาให้ฉีดยา dexamethazone 1 mg แล้ว flush ด้วย 0.9 % NaCl แล้วจึงให้ยาต่อ
 - ควรรายงานแพทย์หรือทีมการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยาใหม่ที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันแต่เกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนังน้อยกว่า
18. ถ้าต้องการให้ยาทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการปวด กรณีที่พบว่าการใช้ยาชนิดเม็ดที่ออกฤทธิ์ยาว (slow release opioid) เช่น MST ควบคุมอาการปวดได้ไม่ดี หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ ควรเริ่มให้ยาทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องเมื่อถึงเวลาของการให้ยาชนิดเม็ดที่ออกฤทธิ์ยาวครั้งถัดไป
19. กรณีผู้ป่วยที่กำลังได้รับยา Fentanyl patch เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช้ามาก หลังได้รับยาประมาณ 12-24 ชั่วโมงยาจึงจะออกฤทธิ์ได้เต็มที่ และยามีฤทธิ์อยู่ได้นานประมาณ 24-72 ชั่วโมง ดังนั้นภายหลังจากหยุดยาหรือภายหลังจากการลอกแผ่นแปะออกยาจะไม่หมดฤทธิ์ในทันที แต่จะค่อยๆ หมดฤทธิ์ภายในเวลาประมาณ 12-24 ชั่วโมง ดังนั้นในการเริ่มให้ยาทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องจึงควรเริ่มต้นการให้ยาในขนาดครึ่งหนึ่งของขนาดที่ควรได้รับใน 24 ชั่วโมง แล้วจึงค่อยปรับขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ จนได้ในระดับเพียงพอที่ทำให้อาการปวดดีขึ้น และควรปรึกษาเภสัชกรหรือทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมดูแล
20. การยุติการให้ยาใต้ผิวหนัง
- เมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ และภายหลังเริ่มได้รับยาชนิดเม็ดที่ออกฤทธิ์ยาวมารับประทาน
 - ในช่วงที่กำลังรอให้ยาออกฤทธิ์เต็มที่เพื่อลดอาการปวด (therapeutic level) แพทย์ควรสั่งยาชนิดน้ำหรือชนิดเม็ดที่ออกฤทธิ์เร็วและสั้น (immediate release) เช่น MO-IR หรือ MO syrup เพื่อบรรเทาอาการปวดที่ปะทุขึ้นระหว่างช่วงเวลาให้ผู้ป่วยได้ทุก 2 ชั่วโมง
 - เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

ตารางที่ 15-1 การบริหารยา Single drug used in a subcutaneous infusion over 24 hours in PC

ยา	ข้อกำหนดและขนาดในการให้ยา	ข้อเสนอนะ	ตัวทำลาย	
1. Atropine 600 microgram in 1 ml	- ช่วยทำให้เสมหะแห้งลดอาการหายใจเสียงดัง (death rattle) ในระยะใกล้เสียชีวิต Dose: 400 mcg stat, 1,200-2,400 mcg/24 hours	• ควรให้ bolus ไม่แนะนำให้ CSCI • ไม่ควรให้ร่วมกับยาตัวอื่น	0.9 NSS	
2.Dexamethazone 4 mg in 1 ml	- Cerebral edema, bowel obstruction, SCC, SVC obstruction Dose: 8-16 mg/24 hours - Pain and dyspnea due to lymphangitis carcinomatosa Dose: 4-8 mg/24 hours - Nausea and vomiting Dose: 4-16 mg/24 hours	• อาจเกิด insomnia ถ้าใช้ในขนาดที่สูง • อาจเกิดการตกตะกอนได้ถ้ายาที่ถูกผสมไม่ได้ถูกทำให้เจือจางระหว่างการเตรียมยา • ควรพิจารณาให้วันละ 1-2 ครั้ง (เช้า-เที่ยง) ดีกว่าให้แบบต่อเนื่อง เพราะผลข้างเคียงเรื่อง insomnia	0.9 NSS	
3.Fentanyl 50 microgram in 1 ml 500 microgram in 10 ml	- Severe pain & dyspnea (เหมาะสำหรับผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไตวาย) Dose: ขนาดยาที่ให้ ไม่มีเพดานจำกัดสามารถปรับเพิ่มได้ตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย/24 hours	• ยามีปริมาณมาก มีข้อจำกัดในการใช้กับ syringe driver อาจจำเป็นต้องแบ่งให้ใน 12 ชั่วโมง • กรณีให้ทางใต้ผิวหนัง duration of action 1-3 ชั่วโมง • ขนาด 100 microgram เท่ากับ morphine 10 mg	0.9 NSS	SWI
4.Haloperidol 5 mg in 1 ml	- เป็นยาตัวแรกๆที่เลือกใช้กรณีนี้: opioids หรือปัญหา metabolic ที่ทำให้เกิดอาการ nausea และ delirium หรือ อาการ vomiting ที่มีสาเหตุมาจาก chemical & toxic รวมถึงภาวะ intractable hiccup Dose: 2.5-10 mg/24 hours	• เป็นยา antipsychotic ถ้าใช้ในขนาดสูงหรือระยะเวลานานมีผลทำให้เกิด extrapyramidal side effect ได้ • Long half life • ผสม WFI จะเหมาะสมกว่า	0.9 NSS	SWI
5.Hyoscine butylbromide (buscopan) 20 mg in 1 ml	- Complete gut obstruction ที่มีอาการปวดบิด (colic) ร่วมกับอาเจียน - First line drug for death rattle - Sweating Dose: initial dose 20 mg or 60 mg/24 hours Maximum dose: 300 mg/24 hours	• ช่วยลดอาการปวดบิดในลำไส้และการบีบตัวของลำไส้ (peristalsis) • บางครั้งหวังผลในการออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งสารน้ำ (antisecretory) ใน GI tract	0.9 NSS	SWI
6.Ketorolac 15 mg in 1 ml	- Bone pain Dose: เริ่มต้นด้วยขนาด 10-30 mg sc tid และ เพิ่มได้วันละ 15 mg step Maximum dose: 90 mg/24 hours	• การเริ่มให้ยาตัวนี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของทีมแพทย์ palliative care • ระวังการเกิด renal & gastrointestinal toxicity	0.9 NSS	

ตารางที่ 15-1 การบริหารยา Single drug used in a subcutaneous infusion over 24 hours in PC (ต่อ)

ยา	ข้อกำหนดและขนาดในการให้ยา	ข้อเสนอนะ	ตัวทำลาย	
7.Ketamine 50 mg/ml	- Neuropathic pain - Refractory chronic pain Dose: เริ่มต้นด้วยขนาด 50-100 mg/24 hours. เพิ่มขนาดได้ 50 mg ทุก 24 hours Maximum dose: 500 mg/24 hours.	• ถ้าใช้ ketamine 400 mg/day ควรผสมกับ 0.9 NSS ความคงตัวของยาในการออกฤทธิ์จะคงที่ • Protect from light • เฝ้าระวังตำแหน่งที่ให้ยา ถ้าพบว่ามี site reaction อาจผสมกับ NSS ให้ได้ 17 ml • เฝ้าระวังการตกตะกอน ชุ่น เปลี่ยนสี	0.9 NSS	
8.Metoclopramide (Plasil) 10 mg in 2 ml	- Nausea, vomiting โดยเฉพาะสาเหตุจากภาวะ gastric stasis และ gastric outlet obstruction Dose: 30-120 mg/24 hours	• ไม่ควรใช้กับผู้ป่วยที่มี complete gut obstruction • ถ้าใช้ในขนาดสูงหรือระยะเวลานานมีผลทำให้เกิด extrapyramidal side effect • ออกฤทธิ์ prokinetic	0.9 NSS	SWI
9.Midazolam (Dormicum) 5 mg in 1 ml	- Dyspnea เริ่มต้นด้วยขนาด 2.5-5 mg sc prn or 10 mg/24 hours maximum dose 60 mg/24 hours - Seizure, myoclonus, status epilepticus เริ่มต้นด้วยขนาด 10 mg sc prn or 10-20 mg/24 hours maximum dose 30-60 mg/24 hours - Hiccup Dose: 10-60 mg/24 hours - Terminal restlessness or anxiety Dose: 2.5-10 mg sc prn or 10-60 mg/24 hours - Heavy sedation Dose: มากกว่า 60 mg/24 hours	• Anxiolytic (5-10 mg/24 hours) • Muscle relaxant (5-10 mg/24 hours) • Anticonvulsant (20-30 mg/24 hours) • ในการจัดการอาการ terminal dyspnea ควรให้ร่วมกับ morphine	0.9 NSS	SWI
10.Morphine 10 mg in 1 ml	- Moderate to severe pain - Dyspnea ที่มีสาเหตุมาจาก left ventricular failure หรือ pulmonary edema - Cough, diarrhea Dose: ขนาดยาที่ให้ ไม่มีเพดานจำกัดสามารถปรับเพิ่มได้ตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย	• NSS เป็นตัวทำลายที่เหมาะสม • ในการเริ่มให้ยาและการปรับขนาดยา ควรอยู่ภายใต้การดูแลของทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care • ระวังการเกิด opioid toxicity • ระวังในผู้ป่วย renal failure ถ้า GFR < 15 ควรใช้ fentanyl แทน	0.9 NSS	SWI

ตารางที่ 15-1 การบริหารยา Single drug used in a subcutaneous infusion over 24 hours in PC (ต่อ)

ยา	ข้อกำหนดและขนาดในการให้ยา	ข้อเสนอนะ	ตัวทำลาย	
11.Octreotide 200 microgram in 1 ml	- Vomiting ที่มีสาเหตุมาจาก intestinal obstruction, fistula discharge, ascites ที่เกิดในผู้ป่วย cirrhosis และมะเร็ง (carcinomatosis peritonei) Dose: 300-600 micrograms/24 hours - Intractable diarrhea Dose: 50-500 micrograms/24 hours maximum 1,500/24 hours	• ออกฤทธิ์ช่วยลดการหลั่งสารน้ำ (antisecretory agent) ในระบบทางเดินอาหาร (GI tract) • ไม่สามารถรักษาภาวะคลื่นไส้ (nausea) ได้ • Third line choice ภายหลังให้ยา antiemetics และ anticholinergic แล้วไม่ตอบสนอง • ผสม 0.9% NaCl จะเกิด site reaction น้อยกว่า	0.9 NSS	SWI
12.Ondansetron (sandostatin) 2 mg in 1 ml	- Nausea and Vomiting ที่มีสาเหตุภายหลัง surgery, chemotherapy และ radiotherapy - Intractable vomiting ที่มีสาเหตุมาจาก cerebral และ chemical causes - Opioid induced pruritus - Pruritus ที่มีสาเหตุมาจาก uremia และ cholestasis Dose: 16-32 mg/24 hours	• ลองให้ 8 mg sc bid-tid เป็นเวลา 3 วันถ้าไม่ได้ผลหยุดให้ ถ้าได้ผลควรให้ต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง • Moderate-severe hepatic impairment ให้ในขนาดไม่เกิน 8 mg/24 hours	0.9 NSS	SWI
13. Omeprazole (Losec) 40 mg in 5 ml	- Dyspepsia and gastric irritation (NSAID induced) - Epigastric pain, Heartburn and regurgitation Dose: single daily dose 40 mg/3-4 hours	• ผสมกับ NSS ให้เป็น 100 mL CSCI in 3-4 hours วันละครั้ง • ไม่ควรให้ร่วมกับยาชนิดอื่น	0.9 NSS	
14. Phenobarbital 200 mg in 1 ml	- Epilepsy (not absence seizure), status epilepticus Dose: 100 mg IV stat (dilute 10 เท่า) and then 200-400 mg/24 hours - Agitation at the end of life in refractory cases Dose: initial 100-200 mg IV (dilute 10 เท่า) หลังจากนั้น sc 200-600 mg/24 hours	• ไม่ควรให้ทางใต้ผิวหนังโดยผสมร่วมกับยาตัวอื่น • ไม่ควร bolus ควรให้แบบ CSCI	0.9 NSS	SWI
15.Ranitidine 150 mg in ml	- Dyspepsia and gastric irritation (NSAID induced) - ช่วยลดปริมาณของ gastric content Dose: 200-600 mg/24 hours	• ให้ทางใต้ผิวหนังผสมร่วมกับยาตัวอื่นได้เป็นบางตัวเท่านั้น • กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาตับและไตอาจทำให้ plasma concentration ของยา fentanyl และ midazolam เพิ่มขึ้นได้ • ลดขนาดลงเหลือ 150 mg/24 hours ถ้าพบว่า มี renal impairment	0.9 NSS	SWI

ตารางที่ 15-2 การบริหารยา Combination drugs used in a subcutaneous infusion over 24 hours in PC

MO ผสมกับยาอื่นๆ	ตัวทำละลาย	
Morphine, Haloperidol	0.9 NSS	SWI
Morphine, Hyoscine butylbromide	SWI	
Morphine, Metoclopramide	0.9 NSS	SWI
Morphine, Midazolam	0.9 NSS	SWI
Morphine, Octreotide	0.9 NSS	SWI
Morphine, Ondansetron	0.9 NSS	
Morphine, Haloperidol, Metoclopramide	0.9 NSS	SWI
Morphine, Haloperidol, Hyoscine butylbromide	0.9 NSS	SWI
Morphine, Haloperidol, Midazolam	0.9 NSS	
Morphine, Haloperidol, Octreotide	0.9 NSS	SWI
Morphine, Hyoscine butylbromide, Midazolam	0.9 NSS	SWI
Morphine, Hyoscine butylbromide, Octreotide	0.9 NSS	SWI
Morphine, Hyoscine butylbromide, Ondansetron	0.9 NSS	
Morphine, Metoclopramide, Midazolam	0.9 NSS	
Morphine, Metoclopramide, Haloperidol	0.9 NSS	SWI
MO ผสมกับยาอื่นๆ	ตัวทำละลาย	
Morphine, Metoclopramide, Ranitidine	0.9 NSS	
Morphine, Metoclopramide, Octreotide	0.9 NSS	
Morphine, Metoclopramide, Ondansetron	0.9 NSS	
Morphine, Midazolam, Octreotide	0.9 NSS	
Morphine, Midazolam, Ondansetron	0.9 NSS	
Morphine, Midazolam, Haloperidol, Metoclopramide*	SWI	
Fentanyl ผสมกับยาอื่นๆ	ตัวทำละลาย	
Fentanyl, Haloperidol	SWI	
Fentanyl, Ketololac	SWI	
Fentanyl, Midazolam	0.9 NSS	
Fentanyl, Metoclopramide	SWI	
Fentanyl, Ondansetron	0.9 NSS	
Fentanyl, Midazolam, Metoclopramide	SWI	
Fentanyl, Midazolam, Haloperidol	0.9 NSS	
Fentanyl, Midazolam, Hyoscine butylbromide	0.9 NSS	
Ketamine และยาอื่นๆ ผสมกัน	ตัวทำละลาย	
Ketamine, Dexamethazone	0.9 NSS	
Ketamine, Fentanyl	SWI	
Ketamine, Midazolam	0.9 NSS	
Ketamine, Morphine	0.9 NSS	
Ketamine, Haloperidol	0.9 NSS	
Ketamine, Metoclopramide	0.9 NSS	
Ketamine, Metoclopramide, Midazolam	0.9 NSS	
Ketamine, Morphine, Midazolam	0.9 NSS	SWI
Ketamine, Haloperidol, Midazolam	SWI	
Ketamine, Haloperidol, Morphine	0.9 NSS	

ตารางที่ 15-2 การบริหารยา Combination drugs used in a subcutaneous infusion over 24 hours in PC (ต่อ)

ยาอื่นๆ ผสมกัน	ตัวทำละลาย	
Haloperidol, Hyoscine butylbromide	0.9 NSS	
Haloperidol, Metoclopramide	0.9 NSS	
Haloperidol, Midazolam	0.9 NSS	
Haloperidol, Ondansetron	0.9 NSS	
Haloperidol, Octreotide	0.9 NSS	
Hyoscine butylbromide, Metoclopramide	SWI	
Hyoscine butylbromide, Midazolam	0.9 NSS	
Metoclopramide, Midazolam	0.9 NSS	
Metoclopramide, Octreotide	0.9 NSS	SWI
Metoclopramide, Ondansetron	0.9 NSS	
Metoclopramide, Ranitidine	0.9 NSS	
Midazolam, Ondansetron	0.9 NSS	
Octreotide, Ondansetron	0.9 NSS	SWI
Haloperidol, Hyoscine butylbromide, Midazolam	0.9 NSS	
Haloperidol, Hyoscine butylbromide, Metoclopramide	0.9 NSS	
Haloperidol, Hyoscine butylbromide, Ranitidine	0.9 NSS	
Haloperidol, Metoclopramide, Midazolam	0.9 NSS	
Haloperidol, Metoclopramide, Octreotide	0.9 NSS	
Haloperidol, Metoclopramide, Ranitidine	0.9 NSS	SWI
Haloperidol, Midazolam, Octreotide	0.9 NSS	
Hyoscine butylbromide, Metoclopramide, Midazolam	0.9 NSS	
Metoclopramide, Midazolam, Ranitidine	0.9 NSS	
Ketololac, Ranitidine	0.9 NSS	

การให้ยาใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้เครื่อง Syringe driver

เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care setting) มีข้อดีดังนี้

- เป็นวิธีการให้ยาในเชิงรุกผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการดูแลได้ง่าย เพื่อควบคุมอาการไม่สบายต่างๆ โดยสามารถให้ยาได้หลากหลายชนิดและช่วยให้ระดับยาที่ใช้ในการจัดการอาการอยู่ในร่างกายคงที่และต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดพิษจากการให้ยา (toxic effects) ได้น้อย
- ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย สะดวก เพราะมีขนาดเล็ก น้ำหนักเบา
- สามารถควบคุมอัตราการไหลได้โดยการดันลูกสูบกระบอกฉีดขนาด 20 ml ให้เคลื่อนที่ได้ด้วยการใช้ถ่านแบตเตอรี่
- มีหน่วยเป็นระยะทางมิลลิเมตรต่อชั่วโมง (mm/hr) แตกต่างจากเครื่องให้ยาทางหลอดเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปมีหน่วยเป็นปริมาตรยา มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (ml/hr)

ขั้นตอนการให้ยาโดยใช้เครื่อง Syringe driver

- เบิกยาฉีดและอุปกรณ์กลับบ้าน (0.9 NSS, WFI, disposable syringe ขนาด 1, 20 ซีซี) ให้พอใช้
- บันทึกจำนวนยา opioids ที่เบิกกลับบ้านลงในสมุดประจำตัวการให้ยาได้ผิวหนังผู้ป่วยแบบประทับประคองที่บ้าน
- ประสานส่งต่อเครือข่ายเพื่อผสมยาให้ทุกวัน บันทึกการให้ยาลงในสมุดประจำตัวการให้ยาได้ผิวหนังผู้ป่วยแบบประทับประคองที่บ้าน เก็บซากยา และลงเยี่ยมบ้าน
- สอน/ให้คำแนะนำผู้ดูแลดังนี้
 - วิธีการใช้เครื่อง syringe driver ให้ลองฝึกปฏิบัติจริงเพื่อเกิดความมั่นใจ แจกคู่มือการใช้เครื่อง syringe driver สำหรับผู้ดูแลเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน
 - การประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ถ้าบอกได้ให้สอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง แต่ถ้าไม่สามารถบอกได้ คอยสังเกตจากพฤติกรรม อาการทางกาย หรือผู้ป่วยพักผ่อนไม่ได้ ควรโทรปรึกษาพยาบาลทีมดูแลประทับประคอง
 - วิธีการฉีดยา bolus dose การปรับ rate ยาขึ้น-ลง เวลามีอาการไม่สุขสบายระหว่างวัน
 - ตรวจสอบการทำงานของเครื่องทุกวัน ไฟกระพริบบนหน้าจอของเครื่องขณะใช้งานอย่างสม่ำเสมอ เมื่อแบตเตอรี่หรือยาใกล้หมดคอยสังเกตเสียงสัญญาณดังต่อเนื่องติดต่อกัน
 - การสังเกต site reaction
 - ยาผสมแล้วยังไม่ได้ใช้ เก็บในตู้เย็น ควรใช้ภายใน 24-48 ชั่วโมง แต่ไม่ควรเกิน 72 ชั่วโมง
 - ควรเปลี่ยนกระบอกฉีดยาเมื่อผสมยาใหม่ทุกครั้ง
 - ตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับและสังเกตลักษณะยาที่ผสมในกระบอกยาทุกวัน หากมีลักษณะขุ่น ตกตะกอน หรือมีสีเปลี่ยนไป ควรเปลี่ยนยาใหม่ทันที
 - บันทึกอาการผิดปกติที่พบ เวลาที่ให้ยาระหว่างวัน และอื่นๆ ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ทุกครั้ง
- ทีมประทับประคองโทรศัพท์ติดตามอาการทุกวัน และดูแลต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต
- ครอบครัวสามารถเข้าถึงคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากทีมประทับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- หลังผู้ป่วยเสียชีวิตนำซากยา opioids ที่เหลือและอุปกรณ์มาคืน

การเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยา

- กระบอกฉีดยา ขนาด 20 ml
- กระบอกฉีดยาอินซูลิน ขนาด 1 ml (ถอดหัวเข็มได้)
- เข็มฉีดยาเบอร์ 18 G สำหรับดูดยา
- 0.9% NaCl หรือ WFI
- เข็มปีกผีเสื้อ (Butterfly scalp vein needle) ขนาด 23 - 25 จำนวน 1 อัน
- สำลีชุบ 70 % แอลกอฮอล์
- สายต่อ (Extension tube) ขนาดสั้น หรือ ขนาดยาว

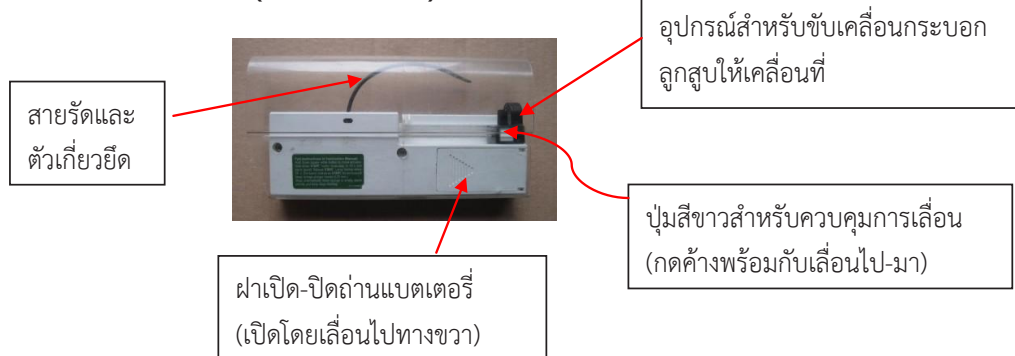
- ถ่านอัลคาไลน์สี่เหลี่ยมขนาด 9 vole จำนวน 1 ก้อน (ใช้ได้ประมาณ 30 วัน) สำหรับรุ่น Graseby MS16, Graseby MS26, Farafan และ Infusa-T
- ถ่านอัลคาไลน์ 3A จำนวน 6 ก้อน (ใช้ได้ประมาณ 7 วัน) สำหรับรุ่น Tharapump 20
- พลาสเตอร์ชนิดบางสำหรับติดผิวหนัง เช่น Traspore หรือ Tegaderm ขนาด 6 x 7 cm.
- ยาต่างๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ฉลากยา ที่บันทึกรายละเอียดคำสั่งการรักษา

ตัวอย่าง ผู้ป่วยรายหนึ่งเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต เริ่มกลืนยาเม็ดไม่ได้ มีปัญหาปวด หายใจไม่อึดและเพ้อสับสน ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แพทย์ควบคุมอาการไม่สุขสบายโดยให้ยาดังนี้

- Morphine 30 mg + Midazolam 10 mg + Haloperidol 5 mg
- Morphine 5 mg for breakthrough pain q 2 hr

การใช้เครื่อง Syringe driver รุ่น แกรสบี MS 16

ส่วนประกอบเครื่อง (ด้านหลังเครื่อง)



ใช้ถ่านอัลคาไลน์ขนาด 9 โวลต์ จำนวน 1 ก้อน

ขั้นตอน

1. เปิดตาราง Syringe Driver Drug Compatibility Practice Guideline ในคู่มือการให้ยาใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับทีมสุขภาพเพื่อตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา และเลือกตัวทำละลายที่เหมาะสม พบว่ายาทั้ง 3 ชนิดคือ Morphine Midazolam และ Haloperidol สามารถผสมรวมกันได้ ตัวทำละลายที่เหมาะสมได้ทั้ง 0.9% NaCl และ sterile water for injection (แต่เลือกใช้ 0.9% NaCl เป็นตัวทำละลายอันแรกที่เหมาะสมที่สุดตามหลักฐานการวิจัย)

2. คำนวณปริมาณยาแต่ละชนิดที่ต้องผสมรวมกัน และตัวทำละลาย 0.9% NaCl ตามแผนการรักษา ดังนี้

Morphine 30 mg = 3 ml

Midazolam 10 mg = 2 ml

Haloperidol 5 mg = 1 ml

Total = 6 ml

3. วิธีคำนวณปริมาณตัวทำละลายที่ต้องใช้คือ ปริมาณยา + ตัวทำละลาย (0.9% NaCl) รวมกันทั้งหมดต้องให้ได้ 15 ml ** เพราะเมื่อนำไปเทียบวัดข้างเครื่องจะได้ความยาว 5 ช่วงขีดเท่ากับความยาว 50 mm

ยาทั้งสามตัวรวมกัน = 6 ml

ดังนั้นต้องใช้ 0.9 NaCl = $15 - 6 = 9$ ml

4. ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 20 ml ดูดตัวทำละลาย (0.9% NaCl) จำนวน 9 ml หลังจากนั้นดูดยาทั้งสามชนิด 6 ml (Morphine 3 ml + Midazolam 2 ml + Haloperidol 1 ml) ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

5. เครื่องสามารถกำหนดอัตราการไหลได้ตั้งแต่ 0 - 99 mm/ hr

6. ความยาว = 50 mm กำหนดอัตราการไหล 2 mm/hr ยาใน syringe จะหมดภายใน $50 \div 2 =$ ประมาณ 24 ชั่วโมง

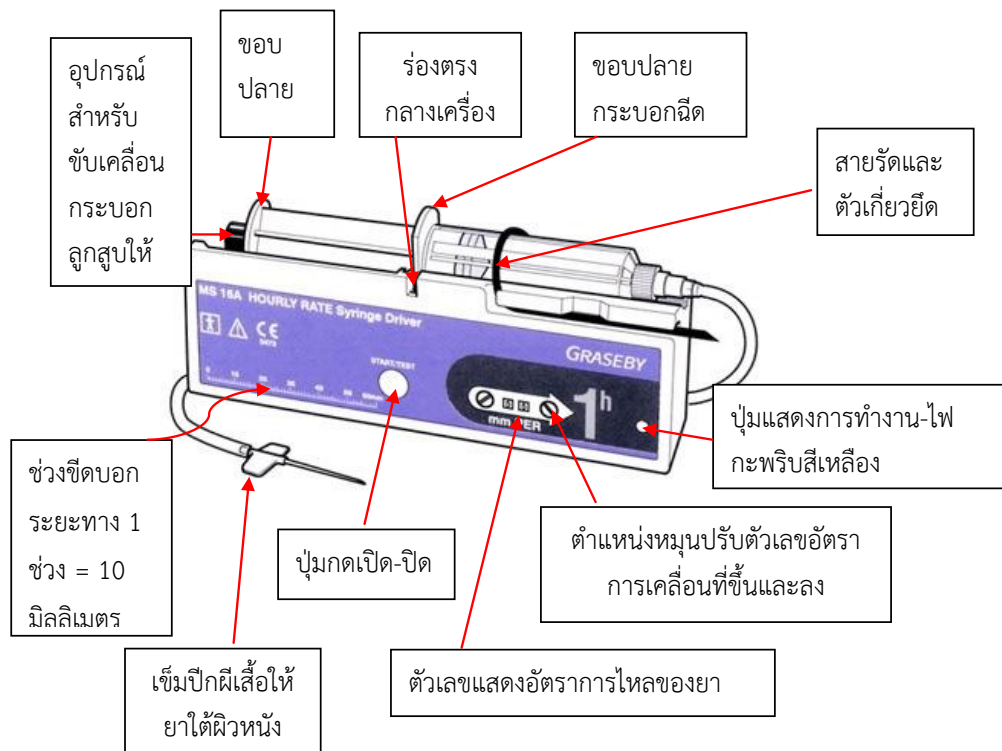
* ข้อควรระวังในการผสมยาครั้งแรกต้องผสมยาให้มากกว่า 15 ml เพื่อให้ไล่อากาศในสายต่อ Extension tube และสาย scalp vein ด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความยาวของอุปกรณ์ที่ใช้

- Extension tube สั้น ใช้น้ำไล่อากาศ ประมาณ 2.5 ml
- Extension tube ยาว ใช้น้ำไล่อากาศ ประมาณ 2 ml
- Scalp vein ใช้น้ำไล่อากาศ ประมาณ 0.5 ml

7. ต่อ Extension และ scalp vein เข้ากับกระบอกฉีดยา ให้แน่นแล้วดันลูกสูบกระบอกฉีดยาเพื่อไล่อากาศออกจากสาย Extension และ scalp vein

8. ใส่ถ่านแบตเตอรี่ก่อนใช้งาน โดยอยู่ตำแหน่งบริเวณด้านหลังเครื่อง เปิดฝาโดยการเลื่อนทางเดียวกับลูกศร ใส่ให้ตรงขั้วบวก-ลบ จะมีเสียงสัญญาณดังต่อเนื่องแสดงว่าเครื่องพร้อมทำงาน รอสักครู่เสียงจะหายไป

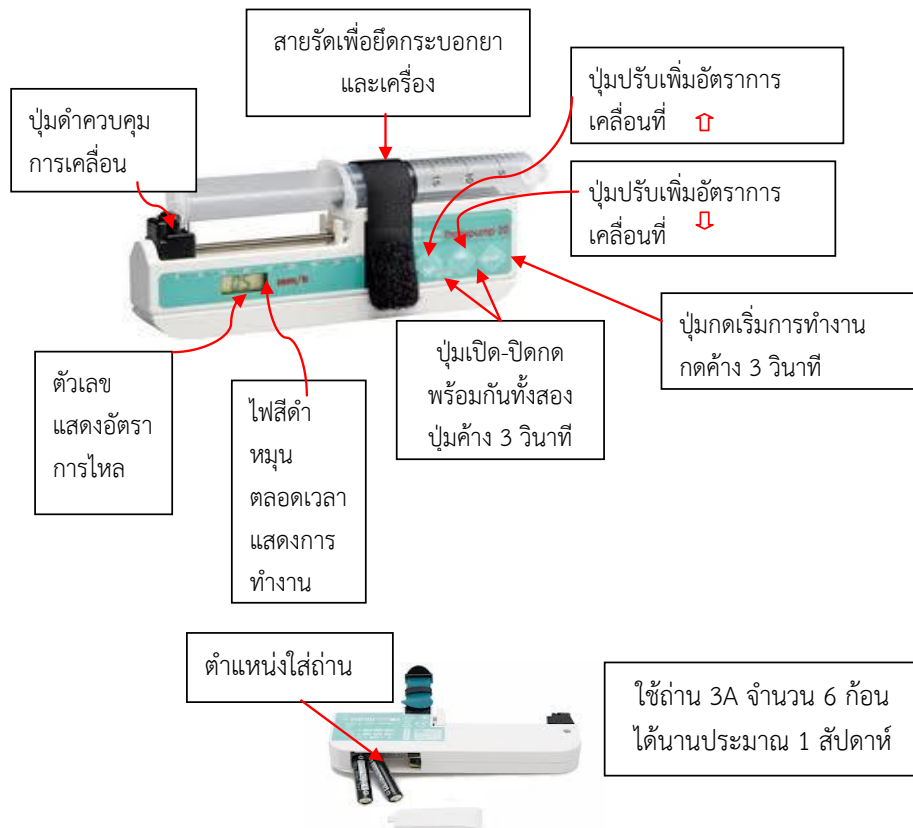
9. นำกระบอกยาที่มียาและตัวทำละลายที่ผสมกันไว้แล้วจำนวน 15 ซีซี มาต่อกับเครื่อง โดยปฏิบัติดังนี้



- 10.1 เลื่อนหรือถอย “อุปกรณ์สำหรับขับเคลื่อนกระบอกลูกสูบให้เคลื่อนที่” (โดยกดปุ่มขวาสำหรับควบคุมการเคลื่อนค้ำงพร้อมกับออกแรงเลื่อน) ออกมา หลังจากนั้นกระเษะให้พอดีระหว่าง “ขอบปลายกระบอกลูกสูบยา” และ “ขอบปลายกระบอกยา”
- 10.2 วาง “ขอบปลายกระบอกลูกสูบยา” ให้ลึงลือคพอดีกับ “อุปกรณ์สำหรับขับเคลื่อนกระบอกลูกสูบให้เคลื่อนที่”
- 10.3 วาง “ขอบปลายกระบอกยา” ให้ลึงลือคพอดีกับ “ร่องตรงกลางเครื่อง”
- 10.4 ใช้สายรัดเกี่ยวหรือคล้องเพื่อยึดกระบอกฉีดยาให้ติดกับตัวเครื่อง
10. เปิดเครื่องให้ยาโดยการกดปุ่มเปิด-ปิดสีขาว (start/test) ด้านหน้าเครื่องเพื่อเริ่มการทำงาน
11. ตั้งอัตราการเคลื่อนที่ของยา โดยใช้อุปกรณ์ หมุนให้ได้ตัวเลขอัตราเคลื่อนที่ตามที่ต้องการ ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นที่ 2 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง และสามารถปรับเพิ่มได้ตามอาการที่เปลี่ยนแปลงไป (สามารถกำหนดอัตราการไหลได้ตั้งแต่ 0 - 99 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง) โดยก่อนการปรับยาต้องโทรปรึกษาทีมดูแลประคัประคองทุกครั้ง
12. ขณะใช้งาน ควรตรวจสอบการทำงานของเครื่องเป็นระยะ โดยตรวจสอบได้จากมีไฟสีเหลืองกระพริบบนหน้าจอทุก 1 วินาที
13. ถ้่า่านแบตเตอรี่หรือยาหมดจะมีสัญญาณดังต่อเนื่องเตือน เหมือนตอนใส่ถ่าน ให้ปิดเครื่องก่อน เปลี่ยนถ่านใหม่ทุกครั้ง
14. ปิดเครื่องได้โดยการเอาถ่านออก

รุ่นธาราปั๊ม (Thalapump 20)

ส่วนประกอบเครื่อง



ขั้นตอนการใช้เครื่องธาราปั๊ม

1. ใส่ถ่านแบตเตอรี่ก่อนใช้งาน (ใช้ถ่าน 3A จำนวน 6 ก้อน)
2. วิธีคำนวณปริมาณตัวทำละลายที่ต้องใช้คือ ปริมาณยา + ตัวทำละลาย (0.9% NaCl) รวมกันทั้งหมดต้องให้ได้ 22 ml ** เหตุผลที่ต้องรวมกันแล้วต้องให้ได้ 22 ml เพราะเมื่อนำไปเทียบวัดข้างเครื่องจะได้ความยาว 7 ช่วง ซิดเท่ากับ ความยาวประมาณ 72 mm

ยาทั้งสามตัวรวมกัน	=	6 ml
ดังนั้นต้องใช้ 0.9 NaCl	=	22 - 6 = 16 ml
3. ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 20 ml ดูดตัวทำละลาย (0.9% NaCl) จำนวน 16 ml หลังจากนั้นดูดยาทั้งสามชนิด 6 ml (Morphine 3 ml + Midazolam 2 ml + Haloperidol 1 ml) ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

* ข้อควรระวังในการผสมยาครั้งแรกต้องผสมยาให้มากกว่า 22 ml เพื่อไล่อากาศในสายต่อ Extension tube และสาย scalp vein ด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความยาวของอุปกรณ์ที่ใช้

 - Extension tube สั้น ใช้น้ำไล่อากาศ ประมาณ 2.5 ml
 - Extension tube ยาว ใช้น้ำไล่อากาศ ประมาณ 2 ml
 - Scalp vein ใช้น้ำไล่อากาศ ประมาณ 0.5 ml

4. นำกระบอกยาที่มียาและตัวทำละลายที่ผสมกันไว้แล้วจำนวน 22 ซีซี มาต่อกับเครื่อง ดังนี้
 - 4.1 เลื่อนหรือถอย “อุปกรณ์สำหรับขับเคลื่อนกระบอกลูกสูบให้เคลื่อนที่” (โดยกดปุ่มดำค้างพร้อมกับออกแรงเลื่อน) ออกมา หลังจากนั้นกระระยะให้พอดีระหว่าง “ขอบปลายกระบอกลูกสูบยา” และ “ขอบปลายกระบอกยา”
 - 4.2 วาง “ขอบปลายกระบอกลูกสูบยา” ให้ลงลึกลงพอดีกับ “อุปกรณ์สำหรับขับเคลื่อนกระบอกลูกสูบให้เคลื่อนที่”
 - 4.3 วาง “ขอบปลายกระบอกยา” ให้ลงลึกลงพอดีกับ “ร่องตรงกลางเครื่อง”
 - 4.4 ใช้สายรัดคล้องเพื่อยึดกระบอกฉีดยาให้ติดกับตัวเครื่อง
5. เปิดและปิดเครื่องให้ยาโดยกดปุ่มเปิด-ปิดค้างไว้พร้อมกัน 3 วินาที
6. ตั้งอัตราการไหลของยา โดยปรับตัวเลขเพิ่ม/ลด ให้ได้อัตราไหลตามที่ต้องการ ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นที่ 3 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง (ยาจะหมดภายใน 24 ชั่วโมง) และสามารถปรับเพิ่มได้ตามอาการที่เปลี่ยนแปลงไป (สามารถกำหนดอัตราการไหลได้ตั้งแต่ 3 - 99 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง) โดยก่อนการปรับยาต้องโทรปรึกษาทีมดูแลระดับประคองทุกครั้ง
7. ขณะใช้งาน ควรตรวจสอบการทำงานของเครื่องเป็นระยะ โดยตรวจสอบได้จากมีไฟสีดำนวนตลอดเวลา
8. ถ้าถ่านแบตเตอรี่หรือยาหมดจะมีสัญญาณดังต่อเนื่องเตือน เหมือนตอนใส่ถ่าน ให้ปิดเครื่องก่อน เปลี่ยนถ่านใหม่ทุกครั้ง

การให้สารน้ำใต้ผิวหนัง (Hypodermolysis)

เป็นการให้สารละลายอย่างต่อเนื่องเข้าไปในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ให้ได้ประมาณ 500-1,000 ml (ปกติจะใช้เวลาในการให้ตลอดคืน) ควบคุมอัตราการไหลได้ยาก โดยมีแพทย์เป็นผู้สั่งการรักษาและพยาบาลเป็นผู้บริหารการให้ การเริ่มต้นในการให้ยาทางใต้ผิวหนัง ควรพิจารณาการกลูกลามของโรค การพยากรณ์โรค และความต้องการของผู้ป่วยร่วมด้วย

1. ข้อกำหนดในการให้สารน้ำทางใต้ผิวหนังผู้ป่วยระยะท้าย มีดังนี้
 - ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำได้น้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ (dehydration) ได้แก่ อาการปากแห้ง ร่วมกับอาการอ่อนแรง หน้ามืดวิงเวียนเวลาปรับเปลี่ยนท่า (postural hypotension) และมีอาการกระหายน้ำ
 - มีปัญหาในการเปิดเส้นเลือดดำ (กำลังรอการทำการหัตถการในการเปิดเส้นเลือดใหม่ หรือไม่สามารถเปิดเส้นเลือดดำได้) ประเมินได้ว่าร่างกายขาดน้ำมากสามารถให้น้ำทางใต้ผิวหนังทดแทนก่อนได้
 - มีภาวะขาดน้ำ ส่งผลทำให้การทำงานของไตลดลง ยาต่างๆ ที่อยู่ในรูป active metabolites ไม่สามารถขับออกได้ โดยเฉพาะยากลุ่ม opioids เป็นสาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการ opioids toxicity ได้ เช่น สับสน (confusion) หรือเพ้อ (delirium) ได้
2. ข้อควรระวังในการให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง
 - ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ ความดันโลหิตต่ำ หรือมีอาการแสดงที่บ่งบอกว่าเริ่มมีภาวะไตวาย (pre-renal failure)
 - ผู้ป่วยที่ต้องการได้รับน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง
 - ผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ หรือมีปัจจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีภาวะน้ำเกิน (fluid overload) หรือมีภาวะบวม
 - ผู้ป่วยที่กำลังล้างไต (renal dialysis) เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน
3. ตำแหน่งที่เหมาะสมในการให้ สารน้ำทางใต้ผิวหนัง ได้แก่ บริเวณท้อง ต้นขา เหนือกระดูกไหปลาร้า (over scapula) และบริเวณหน้าอก (anterior chest wall)
 4. ผู้ป่วยแต่ละคนมีความสามารถในการดูดซึมสารน้ำได้ไม่เท่ากัน ควรปฏิบัติดังนี้
 - ตรวจสอบตำแหน่งและอาการเจ็บปวดบริเวณที่ให้ยาเป็นระยะๆ
 - เปลี่ยนตำแหน่งใหม่เมื่อพบว่าตำแหน่งที่กำลังให้สารน้ำเริ่มมีเนื้อเยื่อถูกทำลาย
 - แต่ละตำแหน่งควรได้พักอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
 - หยุดการให้สารน้ำ ถ้าพบว่ามีการรั่วซึมออกมาบริเวณรอบๆ ตำแหน่งที่ให้สารน้ำ
 - หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำในตำแหน่งที่มีผิวหนังถูกทำลาย บวม แผลเป็นหรือบริเวณที่เคยได้รับการฉายแสงมาก่อน บริเวณที่เคยผ่าตัดเต้านมหรือใกล้ๆ กับ stoma
 5. สารน้ำให้ทางใต้ผิวหนัง ได้แก่ 0.9 NSS, DNSS/2, DNSS/3 และ 5% DW
 6. อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับให้สารน้ำ ได้แก่ butterfly needle เบอร์ 23-25 และ IV set
 7. กรณีมีปัญหาเกี่ยวกับตำแหน่งที่ให้สารน้ำ อาจเลือกใช้ taflon cannula แทนการใช้ metal butterfly needle
 8. การให้สารน้ำทางใต้ผิวหนังควรเริ่มจากอัตราการไหลต่ำๆ ก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นได้ตามที่ต้องการ สามารถให้ได้สูงสุด 80-100 ml/hr ในแต่ละตำแหน่งของการให้สารน้ำทางใต้ผิวหนังไม่ควรเกินตำแหน่งละ 1,500 ml (ปกติปริมาณสารน้ำ 500 ml ใช้เวลาในการให้จนหมดประมาณ 8-12 ชั่วโมง ปริมาณสารน้ำ 1,000 ml ใช้เวลาประมาณอย่างน้อย 12-24 ชั่วโมง
- *ไม่ควรใช้ infusion pump ในการให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง

Key References:

1. Dickman A. Continuous Subcutaneous Infusions. In: Dickman A. editor. **Drug In Palliative Care**. New York : Oxford University Press Inc, 2010 : 50-52.
2. Eastern Metropolitan region palliative care consortium (Victoria) clinical working party. **Syringe driver drug compatibilities-practice guideline 2011**. [online] 2013 [cited 2013 September 14] Available from : [http:// www.pcvlibrary.asn.au.pdf](http://www.pcvlibrary.asn.au.pdf).
3. Murney P. To mix or not to mix – compatibilities of parenteral drug solution. **Australian Prescriber** [serial online] 2008; August 31 (4): 98-101.
4. National Health Service Greater Glasgow and Clyde. **Guidelines for the use of subcutaneous medications in palliative care for adults-primary care and hospices 2010**. [online] 2012 [cited 2012 November 24] Available from : [http:// www.palliativecareglasgow.info](http://www.palliativecareglasgow.info).
5. Smiths Medical. **Graseby MS 16A and MS26 Syringe Drivers Instruction Manual**. United Kingdom : 2011 Smiths Medical family of companies, 2011 : 6-37.

16. การดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Bereavement Care)

เป้าหมาย: ดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมแบบองค์รวมเพื่อให้สามารถก้าวผ่านกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักได้อย่างราบรื่น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลประคับประคองและทีมสุขภาพ

คำนิยาม: การดูแลครอบครัวที่เศร้าโศกจากการสูญเสียผู้ป่วยระยะท้าย มีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- ความเศร้าโศก (grief) หมายถึง ความรู้สึกตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ได้แก่ เศร้าสร้อย หม่นหมอง หดหู่ เสียใจ อาลัยรัก ไม่มีอะไรมาทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปได้ รู้สึกไม่มั่นคง/ปลอดภัยในชีวิตที่ต้องดำเนินต่อไป เนื่องจากการพลัดพราก/สูญเสียบุคคลที่รักและผูกพัน (loss)
- ความเศร้าโศกล่วงหน้า (anticipatory grief) หมายถึง ความเศร้าโศกที่เกิดจากการคาดการณ์ว่าตนเองหรือบุคคลที่รักกำลังจะต้องจากกัน เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นก่อนการสูญเสียจริง
- ความเศร้าโศกผิดปกติ (complicated grief) หมายถึง อารมณ์ความทุกข์โศกที่ไม่สามารถบรรเทาลงได้เมื่อเวลาผ่านไป ร้องไห้ ครุ่นคิดเกี่ยวกับผู้สูญเสียตลอดเวลา ฝันร้าย/นอนไม่หลับ แยกตัว รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย/ไม่มีคุณค่า ใช้สารเสพติด มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลที่รักได้

ขั้นตอน: การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการสูญเสียมี 3 ระยะ คือ

16.1 ระยะที่ 1 การดูแลก่อนการเสียชีวิตในระยะเวลา 3-6 เดือน

- 16.1.1 เริ่มประเมินเบื้องต้นตั้งแต่ได้รับการดูแลแรกจากทีมดูแลประคับประคอง ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึก นึกคิด/การตัดสินใจ สุขภาพผู้สูญเสีย ความสามารถในการเผชิญกับความตาย สิ่งที่ยังค้างคาใจ และ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ* ได้แก่
- มีสัมพันธ์ยาวนานและลึกซึ้งกับผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิต
 - มีความขัดแย้งกับผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีปัญหาย่างยากซับซ้อน
 - ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช
 - อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตในทุกด้าน
 - ปฏิเสธตอบสนองต่อความสูญเสียที่รุนแรง (เก็บตัว โกรธที่รุนแรง โทษตัวเอง)
 - ตกงาน/บ้านเรือนเสียหาย/เจ็บป่วย หย่าร้าง ขาดแหล่งสนับสนุน
 - เกิดการสูญเสียขึ้นในเวลาอันใกล้เคียงกัน สูญเสียซ้ำซ้อน (เคยสูญเสียบุคคลที่รักภายในระยะเวลา 1 ปีหรือสูญเสียคนที่รัก 2 คนภายในเวลา 3 ปี)
 - ผู้ดูแลอยู่ในวัยเด็กหรือหนุ่ม-สาวหรืออยู่ในวัยสูงอายุอย่างใดอย่างหนึ่ง
- 16.1.2 ให้กำลังใจและให้เวลาในการรับฟังปัญหา/ความต้องการของญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก
- 16.1.3 ให้ข้อมูลสำคัญและจำเป็นแก่การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ ช่วยประสานให้ได้มีโอกาสได้สื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อซักถามเรื่องการรักษา

- 16.1.4 ช่วยดูแลอาการไม่สบายด้านร่างกายของผู้ป่วยไม่ให้ปวดและทรมาณ
- 16.1.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดและเขียนบทวนเรื่องราวที่ผ่านมาในชีวิต
- 16.1.6 เสนอการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (group support) ซึ่งทีมประคับประคองได้จัดบริการทุก 2 สัปดาห์เพื่อเปิดโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับครอบครัวอื่นที่เผชิญปัญหาคล้ายคลึงกัน
- 16.1.7 ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวที่จะต้องเผชิญเหตุการณ์ในช่วงใกล้เสียชีวิต
- 16.1.8 กรณีประเมินได้ว่ามีความเศร้าโศกล่วงหน้า สื่อสาร/พูดคุยวางแผนเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น จะช่วยให้เศร้าโศกลดลงเมื่อเกิดการสูญเสียจริง
- 16.1.9 ตระหนักว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุหรือมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิม การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องนาน 5-7 วัน อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้

16.2 ระยะที่ 2 การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตภายใน 24-48 ชั่วโมง

- 16.2.1 ประเมินความเข้าใจ การเตรียมพร้อม ระดับความรุนแรง และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัว
- 16.2.2 เปิดโอกาสให้ญาติได้โทรศัพท์ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลให้มีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างดี ตามมาตรฐาน หากมีการเปลี่ยนแปลงจะรีบแจ้งให้ทราบ
- 16.2.3 ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจในขณะผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต
- 16.2.4 ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมถึงอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- 16.2.5 สอบถามครอบครัวว่าต้องการให้แจ้งใครบ้างเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต
- 16.2.6 จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการผ่อนคลาย มีมุมสงบให้ได้พักผ่อนหรือพูดคุยระหว่างหมู่ญาติใกล้ชิด
- 16.2.7 อำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ/ตามความต้องการ
- 16.2.8 เปิดโอกาสให้ได้อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดจนลมหายใจสุดท้าย พยาบาลคอยอำนวยความสะดวก สนับสนุน ด้านจิตใจหรือเป็นที่ปรึกษาตามความเหมาะสม

16.3 ระยะที่ 3 การดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีและต่อเนื่องอีก 6-12 เดือนขึ้นกับสภาพปัญหา

- 16.3.1 ยืนยัน/แจ้งให้ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- 16.3.2 เข้าใจพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลและตอบสนองอย่างเหมาะสม
- 16.3.3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้เสียชีวิต (กรณีถ้ามีความพร้อม) เปิดโอกาสให้ได้บอกกล่าวและสัมผัสกันเป็นครั้งสุดท้าย
- 16.3.4 อยู่เป็นเพื่อน รับฟังรับฟังซึมซับรับรู้กับอารมณ์ของการสูญเสียในขณะนั้น
- 16.3.5 ดูแลตอบสนองตามความเชื่อ/ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย/ครอบครัวที่แสดงเจตนาไว้
- 16.3.6 ให้ข้อมูล/อำนวยความสะดวกในเรื่อง การเคลื่อนย้ายไปห้องเก็บศพ การแต่งหน้าศพ การฉีดยาศพ การจัดหาโลงศพ พิธีรดน้ำศพ การประสานรถนำส่งกลับบ้าน และการจัดงานศพ
- 16.3.7 ช่วยเหลือเรื่องเอกสารและหลักฐานเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ใบรับรองการตาย ใบรับรองแพทย์ ใบรับ-ส่งศพ การแจ้งตาย
- 16.3.8 แจกคู่มือในการปฏิบัติตัวเพื่อรับมือกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย
- 16.3.9 ร่วมพิธีศพตามสมควร เพื่อแสดงความเสียใจและประเมินการปรับตัวของครอบครัว

- 16.3.10 ควรมีการส่งการ์ดแสดงความเสียใจด้วยลายมือของทีมดูแลระดับประคอง
- 16.3.11 วางแผนติดตามครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติจากที่ประเมินได้ในระยะก่อนการเสียชีวิต 3-6 เดือน (ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น*) ร่วมกับปัจจัยอื่นดังนี้
- ไม่ได้อยู่ในขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
 - เจ็บป่วย/เสียชีวิตแบบกะทันหันโดยไม่คาดคิด
 - การเสียชีวิตที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติยศ เช่น โรคเอดส์ หรือโรคทางพันธุกรรมที่ร้ายแรง
 - ความเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนานเป็นการให้กับบุคคลอื่น
 - คิดว่าความตายที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้ หรือ ไม่พึงพอใจการให้บริการของทีมสุขภาพ
 - ผู้ป่วยหรือผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตเป็นลูกชาย/ลูกสาวซึ่งอายุน้อยกว่า 18 ปี
- 16.3.12 จากข้อ 16.3.11 ใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน หรือประสานงานกับทีมระดับประคองเครือข่ายใกล้เคียง เพื่อสอบถามชีวิตความเป็นอยู่ภายในครอบครัว การกลับเข้าสู่กระบวนการตามปกติ ความต้องการความช่วยเหลือจากทีม และการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูญเสีย เช่น ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เป็นต้น
- 16.3.13 ช่วยครอบครัวมองหาว่าอะไรทำให้สบายใจ เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์
- 16.3.14 แนะนำให้จัดการตนเอง (self-management) โดยให้เผชิญความรู้สึกที่แสดงออกมาด้วยตนเอง ให้อยู่กับปัจจุบัน ปลดปล่อยความเศร้าให้ค่อยๆ หายไป นอนพักผ่อนเพียงพอ ออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- 16.3.15 ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (grief counseling) เพื่อให้ครอบครัวได้ระบายความเศร้า นัดพบปะเพื่อจัดกิจกรรมระลึกถึงผู้ที่จากไปร่วมกัน หรือเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูญเสียก็จะทำให้เกิดการเยียวยาซึ่งกันและกัน
- 16.3.16 แนะนำให้รับมือกับความเศร้าโศก เช่น วันครบรอบเหตุการณ์สำคัญ ความรู้สึกความทรงจำที่มีร่วมกับผู้ตาย อาจเกิดอารมณ์เศร้ากลับมาได้เป็นปกติ
- 16.3.17 แนะนำแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ
- 16.3.18 ถ้าพบว่ามีปัญหาจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือโศกเศร้าผิดปกติติดต่อกันนานเกิน 6 เดือน
- แนะนำให้พบแพทย์เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต
 - การวางแผนนัดติดตามการรักษา

17. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยเครือข่ายดูแลประคับประคอง

เป้าหมาย: ให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างไร้รอยต่อ
ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลประคับประคองทุกระดับและชุมชน

คำนิยาม:

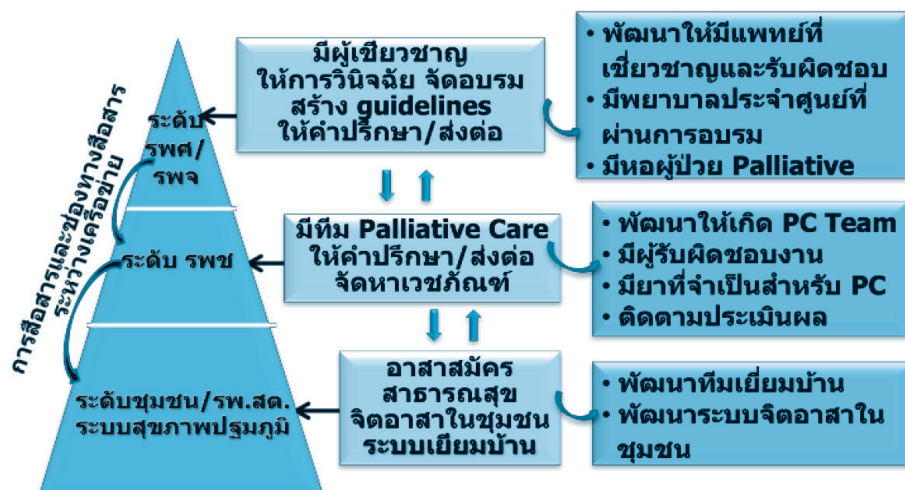
การดูแลในชุมชน: การดูแลสุขภาวะโดยทีมหมอครอบครัว ให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลต่อเนื่อง: คือการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงครอบครัวได้รับการติดตามเรื่องการสูญเสีย โดยมีการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ

เครือข่ายดูแลประคับประคอง: คือทีมดูแลประคับประคองตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และทีมสุขภาพในชุมชนซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ซึ่งสามารถเชื่อมต่อการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของสถานพยาบาลระดับต่างๆ

ผู้ป่วยระยะท้ายมักได้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง ซึ่งมักได้รับการวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นในโรงพยาบาลระดับใหญ่ และเมื่อโรคอยู่ในระยะท้ายมักจะได้รับการวินิจฉัยภาวะระยะท้ายที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด ดังนั้นโรงพยาบาลระดับใหญ่ ซึ่งคือโรงพยาบาลระดับจังหวัดมักมีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมากและซับซ้อนเนื่องจากบางรายยังมีการรักษาตัวโรคอยู่ เมื่อการรักษาล้มเหลวหรือจำเป็นต้องยุติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักกลับไปดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนมักมีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลไม่มาก แต่ส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยจำนวนมากอยู่ที่บ้าน บทบาทของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ จึงมีความแตกต่างกันทั้งในหน้าที่และการจัดระบบบริการดังในภาพ



ผู้ป่วยระยะท้ายจะสามารถดูแลที่บ้านได้เป็นอย่างดีจำเป็นต้องมีทีมสุขภาพในชุมชนที่ทำงานเป็นเครือข่าย โดยมีทีมสุขภาพของรพสต.ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านภายใต้การกำกับหรือการให้คำแนะนำจากทีมดูแลระดับประจักษ์ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลระดับจังหวัดมักต้องส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแลระดับประจักษ์ที่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีทีมที่รับส่งต่อและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างไร้รอยต่อ

ภาระงานทีมระดับประจักษ์ระดับโรงพยาบาลจังหวัด

มักมีผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมาก มีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่รักษาโรคเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประจักษ์ประจักษ์ จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายจะมีมากกว่าที่ทีมดูแลประจักษ์ของโรงพยาบาลจะให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นในโรงพยาบาลควรมีระบบคัดกรองและพัฒนาการดูแลแบบ Primary palliative care หรือ Palliative approach โดยพัฒนาให้เกิดการดูแลแบบประจักษ์ประจักษ์ในระบบ PCT ของแต่ละกลุ่มงานและให้มี Palliative care ward nurse ซึ่งได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ระดับที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ซับซ้อนได้ ในกรณีซับซ้อนที่มีอาการจัดการลำบากหรือยุ่งยากในการวางแผนการดูแลและต้องการการประสานงานหรือความช่วยเหลืออย่างมาก อาจปรึกษาส่งต่อให้ทีมดูแลประจักษ์ประจักษ์ของโรงพยาบาล

ทีมดูแลประจักษ์ประจักษ์ในระดับจังหวัดทำหน้าที่

- ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับทีมสุขภาพเจ้าของไข้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจะยังมีการรักษาตัวโรคและมักมีอาการซับซ้อน ทีมจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้และความเชี่ยวชาญที่จะจัดการปัญหาที่ซับซ้อน มีความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแล
- ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ของเครือข่าย
- ให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายในการจัดการอาการที่ซับซ้อน

ภาระงานทีมระดับประจักษ์ระดับโรงพยาบาลชุมชน

จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประจักษ์ประจักษ์มักพบในโรงพยาบาลชุมชนไม่มาก ทีมดูแลประจักษ์ประจักษ์มักสามารถจัดบริการและดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยอาจไม่ต้องมีระบบ Palliative care ward nurse เช่นเดียวกับระดับโรงพยาบาลจังหวัด

บทบาทของทีมดูแลประจักษ์ประจักษ์ระดับโรงพยาบาลชุมชนมีดังนี้

- เชื่อมต่อเครือข่ายกับรพสต.ในพื้นที่ซึ่งทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน จึงมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลรพสต.
- เป็นแหล่งจัดหาयरาระงับปวดกลุ่ม opioids ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver
- จัดการอบรมให้กับพยาบาลรพสต. อสม. องค์กรต่างๆ ในชุมชน

ภาระงานทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เป็นทีมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ให้การเยี่ยมบ้าน ทีมจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจหลักการการดูแลแบบประคับประคอง ทำงานภายใต้การกำกับของศูนย์ดูแลประคับประคองระดับโรงพยาบาลชุมชน ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชนโดยมีข้อบ่งชี้ที่ไม่ซับซ้อน (* ดูข้อบ่งชี้การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับอาสาสมัครชุมชน หน้า 17-6) ผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในชุมชนมักเป็นผู้ป่วยที่ยุติการรักษาตัวโรคและมีอาการไม่ซับซ้อน การดูแลจึงเป็นเรื่องของการดูแลจัดการอาการต่อเนื่อง การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณซึ่งชุมชนสามารถให้การดูแลได้ดีกว่าการอยู่ในโรงพยาบาล

บทบาทของพยาบาลทีมดูแลประคับประคองระดับรพสต.มีดังนี้

- ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชน
- ให้การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ
- ดูแลประสานให้ได้รับยาาระงับปวดอย่างต่อเนื่อง
- ประสานการดูแลกับทีมดูแลประคับประคองระดับโรงพยาบาลชุมชน
- จัดระบบจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- รณรงค์สร้างความตระหนักในชุมชนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี

ทั้งนี้ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองต้องสามารถเชื่อมต่อกันได้เป็นอย่างดี ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนจนถึงรพสต.ในชุมชน ถ้ามีเครือข่ายที่แข็งแรงและสามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างไร้รอยต่อผู้ป่วยระยะท้ายสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิต หลีกเลี่ยงการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งอาจทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ และการมีเครือข่ายที่แข็งแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการ

จากการที่เครือข่ายการดูแลในเขตสุขภาพที่ 7 ได้มีการพัฒนาเครือข่ายอย่างเข้มแข็งและสร้างระบบเชื่อมต่อได้อย่างครบวงจร ได้นำตัวอย่าง workflow การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ทีมดูแลประคับประคองเขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และได้จัดทำขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายกันสามารถนำไปเป็นต้นแบบใช้ได้

[illegible]

17-4

Workflow การตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง
สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7

ผู้รับผิดชอบ	การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่วิธีการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- พยาบาล PCU (PCWN) - PC nurse - พยาบาล PCU - อสม. - PCU nurse - อสม. - Primary Doctor (PCWN) - PC Team doctor - PCWN - PC team - PC Team - PC team - PC Team - PC team - PC nurse (PCWN) - Primary Doctor - PC Team	Screening <pre> graph TD Patient([ผู้ป่วย]) --> Community[ชุมชน] Patient --> OPD[OPD/NCD/IPD/ER] Patient --> IPD[IPD] Community --> ScreenComm[คัดกรองตามข้อบ่งชี้
สำหรับ อสม.] OPD --> ScreenOPD[คัดกรอง
ตามข้อบ่งชี้
(Inclusion criteria)] IPD --> ScreenIPD[คัดกรองตามข้อบ่งชี้
(Inclusion criteria)] ScreenComm --> DiagComm{วินิจฉัย
ว่าเป็นผู้ป่วย PC} ScreenOPD --> DiagOPD{วินิจฉัย
ว่าเป็นผู้ป่วย PC} ScreenIPD --> DiagIPD{วินิจฉัย
ว่าเป็นผู้ป่วย PC} DiagComm -- Yes --> FollowComm[ดูแลตาม
แนวทางปกติ] DiagComm -- No --> NeedHosp{จำเป็นต้องมา รพ.} DiagOPD -- Yes --> FollowOPD[ดูแลตาม
แนวทางปกติ] DiagOPD -- No --> StandComm[ดูแลตามมาตรฐาน PC] DiagIPD -- Yes --> FollowIPD[ดูแลตาม
แนวทางปกติ] DiagIPD -- No --> StandComm NeedHosp --> HomeVisit[ให้การเยี่ยมบ้าน
ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์] StandComm --> OPDCase[OPD Case] StandComm --> IPDCase[IPD Case] HomeVisit --> RegComm[ส่งข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ PC
ทางTel/Line ใน 24 ชั่วโมง
เพื่อลงทะเบียน] OPDCase --> RegComm IPDCase --> RegComm RegComm --> Final([ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
การดูแลแบบ PC]) </pre>	- ผู้ป่วย - ครอบครัว - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ครอบครัว - RN - RN - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว	- เกณฑ์การคัดกรองของ อสม. - Inclusion criteria ของสหราชฯ - Inclusion criteria ของ สหราชอาณาจักร - Doctor order - บันทึกทางการแพทย์ - progress note - OPD card - OPD card - Doctor order - Doctor order - บันทึกทางการแพทย์ - progress note - progress note - ใบรับรองแพทย์ - ใบรับรองแพทย์ - สารสนเทศ

* PCWN = Palliative Care Ward Nurse

PCN = Palliative Care Nurse

ข้อบ่งชี้การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับอาสาสมัครชุมชน

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการรักษาแบบประคับประคอง มักมีสมรรถนะถดถอย นิ่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่

อาสาสมัครชุมชนควรตรวจกรองผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้ เพื่อนำเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

ตารางที่ 17-1 ข้อบ่งชี้การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับอาสาสมัครชุมชน

โรค/ภาวะที่เคยได้รับการวินิจฉัย	ข้อบ่งชี้
โรคมะเร็ง	- มะเร็งระยะลุกลาม ยุติการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือรักษาไม่ได้ - อ่อนล้า สมรรถนะถดถอย นิ่งนอนเป็นส่วนใหญ่
โรคหัวใจ	- มีอาการหอบเหนื่อย หรือมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยมาก - หอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือแม้ไม่ทำกิจกรรม - เข้าโรงพยาบาลด้วยภาวะหอบจากหัวใจวายบ่อยๆ
โรคปอด	- โรคปอดเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบากแม้ในขณะพัก - ต้องได้รับออกซิเจนที่บ้านตลอดเวลา - มีการกำเริบ ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ
โรคตับ	- มีท้องมานระดับรุนแรง - มีประวัติอาเจียนเป็นเลือดต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ
โรคไต	- ไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการล้างไต ร่วมกับมีอาการไม่สบาย ปวด หอบเหนื่อย บวม ปัสสาวะน้อย - ผู้ป่วยที่ยุติการล้างไต
โรคสูงอายุสมองเสื่อม	- ไม่สามารถเคลื่อนไหวโดยปราศจากคนช่วยเหลือ - ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ขับถ่าย - ไม่สามารถกลืนอาหาร ปัสสาวะได้ - ไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย - มีปัญหาการกลืนต้องให้อาหารทางสายยาง - เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยจากภาวะปอดบวมจากการสูดสำลัก หรือภาวะติดเชื้อ
โรคหลอดเลือดสมอง	- อยู่ในภาวะเป็นผัก ไม่มีการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสาร - เคลื่อนไหวด้วยตัวเองไม่ได้ - กลืนอาหารไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง - เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยด้วยภาวะปอดบวมจากการสูดสำลัก - มีแผลกดทับขนาดใหญ่

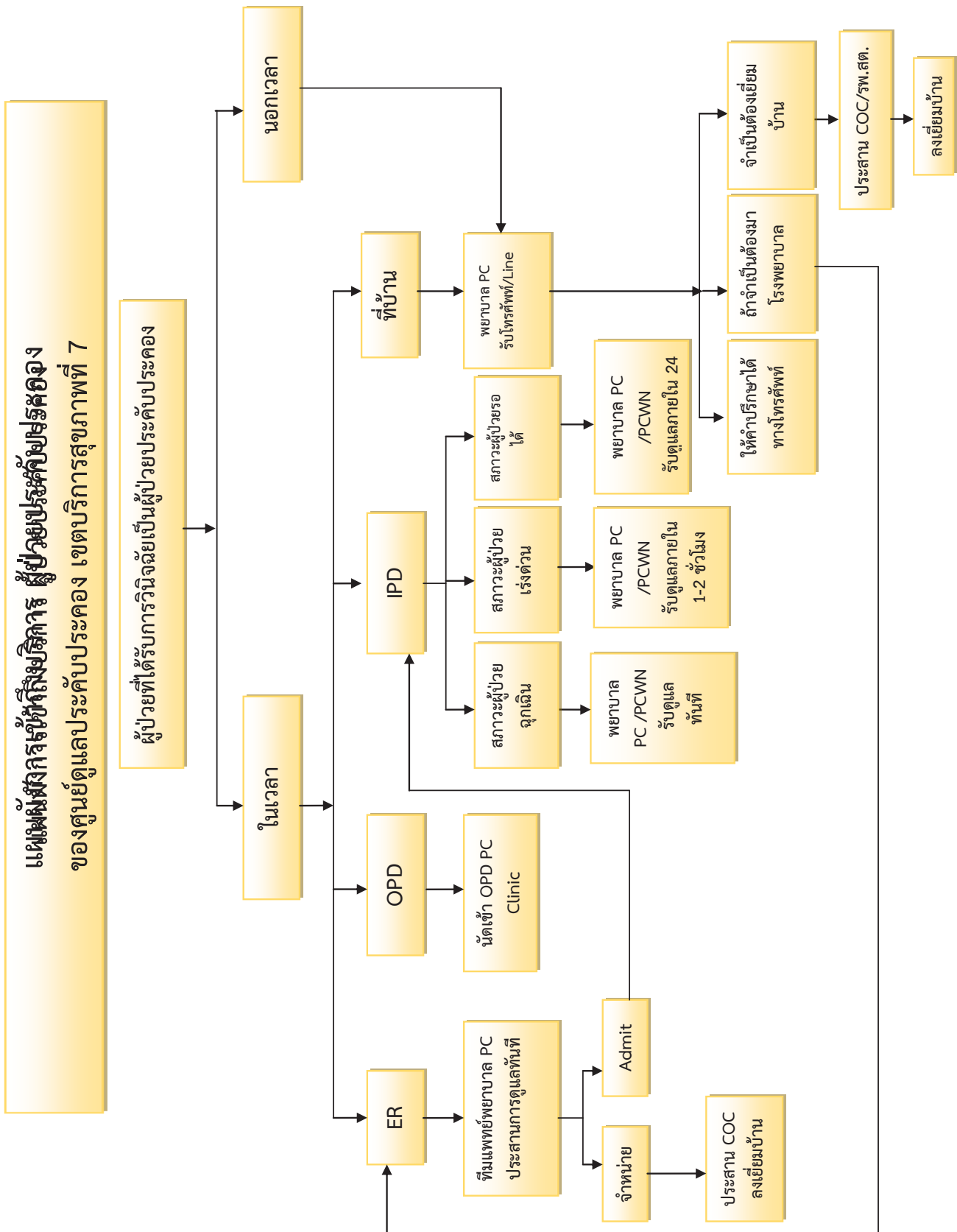
Workflow การให้คำปรึกษาและการให้บริการแบบประคับประคอง
ศูนย์ดูแลระดับประคองประจำโรงพยาบาล เขตบริการสุขภาพที่ 7

ผู้รับผิดชอบ	แผนผังการให้คำปรึกษาและการให้บริการแบบประคับประคอง ศูนย์ดูแลระดับประคองประจำโรงพยาบาล เขตบริการสุขภาพที่ 7	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- Primary Doctor - PCWN	<pre> graph TD Start([ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล]) --> Decision{เข้า Criteria การปรึกษา PC} Decision -- No --> FollowUp[ดูแลตามแนวทาง การดูแลตามปกติ] Decision -- Yes --> Assess[ประเมินอาการแรกเริ่ม กาย/จิตใจ/อารมณ์/สังคม/จิตวิญญาณ] Assess --> Plan[การวางแผนการดูแลร่วมกับทีมดูแลหลัก] Plan --> Branch1[ดูแลจัดการอาการทางกาย ปวดและอาการอื่นๆ] Plan --> Branch2[ให้ข้อมูล/คำปรึกษา ทำ ACP] Plan --> Branch3[ดูแลจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและดูแลครอบครัว] Branch1 --> Review[ให้การดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมดูแลหลัก] Branch2 --> Review Branch3 --> Review Review --> ReviewBox[ประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตาม PPS & Goal of Care] ReviewBox --> PPS30[PPS >30] ReviewBox --> PPS30_30[ใกล้เสียชีวิต PPS ≤ 30 ต้องการเสียชีวิตในรพ.] PPS30 --> PlanHome[วางแผนจำหน่าย ประเมินความพร้อม และจำหน่าย] PlanHome --> HomeOptions[นัด F/U OPD PC ส่งต่อเครือข่าย PC ใกล้บ้าน ติดตามและให้คำปรึกษา 24 ชม.] HomeOptions --> DyingHome[เข้าสู่ระยะ dying] DyingHome --> HomeDying[เยี่ยมบ้านเพื่อจัดการดูแลก่อนเสียชีวิตโดยเยี่ยมเอง/เครือข่าย] HomeDying --> DieHome[เสียชีวิตที่บ้าน] PPS30_30 --> DyingHosp[ดูแลตามแผนการดูแลในระยะ dying] DyingHosp --> DieHosp[เสียชีวิตในรพ.] DieHome --> Bereavement([ติดตามการปรับตัวของญาติหลังการสูญเสีย Bereavement care]) DieHosp --> Bereavement </pre>	- ผู้ป่วย - ครอบครัว	Inclusion criteria ของสหราชอาณาจักร
- PC Team - PCWN - Primary Doctor		- ผู้ป่วย - ครอบครัว	- แฟ้มประวัติผู้ป่วย - PPS - ESAS - แบบฟอร์มการตอบรับคำปรึกษาแพทย์/พยาบาล PC - Progress note - Nurse note
- PC Team - PCWN - Primary Doctor		- ผู้ป่วย - ครอบครัว	- PC D/C Checklist - Referral form - สมุดประจำตัว - คู่มือ แผ่นพับให้ความรู้ - แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ - ICP document
- PC Team - PCWN		- จนท. ห้องศพ - ครอบครัว	
พยาบาล PC		ครอบครัว	คู่มือการรับมือกับความโศกเศร้าสูญเสีย

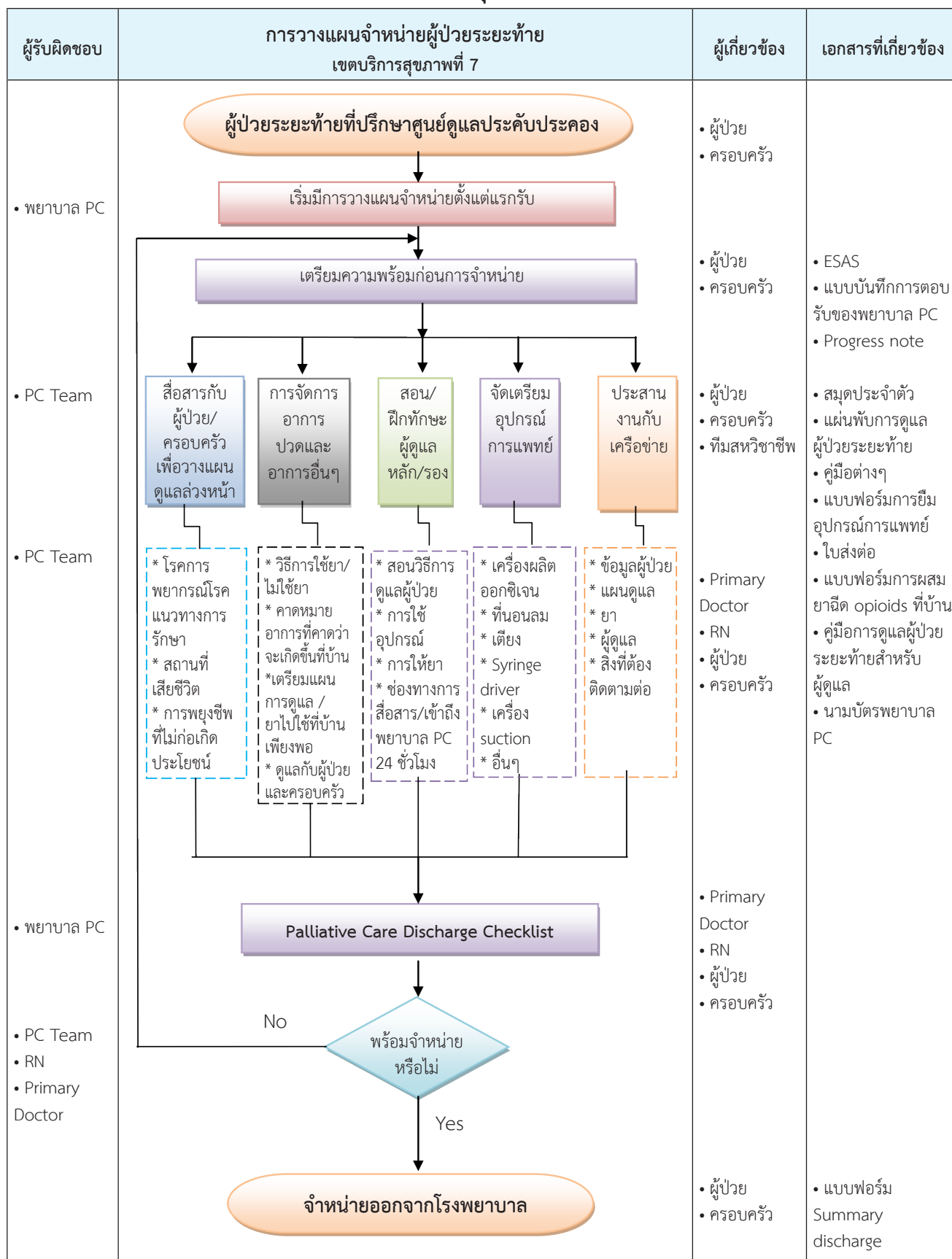
* PCWN = Palliative Care Ward Nurse

ICP = Integrated Care Pathway

Workflow การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยระดับประคอง
ของศูนย์ดูแลระดับประคอง เขตบริการสุขภาพที่ 7



Workflow การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย
เขตบริการสุขภาพที่ 7



Workflow การติดตาม/ส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้าย เขตบริการสุขภาพที่ 7

ผู้รับผิดชอบ	การติดตาม/ส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้าย เขตบริการสุขภาพที่ 7	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
• PC Team	ผู้ป่วยระยะท้ายที่พร้อมจำหน่าย ส่งต่อข้อมูลไปยัง รพ.สต. ให้เบอร์โทรศัพท์ที่ครอบครัวเข้าถึงได้ 24 ชั่วโมง ติดตามผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่องตาม PPS PPS ≥ 50 % - นัดผู้ป่วยหรือญาติมา F/U ที่ OPD PC ทุก 1-2 เดือน - โทรติดตามทุก 1-2 เดือน - ประสาน รพ. สต. เยี่ยมบ้าน PPS 30-40 % - นัดญาติมา F/U ที่ OPD PC ทุก 1-2 สัปดาห์ - โทรติดตามทุก 1-2 สัปดาห์ - เยี่ยมบ้านโดย รพ.สต. และ พยาบาล PC PPS 10 - 20 % - ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 24 ชม. - โทรศัพท์ติดตามทุกวัน - พยาบาล รพ.สต. เยี่ยมบ้านทุกวัน	• ผู้ป่วย • ผู้ดูแล • ทีมสุขภาพอื่นที่ร่วมดูแล	• ใบส่งต่อ • Care plan
• PC Team	ประเมินได้ว่าเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ทบทวนแผนการดูแลและ ACP โดยเฉพาะสถานที่เสียชีวิต เครือข่าย รพ.สต. แจ้งพยาบาล PC เพื่อประสานการดูแลและจัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต ประสานการดูแลต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต	• ผู้ป่วย • ครอบครัว	• ใบส่งต่อ • สมุดประจำตัว • สมุดประจำตัว • แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
• แพทย์ PCU • พยาบาล PC		• ผู้ป่วย • ครอบครัว	• สมุดประจำตัว • แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน • ใบรับศพ • ใบรับรองการตาย • คู่มือการรับมือกับการเศร้าโศกสูญเสีย
• พยาบาล PC	Bereavement care	• ผู้ป่วย • ครอบครัว	

Workflow การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้าน เขตบริการสุขภาพที่ 7

ผู้รับผิดชอบ	การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้าน เขตบริการสุขภาพที่ 7	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- PC Team - PCWN - PCU Nurse	<pre> graph TD A[ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน] --> B[ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล] A --> C[ผู้ป่วยอยู่บ้าน] B --> D[ทีมประเมินร่วมกันและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต] C --> D D --> E[ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ครอบครัวยืนยันขอเสียชีวิตที่บ้าน] E --> F[ให้การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิตครอบคลุมด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ] F --> G1[สื่อสารครอบครัว
- ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
- อาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้น วิธีการดูแล
- ความเข้าใจผิดในการให้สารน้ำและอาหาร] F --> G2[ยติยาที่ไม่จำเป็น
- เปลี่ยนวิถีในการให้ยา: Rectal, อมใต้ลิ้น หรือฉีดใต้ผิวหนัง
- โทรศัพท์ติดตามอาการทุกวัน] F --> G3[สอน/แนะนำผู้ดูแลถึงวิธีการดูแลให้ผู้ป่วยสบาย
- พลิกตัวทุก 8-12 ชม.
- Mouth care ทุก 2 ชม
- อาบน้ำเช็ดตัววันละ 1-2 ครั้ง] F --> G4[ดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม
วิญญาณ ความเชื่อ : เสนอพิธีสังฆทาน ขอมหา
- แนะนำสลั่กับผ่านอนตลอดคืน] G1 --> H[ดูแลต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต] G2 --> H G3 --> H G4 --> H H --> I[Bereavement care] </pre>	- ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - ผู้ป่วย - ครอบครัว - พระ ผู้นำทางศาสนา - อสม. - ครอบครัว	- แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต - สมุดประจำตัว ระบุแผนการดูแลล่วงหน้า - แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน - แบบบันทึกการให้ยาฉีดใต้ผิวหนังที่บ้าน - ใบยินยอมอุปกรณ์การแพทย์ การฉีกรักษา - แบบบันทึกการติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ - ใบรับรองแพทย์ - คู่มือการรับมือกับการเศร้าโศกสูญเสีย
- PC Team - PCU Nurse			
- PC Team - PCU Nurse			
- แพทย์ PC - PCU Nurse			

* PCWN = Palliative Care Ward Nurse

PCU = Palliative Care Unit

18. การพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคอง

เป้าหมาย: ให้เกิดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีมาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผู้รับผิดชอบ: ทีมดูแลระดับประคอง

การพัฒนาคุณภาพ: คือการที่สถานพยาบาลจัดระบบบริหารและระบบการทำงานให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ โดยเชื่อมโยงกับแนวทางตามมาตรฐานกำหนดไว้

ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคอง

เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย การจัดการบริการที่ผ่านมายังไม่มีระบบที่ชัดเจน ขึ้นกับทรัพยากรและความพร้อมของแต่ละองค์กร การดูแลแบบประคับประคองเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหลายวิชาชีพ และตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัว ในขณะที่การดูแลแบบประคับประคองได้เข้าสู่ service plan จึงมีศูนย์ดูแลระดับประคองเกิดขึ้นทั่วประเทศในทุกโรงพยาบาล แต่ความแตกต่างเรื่องคุณภาพยังมีอยู่มาก จึงมีความสำคัญในการกำหนดมาตรฐานการดูแล เพื่อให้เกิดการพัฒนาศูนย์ให้มีคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องมีระบบตรวจประเมินคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคองต่างๆ เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน

ประเทศไทยควรมีการกำหนดมาตรฐานศูนย์ดูแลระดับประคองเพื่อการประกันคุณภาพ เพื่อช่วยเป็นแนวทางให้ศูนย์ดูแลระดับประคองได้พัฒนามาตรฐานการดูแล

ข้อแนะนำในการดำเนินการด้านการดำเนินงานของศูนย์ดูแลระดับประคองในโรงพยาบาล

(Consensus Recommendations: Operational Features for Hospital Palliative Care Program)

ในสหรัฐอเมริกาในปีค.ศ.2008 ได้เริ่มมีการจัดทำขั้นตอนการประเมินคุณภาพของโครงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Certification for Palliative care program) และได้เริ่มการประเมินเพื่อประกันคุณภาพในปี ค.ศ. 2011 โดยมาตรฐานที่กำหนดในการประเมินได้ยึดตาม Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care ของ National Consensus Project และ National Framework and preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality ของ National Quality Forum Preferred Practices โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การบริหารโครงการ (Program Administration)

- ศูนย์ดูแลระดับประคองได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของรพ.
- มีหัวหน้าศูนย์ (program director) และงบประมาณ
- มีการรายงาน และการวางแผนในคณะกรรมการของโรงพยาบาล

ต้องมี

- บุคลากรของศูนย์สังกัดในโครงสร้างของรพ.
- กระบวนการดูแล ผลลัพธ์ และแผนกลยุทธ์ ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับพันธกิจของรพ.

ควรมี

- ระบบการดูแลระดับประคองแก่ผู้ป่วยหนักทุกคนทั้งโรงพยาบาลไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลระดับประคอง

ชนิดของบริการ (Type of Services)

อาจมีหอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก หรือจัดบริการแบบหน่วยเฉพาะ (Palliative care unit, geographic inpatient unit) เช่นพื้นที่พิเศษบนหอผู้ป่วย

ต้องมี:

- ผู้ป่วยในสามารถเข้าถึงการปรึกษาได้อย่างทั่วถึง

ควรมี:

- คลินิกนอกดูแลระดับประคอง (OPD PC) ในรพ. 300 เตียงขึ้นไป
- Geographic inpatient unit ในรพ. 300 เตียงขึ้นไป

การเข้าถึงบริการ (Availability)

สามารถเข้าถึงบริการตามปกติและในภาวะฉุกเฉิน

ต้องมี:

- เข้าถึงการปรึกษาสำหรับผู้ป่วยในได้ทุกวัน จ-ศ
- เข้าถึงการปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

ควรมี:

- การเข้าถึงการปรึกษาสำหรับผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง (รพ. 300 เตียงขึ้นไป)

บุคลากร (Staffing)

จำเป็นต้องมีบุคลากรเหล่านี้: แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำจิตวิญญาณ และอาจมี/เข้าถึงการปรึกษาบุคลากรด้านจิตเวช พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์สามารถตรวจกรองเบื้องต้น แต่ควรมีจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาเพื่อดูแลกรณีซับซ้อน

ต้องมี:

- งบประมาณสำหรับแพทย์ พยาบาลที่ต้องผ่านการอบรมระดับประกาศนียบัตรด้านดูแลระดับประคอง
- บุคลากรสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น ชุรการ

การประเมินผล (Measurement)

การนำเสนอหลักฐานที่แสดงให้เห็นคุณค่าของ PC ที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ผู้ขอรับการปรึกษาต่อผู้บริหารโรงพยาบาล มีความจำเป็นต่อความยั่งยืนและการเติบโตของโครงการ และต้องทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

Key outcomes ที่ควรนำเสนอ

- Operational metrics: จำนวนรับปรึกษา ผลการดำเนินงาน
- Clinical metrics: อาการไม่สุขสบายที่ดีขึ้นจากการรักษา
- Customer metrics: ความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ที่ขอคำปรึกษา
- Financial metrics: การประหยัดรายจ่าย การลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)

ต้องมีการพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับรองอยู่ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเช่นเดียวกับโปรแกรมอื่นๆ

ต้องมี:

- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเป็นระยะหรืออย่างต่อเนื่องในเรื่อง
การจัดการความปวดและอาการอื่นๆ
การดูแลด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ
การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย/ครอบครัว

การพัฒนาวิชาการ (Education)

จัดการฝึกอบรม ให้เกิดความตระหนัก พัฒนางค์ความรู้และความชำนาญให้แก่บุคลากรสุขภาพ

ต้องมี:

- Palliative care educational resources สำหรับแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากร
ต่างๆ ที่จะเติมเต็มพันธกิจและเป้าหมายของโครงการ

การดูแลผู้สูญเสีย (Bereavement Services)

การติดตามผู้สูญเสียทางจดหมายหรือโทรศัพท์ การส่งการ์ดแสดงความเห็นใจ การแนะนำ support group การจัดกิจกรรมระลึกถึงผู้ตาย

การค้นหาผู้ป่วย (Patient Identification)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าสู่การดูแลของดูแลระดับรองจากช่องทางการรักษาของแพทย์ ควรมีระบบการตรวจ
กรอง/ค้นหาผู้ป่วย

ต้องมี:

- ความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในการตรวจกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบดูแลระดับรอง
จากแผนกต่างๆ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

การประสานการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นหัวใจของสำคัญของการดูแลแบบระดับรอง

ต้องมี:

- ต้องกำหนดนโยบายและขั้นตอนการทำงานในการประสานการดูแลเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนสถานที่ดูแล เช่น
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน
- ต้องมีการสื่อสารที่ดีในระหว่างองค์กร

ความผาสุกของพนักงาน (Staff Wellness)

ผู้ทำงานด้านการดูแลระดับรองมักมีความเครียดด้านจิตใจสูง ทำให้มีโอกาสเกิดอาการเหนื่อยล้า หดโศก
ในการทำงานได้ จึงควรมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยลดความเครียด เช่น การเที่ยวพักผ่อน การฝึกผ่อนคลาย การให้
คำปรึกษา

ต้องมี:

- มีนโยบายและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของพนักงาน

การประเมินคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคองในบริบทของประเทศไทย

การประเมินคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคองจะทำให้ศูนย์ดูแลระดับประคองมีโอกาสวิเคราะห์ตนเอง หาจุดอ่อนจุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนา ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การประเมินทำให้เราทราบ สถานการณ์ของตนเอง โดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดและเป็นที่ยอมรับ การพัฒนาคุณภาพต้องทำอย่างต่อเนื่อง

การประเมินคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคองมีองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. Service Planning

- การวางแผนและบริหารแผนการทำงาน: มีการทำ need assessment โดยวิเคราะห์สถานการณ์ประชากร ทรัพยากรที่มี ช่องว่างในการจัดบริการ ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน
- มีการวางแผนปฏิบัติการของการจัดบริการ และให้มั่นใจว่ามีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินการ
- โครงสร้างศูนย์ดูแลระดับประคอง บุคลากร เครื่องมือ
 - มีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ทำงานแบบสหสาขา อย่างน้อยที่สุดทีมหลักต้องมีแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ทีมเสริมที่ควรมีได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยเหลือนด้านจิตวิญญาณและจิตอาสา
 - ทีมสหวิชาชีพต้องผ่านการอบรมด้าน Palliative care จากองค์กรระดับประเทศที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เนื่องจากยังขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญ ในเบื้องต้นอาจกำหนดเป็นการอบรมระยะสั้นหรือระยะกลาง
 - ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ โดยสถานบริการต้องมียา essential opioids ให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างต่อเนื่อง
 - มีอุปกรณ์และครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะและเครื่องปั๊มสารละลาย syringe driver

2. Access & entry

- จัดบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม รวมถึงกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากโดยมีการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การบริการ
- ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างเท่าเทียมทุกกลุ่มโรคและทุกกลุ่มอายุ และได้รับการดูแลภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังได้รับการปรึกษา
- สามารถเข้าถึงการปรึกษาได้ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน
- ผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในการดูแลของศูนย์ฯ สามารถเข้าถึงการปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือกรณีไม่สามารถรับปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงต้องมีจุดบริการที่สามารถให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและเชื่อมต่อการทำงานกับศูนย์ฯ ได้
- โรงพยาบาลระดับแม่ข่ายต้องสามารถให้ลูกข่ายเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลา

3. Assessment & Planning

- มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างทั่วถ้วน โดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้: การดำเนินโรคและการรักษาที่ผ่านมา โรคร่วม ประเมินด้านกายซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะและอาการไม่สุขสบายตามความสามารถในการตัดสินใจ การรับรู้ข้อมูล การประเมินด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ความต้องการด้านการดำรงชีพ (practical needs) การประเมินจิตวิญญาณและการเตรียมตัวสำหรับช่วงชีวิตสุดท้าย (anticipatory for death)
- มีการประชุมครอบครัว เพื่อประเมินการรับรู้โรคและให้ข้อมูลเรื่องโรค พยากรณ์โรค แนวทางการรักษา ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
- มีการประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย

4. Care Planning

- ทีมทำงานร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว ในการค้นหาเป้าหมายในการดูแล
- กำหนดเป้าหมายการดูแลโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่พยายาชีพและแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการได้
- พัฒนาแผนการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายตามผลการประเมิน และขึ้นกับเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ
- แผนบริการมีมาตรการในการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วย
- ทีมให้การตอบสนองต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ การผ่อนคลาย ตามประเพณี และวัฒนธรรม
- ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตามการมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ที่ผู้ป่วยต้องการ
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพิงตนเองได้มากที่สุดที่จะเป็นไปได้ (ฟื้นฟู ดูแลด้านเศรษฐกิจสังคมและกฎหมาย)
- ช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยและครอบครัวกับสังคมและชุมชน องค์กรต่างๆ
- บริการที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี (บรรยากาศ ความปลอดภัย บริบท/สถานที่ดูแล)
- จัดหาทรัพยากรและแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้การดูแลครอบครัว สอนการบริบาลผู้ป่วยให้มีความมั่นใจในการให้การดูแล ประคับประคองจิตใจครอบครัว
- เคารพในสิทธิ์ของผู้ป่วยและครอบครัวในการให้บริการแบบประคับประคอง
- ดำเนินการตามกฎหมายของโรงพยาบาลเรื่องสิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการยินดียินยอมรับการบริการแบบประคับประคอง
- ทีมให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยในการเลือกแนวทางการบริการ
- ทีมขอความยินยอม (consent) จากผู้ป่วยและครอบครัวในการยินดียินยอมรับการ
 - ทีมให้ข้อมูลเรื่องการฟื้นคืนชีพ ข้อดีข้อเสีย รวมถึงการใช้เครื่องพองชีพ
 - บันทึกเจตนาเรื่องการดูแลระยะใกล้เสียชีวิตและการพองชีพ (advance directive) ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

- ทีมสื่อสารเจตนาการพยายงชีพของผู้ป่วยแก่องค์กรที่เกี่ยวข้อง
- ทีมสื่อสารเรื่องเจตนาการพยายงชีพกับผู้ป่วยเป็นระยะ
- ทีมปฏิบัติตามขั้นตอนขององค์กรในการค้นหา จัดการปัญหาด้านจริยธรรม
- ทีมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล เช่น การดูแลตนเอง การใช้ยา อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ
- ทีมติดตามและให้ความรู้และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ใช้ข้อมูลเหล่านี้มาปรับการดูแล

มีการจัดระบบการบริหารยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย (Medication reconciliation)

- กำหนดลูกทีมที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ การเก็บสต็อกยา การเบิกจ่ายยา และมีระบบติดตามเพื่อความปลอดภัยและถูกต้อง
- เมื่อเริ่มต้นให้การดูแลและเมื่อจำหน่าย/ส่งต่อ ต้องมีการทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิมและยาที่สั่งให้ใหม่อย่างถูกต้อง มีการตรวจสอบ drug interaction
- มีการทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างสม่ำเสมอ และให้เป็นปัจจุบัน
- มีระบบการจัดหายาให้ผู้ป่วยมีใช้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนสถานที่บริการ
- มีการตรวจประเมินยาที่ผู้ป่วยนำมาใช้เอง (เช่น ยาสมุนไพร ฯลฯ)
- มีการบันทึกอุบัติการณ์/ปัญหาความผิดพลาดของการใช้ยา (medical error, near miss, adverse event)

มีการจัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต

- การดูแลจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้การประคับประคองครอบครัว
- การแนะนำหลังการตาย
- การประคับประคองผู้สูญเสีย

5. Care delivery

มีขั้นตอนแนวปฏิบัติในการรับเข้าหรือให้บริการ หรือการส่งต่อ

- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการบอกกล่าวถึงผู้ได้รับมอบหมายในการประสานดูแล และการติดต่อที่สามารถเข้าถึง
- มีหอผู้ป่วยหรือเตียงเฉพาะผู้ป่วยระยะท้าย โดยอาจจัดเป็น geographic area เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยให้ครอบครัวสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
- มีคลินิกผู้ป่วยนอก เพื่อการติดตามผู้ป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
- มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมเยี่ยมบ้านหรือมีเครือข่ายส่งต่อ
- เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ต้องมีการทำแผนจำหน่ายซึ่งประกอบด้วย:
 - การประเมินการรับรู้โรคและแผนการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว
 - การเตรียมยาและอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องมีใช้ที่บ้าน
 - การให้ข้อมูลและให้เอกสารแนะนำการดูแล
 - การนัดหมายติดตามที่คลินิกผู้ป่วยนอกหรือการส่งต่อเครือข่าย

- การเตรียมรถรับส่งผู้ป่วยกรณีไม่สามารถเคลื่อนไหวได้
- การประสานแหล่งช่วยเหลือในชุมชน
- ช่องทางติดต่อทีมประคับประคองเพื่อการศึกษาและกรณีภาวะฉุกเฉิน
- ทีมส่งผ่านแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้แก่ทีมสุขภาพอื่นๆ ในเวลาที่เหมาะสมทันช่วงที่ ทีมติดตามว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเป้าหมายการดูแลที่ต้องการ
 - การติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งการเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์

6. Continuity of Care

- มีระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรับรักษาจนผู้ป่วยเสียชีวิต
- มีการเชื่อมต่อบริการระดับต่างๆ อย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ให้การดูแลเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชนและทีมเยี่ยมบ้านของ PCU หรือ รพสต.
- ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่บ้านตามความต้องการโดยมีทีมสุขภาพในชุมชนทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ภายใต้การกำกับหรือการให้คำปรึกษาของศูนย์ประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน
- มีจิตอาสาหรือองค์กรท้องถิ่นมาร่วมในการดูแลหรือให้การสนับสนุนในชุมชน
- ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการโดยมีทีมสุขภาพในชุมชนมาให้การดูแล

7. Quality & Risk Management

- การเก็บรักษาข้อมูลผู้ป่วย ทีมเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและทันสถานการณ์ ทีมสุขภาพและทีมสุขภาพอื่นที่ให้การดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้
- ทีมค้นหา ลด และจัดการความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ
- คุณภาพของบริการการดูแลแบบประคับประคอง
 - ให้บริการแบบประคับประคองโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
 - สามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติ แนวทางการจัดการอาการที่มีคุณภาพ
 - ใช้ clinical practice guidelines, clinical pathway ในการดูแลผู้ป่วย
- เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อช่วยในการพัฒนาคุณภาพ
 - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการสะท้อนกลับจากผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
 - ค้นหามาตรการในการพัฒนาคุณภาพโดยกำหนดระยะเวลาการประเมิน
 - กำหนดตัวชี้วัดที่จะเก็บเพื่อวัดความคืบหน้าของคุณภาพการดูแล
 - วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาศึกษาวิธีการติดตามการพัฒนาคุณภาพการทำงาน
- ทีมมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอถึงการประเมินผลพัฒนาคุณภาพ ความเหมาะสม ความน่าเชื่อถือ รวมถึงประโยชน์ที่ได้

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านการดูแลประคับประคอง

การประเมินประกอบด้วยองค์ประกอบสามด้านคือ โครงสร้างการจัดบริการ (Structures of care) กระบวนการดูแล (Processes of care) และผลลัพธ์ (Outcomes) ดังรายละเอียดตามตารางดังนี้

ตารางที่ 18-1 องค์ประกอบการประเมินคุณภาพสำหรับศูนย์ดูแลระดับประคอง

องค์ประกอบ	รายละเอียด
Structures	โครงสร้างที่ส่งเสริมการทำงานเพื่อบริการที่ดี • สถานที่ บุคลากร การพัฒนาบุคลากร • แนวปฏิบัติ • การดำเนินการ
Processes	การบริการที่ให้แก่ผู้ป่วย • การประเมิน • การจัดการอาการต่างๆ ด้วยยาและวิธีไม่ใช้ยา • การให้ข้อมูล • การวางแผนการดูแล แผนจำหน่าย การส่งต่อเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน
Outcomes	ผลลัพธ์ที่ได้จากการมีโครงสร้างและการบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วย • การควบคุมอาการ คุณภาพชีวิต ความสุขสบาย • ผู้ป่วยสามารถควบคุมเป้าหมายการดูแล • ครอบครัวสามารถปรับตัวกับการสูญเสีย

ตัวชี้วัดการทำงานของศูนย์ดูแลระดับประคอง

ดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการทำงานของศูนย์ดูแลระดับประคอง ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านปริมาณ เช่น จำนวนผู้ป่วย การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ การได้รับข้อมูลและมีการวางแผนเป้าหมายการดูแล การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดการทำงานที่วัดได้ดีที่สุดคือการประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ (outcome) เช่น การลดลงของความปวดหรืออาการที่ไม่สุขสบายต่างๆ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ตารางที่ 18-2 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณสำหรับการพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคอง

ตัวชี้วัด (output)	รายละเอียด
จำนวนผู้ป่วย	• จำนวนผู้ป่วยใน/นอก
การดูแลด้านกาย	• จำนวนผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ (ESAS) • จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา opioids
การดูแลด้านสังคม	• การบริการด้านสังคม: ค่าใช้จ่าย ยืมอุปกรณ์
จิตใจ จิตวิญญาณ	• การประเมิน/จัดการอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า • การประเมิน/การเข้าถึงกิจกรรมตามความเชื่อ
การได้รับข้อมูล	• จำนวนการทำ family meeting
การดูแลต่อเนื่อง	• จำนวนเยี่ยมบ้าน • จำนวนส่งต่อเครือข่าย • จำนวนให้การปรึกษาทางโทรศัพท์
Bereavement	• การติดตามผู้สูญเสีย: โทรศัพท์ ส่งการ์ด
Well being ของทีมสุขภาพ	• ระบบ supervision/counseling • การฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพ

ตารางที่ 18-3 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพสำหรับการพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคอง

ผลลัพธ์ (outcome)	รายละเอียด
การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตที่ดี	- Pain/symptom score improvement (PS, ESAS) - QoL: McGill, POS
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย	%ACP, %AD %DNR order, %CPR, %intubation - การเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ
ความพึงพอใจ	การประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพที่ใช้บริการ
ลดค่าใช้จ่าย	- ลดระยะเวลาอยู่รพ. ลดการใช้ ICU - ลด readmission
Bereavement	ครอบครัวสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย

Key References:

1. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf (access May 2017)
2. Dahlin C. National Consensus Project for Quality Palliative Care. In: Ferrel BR, ed. Structure and Process of Care. NY: Oxford University Press. 2015, p 1-11.
3. Fogelman PM and Bakitas M. Hospital-Based Palliative Care. In: Ferrel BR, ed. Structure and Process of Care. NY: Oxford University Press. 2015, p 13-46.
4. National Framework and preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality. https://www.qualityforum.org/A_National_Framework_and_PREFERRED_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality. (access May 2017)

ภาคผนวก



แบบฟอร์มขอรับคำปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ (Karunruk Palliative Care Center)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....หอผู้ป่วย.....

การวินิจฉัยโรค 1.....เมื่อ.....
2.....เมื่อ.....
3.....เมื่อ.....

ข้อมูลผู้ป่วยอย่างย่อ.....

.....

.....

.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจรักษาที่สำคัญ.....

.....

ความรุนแรงของการปรึกษา ☐ ต่ำ ☐ ปกติ

การรับรู้การวินิจฉัยโรค/พยากรณ์โรคของผู้ป่วย ☐ รู้ ☐ ไม่รู้ การรับรู้การวินิจฉัยโรค/พยากรณ์โรคของครอบครัว ☐ รู้ ☐ ไม่รู้

เหตุผลของการขอรับคำปรึกษา ☐ การดูแลทั้งหมดแบบองค์รวม ☐ เฉพาะการจัดการอาการ ☐ เฉพาะด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ

☐ เฉพาะการทำ advance care plan ☐ เฉพาะการส่งต่อเครือข่าย ☐ เฉพาะเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ที่ขอรับคำปรึกษา วันที่.....

Palliative Care Consultation Report

HPI Summary:

.....

Review of Systems and Symptom Assessment:

System	Neg.	System	Neg.	System	Neg.	System	Neg.	System	Neg.
Constitutional		Cardiovascular		GU		Neurologic		All/Imm	
ENMT		Respiratory		Hem/Lymph		Psychiatric		Skin	
Eyes		GI		Musculoskeletal		Endocrine			
☐ All other systems negative									
☐ Review of systems unobtainable (patient unable to communicate because of disease severity/cognitive impairment)									
Abnormalities/Describe Symptoms:									

ESAS (0-none, 1-mild, 2-moderate, 3-severe)

Source: Patient Family Team (circle all that apply)

Depression () Anorexia () Inactivity () Dyspnea () Anxiety ()

Nausea () Drowsiness () Constipation () Agitation () Physical Discomfort ()

Dementia: Yes ☐ No ☐ Delirium: Yes ☐ No ☐ Coma: Yes ☐ No ☐

Pain score: (0-10 scale): _____ PPS.....%

Psychosocial/spiritual issues:

.....

.....

Recommendation:

.....

ต่อต้านหลัง

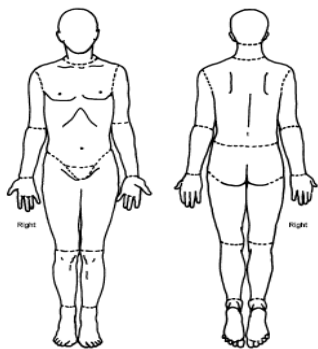
This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, resembling notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง วันที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 1. HN 2. เลขทะเบียน - 			
3.ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี 4. วันเดือนปีเกิด 			
5.สัญชาติ ☐ 1.ไทย ☐ 2. อื่นๆ 6. เชื้อชาติ ☐ 1.ไทย ☐ 2.อื่นๆ..... 7. ศาสนา ☐ 1.พุทธ ☐ 2.คริสต์ ☐ 3.อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ.....			
8.บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....			
เบอร์ติดต่อ..... 9.วันที่รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล 			
12.สถานภาพ ☐ 1.โสด ☐ 2.แต่งงาน ☐ 3.แยก / หย่า ☐ 4.หม้าย 10. วันที่ปรึกษา 			
13. สิทธิการรักษา ☐ 1.บัตรทอง ☐ 2.ข้าราชการ ☐ 3.ประกันสังคม ☐ 4.อื่นๆ..... 11. วันที่รับปรึกษา 			
14. ผู้ให้การดูแลหลัก ☐ 1.พ่อ ☐ 2. แม่ ☐ 3.บุตรสาว ☐ 4.บุตรชาย ☐ 5.ภรรยา ☐ 6.สามี ☐ 7.อื่น ๆ ระบุ.....			
วันที่กลับบ้าน วันที่เสียชีวิต เลขที่บัตรประชาชน 			
ส่วนที่ 2 ประวัติทั่วไป 15.อาชีพ ☐ 1.ข้าราชการ ☐ 2.ข้าราชการบำนาญ ☐ 3.ค้าขาย ☐ 4.รับจ้าง ☐ 5.ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ☐ 6.เกษตรกร ☐ 7.นักบวช ☐ 8.อื่นๆ.....		16. ระดับการศึกษา ☐ 1.ประถมปลาย ☐ 2.มัธยม ☐ 3.ปวช/ปวส ☐ 4.ปริญญาตรี ☐ 5.สูงกว่าปริญญาตรี 17. ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ 1.ไม่เคยสูบ ☐ 2.สูบในอดีต ☐ 3.สูบปัจจุบัน 18. ประวัติการดื่มสุรา ☐ 1.ไม่เคยดื่ม ☐ 2.ดื่มในอดีต ☐ 3. ดื่มปัจจุบัน 19. ประวัติการแพ้ยา ☐ 1.ไม่แพ้ ☐ 2. แพ้ ยา.....	
ส่วนที่ 3 โรคประจำตัว 20. เบาหวาน ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี 21. โรคหัวใจ ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี 22. ความดันโลหิตสูง ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี 23. โรคไต ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี อื่นๆ		ยาที่ได้รับในปัจจุบันสำหรับคุมโรคประจำตัว ยาที่ได้รับในปัจจุบันสำหรับคุมอาการระยะท้าย.....	
ทีมผู้ดูแลร่วม แพทย์ผู้ขอรับคำปรึกษา		ชื่อ / ภาควิชา / โทรศัพท์ แพทย์ สาขาอื่นๆที่ร่วมดูแล	
24.แผนกที่ขอปรึกษา ☐ 1.อายุ ☐ 2.ศัลย์ ☐ 3.สูติรีเวช ☐ 4.ออร์โธ ☐ 5.โสตฯ ☐ 6.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ☐ 7.อื่นๆ..... 25.หอผู้ป่วย.....			
ประวัติการเจ็บป่วย			
26. การวินิจฉัยหลัก..... วันที่.....			
27. ☐ 1.Cancer ☐ 2. Renal ☐ 3.Heart ☐ 4.Lung ☐ 5.Neuro ☐ 6.Trauma ☐ 7.Others.....			
วันที่	ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน		

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

Systematic Review							
GENERAL	1.Yes	2.No	รายละเอียด	RESP /CVS	1.Yes	2.No	รายละเอียด
27.Fatigue				44.Dysnea			
28.Sleep problems				45.Cough			
29.Falls/mobility				46.Sputum			
GIT				CNS			
30.Loss appetite				47.Headaches			
31.Oral symptoms				48.Dizziness			
32.Weight loss				49.Seizure			
33.Dysphagia				50.Limb weakness			
34.Nausea				51.Drowsiness			
35.Vomiting				52.Confusion			
36.Constipation				53.Memory loss			
37.Diarrhea				54.Hallucination			
38.Ostomy				55.Agitation			
GUS				PSYCHOLOGICAL			
39.Urinary prob				• Emotions: Sadness, Anger, Numbness, Anxiety			
40.Gynae prob				• Thoughts/Cognitions:			
41.Catheter				• Behaviour:			
SKIN							
42.Rash							
43.Ulcer/fistula							
OTHERS							

การตรวจร่างกาย							
Mental state: Alert / Drowsiness/ Comatose Mood: Cooperative / Calm / Irritable / Anxious / Depressed							
56.Jaundice	Yes	No	Temp. °C, P. /min, BP / mmHg, RR /min, BW. Kg.				
57. Anemia			Mouth:				
58. Cyanosis			Skin:				
59.Edema			Pressure area:				
60.Cachexia			Hearing:				
61.Lymphedema			Vision:				
62.PPS Scores = %			Speech:				
การประเมินความปวด ทำเครื่องหมายบริเวณตำแหน่งของร่างกายที่มีความปวด เช่น A B C และอื่น ๆ บรรยายลักษณะ คะแนนความปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวดเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลง ในแต่ละตำแหน่ง							
ประวัติความปวด 63. ☐ 1.ไม่มี ☐ 2. มี A..... Pain Score(s): Background level: Worst Pain:.....Best Pain:..... Character/frequency..... B..... Pain Score(s): Background level:..... Worst Pain:.....Best Pain:..... Character/frequency..... C..... Pain Score(s): Background level:..... Worst Pain:.....Best Pain:..... Character/frequency..... อื่น.....							

ประวัติครอบครัว/สังคม			
ชนิด/สภาพบ้านที่อยู่อาศัย:			
การประเมินด้านจิตสังคม / จิตวิญญาณ / Bereavement			
1. บุคลิก ลักษณะ อุปนิสัย..... กิจวัตรประจำวัน งานอดิเรก สิ่งที่ชอบ..... 2. อารมณ์และความรู้สึก (กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ)..... ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง..... 3. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย..... 4. บทบาทและสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อครอบครัว เพื่อน และชุมชน..... 5. สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ..... 6. เศรษฐกิจ สังคม..... 7. แหล่งสนับสนุน..... 64. สรุปปัญหาด้านจิตสังคม ☐ 0. ไม่มี ☐ มี ข้อ.....			
การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment)			
1. ความรัก ความสัมพันธ์ (Love and connected)..... 2. การขอโทษหรือการให้อภัย (Forgiveness)..... 3. ความเชื่อ / ศาสนา / สิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Beliefs, religious practice)..... 4. ความหวัง (Hope)..... 5. ค้นหาความหมายของชีวิต และการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness)..... 65. สรุปปัญหาด้านจิตวิญญาณ ☐ 0. ไม่มี ☐ มี ข้อ.....			
การประเมินผู้ดูแลหลัก			
1. ความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ควรปรับปรุง ☐ ประเมินไม่ได้..... 2. ความสามารถในการประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ควรปรับปรุง ☐ ประเมินไม่ได้..... 3. ความต้องการพิเศษของผู้ดูแล..... 66. สรุปปัญหาด้านผู้ดูแลหลัก ☐ 0. ไม่มี ☐ มี ข้อ..... ☐ 4. ประเมินไม่ได้			
ความรู้/และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ผู้ป่วย	ครอบครัว	ปัญหาที่มี
1. การรับรู้โรค	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
2. การรับรู้พยากรณ์โรค	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
3. เป้าหมายการรักษา	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ☐ ผู้ป่วย ☐ อื่นๆ ระบุ..... ปัญหาที่พบเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ..... 67. สรุปปัญหาที่พบเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ☐ 0. ไม่มี ☐ มี ข้อ..... 1. ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ 2. ครอบครัวไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ความจริง 3. มีความขัดแย้งในครอบครัว 4. อื่นๆ.....			

ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	
68. สรุปความต้องการ ☐ 1. การจัดการอาการ ☐ 2. ความช่วยเหลือด้านจิตสังคม ☐ 3. การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ ☐ 4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ☐ 5. การส่งต่อ ☐ 6. การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์การแพทย์ ☐ 7. อื่นๆ.....	
การวางแผนล่วงหน้า	
69. ☐ มีการพูดคุยเรื่องสถานที่เสียชีวิต 70. ☐ มีการพูดคุยเรื่องการทำแผนการดูแลสุขภาพการใช้เครื่องพยุงชีพ 71. ☐ มีการพูดคุยเรื่องการทำ advance directive 72. ☐ อื่นๆ.....	
PROBLEM LIST	CARE PLAN
73. สรุปปัญหาผู้ป่วย ☐ 1. การจัดการอาการ ☐ 2. ความช่วยเหลือด้านจิตสังคม ☐ 3. การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ ☐ 4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ☐ 5. การส่งต่อ ☐ 6. อื่นๆ.....	
การให้ข้อมูล/การปรึกษาพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว	
74. มีการทำ Family conference ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี เหตุผล.....	

ชื่อ ลายเซ็น.....ตำแหน่ง วันที่.....

[illegible]

นัดประชุมครั้งต่อไป วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 พยาบาลผู้บันทึกแบบฟอร์มศูนย์การรณรงค์ฯ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
 วันที่.....ลงชื่อ.....

**** ศูนย์การุณรักษ์ (Palliative Care Center) เบอร์โทรศัพท์ 043-366656-7 (66656-7) 084-4099935****



แบบบันทึกการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว
(Patient/Family Care Conference Record)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.เวลา.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN.....อายุ..... ปี
การวินิจฉัยโรค
2. ผู้นำในการ Conference
3. ทีมสุขภาพผู้ร่วม Conference
3.1.....
3.2.....
3.3.....
4. สมาชิกของครอบครัวที่เข้าร่วมฟังและรับทราบข้อมูล/ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว
4.1 ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
4.2 ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
4.3 ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
4.4 ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
4.5 ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
5. วัตถุประสงค์ของการ Conference
5.1.....
5.2.....
5.3.....
6. กระบวนการเริ่มการสนทนา
6.1 กำหนดผู้มีสิทธิตัดสินใจ.....
6.2 การการรับรู้เรื่องราวโรคของผู้ป่วย/จากคำพูดของผู้ป่วยและคนในครอบครัว.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6.3 การค้นหาความเข้าใจ ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว.....

[illegible]

6.4 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค

[illegible]

6.5 เป้าหมายการดูแล goal of care

- ☐ พยายามรักษาให้โรครุนแรงแต่มีการประเมินเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล

☐ จำกัดการรักษาที่ไม่ Invasive และไม่เป็นภาระ

☐ รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (Comfort care)

6.6 การพดคุยเกี่ยวกับคำสั่งการกัชีพ.....

.....

7. ผลสรุปจากการทำ Family conference /การติดตามดูแลต่อเนื่อง

(This area contains horizontal dotted lines for writing.)

ผู้บันทึก

**** ศูนย์การณักรักษ์ (Palliative Care Center) เบอร์โทรศัพท์ 043-366656-7 (66656-7) 084-4099935****



Subcutaneous Infusion Prescription Chart

ชื่อ-สกุล.....	ข้อมูลการแพ้ยา / สารอาหาร
HN.....	
ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย	

Remember to also prescribe breakthrough medication

วัน/ เวลา	ยา	24 hour dose (ของยาแต่ละตัว)	ตัวทำละลายที่ใช้	สั่งการรักษาโดย (ลงชื่อเต็ม)	วัน เวลา ที่หยุดยา	แพทย์ที่สั่ง หยุดยา
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			

วัน/ เวลา	ยา	24 hour dose (ของยาแต่ละตัว)	ตัวทำละลายที่ใช้	สั่งการรักษาโดย (ลงชื่อเต็ม)	วันหยุดยา	แพทย์ที่สั่ง หยุดยา
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			

วัน/ เวลา	ยา	24 hour dose (ของยาแต่ละตัว)	ตัวทำละลายที่ใช้	สั่งการรักษาโดย (ลงชื่อเต็ม)	วันหยุดยา	แพทย์ที่สั่ง หยุดยา
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			

วัน/ เวลา	ยา	24 hour dose (ของยาแต่ละตัว)	ตัวทำละลายที่ใช้	สั่งการรักษาโดย (ลงชื่อเต็ม)	วันหยุดยา	แพทย์ที่สั่ง หยุดยา
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			

1. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งรักษา/ขนาดยา ☐ หยุดการให้สารละลายเดิม และทิ้งที่เหลือ ☐ ใส่วันที่หยุดการให้สารละลายที่ใช้อยู่ขณะนั้น ☐ เขียนคำสั่งรักษา / ขนาดยาเข้ากันได้ของยาใหม่ ลงในช่องด้านล่างถัดไป 2. ถ้าต้องการข้อมูลกรุณาติดต่อแพทย์ ** ศูนย์การุณรักษ์ (Palliative Care Center) เบอร์โทรศัพท์ 043-366656-7 (66656-7) 084-4099935**



**Subcutaneous Infusion
Prescription Chart**

ชื่อ-สกุล.....	ข้อมูลการแพ้ยา / สารอาหาร
HN.....	
ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย	

Remember to also prescribe breakthrough medication

วัน/ เวลา	ยา	24 hour dose (ของยาแต่ละตัว)	ตัวทำละลายที่ใช้	สั่งการรักษาโดย (ลงชื่อเต็ม)	วัน เวลา ที่หยุดยา	แพทย์ที่สั่ง หยุดยา
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			
	1.....		☐ Water for injection			
	2.....		☐ Sodium Chloride 0.9%			
	3.....		☐ ตรวจสอบความเข้ากันได้ ของยา			

1. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งรักษา/ขนาดยา

☐ หยุดการให้สารละลายเดิม และทิ้งที่เหลือ

☐ ใส่วันที่หยุดการให้สารละลายที่ใช้อยู่ขณะนั้น

☐ เขียนคำสั่งรักษา / ขนาดยาเข้ากันได้ของยาใหม่ ลงในช่องด้านล่างถัดไป

2. ถ้าต้องการข้อมูลกรุณาติดต่อแพทย์

** ศูนย์การุณรักษ์ (Palliative Care Center) เบอร์โทรศัพท์ 043-366656-7 (66656-7) 084-4099935**

ชื่อ-นามสกุล			
อายุ		H.N.	
แพทย์เจ้าของไข้		เบอร์โทรศัพท์	
พยาบาลเจ้าของไข้		เบอร์โทรศัพท์	
พยาบาลเจ้าของไข้		เบอร์โทรศัพท์	
ชื่อผู้ดูแล		เบอร์โทรศัพท์	
ชื่อผู้ดูแล		เบอร์โทรศัพท์	

1. ยาที่ได้รับเป็นยาที่โรงพยาบาลศิรินครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ่ายให้แก่ผู้ป่วยตามชื่อในเอกสารเท่านั้น ห้าม นำยานี้ไปใช้กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยรายนี้
2. ในการสมยาเพื่อใช้กับผู้ป่วย ให้ญาตินิยนาไปให้พยาบาล/เภสัชกรที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเตรียมผสม พร้อมทั้งบันทึกวันที่ ขนาคายา ที่ผสมยาในตารางการบันทึก การเตรียมยาฉีดให้ผู้ป่วย และนำยาที่ยังไม่ได้ผสมเก็บไว้ที่บ้านของผู้ป่วย
3. กรณีสิ้นสุดการรักษา หรือสิ้นสุดการใช้ยา กรุณานำสมุดประจำตัวเล่มนี้พร้อมยา ซากยา ที่ใช้ทั้งหมด และอุปกรณ์เครื่องใช้ทางใต้ผิวหนัง ส่งคืนที่ศูนย์การอนุรักษ์ โรงพยาบาลศิรินครินทร์

โปรดนำสมมุติฐานด้วยทุกครั้งเมื่อไปพบบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการผลสมยาทุกวัน

ศูนย์การรณรงค์ โทรศัทพ์ 043-366656, 08-4409-9935

งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โทรศัทพ์ 043-363489, 043-363711, 043-363281

ว/ด/ป	Order ยาที่ใช้ทางใต้ผิวหนัง	จำนวน (amp, vial)			ลายเซ็น ผู้ตรวจยา	ลายเซ็น ผู้ให้สมยา	หมายเหตุ
รวม							



แบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เรียน แพทย์/ พยาบาลศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาล.....รพสต.....

ขอส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคอง

ชื่อ -สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้ดูแลหลัก ชื่อ -สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ดูแลรอง ชื่อ -สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น..... หมายเลขโทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ของการส่งต่อ () การดูแลที่บ้าน () ส่งต่อดูแลที่ รพ. ใกล้บ้าน () ดูแลระยะใกล้เสียชีวิต

วตป. ที่ Admit วตป. ปรึกษาศูนย์ดูแลประคับประคอง..... วตป. จำหน่าย.....

การวินิจฉัยโรคและการรักษา

.....
.....
.....

การประเมินและการดูแลทางกาย/การจัดการอาการ (Physical assessment/symptom management)

.....
.....
.....
.....
.....

การประเมินและการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychosocial & spiritual assessment/management)

.....
.....
.....

แผนการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

.....
.....
.....
.....
.....

ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค () ใช่ () ไม่ใช่ เพราะ.....

ครอบครัวรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค () ใช่ () ไม่ใช่ เพราะ.....

พยาบาลผู้บันทึกแบบฟอร์ม..... เบอร์โทร..... วันที่.....

** ศูนย์การุณรักษ์ (Palliative Care Center) เบอร์โทรศัพท์ 043-366656-7 (66656-7) 084-4099935**

แนวปฏิบัติการใช้ Disposable Syringe Pump เพื่อจัดการอาการไม่สบายในระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจ กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน/รพ.ใกล้บ้าน หรือถอดถอนเครื่องพุงซีฟที่บ้าน

วิธีใช้ Disposable syringe pump

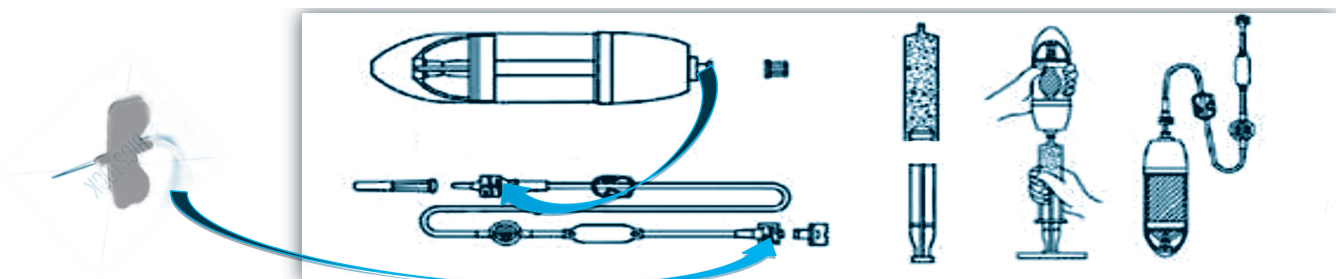
- มีทั้งแบบปรับ rate ได้ และแบบ fixed rate มีหลายขนาด เช่น 50, 100, 150 ml สามารถเติมยาได้อีก 2 ครั้ง (รวมกับครั้งแรกเป็น 3 ครั้ง)
- ใส่ปริมาณยาตามจำนวนวัน แล้วใส่สารละลายที่เหมาะสม NSS/SW ให้เป็น 50, 100, 150 ml ขึ้นกับขนาดของเครื่อง

หมายเหตุ

หลังดูดยาให้ถอดเข็มออก ถอดจุกที่ครอบ disposable syringe pump ออก ดันหัว syringe ที่ดูดยาเข้าในจุกยางของ disposable syringe pump ใช้ก้านของ syringe ที่ดูดยาตั้งฉากกับพื้นแล้วดันยาและตัวทำละลายเข้า disposable syringe pump โดยใช้แรงที่กดลงพื้นดันยาเข้าไป

แนวทางการผสมยา

- คำนวณปริมาณยาที่ต้องใช้ตามระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตหลังการถอดถอนเครื่องพุงซีฟ
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยได้ยา MO มาก่อนอาจผสมให้ MO 20 mg + midazolam 20 mg ใน 24 ชม. ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ MO อยู่แล้วให้ในขนาดเดิมที่ใช้อยู่ผสม midazolam และ NSS เป็น 50, 100, 150 ml. ขึ้นกับขนาดเครื่อง
- กรณีผู้ป่วยสูงอายุและเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนควรลดปริมาณยาลงครึ่งหนึ่ง
- ผู้ป่วยมีภาวะไตวายให้ลดขนาดของ MO ลง 25-50% ของขนาดปกติที่ใช้ หรือไม่แน่ใจในขนาดยาที่ต้องใช้ให้โทรปรึกษาศูนย์การุณรักษ์



[illegible][illegible]

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป.....

ກາດພນວກ-10



แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านของนักสังคมสงเคราะห์

เยี่ยมครั้งที่.....วัน เดือน ปีเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามเยี่ยมชื่อ
ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย (ด.ช. / ด.ญ.)ชื่อเล่น
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
วัตถุประสงค์ / ประเด็นการเยี่ยม เช่น เพื่อเก็บข้อมูล, ติดตามสภาพความเป็นอยู่ (follow up), ให้บริการ เช่น ให้คำปรึกษา, ประเมินผลการให้บริการ

การเดินทาง (แผนผังทางเข้าบ้าน, ระยะทาง, ระยะเวลาเดินทาง)

ลักษณะบ้าน (รูปทรง, แบบบ้าน, ขนาด) ลักษณะภายในบ้าน(การจัดบ้าน, อุปกรณ์, เครื่องใช้)ลักษณะภายนอก (รั้วบ้าน, พื้นที่นอกบ้าน รอบๆบ้าน ใช้พื้นที่ทำอะไร)

ทรัพยากรทางสังคมอื่น ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือ (มูลนิธิ, อบต. , ร.ร. , กองทุนหมู่บ้าน, อสม.)

ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว

- สภาพร่างกายของผู้ป่วย (ปฏิกิริยาโต้ตอบ, อาการที่แสดง)

- สภาพจิตใจ และสังคม(การแสดงออก, การพูด, ท่าทาง, อารมณ์, การปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว, ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละบุคคลกับผู้ป่วย, การเอาใจใส่) กรุณาแยกเป็นบุคคล ๆ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง ญาติและบุคคลอื่นๆ

ข้อมูลด้านชุมชน (ความเป็นอยู่ของคนในชุมชน, ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน, ทศนคติ / ความเชื่อ / ค่านิยมของชุมชน)

ผลการเยี่ยมบ้าน**ข้อเสนอแนะ / ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยและญาติ**

ลงชื่อ

(

)

นักสังคมสงเคราะห์



บันทึกการเสียชีวิตที่บ้าน

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN.....

ผู้ป่วยเสียชีวิตและจำหน่ายออกจากโปรแกรมเมื่อวันที่.....

สถานที่เสียชีวิต ☐ บ้าน ☐ โรงพยาบาลใกล้บ้าน ☐ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

อาการก่อนและขณะเสียชีวิต

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พยาบาลเจ้าของไข้



พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์คลังนาวิทยาศาสตร์ 232/199 ต.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4332-8589-91 Fax. 0-4332-8592 E-mail : klungpress@hotmail.com 2560 สหส 01

