Palliative care case conference
ประจำวันพุธ ที่ 21 กรกฎาคม 2564

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี

CA pyriform sinus (SCCA) with LN metastasis with hypercalcemia with IJV thrombosis with fever

มารพ ด้วยเรื่องก้อนที่คอโตและมีแผล ร่วมกับมีอาการปวด

เชิญแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- การตัดสินใจในการดูแลรักษาผ่าตัด,**CMT,RT**
- การจัดการอาการปวด
- การดูแลแผล **fungating wound**
- การจัดการในภาวะฉุกเฉิน **upper airway obstruction** และประเด็น **palliative sedation**

มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ได้ทาง ZOOM MEETING
เวลา 12.00-13.30 น **Zoom Meeting ID : 984 6449 8648** **Password : 2121**

Interesting Case Conference

Dr.Yuwadee Itarat
(Palliative Fellow at Karunruk KKU)

History of patient

Patient Identification Data

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี

ภูมิลำเนา : อ.เมือง จ.ขอนแก่น

อาชีพ : รับจ้างทั่วไป

สิทธิการรักษา : บัตรทอง รพ.ศรีนครินทร์

Chief complaint

ก้อนที่คอโตขึ้น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present Illness

2 เดือนก่อนมารพ. คลำพบก้อนที่คอด้านขวา ขนาดเท่าลูกไข่ไก่ ปวดบางครั้ง ก้อนขยับได้เล็กน้อย ไม่มีไข้ ไม่มีอาการไอ ไม่เบื่ออาหารแต่กินได้ลำบาก ไม่มีฟันผุ น้ำหนักลดลง 5 kg ใน 2 เดือน

Present Illness

1 เดือนก่อนมารพ. ก้อนที่คอโตมากขึ้น กลืนอาหารแข็งลำบาก สำลักอาหารบางครั้ง เสียงแหบมากขึ้น อ้าปากได้น้อย หายใจสะดวกดี ปวดมากขึ้นบริเวณก้อนและปวดร้าวไปที่ขมับด้านขวาทำให้นอนไม่หลับ ถ่ายลำบาก 4-5 วันครั้ง ไม่ปวดท้อง ผายลมได้ ปัสสาวะปกติ

ได้ไปรักษาที่รพ.สระบุรี ได้ I&D + IV ATB มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย จึงส่งตัวมารักษาต่อตามสิทธิที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

Past History

- เคยเป็นไทรอยด์เป็นพิษ 20 ปีก่อน → แพทย์ไม่ได้ให้กินยาต่อ
- ปฏิเสธประวัติผ่าตัด
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
- สูบบุหรี่ : สูบวันละ 10 มวนเป็นเวลา 10 ปี เลิก 4 เดือน
- ดื่มสุรา : เป็นประจำ วันละ 1 ขวดเล็ก

Current Medication

- Meropenem 1 gm iv q 8 hr
- Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr
- Paracetamol (500) 1 tab po prn for pain q 6 hr
- Enoxaparin 0.6 ml sc q 12 hr

Physical examination

A Thai man, good consciousness, and well cooperative
V/S: BT 39c, RR 20/min, BP 110/67 mmHg, PR 108 /min
BW 60 kg Ht 170 cm
HEENT : anicteric sclerae , not pale conjunctiva
Right neck mass size 8x10 cm
Heart : normal s1s2, no murmur
Lungs : clear breath sound equal both lungs, no adventitious sound,no stridor

Physical examination

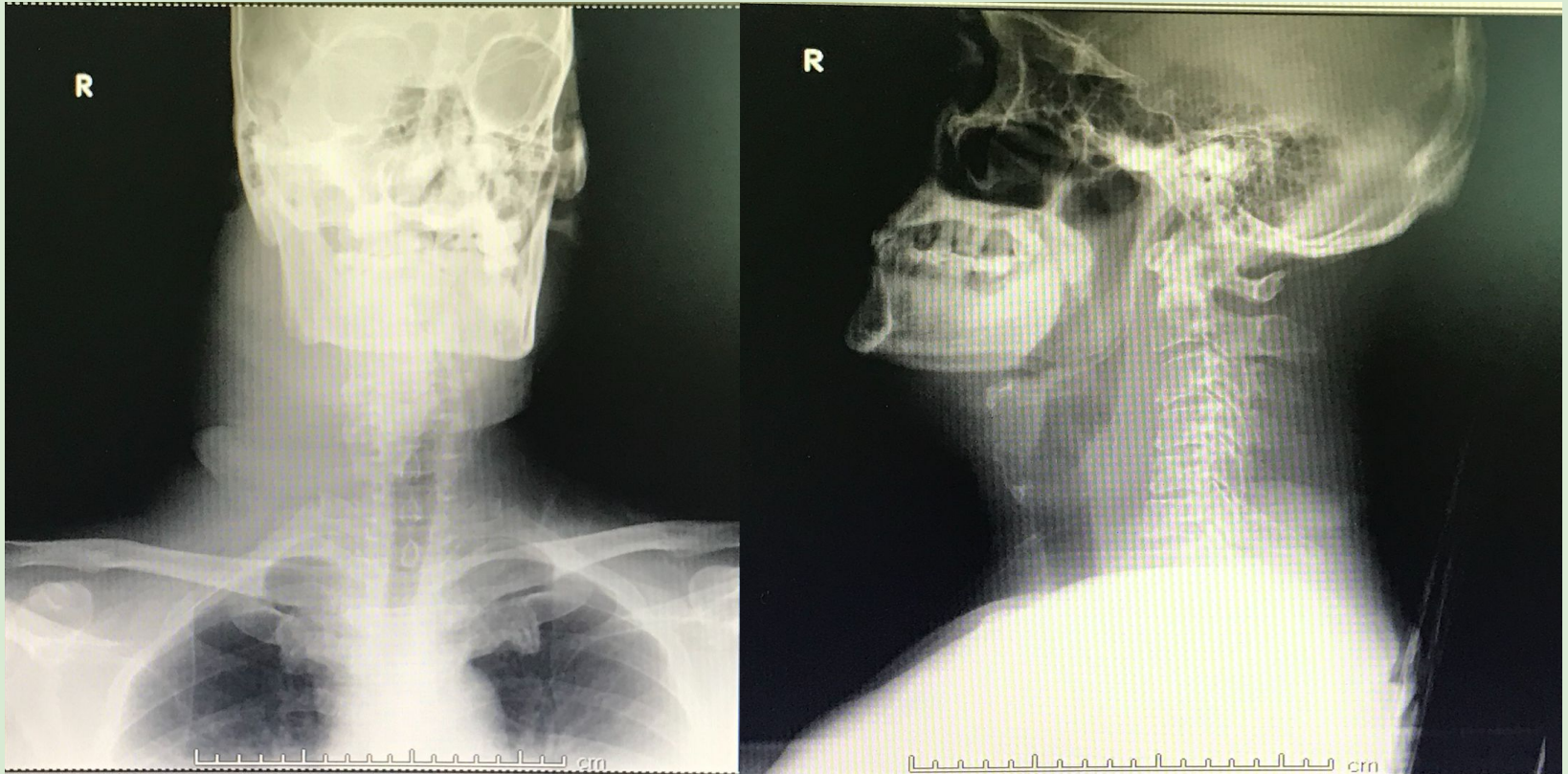
Physical examination

Abdomen : no distension , soft not tender, no guarding, no rebound,normoactive BS ,impalpable liver and spleen
Extremities : no pitting edema
Neuro sign : E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, full EOM, no facial palsy,Motor gr.V all ,sensory intact

PR : empty rectum, no mass, no impacted feces, no balloon sign

Investigation

Film Neck (AP and lateral view)
5/7/2564



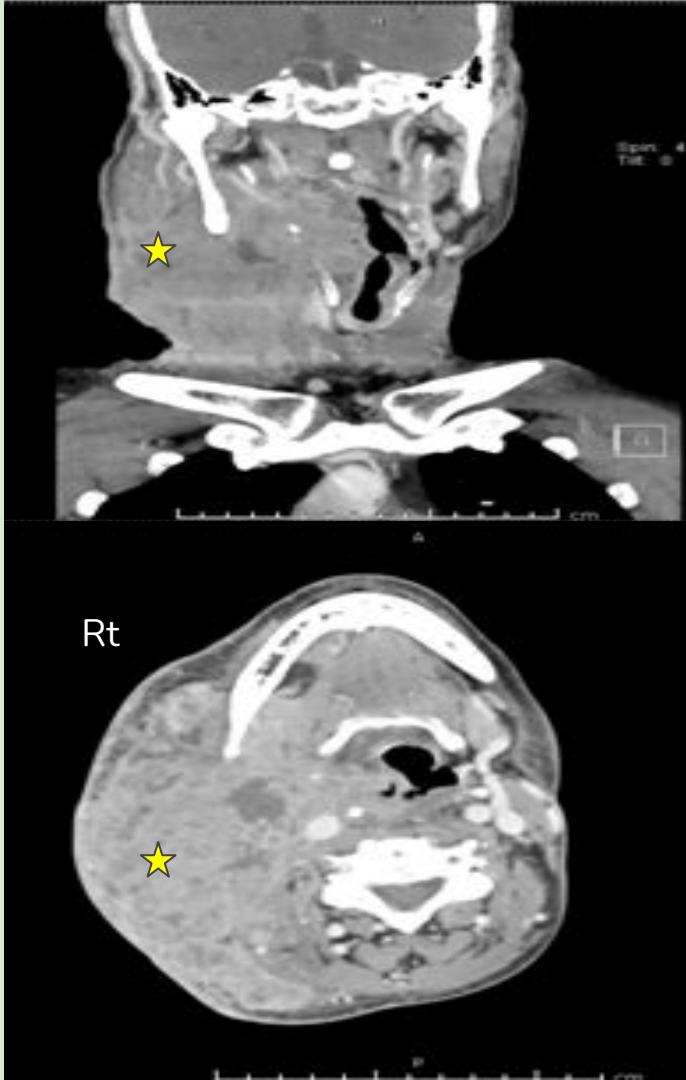
Investigation

CT neck 5/7/2564

- Large lobulated soft tissue mass with multifocal necrotic portion at Rt lateral neck invasion and pressure effect as thyroid cartilage,hyoid cartilage,trapezius muscle and strap muscle

- Suspected infected tumor

- Tumoral thrombosis within right proximal internal jugular vein down to SVC



Investigation

FOL bedside 7/7/64 >> patent laryngeal inlet, swelling Rt lateral pharyngeal wall, can't evaluate Rt. pyriformis

Core needle biopsy (7/7/64) >>>> SCCA

Investigation

- CBC: Hb 9.2 g/dL, Hct 27.2%, WBC 22,160 uL, PMN 87% Lymph 5%, Plt.232,000 uL
- BUN 15.2 mg/dL, Cr 1.04 mg/dL, Na 129 mEq/L, K 3.9 mEq/L, HCO3 26.9 mEq/L, Cl 93 mEq/L, Ca 13.2 mg/dL, P 2.7 mg/dL Mg 1.7 mg/dL Alb 4.2 g/dL
- ALT 55 U/L, AST 27 U/L, ALP 414 U/L

Investigation

CXR (5/7/2564)

9/7/2564
[PC ร่วมประเมิน]

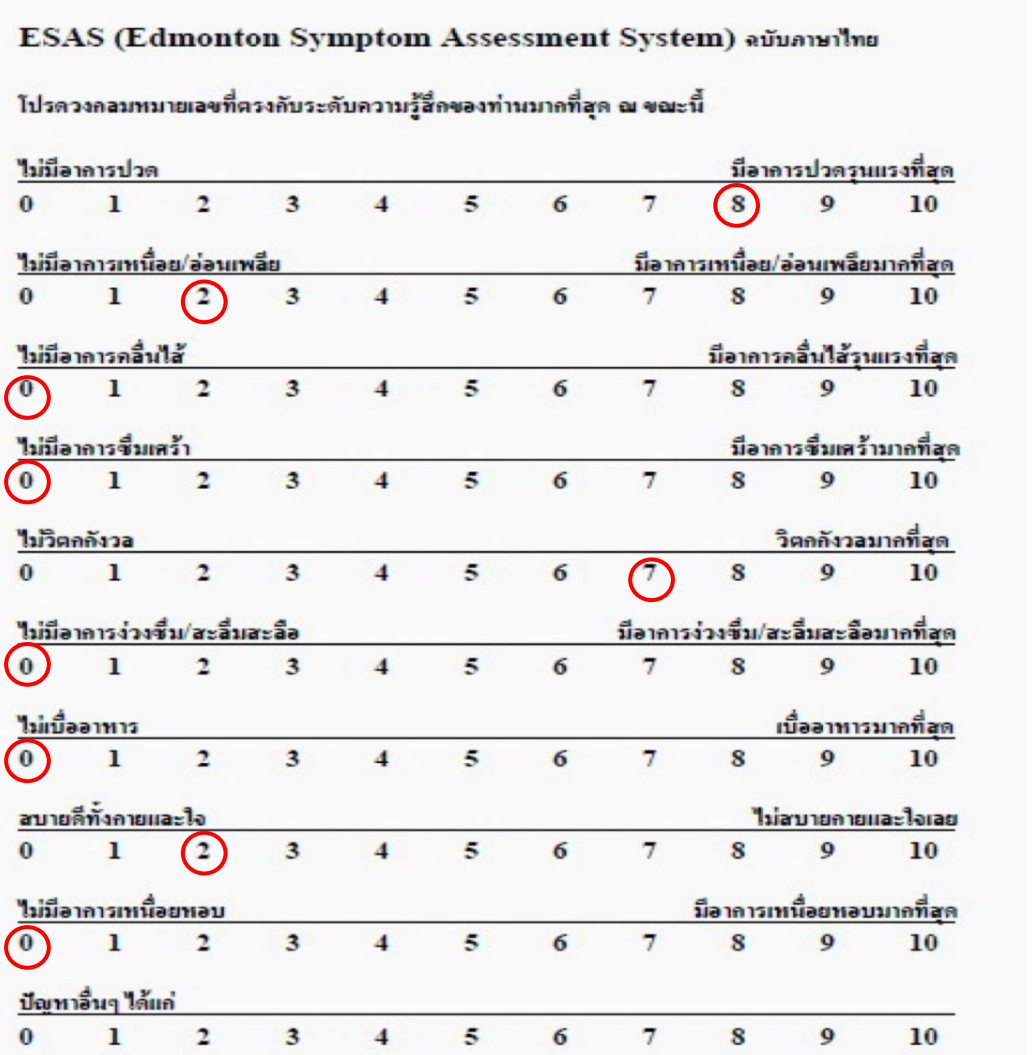
Palliative Performance Scale

PPS Level	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	กิจกรรมและความรุนแรงของโรค	การดูแลตนเอง	การกินอาหาร	ความรู้สึกตัว
100%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ไม่มีโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
90%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เริ่มมีหลักฐานของโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
80%	ปกติ	ไม่สามารถทำงานปกติ ตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ปกติ	ปกติหรือลดลง	ปกติ
70%	ลดลงกว่าปกติ	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้าน ตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ปกติ	ปกติหรือลดลง	ปกติ
60%	ลดลงกว่าปกติ	ไม่สามารถทำงานใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือสับสน
50%	ส่วนใหญ่นั่ง/นอน	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือสับสน
40%	ส่วนใหญ่นอน	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	ปกติหรืองัวงซึม+/-สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	ปกติหรืองัวงซึม+/-สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ลดลงมากหรือเพียงจิบน้ำ	ปกติหรืองัวงซึม+/-สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ไม่กินหรือดื่มเลย	งัวงซึมหรือปลุกไม่ตื่น+/-สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

9/7/2564 (ประเมินแรกรับ)

Other Physical problem

- Tumor wound
- Dysphagia
- Constipation
- Insomnia



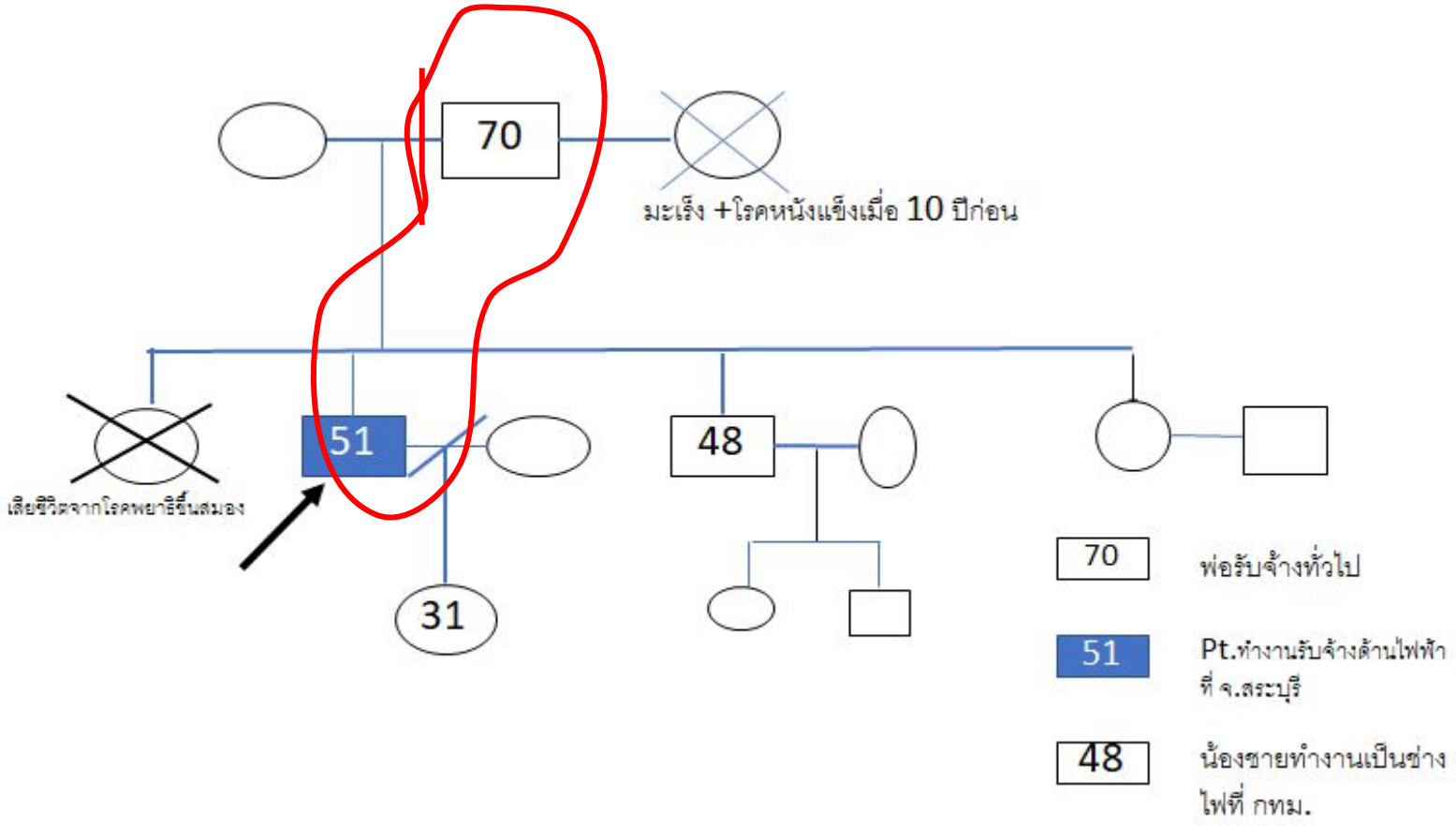
ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด										มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	**8**	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย										มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
0	1	**2**	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้										มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า										มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่วิตกกังวล										วิตกกังวลมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	**7**	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ										มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เบื่ออาหาร										เบื่ออาหารมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ										ไม่สบายกายและใจเลย
0	1	**2**	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ										มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Psychosocial

Family Genogram/Figure



Perception

“ ทราบจากหมอเจ้าของไข้ แจ้งว่าเป็นต่อมน้ำลายอักเสบ มีก้อนที่คอด้านขวาเริ่มคลำได้เดือน พค.64 ขนาดเท่าไข่ไก่ ผ่านมา1เดือน รู้สึกว่าก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ เริ่มปวดมาก มา4-5 วัน กลืนลำบากเสียงแหบ เป็นๆหายๆ ไม่ทราบว่าก้อนที่โตขึ้น เป็นมะเร็งหรือไม่ ขณะนี้รอผลชิ้นเนื้อ คุณหมอแจ้ง ว่าต้องทำแผลไปเรื่อยๆ”

Perception

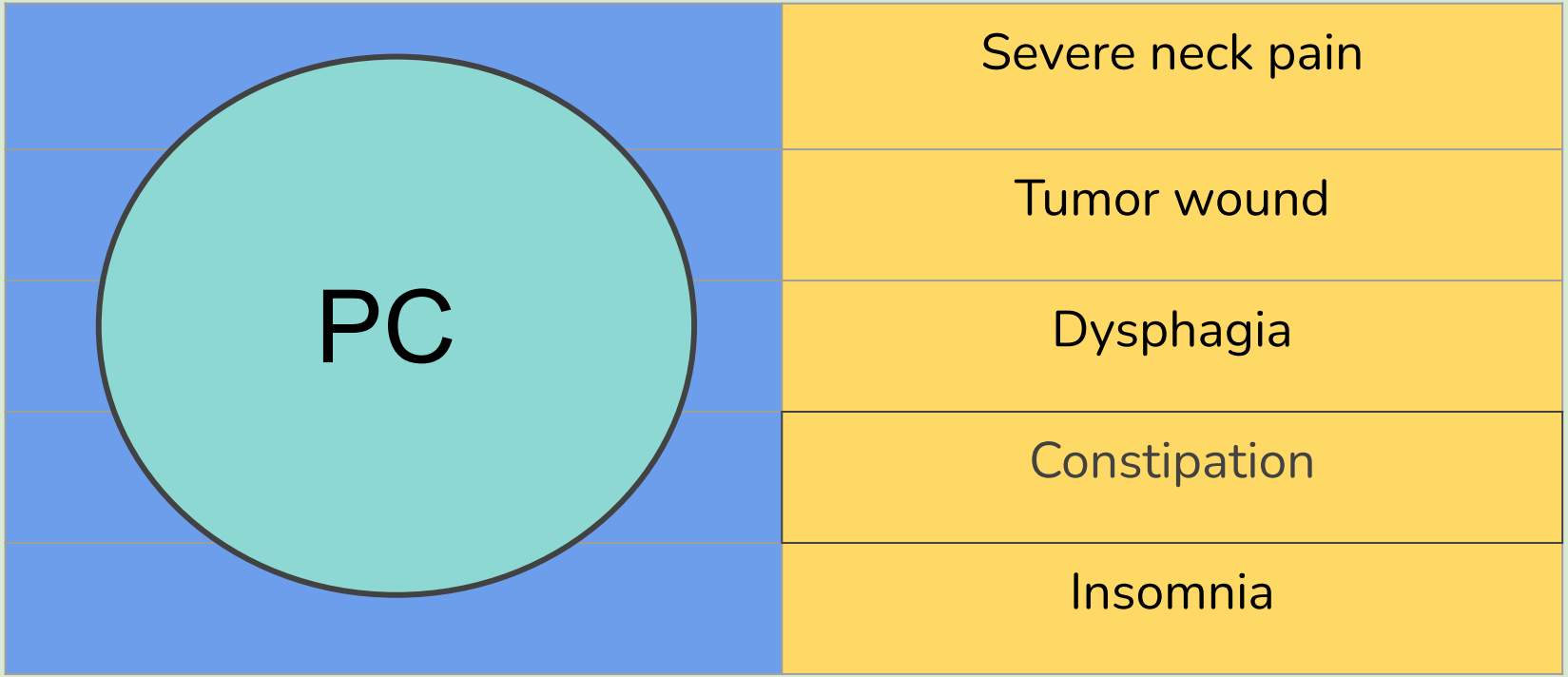
“รู้ว่า ลูกมีอาการคอบวมเล็กๆ เมื่อ 20 ปีที่แล้ว เคยพาไปรักษาแล้วก้อนยุบลง ครั้งนี้ก่อนมา ลูกบอกว่าก้อนที่คอโตเร็วขึ้นใช้เวลาแค่ 20วัน ไปหาหมอเอง โดยไม่บอกใคร พ่อรู้จากเพื่อนลูก นิสัยเดิม เขาเป็นคนไม่ค่อยพูด เขาทำงานหนัก เป็นเสาหลักให้พ่อ ส่งเงินให้พ่อใช้เดือนละ 2-3 พัน เคยคิดมาก่อนว่าก้อนที่คอโตขึ้นเป็นมะเร็ง รู้สึกสงสารลูก จึงพามารักษาที่บ้านเกิด ไม่ว่าผลการรักษาจะทำให้เขาเป็นแบบไหน พร้อมจะอยู่เคียงข้างและพร้อมดูแลจนกว่าจะหมดลมหายใจ”

Problem list & Management

Problem list & Management

CA pyriform sinus (SCCA)	Severe neck pain
Fever	Tumor wound
IJV thrombosis	Dysphagia
Hypercalcemia	Constipation
Hepatitis	Insomnia

Problem list & Management

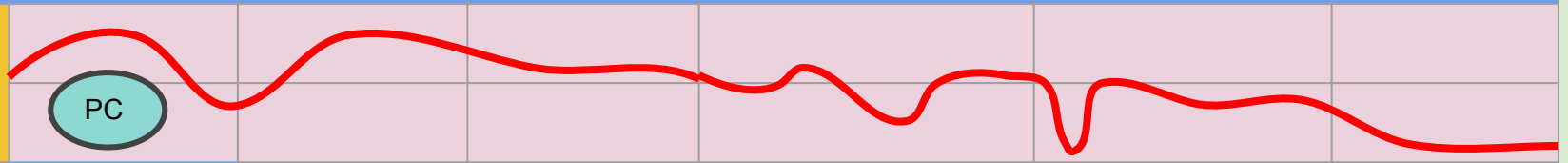


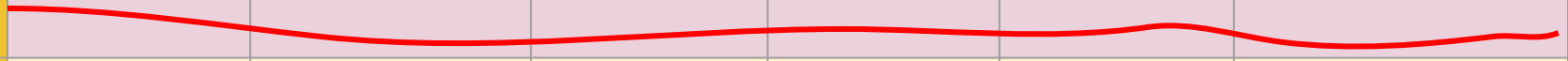
Treatment (9/7/2564)

Severe Neck Pain (mixed pain : best pain 4/10, worst pain 8/10)	• MST(10) 1 tab po q 8 hr • MOIR(10) 0.5 tab po prn for BTP q 2 hr • Paracetamol(500)1 tab po prn q4-6 hr • Gabapentin(300) 1 tab po hs
Tumor wound 	• ใช้ Adrenaline ร่วมในการ Dressing wound

Treatment (9/7/2564)

Constipation	• Senokot(7.5) 2 tabs po hs • Lactulose 30 ml po hs
Insomnia	• Lorazepam(0.5) 1 tab po prn for insomnia
Dysphagia	• เปลี่ยน soft dietเป็นโจ๊กปั่นข้น • Suggest consult OT

DATE	9/7/64	10/7/64	11/7/64	12/7/64	13/7/64	14/7/64
Pain score						
Background	MST 30 mg	MST 30 mg	MST 30 mg	↑MST 40 mg	↑MST 60 mg	MST 60 mg
	Gabapentin 300 mg	Gabapentin 300 mg	Gabapentin 300 mg	Gabapentin 300 mg	↑Gabapentin 600 mg	Gabapentin 600 mg
Prn dose	MOIR(10) 0.5 tab	MOIR(10) 0.5 tab	MOIR(10) 0.5 tab	↑Mo syrup (2mg/ml) 3 ml	↑MOIR(10) 1 tab	MOIR(10) 1 tab
Symptoms	Prn*1	Prn*2	Prn*2	Prn*3 **Incident pain : Fentanyl 25 mcg iv/SL before dressing 5 min	Prn*1	Prn*1
Mx				Family meeting	Family meeting (patho)	

DATE	15/7/64	16/7/64	17/7/64	18/7/64	19/7/64	20/7/64
Pain score						
Background	MST 60 mg	MST 60 mg	MST 60 mg	MST 60 mg	MST 60 mg	MST 60 mg
	Gabapentin 600 mg	Gabapentin 600 mg	Gabapentin 600 mg	Gabapentin 600 mg	Gabapentin 600 mg	Gabapentin 600 mg
Prn dose	MOIR(10) 1 tab	MOIR(10) 1 tab	MOIR(10) 1 tab	MOIR(10) 1 tab	MOIR(10) 1 tab	MOIR(10) 1 tab
Symptoms	Prn*1			Prn*1	Off lactulose Senokot 2x2 po pc	
Mx		Multidisciplinary team +FM			ACP	

Tumor wound

ผลกระทบเมื่อมี fungating wound

ด้านทางกาย

- กลิ่น (malodor)
- สารคัดหลั่ง(exudate)
- เลือดออก (bleeding)
- ปวด (pain)
- คัน (pruritus)

ด้านจิตใจ

(Alexander S, 2009)

การประเมินลักษณะแผล

Wound characteristic	
Location: • ใกล้หรือติดกับข้อ กระดูก • อยู่ในบริเวณที่เป็นส่วนตัว	**Wound properties:** • กว้าง x ยาว x ลึก, รูปร่าง • ปริมาณของ exudate • สภาพผิวหนังรอบๆ • ความรุนแรงของกลิ่น
Nutrition: • Anorexia, cachexia, นน.ลด Pruritus: • ตำแหน่ง ลักษณะ	**Level and nature of pain:** • ประเมินยาที่ได้รับปัจจุบัน • ยาควบคุมอาการได้ดีหรือไม่ • ปวดอย่างไร ตำแหน่ง ลักษณะ
Psychosocial and spiritual: • ผลกระทบ การดูแล ภาพลักษณ์ การเคารพตนเอง • แหล่งสนับสนุน	**Possible complications** • แผลเสี่ยงต่อเลือดออกมาก • เสี่ยงต่อ airway obstruction

(S.Alexander, 2009)

เพราะเหตุใด?แผล fungating จึงปวด

สาเหตุ-ปัจจัยส่งเสริม

1) ก้อนมะเร็งกดทับผิวหนังและโครงสร้าง
2) ก้อนมะเร็งลุกลามแทรกไปในชั้นผิวและเติบโตจนทำลายระบบประสาทและปลายประสาทรับความรู้สึก
3) การติดเชื้อซ้ำซ้อน
4) ความเสียหายของหลอดเลือดฝอยและการระบายน้ำเหลืองทำให้บริเวณที่เป็นบวมขึ้น
5) การทำหัตถการต่างๆ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

(S.Alexander, 2009)

จะทำอย่างไรดี ?
จึงลดอาการปวดก่อนทำแผล

ยาทาเฉพาะที่ (topical drug)

- 2% lidocaine หรือ EMLA® cream ทา 30-60 นาทีก่อนทำแผล
- ใช้ topical analgesia (opioid) ยาออกฤทธิ์โดยไปจับกับ peripheral opioid receptor โดยใช้
  - MO-IR บดผสมกับ KY-gel ใส่ที่แผล *(Back & Finley 1995)*
  - MO inj 5 mg ผสม KY-gel 5 ml *(Waller & Caroline,2000)*

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

(Ferrell & Coyle, 2006; Twycross, Wilcock & stark, 2009)

จะทำอย่างไรดี ?
จึงลดอาการปวดก่อนทำแผล

ให้ยา opioids ออกฤทธิ์สั้นก่อนทำแผล

Fentanyl inj. 25 mcg (0.5cc) ก่อนทำแผลโดยอมยาไว้ใต้ลิ้น 5-10 นาทีโดยไม่กลืนยา

- ยาเริ่มออกฤทธิ์ 5-10 นาที ออกฤทธิ์เต็มที่ 20 นาที อยู่ได้นานถึง 45 นาที
- ถ้าอาการปวดคุมไม่ได้ ให้ซ้ำในขนาดเดิมได้ 2 ครั้ง ใน 5-10 นาที

Ketamine 0.25 ml ผสมน้ำผึ้งเป็น 2 ml อมกลั้วใต้ลิ้น 10 นาทีแล้วกลืนยาก่อนทำแผล 15 นาที

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

(Ferrell & Coyle, 2006; Twycross, Wilcock & stark, 2009; S.Alexander, 2009)

Bleeding control

- Adrenaline ซุบก๊อส กดแผลนาน 5-10 นาที
- Sucalfate (ulsanic) 1 gm ผสมกับ water 1 ml +KY- gel 1 หยด apply บริเวณที่เลือดออก
- ใช้ sofatule

การเตรียม Sucralfate

ผสมให้ข้นพอดี

กดจุดเลือดออก

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

แผลติดเชื้อที่มีโพรงและมีน้ำจากแผลมาก

Aquacel Ag

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Aquacel Ag

Hydrofiber เหมาะกับแผลที่แฉะและมีการติดเชื้อ เพราะแทรกด้วยธาตุเงิน (silver) ที่มีฤทธิ์ในการทำลายแบคทีเรีย สามารถดูดซับ exudate จากแผลได้มาก เมื่อดูดซับเต็มที่ ตัววัสดุจะกลายเป็นเจล ลอกออกง่าย

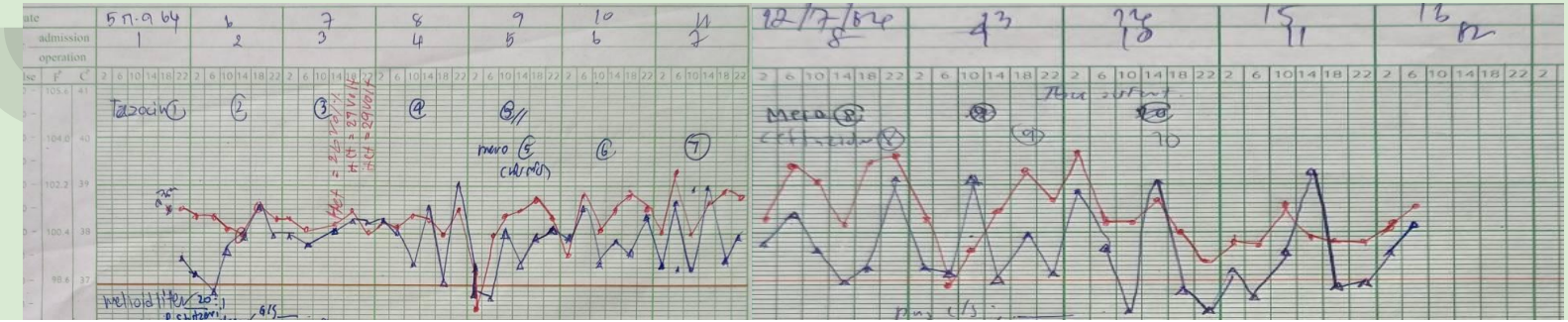
ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Tumor wound

18/7/2564
Active bleeding at wound (gauze 3 pads)
Hct 25%→ 20%
Tx

- PRC 1 U
- Consult RT for stop bleeding at wound

Fever



5/7/64

Tazocin(S)

9/7/64

Meropenem

12/7/64

Ceftazidime(S)
+Clindamycin

15/7/64

Add Naproxen(250)

1x2 po pc

H/C : Bacillus megaterium
Pus C/S : Pseudomonas stutzeri
Corybacterium striatum

IJV thrombosis

- Consult hematomed
- Start Enoxaparin 0.6 ml sc q 12 hr (8/7/2564)

Hypercalcemia

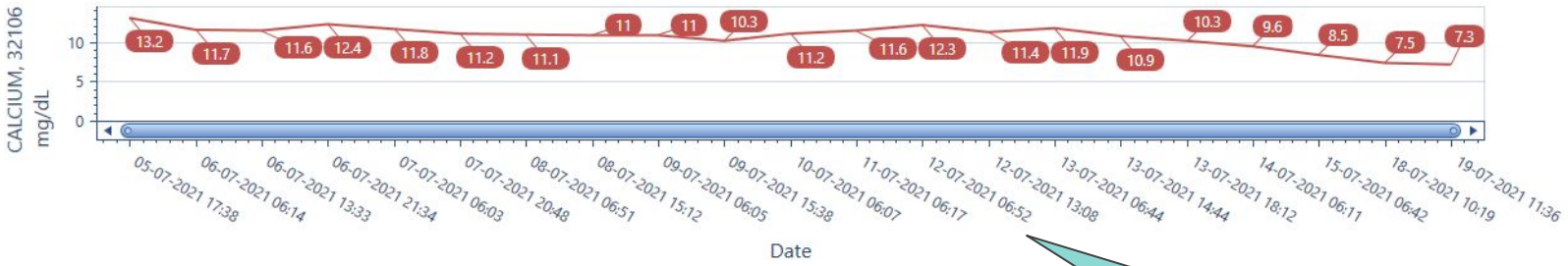
- Cause : Malignancy (SCCA)
- Consult nephromed

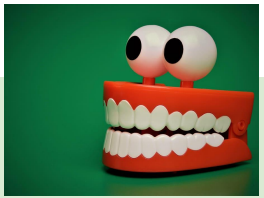
Mx

- Aggressive hydration
- Biphosphonate (Zoledronate)

Hypercalcemia

Aggressive Hydration with NSS



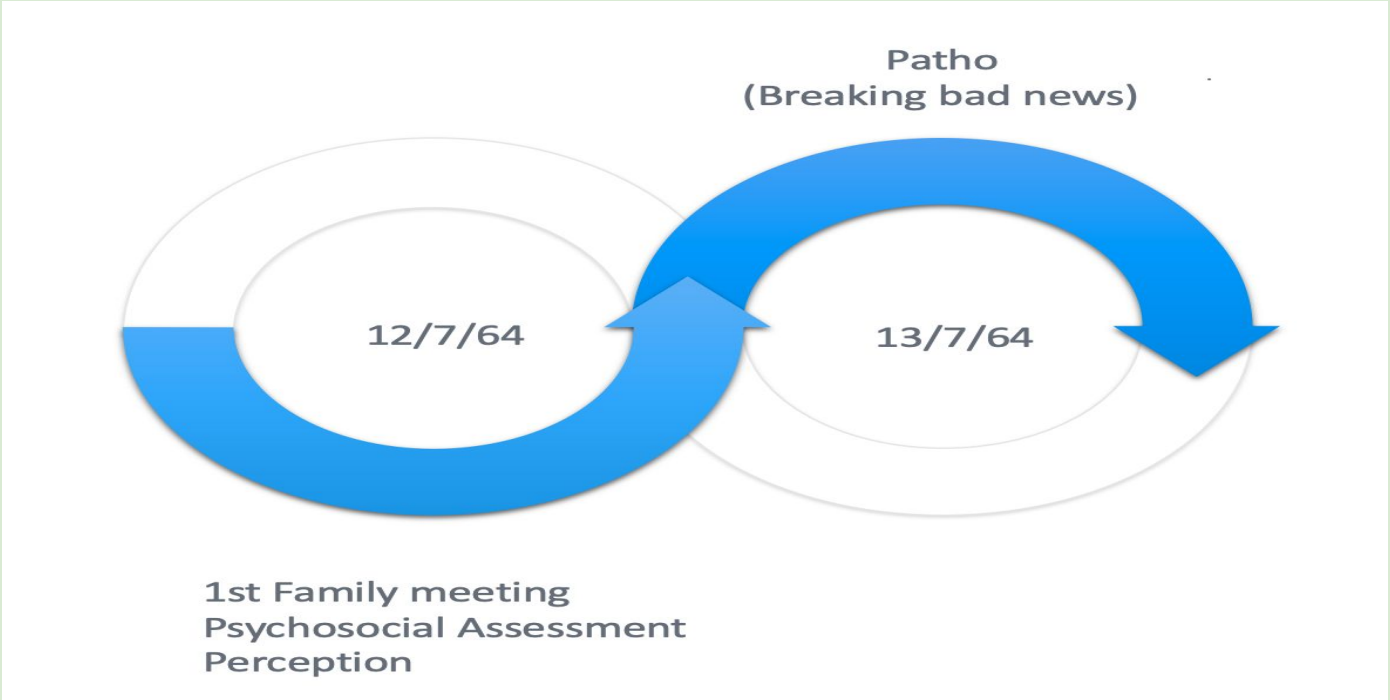


Zoledronate
4 mg + NSS 100 ml iv drip in 15 min

Hepatitis

- Hepatitis profile : negative
- นัด ultrasound abdomen (22/12/2564)

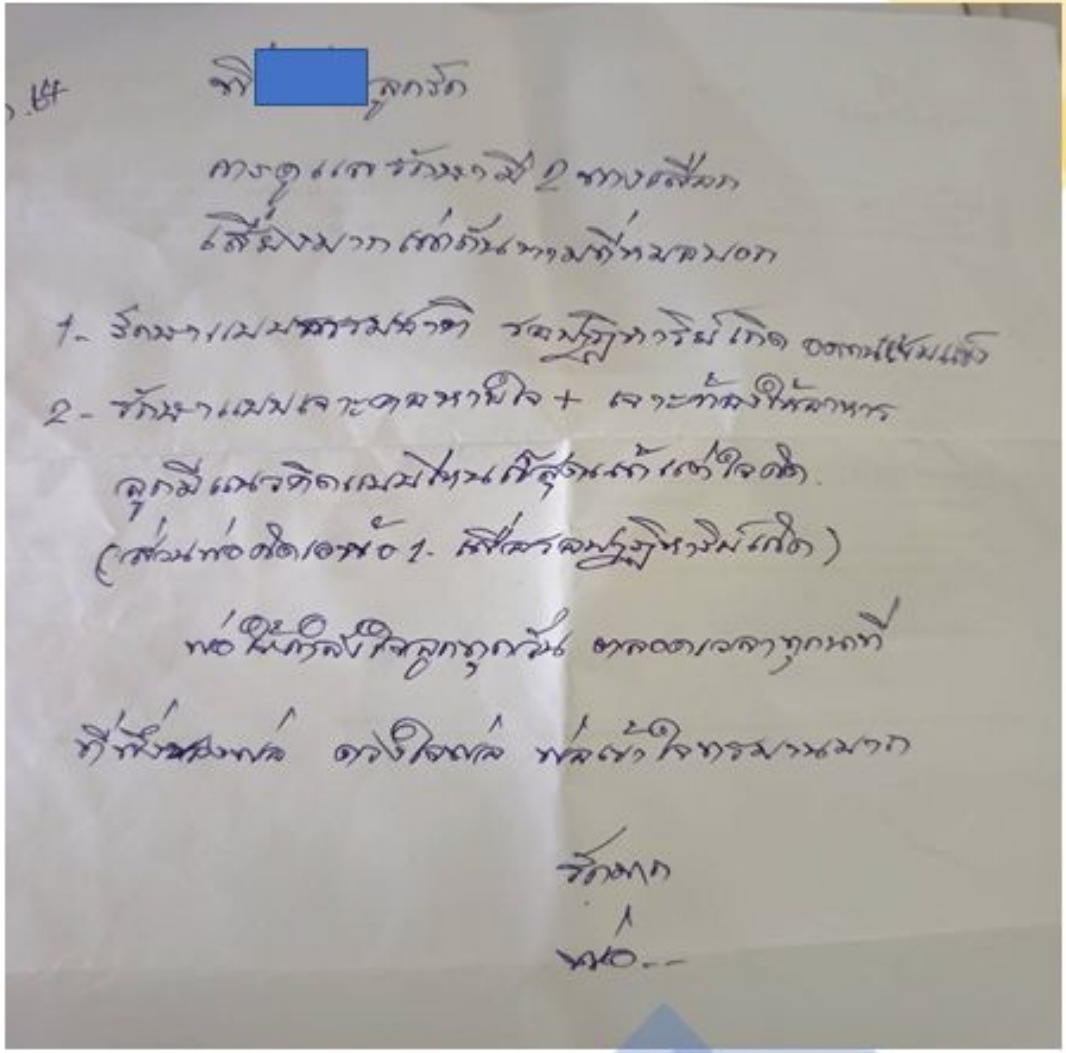
Family meeting



เมื่อทราบผลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

Spiritual Care

จดหมายรักและ
ฝากส่งกำลังใจ
จากพ่อ

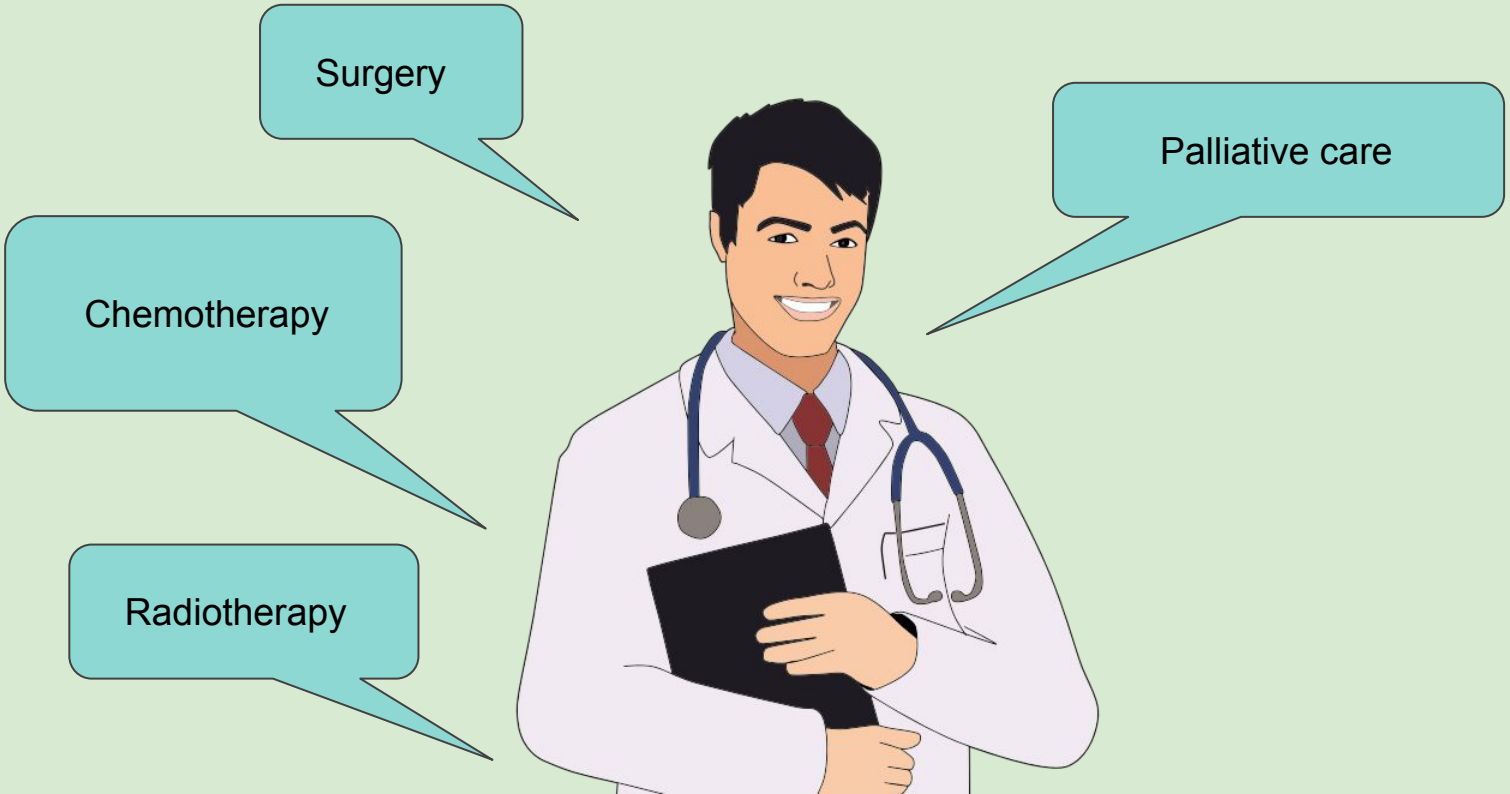


ที่อยู่ปัจจุบันและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

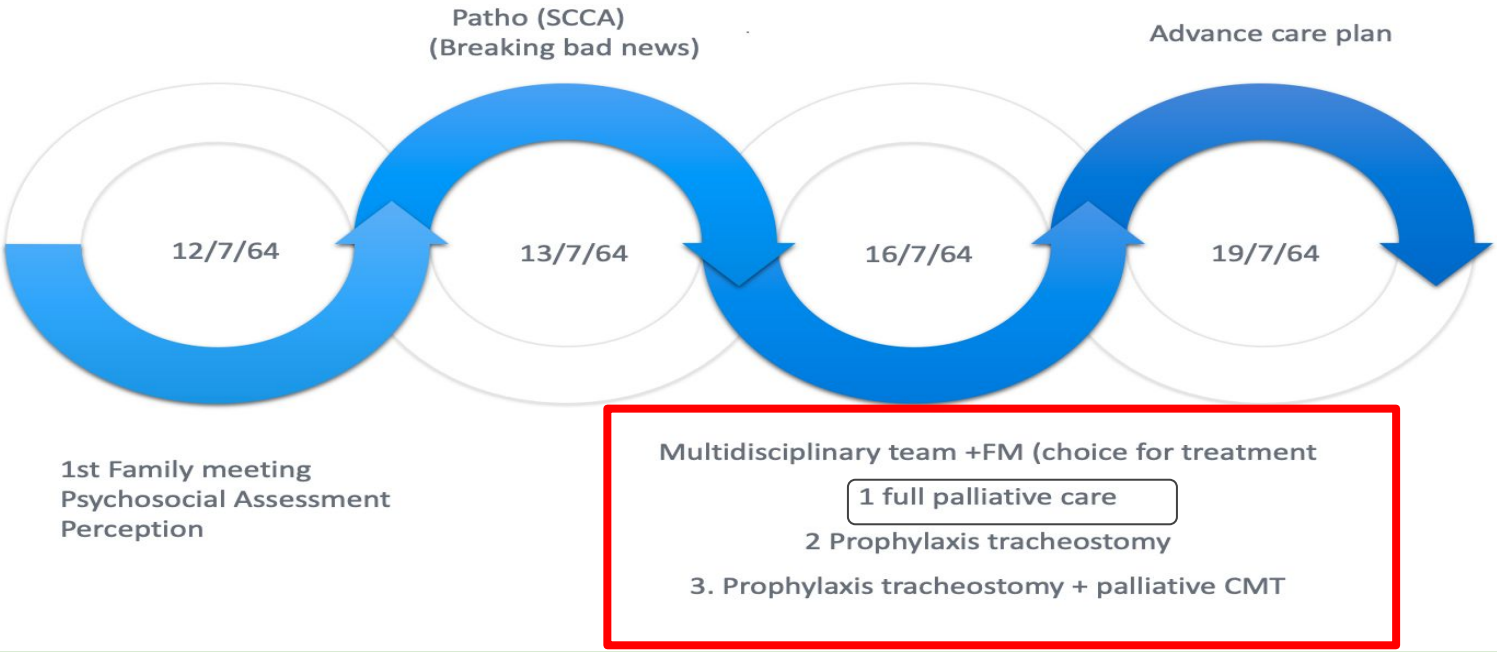
- พักอาศัย บ้านของน้องชาย ในชุมชนตลาดสามเหลี่ยม
- ใกล้ **PCU** สามเหลี่ยมประมาณ **800** เมตร
- ใกล้ รพ .ศรีนครินทร์ **3** กิโลเมตร

ภายในบ้าน

CA pyriform sinus (SCCA) StageT2N3bMx



Family meeting



Advanced care plan

Advance care plan

ACP : no ET tube , no CPR, Comfort care
no invasive procedure

Place of death : Hospital

Anticipatory condition

Dyspnea Crisis

- Upper airway obstruction
- SVC obstruction
- Carotid Blow Out
- Pulmonary emboli
- Hypercalcemia
- Severe Sepsis
- Massive Hemorrhage from wound

Dyspnea Crisis

Non Pharmacological Treatment

- Coping strategies : anxiety & panic
- วาง flow ให้ติดต่อภาวะฉุกเฉิน
- ให้ O2 หากมีภาวะ hypoxia

Dyspnea Crisis

Pharmacological Treatment

- Opioids
- Benzodiazepines

Mo 5-10 mg iv

Not improve in 10 min

Mo 10-15 mg iv

Not improve in 10 min

Mo 15-20 mg iv

Upper airway obstruction

Upper Airway Obstruction

อาการ

- Severe Dyspnea
- Restless(กระสับกระส่าย)

การตรวจร่างกาย

- Stidor (high pitched, vibrating sound, +- retraction of suprasternal notch)

Upper Airway Obstruction

การดูแลฉุกเฉินเบื้องต้น

1 จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่ง
2 ให้ O2 หากมีภาวะ hypoxia
3. ให้ Morphine เพื่อลดอาการหายใจไม่อิ่ม

Upper Airway Obstruction

- Dexamethasone 16 mg po/iv/sc
- +- Tracheostomy
- RT,CMT
- Stent
- Laser,electrocautery or cryotherapy resection
- Palliative sedation

SVC obstruction

SVC Obstruction

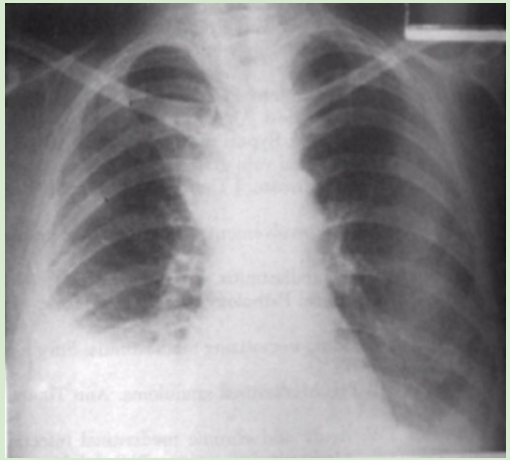
อาการ

- บวมบริเวณใบหน้าและลำคอ
- หอบอย่างเฉียบพลัน
- ปวดศีรษะจากสมองบวม

การตรวจร่างกาย

- Non-pitting edema of the face, arms, and chest
- เส้นเลือดบริเวณลำคอโป่งพอง ไม่มี pulsation
- Dilated collateral vessels บริเวณทรวงอกด้านบน
- ประเมิน Airway obstruction from laryngeal edema
- ประเมิน Cerebral function ดูภาวะสมองบวม

SVC Obstruction



Investigation

- CXR
  - Widened mediastinum
  - Rt pleural effusion (25%)
  - Normal CXR (16%)

- CT scan
- MRI

SVC Obstruction

การรักษาเบื้องต้น

- Head elevation
- Control dyspnea symptomatically ex. opioids
- ให้ oxygen

SVC Obstruction

การรักษา

- Dexamethasone 4-10 mg BID to TID
- RT,CMT
- Extrinsic compression → endovascular stent
- Thrombus → thrombolysis
- Palliative sedation
- Avoid Diuretic drugs

Carotid Blow Out

Carotid Blow Out

Cause

- Erosion of major artery→ Massive hemorrhage

Carotid Blow Out

Terminal stage ?

- Calm down
- ใช้ผ้ารองรับสีเข้ม ไม่เห็นสีเลือดซึ่งจะก่อให้เกิดความกลัว
- เตรียมยาพร้อมใช้
  - Morphine 5-10 mg iv
  - Midazolam 5-10 mg iv
  - Lorazepam 1 mg SL q 2-4 hr

Carotid Blow Out

Non Terminal stage ?

- Calm down
- Pressure dressing with Adrenaline
- ให้ Oxygen , iv fluid, blood transfusion
- Tranexamic acid 1-1.5 gm bid tid
- RT, Embolization

Palliative sedation

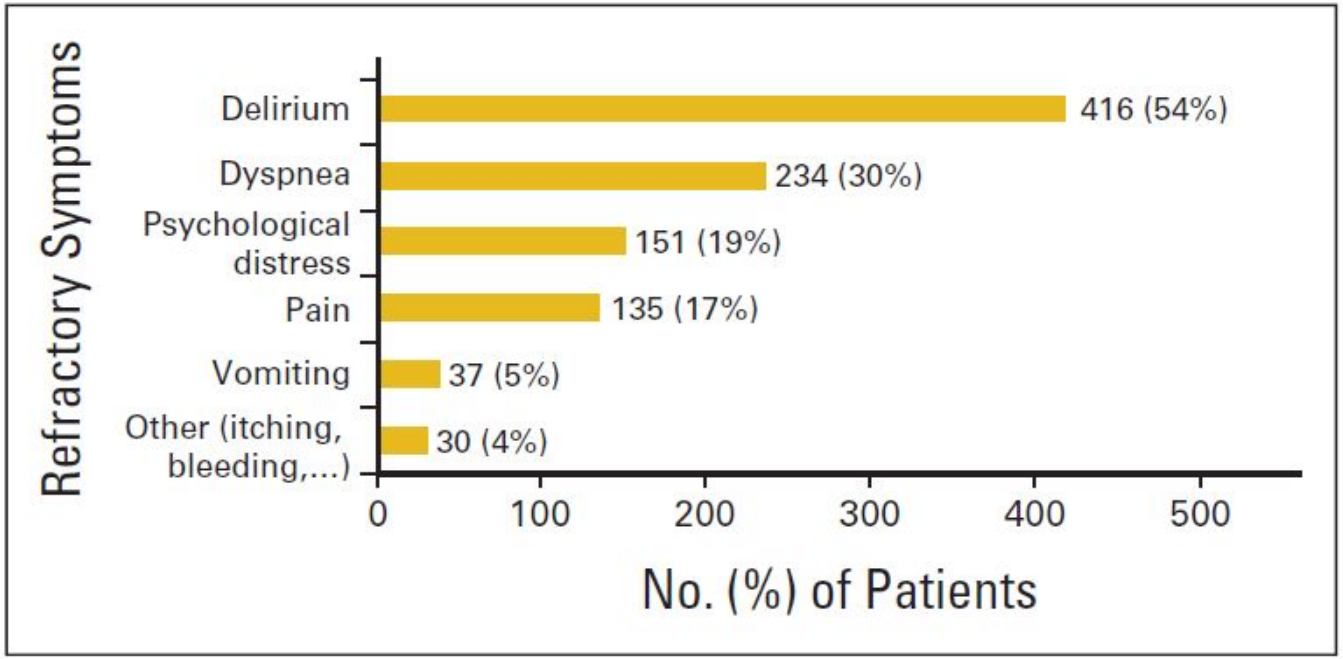
Palliative sedation-Definition

-is the intentional induction of sedation to relieve intractable symptoms/suffering when all other interventions have failed or are not readily available and death is imminent.

Indication

- Intractable agitation delirium
- Intractable dyspnea
- Refractory seizuring
- Intractable pain

Main refractory symptoms requiring sedation in 774 sedated patients from 10 studies.



Marco Maltoni et al. Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review. Journal of oncology 2012.

Original Article

PALLIATIVE MEDICINE

European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care

Palliative Medicine
23(7) 581–593
© The Author(s) 2009
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216309107024
pmj.sagepub.com
SAGE

10-item framework

1. Recommend pre-emptive discussion of potential role of sedation in the end of life care and contingency planning
2. Describe the indications in which sedation may or should be considered
3. Describe the necessary evaluation and consultation procedures
4. Specify consent requirements
5. Indicate the need to discuss the decision-making process with the patient's family
6. Present direction for selection of the sedation method
7. Present direction for dose titration, patient monitoring, and care
8. Guidance for decisions regarding hydration and nutrition and concomitant medications
9. The care and informational needs of the patient's family
10. Care for the medical professionals

Palliative sedation

Depth of sedation:

- Light- feeling drowsy
- Intermediate- sleep but can be awakened with stimuli
- Deep- doesn't awaken to stimuli

1. **Indefinite**

   Irreversible intractable symptoms

2. **Temporary or intermittent**

   Sedate for a limited period of time

   Indication: existential/psychological suffering

Monitoring during sedation

- Level of sedation-RASS(Richmond Agitation Sedation Scale)
- Level of comfort/discomfort
- Vital sign +/- Oxygen saturation

Initiation phase: 30 min-1 hr
Comfort achieve: reduced to every few hours

Pharmacological agents

1. Benzodiazepine-Midazolam
2. Barbiturates-Phenobarbitone
3. General anesthetics-Propofol

DO NOT use opioids for palliative sedation

Midazolam

- The most commonly used agent
- Sedative effect 3 times > Diazepam, anti-seizure 2 times potency
- Onset action: 5-10 min SC, 2-3 min IV
- Initial dosing: Bolus dose/intermitent PRN- 2.5-5 mg q 30-60 min
  Continuous infusion- 0.5-1 mg/hr CSCI/CIVI
- Titration: 0.5-1 mg/hr every 20-30 min as required.
- Doses of 1-5 mg/hr are usually effective.
- If the level of sedation is deeper than required->decrease 1-2 mg/hr
- If doses > 10 mg/hr consider adding other drugs.

Phenobarbitone

- Route: SC, IV, IM
- Peak concentration: 2 hr, half life 100-150 hr
- Add 30-120 mg SC/IV BID to TID
- Stat doses of 100-200 mg SC/IV (only without midazolam)
- Maintenance: 200-400 mg/24hr
- Higher doses 600-2400 mg/day

Propofol IV

- Consider propofol if optimal doses of midazolam & phenobarbitone have been unsuccessful.
- Doses: 5-70 mg/hr IV
- Starting dose: 5-10 mg/hr
- Titration dose: 10 mg/hr q 15 min until level of sedation is achieved.
- Bolus dose: 20-50 mg by increasing rate over 2-5 min.

Thank You

International Virtual Conference

"Community-Based Palliative Care : The Way Forward"

August 26-27, 2021

Organized by

Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, WHO Collaborating Center for Community Participation in Palliative Care and Long-term Care, Ministry of Public Health of Thailand, National Health Security Office, National Health Foundation , Thai Palliative Care Society

August 26, 2021

08.00 – 08.45	Registration
08.45 – 09.00	Opening remarks Assoc. Prof. Srivieng Pairojkul, Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
09.00 – 10.00	Keynote 1 "Public health approach in palliative care" (with Thai translation) Prof. Scott Murray, St Colomba's Hospice Chair of Primary Palliative Care, University of Edinburgh, United Kingdom
10.00 – 10.15	Break
10.15 – 11.15	Keynote 2 "How to integrate palliative care into primary health care" (with Thai translation) Prof. Scott Murray, St Colomba's Hospice, U of Edinburgh, UK.
11.15 – 12.30	Symposium 1 – Community palliative care: lesson learned from low to middle income Asian countries. (with Thai translation) Dr. Suresh Kumar, Director, WHO Collaborating Centre for Community Participation in Palliative Care and Long-term Care, Kerala. Dr. Ednin Hamzah, CEO, Hospis Malaysia.
12.30 – 13.30	Lunch
13.30 – 14.30	Key note 3 – How to integrate palliative care into long-term care program (with Thai translation) Prof. Caroline Nicholson, Professor of Palliative Care and Ageing, University of Surrey, UK
14.30 – 14.45	Break
14.45 – 16.45	Symposium 2 – Palliative care in national long-term care program – lesson learned from high-aging population Asian countries (with Thai translation)
Taiwan	Assoc. Prof. Wang Yin-Wei, Tzuchi University; Director, Center for Palliative Care, Hualien Taiwan.
Singapore	Dr. Akhileswaran Ramaswamy, Senior Consultant and Specialist in Palliative Medicine, Department of Geriatric Medicine, Khoo Teck Puat Hospital, Singapore.
Japan	Dr. Yasuyoshi Ninosaka, Fukuoka, Japan .

August 27, 2021

08.30 – 09.15	Keynote 4 – Strengthening and integration of palliative care services into national public health system (with Thai translation) Dr. Gampo Dorji, Technical officer for NCDs, WHO's Regional Office for South-East Asia.
The following sessions will be conducted in Thai language	
09.15 – 09.40	Palliative care in primary care cluster Dr. Suwat Wiriyaphongsukit, Director, Bureau of Primary Care Support, MOH
09.40 – 10.05	National Health Security Long-Term Care program Mr.Weerachai Konmanee, Director of Bureau of Community Health Management, National Health Security Office
10.05 - 10.30	Situational analysis of community based palliative care in district health system Assist. Prof. Nithra Kitreerawutiwong, Faculty of Public Health, Naresuan University
10.30 – 10.55	Compassionate community approach to palliative care Wanna Jarusomboon, Peaceful Death Group
10.55 – 11.10	Break
11.10 - 12.30	Panel session – System approach - Integrated palliative care model in national service plan Opening of panel session by the director of IMC and PC Service Plan. Dr. Deunpen Horatanaruang, Queen Sirikit National Institute of Child Health, MOH Dr. Namtip Intab, Buddhachinaraj Hospital Dr. Rojanasak Thongkhamcharoen, Maesot Hospital
12.30 – 13.30	Lunch
Half-day workshop (Invited Thai participants only)	
13.30 -15.15	Developing quality community palliative care in Thai context (Small group working and presentation) Dr. Duenpen Horatanaruang, Department of Medical Service, MOH Dr. Rojanasak Thongkhamcharoen, Maesot Hospital Dr. Namtip Intab, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital Dr. Attakorn Raksasattaya, Karunruk Palliative Care Center
15.15 -15.30	Break
15.30 -16.00	Wrap up: Community-based palliative care: The way forward for Thailand Assoc. Prof. Srivieng Pairojkul, Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University Dr.Suresh Kumar, Director, WHO Collaborating Centre for Community Participation in Palliative Care and Long-term Care, Kerala.

zoom **online registration**

Free registration fee