Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 3
Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์

Module 3 Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

Module 3 Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 3
Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center
สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Training of the Trainers

in Palliative Care

Module 3
Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk Palliative Care Center

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 3
Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์

Training of the Trainers in Palliative Care

บรรณาธิการ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ผศ.นภา หลิมรัตน์

ออกแบบปก อลงกรณ์ สุนทร

ออกแบบรูปเล่ม วรรณนิสา ลาภทวี

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา โทร. 043-328589-91

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 (จำนวน 1,000 เล่ม)

จัดทำและเผยแพร่โดย

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ 043-366656

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนำ

ปัจจุบันนี้โรคที่เป็นภาวะคุกคามต่อระบบสุขภาพของทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยคือโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวาย หัวใจวาย โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น โรคดังกล่าวต้องการการรักษาอย่างยาวนาน และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากตัวโรค และครอบครัวต้องรับภาระอย่างหนักหน่วง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากวิทยาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีการค้นพบการรักษาและยาที่สามารถรักษาหรือป้องกันโรคต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศทั่วโลกก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเกิดขึ้นเป็นเงาตามตัวด้วย เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจำนวนมากมิได้มีสุขภาพดีแต่มักป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจำนวนมากเมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งก็ล้วนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่มีข้อจำกัดคือจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีจำนวนน้อย ดังนั้นการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในการให้การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการดังกล่าวสามารถได้รับการบริการเป็นอย่างดี

ชุดรายวิชาที่จัดทำขึ้นนี้ต้องการตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนดังกล่าวข้างต้น โดยชุดรายวิชานี้ใช้เป็นสื่อประกอบการอบรม "Training of the Trainers (TOT) in Palliative Care" ชุดรายวิชานี้ประกอบด้วยชุดรายวิชาย่อย 9 เรื่องซึ่งเป็นเนื้อหาโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีสื่อการสอนพร้อมใช้คือ PowerPoint presentation ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมสามารถเลือกเนื้อหาเพื่อนำไปสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนและบริบท นอกจากนี้ยังมีรายวิชาย่อยเรื่องพื้นฐานการสอน เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสอน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดรายวิชานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรมและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและสื่อในการสอนได้เป็นอย่างดี เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และสามารถจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้าย

(แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

กุมภาพันธ์ 2560

ผู้นิพนธ์และรวบรวม

นางปาริชาติ เพียสุพรรณ์

การศึกษา :

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
- ประกาศนียบัตร BASIC CERTIFICATE COURSE IN PALLIATIVE CARE NURSING (BCCPN)

การทำงาน/ตำแหน่ง

- พยาบาลชำนาญการ ประจำศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk
Palliative
Care Center

สารบัญ

Module 3 Non-Pain Symptom Management 1

ภาพรวมรายวิชา 1

สาระสำคัญ 1

วัตถุประสงค์ 1

ขอบเขตรายวิชา 2

แผนการสอนเรื่อง “Non-Pain Symptom Management” 3

Key Reference 80

Case Study # 1 Dyspnea/Fatigue/Anorexia/Cachexia 81

Case Study # 2 Partial gut obstruction/Constipation/Nausea 82
Vomiting/Dry Mouth/Oral Candidiasis//Pruritus

Case Study # 3 Fungating wound 84

เอกสารประกอบ Module 3: Non-Pain Symptom Management 85

ข้อสอบ Module 3 Non-pain Symptom Management 110

Module 3
Non-Pain Symptom Management

ภาพรวมรายวิชา

รายวิชานี้เกี่ยวข้องกับอาการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากอาการปวด และพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งบทบาทของทีมสุขภาพในการจัดการอาการเหล่านี้

สาระสำคัญ

- ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคในระยะรุนแรง มีการลุกลามของโรคไปส่วนต่างๆ ของร่างกาย มักเกิดความทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยและสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง และมีโอกาสเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ ส่งผลให้ผู้ป่วยนอกจากจะมีปัญหาทางด้านร่างกายยังพบมีปัญหาทางด้านจิตใจด้วย
- การดูแลจัดการอาการที่เป็นปัญหาต้องกระทำอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งนี้ต้องมีการประเมินและการให้การรักษาอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกัน
- การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพต้องมีการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

ภายหลังจบรายวิชานี้ ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถ:

- บอกถึงอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีโอกาสเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ได้อย่างถูกต้อง
- บอกถึงสาเหตุของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
- อธิบายวิธีการประเมินแต่ละอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
- อธิบายวิธีการดูแลที่จะช่วยป้องกันหรือลดอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง

Module 3
Non-Pain Symptom Management

ขอบเขตรายวิชา

1. **บทนำ**
   - I. หลักการสำคัญในการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย
   - II. อาการผู้ป่วยระยะท้ายที่พบได้บ่อย
2. **อาการผู้ป่วยระยะท้ายที่พบได้บ่อย (Common symptoms)**
   - I. Respiratory symptoms
     - A. Dyspnea
     - B. Cough
   - II. GI & Bowel symptoms
     - A. Constipation
     - B. Nausea/Vomiting
     - C. Ascites
     - D. Bowel obstruction
     - E. Anorexia/Cachexia
   - III. Skin integrity issue
     - A. Pruritus
     - B. Fungating wound
   - IV. Functional ability
     - A. Fatigue

Module 3
Non-Pain Symptom Management

แผนการสอน Module 3: Non-pain symptom management
กลุ่มเป้าหมาย: แพทย์/พยาบาลที่มีพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองระดับต้น
ระยะเวลาในการสอน: 2 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์: เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนการสอนในหัวข้อ non-pain symptom management ผู้เรียนสามารถ

1. บอกถึงหลักการในการจัดการอาการไม่สุขสบายในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
2. ระบุถึงอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน
3. บอกความหมายและสาเหตุของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
4. อธิบายวิธีการประเมินแต่ละอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
5. อธิบายวิธีการดูแลทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาที่จะช่วยป้องกันหรือลดอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
1. บอกถึงหลักการในการจัดการอาการไม่สุขสบายในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง	Evaluation: Explanation Management - รักษาสาเหตุที่รักษาได้ - การใช้ยา - การไม่ใช้ยา Monitoring Attention to detail	- สอน/บรรยาย โดยใช้ PowerPoint presentation	-สร้างบรรยากาศ การเรียนรู้แบบถามตอบ	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ข้อสอบ MCQ 1 ข้อ	5 นาที

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
2.ระบุอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน	**Respiratory symptoms:** Dyspnea, cough **GI & Bowel symptoms:** Dry mouth, stomatitis, constipation, nausea/ vomiting, ascites, bowel obstruction, anorexia/ cachexia **Skin integrity issue:** Pruritus, fungating wound **Functional ability:** Fatigue	- สอน/ บรรยาย โดยใช้ PowerPoint presentation	- ผู้เรียนเล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย	10 นาที

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
3. บอกความหมายและสาเหตุของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้ได้อย่างถูกต้อง 4. อธิบายวิธีการประเมินแต่ละอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง 5. อธิบายวิธีการดูแลทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาที่จะช่วยป้องกันหรือลดอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้	**อาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้แก่** 1. หายใจลำบาก 2. ไอ 3. ปากแห้ง 4. แผลในปาก 5. ท้องผูก 6. คลื่นไส้อาเจียน 7. ลำไส้อุดตัน 8. ท้องมาน 9. เบื่ออาหารและร่างกายซูบผอม 10. อ่อนล้า 11. คัน 12. แผลมะเร็ง **เนื้อหาที่สอนแต่ละอาการประกอบไปด้วย** · ความหมาย · สาเหตุ · การประเมินอาการ · การจัดการอาการ - รักษาสาเหตุที่รักษาได้ - วิธีการใช้ยา - วิธีการไม่ใช้ยา	- สอน/บรรยายโดยใช้ PowerPoint presentation - มีตัวอย่างกรณีศึกษาให้ได้ลองฝึกทำ	- สร้างบรรยากาศ การเรียนรู้แบบถามตอบในขณะบรรยาย - ผู้เรียนเล่าประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยให้ฟัง	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ตอบคำถามในช่วง case study - ข้อสอบ MCQ 10 ข้อ	105 นาที

Module 3
Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์
RN.,MNS.,Cert.Pall Care
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Principle of Symptom Management

EEMMA :

- Evaluation
- Explanation
- Management:
- Monitoring
- Attention to detail

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

Evaluation:

- วินิจฉัยแต่ละอาการที่เกิดขึ้นก่อนให้การรักษา โดยพยายามหาสาเหตุของอาการ โรคลุกลามมากขึ้นหรือไม่ มีสาเหตุอื่น หรือเกิดจากการรักษาหรือผลข้างเคียงของยาหรือไม่
- ใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อเมื่อช่วยในการรักษาเท่านั้น
- สภาวะของโรคของผู้ป่วยในขณะนั้นเป็นอย่างไร คงตัว หรือเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ หรือกำลังจะเสียชีวิตในเวลาไม่นานหรือไม่
- ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

Explanation

- อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวถึงสาเหตุ วิธีการรักษา/ทางเลือกการรักษา
- การตอบสนองต่อการรักษา กำหนดเป้าหมายร่วมกันก่อนการรักษาแต่ละอาการ

Management

- รักษาสาเหตุที่รักษาได้ ใช้สูตรยาที่ไม่ซับซ้อน พยายามใช้ยาน้อยชนิด
- ใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาวเพื่อช่วยลดจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทาน
- ใช้ยาที่ออกฤทธิ์หลายอย่างเช่น haloperidol – anti-emetic and mild sedative
- ให้ยาแบบต่อเนื่อง + prn. ทบทวนการให้ยาบ่อยๆ
- อธิบายวิธีใช้ยาและเขียนวิธีการใช้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว

Monitoring

- ทบทวนผลการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง การลุกลามของโรคและอาการใหม่ๆที่เกิดขึ้น

Attention to detail

- ใส่ใจกับทุกอาการที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มีการกระจายไปกระดูก ไม่มีปัญหาแคลเซียมสูง ไม่ได้รับมอร์ฟีน ทำไมมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือทำไมผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนจึงมีอาการปวดที่คอ เป็นต้น

Common Symptoms

- **Respiratory system:** Dyspnea, Cough
- **GI & Bowel** : Oral problem, Constipation,
  Nausea/Vomiting, Ascites,
  Obstruction, Anorexia/Cachexia
- **Functional ability**: Fatigue
- **Skin integrity issue**: Pruritus, Fungating wound

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Joyce MM, 2014.; Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

Common Symptoms

- Respiratory: Dyspnea, Cough
- GI & Bowel : Oral problem, Constipation, Nausea/Vomiting, Ascites, Anorexia /Cachexia
- Functional ability: Fatigue
- Skin integrity issue: Pruritus, fungating wound

หายใจลำบาก Dyspnea

- **Clinical term** : Breathlessness,
  Shortness of breath
- การรับรู้เฉพาะของบุคคลต่อการหายใจที่ผิดปกติ
- การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้ออ่อนล้าและตึงเครียดร่วมกับภาวะวิตกกังวลและกลัว
- พบทั้งผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ในระยะ last weeks of life พบ 70% *(Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P. 2007)*
- เป็นตัวทำนายระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ (survival time) ที่สำคัญรองมาจาก performance status

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

หายใจลำบาก

- Clinical Term : dyspnea, breathlessness, shortness of breath
- ประสบการณ์/การรับรู้เฉพาะของแต่ละบุคคลต่อการหายใจที่ผิดปกติ: รู้สึกหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่สะดวก หรือหายใจขัด ส่งผลให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อเกิดความอ่อนล้าและตึงเครียด ร่วมกับภาวะวิตกกังวล (anxiety) และหวาดกลัว (panic)
- พบทั้งผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ความชุก 12 – 74% ผู้ป่วยในระยะ last weeks of life พบเพิ่มขึ้น 70%
- ตัววัดอาการที่เชื่อถือได้มากที่สุดคือการบอกเล่าจากตัวผู้ป่วยเอง
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มี hypoxemia และพบว่า hypoxemia มักไม่สัมพันธ์กับอาการหายใจไม่อิ่มของผู้ป่วย
- อาการหายใจลำบากเป็นตัวทำนายระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ (survival time) ที่สำคัญรองมาจากสมรรถนะของผู้ป่วย (performance status)

การหายใจเร็วเกินไป

- บางครั้งมีผลเสียโดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาในการหายใจออกให้นานขึ้นเพื่อขับเอาอากาศที่หายใจเข้าไปให้ออกมามากที่สุด การหายใจเร็วทำให้อากาศเข้าไปได้น้อยและไม่สามารถขับออกได้หมด ดังนั้นอากาศเก่าๆ ที่ค้างอยู่ในปอดและเป็นอากาศเสียจึงไม่สามารถขับออกจากปอดได้ ภายในปอดเหลือที่ว่างเพียงเล็กน้อยที่จะให้อากาศดีๆ เข้าไป
- การหายใจเร็วเกินไป ส่งผลทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยกว่าความต้องการ ร่างกายจึงพยายามอย่างมากที่จะทำให้ได้อากาศเข้าไปในปอดมากกว่าเดิม โดยพยายามออกแรงในการหายใจเข้ามากขึ้น จนในที่สุดไม่สามารถควบคุมจังหวะการหายใจได้ เกิดการหายใจแบบที่เรียกว่า “หิวอากาศ” และเป็นจุดเริ่มของการเกิดความรู้สึกหวาดกลัวขึ้น

การแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด คือ การควบคุมการหายใจให้ช้าลง

- ความรู้สึกตกใจ กังวล หรือหวาดกลัว การไม่สามารถควบคุมอารมณ์เหล่านี้ได้จะยิ่งจะทำให้ภาวะหายใจลำบากรุนแรงกว่าเดิม
- ตามธรรมชาติร่างกายจะพยายามใช้กล้ามเนื้อไหล่และกล้ามเนื้ออกส่วนบนมาช่วยในการหายใจ ซึ่งกล้ามเนื้อเหล่านี้เกิดการเหนื่อยล้าและอ่อนแรงได้ง่าย การใช้กล้ามเนื้อเหล่านี้มาช่วยหายใจซึ่งจะล้าได้ง่าย จะส่งเสริมให้ภาวะหายใจลำบากรุนแรงกว่าเดิม

การประเมินอาการหายใจลำบาก

- ประเมินจากการบอก เล่า บรรยายของผู้ป่วย
- ความรุนแรงโดยใช้ ESAS: NRS 0-10 คะแนน
- การดำเนินของอาการเร็ว/ช้าเพียงใด?
- อาการเกิดขณะออกกำลังหรือขณะอยู่เฉยๆ
- อะไรทำให้ดีขึ้น/เลวลง?
- รบกวนชีวิตประจำวัน/การนอนหรือไม่ อย่างไร?
- ความหมาย/ความเข้าใจ/ความเชื่อ/ความกลัว
- O2 Saturation

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การประเมินอาการหายใจลำบาก

- ประเมินจากการบอก เล่า บรรยายของผู้ป่วย
- ความรุนแรงโดยใช้ ESAS: NRS 0-10 คะแนน
- การดำเนินของอาการเร็ว/ช้าเพียงใด? Onset ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมักมีสาเหตุที่แก้ไขได้
- อาการหายใจลำบากเป็นเฉพาะเวลาออกกำลัง (on exertion) หรือในขณะอยู่เฉยๆ (at rest)?
- อะไรทำให้ดีขึ้น/แย่ลง? ท่าใดสบายที่สุด? ดีขึ้นหลังได้ออกซิเจนหรือไม่?
- รบกวนชีวิตประจำวัน/การนอนหรือไม่ อย่างไร?
- ความหมาย/ความเข้าใจ/ความเชื่อ/ความกลัวเกี่ยวกับอาการ: ใกล้เสียชีวิต สำลักอากาศจนตาย
- O_2 saturation พบว่ามักไม่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก

Correctable Causes of Dyspnea

Infection	Antibiotics, PT
COPD/asthma	Bronchodilators, steroids, PT
Obstruction of trachea/bronchus/SVC	Steroids, radiotherapy, laser therapy, stenting, chemotherapy
Lymphangitis carcinomatosis	Steroids, diuretics, bronchodilators
Pleural effusion	Drainage+/- Pleurodesis
Pericardial effusion	Paracentesis, steroids
Ascites	Diuretics, paracentesis
Anemia	Blood transfusion
Pulmonary embolism	Anticoagulation
Heart failure	Diuretics, ACE inhibitors, opioids

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. Symptom Management in Advance Cancer. 2009.

พยายามหาสาเหตุและให้การรักษาสาเหตุที่แก้ไขได้

Non Drug Treatment for Dyspnea

- เหมาะสำหรับจัดการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรม
- เทคนิคการผ่อนคลาย
- การจัดท่าที่เหมาะสม
- การจัดสิ่งแวดล้อม พัดลมเป่าหน้า *(Bausewein C et al.,2010)*
- ช่วยเคาะ/สั่นปอดเพื่อระบายเสมหะ
- สอนวิธีการเผชิญกับความกลัว/กังวล การออกกำลังกาย วิธีการสงวนพลังงานในการทำกิจวัตรประจำวัน และการจัดการ dyspnic/panic attack

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non Drug Treatment for Breathlessness

- เหมาะสำหรับจัดการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรม (dyspnea on exertion)
- Relaxation technique: breathing retraining, distraction เบี่ยงเบนความสนใจ, guided imagery, meditation
- Positioning: นั่งหรือยืนโน้มตัวไปข้างหน้า ลู่ไหล่ แขนสองข้างผ่อนคลาย นอนหัวสูง
- Exercise : เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle straitening)
- การใช้พัดลมเป่าที่หน้า ให้ลมพัดมาที่ตรงกลางหน้าบริเวณรอบๆจมูกเหนือริมฝีปากบน (มี thermal & mechanical receptor ของ trigeminal nerve) จะช่วยลดการรับรู้ถึงความรู้สึกหายใจไม่อิ่มรู้สึกดีขึ้นใน 2-3 นาที
- Coping strategies : anxiety & panic –ประเมินความคิดที่เป็นปัญหา เช่น “ฉันไม่สามารถควบคุมการหายใจของตัวเองได้” แนะนำให้คิดไปในทางที่ดี เช่น “การหายใจของฉันจากที่เร็วๆ จะค่อยๆช้าลง”
- How to managing daily activities: moving, showering, dressing, sleeping, eating & drinking
- Patient and family education: สอนวิธีการที่ง่ายต่อการนำไปใช้และให้ทดลองปฏิบัติจริงการบันทึกอาการ ใช้ Combined approaches

Drug Treatment for Dyspnea

- เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในขณะพัก
- Opioids: morphine, fentanyl
- Benzodiazepines : lorazepam, midazolam, diazepam
- Steroids
- ให้ยาขยายหลอดลมถ้ามีหลอดลมหดเกร็ง
- Mucolytics/NSS nebulizer ช่วยลดเสมหะเหนียว

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Simon & Bausewein, 2009; Wood et al (2012)

Drug Treatment for Breathlessness

- เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในขณะพัก (dyspnea at rest)
- Opioids ช่วยลดการตอบสนองต่อภาวะ hypercapnia, hypoxia และ exercise ➔ ส่งผลให้มีการออกแรงในการหายใจลดลง อาการหายใจไม่อิ่มลดลง ไม่มีผลข้างเคียงการกดการหายใจ เนื่องจากใช้ขนาดน้อย ค่อยๆ ปรับขนาดยาเพิ่มทีละน้อยตามอาการและประเมินอย่างต่อเนื่อง
- Benzodiazepines ช่วยบรรเทาอาการกลัวและวิตกกังวล : lorazepam, midazolam, diazepam
- Steroids: รักษาภาวะ lymphangitis carcinomatosis หรือมีมะเร็งกระจายไปปอด
- ให้ยาขยายหลอดลมถ้าตรวจพบว่ามีหลอดลมหดเกร็ง: โดยเฉพาะผู้ป่วย COPD, asthma
- Mucolytics/NSS nebulizer ช่วยลดเสมหะเหนียว

Morphine for Breathlessness

- **ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ morphine มาก่อน:**
  - เริ่มขนาด 2.5-5 mg ด้วยยาที่ออกฤทธิ์สั้น immediate release (IR/syrup) PO prn. q2hr
  - ถ้าต้องใช้ > 2 doses/24 ชม. → ให้ต่อเนื่องทุก 4 ชม. โดยปรับตามการตอบสนอง
  - หรือให้ต่อเนื่องด้วยยาออกฤทธิ์ยาว control-released
- **ในผู้ป่วยที่ได้ morphine เพื่อควบคุมความปวดอยู่แล้ว:**
  - ให้เพิ่มขนาด morphine ขึ้น 30%
  - ปรับยาตามอาการเหมือนการปรับ morphine ในการรักษาความปวด และให้ prn ตามอาการได้

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล Complehensive dyspnea workshop, 2014

Morphine for Breathlessness

- ขนาดยาในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ morphine มาก่อน: เริ่มขนาด 2.5-5 mg ด้วยยาที่ออกฤทธิ์สั้น immediate release (IR/syrup) PO prn. q2 hr ถ้าต้องใช้ > 2 doses/24 ชม. ➔ ให้ต่อเนื่องทุก 4 ชม. โดยปรับตามการตอบสนอง
  - หรือให้ต่อเนื่องด้วยยาที่ออกฤทธิ์ยาว control-released เช่น MO (MST, Kapanol)
- ขนาดยาในผู้ป่วยที่ได้ morphine เพื่อควบคุมความปวดอยู่แล้ว: ให้เพิ่มขนาด morphine ขึ้น 30% ปรับยาตามอาการเหมือนการปรับ morphine ในการรักษาความปวด และให้ prn ตามอาการได้

Benzodiazepines

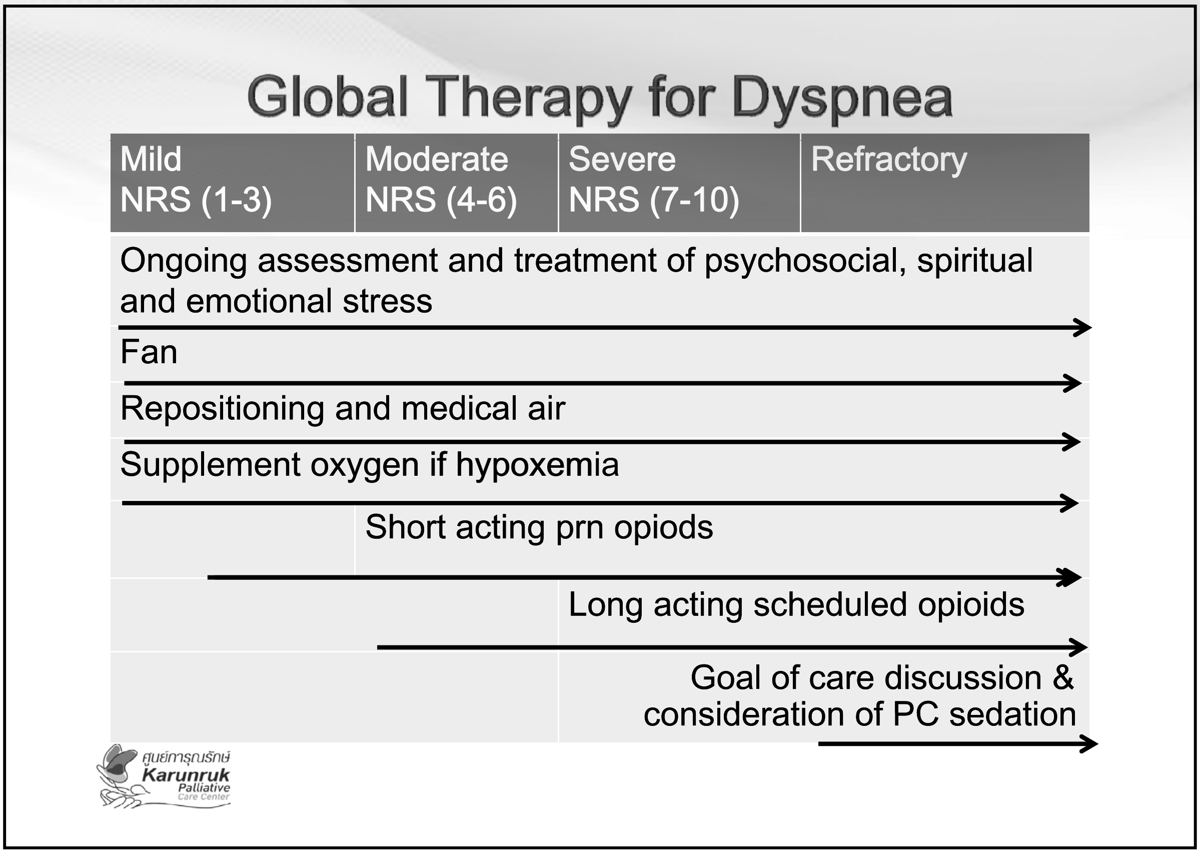
Actions: Decrease anxiety, act as muscle relaxants, reduce anxiety and panic attacks

Drug	Dose	Comments
Diazepam	2 -5mg PO up to TDS	Long acting (T_2 = 20-100h)
Lorazepam	0.5 - 1mg **SL**/PO q 8h PRN	Shorter acting (T_2= 12–15h) Fast onset of action
Midazolam	2.5 - 5 mg SC q 4h	Short acting (T_2= 2-5h) For intractable breathlessness

Karunruk Palliative Care Center

Benzodiazepines

- ออกฤทธิ์ช่วยคลายกล้ามเนื้อ คลายความกลัวและความวิตกกังวล ดังนั้นจำเป็นต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะง่วงซึมจากผลข้างเคียงที่อาจเลี่ยงไม่ได้ แต่ต้องประเมินระหว่างผลดีผลเสียและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับครอบครัว
- Diazepam: long acting 8-12 hrs ให้ได้ในขนาด 2-5 mg oral hs และเพิ่มได้เป็น tid
- Lorazepam: short acting ออกฤทธิ์เร็วกว่า diazepam ให้ได้ในขนาด 0.5-1 mg oral/SL q 8 hrs และเพิ่มได้เป็น prn
  การให้โดยอมใต้ลิ้นออกฤทธิ์เร็วกว่าการรับประทาน ออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที
- Midazolam: short acting 2-4 hrs ให้ได้ในขนาด 2.5-5 mg IV/SC q 4 hrs เหมาะสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากในระยะใกล้เสียชีวิต



Global therapy for dyspnea

แบ่งระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) Mild dyspnea: dypnea score 1-3
2) Moderate dyspnea: dypnea score 4-6
3) Severe dyspnea: dypnea score 7-10
4) Refractory dyspnea: อาการหายใจลำบากรุนแรง ในช่วงท้ายใกล้เสียชีวิต จัดการยาก

- วิธีการ non drug treatment เหมาะสมกับ dyspnea ทุกความรุนแรง แต่มีบทบาทมากใน dyspnea on exertion สามารถให้ morphine prn.
- dyspnea ระดับ moderate เป็นต้นไปควรให้ morphine ต่อเนื่องในรูปแบบ control-released
- ในระยะใกล้เสียชีวิต (Refractory dyspnea) อาจต้องให้ palliative sedation ซึ่งจำเป็นต้องมีการพูดคุยสื่อสารเป้าหมายการดูแลร่วมกับครอบครัว ภาวะง่วงซึมจากผลข้างเคียงที่อาจเลี่ยงไม่ได้ แต่ต้องประเมินระหว่างผลดีผลเสีย

Management of Dyspnea Attack

- ควบคุมอารมณ์ ไม่ตกใจ
- นั่งพัก เอาข้อศอกสองข้างวางบนหน้าขา หย่อนไหล่
- ทำ “Purse lip breathing”
- ถ้าไม่ดีขึ้นให้รับประทาน morphine syrup
- ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้ lorazepam tab 0.5 mg SL ออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Management of Dyspnic Attack

ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหอบเหนื่อยอาจมี dyspnea attack จากการออกแรงมากไปร่วมกับภาวะวิตกกังวล จึงควรสอนวิธีจัดการอาการในขณะมี dyspnea attack ดังนี้

- ควบคุมอารมณ์ ไม่ตกใจ
- นั่งพัก เอาข้อศอกสองข้างวางบนหน้าขา หย่อนไหล่ ทำ “Purse lip breathing”
- ถ้าไม่ดีขึ้นให้รับประทาน morphine syrup 2 cc. ใช้เวลา 20-30 จึงจะดีขึ้น
- ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้ lorazepam tab 0.5 mg SL ออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที
- ถ้าปฏิบัติข้างต้น แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ให้โทรศัพท์ปรึกษาทีมดูแลประคับประคองเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

Cough

- พบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด/มะเร็งกระจายไปที่ปอด
- มีผลต่อ ADL, social activity
- เป็นสาเหตุของอาการอื่นตามมา เช่น muscle strain, pain, vomiting เป็นต้น
- ในระยะท้าย ผู้ป่วยที่มีภาวะ weakness และ cachexia การไอไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิด pneumonia หรือ atelectasis ได้

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

อาการไอ

- พบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด/มะเร็งกระจายไปที่ปอด
- มีผลต่อ ADL, social activity
- เป็นสาเหตุของอาการ: muscle strain, pain, vomiting, syncope, headache, urinary incontinence
- ในระยะท้ายผู้ป่วยที่มีภาวะ weakness และ cachexia การไอไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิด pneumonia หรือ atelectasis ได้

Cause of Cough

- URI, LRI : acute cough ระยะเวลา < 3weeks
- การรักษาบางอย่าง เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง ผลข้างเคียงจากยาบางชนิด
- GERD
- Aspiration
- Cardiopulmonary

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Kuebler, Heidrich & Esper,2007; Joyce, 2014

Cause of Cough

- URI / LRI Acute cough ระยะเวลา < 3weeks: common cold, sinusitis, bronchitis, pneumonia
- การรักษาบางอย่าง ได้แก่ ยาเคมีบำบัด: bleomycin, methotrexate, การฉายแสง, ผลข้างเคียงจากยา เช่น ACE-inhibitor, B-blocker
- GERD
- Aspiration
- Cardiopulmonary: Asthma, COPD, HF, fistula ของ tracheo-esophageal, tumor ที่ endobronchial, ภาวะ pericardium effusion และ pleural - effusion

Cough: Assessment

- สาเหตุการไอ ลักษณะการไอ: มีเสมหะ/ไอแห้ง ?
- ลักษณะของเสมหะ สี ปริมาณ ความเหนียว
- ความรุนแรงของการไอ 0-10 ?
- ช่วงเวลา หรือความถี่ของการไอ
- ประเมิน O_2 sat. จำเป็นต้องให้ O_2 หรือไม่
- ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ไอมากขึ้น?: จังหวะการหายใจ, การมีกิจกรรม, การรับประทานอาหาร, ท่านอน
- ปัจจัยที่ช่วยให้ดีขึ้น: การนอน การจัดท่า ยา

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Cough: Assessment

- สาเหตุการไอ ลักษณะ-มีเสมหะ/ไอแห้ง ?
- ลักษณะของเสมหะ สี ปริมาณ ความเหนียว มีเลือดปน?
- ความรุนแรงของการไอ 0-10 ?
- ช่วงเวลา หรือความถี่ของการไอ
- ประเมิน O_2 sat. จำเป็นต้องให้ O_2 หรือไม่ ควรให้กรณี O_2 sat <92%
- ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ไอมากขึ้น? -จังหวะการหายใจ, การมีกิจกรรม, การรับประทานอาหาร, ท่านอน
- ปัจจัยที่ช่วยให้ดีขึ้น การนอน การจัดท่า ยาที่ได้รับ

Drug Treatment for Cough

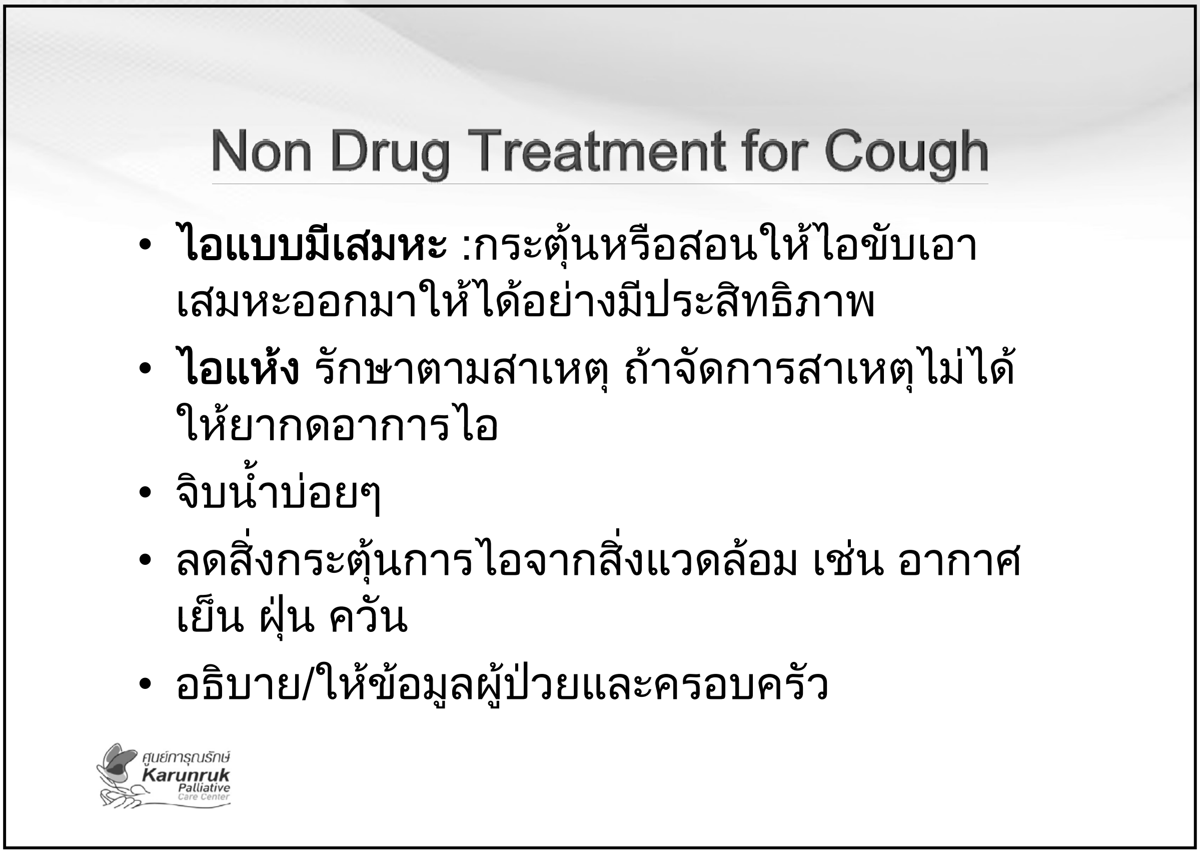
- **แก้ไขตามสาเหตุ** เช่น pleural effusion, ascites เจาะระบายเอาน้ำออก
- **กรณีไอแบบมีเสมหะ:** หลีกเลี่ยงยาแก้ไอ ดูแลให้ยาละลายเสมหะ carbocisteine หรือใช้ nebulized NSS
- **กรณีไอไม่มีเสมหะ:** ให้ยาแก้ไอตามลำดับตามความรุนแรงดังนี้ dextrometophan, codiene, morphine (MO ใช้ขนาดเท่าการรักษา dyspnea)
- **ยาอื่นๆ:** benzodiazepines

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Kuebler, Heidrich & Esper,2007;Dudgeon ,2005

Drug Treatment for Cough

- แก้ไขตามสาเหตุ เช่น asthma/COPD ให้ยาขยายหลอดลม, pleural effusion/ascites เจาะระบาย, GERD ให้ plasil/losec, URI/LRI/ pneumonia ให้ ATB
- กรณีไอแบบมีเสมหะ: หลีกเลี่ยงยาแก้ไอ ดูแลให้ยาละลายเสมหะ (mucolytic): Carbocisteine หรือ nebulized NSS
- กรณีไอไม่มีเสมหะ: ให้ยาแก้ไอตามลำดับดังนี้ dextrometophan, codiene, morphine (MO ขนาดเท่าการรักษา dyspnea)
- ถ้าได้รับ opioids สำหรับจัดการอาการปวดอยู่แล้วไม่ควรให้ dextrometophan, codiene เพราะเป็นยาแก้ไอที่ฤทธิ์อ่อนกว่า ถ้าอาการไอไม่ดีขึ้นควรเพิ่มขนาด opioid ที่ใช้อยู่ขึ้นร้อยละ 30-50%
- ยาอื่นๆ ได้แก่ diazepam 5 mg hs (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสาเหตุการไอมาจากโรคปอดระยะลุกลามแก้ไขสาเหตุไม่ได้)



กรณีไอแบบมีเสมหะ:

- ดูแลเคาะปอด (physiotherapy) หรือปรึกษากายภาพบำบัดร่วมดูแล
- stream inhalation/พ่นละลายเสมหะด้วย NSS
- กระตุ้นให้ไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อระบายเสมหะ โดยการจัดให้อยู่ท่านั่ง หายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 2-3 วินาที แล้วไอทันทีติดต่อกัน
- จัดท่าศีรษะสูง (high-Fowler's position) ขณะรับประทานอาหาร และภายหลังมื้ออาหาร 30 นาที
- ให้ยาละลายเสมหะ (mucolytic): carbocisteine

กรณีเป็นไอแห้ง:

- รักษาตามสาเหตุ
- ถ้าจัดการสาเหตุไม่ได้ดูแลให้ยากดอาการไอตามแผนการรักษา: Codeine, Morphine
- อธิบาย/ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว รับทราบสาเหตุ การจัดการอาการที่จะได้รับ

ปากแห้ง Dry Mouth

- **Related term:** Xerostomia
- **Definition** : ความรู้สึกแห้ง ขาดความชุ่มชื้นจากการขาดน้ำลาย/สารหล่อลื่นในปากและลำคอ

ผลกระทบจากปากแห้ง:

- น้ำลายเหนียว เคี้ยว กลืนอาหารและพูดลำบาก
- การรับรสเสีย เบื่ออาหาร
- มีกลิ่นปาก ฟันผุง่าย
- เกิดแผลในปากและลิ้นอักเสบ ติดเชื้อง่าย
- ไม่สามารถใส่ฟันปลอมไว้ได้

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ปากแห้ง Dry Mouth

Related term: Xerostomia

- Definition : ความรู้สึกแห้งขาดความชุ่มชื้นจากการขาดน้ำลาย/สารหล่อลื่นในปากและลำคอ
- ผลกระทบจากปากแห้ง: น้ำลายเหนียว เคี้ยว กลืนอาหารและพูดลำบาก การรับรสเสีย เบื่ออาหาร มีกลิ่นปาก จากอาหารค้างในปาก ฟันผุง่าย มีโอกาสเกิดแผลในปากและลิ้นอักเสบ ติดเชื้อง่าย ไม่สามารถใส่ฟันปลอมไว้ได้

Cause of Dry Mouth

- มะเร็งต่อมน้ำลายหรือในช่องปาก
- การรักษาโรคมะเร็ง: CMT, RT
- Fluid/E'lyte imbalance
- ยา: amitriptyline, plasil, MO, diuretics, antihypertensives, antihistamines
- ตัวผู้ป่วย: หายใจทางปาก กังวล ซึมเศร้า ติดเชื้อ
- กาแฟ บุหรี่ เหล้า ให้ O_2 ที่ไม่ humidified

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

Cause of Dry Mouth

- มะเร็งต่อมน้ำลายหรือในช่องปาก
- การรักษาโรคมะเร็ง: CMT, RT บริเวณศีรษะลำคอ ➔ salivary grand fibrosis
- Fluid/E'lyte imbalance: ภาวะขาดน้ำ hypercalcemia
- ยา: amitriptyline, plasil, MO, diuretics, antihypertensives, antihistamines
- ตัวผู้ป่วย: หายใจทางปาก กังวล ซึมเศร้า ติดเชื้อ
- อื่นๆ: กาแฟ บุหรี่ เหล้า ให้ O_2 ที่ไม่ humidified

Management of Dry Mouth

- รักษาตามสาเหตุ
- ทบทวนยาที่ได้รับ
- การใช้น้ำลายเทียม (artificial saliva)
- ใช้ยากระตุ้นการหลั่งน้ำลาย
  - Pilocarpine tab 5-10 mg tds (ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วย asthma, COPD)
  - 4% Pilocarpine eye drop 3-5 drops (6-10 mg) tds (Unlicensed)

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

Management of Dry Mouth

- รักษาตามสาเหตุ: ถ้าประเมินพบว่ามีภาวะขาดน้ำ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ รักษาภาวะติดเชื้อ เช่น เชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis) รักษาโดยใช้ยา nystatin อมกลั้วคอ แล้วกลืน หรือ clotrimazole vaginal tablet ½-1 tab อม bids – tids
- ทบทวนยา พิจารณาหยุดยาที่มีผลต่อปากแห้ง หรือพิจารณาใช้ยากลุ่มอื่นที่ผลข้างเคียงน้อยกว่า เช่น ใช้ nortriptyline แทนยา amitriptyline
- ใช้น้ำลายเทียม (artificial saliva) ทุก 30-60 นาที ก่อนและระหว่างมื้ออาหาร
- ใช้ยากระตุ้นการหลั่งน้ำลาย
  - Pilocarpine tab 5-10 mg tds (ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วย asthma, COPD)
  - 4% Pilocarpine eye drop 3-5 drops (6-10 mg) tds (Unlicensed)

Non Drug Treatment for Dry Mouth

- ดูแลสุขภาพช่องปาก สม่ำเสมอ: mouth care
- ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน
- เช็ดคราบขาวในช่องปากออก
- อมน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อยๆ
- เพิ่ม saliva flow
- เลี่ยงอาหารรสจัด แห้งกรอบ กาแฟ บุหรี่ แอลกอฮอล์
- เพิ่มความชื้นภายในห้อง

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non Drug Treatment for Dry Mouth

- รักษาความสะอาดภายในช่องปาก (mouth care) สม่ำเสมอ
- ถ้าตรวจพบว่าลิ้นมีคราบขาว ใช้แปรงเด็กขนนุ่ม หรือใช้ 1.5% Hydrogen peroxide หรือ sodium bicarbonate เช็ดทำความสะอาด
- อมน้ำแข็ง จิบน้ำ หรือน้ำเกลือแร่บ่อยๆ
- เพิ่มปริมาณน้ำลายในช่องปาก (saliva flow) โดยแนะนำอมผลไม้รสเปรี้ยว (เช่น สับปะรด/มะนาวฝานแช่แข็ง) ลูกอมรสเปรี้ยว สมุนไพร หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง (no sugar) เป็นต้น
- เพิ่มความชุ่มชื้นโดยให้กับริมฝีปากโดยการใช้วาสลีนทาริมฝีปากทุก 8-12 ชั่วโมง
- หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแห้งกรอบ กาแฟ บุหรี่ และแอลกอฮอล์
- ทำความสะอาดช่องปาก (mouth care) ก่อน/ระหว่าง/และหลัง การฉายแสง จะช่วยบรรเทาอาการปากแห้งได้
- ในระยะใกล้เสียชีวิต อาการปากแห้งจะรุนแรงมากขึ้นจากอาการหายใจทางปากเกือบตลอดเวลา ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ริมฝีปากและลิ้นจะแห้ง แตกเป็นแผลได้ การดูแลควรปฏิบัติดังนี้
  - ใช้ water- spray, dropper หรือ sponge stick หรือ ice chips ทุก 30 นาที
  - ทาริมฝีปากด้วยวาสลีนเจล (petroleum jelly vaseline) ทุก 2-4 ชั่วโมง
  - กรณีตรวจพบว่าลิ้นแห้งแตก อาจใช้ KY jelly ป้ายที่ลิ้นโดยตรงจะช่วยบรรเทาอาการลิ้นแห้งได้

Stomatitis

- **Definition**: เยื่อบุช่องปาก อักเสบลุกลามเป็นแผล

ลักษณะแผลในช่องปาก :

- Mucositis: เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา
- Aphthous ulcers: หายได้เอง เร็วหรือช้าขึ้นกับขนาดของแผล
- Herpetiform ulcers: เกิดจากเชื้อไวรัส แผลขนาดใหญ่หายช้า

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

ช่องปากอักเสบ Stomatitis/Sore mouth

ความหมาย: ช่องปากเป็นแผล (stomatitis or sore mouth) หมายถึง เยื่อบุภายในช่องปาก (mucous membranes) เกิดการอักเสบ (inflamatory) การกัดกร่อนทำลาย (erosive) และกลายเป็นแผล (ulcerative)

ช่องปากเป็นแผลพบได้ 3 ลักษณะคือ

1. Mucositis สาเหตุมาจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (chemotherapy) และการฉายแสง (local radiotherapy) ส่งผลให้สูญเสีย basal keratinocyte และลดความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของ squamous epithelial cells เชื้อโรคโดยเฉพาะกลุ่ม Gram-nagative enterobacteria และ pseudomonas เจริญเติบโตได้เร็วเกิดกระบวนการอักเสบและเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บเสียหาย
2. Aphthous ulcers (แผลร้อนใน) สาเหตุมาจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง การติดเชื้อฉวยโอกาส และอาจมีปัจจัยทางพันธุกรรม ความเครียด เม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกันร่วมด้วย เป็นสาเหตุร่วมด้วย
    - Minor aphthous ulcers ขนาดแผล < 5 mm แผลจะหายได้เองใน 1-2 weeks
    - Major aphthous ulcers ขนาดแผล > 5 mm แผลจะหายได้ช้าใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน และเมื่อหายแล้วจะมีแผลเป็น (scarring)
3. Herpetiform ulcers เกิดจากเชื้อไวรัส แผลขนาดใหญ่ หายช้า

Stomatitis: Assessment

ประเมินตามความระดับรุนแรง

- ระดับ 0: ปกติ ไม่เป็นแผล
- ระดับ 1: เริ่มแดง ไม่มีอาการปวด
- ระดับ 2: แดงบวม ปวด มีแผล ทานอาหารธรรมดาหรืออ่อนได้
- ระดับ 3: แดงกระจายเพิ่มขึ้น บวม ปวด มีแผล รับประทานได้เฉพาะอาหารอ่อนหรือน้ำเท่านั้น
- ระดับ 4: อักเสบรุนแรง รับประทานอะไรไม่ได้เลย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ปณิตา คุณสาระ, พรรณวดี พุธวัฒนะม และจิราภรณ์ จันทร์ดา , 2556

Stomatitis: Assessment

ระดับ 0: ช่องปากปกติ ไม่มีการอักเสบหรือเป็นแผล

ระดับ 1: เยื่อบุช่องปากเริ่มมีเริ่มแดง แต่ไม่มีอาการปวด เริ่มมีอาการเจ็บในปากเล็กน้อย

ระดับ 2: เยื่อบุช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม ปวด มีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้

ระดับ 3: เยื่อบุช่องปากที่มีแดงกระจายเพิ่มขึ้น บวม ปวด มีแผล สามารถรับประทานได้เฉพาะอาหารอ่อนหรือน้ำเท่านั้น

ระดับ 4: อักเสบรุนแรง ทานอะไรไม่ได้

Cause of Stomatitis

- ปากแห้ง ที่ไม่ได้รับการจัดการเป็นเวลานาน
- ยาต่างๆ เช่น corticosteroid, ATB, NSAID
- Mucositis ที่เป็นผลจากการรักษา CMT, RT
- การติดเชื้อ จากระบบภูมิคุ้มกันที่เปลี่ยนแปลงไป
- ภาวะขาดสารอาหาร
- Trauma จากฟันปลอมไม่พอดีปากและฟัน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Cause of Stomatitis/sore mouth

- ปากแห้ง ที่ไม่ได้รับการแก้ไข เป็นเวลานาน
- Poor oral hygiene care
- ยาบางชนิด เช่น Steroid, ATB, NSAID, Carbamazepine
- การติดเชื้อของ แผลร้อนใน, เหงือก (gingivitis)
- การติดเชื้อรา (candidiasis), เชื้อไวรัส (herpes simplex or zoster)
- ภาวะซีด ขาดสารอาหาร (ขาดวิตามิน โปรตีน)
- ฟันปลอมไม่พอดีปากและฟันทำให้เกิดการบาดเจ็บเป็นแผล

Treatment for Stomatitis

- **Drug treatment:**
  - รักษาตามสาเหตุ
  - ให้ยาแก้ปวดตามระดับความรุนแรง
- **Non drug treatment:**
  - จัดการอาการปากแห้ง
  - Mouth care ก่อน ระหว่างและหลัง CMT/RT
  - หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง รสเผ็ด เปรี้ยว
  - ดื่มเครื่องดื่มโดยการใช้หลอดดูด
  - เลือกใช้ฟันปลอมที่พอดีกับปาก

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Treatment for Stomatitis

Drug treatment:

- รักษาตามสาเหตุ เช่น แผลร้อนใน- Kenalog in orabase, Herpes simplex – Acyclovir
- ให้ยาแก้ปวด: 2%Xylocaine viscous ทาแผลหรือ ASA 325 mg + NSS กลั้วปาก ในรายที่ปวดรุนแรง ใช้ topical MO หรือ oral/inj.

Non drug treatment:

- จัดการอาการปากแห้ง
- Mouth care ก่อน ระหว่างและหลัง CMT/RT
- หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง รสเผ็ด เปรี้ยว
- ดื่มเครื่องดื่มโดยการใช้หลอดดูด
- เลือกใช้ฟันปลอมที่พอดีกับปาก

Constipation

- **Definition:**
  แบบแผนการขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม ถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ อุจจาระแข็ง ถ่ายยาก ออกทีละน้อย ต้องออกแรงเบ่ง
- **Prevalence**:
  - พบได้ในคนทั่วไป 5-20% ผู้สูงอายุ 20-50%
  - พบใน PC population 30-100%
  - Advance cancer + opioids พบได้ 70-100%

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P Palliative&End of Life Care CPG. 2007.

ท้องผูก Constipation

Definition:

- แบบแผนการขับถ่ายผิดปกติไปจากแผนเดิมหรือถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ อุจจาระแข็ง ถ่ายยาก ถ่ายออกทีละน้อย ต้องออกแรงเบ่งมาก

Prevalence:

- พบได้ในคนทั่วไป 5-20% ผู้สูงอายุ 20-50%
- พบในผู้ป่วย palliative care ได้ 30-100%
- ผู้ป่วย advance cancer ร่วมกับได้รับยา opioids พบได้มากขึ้น 70-100%
- ทีมสุขภาพมักละเลยในการดูแลรักษาภาวะนี้

สาเหตุของท้องผูก

- **Drugs** - opioids
- **Advanced cancer**
  - Bowel obstruction
  - Spinal cord compression
  - Hypercalcemia
- **Debility : อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวลดลง ภาวะขาดอาหาร/น้ำ เนื่องจากอาเจียน/ไข้**
- **Others - ไม่คุ้นสถานที่ วิตกกังวล กลัว**

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

สาเหตุของท้องผูก

1. Drugs

- พบในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม opioid (morphine fentanyl และ tramal) ยาจะไปจับกับ receptor ในทางเดินอาหาร ลดสารสารคัดหลั่ง ยับยั้งการหลั่ง acetylcholine ทำให้ลำไส้คลายตัว การหดตัวแบบบีบไล่ไปทางทวารหนัก (propulsive movement) และความแรงของคลื่นการบีบรัดของลำไส้ (peristalsis) ลดลง มีผลทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน มีแรงตึงตัวเพิ่มขึ้น อุจจาระไม่ถูกบีบไล่เคลื่อนลงไปลำไส้ใหญ่ ร่วมกับน้ำถูกดูดซึมกลับ ทำให้อุจจาระแข็ง แห้ง เมื่ออุจจาระมาถึงทวารหนัก กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นในไม่ยอมคลายตัว อุจจาระจึงผ่านออกมาได้ลำบาก
- Anticholinergic drugs ยากลุ่มนี้มีผลทำให้ความแรงของคลื่นการบีบรัดของลำไส้ช้าลง
- Antacids containing calcium หรือ aluminum, iron supplement, diuretic, calcium channel blocker, anti-hypertensive drug และ antidiarrheal ยากลุ่มนี้มีผลทำให้เกิดการอ่อนแรงของรีเฟร็กส์ที่ช่วยในการขับถ่าย และยับยั้งการทำหน้าที่ของลำไส้ตามปกติ

2. Advance cancer

- แรงดันและความอัดแน่นภายในลำไส้ (pressure and compression of intestines) จากภาวะท้องมาน จากการมีก้อนมะเร็งในช่องท้องและช่องเชิงกราน หรือการมีต่อมน้ำเหลืองโตในช่องท้อง ทำให้เกิดการการอุดตันของลำไส้บางส่วน จากการมีแรงกดทั้งภายในและภายนอก ส่งผลทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง นำไปสู่อาการท้องผูก
- ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง มีโอกาสเกิดผังพืด (adhesion) ในเวลาต่อมา และมีผลทำให้ช่องของลำไส้ (intestinal lumen size) เล็กลง ระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้นานมากผิดปกติ และเกิดการอุดตันของลำไส้ได้
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกดทับไขสันหลัง (spinal cord compression) ระบบประสาทที่ไปเลี้ยงลำไส้จะถูกรบกวน มีผลทำให้ระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้นานมากผิดปกติ
- Hypercalcemia ระดับแคลเซี่ยมที่สูงมีผลขัดขวางการทำงานในการบีบตัวของผนังกล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหาร และพบปัสสาวะออกมากผิดปกติมีผลทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ นำไปสู่อาการท้องผูกได้
- Hypokalemia มีผลทำให้เกิดกระเพาะอาหารและลำไส้ไม่ทำงานหรือลำไส้เป็นอัมพาต (paralytic ileus) นำไปสู่อาการท้องผูกได้

3. Debility : อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวลดลง ภาวะขาดอาหาร/น้ำ เนื่องจากอาเจียน/ไข้
4. Others: หรือต้องปรับเปลี่ยนสถานที่ขับถ่ายในห้องน้ำมาถ่ายบนเตียง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกปวดถ่ายได้ ความกลัว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า ทำให้หลั่ง epinephrine มีผลลดการบีบตัวของลำไส้

(Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.)

Constipation: Assessment

- **ประวัติ:** ความถี่และนิสัยการขับถ่าย,ลักษณะอุจจาระ, อาการปวดท้อง, ปวดเบ่ง, บิด, คลื่นไส้อาเจียน, อาการทางระบบประสาท ยาที่ใช้
- **การตรวจร่างกาย:**
  - ตรวจหน้าท้อง: distension, sausage-like mass LLQ, visible peristalsis, bowel sounds
  - ตรวจระบบประสาท, PR ดู rectal tone, impact stool?
  - Anus: hemorrhoids, fissure

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การประเมินอาการท้องผูก

การซักประวัติ:

- การซักประวัติท้องผูก: แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระปกติ ประวัติท้องผูก การให้ความหมายคำว่า “ท้องผูก” จากการบอกเล่า ถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้ายเมื่อไร สอบถาม จำนวน สี ความแข็งหรือนิ่มของอุจจาระ มีอาการไม่สุขสบายอะไรบ้างในขณะถ่ายอุจจาระ มีเลือดปนออกมาด้วยหรือไม่ ถ้ามีอาการท้องผูกแก้ไขหรือดูแลตัวเองอย่างไร ผู้ป่วยคิดว่าการแก้ไขหรือดูแลตัวเองเมื่อท้องผูกได้ผลหรือไม่ อย่างไร เคยล้วงอุจจาระหรือไม่
- ประวัติยาที่ได้รับในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง opioids, tricyclic antidepressant, anticholinergic (buscopan), sedative, antiemetics, antipsychotics, antihypertensive, antacids และ diuretics; การเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของลำไส้
- การทำกิจกรรมและความสามารถในการเดินเข้าห้องน้ำ
- การได้รับอาหารและน้ำ รวมถึงปริมาณและชนิดของอาหารและน้ำ

การตรวจร่างกาย:

- ภาวะขาดน้ำ : ความตึงตัวของผิวหนัง ปริมาณปัสสาวะ ความดันโลหิต
- ประเมินระบบทางเดินอาหาร: อาการปวดบิดๆในช่องท้อง อาการคลื่นไส้อาเจียน
- ประเมินท้อง: ท้องโตตึงหรือไม่ ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) มองเห็นก้อน หรือคลำได้ก้อน กดเจ็บบริเวณรอบๆ มีน้ำในท้องจำนวนมากหรือไม่
- ประเมินทวารหนัก: ดูว่ามีแผล การฉีกขาด ริดสีดวง รูรั่วทะลุ และก้อนเนื้อหรือไม่
- กรณีไม่มีข้อห้าม ควรตรวจทางทวารหนัก เพื่อการตรวจคลำประเมินลักษณะอุจจาระหรือก้อนเนื้อ
- หลีกเลี่ยงการตรวจทางทวารหนัก กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหา neutropenic หรือ thrombocytopenia หรือทราบอยู่แล้วว่ามีก้อนมะเร็ง
- ประเมินด้านจิตสังคม: ประเมินความสามารถในการไปเข้าห้องน้ำ ความเป็นส่วนตัวเวลาถ่ายอุจจาระ; ระดับความเครียดและความวิตกกังวล; ภาวะสับสนและโรคสมองเสื่อม

Constipation Score

0 = No feces
1 = Stool occupy <50% of lumen
2 = Stool occupy >50% of lumen
3 = Stool completely occupy the lumen

Constipation Score >7 → aggressive treatment

Evacuate ถ้ามี impact feces
ให้ metoclopramide ทำ abdominal massage
SSE, Unison enema
Laxative + stool softener

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Dalal s. J Pall Med, 2006

Constipation Score

ประเมินปริมาณอุจจาระใน lumen จากภาพ film abdomen

- Score 0 = No feces
- Score 1 = Stool occupy <50% of lumen
- Score 2 = Stool occupy >50% of lumen
- Score 3 = Stool completely occupy the lumen

ถ้าพบว่า Constipation Score >7 → aggressive treatment ดังนี้

- Evacuate ถ้ามี impact feces
- ให้ metoclopramide 1x4 oral/IV ac ร่วมกับทำ abdominal massage SSE, Unison enema
- Laxative + stool softener ปรับขนาดขึ้นตามความเหมาะสม

Drug Used in Constipation

- Stimulants laxatives: Senokort, bisacodyl
- Hyperosmolar laxatives or Softeners: lactulose, MOM
- Suppositories & enemas
- Prokinetic drug: metochlopramide
- Fibre laxative - ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย

Kuebler, Heidrich & Esper,2007

Drugs Used in Constipation

- Stimulant laxatives ออกฤทธิ์ในการกระตุ้นลำไส้และเพิ่ม peristalsis ได้แก่ยา senorkort, bisacodyl และ custer oil
- Hyperosmolar laxatives ออกฤทธิ์โดยดึงน้ำเข้ามาใน lumen ทำให้อุจจาระนิ่ม ได้แก่ยา lactulose, MOM
- Suppositories & enemas: glycerin / bisacodyl, unison enema ออกฤทธิ์ โดยการเพิ่มปริมาณของน้ำในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย หรือทวารหนัก ทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายขยายตัวออกเกิดแรงดันภายในลำไส้ส่วนนั้น เกิดอาการมวนท้องจากลำไส้บีบตัว และขับอุจจาระออกมาในที่สุด
- Large – volume enemas จะช่วยได้ในกรณีอุจจาระอยู่สูงระดับ colon การสวนจะช่วยกระตุ้นการขยายตัวของลำไส้ ส่วน colon และเพิ่มบีบตัวของลำไส้ ด้วย ส่วนใหญ่ที่ใช้ได้แก่ สวนด้วยน้ำอุ่น (warm water) หรือ สวนด้วยน้ำสบู่ (SSE)
- Prokinetic agent กรณีมีอุจจาระแข็งอัดแน่น ได้แก่ยา metochlopramide 10-20 mg PO/IV ทุก 6 ชั่วโมง 1 วันก่อนสวน ด้วย large – volume enemas จะช่วยในการเพิ่ม peristaltic activity และอุจจาระจะเคลื่อนตัวลงมา
- Fibre laxatives: psyllium (Metamucil®) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วย palliative care เพราะจะยิ่งทำให้อืดท้องถ่ายอุจจาระลำบากมากขึ้น
- กรณี PR แล้วพบว่าอุจจาระแข็งแนะนำให้เพิ่มยาในกลุ่ม stool softeners ถ้าอุจจาระนิ่มให้เพิ่มยาในกลุ่ม senna, bisacodyl ถ้า PR พบ empty rectum ให้ส่ง plain film abdomen R/O high impaction/gut obstruction รักษาตามการวินิจฉัย
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ร่วมกับมี spinal cord injury ควรเลือก suppository หรือ fleet enema

Non Drug Treatment for Constipation

- ให้ข้อมูลสาเหตุ อาการ แผนการดูแลที่จะได้รับ
- ดูแลให้อาหารที่มีกากใย น้ำอย่างน้อย 1500cc/day
- ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ พร้อมหรือหลังมื้ออาหาร
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และนวดท้อง
- ดูแลให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา
- พิจารณา manual evacuation ตามเหมาะสม
- ฝึกนิสัยการขับถ่ายเป็นเวลา จัดสถานเป็นส่วนตัว

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non drug Treatment for Constipation

- ให้ข้อมูล สาเหตุ อาการ แผนการดูแลที่จะได้รับ
- ดูแลให้อาหารที่มีกากใย/กระตุ้นการขับถ่าย เช่น ขี้เหล็ก มะขาม พรุน
- ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 1500/day
- ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆพร้อมหรือหลังมื้ออาหาร เพราะเป็นการกระตุ้นลำไส้ (แต่ควรระวังกาแฟอาจทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น)
- ดูแลให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา เช่น senokot, lactulose ทุกวัน
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย
- การนวดลำไส้เล็กซึ่งอยู่บริเวณใกล้สะดือ โดยการวางมือลงไปทั้งสองข้างซ้อนกัน ให้ทำการนวดคลึงเป็นวงกลมที่ท้องตามเข็มนาฬิกา นวดประมาณ 20 ครั้ง
- การนวดลำไส้ใหญ่ ให้วางมือทั้งสองข้างซ้อนกัน ลงไปในบริเวณเหนือกระดูกเชิงกราน ของทางฝั่งซ้ายของผู้ป่วย จากนั้นเริ่มนวดตามทิศทางการเคลื่อนตัวของลำไส้ใหญ่ เพื่อช่วยกระตุ้นการขับถ่าย ความบ่อยในการนวด สามารถทำได้วันละ 3-4 ครั้งโดยสอนให้ผู้ป่วยทำเองหรือให้ผู้ดูแลช่วย
- พิจารณาช่วยล้วงถ่ายอุจจาระให้ (manual evacuation) ตามเหมาะสม
- ผู้ป่วยที่มีถ่ายเหลว กระปริบกระปรอย ต้องระวังอาจเป็น overflow diarrhea ซึ่งเกิดจาก stool impaction
- ฝึกนิสัยการขับถ่ายเป็นเวลา
- จัดสถานที่ มิดชิด ส่วนตัว มีม่านกั้น

คลื่นไส้ อาเจียน Nausea Vomiting

- **Definition:** คลื่นไส้ เป็นความรู้สึกอยากอาเจียน ส่วนอาเจียน เป็นการขับ content ในทางเดินอาหารผ่านออกมาทางปาก ร่วมกับมีการบีบตัวของช่องท้องและหดเกร็งของกล้ามเนื้อทรวงอก
- **Prevalence**:
  - คลื่นไส้ 11-54% อาเจียน10-32%
  - ในระยะสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต พบอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ประมาณ 40%

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P Palliative&End of Life Care CPG. 2007.

คลื่นไส้ อาเจียน Nausea Vomiting

- อาการคลื่นไส้ (nausea) หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลในการที่อยากจะอาเจียนออกมา
- อาการอาเจียน (vomiting) หมายถึง การขับเอาสารคัดหลั่งในทางเดินอาหารผ่านออกมาทางปาก โดยสัมพันธ์กับมีการบีบตัวของช่องท้องและหดเกร็งของกล้ามอก
- อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยระยะโรคลุกลาม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมักพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 60-80 ไม่ได้รับการรักษาและจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ดีอย่างต่อเนื่อง
- อาการคลื่นไส้อาเจียนที่ไม่ได้การดูแลและควบคุมอาการไม่ได้เป็นภาวะคุกคามที่รุนแรง มีผลให้คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยแย่ลง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รวมถึงอาการหายใจลำบากเป็นมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ควรมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพและปัจจัยสาเหตุเพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- อุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน
- พบอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 50-60 โดยพบอาการคลื่นไส้ร้อยละ 11-54 และอาการอาเจียนร้อยละ 10-32 ในระยะสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต พบอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ประมาณร้อยละ 40

Cause of Nausea/Vomiting

Vomiting center ถูกกระตุ้นจาก :

- Chemoreceptor trigger zone
- Abdominal visceral
- Cerebral cortex
- Vestibular apparatus

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

Cause of Nausea/Vomiting

มีการกระตุ้นที่ Vomiting center บริเวณต่อไปนี้

1. Chemoreceptor trigger zone ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระตุ้นบริเวณนี้ได้แก่
   - Chemo/radio – therapy
   - Drug : MO, digoxin
   - Hypo K, Hyper Ca, uremia
2. Abdominal visceral ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระตุ้นบริเวณนี้ได้แก่ constipation, bowel obstruction, abdominal distention, RT, gastic stasis & irritation, pharyngeal irritation (sputum, cough, oral candidiasis)
3. Cerebral cortex ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระตุ้นบริเวณนี้ได้แก่ raise ICP- brain tumor, Hypo Na, fear, anxiety
4. Vestibular apparatus ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระตุ้นบริเวณนี้ได้แก่ motion sickness, migraine, vertigo, infection

Nausea & Vomiting- Assessment

- มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน หรือมีทั้งสองอาการ?
- ลักษณะการอาเจียน
- มีท้องผูก / ท้องอืด?
- มีอาการหรือลักษณะเฉพาะหรือไม่?
  gut obstruction, ICP, epigastric pain
- Hypercalcemia?
- ได้รับยาที่อาจทำให้มีผลข้างเคียง?
- มีอาการเครียด วิตกกังวล ?

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Nausea & Vomiting – Assessment

- มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน หรือมีทั้งสองอาการ?
- ลักษณะการอาเจียน (ความถี่, ปริมาณ, ความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร)
- มีท้องผูกร่วมด้วยหรือไม่
- มีท้องอืดร่วมด้วยหรือไม่
- มีอาการหรือลักษณะเฉพาะหรือไม่? gut obstruction, ICP, epigastric pain,
- Hypercalcemia?
- ได้รับยาที่อาจทำให้มีผลข้างเคียง?
- มีอาการเครียด หรือวิตกกังวลหรือไม่

Drug Treatment for Nausea/Vomiting

- **Chemoreceptor trigger zone**: ondansetron, haloperidol, metoclopramide (plasil)
- **Abdominal visceral**
  - *Prokinetic* – Metoclopramide
  - *Antisecretory* - Buscopan, ranitidine, Octreotide
- **Vestibular apparatus** : Diphenhydramine
- **Cerebral cortex:** Dexamethasone, Lorazepam

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross R, Wilcock A, Toller CR. 2009.

Drug Treatment for Nausea/Vomiting **ให้ตามสาเหตุดังต่อไปนี้**

1. **Chemoreceptor trigger zone** ได้แก่
   - Haloperidol เป็นยาที่ควรพิจารณาเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีสาเหตุมาจากยาในกลุ่ม opioid เช่น มอร์ฟีน
   - Ondansetron เป็นยาที่มักใช้ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีสาเหตุมาจาก CMT, RT
   - Metoclopramide เป็นยาที่ควรพิจารณาใช้เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีสาเหตุมาจากภาวะ bio-chemical disturbances ร่วมกับกรณีที่ต้องการใช้ prokinetics เช่นภาวะท้องผูก ภาวะตับวาย (liver failure) ไตวายและมีของเสียคั่ง (uremia) ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia) และภาวะโปแตสเซียมต่ำ (hypokalemia)
2. **Abdominal visceral และ vagus nerve ได้แก่**
   - ยากลุ่ม prokinetic เช่น metoclopramide และ domperidone ถ้ามีสาเหตุมาจากภาวะ gastric stasis & irritation, constipation
   - ยากลุ่ม antisecretory เช่น buscopan และ octreotide ถ้าคลื่นไส้อาเจียนมีสาเหตุมาจาก complete gut obstruction (ท้องผูก ไม่ผายลม ปวดบิดในท้อง)
3. **Vestibular apparatus** ได้แก่ยา diphenhydramine
4. **Cerebral cortex** ได้แก่ยา dexamethazone ในผู้ป่วยที่มี increased ICP และ lorazepam สำหรับภาวะวิตกกังวล

Non Drug Treatment for Nausea/Vomiting

- Oral hygiene care หลังอาเจียนทุกครั้ง
- การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม
- การจัดท่าและการมีกิจกรรมที่เหมาะสม
- ลดปัจจัยสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการมากขึ้น
- อธิบายให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว
- Psychological interventions: เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การสร้างจินตภาพ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non Drug Treatment for Nausea/Vomiting

การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม

- ควรงดน้ำอาหารจนกว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนจะดีขึ้น
- ปรับเปลี่ยนประเภทอาหาร ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไม่มัน และไม่มีกลิ่นฉุน ควรรับประทานอาหารที่ไม่ร้อนเกินไป (cold/room temperature food)
- หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน เผ็ด เค็ม และอาหารที่มีแก๊ส
- เลือกอาหารที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้ ได้แก่ น้ำแอปเปิ้ล น้ำซุบ น้ำขิงแดง โซดาใส่น้ำขิง วุ้น ชา หรือน้ำโค้ก เป็นต้น
- รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง รับประทานช้าๆไม่เร่งรีบ

การจัดท่าและมีกิจกรรม

- ภายหลังรับประทานอาหาร 30 นาที สามารถขยับตัวหรือนอนได้ และหลังจากนั้นดูแลให้อยู่ท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 1-2 ชมภายหลังอาเจียนดูแลความสะอาดช่องปากทุกครั้ง ล้างหรือบ้วนช่องปากด้วยน้ำเกลืออุ่นๆ
- ใช้ผ้าเย็นประคบบริเวณใบหน้าลำคอและข้อมือ
- แนะนำดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารได้ ภายหลังจากอาเจียนไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง

การลดสิ่งกระตุ้นการอาเจียน

- จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เปิดหน้าต่าง ปิดพัดลมเพื่อให้มีการระบายอากาศที่ดี ดูแลเรื่อง กลิ่น ระดับเสียง แสง
- จัดการอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ที่ส่งเสริม เช่น อาการปวด ไอ เชื้อราในช่องปาก รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวและวิตกกังวล เป็นต้น

- ดูแลความสะอาดของร่างกาย เพื่อให้รู้สึกสดชื่น เสื้อผ้าสะอาด ไม่เปียกชื้น เปรอะเปื้อน
- สวมเสื้อผ้าที่สบายตัว ไม่คับแน่น

การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- อธิบายสาเหตุของการคลื่นไส้อาเจียน
- แนะนำการสังเกตอาการของตัวเอง เช่น สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง สอนการบันทึกลักษณะ ปริมาณอาเจียน
- สอนวิธีการป้องกันคลื่นไส้อาเจียน
- อธิบายแผนการดูแลที่จะได้รับทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา
- อธิบายยาที่ใช้บรรเทาอาการ ชนิด จำนวน เวลาที่ให้ กลไกการออกฤทธิ์ ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนยาชนิด วิธีการให้ยา
- ถ้าอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่ดีขึ้นแนะนำให้แจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบ

Psychological Interventions : สร้างสัมพันธภาพ (truth relationship) ที่ดีอย่างต่อเนื่อง การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การผ่อนคลาย (relaxation) การฝังเข็ม การนวดกดจุด การสร้างจินตภาพ (guided imagery)

สรุปประเด็นสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ดังนี้

- ในการประเมินถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการอาเจียน ควรจะถามเรื่องอาการคลื่นไส้ทุกครั้ง
- กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนค่อนข้างสลับซับซ้อน ควรประเมินอย่างละเอียดเพื่อจะได้เลือกใช้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนตามสาเหตุได้อย่างถูกต้องและได้ผลดีกับผู้ป่วย
- หลีกเลี่ยงการให้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าสองชนิดที่ออกฤทธิ์คล้ายกัน เพราะต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาไม่ควรให้ prokinetics drug ร่วมกับ anticholinergics drug
- ถ้าผู้ป่วยมีอาเจียนหรือการดูดซึมไม่ดีในระบบทางเดินอาหารควรเปลี่ยนวิถีทางให้ยาเป็นทางใต้ผิวหนัง (sub-cutaneous) หรือให้ทางทวารหนัก (rectal route) แทน
- การให้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนควรเริ่มในขนาดน้อยๆและให้อย่างต่อเนื่องตลอดวัน (around the clock) ไม่ควรสั่งให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการ (PRN)
- ติดตามอาการหลังให้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนทุกวันจนกว่าจะควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย
- ให้ยาอย่างต่อเนื่องและสามารถหยุดยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนได้กรณีที่จัดการกับสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้แล้ว
- ตามปกติการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนจะสามารถจัดการได้อย่างสมบูรณ์และถ้ามีอาเจียนวันละครั้ง ก็น่าจะยอมรับได้ในผู้ป่วยระยะท้ายที่มีลำไส้อุดตัน
- การดูแลช่องปากให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

ลำไส้อุดตัน Bowel Obstruction

- พบในผู้ป่วยระยะท้าย 3% ส่วนใหญ่พบใน ovarian CA 5.5-42%, colorectal CA 10-28.4%
- ระยะเวลาที่วินิจฉัยมะเร็งจนเกิดอาการลำไส้อุดตัน ประมาณ 6-24 เดือน
- ระยะเวลามีชีวิต: ผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ได้ประมาณ1 เดือน และอาจถึง 6 เดือนแต่พบได้ <8%
- การให้ parenteral nutrition ไม่เปลี่ยนแปลงพยากรณ์โรค

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Kuebler, Heidrich & Esper,2007; Joyce, 2014

ลำไส้อุดตัน Bowel Obstruction

- พบในผู้ป่วยระยะท้าย 3% ส่วนใหญ่พบใน ovarian CA 5.5-42%, colorectal CA 10-28.4%
- ระยะเวลาที่เริ่มวินิจฉัยมะเร็งจนเกิดอาการลำไส้อุดตันประมาณ 6-24 เดือน
- ระยะเวลาการมีชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ได้ ประมาณ 1 เดือน และอาจมีชีวิตอยู่ได้ถึง 6 เดือน แต่พบได้น้อยประมาณ <8%
- การให้ parenteral nutrition ไม่เปลี่ยนแปลงพยากรณ์โรค

Cause of Bowel Obstruction in Palliative Patients

- สาเหตุภายในลำไส้ เช่น มะเร็ง เนื้องอก หรืออุจจาระที่แข็งจากภาวะท้องผูกรุนแรง
- สาเหตุจากผนังลำไส้ เช่น มะเร็งของลำใส้
- สาเหตุจากภายนอก เช่น พังผืดในช่องท้อง เนื้องอกหรือมะเร็งในช่องท้องกดทับ carcinomatosis peritonei
- สาเหตุที่ทำให้ลำไส้อืด จากการที่ลำไส้ไม่บีบตัวเฉียบพลันและเรื้อรัง

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Cause of Bowel Obstruction

- สาเหตุภายในลำไส้ (intraluminal cause) เช่น มะเร็ง เนื้องอก หรืออุจจาระที่แข็งจากภาวะท้องผูกรุนแรง
- สาเหตุจากผนังลำไส้ เช่น มะเร็งลำใส้ การตีบของผนังลำไส้จากการอักเสบเรื้อรัง เช่น inframatory bowel disease, diverticulitis
- สาเหตุจากภายนอก เช่น พังผืดในหน้าท้อง เนื้องอกหรือมะเร็งในช่องท้องกดทับ ต่อมน้ำเหลือง
- สาเหตุที่ทำให้ลำไส้อืด

- จากการที่ลำไส้ไม่บีบตัวเฉียบพลัน ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ความไม่สมดุลของ electrolyte (เช่น K ต่ำ) หรือการอักเสบในช่องท้อง

- ลำไส้ไม่บีบตัวเรื้อรัง จากความผิดปกติของกล้ามเนื้อเรียบ ข่ายใยประสาทที่เลี้ยงลำไส้ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาโบลิซึม ยาบางชนิด เช่น anticholinergic, TCA, Opioids

Bowel Obstruction: Assessment

- ซักประวัติ: ตำแหน่งและการกระจายของมะเร็ง เคยผ่าตัดหรือไม่
- ตรวจร่างกาย: ฟัง bowel sound/คลำท้อง
- Film/CT abdomen/colonoscope
- อาการที่พบร่วม ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน การผายลม
- อาการแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ขาดเลือด เน่า ทะลุ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Bowel Obstruction : Assessment

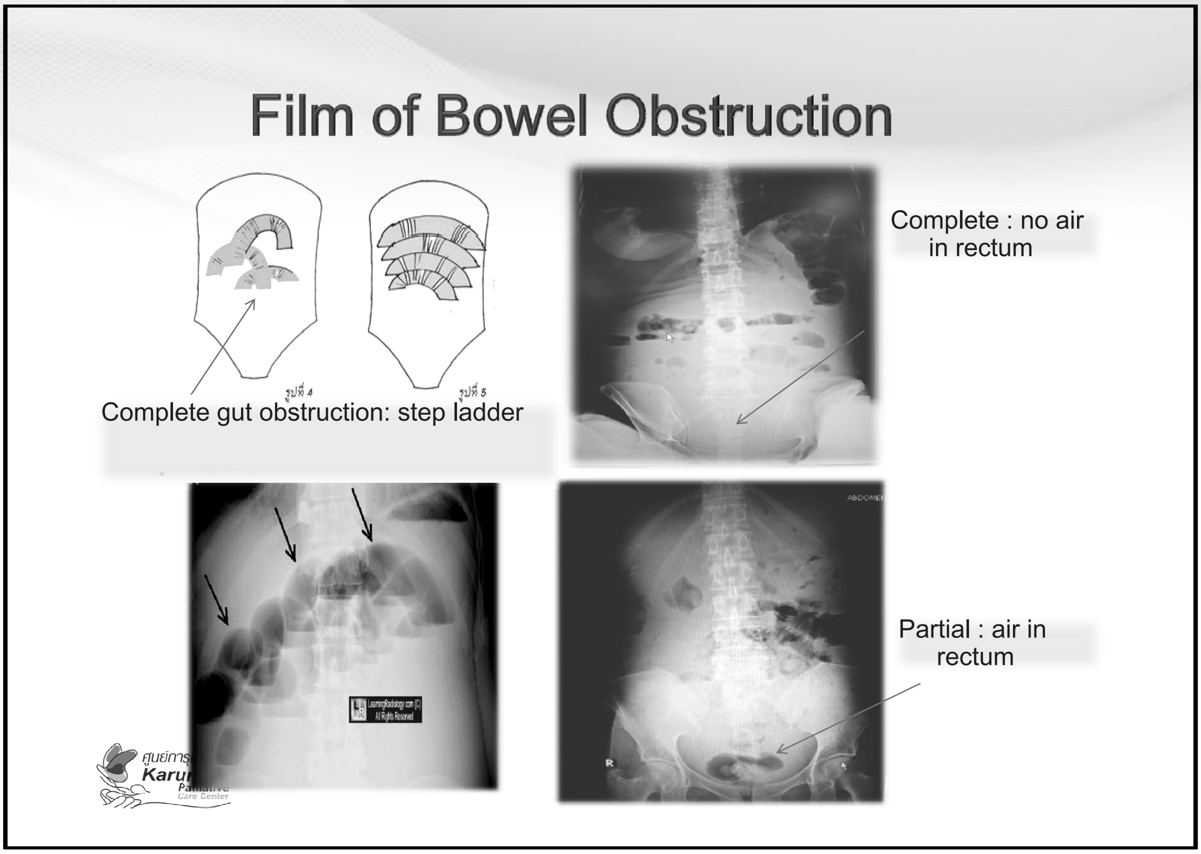
- ซักประวัติ- ชนิดของมะเร็งโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีมะเร็งตั้งต้นอยู่ที่ ช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ เป็นต้น ตำแหน่งของมะเร็ง การกระจายโดยเฉพาะถ้าตรวจพบการกระจายของมะเร็งไปทั่วท้อง (carcinomatosis peritonei) ยึดผนังลำไส้เล็กและ celiac plexus ส่งผลทำให้การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลงเกิดภาวะลำไส้อืดรุนแรงได้ หรือผู้ป่วยเคยผ่าตัดหรือไม่ เพราะหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดพังผืดได้
- ตรวจร่างกาย: ดูลักษณะท้องโต อืดหรือไม่ ฟัง bowel sound เคาะทึบหมายถึงก้อนหรือน้ำหรือโปร่งหมายถึงลม คลำท้องอาจพบก้อนประมินขอบเขตการกระจาย การตวจทางทวารหนัก (PR)
- Film abdomen ประเมินภาวะ partial bowel obstruction จะพบ air in rectum, complete bowel obstruction จะไม่พบ air in rectum และพบลักษณะที่เรียกว่า step ladder
- CT abdomen เพื่อประเมินลักษณะและตำแหน่งการอุดตัน โดยเฉพาะภาวะ carcinomatosis peritonei จะช่วยในเรื่องการวางแผนการรักษาและการผ่าตัดได้
- อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ลำไส้ขาดเลือด เน่า และรุนแรงถึงขั้นลำไส้ทะลุ
- อาการที่พบร่วม ได้แก่ ปวดท้อง ปวดบิด ท้องอืด ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน การผายลม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและลักษณะการการอุดตัน

การประเมินอาการร่วมกับตำแหน่งการอุดตัน

- Gastric outlet, Duodenum: ไม่ปวด อาเจียนรุนแรง ปริมาณมาก ลักษณะเป็นอาหารที่เพิ่งรับประทานเข้าไป ไม่มีอาการท้องอืด
- Small bowel: ปวดบริเวณท้องส่วนบน จนถึงกลางท้อง อาเจียนระดับปานกลางถึงรุนแรง ท้องอืดปานกลาง
- Large bowel: ปวดบริเวณท้องส่วนกลางจนถึงท้องส่วนล่าง อาการอาเจียนเกิดช้า ท้องอืดมาก

การประเมินอาการร่วมกับลักษณะการอุดตัน

- Bowel ileus: ท้องอืด ไม่ปวดบิด คลื้นไส้ แต่ถ้าได้อาเจียนแล้วดีขึ้น bowel sound ลดลง
- Partial bowel obstruction: ไม่ถ่ายอุจจาระ ผายลมได้ ปวดท้อง อาเจียน bowel sound เพิ่มขึ้น PR มีอุจจาระบ้าง
- Complete bowel obstruction: ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม ปวดท้องแบบบิดเป็นพักๆ (colicky pain) ท้องอืดมาก อาเจียนมาก bowel sound เพิ่มขึ้นแต่นานไปอาจลดลง PR ไม่มีอุจจาระ



Film abdomen ประเมินภาวะ partial bowel obstruction จะพบ air in rectum, complete bowel obstruction จะไม่พบ air in rectum และพบลักษณะที่เรียกว่า step ladder ร่วมกับอาการไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม และมีปวดบิดในท้อง

Management of Malignant Bowel Obstruction

- Surgical options
  - Resection
  - Stoma
  - Stent (self-expandable metal stents SEMS as an alternative or adjunct to surgery)
- Laser ablation

Management of Malignant Bowel Obstruction

Surgical options

Resection

Stoma

Stent (self-expandable metal stents SEMS as an alternative or adjunct to surgery)

Laser ablation

Poor Prognosis for Surgery

- มี intestinal motility จาก diffused carcinomatosis
- อายุมากกว่า 65 ปี ร่วมกับ cachexia
- มี ascites ที่ต้องเจาะบ่อยๆ
- เคยฉายแสงบริเวณช่องท้อง/ช่องเชิงกรานมาก่อน
- มี distant metastases,ร่วมกับ pleural effusion
- การอุดกั้นหลายตำแหน่ง
- Poor performance status

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

EPEC module – Bowel obstruction

Poor Prognosis for Surgery

- มี intestinal motility จาก diffused carcinomatosis
- อายุมากกว่า 65 ปี โดยเฉพาะถ้ามี cachexia ร่วมด้วย
- มี ascites ที่ต้องเจาะบ่อยๆ
- Advance cachexia
- เคยฉายแสงบริเวณช่องท้อง/ช่องเชิงกรานมาก่อน
- มี distant metastases: pulmonary metastasis ร่วมกับ pleural effusion
- การอุดกั้นเป็นหลายตำแหน่ง
- Poor performance status

Drug Treatment for GI Obstruction

- Analgesics
- Metoclopramide
- Hyoscine butylbromide (Buscopan)
- Haloperidol
- Dexamethasone
- Octreotide

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Kuebler, Heidrich & Esper,2007; Twycross, Wilcock & Toller, 2009;Joyce, 2014

Drugs treatment for GI Obstruction

- พิจารณาให้ยาทาง intravenous หรือทาง subcutanous จะเหมาะสมกว่าวิธีอื่น
- Analgesics : morphine, fentanyl
- Metoclopramide 60 -80 mg SC over 24 hrs ให้ร่วมกับ MO ถ้าประเมินได้ว่ามีอาการปวดร่วมกับภาวะ partial gut obstruction
- Hyoscine butylbromide (buscopan) 60mg SC over 24 hrs ให้ร่วมกับ MO ถ้าประเมินได้ว่ามีอาการปวดบิด (Colic) ร่วมกับภาวะ complete gut obstruction
- Haloperidol 5 -10 mg SC over 24 hrs ถ้าประเมินได้ว่ามีอาการคลื่นไส้โดยมี/ไม่มี อาเจียนร่วมด้วย
- Dexamethasone 8-16 mg IV/SC ถ้าประเมินได้ว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะ complete gut obstruction (ไม่ถ่าย ไม่ผายลม มีคลื่นไส้อาเจียน และปวดบิดในท้อง) ซึ่งจะช่วยลด peritumor edema ช่วยลดระดับ obstruction จาก complete เป็น partial
- Octreotide 300 -600 mcg SC over 24 hrs เพื่อลด bowel secretion ช่วยให้อาการอาเจียนดีขึ้น
- Ranitidine 200- 600 mg SC over 24 hrs เพื่อลด bowel secretion ช่วยให้อาการอาเจียนดีขึ้น โดยราคาถูกกว่า octreotide

Non Drug Treatment in GI Obstruction

- ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเหลวเท่าที่ได้ เพราะลำไส้ยังพอดูดซึมน้ำได้บ้าง
- ไม่จำเป็นต้องให้ IV drip และ NG
- จัดการอาการต่างๆ เช่น ปวด คลื่นไส้ อาเจียน
- ดูแลความสะอาดช่องปากสม่ำเสมอ
- ประเมินติดตามอาการลำไส้อุดตัน
- อธิบายให้ข้อมูล สื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้า

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non Drug Treatment in GI Obstruction

- ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเหลวเท่าที่ได้ เพราะลำไส้ยังพอดูดซึมน้ำได้บ้าง
- ไม่จำเป็นต้องรักษาโดยการให้ IV drip และ NG suction เท่านั้น
- ดูแลจัดการความปวดท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
- ดูแลความสะอาดช่องปาก mouth care สม่ำเสมอผู้ป่วยมักทนความไม่สุขสบายจากสภาวะขาดน้ำได้ถ้าดูแล mouth care ดี
- ประเมินติดตามอาการปวดบิด ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ผายลม อย่างต่อเนื่อง
- อธิบายให้ข้อมูล สื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้า สถานที่ดูแลระยะท้าย

Ascites

Definition: มีน้ำสะสมอยู่ในช่องท้องมากกว่าปกติ เกิดจากการผลิตจาก capillaries มาก และ/หรือ ระบายออกทาง lymphatics ได้น้อยหรือไม่ได้

Prevalence :

- พบบ่อย ovarian cancer, CA unknown primary และ GI cancer
- Survival time ประมาณ 5 mo หลังพบอาการ

ผลกระทบจากท้องมาน:

- แน่นท้อง หายใจลำบาก ท้องผูก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน กรดไหลย้อน นั่งไม่ได้ ขาบวม

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross, Wilcock & Toller, 2009;Joyce, 2014

ท้องมาน Ascites

- ปกติปริมาณน้ำในช่องท้องมีประมาณ 50-100 ml ผลิตมาจากหลอดเลือด capillaries และระบายออกไปโดยระบบน้ำเหลือง (lymphatics system)
- ท้องมาน หมายถึง ภาวะที่มีปริมาณน้ำสะสมอยู่ในช่องท้อง (peritoneal cavity) มากกว่าปกติ (มากกว่า 100 ml) เกิดจากการผลิตน้ำจากหลอดเลือด capillaries มากผิดปกติ และ/หรือ ระบายออกทางระบบน้ำเหลืองได้น้อยหรือระบายออกไม่ได้ มีลักษณะเป็นสารน้ำใสสีหลืองอ่อนหรือไม่มีสี

อุบัติการณ์การการเกิดท้องมาน

- อาการท้องมานพบได้ทั้งผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ในกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วย cirrhosis หัวใจซีกขวาล้มเหลว (right - side heart failure) การติดเชื้อวัณโรคภายในเยื่อบุช่องท้อง (tuberculous peritonitis) โรคไตเนฟโฟรติค และภาวะแทรกซ้อนจากตับอ่อนอักเสบ
- สำหรับกลุ่มมะเร็งพบท้องมานประมาณร้อยละ 10 โดยเฉพาะมะเร็งรังไข่ (พบท้องมานได้มากที่สุดร้อยละ 30) รองลงมาได้แก่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับอ่อน
- ท้องมานส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายปวดแน่นท้อง หายใจลำบาก นั่งได้ลำบาก ท้องผูก เบื่ออาหาร มีกรดไหลย้อน คลื่นไส้ อาเจียน และขาบวม ภายหลังพบอาการท้องมานในผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งที่ไม่ทราบแหล่งที่มา (CA unknown primary) และมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร (GI cancer) มักพบว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 1-5 เดือน

Cause of Ascites

- Extensive liver metastasis เช่น CA colon ส่งผลทำให้เกิด
    - Portal hypertension
    - Hypoalbuminemia
- Carcinomatosis peritoneii คือ การมีก้อนมะเร็งจำนวนมากกระจัดกระจายไปทั่วช่องท้อง ทำให้อุดตัน lymphatics รวมทั้งอักเสบ/ระคายเคืองช่องท้อง มักพบในผู้ป่วย ovarian cancer

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Twycross, Wilcock & Toller, 2009;Joyce, 2014

สาเหตุของอาการท้องมาน

- Carcinomatosis peritoneii คือ การมีก้อนมะเร็งจำนวนมากกระจัดกระจายไปทั่วช่องท้อง ทำให้อุดตันระบบน้ำเหลือง รวมทั้งอักเสบและระคายเคืองในช่องท้อง (เช่น มะเร็งรังไข่) ส่งผลทำให้การระบายน้ำในช่องท้องออกทางระบบน้ำเหลืองได้น้อยหรือระบายออกไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการผลิต cytokine บางชนิดโดยเยื่อบุช่องท้องและเซลล์มะเร็ง ส่งผลทำให้มีการสร้างสารคัดหลั่งในช่องมากขึ้นอย่างรวดเร็ว
- Extensive liver metastasis คือ การมีมะเร็งจากที่อื่นๆ (เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่) แล้วลุกลามกระจายมายังตับ กลไกการทำให้เกิดท้องมานคล้ายกับผู้ป่วยโรคตับแข็ง คือ ส่งผลทำให้เกิดภาวะความดันสูงในระบบหลอดเลือดดำของตับ (portal hypertension) และภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) อัลบูมินเป็นโปรตีนในเลือดทำหน้าที่สำคัญในการดึงสารน้ำไว้ในกระแสเลือด เมื่อระดับลดต่ำลงความดันที่แตกต่างกันระหว่างภายในกับภายนอกหลอดเลือดทำให้น้ำรั่วออกไปนอกหลอดเลือด โดยเข้าไปอยู่ในช่องท้องเกิดเป็นภาวะท้องมานขึ้น

Drug Treatment for Ascites

Feature	C. Peritoneii	Liver Met.
1.การตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ (Lasix ,Spinorolactone)	- ไม่ตอบสนอง/ตอบสนองปานกลาง	- ตอบสนอง
2. เจาะระบายน้ำในท้องออก	- ตอบสนอง	- ตอบสนองเมื่อ fail to diuretic
3. Intra abdominal therapy 4. ยาลดการสร้างสารน้ำในช่องท้อง เช่น Octreotide, Ranitidine	- อาจมีประโยชน์ - อาจตอบสนองระยะใกล้เสียชีวิต	- ไม่มีประโยชน์ -อาจตอบสนองระยะใกล้เสียชีวิต

Twycross, Wilcock & Toller, 2009;Joyce, 2014

Drug Treatment for Ascites

ยาขับปัสสาวะ (diuretic)

ตอบสนองดีในระยะแรกสำหรับอาการท้องมานที่มีสาเหตุมาจาก extensive liver metastasis

- โดยเริ่มจาก spinorolactone 100-200 mg/day และปรับเพิ่มทีละ 100 mg ทุก 3-7 days (maximum dose 600mg/day)
- ถ้าไม่ได้ผลพิจารณาให้ยา lasix เพิ่มอีกตัว โดยเริ่มขนาด 40-80 mg/day และปรับเพิ่มทีละ 40 mg ทุก 3 days (maximum dose 160 mg/day)

การเจาะระบายเอาน้ำในช่องท้องออก (paracentesis หรือ drainage)

- ตอบสนองดีต่ออาการท้องมานที่เกิดจาก carcinomatosis peritoneii ส่วนสาเหตุจาก extensive liver metastasis สามารถทำได้เมื่อไม่ตอบสนองต่อการให้ยาขับปัสสาวะแล้ว

รักษาโดยการใช้ยาเคมีบำบัดหรือสเตียรอยด์ฉีดเข้าไปในช่องท้อง (intra abdominal therapy)

อาจมีประโยชน์ได้บ้างสำหรับท้องมานที่เกิดจาก carcinomatosis peritoneii แต่ไม่มีประโยชน์กรณีท้องมานที่เกิดจาก extensive liver metastasis

ลดอัตราการสร้างหรือผลิตสารน้ำภายในช่องท้อง (decrease rate of formation malignant ascites) เช่น การใช้ยา octreotide (sandostatin), ranitidine และ buscopan แต่มีประโยชน์เฉพาะระยะใกล้เสียชีวิต (dying) เท่านั้น

Non Drug Treatment for Ascites

- จัดท่านั่ง ศีรษะสูง และยกขาสูง
- ดูแลให้พักผ่อน จัดกิจกรรมให้เหมาะสม
- จำกัด น้ำ เกลือ ตามแผนการรักษา
- รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง
- ระวังการติดเชื้อภายหลัง paracentesis
- อธิบาย/ให้ข้อมูล ผู้ป่วยและญาติ
- ส่งต่อข้อมูล และแผนการดูแลรพ.ใกล้บ้าน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การจัดการอาการท้องมานโดยวิธีการไม่ใช้ยา

- ดูแลจัดท่าให้อยู่ในท่าที่สบาย เช่น ท่านั่ง ศีรษะสูง ยกขาสูง หรือท่าใดก็ได้ที่ผู้ป่วยบอกว่าสบาย
- ดูแลให้พักผ่อน (bed rest) อย่างเพียงพอ จัดกิจกรรมให้ตามความเหมาะสม
- ดูแลจำกัด น้ำ และเกลือตามแผนการรักษาของแพทย์
- รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยๆครั้ง
- ดูแลภายหลังการเจาะท้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ หรือความดันโลหิตต่ำ
- ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา
- อธิบายให้ข้อมูล ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจแผนการรักษา เพื่อให้เกิดการยอมรับ ปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่กลัวหรือวิตกกังวลมากเกินไป

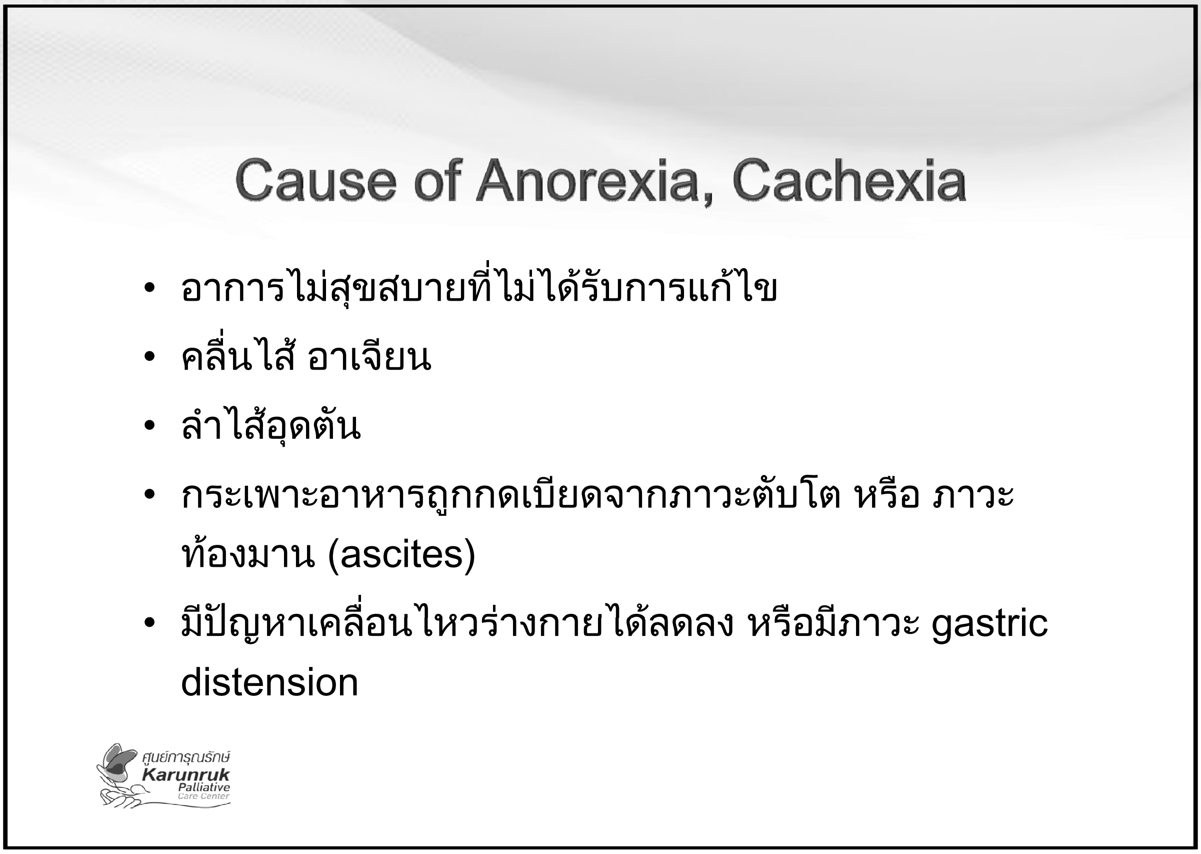
Anorexia – Cachexia Syndrome

- เบื่ออาหาร: ความรู้สึกไม่หิว/ไม่อยากอาหาร
- ซูบผอม: ภาวะขาดสารอาหาร น้ำหนักตัวและมวลกล้ามเนื้อลดลง สูญเสียไขมันในร่างกาย
- **Prevalence :** ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยมะเร็ง เอดส์ วัณโรค และโรคเรื้อรัง และพบได้บ่อยในผู้ป่วยด้วยโรคระยะท้าย
- **ผลกระทบจากอาการ:**
  - แม้ให้อาหารเต็มที่ก็แก้ไข cachexia ไม่ได้
  - ความรุนแรงสัมพันธ์กับพยากรณ์โรค

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Anorexia-Cachexia Syndrome

- อาการเบื่ออาหาร หมายถึง ความรู้สึกไม่หิว/ไม่อยากอาหาร
- อาการซูบผอม หมายถึง อาการที่เป็นผลตามมาจากอาการเบื่ออาหาร ส่งผลให้ขาดสารอาหาร น้ำหนักตัว มวลกล้ามเนื้อลดลง และสูญเสียไขมันในร่างกาย
- ส่วนใหญ่พบอาการเบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอมในผู้ป่วยมะเร็งพบได้ 47-85% (lung cancer & pancretic cancer) เอดส์ วัณโรค และโรคเรื้อรัง และพบได้บ่อยในผู้ป่วยด้วยโรคระยะท้าย
- ผลกระทบจากอาการ
  - แม้ให้อาหารเต็มที่ก็แก้ไขภาวะ cachexia ไม่ได้
  - ความรุนแรงสัมพันธ์กับพยากรณ์โรค



Cause of Anorexia, Cachexia

- อาการไม่สุขสบายที่ไม่ได้รับการแก้ไข pain, constipation, dyspepsia, gastric stasis dry/sore-mouth, mucositis, candidiasis
- คลื่นไส้ อาเจียน
- ลำไส้อุดตัน
- กระเพาะอาหารถูกกดเบียดจากภาวะตับโต (enlarge liver) หรือ ภาวะท้องมาน (ascites)
- มีปัญหาเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง หรือมีภาวะ gastric distension

Non Drug Treatment for Anorexia, Cachexia

- ประเมินช่องปากและจัดการปัญหาในช่องปาก
- ดูแลเรื่องอาหาร และ GI effects
- พูดคุยอภิปรายกับครอบครัวเรื่องอาหารเสริมและยาวิตามินต่างๆ
- การสื่อสารให้คำแนะนำ/คำปรึกษา/สนับสนุน ผู้ดูแลและครอบครัว
- พิจารณาการให้ enteral & parenteral nutrition

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non Drug Treatment for Anorexia, Cachexia

1. ค้นหาสาเหตุและจัดการตามสาเหตุที่แก้ไขได้
2. ประเมินช่องปากและจัดการปัญหาในช่องปาก เช่น ปากแห้ง แผลในปาก หรือเชื้อราในช่องปาก
    - แปรงฟันบ่อยๆ และใช้น้ำลายเทียม
    - บริหารการดื่มน้ำแต่ละช่วงเวลาให้เหมาะสม
    - หาวิธีการให้ผู้ป่วยเกิดความชุ่มชื้นที่ริมฝีปาก และในช่องปาก-ใช้ lip lubricant การอมน้ำแข็ง
    - ทำความสะอาดปากและลิ้นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม หรือผ้าเช็ดลิ้น
    - กระตุ้นการหลั่งน้ำลายด้วยการการเคี้ยวหมากฝรั่ง (sugar free) และการใช้น้ำลายเทียม
3. ดูแลการเรื่องอาหารและ GI effects)
    - รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง
    - รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น อาหารที่มีไขมันและคาโบไฮเดรท
    - เน้นอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย
    - หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน
    - จัดหาอาหารที่ชอบที่สุดให้รับประทาน ไม่ควรบังคับให้รับประทานอาหารที่ไม่ชอบ
    - จัดการอาการปวด ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน ท้องมาน ลำไส้อุดตัน
    - จัดการปัญหาความวิตกกังวลและซึมเศร้า
    - ปรึกษาโภชนากรเพื่อช่วยในการดูแลร่วมกัน

- จัดบรรยากาศให้เอื้อต่อการรับประทานอาหาร
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันคิดหาเมนูอาหารในแต่ละมื้อ และได้รับประทานอาหารร่วมกัน (ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและความรักภายในครอบครัว)

4. พูดคุยอภิปรายกับครอบครัวเรื่องการให้อาหารเสริมรวมถึงยาวิตามิน? ผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวังอย่างไร? ราคาแพงหรือไม่ มีความสามารถในการจัดหามาได้หรือไม่ ?
5. การสื่อสารให้คำแนะนำ/คำปรึกษา/สนับสนุน ผู้ดูแลและครอบครัว
    - ร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีการปรับตัวด้วยการได้รับน้ำและอาหาร
    - ปริมาณปัสสาวะอาจออกลดลง สัมพันธ์กับการทำงานของไตเริ่มลดลง
    - การได้รับน้ำและอาหารและน้ำเกลือลดลงอาจช่วยเรื่องท้องมานและภาวะบวม
    - อาการปากแห้งไม่สัมพันธ์/ไม่ใช่ภาวะ dehydration

Drug Treatment for Anorexia, Cachexia

- พยายามแก้ไขสาเหตุที่แก้ได้ - รักษาภาวะ depression
  - รักษาภาวะ gastric stasis
- Appetite stimulants (เพิ่มความอยากอาหาร)
  - Corticosteroids (dexamethasone)
  - Progestogens (megestrol acetate)
- Nutrition support

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Drug Treatment for Anorexia, Cachexia

- พยายามแก้ไขสาเหตุที่แก้ได้ เช่น รักษาภาวะ depression หรือรักษาภาวะ gastric stasis ด้วยการให้ metoclopramide
- Appetite stimulants (เพิ่มความอยากอาหาร)
  - Corticosteroids (dexamethasone) ถ้าคาดว่าผู้ป่วยจะอยู่ได้ไม่เกิน 4 wks.เนื่องจากมีผลข้างเคียง
  - Progestogens (megestrol acetate)
- Nutrition support อาจได้ผลในผู้ป่วย GI obstruction แต่การให้ parenteral nutrition ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
- การให้ enteral & parenteral nutrition ไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย advanced disease ไม่ช่วยเพิ่มระยะเวลาในการมีชีวิตของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนจากการลุกลามของโรคเฉพาะที่ เช่น มะเร็งกดเบียดหลอดอาหาร แต่สมรรถนะร่างกายผู้ป่วยดี (PPS ดี) มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายและ morbidity อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการอ่อนล้า Fatigue

- **Definition**: เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้า เหนื่อยหมดเรี่ยวแรง และขาดพลังงาน
- ลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังหรือการทำกิจกรรม
- เป็นอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต
- มีผลต่อการดำเนินชีวิตและกิจกรรมของผู้ป่วย
- ประเมินจากการสอบถามผู้ป่วย ค่าคะแนน 0-10

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

อาการอ่อนล้า Fatigue

- อาการอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้หรือประสบการณ์ของบุคคลที่อธิบายถึงความรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หมดเรี่ยวแรงทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่ดีขึ้นถึงแม้จะพักผ่อนหรือนอนหลับอย่างเพียงพอ
- อาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยระยะท้าย ที่แตกต่างจากอาการปวดและความวิตกกังวล การให้ความหมายไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน มักมีผลต่อการมีกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นการวางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญที่สุด
- อาการอ่อนล้าพบได้ทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ทุกเพศและทุกระดับอายุ พบในผู้ป่วยระยะท้ายได้ระหว่างร้อยละ 75 -100 สำหรับผู้ป่วยไม่ใช่มะเร็งมักพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะหัวใจวาย uremia กล้ามเนื้ออ่อนแรง (multiple sclerosis) และผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDs)

Cause of Fatigue

- ปัญหาทางด้านร่างกายและการดำเนินของโรค: CA, HF, COPD, ESRD
- การควบคุมอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- เบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอม ขาดน้ำ ภาวะซีด Na & K ต่ำ และ Ca สูง
- ผลข้างเคียงจากการรักษา
- ผลข้างเคียงจากยา
- สภาพจิตใจและอารมณ์

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Kuebler, Heidrich & Esper,2007 Faull,Carter&Daniels,2005

Cause of Fatigue

- ปัญหาทางด้านร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรงภาวะซีด/ขาดออกซิเจน
- การดำเนินของโรค: CA, HF, COPD, ESRD
- การควบคุมอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพ: อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน ไข้ เหนื่อยหอบ นอนไม่หลับ
- เบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอม ขาดน้ำ ภาวะซีด Na & K ต่ำ และ Ca สูง
- ผลข้างเคียงจากการรักษา: CMT, RT, ยาขับปัสสาวะ
- ผลข้างเคียงจากยา – morphine, CNS depression
- เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด วิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

Fatigue: รักษาสาเหตุที่รักษาได้

- Anemia
- Fever: ATB, paracetamol
- Depression: anti-depressant drug
- Sedative medication: ปรับเปลี่ยนยา
- จัดการภาวะขาดน้ำ และ E'lyte imbalances
- จัดการอาการปวดและอาการอื่นๆที่จัดการได้

Janmaree Davis เอกสารประกอบการบรรยาย Symptom management workshop Khonkaen, 2015

รักษาสาเหตุที่รักษาได้

Anemia

Erythropoietins-ขณะกำลังได้รับยาเคมีบำบัด

Blood tranfusions: พิจารณาบางรายเพราะช่วยได้ในระยะสั้น

Fever: ATB, Paracetamol

Depression : anti-depressant drug

Sedative medication: ปรับเปลี่ยนยา

จัดการภาวะขาดน้ำ และ E’lyte imbalances

จัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่จัดการได้ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เป็นต้น

Non Drug Treatment for Fatigue

- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว
- ช่วยรักษาสมดุลของการทำกิจกรรม และสอนการสงวนพลังงาน
- แนะการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน
- ดูแลเรื่องอาหาร
- ดูแลด้านจิตใจ อารมณ์

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non-Drug Treatment for Fatigue

1. Education ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าความอ่อนล้าเป็นอาการปกติที่เกิดจากมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาสาเหตุที่รักษาได้มีอย่างจำกัด
2. Energy conservation **ดูแลให้พักผ่อนและได้รับอาหารอย่างเพียงพอ**
   ลดความเครียด-ให้การพยาบาลดูแลด้านจิตใจ เช่น การทำสมาธิ ฝึกการผ่อนคลาย
   ใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น commode, wheelchair, walker
3. Exercise **จัดการกับ physical symptoms**
   การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายมีผลงานวิจัยสนับสนุนว่าช่วยทำให้คุณภาพชีวิต การนอนหลับ สมรรถนะของร่างกายดีขึ้นแต่ไม่ช่วยในผู้ป่วยที่มีการลุกลามโรคมากๆ
4. Energy restoration
   การดูแลให้นอนหลับอย่างเพียงพอ หรือผู้ป่วยบางรายอาจใช้วิธีการอื่นในการสงวนพลังงาน
5. Easing stress **ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ**
6. Eating well
   เป็นเรื่องละเอียดอ่อน แนะนำรับประทานเท่าที่ได้

Drug Treatment for Fatigue

- Dexamethasone
- Methyl prednisolone
- การให้ยากลุ่ม CNS stimulants เช่น methyl phenidate, vitamin
- Psychostimulants กรณีมีปัญหาซึมเศร้า
- Anti -anxiety กรณีมีความวิตกกังวล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center Janmaree Davis เอกสารประกอบการบรรยาย Symptom management workshop Khonkaen 2015

Drug Treatment for Fatigue

1. Dexamethasone: ให้กรณีผู้ป่วย survival <4 wk และควรให้ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิต ให้ในขนาด low dose ในระยะเวลาไม่เกิน 15 วันช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น (feeling of well-being) ช่วยให้รู้สึกมีเรี่ยวแรง แต่ประสิทธิภาพมักลดลงหลัง 4-6 สัปดาห์
2. Methyl prednisolone: ให้ในขนาด 16 mg bid ในระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน มีงานวิจัยเชิงทดลองสนับสนุนว่าช่วยเรื่องอาการอ่อนล้าได้แต่มีประโยชน์ในระยะสั้นเท่านั้น
3. การให้ยากลุ่ม CNS stimulants เช่น methylphenidate
4. Psychostimulants กรณีมีปัญหาซึมเศร้า
5. Anti -anxiety กรณีมีความวิตกกังวล

คัน Pruritus/Itching

- พบได้น้อยในผู้ป่วยระยะท้ายมักพบในผู้ป่วยโรค
  - ตับ (primary biliary cirrhosis) 50-70%
  - ไต (renal failure-uremia) 22-48 %

(Kuebler, Heidrich & Esper,2007)

- สาเหตุอาการคัน
  - Dry skin โดยเฉพาะผู้สูงอายุ
  - Liver & renal failure
  - Skin disease
  - Side effect จากยา

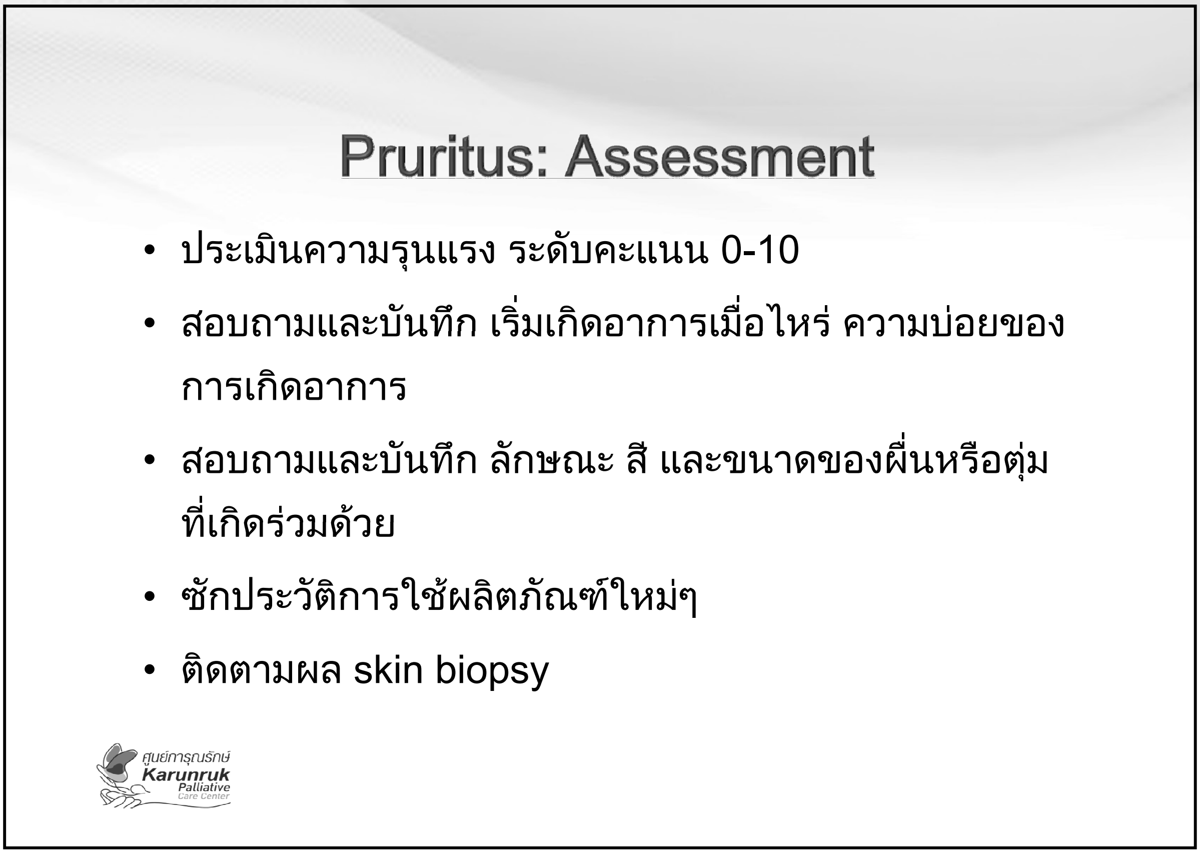
คัน Pruritus/Itching

พบได้น้อยในผู้ป่วยระยะท้ายแต่มีผลต่อแบบแผนการนอนหลับและทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง

- พบในผู้ป่วยโรค
  - ตับ (primary biliary cirrhosis) 50-70%
  - ไต (renal failure-uremia) 22-48 %

สาเหตุอาการคัน

- Dry skin โดยเฉพาะผู้สูงอายุ
- Liver & renal failure
- Skin disease
- Side effect จากยา เช่น Mo , ATB, Allopurinol, Carbamazepine



Pruritus: Assessment

- ประเมินความรุนแรงอาการคันคล้ายกับประเมินอาการปวด ระดับคะแนน 0-10
- สอบถามและบันทึก เริ่มเกิดอาการเมื่อไหร่ ความบ่อยของการเกิดอาการ ลักษณะ สี และขนาดของผื่นหรือตุ่มที่เกิดร่วมด้วย
- ซักประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์ใหม่ เช่น น้ำยาล้างจาน ผงซักฟอก โลชั่น หรือสบู่ ประวัติการถูกแมลงกัดต่อย การสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคผิวหนัง
- ติดตามผล skin biopsy

Non Drug Treatment for Pruritus

- ค้นหาสาเหตุ อธิบายผู้ป่วยและครอบครัว
- ประคบเย็น อาบน้ำเย็น หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น
- ถ้าผิวแห้งทาโลชั่นหลังอาบน้ำ/หรือทาบ่อยๆ
- ตัดเล็บให้สั้น
- ใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม ไม่คับแน่น
- ดูแลให้ยา ตามแผนการรักษาแพทย์
- Nursing therapeutic intervention

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Non Drug Treatment for Pruritus

- ค้นหาสาเหตุ อธิบายผู้ป่วยและครอบครัว
- ประคบเย็น อาบน้ำเย็น หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น
- ถ้าผิวแห้งทาโลชั่นหลังอาบน้ำ/หรือทาบ่อยๆ
- ตัดเล็บให้สั้น
- ใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม ไม่คับแน่น
- ดูแลให้ยา ตามแผนการรักษาแพทย์
- Nursing therapeutic intervention: การสร้างจินตภาพ เทคนิคผ่อนคลาย

Drug Treatment for Pruritus

- Obstructive jaundice : cholestyramine (questran) 4gm qid
- Liver disease (cholestatic): cholestyramine, rifampicin, ondansetron
- Uremia: ondansetron
- อาการข้างเคียงจากยา opioids- naloxone, chlorphenamine, ondansetron
- ยาอื่นๆ

Kuebler, Heidrich & Esper,2007

Drug Treatment for Pruritus

- Obstructive jaundice - cholestyramine (Questran) 4gm qid
- Liver disease (cholestatic) – cholestyramine, rifampicin, ondansetron
- Uremia - ondansetron
- อาการข้างเคียงจากยา Opioids- naloxone, chlorphenamine, ondansetron*
- ยาอื่นๆ
  - Diphenhydramine (benadyl) 25 mg q 6 h
  - Hydroxyzine 25 mg tid
  - Cypoheptadine 2-4 mg tid

แผลมะเร็ง Fungating Wound

- **Related term** - tumor necrosis , ulcerative malignant wounds, fungating tumor wounds
- **Definition** – การกระจายลุกลามของมะเร็งทำลายโครงสร้างของผิวหนังเป็นแผล
- **Prevalence:** พบได้ 5% ของผู้ป่วยมะเร็ง และ 10% ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มักพบในช่วง 3-6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต
- มักพบใน breast cancer มากที่สุด 25%

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Ferrell & Coyle , 2006; Twycross, Wilcock & Stark, 2009

แผลมะเร็ง Fungating Wound

- **Related term** - tumor necrosis , ulcerative malignant wounds, malignant cutaneous wounds
- **Definition** - การกระจายลุกลามของก้อนมะเร็งไปทำลายโครงสร้างของผิวหนังที่อยู่ใกล้เคียงแตกทะลุจนเป็นแผลขึ้น อาจมีแผลเดียวหรือหลายๆ แผลก็ได้ ถ้ามีการขยายขนาดและความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (both ulcerative and proliferate) เรียกว่า Fungating tumor wounds
- **Prevalence:** พบได้ 5% ของผู้ป่วยมะเร็ง และ 10% ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มักพบในช่วง 3-6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

มักพบในโรคต่างๆ ตามลำดับดังนี้ breast cancer * พบประมาณ 25% malignant melanoma, lung cancer, colorectal cancer

ผลกระทบจากแผลมะเร็ง

ทางด้านร่างกาย

- ความปวด
- กลิ่น
- ลักษณะของแผลที่ไม่น่ามอง
- ภาวะเลือดออก

ทางด้านจิตสังคม-อารมณ์

- เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
- แยกตัวออกจากสังคม

การรักษาแผลมะเร็ง

- **Surgery** : มีบทบาทน้อย เนื่องจากมีโอกาสมีเลือดออกมากและติดเชื้อ
- **Chemotherapy** : อาจช่วยลดขนาดก้อน ถ้าเป็นชนิดที่ตอบสนองดีต่อ CMT
- **Radiotherapy** : ช่วยลดขนาดก้อน ลดภาวะเลือดออกจากแผล ลดอาการปวด ลด exudate

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การรักษาแผลมะเร็ง

Surgery : มักไม่ค่อยมีบทบาท เนื่องจากมีโอกาสมีเลือดออกมาก มีการติดเชื้อ

Chemotherapy : อาจช่วยลดขนาดก้อน ถ้าเป็นชนิดที่ตอบสนองดีต่อ CMT

Radiotherapy : ช่วยลดขนาดก้อน ลดภาวะเลือดออกจากแผล ลดอาการปวด ลด exudate

Management of Fungating Wound

- จัดการอาการปวด
- ควบคุมภาวะเลือดออก
- ป้องกันการติดเชื้อของแผล
- ควบคุมกลิ่น
- ควบคุมปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากแผล
- ดูแลปัญหาจิตสังคมและภาพลักษณ์
- การอธิบาย ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Management of Fungating Wound

เน้นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและความสุขสบาย

- การจัดการอาการปวด
- ควบคุมภาวะเลือดออก
- ป้องกันการติดเชื้อของแผล
- ควบคุมกลิ่นที่ไม่พึงปรารถนา
- ควบคุมปริมาณสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล
- ดูแลปัญหาจิตสังคมและภาพลักษณ์
- การให้ข้อมูล/ความรู้ (health education) ผู้ป่วยและผู้ดูแล

Pain Control

- ให้ยาลดปวดก่อนทำแผล
  – Fentanyl inj. 25 mcg SL 5-10 นาที
  – Ketamine 0.25 ml ผสมน้ำผึ้ง SL 10 นาที
- Superficial pain
  – Ice pack ประคบก่อนและหลังทำแผล topical lidocaine ให้ทันทีหลังทำแผลเสร็จ
  – ใช้ topical analgesia (opioid) ยาออกฤทธิ์โดยไปจับกับ peripheral opioid receptor

Pain control

- ให้ยาลดปวดก่อนทำแผล: Fentanyl inj. 25 mcg (0.5cc) SL 5-10 นาที หรือ Ketamine 0.25 ml ผสมน้ำผึ้งเป็น 2 ml SL 10 นาทีแล้วกลืนก่อนทำแผล 15 นาที
- Superficial pain
  - Ice pack ประคบก่อนและหลังทำแผล
  - topical lidocaine ให้ทันทีหลังทำแผลเสร็จ
  - ใช้ topical analgesia (opioid) ยาออกฤทธิ์โดยไปจับกับ peripheral opioid receptor

    MO-IR บดผสม KY-gel ใส่ที่แผล (Back & Finley 1995)

    MO inj 5 mg ผสม KY-gel 5 ml (Waller & Caroline,2000)

Bleeding Control

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

Ferrell B.R. & Coyle N.C. 2006

Bleeding Control

- ถ้าแผลติดกับวัสดุปิดแผลแน่นมาก
  - ใช้ NSS เทราดแผลให้เปียกชุ่มหรืออาบน้ำราดแผลเพื่อให้เปียกชื้นเซาะให้วัสดุหลุดลอกออกง่าย ลอกวัสดุออกจากแผลเบาๆ ด้วยความใส่ใจ และนุ่มนวล
  - ใช้วัสดุที่ป้องกันการติดกันระหว่างแผลกับวัสดุที่ใช้ทำแผล เช่น sofra-tulle, Bactigras
- ถ้าพบว่ามี bleeding กดแผลนาน 5-10 นาที
  - Adreanaline ชุบก๊อสกดแผลนาน 5-10 นาที
  - Sucalfate (ulsanic) 1 gm ผสมกับ water 1 ml +KY- gel 1 หยด apply บริเวณที่เลือดออก

Infection Control

อาบน้ำตามปกติ เป็นผลดีต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายสะอาด

Debridement necrotic tissue

- สำลีชุบ NSS จนชุ่มขัดถูเนื้อตายออก
- ใช้ syringe ดูด NSS 35 ml ใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดล้างแผลช่วยชะล้างเนื้อตายออก
- วิธีการ autolytic โดยการใช้ผลิตภัณฑ์ Hydrogel

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Ferrell B.R. & Coyle N.C. 2006

Infection Control

- Dressing ด้วย NSS เหมาะสมที่สุด การใช้โปรวิดีน ไฮโดรเจนเปอออกไซด์ เดกิ้นโซลูชัน มีงานวิจัยสนับสนุนน้อย เนื่องจากก่อให้เกิดความปวด แผลแห้ง ผู้ป่วยรำคาญ/ไม่ชอบ

  - สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ เป็นผลดีต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายสะอาดกว่า แนะนำให้ใช้สบู่เหลวฟอกถูบนแผลได้

- **Debridement necrotic tissue:** สำลีชุบ NSS จนชุ่มขัดถู (scrubbing) เนื้อตายออกอย่างนุ่มนวล หรืออาจใช้ syringe ขนาด 20 ml ดูด NSS ใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดสวนล้างแผลด้วย low-pressure ช่วยชะล้างเนื้อตายออกและลดปริมาณแบคทีเรียได้ หรือวิธีการ autolytic โดยการใช้ผลิตภัณฑ์ hydrogel
- **การใช้สารต้านจุลชีพทาเฉพาะที่ (topical antimicrobial agent)** ประกอบด้วยสารไอโอดีนที่ค่อยๆออกฤทธิ์ (slow-release) ช่วยในการลดปริมาณแบคที่เรียที่แผลโดยปราศจาก toxicity เช่น idosorb gel
- กรณีมีการติดเชื้อที่แผล แต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรใช้ metronidazole ทาเฉพาะที่จะได้ผลดีกว่าให้โดยการฉีด

Odor Control

- บดยา metronidazole tab (200 mg) ให้ละเอียดแล้วโรยบนแผล
- ใช้ก๊อสชุบ metronidazole inj จนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล สามารถลดกลิ่นได้ภายใน 2-7 วัน *(Ferrell & Coyle , 2006)*
- ระวังอย่าให้แผลแห้งมิฉะนั้นก๊อสจะติดกับแผล ถ้าลอกออกจะส่งผลให้ปวดและเลือดออกได้

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Odor Control

1. **Metronidazole :** ชนิดเม็ด (ขนาด 200 mg) เตรียมโดย
    - บดยาให้ละเอียดแล้วโรยแผลหรือ ผสม KY-gel แล้วนำไปใส่แผล
    - ทำให้เป็น solution ก่อน จึงใส่แผลก็ได้ ดังนี้ 0.5% solution (ใช้ยา 1 เม็ดผสม sterile water 40 ml)

    - 1% solution (ยา 1 เม็ดผสม sterile water 20 ml) นำยาไปชุบกับก๊อสจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล

    - ระวังอย่าให้แผลแห้งมิฉะนั้นก๊อสจะติดกับแผล ถ้าลอกออกจะส่งผลให้ปวดและเลือดออกได้
2. **Metronidazole :** ชนิดฉีด (ขนาด 500 mg) เตรียมโดยเตรียมโดยการใช้ก๊อสชุบน้ำยาจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล สามารถลดกลิ่นได้ภายใน 2-7 วัน ยาที่เหลือเก็บให้พ้นแสง เก็บได้ 7 วัน ห้ามเก็บในตู้เย็น

Exudates Control

- เปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครั้ง
- ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อนและชั้นที่สองตามด้วยท๊อปก๊อส
- ชั้นที่สองเปลี่ยนวันละ 2-3 ครั้ง ถ้าสารคัดหลั่งมีปริมาณมาก
- ปกป้องผิวหนังรอบๆ แผลจากสารคัดหลั่งโดยใช้ skin barriers

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Exudates Control

1. **Low Exudation :** มีผลทำให้วัสดุปิดแผลติดกับแผล มีวิธีการดูแลดังนี้คือ

- ก่อนลอกวัสดุปิดแผลในการทำแผลครั้งต่อไปควรอาบน้ำหรือเทราดแผลด้วย NSS ให้ชุ่มก่อน รอเวลาและค่อยๆลอกอย่างนุ่มนวล

- ทำแผลโดยป้องกันไม่ให้วัสดุปิดแผลชั้นแรกติดกับแผล เพื่อลดความเจ็บปวดและเลือดออก

- ใช้ผลิตภัณฑ์ เช่น ผ้าตาข่าย (sofra-tulle,bacticgras) หรือ วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรก

- ให้ความชุ่มชื้นแก่แผลโดยใช้ hydrogel, itra site gel, duoderm gel

2. **High Exudation:** สารคัดหลั่งที่ออกมาจำนวนมาก ซึมเปื้อนเสื้อผ้า เตียงนอน เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและสูญเสียพลังอำนาจ

- ควรทำแผลเพื่อเปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครั้ง ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อนและชั้นที่สองตามด้วยก๊อสหรือท๊อปก๊อส เพื่อระบายสารคัดหลั่ง ชั้นที่สองวันละ 2-3 ครั้ง ถ้าพบว่าสารคัดหลั่งซึมผ่านทะลุมาถึงผ้าพันแผลชั้นนอกสุด (Seaman,2002)

- การผ้าอนามัย (menstrual pad) มีการดูดซึมที่ดีเยี่ยมและมีพลาสติกด้านหลังเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งทะลุผ่านมาได้ ช่วยป้องกันการซึมเปื้อนเสื้อผ้าควรคำนึงความชอบของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอวิธีการทำแผลและการเลือกวัสดุปิดแผลควรมีประสิทธิภาพในการดูดซับสารคัดหลั่งได้ดี ไม่ต้องเปลี่ยนหรือทำแผลบ่อยๆ ช่วยประหยัดเวลา พลังงาน ทรัพยากรคน และสิ่งของ ช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าใช้ผลิตภัณฑ์ ราคาแพง เช่น hydro fiber, foam, alginate dressing

Health Education

- สอนการทำแผล (basic wound care)
- การจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ
- การจัดการภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น ควรคิดและวางแผนล่วงหน้าไว้ว่าจะจัดการอย่างไร
  – ปวดรุนแรงจากก้อนกดเบียด
  – เลือดออกรุนแรงจากการเซาะหลอดเลือดใหญ่
  – หายใจลำบากรุนแรงจากการอุดกั้นหลอดลม

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Ferrell & Coyle , 2006;Kuebler, Heidrich & Esper,2005

Health Education

สอนการทำแผล (basic wound care)

- วิธีการทำแผล ความถี่บ่อย
- สถานที เวลาทำแผล บุคคลที่ต้องอยู่ด้วย

การจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ

- การได้รับยาแก้ปวดก่อนทำแผล
- การจัดการกลิ่น เลือดออก สิ่งคัดหลั่ง และคัน

การจัดการภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น ควรคิดและวางแผนล่วงหน้าไว้ว่าจะจัดการอย่างไร

- อาการปวดที่รุนแรงขึ้น
- เลือดออกรุนแรงจากการเซาะหลอดเลือดใหญ่ จัดการโดยใช้ผ้าสีเข้ม เช่น สีเขียวหรือน้ำตาล ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวว่าจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา และการให้ยาช่วยลดความทรมาน
- การอุดกั้นหลอดลมอาจเกิดภาวะหายใจลำบากตามมา สื่อสารเรื่องการใช้เครื่องพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และยืนยันการช่วยเหลือที่จะได้รับ

Module 3
Non-Pain Symptom Management
Key references

1. ปณิตา คุณสาระ, พรรณวดี พุธวัฒนะ และจิราภรณ์ จันดา. ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. รามาธิบดีเวชสาร 2556; 19(1):73-86.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Management of Non Pain Symptom in Palliative Care. ใน เอกสารประกอบการประชุมโครงการฝึกอบรมทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลา 3 วัน (Basic Palliative Care for District Hospital Team) จัดโดยศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับสำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2558.
3. Kuebler , Heidrich & Esper P. Palliative & end of life care clinical practice guidelines. USA, Elsevier Health Sciences Inc., 2007.
4. Ferrell BR, Coyle NC. Textbook of palliative nursing, 2nd edition. New York, Oxford University Press Inc., 2006.
5. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Kuhnbach R, Higginson IJ. Effectiveness of a hand-held fan for breathlessness: randomized phase II trial. 2010.
6. Bruera E, Higginson IIJ, Ripamonti C, von Gunten CF. Textbook of palliative medicine. Edward Arnold (Publishers) Ltd, 2006.
7. Cancer Care Ontario's. Symptom Management Guide-to-Practice: Dyspnea. Retrived 24/08/2012 from http:// www.cehpcn.ca/uploads/CCO Dyspnea Symptom Management Guide to Practice 2010 1284046306.pdf.
8. Estfan B, LeGrand S. Management of cough in advanced cancer. The Journal of Supportive Oncology. 2004; 2(6): 523-27.
9. Palliative Care A handbook for Nurse. India, Harvest Media Service Press Inc., 2000.
10. Nield MA, Soo Hoo GW, Roper JM, Santiago S. Efficacy of pursed-lips breathing: a breathing pattern retraining strategy for dyspnea reduction. J Cardiopulm Rehabbil Prev. 2007; 27 (4): 237-44.
11. Preece J. Introducing abdominal massage in palliative for the relief of constipation. Complementary therapies in Nursing & Midwifery. 2002;8(2): 101-105.
12. Taylor J. The non-pharmacological management of breathlessness. End of Life Care 2007; 1 (1): 20-27.
13. Twycross R, Wilcock A, Toller CS. Symptom management in advanced cancer. fourth edition. palliativedrugs.com Ltd., 2009.

Module 3
Non-Pain Symptom Management
Case Study # 1 Dyspnea/Fatigue/Anorexia/Cachexia

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี สถานภาพ หย่า สัญชาติไทย ภูมิลำเนา จ.ขอนแก่น นับถือศาสนาพุทธ สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการวินิจฉัย CA breast with lung metastasis

Chief complaint: หายใจลำบาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: Known case right breast cancer วินิจฉัยเมื่อปี 2553 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ฉายแสง และให้ยาเคมีบำบัดครบแล้ว ต่อมาปี 2556 ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ทำ CT chest พบว่ามี metastasis of left lung with pleural effusion แพทย์ไม่มีแผนให้ยาเคมีบำบัดอีก มีประวัติน้ำหนักลด 6 kg ในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา

1 เดือนเศษ รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น ทำงานหนักไม่ค่อยได้ ไปทำงานประจำไม่ไหว

3 วันก่อนมา รู้สึกอ่อนล้าลงกว่าเดิม ไม่มีเรี่ยวแรง กลางคืนหายใจไม่ค่อยสะดวก ไม่มีไข้ เบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอม

1 วันก่อนมาเริ่มมีไข้ เหนื่อยเพลียมากขึ้น รู้สึกหายใจไม่อิ่ม เป็นมากขึ้นเมื่อมีกิจวัตรประจำวัน กลางคืนนอนราบไม่ได้ จึงมารพ.

Past history: ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ไม่แพ้ยา ปฏิเสธโรคในครอบครัว

Psycho-social assessment: ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดา บิดา และบุตรสาว หย่าร้างกับสามี บุตรสาวส่วนใหญ่พักที่หอพักมหาวิทยาลัย

การตรวจร่างกาย

Vital sign: T 37.2 °C, PR 68 ครั้ง/นาที, RR 34-40 ครั้ง/นาที, BP 120/60 mmHg PPS 50% ระดับความรู้สึกตัวปกติ ดูซีดและร่างกายซูบผอม หายใจเร็ว วัด O_2 saturation room air ได้ 90% หลังได้ O_2 cannular 5 LPM, O_2 saturation เพิ่มขึ้นเป็น 98% แพทย์ตรวจร่างกายพบมี decreased breath sound left lung

Laboratory and investigation: Cr 0.7 mg/dl, Hct 23 vol%, WBC 16,000 cell/mm^3, Na 124, K 3.5, HCO3 19, Cl 90 Meq/L

Chest film: Moderate amount of pleural effusion left lung

Discussion Questions:

1. จากข้อมูลข้างต้น คุณคิดว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการอะไรบ้าง ?
2. คุณคิดว่าสาเหตุของแต่ละอาการข้างต้นน่าจะเกิดจากอะไรได้บ้าง ?
3. บอกวิธีการประเมินอาการไม่สุขสบายแต่ละอาการที่เกิดขึ้น?
4. Drug and non-drug treatment ที่เหมาะสมคืออะไร?
5. ควรให้ข้อมูลและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร?

Module 3
Case Study # 2
Partial gut obstruction/Constipation/Nausea Vomiting/Dry Mouth/Oral Candidiasis//Pruritus

ผู้ป่วยชายอายุ 77 ปี อาชีพครูบำนาญ ที่อยู่ จ.ขอนแก่น

Chief complaint: ถูกส่งตัวมาจาก รพ.ชุมชนด้วยปัญหาคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้ามากขึ้นและไม่ถ่ายอุจจาระ 7 วัน

Present illness:

2 ปี PTA: ปวดจุกเสียดแน่นท้องตลอดเวลา ตาตัวเหลืองและตับโต 1 FB CT abdomen พบว่ามี liver mass at segment 5 R/O abscess ได้รับการผ่าตัด Right extended hepatectomy

Finding: Cholangiocarcinoma with mass at segment 4, 5, 6 invade gallbladder
ผล Patho: Tumor invading papillary carcinomal & transmural & peritoneal tissue, infiltration in beyond liver capsule

หลังผ่าตัดยังมีปวดจุกแน่นท้อง มีอาการปวดไหล่ขวาร่วมกับตรวจพบ CLN โต 2 cm

4 Mo PTA: CT abdomen: Recurrent tumor with carcinomatosis peritonei, seeding ascending colon, parietal peritoneum and omentum, increased amount of right subphrenic collection at surgical bed, moderate ascites and bilateral effusion more in right lung. ช่วงนี้มีอาการปวดไหล่ขวามากขึ้น ปวดท้องเป็นครั้งคราว รับประทานได้น้อย น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง และมีอาการท้องผูกบ่อยๆ

3 weeks PTA: มีอาการปวดท้องบ่อยขึ้น ท้องผูก ถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องใช้ยาระบาย/ยาสวนเกือบทุกครั้ง อุจจาระออกเป็นก้อนแข็งเล็กๆ 1-2 ก้อน ไม่มีไข้ ไม่อาเจียน ไปรักษาคลินิกใกล้บ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น ได้ไป รักษาโรงพยาบาลชุมชนอีก 2 ครั้ง

7 days PTA: มีอาการปวดบีบในท้องเป็นพักๆ รับประทานอาหารไม่ได้ มีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมกับไม่ถ่ายอุจจาระหลายวัน (ยังผายลมได้) รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแล้วไม่ดีขึ้นจึงขอส่งตัวมา รพ.ศรีนครินทร์

Past History: ปี 2549: Dx. Benign prostatic hyperplasia (BPH)

ยาที่ได้รับปัจจุบัน: ได้แก่ Cef-3 2 gm vein OD, Losec 40 mg vein q 12 hr, MO 3 mg vein q 4 hr

Laboratory : Cr 0.7 mg/dl, Hct 32 vol%, WBC 8,800 cell/$mm^{3,}$ Na 134, K 3.2, HCO3 20, Cl 95

Chest film: Minimal bilateral pleural effusion

Film abdomen: Impact feces

Psycho-social assessment: ผู้ป่วยมีลูก 4 คนทุกคนแต่งงานมีครอบครัว ภรรยาเป็นข้าราชการบำนาญ ผู้ดูแลหลักคือลูกสาวคนที่ 2 แต่งงานแล้วมีลูก 2 คน ตัดสินใจลาจากงานประจำที่ทำอยู่ออกมาดูแลพ่ออย่างเดียว ส่วนผู้ตัดสินใจหลักและจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆคือลูกชายคนที่ 3 อาชีพครู เป็นโสดยังไม่

แต่งงานผู้ป่วยยังไม่ทราบว่าตัวเองเป็นมะเร็งระยะท้าย เข้าใจว่าเป็นฝีแต่ผ่าตัดแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ทรุดลงเรื่อยๆ สงสัยต้องการทราบว่าตัวเองเป็นอะไร

การตรวจร่างกาย

Vital sign: T 37.2 ℃, PR 78 ครั้ง/นาที, RR 16 ครั้ง/นาที, BP 120/60 mmHg. PPS 50%

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตัวตาเหลือง หายใจใน room air ไม่บ่นหายใจลำบาก ทำกิจกรรมบนเตียงได้ไม่เหนื่อย แต่รู้สึกอ่อนล้าไม่มีแรงมากกว่า สื่อสารได้ดี ระหว่าง admit มีปัญหา คลื่นไส้อาเจียนรุนแรงได้ retain NG-tube content (bile) 100-500 ml อาเจียนดีขึ้นบ้าง แต่ยังมีอาการคลื่นไส้ตลอดเวลา NPO ได้รับ Kabiv-en และ PPN via central line

ผู้ป่วยบ่นปากแห้ง **เจ็บคอ** กลืนลำบากร่วมกับกลืนแล้วเจ็บ เบื่ออาหาร ตรวจช่องปากพบมีฝ้าขาวในปากเช็ดหรือแปรงไม่ออก

ไม่ถ่ายอุจจาระมา 7 วัน ผายลมได้ดี PR พบ balloon rectum บ่นปวดใต้ชายโครงขวา เสียดร้าวไปหลัง ได้รับยา MO 3 mg v q 4 hr PS 5/10 (หลังได้รับยา 1ชั่วโมง) บ่นนอนไม่หลับจากอาการปวดกลางคืนและอาการคัน

Discussion Questions:

1. คุณคิดว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการอะไรบ้าง ?
2. จากข้อมูลข้างต้น คุณคิดว่าสาเหตุของแต่ละอาการข้างต้นน่าจะเกิดจากอะไรได้บ้าง ?
3. บอกวิธีการประเมินอาการไม่สุขสบายแต่ละอาการที่เกิดขึ้น?
4. Drug and non-drug treatment ที่เหมาะสมคืออะไร?

Module 3
Case Study # 3 Fungating wound

ผู้ป่วยหญิงวัยรุ่น อายุ 24 ปี ภูมิลาเนา จังหวัดขอนแก่น อาชีพ นักศึกษา

Chief complaint: ปวดแผลและไข้สูง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: known case right inflammatory CA breast มีก้อนที่เต้านมซ้าย s/p CMT cycle ที่ 2 แล้วไม่ response แพทย์วางแผนให้ second line CMT x 4 cycle

ครั้งนี้มาตามนัดเพื่อให้ CMT แต่ผู้ป่วยมีไข้สูง หนาวสั่น เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ร่วมกับก้อนที่เต้านมขวาโตขึ้นเร็วและแผลมีกลิ่นเหม็น

ก้อนที่เต้านมโตขึ้นเรื่อยๆ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 15 × 16 cm แขนขวาบวมกดบุ๋ม บวมมากกว่าข้างซ้าย บ่นหนักๆและตึงที่แขน แผลปิด top gauze มี discharge ซึมทะลุเปื้อนเสื้อและผ้าปูที่นอน มีกลิ่นเหม็น ผล c/s ขึ้นเชื้อ *A. baumannii* เวลาทำแผลจะมีเลือดซึมออกบริเวณขอบแผล และปวดแผลมากร้องลั่นห้อง

แผนการรักษาของแพทย์คือช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งด้วยการให้ CMT และ RTประมาณ 25-30 ครั้ง

Psycho-social assessment:

ผู้ป่วยเป็นลูกคนโต มีน้องสาวอายุ 19 ปี กำลังศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยปีที่ 2 และมารดาอายุ 48 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก บิดาเสียชีวิตเมื่อปี 2552 หลังป่วยเป็นอัมพาต 10 ปี ในบ้านอาศัยอยู่ด้วยกันทั้งหมด 5 คน ได้แก่ ผู้ป่วย มารดา น้องสาว ยาย และ น้าชาย ปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยกับครอบครัวเปลี่ยนไป เพราะต้องแยกจากคนในครอบครัวมาอยู่ โรงพยาบาล ความสัมพันธ์เปลี่ยน เพราะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากที่เคยเป็นเสาหลักในการดูแลครอบครัวเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นภาระต่อคนในครอบครัวเมื่อก่อนผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลักให้ครอบครัว มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายทีใช้ช่วงที่มารักษา ค่ายานอกบัญชี ค่าใช้จ่ายประจำวัน ผู้ดูแลหลัก คือมารดา น้องสาว และน้าชายที่ลาออกจากงานมาช่วยดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

ผู้ป่วยเป็นคนรักสวยรักงาม รู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ลุกลาม “อายไม่อยากให้ใครมาเห็นหนูในสภาพนี้ ไม่มาเป็นหนูไม่รู้หรอกว่ามันทรมาน เจ็บปวด” “อย่าทิ้งหนูไปไหนนะ หนูกลัว”“หนูกลัวตาย บางครั้งหลับตาแล้วรู้สึกว่าหนูไปในที่ที่หนึ่ง ที่ไหนก็ไม่รู้ คนที่นั่นหนูก็ไม่รู้จักใคร หนูกลัว’’
ผู้ป่วยยังหวังว่าจะดีขึ้น คิดว่าโรคยังมีทางรักษาประมาณ 50% บางครั้งแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวและใช้วาจาไม่สุภาพกับมารดา “กูไม่ไหวแล้ว” ร้องไห้และผวา โดยเฉพาะเมื่อมีอาการปวดช่วงทำแผล

Discussion Questions:

1. จากข้อมูลข้างต้น คุณคิดว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร?

Module 3
Non-Pain Symptom Management
เอกสารประกอบ Module 3: Non-Pain Symptom Management

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์ RN, MNS.

ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่พบมีอาการซับซ้อนหลายอาการ ทำให้เกิดปัญหาการจัดการอาการที่ยากลำบากและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เมื่อร่างกายไม่สุขสบายเป็นผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตสังคมจิตวิญญาณตามมาและกิจวัตรประจำวันต่างๆ ถูกจำกัด ดังนั้นการจัดการอาการได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพในช่วงสุดท้ายจึงเป็นการทำลายความหวังของผู้ป่วยในการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย หลักการสำคัญของการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่

Evaluation การประเมินและวินิจฉัยแต่ละอาการที่เกิดขึ้นก่อนให้การรักษาอย่างละเอียดเพื่อนำไปสู่การจัดการที่ดี ควรประเมินให้ครบถ้วนทุกมิติเป็นองค์รวม ค้นหาผลกระทบที่เกิดกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและคุณภาพชีวิต พยายามหาสาเหตุของอาการ โรคลุกลามมากขึ้นหรือไม่ มีสาเหตุอื่นหรือเกิดจากการรักษาหรือผลข้างเคียงของยาหรือไม่ สภาวะของโรคของผู้ป่วยในขณะนั้นเป็นอย่างไร คงตัว หรือเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ หรือกำลังจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการ สิ่งที่ควรจะบันทึกประจำวัน ได้แก่ อาการเกิดขึ้นเมื่อไหร่ อะไรทำให้อาการไม่สุขสบายดีขึ้นหรือแย่ลง อะไรที่ช่วยให้บรรเทาอาการได้ดีที่สุด นอกจากนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือด เอกซ์เรย์ ควรทำต่อเมื่อช่วยในการรักษาอาการเท่านั้น โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต การค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือการทำหัตถการต่างๆ อาจเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นเพราะผลออกมาผิดปกติอย่างไรเราก็ไม่ได้แก้ไข แต่ในทางตรงกันข้ามจะเป็นการรุกรานทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น และควรประเมินควบคู่ไปกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ

Explanation ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะได้รับการอธิบายถึงอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ สาเหตุของแต่ละอาการ แนวทางหรือทางเลือกในการรักษา การตอบสนองต่อการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาซึ่งบางอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมถึงการกำหนดเป้าหมายร่วมกันก่อนการรักษาแต่ละอาการ การให้ความรู้หรือการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความกลัวและวิตกกังวลต่างๆ ในสิ่งที่ไม่รู้และเมื่อทราบข้อมูลที่ตรงจริงจะทำให้สามารถวางแผนล่วงหน้าในอนาคตได้เป็นอย่างดี

Management หลักการสำคัญในการจัดการอาการคือรักษาสาเหตุที่รักษาได้ (treat underlying cause) ถ้ารักษาสาเหตุไม่ได้เลือกการจัดการอาการทั้งวิธีการใช้ยาและวิธีการไม่ใช้ยา

- วิธีการใช้ยา (pharmacological treatment) ควรเลือกใช้สูตรยาที่ไม่ซับซ้อน ใช้ยาน้อยชนิด ใช้ออกฤทธิ์ยาวและออกฤทธิ์หลายอย่าง เพื่อช่วยลดจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทาน ถ้าอาการไม่สุขสบายยังเกิดตลอดเวลาและยังได้รับการจัดการที่ดีเพียงพอ การให้ยาควรให้ต่อเนื่องตลอดเวลา และควรจะมียาสำหรับให้บรรเทาอาการเป็นครั้งคราวระหว่างวันของยาที่ให้อย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการ
- วิธีการไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) อาจจะผสมผสานการรักษาแบบทางเลือก (complementary therapies) ในหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าช่วยบรรเทาอาการได้ไม่มาก แต่จะช่วยลด

ปัญหาทางด้านจิตใจได้มากกว่า

Monitoring เฝ้าระวังการให้ยาและผลการรักษาบ่อยๆ ทำอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ การประเมินซ้ำบ่อยๆ มีความสำคัญมาก ทั้งอาการที่เกิดขึ้นเดิมได้รับการจัดการที่ดีแล้วหรือยัง และอาการใหม่ที่อาจเกิดขึ้นได้ อาการและการเปลี่ยนแปลงอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต (last hour of life) ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะได้วางแผนร่วมกับทีม เพื่อให้มั่นใจในการตอบสนองที่รวดเร็วของทีม โดยเป้าหมายหวังให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานอย่างรวดเร็วที่สุด

Attention to detail ใส่ใจหรือสนใจกับทุกอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างละเอียด เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มีการกระจายไปกระดูก ไม่มีปัญหาแคลเซียมสูง ไม่ได้รับมอร์ฟีน ทำไมมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือทำไมผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนจึงมีอาการปวดที่คอ

อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)

อาการหายใจลำบาก พบทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง มักพบอาการหายใจลำบากในระยะ 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต และเป็นตัวทำนายระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ ที่สำคัญรองมาจากสมรรถนะของผู้ป่วย (performance status)

ความหมาย : อาการหายใจลำบาก เป็นประสบการณ์ทางด้านความรู้สึกที่ผู้ป่วยเป็นคนบอกถึงความรู้สึกไม่สุขสบายเวลาหายใจ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งบอกความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกันและไม่เท่ากันของแต่ละบุคคล มีสาเหตุร่วมกันระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม อาจไม่มีความสัมพันธ์กับอาการด้านร่างกาย เช่น การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ การทำหน้าที่ของปอด อัตราการหายใจ และปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงส่วนปลาย (oxygen saturation) แต่เป็นอาการที่ทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นอาการหายใจลำบากต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกและทีมสุขภาพควรเชื่อตามนั้น

อุบัติการณ์: พบในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้มากที่สุดร้อยละ 90-95 รองลงมาพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งปอดหรือโรคมะเร็งระยะลุกลามไปปอด และพบว่าในช่วง 2-3 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิตพบอาการหายใจลำบากได้ถึงร้อยละ 70

สาเหตุ:

1. ความผิดปกติทางพยาธิสภาพปอดและการหายใจ เช่น น้ำท่วมปอด ปอดอักเสบติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด (pulmonary embolism) หลอดลมหดเกร็ง มะเร็งมีการลุกลามทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินน้ำเหลืองในปอด (lymphangitis carcinomatosis) หรือก้อนมะเร็งลุกลามไปที่ปอด เป็นต้น
2. โรคระบบหัวใจหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว เป็นต้น
3. โรคอื่นๆ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง (muscle weakness) เอดส์ (AIDS) โรคไต ภาวะซีด อ่อนล้า และปัญหาที่เกิดในช่องท้อง เช่น ท้องมาน เป็นต้น
4. ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความกลัว วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

การประเมิน:

1. การสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง ค้นหาว่าเริ่มมีภาวะนี้หรือยัง ลักษณะของอาการหายใจลำบากเป็นเฉพาะเวลาออกกำลัง (dyspnea on exertion) หรือขณะอยู่เฉยๆ (dyspnea at rest) อยู่ในท่าใดสบายที่สุด รบกวนชีวิตประจำวันและการนอนหรือไม่ อย่างไร ดีขึ้นหลังได้ออกซิเจนหรือไม่ เป็นต้น
2. ประเมินโดยใช้เครื่องมือ มาตรวัดความรุนแรงของอาการหายใจลำบากแบบประมาณค่าด้วยตัวเลข (numerical rating scale) ที่เราใช้อยู่ปัจจุบันคือ ESAS ระดับคะแนน 0-10
3. ปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ได้แก่ อาการไม่สุขสบายทางกาย อารมณ์และความรู้สึกด้านลบของผู้ป่วย เช่น ความเครียด กังวล หรือความกลัว ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความเชื่อในอำนาจการควบคุมตนเองลดลง ความเข้มแข็ง และความศรัทราต่อสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตลดลง เป็นต้น
4. ประเมินทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สาเหตุด้านพยาธิสภาพอย่างคลอบคลุมร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายมีอาการหายใจลำบากทั้งๆที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางพยาธิสภาพปอดและการหายใจ

การจัดการอาการ: มีหลักการสำคัญดังนี้

1. รักษาสาเหตุที่รักษาได้ เช่น รักษาอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้วยยาฆ่าเชื้อ การเจาะระบายเอาน้ำในปอดออก หรือการฉายแสงบริเวณก้อนที่มีการอุดตัน เป็นต้น
2. ถ้าให้ยาหลายชนิดหรือรักษาสาเหตุแล้วอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจำเป็นต้องสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจถึงเป้าหมายการดูแล วางแผนการดูแลและอธิบายวิธีจัดการอาการ
3. การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา เหมาะสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากเมื่อออกแรงหรือทำกิจกรรม ให้การดูแลดังนี้
    - การฝึกการหายใจ (breathing retraining) เพื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนผ่อนคลาย สามารถกลับไปสู่รูปแบบการหายใจตามปกติ ลดภาระการหายใจ (work of breathing) และรู้สึกว่าสามารถควบคุมการหายใจหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ได้แก่ เทคนิคการหายใจแบบห่อปาก (pursed-lip breathing) และการหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal breathing) จากผลการวิจัยพบว่าช่วยลดหรือบรรเทาอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้ แต่ต้องมีการฝึกฝน/สอนให้ปฏิบัติให้ได้ก่อนล่วงหน้า
    - การจัดท่า (positioning) นั่งโน้มตัวไปข้างหน้า (leaning forward) ให้แขนและข้อศอกวางพักบนเข่าหรือโต๊ะ หรือท่านอนหมอบหรือนอนคว่ำ (lying prone)
    - เปิดพัดลมให้ลมพัดผ่านใบหน้าบริเวณ trigeminal nerve (บริเวณ nasal mucosa และ pharynx) ความเย็นจากลมพัดผ่านจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกหายใจไม่อิ่มหรือหายใจลำบากได้ลดลง
    - ให้การยืนยันผู้ป่วยและครอบครัวว่า เมื่อมีภาวะหายใจลำบากเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน พวกเขาจะไม่เสียชีวิตในทันทีในระหว่างที่มีอาการ
    - การจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (safe environment) ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ภาวะหายใจลำบากอย่างเฉียบพลันขึ้น
    - การออกกำลังกาย (exercise) ไม่ควรหักโหม ทำเท่าที่ทำได้ตามศักยภาพ

- การทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physiotherapy) ช่วยให้เสมหะที่คั่งค้างขับออกได้ง่าย แต่ในผู้ป่วยระยะท้ายควรพิจารณาอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- การเทคนิคอื่นๆ ได้แก่ เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การสร้างจินตภาพ (guided imagery) ดนตรีบำบัด (music therapy) การสะกดจิต (hypnotic therapy) และการทำสมาธิ (meditation) เป็นต้น
- ค้นหาความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ให้การดูแลประคับประคองแนะนำครอบครัวหรือคนที่ผู้ป่วยรักให้ช่วยลดความวิตกกังวล ความรู้สึกถูกแยกจาก และจัดกิจกรรมร่วมกันเท่าที่จะเป็นไปได้

4. การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา เหมาะสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นแม้ขณะพักหรืออยู่เฉยๆ

4.1 การให้ออกซิเจน (oxygen therapy) ควรใช้เฉพาะในรายที่มี oxygen saturation ต่ำเวลาทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือ < 90% และมีภาวะซีดมาก

4.2 ยามอร์ฟีน (morphine) ออกฤทธิ์ช่วยลดการตอบสนองของการหายใจต่อ ภาวะ hypercapnia hypoxia และ exercise อาการหายใจไม่อิ่มลดลง ช่วยลดอาการในผู้ป่วยที่หอบขณะอยู่เฉยๆ มากกว่าผู้ป่วยที่หอบเวลาออกกำลัง ใช้ขนาดน้อยพบว่าไม่มีปัญหาเรื่องกดการหายใจ สามารถปรับยาเพิ่มขึ้นจนสามารถจัดการอาการให้ผู้ป่วยอยู่สุขสบายได้ ออกฤทธิ์โดยไปลดการตอบสนองของ chemoreceptor ต่อภาวะ hypercapnia และ hypoxia และยังกระตุ้นทำให้เกิด vasodilation ช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากเนื่องจากลดภาระการทำงานของปอด

- ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ยามอร์ฟีนมาก่อน (morphine naive patient) ให้เริ่มขนาดต่ำๆก่อน โดยเริ่มจากขนาด 2.5-5 mg PO prn. ถ้าต้องใช้ $\geq$ 2 doses/24 ชั่วโมง ควรปรับยาให้อย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ตามการตอบสนองต่อยา
- ในผู้ป่วยที่ได้ยามอร์ฟีนเพื่อควบคุมความปวดอยู่แล้ว ให้ปรับยาตามอาการเหมือนการปรับยามอร์ฟีนในการรักษาความปวด โดยเพิ่มขนาดยามอร์ฟีนขึ้นร้อยละ 30-50 หรือคำนวณเพิ่มตามการขอยาระหว่างวัน (break though dose) รวมกัน

4.3 ยาในกลุ่ม benzodiazepines/anxiolytics drug ยากลุ่มนี้จะช่วยลดความกลัว วิตกกังวล และคลายกล้ามเนื้อ จากผลการวิจัยพบว่าการให้ร่วมกับมอร์ฟีน ช่วยลดอาการหายใจลำบากมากกว่าการให้ยามอร์ฟีนเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งเกี่ยวกับภาวะง่วงซึมจากผลข้างเคียง

- Lorazepam 0.5-1 mg oral/sublingually ทุก 1 ชั่วโมงเวลามีอาการวิตกกังวล/กลัว (panic attack) จนกว่าอาการจะดีขึ้น และหลังจากนั้นให้ได้ทุก 4 ชั่วโมง
- Midazolam นิยมใช้ในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่มีอาการหอบและไม่สามารถกลืนยาได้แล้ว 0.5 mg iv/sc ทุก 15 นาที จนกว่าอาการจะดีขึ้น หลังจากนั้นให้อย่างต่อเนื่องทาง intravenous/ subcutaneous
- Diazepam 5-10 mg (2-5 mg ในผู้สูงอายุ) ให้ได้ทุก 6-8 ชั่วโมง

4.4 ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำเกินจาก ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือหายใจลำบากจาก SVC obstruction การให้ ยาขับปัสสาวะจะเกิดประโยชน์ ขนาด

มาตรฐานที่ใช้คือ furosemide 20-40 mg รับประทานหรือฉีด 2 ครั้ง / วัน

4.5 ยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ถ้ามีหลอดลมหดเกร็ง เช่นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคหอบหืด (asthma) เป็นต้น

4.6 ยาสเตียรอยด์ (steroids) เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินน้ำเหลืองในปอด (lymphangitic carcinomatosis) หรือมีมะเร็งกระจายไปปอด ขนาดที่ให้คือ 8-18 mg ต่อวัน แต่ถ้าหากให้แล้ว 1 สัปดาห์ไม่ได้ผลควรหยุด

อาการไอ (Cough)

ความหมาย : วิธีการไล่ลมออกจากปอดทั้งสองข้างในจังหวะการหายใจออกอย่างแรง เป็นกลไกป้องกันตนเองที่เกิดโดยอัตโนมัติ ลมที่เดินทางผ่านออกมาอย่างรวดเร็วจะดันสิ่งแปลกปลอมหรือสิ่งระคายเคืองภายในทางเดินหายใจให้หลุดออกมาได้

อุบัติการณ์:

อาการไอมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น โรคหลอดลมอักเสบ (bronchitis) โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) โรคหอบหืดที่ควบคุมอาการไม่ได้ (uncontrolled asthma) และโรคเอดส์ (AIDS) ผู้ป่วยมะเร็งพบอาการไอได้ร้อยละ 50-80 และพบอัตราสูงขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอด (พบได้ถึงร้อยละ 80 ในระยะก่อนเสียชีวิต)

ชนิดการไอ

1. ไอมีเสมหะ (wet or productive cough) คือการไอที่มีเสมหะปนออกมาด้วย
2. ไอไม่มีเสมหะ หรือไอแห้ง (dry cough) คือการไอที่ไม่มีเสมหะปนออกมาด้วย

สาเหตุอาการไอ:

1. ปอดและหัวใจ (cardiopulmonary) เช่น โรคจมูก/ไซนัสอักเสบ การอักเสบของทางเดินหายใจส่วนล่าง การสูบบุหรี่ โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว ติดเชื้อในทรวงอก โรคกรดไหลย้อน (GERD) ก้อนเนื้อบริเวณ endobronchial เนื้อปอดและบริเวณ mediastinum น้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ หรือในเยื่อหุ้มปอด
2. การสำลักสิ่งแปลกปลอม (aspiration) ควรสงสัยสาเหตุนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการไอที่สัมพันธ์กับมื้ออาหารซึ่งถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการสำลักอาจเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลักได้ (aspiration pneumonia)
3. ผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ยาเคมีบำบัด (bleomycin methotrexate/cyclophosphamide) และการฉายแสง ยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) และ B-blocker

การประเมินอาการไอ:

- การซักประวัติ (general history) การเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการไอ การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายแสง ยาที่ได้รับในปัจจุบัน เช่น ยาในกลุ่ม ACEI และ B-blocker
- ประเมินคุณลักษณะของอาการไอ ดังนี้ ไอแห้ง ไอมีเสมหะ การไอที่กำเริบหนักเป็นพักๆหรือไอซ้อนๆกันจนหน้าแดง (paroxysmal) ความถี่/บ่อยในการไอ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการไอโดย ESAS
- ประเมินเสมหะ ช่วงเวลาที่เริ่มมีเสมหะ สี ปริมาณ ความเหนียวของเสมหะ

- ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการไอมากขึ้น เช่น จังหวะหายใจเข้า การทำกิจกรรม ปัจจัยที่ช่วยให้อาการไอดีขึ้น เช่น ช่วงนอนหลับพักผ่อน การจัดท่าที่เหมาะสม และหลังได้รับยา การจัดท่าที่มีผลต่ออาการไอ เช่น ท่านั่ง ท่านอน
- ช่วงเวลาในการไอ เช่น ตลอดเวลา ช่วงกลางคืน ระหว่างวัน หรือเวลาของการไอไม่แน่นอน
- ผลของการไอต่อคุณภาพชีวิตและอาการหายใจลำบาก

การจัดการอาการไอผู้ป่วยระยะท้าย:

สิ่งสำคัญคือการจัดการอาการตามสาเหตุ ลดสิ่งกระตุ้นและให้การรักษาตามความเหมาะสม ร่วมกับพิจารณาการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ผลข้างเคียงจากการรักษา และคำนึงถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา คุณภาพชีวิตร่วมกับค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ การพิจารณาในการให้ยาฆ่าเชื้อ เพื่อลดอาการไอ หายใจลำบาก และไข้ อาจเป็นผลดีในผู้ป่วยที่ยังไม่มีการลุกลามของโรค แต่กรณีผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคอย่างมาก และให้ยาฆ่าเชื้อหลายชนิดแล้วยังไม่ตอบสนอง การให้ยาฆ่าเชื้ออาจไม่จำเป็น และควรมีการปรึกษากันในทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยกันวางแผนและตัดสินใจกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน

การจัดการอาการไอผู้ป่วยระยะท้าย ตามลักษณะของเสมหะ ดังนี้

ไอมีเสมหะ (wet or productive cough) :

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention)

1. สอนวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพในการขับเสมหะออกมาให้ได้มากที่สุด
2. การเคาะปอด (physiotherapy)
3. การจัดท่า เพื่อระบายเสมหะ (postural drainage)
4. การสูดไอน้ำร้อน (steam inhalation)

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (pharmacological intervention) หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ไอ (antitussives) หรือถ้าจำเป็นต้องใช้ควรให้ยาเฉพาะช่วงกลางคืนเพื่อให้หลับได้ ป้องกันอาการเหนื่อยล้าระหว่างวัน

1. 0.9 NSS 2-5 ml พ่น qid., prn และก่อนเคาะปอด
2. ยาขับเสมหะ (expectorants) ที่ออกฤทธิ์โดยทำให้ร่างกายสร้างสารน้ำออกมาหล่อเลี้ยงทางเดินหายใจมากขึ้น เช่น guaifenesin (glyceryl guaiacolate)
3. ยาละลายเสมหะ (mucolytics) ที่ออกฤทธิ์ต่อเสมหะโดยตรงและทำให้เสมหะข้นเหนียวน้อยลง เช่นbromhexine, acetin, fluimucil
4. ถ้าอาการรุนแรงมากขึ้นกรณีที่เสมหะมากในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต สามารถใช้ยากลุ่ม antisecretory drug เช่น hyoscine butylbromide – buscopan หรือ ยากลุ่ม antimuscarinic ร่วมด้วยได้แก่ atropine หรือบางครั้งการให้ยาฆ่าเชื้อร่วมด้วยอาจลดปริมาณเสมหะและลดอาการไอได้

ไอไม่มีเสมหะหรือไอแห้ง (dry cough):

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (pharmacological intervention)

1. การใช้ยากดการไอที่นิยมใช้มากที่สุดคือ strong opioids ได้แก่ มอร์ฟีนขนาด 2.5-5 mg qid หรือ ทุก 4 ชั่วโมง และสามารถปรับเพิ่มขนาดได้

2. ถ้าผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีนอยู่แล้วถ้าอาการไอไม่ดีขึ้น สามารถปรับเพิ่มขนาดได้ ร้อยละ 30-50

3. ยาอื่นๆ ได้แก่ baclofen 10 mg tid หรือ 20 mg OD สำหรับผู้ป่วยที่มีสาเหตุการไอมาจากการได้รับกลุ่ม ACE inhibitor, gabapentin 100 mg bid และปรับขนาดได้สูงถึง 800 mg ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุการไอที่แน่ชัด

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention)

1. การจัดท่าที่ช่วยลดอาการไอ
2. Expiratory muscle training
3. การเจาะระบายเอาน้ำที่ในเยื่อหุ้มหัวใจหรือในเยื่อหุ้มปอดออก
4. การฉายแสง
5. สอน/ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ปากแห้ง (Dry mouth/ Xerostomia)

ความหมาย : การไม่มีน้ำลายหรือสารหล่อลื่นในช่องปากหรือมีแต่มีน้อยมาก

อุบัติการณ์: พบอาการปากแห้งได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ถึงร้อยละ 80

ผลกระทบของอาการปากแห้ง

1. ลิ้นแดง น้ำลายเหนียวสื่อสารด้วยคำพูดได้ยาก
2. รับประทาน เคี้ยว หรือกลืนอาหารด้วยความลำบาก
3. การรับรสเสียไป เบื่ออาหาร
4. ลมหายใจไม่สดชื่น และมีกลิ่น
5. ไม่สามารถใส่คาฟันปลอมไว้ในช่องปากได้
6. ถ้าไม่ได้รับการจัดการอาการเป็นระยะเวลานานอาจติดเชื้อรา มีคราบขาวติดแน่น ปากเป็นแผลเจ็บปาก และมีเลือดออกที่เหงือกได้ (bleeding per gums)

สาเหตุ:

1. โรคมะเร็งที่มีการลุกลามไปเยื่อบุช่องปาก (buccal mucosa) และต่อมน้ำลาย (salivary glands) รวมถึงภาวะแคลเซียมในเลือดสูงที่ส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำ
2. จากการรักษา ได้แก่ การได้รับการฉายแสง หรือการผ่าตัดเฉพาะที่ ที่มีผลกระทบต่อต่อมน้ำลาย (salivary glands) โดยตรง
3. ปากเป็นแผล (stomatitis) ที่เป็นผลจากภาวะเม็ดขาวในเลือดต่ำ (neutropenia) มักพบว่ามีอาการปากแห้งร่วมด้วยเสมอ
4. ยาบางชนิด โดยเฉพาะยาในกลุ่ม antimuscarinics (metroclopramide) opioids (tramol, morphine) antidepressant (amitryptyline) diuretics (lasix) และยาลดน้ำมูก เป็นต้น
5. ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า การหายใจทางปาก ภาวะติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ และการขาดธาตุเหล็ก เป็นต้น
6. การได้รับออกซิเจนโดยไม่มี humidification

7. ปัจจัยอื่นๆที่เกิดร่วมกัน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีผลทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วยโรค hypothyroidism, auto-immune disease นอกจากนี้ยังเกิดจากกาแฟ บุหรี่ และเหล้า

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological treatment):

1. พิจารณาหยุดยาที่มีผลต่อปากแห้ง หรือพิจารณาใช้ยากลุ่มอื่นที่ผลข้างเคียงน้อยกว่า เช่น ใช้ nortriptyline แทนยา amitryptyline
2. ใช้ยาที่ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำลาย เช่น pilocarpine
3. ใช้น้ำลายเทียม (artificial saliva) ทุก 30-60 นาที ก่อนและระหว่างมื้ออาหาร
4. ถ้าประเมินพบว่ามีภาวะขาดน้ำ : ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
5. รักษาภาวะติดเชื้อ เช่น เชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis) รักษาโดยใช้ยา nystatin อมกลั้วคอ แล้วกลืน หรือ clotrimazole vaginal tablet ½-1 tab อม bids - tids

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment):

1. รักษาความสะอาดภายในช่องปาก (mouth care) สม่ำเสมอ
2. ถ้าตรวจพบว่าลิ้นมีคราบขาว ใช้แปรงเด็กขนนุ่ม หรือใช้ 1.5% Hydrogen peroxide หรือ sodium bicarbonate เช็ดทำความสะอาด
3. อมน้ำแข็ง จิบน้ำ หรือน้ำเกลือแร่บ่อยๆ
4. เพิ่มปริมาณน้ำลายในช่องปาก (saliva flow) โดยแนะนำอมผลไม้รสเปรี้ยว (เช่น สับปะรด/มะนาวฝานแช่แข็ง) ลูกอมรสเปรี้ยว สมุนไพร หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง (no sugar) เป็นต้น
5. เพิ่มความชุ่มชื้นโดยให้กับริมฝีปากโดยการใช้วาสลีนทาริมฝีปากทุก 8-12 ชั่วโมง
6. หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแห้งกรอบ กาแฟ บุหรี่ และแอลกอฮอล์
7. ทำความสะอาดช่องปาก ก่อน/ระหว่าง/และหลัง การฉายแสง จะช่วยบรรเทาอาการปากแห้งได้
8. ในระยะใกล้เสียชีวิต อาการปากแห้งจะรุนแรงมากขึ้นจากอาการหายใจทางปากเกือบตลอดเวลา ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ริมฝีปากและลิ้นจะแห้ง แตกเป็นแผลได้ การดูแลควรปฏิบัติดังนี้
   - 8.1 ใช้ water- spray, dropper หรือ sponge stick หรือให้จิบน้ำ (ice chips) ทุก 30 นาที
   - 8.2 ทาริมฝีปากด้วยวาสลีนเจล (petroleum jelly vaseline) ทุก 2-4 ชั่วโมง
   - 8.3 กรณีตรวจพบว่าลิ้นแห้ง/แตก ใช้ KY jelly ป้ายที่ลิ้นโดยตรงจะช่วยบรรเทาอาการลิ้นแห้งได้

แผลในปากหรือช่องปากอักเสบ (Stomatitis/sore mouth)

ความหมาย : เยื่อบุภายในช่องปาก (mucous membranes) เกิดการอักเสบ (inflammatory) การกัดกร่อนทำลาย (erosive) และกลายเป็นแผล (ulcerative)

ลักษณะการเกิดแผลในปาก:

1. Mucositis สาเหตุมาจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (chemotherapy) และการฉายแสง (local radiotherapy) ส่งผลให้สูญเสีย basal keratinocyte และลดความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของ squamous epithelial cells เชื้อโรคโดยเฉพาะกลุ่ม Gram-nagative enterobacteria และ pseudomonas เจริญเติบโตได้เร็วเกิดกระบวนการอักเสบและเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บเสียหาย

2. Aphthous ulcers (แผลร้อนใน) สาเหตุมาจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง การติดเชื้อฉวยโอกาส และอาจมีปัจจัยทางพันธุกรรม ความเครียด เม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกันร่วมด้วยเป็นสาเหตุร่วมด้วย

2.1 Minor aphthous ulcers ขนาดแผล < 5 mm แผลจะหายได้เองใน 1-2 weeks

2.2 Major aphthous ulcers ขนาดแผล > 5 mm แผลจะหายได้ช้าใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน และเมื่อหายแล้วจะมีแผลเป็น (scarring)

2.3 Herpetiform ulcers เกิดจากเชื้อไวรัส แผลขนาดใหญ่ หายช้าภายใน 1 เดือน

สาเหตุ:

1. ปากแห้งร่วมกับการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากไม่ดี
2. ยาต่างๆ ได้แก่ Corticosteroid เช่น flunisolide, Antibacterial เช่น astreonam clarithromycin และ vancomycin, Analgesics เช่น NSAID, Psychotropics เช่น carbamazepine phenytoin และ sertraline ยาอื่นๆ เช่น alloperinol interferons และ potassium chloride
3. การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันที่เปลี่ยนแปลงไป
   3.1 Aphthous ulcers และเหงือกอักเสบ (gingivitis)
   3.2 Fungal : canidiasis
   3.3 Bacteria : Gram-nagative
   3.4 Viral : cytomegalovirus, herpes simplex และ varicella zoster
4. Mucositis : เคมีบำบัด (chemotherapy) และการฉายแสง (local radiotherapy)
5. ภาวะขาดสารอาหาร (mulnutrition) และภาวะซีด
6. Trauma : ฟันปลอมไม่พอดีปากและฟัน

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological treatment):

1. รักษาการติดเชื้อ
2. เลือดออก (bleeding) ใช้ sucralfate 1 เม็ดละลาย sterile water/NSS 1 mL และ KY jelly 1 หยด คลุกรวมกันแล้วทาหรือป้ายตำแหน่งที่มีเลือดออก
3. ปวด กรณีปวดไม่มาก ใช้ 2% xylocain viscous ทาแผลก่อนกินอาหาร ถ้าอาการปวดรุนแรง ใช้ topical morphine (เตรียมโดยใช้ morphine injection 10 mg ผสม NSS 100 ml ใช้ 10 ml อมกลั้วแผล ทุก 2-4 ชั่วโมง) หรือใช้ systemic morphine จัดการอาการปวด

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment):

1. อธิบาย/ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสาเหตุ การรักษา และแผนการดูแล
2. จัดการอาการปากแห้ง
3. ทบทวนยาชนิดต่างๆที่ผู้ป่วยกำลังได้รับและเสี่ยงต่อการเกิดแผล
4. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา
5. ดูแลช่องปาก (mouth care) ก่อน ระหว่างและหลัง Chemotherapy / Radiotherapy
6. แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารแข็ง รสเผ็ด เปรี้ยว เครื่องดื่มที่มีสารคาร์บอเนตผสม

7. ดื่มเครื่องดื่มโดยการใช้หลอดดูด
8. เลือกใช้ฟันปลอมที่พอดีกับปาก
9. ช่วยลดบรรเทาอาการปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกัน

อาการท้องผูก (Constipation)

ความหมาย : ไม่ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือจำนวนครั้งของการถ่ายน้อยกว่าแบบแผนการขับถ่ายเดิมที่ปกติ ถ่ายออกมาปริมาณน้อย และพบว่ามีอาการไม่สุขสบายร่วมกับการขับถ่าย โดยผู้ป่วยจะรู้สึกเบ่งถ่ายลำบาก ต้องเบ่งถ่ายนาน อุจจาระแข็งเกินไป ถ่ายน้อยครั้งเกินไป รู้สึกถ่ายออกมาไม่หมดหรือไม่สุด

อุบัติการณ์: ในคนทั่วไปมักพบปัญหาท้องผูกได้ประมาณร้อยละ 5-20 และพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยในระยะท้ายโดยเฉพาะโรคมะเร็งระยะลุกลามพบท้องผูกได้ประมาณร้อยละ 32-87 และจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 64 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสาเหตุมาจากการได้รับยาในกลุ่ม opioids โดยเฉพาะยามอร์ฟีน

สาเหตุ:

1. การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (imobility) เนื่องจากความรู้สึกอ่อนเปลี้ย (fatigue) ไม่มีแรง (weakness) มีผลทำให้การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลงไปด้วย
2. อาหารและการขาดน้ำ (diet and hydration)
3. ยาในกลุ่ม opioids (morphine fentanyl และ tramadol) จะไปจับกับ receptor ในระบบทางเดินอาหารและเป็นสาเหตุของท้องผูก ยาในกลุ่ม anticholinergic drugs และยาอื่นๆที่ออกฤทธิ์คล้ายกันมีผลทำให้ความแรงของคลื่นการบีบรัดของลำไส้ช้าลง (slow peristalsis) มีโอกาสเกิดท้องผูกได้ เช่น antihistamines tricyclic antidepressant (nortriptyline, amitriptyline), anticonvulsant (phynitoin, gabapentin,dilantin) neuroleptic (haloperidol)
4. ความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกาย เช่น hypercalcemia hypokalemia เป็นต้น
5. แรงดันและความอัดแน่นภายในลำไส้ (pressure and compression of intestines) จากภาวะท้องมาน การมีก้อนมะเร็งในช่องท้องและช่องเชิงกราน หรือการมีต่อมน้ำเหลืองโตในช่องท้อง ทำให้เกิดการการอุดตันของลำไส้บางส่วน (partial bowel obstruction)
6. เส้นประสาทที่ปกคลุมภายในระบบทางเดินอาหารมีการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่อาการท้องผูกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกดทับไขสันหลัง (spinal cord compression) การได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิด เช่น vinca alkaloids มีโอกาสทำให้เส้นประสาทปกคลุมระบบลำไส้ถูกทำลาย (neuropathy)
7. ผู้สูงอายุ พบว่าการทำหน้าที่ของลำไส้และทวารหนักผิดปกติจากการมีปัญหาระบบประสาทรับความรู้สึก เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อความรู้สึกปวดอุจจาระลดลง
8. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตสังคม (psychosocial concerns) ได้แก่ ความกลัว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า มีผลทำให้อีพิเนฟฟิน (epinephrine) ถูกปล่อยออกมา มีผลทำให้ความแรงของคลื่นการบีบรัดของลำไส้ลดลง

9. สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การไม่คุ้นกับสถานที่ หรือต้องปรับเปลี่ยนสถานที่ขับถ่ายในห้องน้ำมาถ่ายบนเตียง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกปวดถ่ายได้ ผู้ป่วยที่ปัญหาสับสน ร่างกายอ่อนเพลียมากๆ หรือมีอาการปวดที่ไม่ได้รับการแก้ไข อาจมีผลทำให้ไม่ตอบสนองต่อรีเฟล็กซ์การขับถ่าย (defecation reflex)

การประเมิน:

1. ประเมินทั่วไป ได้แก่ ประวัติการได้รับยา การเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของลำไส้ การได้รับอาหารและน้ำ ภาวะขาดน้ำ ยาที่ได้รับในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง opioids, tricyclic antidepressant (nortriptyline, amitriptyline) เป็นต้น การทำกิจกรรมและความสามารถในการเดินเข้าห้องน้ำ
2. การซักประวัติท้องผูก เช่น แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระปกติ ประวัติท้องผูก
3. ประเมินระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการปวดบิดๆในช่องท้อง คลื่นไส้อาเจียน ประเมินท้อง ได้แก่ ท้องโตตึงหรือไม่ ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) มองเห็นก้อน หรือคลำได้ก้อน กดเจ็บบริเวณรอบๆ มีน้ำในท้องจำนวนมากหรือภาวะท้องมานหรือไม่
4. ประเมินทวารหนัก ดูว่ามีแผล การฉีกขาด ริดสีดวง รูรั่วทะลุ และก้อนเนื้อหรือไม่ กรณีไม่มีข้อห้ามควรตรวจทางทวารหนัก (per rectum หรือ digital examination) เพื่อการตรวจคลำประเมินลักษณะอุจจาระหรือก้อนเนื้อ หลีกเลี่ยงการตรวจทางทวารหนัก กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเม็ดเลือดขาวนิวโตรฟิลต่ำ (neutropenic) หรือ เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenic) หรือทราบอยู่แล้วว่ามีก้อนมะเร็ง
5. ประเมินด้านจิตสังคม ควรประเมินความสามารถในการไปเข้าห้องน้ำ ความเป็นส่วนตัวเวลาถ่ายอุจจาระ ระดับความเครียดและความวิตกกังวล และภาวะสับสนและโรคสมองเสื่อม

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological treatment):

1. Stimulant laxative ออกฤทธิ์ในการกระตุ้นลำไส้และเพิ่มความแรงของคลื่นการบีบรัดของลำไส้ ได้แก่ยา senorkort, bisacodyl และ custer oil
2. Hyper osmolar laxative ออกฤทธิ์โดยดึงน้ำเข้ามาใน lumen ทำให้อุจจาระนิ่มไม่แข็ง ได้แก่ยา lactulose, MOM.
3. Uneson Edema ออกฤทธิ์ โดยการเพิ่มปริมาณของน้ำในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย หรือทวารหนัก ทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายขยายตัวออกเกิดแรงดันภายในลำไส้ส่วนนั้น เกิดอาการมวนท้องจากลำไส้บีบตัว และขับอุจจาระออกมาในที่สุด
4. Large – volume enemas จะช่วยได้ในกรณีอุจจาระอยู่สูงระดับ colon การสวนจะช่วยกระตุ้นการขยายตัวของลำใส้ ส่วน colon และเพิ่มบีบตัวของลำใส้ ด้วย ส่วนใหญ่ที่ใช้ได้แก่ สวนด้วยน้ำอุ่น (warm water) หรือ สวนด้วยน้ำสบู่ (SSE)
5. Prokinetic agent กรณีมีอุจจาระแข็งอัดแน่น (hard impack feces) ได้แก่ ยา metoclopramide 10-20 mg po/IV ทุก 6 ชั่วโมง 1 วันก่อนสวน ด้วย large – volume enemas จะช่วยในการเพิ่มความแรงของคลื่นการบีบรัดของลำไส้ (peristaltic activity) และอุจจาระจะเคลื่อนตัวลงมา
6. fibre laxatives psyllium (Metamucil) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วย palliative care เพราะจะยิ่งทำให้อืดท้อง ถ่ายอุจจาระลำบากมากขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญในการจัดการอาการท้องผูกในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้ายที่จำเป็นต้องเพิ่มยา opioids ควรจะปรับขนาดยาระบายเพิ่มขึ้นตามขนาด opioids และถ้าการเพิ่มยาระบายแล้วอาการท้องผูกยังไม่บรรเทาควรพิจารณาเปลี่ยนชนิด opioids

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment):

1. ให้ข้อมูล สาเหตุ อาการ แผนการดูแลที่จะได้รับเมื่อมีอาการท้องผูก
2. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหวด้วย (ถ้าไม่มีอาการปวดหรืออ่อนล้ามากเกินไป) กรณีผู้ป่วยที่นอนบนเตียงอย่างเดียว ดูแลกระตุ้นให้ออกกำลังกายโดย range of motion หรือ isometric exercise
3. กรณียังรับประทานอาหารได้
    3.1 ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 1500-2000 ml/day หรือเท่าที่ได้ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม
    3.2 กระตุ้นให้ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ (เช่น กาแฟ ชา น้ำผลไม้ เป็นต้น) พร้อมหรือหลังมื้ออาหาร เพราะเป็นการกระตุ้นลำไส้ (แต่ควรระวังกาแฟอาจทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น)
    3.3 ดูแลให้อาหารที่มีกากใย/กระตุ้นการขับถ่าย เช่น ขี้เหล็ก มะขาม พรุน
    3.4 ดูแลให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา
4. กรณีดื่มได้เฉพาะน้ำ ดูแลให้ได้รับน้ำเท่าที่ได้ หรือน้ำผลไม้ที่ชอบ
5. การนวดคลึงลำไส้ เพื่อกระตุ้นการขับถ่าย ได้แก่ การนวดลำไส้เล็ก ซึ่งจะอยู่บริเวณใกล้สะดือ โดยการวางมือลงไปทั้งสองข้างซ้อนกัน ให้ทำการนวดคลึงเป็นวงกลมที่ท้องตามเข็มนาฬิกา โดยการนวดประมาณ 20 ครั้ง หรือการนวดลำไส้ใหญ่ ให้วางมือทั้งสองข้างซ้อนกัน ลงไปในบริเวณเหนือกระดูกเชิงกราน ของทางฝั่งซ้าย จากนั้นเริ่มนวดตามทิศทางการเคลื่อนตัวของลำไส้ใหญ่ เพื่อช่วยกระตุ้นการขับถ่าย ทำได้วันละ 3-4 ครั้งโดยสอนให้ผู้ป่วยทำเองหรือให้ผู้ดูแลช่วย
6. ฝึกการขับถ่ายเป็นเวลา
7. จัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม มิดชิด ส่วนตัว มีม่านกั้น
8. กรณีตรวจแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม ดูแลตรวจทางทวารหนักประเมินลักษณะอุจจาระ และความรุนแรงของภาวะท้องผูก
9. กรณีตรวจทางทวารหนักแล้วพบว่ามีอุจจาระพิจารณาอัดแน่นจำนวนมาก ปรับเพิ่มขนาดยาแล้วยังไม่ได้ผลดูแลช่วยล้วงอุจจาระออกให้ (manual evacuation) ตามเหมาะสม

อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting)

ความหมาย : อาการคลื่นไส้ (nausea) หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลในการที่อยากจะอาเจียนออกมา ส่วนอาการอาเจียน (vomiting) หมายถึง การขับเอาสารคัดหลั่งในทางเดินอาหารผ่านออกมาทางปาก โดยสัมพันธ์กับมีการบีบตัวของช่องท้องและหดเกร็งของกล้ามอก

อุบัติการณ์การ: พบอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 50-60 โดยพบอาการคลื่นไส้ร้อยละ 11-54 และอาการอาเจียนร้อยละ 10-32 ในระยะสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต พบอาการ

คลื่นไส้อาเจียนได้ประมาณร้อยละ 40

สาเหตุ: เกิดจากศูนย์อาเจียน (vomiting center) ถูกกระตุ้นบริเวณดังต่อไปนี้

1. Chemoreceptor trigger zone ได้แก่บริเวณ area postrema ถูกกระตุ้นจากปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 การได้รับยาบางชนิด พบได้ร้อยละ 15 ได้แก่ ยาเคมีบำบัด การฉายแสง ยาไดก๊อกซิน (digoxin) ยาฆ่าเชื้อ (antibiotic) ยากันชัก (anticonvulsant) ยาทีโอฟิลลีน (theophyline) แอสไพริน และ NSAIDs

1.2 ภาวะ biochemical disturbances พบได้ร้อยละ15 ได้แก่ ภาวะตับวาย ไตวายและมีของเสียคั่ง (uremia) ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia) และภาวะโปแตสเซียมต่ำ (hypokalemia)

2. Abdominal visceral และ vagus nerve พบได้ร้อยละ 25 ซึ่งมักถูกกระตุ้นจากภาวะ gastric stasis และมีการระคายเคืองทางเดินอาหาร (gastric irritation) จากลำไส้อุดตัน ท้องผูก อาการแน่นท้อง และท้องโตตึง จากการมีก้อนมะเร็งลุกลามขนาดใหญ่ และกระจัดกระจายทั่วช่องท้อง หรือมีน้ำในช่องท้องปริมาณมาก น้ำดีอุดตัน ได้รับการฉายแสงบริเวณช่องท้อง การระคายเคืองบริเวณลำคอจากอาการไอเรื้อรังมีเสมหะมาก และการติดเชื้อราในช่องปาก

2.1 Cerebral cortex บริเวณระบบประสาทส่วนกลาง (central nerves system) ถูกกระตุ้นจากการมีพยาธิสภาพในสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) มะเร็งสมอง (brain tumor) ส่งผลทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (increase intra cranial pressure) ได้รับการกระตุ้นอารมณ์ เช่น ความกลัว วิตกกังวล อาการปวดที่ไม่ได้รับการจัดการ และภาวะโซเดี่ยมในร่างกายต่ำ

3. Vestibular apparatus ถูกกระตุ้นจากจากปัจจัยดังต่อไปนี้ เวียนศีรษะบ้านหมุน (vertigo) อาการเมารถเมาเรือ (motion sickness) ปวดศรีษะไมเกรน (migraine) และการติดเชื้อในร่างกาย

สาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย

1. กระเพาะอาหารไม่ทำงาน (gastric stasis) พบได้ประมาณร้อยละ 25 สาเหตุมาจากมีการอุดกั้นอยู่บริเวณกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมักจะมีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย แต่ถ้าได้อาเจียนแล้วจะรู้สึกดีขึ้น ลักษณะของอาเจียนที่ออกมาเป็นอาหารที่รับประทานเข้าไปแต่ไม่มีน้ำดี (bile) ปนออกมา อาการอาเจียนมักเกิดเกิดหลังรับประทานอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง

2. ลำไส้อุดตัน (intestinal obstruction) พบได้ร้อยละ 25 ผู้ป่วยมักจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน อืดแน่นท้องมาก มีอาการอาเจียนอย่างรุนแรงและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา บางครั้งมีอาการปวดบิด (colicky pain) ในช่องท้องร่วมด้วย

3. ภาวะ biochemical disturbances พบได้ร้อยละ 15 ได้แก่ ภาวะไตวายและมีของเสียคั่ง (uremia) แคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia) โซเดี่ยมในร่างกายต่ำ (hyponatremia) ตับวาย (liver failure) และภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (ketoacidosis)

4. สาเหตุจากยาบางชนิด พบได้ร้อยละ 15 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนสัมพันธ์กับภายหลังได้รับยา NSAIDs, opioids, anticonvulsant, digoxin, theophyline และ antibiotics เป็นต้น

5. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intra cranial pressure) พบได้ร้อยละ7.5 อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดขึ้นไม่แน่นอน อาการขึ้นๆ ลงๆ ร่วมกับมีพฤติกรรมและจิตใจเปลี่ยนแปลง อ่อนแรงครึ่ง

ซีก ชัก ปวดศีรษะช่วงเช้า (morning headache) ง่วงซึม หลงๆลืมๆ (amnesia) และซึมเศร้า

การประเมิน: ควรประเมินสาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกาย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอาการคลื่นไส้อาเจียนมักมีหลายสาเหตุรวมกัน ควรสอบถามผู้ป่วยว่าเริ่มมีอาการเมื่อไร มีอะไรกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดอาการมากขึ้น (ระยะเวลา ความถี่บ่อย และความรุนแรงของอาการ) หรือมีปัจจัยอะไรที่ช่วยทำให้อาการดีขึ้น ประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องโตตึงหรือมีอาการแน่นท้องหรือไม่ ประเมินการทำงานของลำไส้ (bowel sound) อาการไม่สุขสบายอื่นๆที่สัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น ท้องผูก และที่สำคัญควรสอบถามอาการคลื่นไส้ร่วมด้วยทุกครั้ง

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological treatment):

1. Chemoreceptor trigger zone ยาที่ใช้รักษาอาการ ได้แก่

1.1 haloperidol เป็นยาตัวแรกที่ควรพิจารณาเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ที่มีสาเหตุมาจากยาในกลุ่ม opioid เช่น มอร์ฟีน เป็นต้น

1.2 ondansetron เป็นยาตัวแรกที่ควรพิจารณาเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีสาเหตุมาจากยาเคมีบำบัดและการรักษาโดยการฉายแสง

1.3 metoclopramide เป็นยาตัวแรกที่ควรพิจารณาเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีสาเหตุมาจากภาวะ biochemical disturbances ได้แก่ ภาวะตับวาย (liver failure) ไตวายและมีของเสียคั่ง (uremia) ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia) และภาวะโปแตสเซียมต่ำ (hypokalemia)

2. Abdominal visceral และ vagus nerve ได้แก่

2.1 ยากลุ่ม Prokinetic เช่น metoclopramide, prepulsid และ domperidone ถ้ามีสาเหตุมาจากภาวะ gastric stasis และ gastric irritation

2.2 ยากลุ่ม Antisecretory เช่น buscopan และ octreotide ถ้าคลื่นไส้อาเจียนมีสาเหตุมาจาก complete gut obstruction (อาการที่เกิดร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ ท้องผูก ไม่ผายลม ปวดบิดในท้อง)

3. Vestibular apparatus ได้แก่ยา diphenhydramine

4. Cerebral cortex ได้แก่ยา dexamethazone และ lorazepam

ถ้าหาสาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะโรคลุกลามมากจนไม่สามารถหาสาเหตุได้ ยาตัวแรกที่ควรพิจารณาเพื่อลดอาการคือ haloperidol,

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment):

1. การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม

1.1 ควรงดน้ำอาหารจนกว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนจะดีขึ้น

1.2 ปรับเปลี่ยนประเภทอาหาร อาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่อาหารอ่อน ย่อยง่าย ไม่มัน และไม่มีกลิ่นฉุน ควรรับประทานอาหารที่ไม่ร้อนเกินไป (cold/room temperature food)

1.3 หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน เผ็ด เค็ม และอาหารที่มีแก๊ส

1.4 เลือกอาหารที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้ ได้แก่ น้ำแอปเปิ้ล น้ำซุบ น้ำขิงแดง โซดาใส่น้ำขิง วุ้น ชา

หรือน้ำโค้ก เป็นต้น

1.5 รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง รับประทานช้าๆไม่เร่งรีบ

2. การจัดท่าและมีกิจกรรม

2.1 ภายหลังรับประทานอาหาร 30 นาที สามารถขยับตัวหรือนอนได้ และหลังจากนั้นดูแลให้อยู่ท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 1-2 ชม

2.2 ภายหลังอาเจียนดูแลความสะอาดช่องปากทุกครั้ง ล้างหรือบ้วนช่องปากด้วยน้ำเกลืออุ่นๆ

2.3 ใช้ผ้าเย็นประคบบริเวณใบหน้าลำคอและข้อมือ

2.4 แนะนำดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารได้ ภายหลังจากอาเจียนไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง

3. การลดสิ่งกระตุ้นการอาเจียน

3.1 จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สถานที่ควรมีการเปิดหน้าต่าง และเปิดพัดลมเพื่อให้มีการระบายอากาศที่ดี ดูแลเรื่อง กลิ่น ระดับเสียง แสง

3.2 จัดการอาการไม่สุขสบายอื่นๆที่ส่งเสริม เช่น อาการปวด ไอ เชื้อราในช่องปาก รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวและวิตกกังวล เป็นต้น

3.3 ดูแลความสะอาดของร่างกาย เพื่อให้รู้สึกสดชื่น เสื้อผ้าสะอาด ไม่เปียกชื้น เปอะเปื้อน

3.4 สวมเสื้อผ้าที่สบายตัว ไม่คับแน่น

4. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 อธิบายสาเหตุของการคลื่นไส้อาเจียน

4.2 แนะนำการสังเกตอาการของตัวเอง เช่น สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง สอนการบันทึกลักษณะ ปริมาณอาเจียน

4.3 สอนวิธีการป้องกันคลื่นไส้อาเจียน

4.4 อธิบายแผนการดูแลที่จะได้รับทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

4.5 อธิบายยาที่ใช้บรรเทาอาการ ชนิด จำนวน เวลาที่ให้ กลไกการออกฤทธิ์ ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนยา ชนิด วิธีการให้ยา

4.6 ถ้าอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่ดีขึ้นแนะนำให้แจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบ

5. Psychological Interventions เช่น การสร้างสัมพันธภาพ (truth relationship) ที่ดีอย่างต่อเนื่อง เบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) การฝังเข็ม การนวดกดจุด และการสร้างจินตภาพ (guided imagery)

สรุปประเด็นสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ดังนี้

1. ในการประเมินถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการอาเจียน ควรจะถามเรื่องอาการคลื่นไส้ทุกครั้ง
2. กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนค่อนข้างสลับซับซ้อน ควรประเมินอย่างละเอียดเพื่อจะได้เลือกใช้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนตามสาเหตุได้อย่างถูกต้องและได้ผลดีกับผู้ป่วย
3. หลีกเลี่ยงการให้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าสองชนิดที่ออกฤทธิ์คล้ายกัน เพราะต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาไม่ควรให้ prokinetics drug ร่วมกับ anticholinergics drug
4. ถ้าผู้ป่วยมีอาเจียนหรือการดูดซึมไม่ดีในระบบทางเดินอาหารควรเปลี่ยนวิถีทางให้ยาเป็นทางใต้

ผิวหนัง (subcutaneous) หรือให้ทางทวารหนัก (rectal route) แทน

5. การให้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนควรเริ่มในขนาดน้อยๆและให้อย่างต่อเนื่องตลอดวัน (around the clock) ไม่ควรสั่งให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการ (PRN)

6. ติดตามอาการหลังให้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนทุกวันจนกว่าจะควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย

7. ให้ยาอย่างต่อเนื่องและสามารถหยุดยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนได้กรณีที่จัดการกับสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้แล้ว

8. ตามปกติการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนจะสามารถจัดการได้อย่างสมบูรณ์และถ้ามีอาเจียนวันละครั้ง ก็น่าจะยอมรับได้ในผู้ป่วยระยะท้ายที่มีลำไส้อุดตัน

9. การดูแลทำความสะอาดให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

เบื่ออาหาร (Anorexia)

ความหมาย : ความรู้สึกไม่หิว ไม่อยากรับประทานอาหาร หรือไม่ต้องการรับประทานอาหาร (lack or loss appetite)

อุบัติการณ์: พบได้กับบุคคลทั่วไปที่มีความเจ็บป่วย ซึ่งจะมีอาการเบื่ออาหารเฉพาะในช่วงแรก แต่พอหายจากการเจ็บป่วยอาการเบื่ออาหารจะหายไปและกลับมาสู่ระยะฟื้นตัวกลับมามีความอยากอาหารได้ตามปกติ แต่อาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยโรคเอดส์มักพบบ่อย และอาการเบื่ออาหารจะไม่หายไปยังคงอยู่ไปตลอดไปจนกว่าจะเสียชีวิต ถึงแม้จะพยายามหาวิธีการให้อาหารอย่างมากเท่าใดก็ตาม แต่ยังพบว่าน้ำหนักผู้ป่วยไม่ได้เพิ่มขึ้นแต่กลับมีแนวโน้มลดลง

สาเหตุ:

1. อาหารไม่น่ารับประทาน หรือผู้ป่วยรู้สึกไม่ชอบอาหาร (กลิ่น รส ชนิด) ที่จัดหามาให้
2. จัดหาอาหารครั้งละมากๆ ในแต่ละมื้อ
3. การรับรู้รสอาหาร/กลิ่นอาหารเปลี่ยนแปลงไป
4. มีอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไข ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้องหรือไม่สบายท้องหรืออาหารไม่ย่อย (dyspepsia) อิ่มเร็ว (early satiety) กระเพาะอาหารไม่ทำงานหรือไม่บีบตัว (gastric stasis) ท้องผูก (constipation) มีแผลในช่องปาก (sore-mouth) ติดเชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis) และอาการปวดที่ไม่ได้รับการรักษา
5. กลิ่นจากแผลมะเร็ง (malodour)
6. มีความผิดปกติของเมตาโบลิซึม เช่น ภาวะโซเดียมต่ำ แคลเซียมสูงและยูรีเมีย
7. ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา เคมีบำบัด และฉายแสง
8. กระบวนการของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคมะเร็งกระตุ้นทำให้ความอยากอาหารลดลง
9. ปัญหาทางด้านจิตสังคมและอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม และโดดเดี่ยว

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological treatment):

1. ค้นหาสาเหตุ และแก้ไขตามสาเหตุ เช่น ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาอิ่มเร็ว (early satiety) และกระเพาะอาหารไม่ทำงานหรือไม่บีบตัว อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม prokinetic ได้แก่ metoclopramide เป็นต้น
2. ยาที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร จะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานจากอาหารเพียงพอ แต่ภายหลังการให้ยาต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ถ้าให้ประมาณ 1-2 สัปดาห์แล้วไม่ได้ผลควรพิจารณาหยุดยา

    2.1 coticosteroid ได้ผลเฉพาะในช่วงไม่กี่สัปดาห์ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต (last few weak)

    - prednisolone 15-40 mg/day morning OD
    - dexamethazone 2-6 mg/day morning OD

    2.2 progestogen ได้แก่ megestrol 80-60 mg/day morning ภายหลังให้ไปแล้ว 1 สัปดาห์แล้วเห็นผลการตอบสนองต่อยาน้อย สามารถปรับเพิ่มได้อีกเท่าตัว maximum dose 800 mg/day

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment):

1. ค้นหาสาเหตุ ดูแลจัดการตามสาเหตุ
2. ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับว่าความอยากอาหารที่ลดลง เป็นผลจากการดำเนินโรคระยะท้าย
3. อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวว่า ความอยากอาหารที่ลดลงสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นสิ่งปกติที่พบได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยผู้ป่วยได้โดยการจัดหาอาหารให้ทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกหิว (การอุ่นอาหารได้ทันที เช่น การใช้เตาไมโครเวฟจะช่วยได้มาก)
4. รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวกลัว ถ้ามีความกลัวรุนแรงมากขึ้นอาจมีผลต่อการเจ็บป่วย
5. ช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้นโดย จัดอาหารทีละน้อย พออิ่มแต่ละมื้อ จัดใส่จานขนาดพอดี
6. จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ไม่ควรจัดอาหารตามใจผู้ดูแล
7. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเท่าที่ได้ ไม่ควรบังคับ ให้รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง
8. ไม่ควรมีความเชื่อที่ผิดๆ ในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เช่น ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารให้ได้มากๆไม่เช่นนั้นจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ แต่ต้องอธิบายว่า การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายของผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีความจำเป็นอีกต่อไปแล้ว

10. อยู่เป็นเพื่อนในขณะกำลังรับประทานอาหาร ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ
11. จัดบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับประทานอาหาร
12. หลีกเลี่ยงกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนและเบื่ออาหารได้

ร่างกายซูบผอม (Cachexia)

ความหมาย : การขาดความสมดุลระหว่างโปรตีน (negative protein) และพลังงาน (energy) โดยมีตัวแปรที่สำคัญคือ การได้รับอาหารลดลงและความผิดปกติของขบวนการเมตาโบลิซึม โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ น้ำหนักลด (weight loss) เบื่ออาหาร (anorexia) อ่อนเพลีย (weakness) และอ่อนล้า (fatigue)

อุบัติการณ์: ในระยะ 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตมักพบว่าผู้ป่วยจะมีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 หรือมี BMI น้อยกว่า 18.5 kg/m2 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักพบผู้ป่วยมีร่างกายซูบผอมลงได้มากกว่า

ร้อยละ 50 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งทางเดินอาหารส่วนบน (upper GI tract) และพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งมักจะเสียชีวิตจากภาวะร่างกายที่ซูบผอม

สาเหตุ: หลายประการที่ซับซ้อน แต่มี 2 กลไกหลักที่อธิบายร่างกายซูบผอมได้เป็นอย่างดีคือ การได้รับอาหารลดลง (anorexia) และความผิดปกติของกระบวนการเมตาโบลิซึมของร่างกาย (host metabolism) ที่เป็นผลมาจากสารบางชนิด (substances) ที่ผลิตมาจากเซลล์มะเร็ง ดังนั้นจึงพอสรุปสาเหตุของภาวะร่างกายที่ซูบผอมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งได้ดังนี้

1. สาเหตุภายนอกก้อนมะเร็ง (paraneoplastic) เกิดจากการผลิต cytokines และสารอื่นๆ (substances) จาก host cell และเซลล์มะเร็ง เช่น tumor-necrotic factor (TNF), interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6) และ proteolysis-inducing factor (PIF) เป็นต้น สารเหล่านี้ทำให้เกิด

    1.1 กระตุ้นให้เกิดการอักเสบ (pro-inflammatory rate)

    1.2 การเมตาบอลิสมที่ผิดปกติ (abdominal metabolic) ของโปรตีน ขบวนการ catabolism เพิ่มขึ้นแต่ anabolism ลดลง ไขมัน มีการเพิ่มของกระบวนการ lypolysis และ fatty acid oxidation และคาร์โบไฮเดรท มีการเพิ่มของ glucose production, recycling insulin resistance และ glucose intolerance

    1.3 อัตราการเผาผลาญอาหารมีเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ต้องการพลังงานในการนำไปใช้เพิ่มมากขึ้น

    1.4 นอกจากนี้ยังพบว่ามะเร็งอาจสร้างและหลั่งสารที่มีผลโดยตรงต่อเมตาบอลิสมของร่างกาย (catabolic factors) เช่น lipid mobilizing factors และ protein mobilizing factors

2. สาเหตุที่เกิดร่วมกัน (concurrent) ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร (anorexia) ส่งผลให้ได้รับอาหารในปริมาณลดลง อาเจียน ท้องเสีย (diarrhea) ลำไส้อุดตัน ผลจากการรักษา ได้แก่ การผ่าตัด ฉายแสง และเคมีบำบัด และการเกิดภาวะที่สูญเสียโปรตีนออกจากร่างกายมากเกินไป เช่น แผล และภาวะเลือดออก

การประเมิน:

1. ภาวะเบื่ออาหาร น้ำหนักลด
2. โรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกัน เช่น เบาหวาน เป็นต้น
3. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status)
4. ยาที่ได้รับและแผนการรักษา
5. การดื่มและการรับประทานอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ประเมินการเปลี่ยนแปลงของการรับรส ประเมินอาหารที่ชอบ
6. อาการที่เกิดร่วมกันโดยไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอาการไม่ได้ เช่น ปวด คลื่นไส้ กลืนลำบาก ท้องผูก อาการอ่อนล้า
7. กลไกหรือต้นกำเนิดมะเร็ง เช่น มะเร็งทางเดินอาหาร
8. ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า หรือมีปัญหาด้านสติปัญญาหรือการรู้คิดหรือไม่ (adjustment disorder หรือ cognitive failure)

9. การตรวจร่างกาย
    9.1 ช่องปาก : แห้ง มีแผล หรือการติดเชื้อราหรือไม่
    9.2 ท้อง : ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) และก้อน
    9.3 ผิวหนัง : แตก แห้ง หรือไม่ ความยืดหยุ่น

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological treatment):

1. Thalidomide 200 mg hs ออกฤทธิ์ในการช่วยยับยั้ง tumor-necrotic factor (TNF) และcy-tokines อื่นๆ รวมถึงช่วยลด weight loss
2. Indometacin ออกฤทธิ์ในการช่วยลดกระบวนการอักเสบ และ resting energy expenditure รวมถึง preserve body fat และ performance status
3. Omega-3 polyunsaturated fatty acids ออกฤทธิ์ในการช่วยต้านกระบวนการอักเสบ

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment): การจัดการอาการที่เกิดจากร่างกายซูบผอมของผู้ป่วยระยะท้าย ควรประเมินการพยากรณ์โรค (prognosis) ร่วมด้วยเพื่อวางแผนการดูแลให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

1. กรณีการพยากรณ์โรคน้อยกว่า 2 เดือน การดูแลควรเน้นไปที่ความต้องการทางด้านจิตสังคมเป็นสำคัญ ไม่ควรบังคับให้รับประทาน เพราะถึงแม้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้มากๆ (เช่น การใส่สายให้อาหาร หรือการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ) ก็ไม่ได้ช่วยให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือทำให้เวลาในการมีชีวิตอยู่ยาวนานออกไป แต่สิ่งสำคัญคือ การพูดคุยสื่อสารกับครอบครัวให้ยอมรับกับการดำเนินโรค ตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว รับประทานเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ไม่ควรจำกัดอาหาร
2. กรณีการพยากรณ์โรคมากกว่า 2 เดือน การดูแลควรเน้นเรื่องการป้องกันไม่ให้น้ำหนักลดลงเร็วเกินไป ได้แก่ ประเมินน้ำหนัก ความต้องการพลังงาน โปรตีน วิตามินและเกลือแร่ ปรึกษาโภชนากรร่วมดูแล ดูแลให้ได้รับอาหารและพลังงานตามที่คำนวณได้ รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เลือกรับประทานอาหารมีพลังงานสูง งดหรือหลีกเลี่ยง ชา กาแฟ จัดอาหารอุ่น น่ากิน หรือให้เครื่องดื่มผสมนม เช่น ชอกโกแลต

อ่อนล้า (Fatigue)

ความหมาย : การรับรู้หรือประสบการณ์ของบุคคลที่อธิบายถึงความรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หมดเรี่ยวแรงทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่ดีขึ้นถึงแม้จะพักผ่อนหรือนอนหลับอย่างเพียงพอ

อุบัติการณ์: อาการอ่อนล้าพบได้ทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ทุกเพศและทุกระดับอายุ พบในผู้ป่วยระยะท้ายได้ระหว่างร้อยละ 75 -100 สำหรับผู้ป่วยไม่ใช่มะเร็งมักพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น รูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) เบาหวาน (diabetes millitus) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (multiple sclerosis) และผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDs)

สาเหตุ:

1. เกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ ภาวะความเครียด และซึมเศร้า
2. สัมพันธ์กับอาการ ปวด คลื่นไส้อาเจียน ไข้ เหนื่อยหอบ นอนไม่หลับ ซีด ขาดน้ำ ขาดสารอาหา
3. ภาวะโซเดียมและโปตัสเซียมในเลือดต่ำ และภาวะแคลเซียมในเลือดสูง
4. ผลข้างเคียงจากการักษาด้วยเคมีบำบัด และการฉายแสง
5. ผลข้างเคียงจากยาบางชนิด เช่น morphine midazolam เป็นต้น

การประเมิน: ประเมินได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นค่าคะแนน 0-10

การจัดการอาการอ่อนล้า ดูแลค้นหาสาเหตุ และแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ซีด ดูแลให้เลือดตามความเหมาะสม ควรพิจารณาเฉพาะบางรายเท่านั้นเพราะช่วยได้ในระยะสั้น หรือถ้าซีดขณะกำลังได้รับยาเคมีบำบัด ดูแลให้ erythropoietin
2. ไข้ หาสาเหตุการติดเชื้อ ให้ยาฆ่าเชื้อร่วมกับยาลดไข้ paracetamol
3. ถ้ามีภาวะซึมเศร้า (depression) ดูแลให้ยา psycho stimulants หรือ anti-depressant
4. ถ้ามีความวิตกกังวล ดูแลให้ยา anti anxiety drug
5. กรณีเกิดจากยาในกลุ่ม sedative medication พิจารณาปรับเปลี่ยนยา
6. จัดการภาวะขาดน้ำ และ electrolyte imbalances
7. กรณีขาดสารอาหารดูแลให้ vitamin ทดแทน
8. จัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่จัดการได้

การจัดการอาการโดยวิธีการไม่ใช้ยา (Non-drug treatment):

1. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ถึงการเกิดอาการอ่อนล้าเป็นอาการปกติที่เกิดจากมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาสาเหตุที่รักษาได้มีอย่างจำกัด
2. การดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ
3. ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน แนะนำรับประทานเท่าที่ได้
4. สงวนพลังงาน ใช้อุปกรณ์ช่วยสงวนพลังงาน เช่น commode, wheelchair หรือ walker flame
5. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสม มีผลงานวิจัยสนับสนุนว่าช่วยทำให้คุณภาพชีวิต การนอนหลับ รวมถึงสมรรถนะของร่างกายดีขึ้นแต่ไม่ช่วยในผู้ป่วยที่มีการลุกลามโรคมากๆ
6. การช่วยประเมินและจัดการอาการทางกาย เช่น ปวด หายใจไม่อิ่ม ฯลฯ
7. ให้การพยาบาลดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ ช่วยลดความเครียด เช่น การทำสมาธิ ฝึกการผ่อนคลาย

การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological treatment):

รักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ (steroid) มีผลวิจัยว่าจะช่วยลดอาการอ่อนล้าและกระตุ้นการอยากอาหาร รวมถึงทำให้รู้สึกดี แต่ควรให้ในระยะเวลาจำกัดเนื่องจากต้องเฝ้าระวังเรื่องผลข้างเคียง

- Dexamethasone: ให้กรณีผู้ป่วย survival <4 wk และควรให้ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิต ให้ในขนาด low dose ในระยะเวลาไม่เกิน 15 วันช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น (feeling of well-being) ช่วยให้รู้สึกมีเรี่ยวแรง แต่ประสิทธิภาพมักลดลงหลัง 4-6 สัปดาห์
- Methyl prednisolone: ให้ในขนาด 16 mg bid ในระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน มีงานวิจัยเชิงทดลอง

สนับสนุนว่าช่วยเรื่องอาการอ่อนล้าได้แต่มีประโยชน์ในระยะสั้นเท่านั้น

แผลมะเร็ง (tumor necrosis, malignant cutaneous wounds)

เป็นแผลที่เกิดบริเวณผิวหนังจากเซลมะเร็งกระจายระยะลุกลามมา อาจเป็นแผลเดียวหรือหลายๆแผลก็ได้ 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

1. **การควบคุมการติดเชื้อและสารคัดหลั่ง ควรปฏิบัติดังนี้**

- ควรทำแผลด้วยน้ำเกลือ (NSS) เหมาะสมที่สุด ไม่ควรใช้ไฮโดรเจนเปอออกไซด์ เดกิ้นโซลูชันและโปรวิดีน ในการทำแผล
- ช่วยชะล้างเนื้อตายออก (debridement-necrotic tissue) และลดปริมาณแบคทีเรีย โดยใช้ syringe ขนาด 20 ml ดูด NSS ใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดสวนล้างแผลด้วย low-pressure
- กรณีมีการติดเชื้อที่แผลแต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรใช้ metronidazole ทาเฉพาะที่จะได้ผลดีกว่าการให้แบบรับประทานหรือแบบฉีด
- กรณีมีสารคัดหลั่งออกมาน้อย มีโอกาสทำให้วัสดุปิดแผลติดกับแผลเกิดความเจ็บปวดและเลือดออกได้ เวลาเปลี่ยนวัสดุปิดแผลควรเทน้ำเกลือให้ชุ่มแผล ก่อนค่อยๆลอกวัสดุปิดแผลออกอย่างนุ่มนวล หรือพาผู้ป่วยไปอาบน้ำและเทน้ำราดแผลให้ชุ่มก่อนแกะวัสดุปิดแผลออก หรืออาจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ เช่น sofra-tulle, Bagtigas หรือ วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรก แล้วตามด้วยก๊อส หรือวัสดุปิดทับอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- กรณีมีสารคัดหลั่งออกมาจำนวนมาก มีผลทำให้ซึมเปื้อนเสื้อผ้า/เตียงนอน เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน บางรายและสูญเสียพลังอำนาจ ควรปฏิบัติดังนี้
    - ➢ ควรทำแผล (wound dressing) วันละครั้ง ไม่จำเป็นต้องทำแผลบ่อยๆ
    - ➢ ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อน ส่วนชั้นที่สองตามด้วยก๊อส/ท๊อปก๊อส/กัมจี หรือวัสดุปิดทับอื่นๆ ตามความเหมาะสมเพื่อระบาย/ดูดซับสารคัดหลั่ง ระหว่างวันถ้าแผลซึมมากสารคัดหลั่งซึมผ่านทะลุมาถึงผ้าพันแผลชั้นนอกสุด เปลี่ยนเฉพาะวัสดุปิดแผลด้านบนออกเท่านั้น เปลี่ยนได้วันละหลายๆครั้งตามความเหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องทำแผลใหม่
    - ➢ เลือกวัสดุปิดแผลที่มีประสิทธิภาพในการซึมซับสารคัดหลั่งได้มากกว่า เช่น foam หรือ alginate (calcium alginate) นำมาปิดแผล ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนหรือทำแผลบ่อยๆ ประหยัดเวลา พลังงาน ทรัพยากรคนและสิ่งของ โดยรวมช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า
    - ➢ การใช้ผ้าอนามัย (menstrual pad) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ดีกว่าวิธีการอื่น คือมีการดูดซึมที่ดีเยี่ยมและมีพลาสติกด้านหลังเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งทะลุผ่านมาได้ ช่วยป้องกันการซึมเปื้อนเสื้อผ้า แต่ควรคำนึงถึงความชอบ ความเชื่อและวัฒนธรรมร่วมด้วย

➢ การปกป้องผิวหนังรอบๆ แผล โดยใช้ barrier ointment หรือ skin sealant เช่น วาสลีน (vasaline) ซิงค์เพส (zinc paste) เป็นต้น หรือใช้ ostomy skin barriers กับ ผิวหนังรอบๆ แผล เปลี่ยนฐานรองทุก 5-7 วัน ใช้ถุงคลอบรองรับสารคัดหลั่ง หรือใช้วัสดุช่วยซึมซับ

2. **การควบคุมอาการคัน (pruritus)** อาการคันอาจเกิดภายในแผลหรือเกิดจากสารคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลปริมาณมากระคายเคืองต่อผิวหนังโดยรอบ (surrounding skin) ดูแลดังนี้

- ดูแลผิวหนังรอบๆแผล โดยการเปลี่ยนวัสดุปิดแผลด้านบนบ่อยๆ หรือใช้อุปกรณ์ดูดซับ เพื่อจัดการกับสารคัดหลั่งที่ออกมาปริมาณมาก ใช้สารที่ให้ความชุ่มชื้นและป้องกันไม่ให้สารคัดหลั่งสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง เช่น วาสลีน ซิงค์เพส ทารอบๆ แผล หลีกเลี่ยงลาโนลิน (lanolin)
- หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดการขยายหลอดเลือดบริเวณแผล
- รายงายแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาลดอาการคัน (antihistamines) เช่น atarax, chrophenil-amine เป็นต้น

3. **การควบคุมกลิ่น (odor control)** กลิ่นแผลมะเร็ง เกิดจากการติดเชื้อของแผลที่เกิดจากแบคทีเรียที่ไม่อาศัยออกซิเจนในการเจริญเติบ (anaerobic) และกระบวนการเมตาโบลิซึม จนได้กรดไขมันเป็นผลผลิตสุดท้าย เกิดการระเหยกลายเป็นกลิ่นขึ้น โดยทั่วไปการลดกลิ่นทำได้โดยการทำแผลทุกวัน ควบคุมการติดเชื้อและสารคัดหลั่ง แต่บางครั้งพบว่าถึงแม้จะจัดการตามวิธีการข้างต้นกลิ่นของแผลยังคงอยู่ และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายแย่ลง ดูแลดังนี้

- Metronidazole ชนิดเม็ด (ขนาด 200 mg) โดยการบดยาให้ละเอียดแล้วโรยที่แผล หรือนำยาที่บดแล้วมาคลุกกับ Ky-gel ใส่แผล
- 1% Metronidazole inj. solution (500mg/ขวด) เตรียมโดยการใช้ก๊อสชุบยาจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล (ยาที่เหลือในขวดสามารถเก็บไว้ใช้ได้ในครั้งต่อไป ให้พ้นแสง ไม่ควรเก็บในตู้เย็น เก็บได้นาน 1 สัปดาห์)
- การนำผงถ่านบรรจุถุงแล้วนำไปวางใต้เตียงหรือโต๊ะช่วยขจัดกลิ่นภายในบ้าน
- การใช้ aromatherapy หรือ peppermint ในการช่วยส่งเสริมสิ่งแวดล้อมโดยรอบ สามารถช่วยเรื่องกลิ่นของแผลได้

4. **การควบคุมภาวะเลือดออก (bleeding)** เป็นผลมาจากการลุกลามของมะเร็งเข้าไปกดเบียด (locally invasive) เซาะกัดกร่อน (erosive) ในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กเกิดการฉีกขาดส่งผลให้มีเลือดไหลซึมจากแผลตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดการเสียเลือดเรื้อรังเป็นเวลานานและถ้าก้อนมะเร็งไปกัดกร่อน เซาะกดเบียด หลอดเลือดขนาดใหญ่จะส่งผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกเฉียบพลัน (bleeding emergency) และรุนแรงได้ ควรให้การดูแลดังนี้

- แกะลอกวัสดุออกจากแผลเบาๆ ด้วยความใส่ใจ และนุ่มนวล
- ถ้าแผลติดแน่นมากใช้ NSS เทราดแผลให้เปียกชุ่มเพื่อใช้ความชื้นเซาะให้หลุดลอกวัสดุออกง่าย หรือใช้วัสดุที่ป้องกันการติดกันระหว่างแผลกับวัสดุที่ใช้ทำแผล หรือก่อนทำแผลทุกครั้งพาผู้ป่วยไปอาบน้ำและใช้น้ำเทราดที่แผลโดยตรง หลังจากนั้นจึงทำแผล วิธีการนี้จะช่วยให้การลอกวัสดุที่ปิดแผลอยู่ออกได้ง่ายขึ้น

- กรณีพบว่ามีเลือดออกจากแผลมะเร็ง ควรปฏิบัติดังนี้
  - ➢ สิ่งแรกที่ต้องปฏิบัติคือ กดแผลไว้นานประมาณ 10-15 นาที
  - ➢ ใช้อะดรีนาลีน 1: 1000 ชุบก๊อสให้ชุ่มวางบนแผล
  - ➢ กรณีที่ไม่ใช้อะดรีนาลีน หรือใช้แล้วไม่ได้ผลให้ใช้ sucalfate 1 gm (1เม็ด) ผสมกับน้ำ 1 ml ภายหลังยาแตกตัวเป็นแป้งให้ผสมด้วย KY- gel คลุกให้มีลักษณะเป็นแป้งนุ่มนำไปวางให้ทั่วแผลบริเวณที่มีจุดเลือดออก (ถ้ามีจุดเลือดออกหลายจุดพิจารณาเพิ่มจำนวน sucalfate น้ำและ KY- gel ตามอัตราส่วนที่เหมาะสม)
- กรณีมีเลือดออกรุนแรง อาจพิจารณาทำ transcatheter embolization ของหลอดเลือดแดงที่ถูกก้อนมะเร็งเซาะหรือกดเบียดเข้าไป หรือ intra atery infusion chemotherapy, radiotherapy หรืออาจพิจารณาผ่าตัด แต่วิธีการดังกล่าวควรประเมินร่วมกับ PPS ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ
- กรณีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ end stage ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบตัวโรค การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรคที่ชัดเจน ยอมรับได้ดี มีเป้าหมายการดูแลเพื่อสุขสบายเท่านั้น ควรแนะนำการดูแลกรณีเกิดภาวะเลือดออกรุนแรง ดังนี้
  - ➢ ให้เตรียมตัวให้พร้อม ถ้าเกิดเหตุการณ์ขึ้น ไม่ควรตกใจ
  - ➢ เตรียมผ้าสีเข้ม เช่น สีเขียว สีน้ำตาล สำหรับวางที่แผลเมื่อมีเลือดออกรุนแรง
  - ➢ กรณีผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย อาจเตรียมยานอนหลับ เช่น lorazepam 0.5-1.0 mg ให้อมใต้ลิ้นทันที
  - ➢ โทรปรึกษาทีมดูแลประคับประคองเพื่อขอความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา

5. **การควบคุมอาการปวด** อาการปวดและชนิดของความปวดที่เกิดจากแผลมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการรุกรานเนื้อเยื่อเฉพาะที่และการขยายตัวของแผล ถ้าแผลลุกลามทำลายลึกไปถึงเนื้อเยื่อและระบบประสาท จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรง ดังนั้นการดูแลเพื่อควบคุมอาการปวดควรปฏิบัติดังนี้

- 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 มีผลทำให้ระดับความปวดลดลงดีขึ้นตั้งแต่วันแรกที่ใช้ยา
  - ➢ ใช้ ice pack ประคบก่อนและหลังทำแผล
- การดูแลความปวดโดยการให้ยาแก้ปวดก่อนการทำแผล (pre-emptive pain control before dressing) โดยเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์เร็ว 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 นาทีแล้วกลืนก่อนทำแผล 15 นาที และระหว่างนี้ถ้าขณะทำแผลยังปวดสามารถ ให้ต่อได้อีกเป็น 2 dose ในช่วงเวลา 5-10 นาที และให้ได้ทุก 1 ชั่วโมง

6. การดูแลจัดการปัญหาด้านจิต สังคม และอารมณ์

- ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีต่อแผล
- ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยอยู่บนความเป็นจริง เช่น ความเป็นไปได้ในการหายของแผลที่สัมพันธ์กับการลุกลามของโรค อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นและเป็นผลจากแผลมะเร็งช่วยบรรเทาได้ แต่อาจไม่หายไปเลย
- ดูแลแผลมะเร็งโดยเคารพความเชื่อ วัฒนธรรม และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย
- ระวังปฏิกิริยาของทีมสุขภาพที่มีต่อลักษณะแผลมะเร็งของผู้ป่วย
- ปรึกษาทีมอื่นเข้ามามีส่วนร่วมดูแลเช่น นักสังคมสงเคราะห์ หรือ จิตแพทย์ ตามความเหมาะสม
- การสอน/ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

➢ สอนการทำแผล (basic wound care) : วิธีการทำแผล ความบ่อย สถานที่ เวลาทำแผล บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้อยู่ด้วยในขณะทำแผล

➢ การจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ แนะนำการได้รับยาแก้ปวดก่อนทำแผลวิธีการจัดการกลิ่น เลือดออก สิ่งคัดหลั่ง คัน และการติดเชื้อ

➢ การจัดการภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น การปวดรุนแรงขึ้น เลือดออกรุนแรงจากมะเร็งเซาะเบียดหลอดเลือดใหญ่ การอุดกั้นหลอดลมอาจเกิดภาวะหายใจไม่ได้ ให้คิดและวางแผนล่วงหน้าไว้ว่าจะจัดการอย่างไร

สรุปการอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะท้ายนอกจากอาการปวดแล้วยังมีอาการอื่นๆ อีกหลายอาการ เนื่องจากหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มุ่งเน้นที่การวินิจฉัยโรคเพื่อเป้าหมายให้หาย แต่หลักการสำคัญคือการค้นหาความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น มองหาสาตุ พยายามแก้ไขสาเหตุที่พอแก้ไขได้ แต่ถ้าแก้ไขไม่ได้ ลองใช้ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคู่กัน ดูแลโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

หนังสืออ้างอิง

1. กาญจนา หล้า. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี. (รายงานการศึกษาอิสระ) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
2. ธนเดช เดชาพันธ์กุล. ภาวะผอมหนังหุ้มกระดูก. สงขลานครินทร์เวชสาร 2554; 29(5): 245-258.
3. ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2548; 30(3):353-363.
4. ปาริชาติ เพียสุพรรณ์ , สุธีรา พิมพ์รส. การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย. ใน: ประคอง อินทรสมบัติ, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, บรรณาธิการ. คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี); 2558. หน้า 159-93.
5. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Management of Non Pain Symptom in Palliative Care. ใน เอกสารประกอบการประชุมโครงการฝึกอบรมทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลา 3 วัน (Basic Palliative Care for District Hospital Team) จัดโดยศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับสำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2558.
6. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
7. Kuebler, Heidrich & Esper P, editors. Palliative & end of life care clinical practice guidelines. USA, Elsevier Health Sciences Inc., 2007.
8. Ferrell BR, Coyle NC, editors. Textbook of palliative nursing, 2nd edition. New York, Oxford University Press Inc., 2006.
9. Bruera E, Higginson IIJ, Ripamonti C, von Gunten CF, editors. Textbook of palliative medicine. Edward Arnold (Publishers) Ltd, 2006.
10. Neighbourhood network in palliative care. Palliative Care A handbook for Nurse. India, Harvest Media Service Press Inc., 2007.
11. Twycross R, Wilcock A, Toller CS. Symptom management in advanced cancer. Fourth edition. palliativedrugs.com Ltd., 2009.

ข้อสอบ Module 3
Non-pain Symptom Management

เลือกคำตอบเพียงข้อเดียว

1. ข้อใดต่อไปนี้ เป็นวิธีการประเมินความรุนแรงของอาการ dyspnea
   ก. ให้ผู้ป่วยบอกค่าคะแนนอาการหายใจลำบาก
   ข. นับอัตราการหายใจ
   ค. สังเกตการใช้กล้ามเนื้อการหายใจ (chest wall retraction)
   ง. วัด oxygen saturation
   เฉลย ก

2. เกี่ยวกับการจัดการอาการใน palliative care ข้อใดถูกต้อง
   ก. ในผู้ป่วยที่เบื่ออาหารควรให้ dexamethasone เพื่อช่วยการอยากอาหาร
   ข. Morphine ช่วยจัดการอาการปวดแต่ไม่ช่วยจัดการอาการหายใจลำบาก
   ค. Haloperidol เป็นยาแก้คลื่นไส้อาเจียนจากผลข้างเคียงของ morphine
   ง. Gabapentin ให้ผลการรักษาดีกว่า amitriptylline ในการรักษา neuropathic pain
   เฉลย ค

3. ยาใดต่อไปนี้เหมาะสมที่สุดในผู้ป่วยที่มี carcinomatosis peritoneii และมี complete gut obstruction
   ก. Domperidone
   ข. Metoclopramide
   ค. Buscopan
   ง. Ondanzetron
   เฉลย ค

4. ข้อใดผิดเกี่ยวกับการจัดการอาการผู้ป่วยระยะท้าย
   ก. อมผลไม้รสเปรี้ยวหากมีภาวะปากแห้ง
   ข. ใช้ sucralfate ลดกลิ่นในแผลมะเร็ง
   ค. ให้ยาระบายทุกวันในผู้ป่วยที่ได้รับยามอร์ฟีนแม้ไม่มีภาวะท้องผูก
   ง. ใช้ cholestyramine ลดอาการคันในผู้ป่วยที่มีobstructive jaundice
   เฉลย ข

5. ยาใดต่อไปนี้เหมาะสมที่สุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากภาวะ uremia
   ก. Domperidone
   ข. Haloperidol
   ค. Dexamethasone
   ง. Lorazepam

   เฉลย ข

6. ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย เหนื่อยหายใจไม่อิ่มเวลามีกิจกรรม ควรจัดการอาการนี้อย่างไร
   ก. Non-pharmacological management
   ข. Morphine
   ค. Lorazepam
   ง. Dexamethasone

   เฉลย ก

7. ควรให้คำแนะนำแก่ญาติอย่างไรในการจัดการอาการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยในผู้ป่วยระยะท้าย
   ก. ใส่สายยางเพื่อให้อาหารได้พอเพียง
   ข. พยายามพูดเกลี้ยกล่อมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้มากที่สุด
   ค. จัดอาหารปริมาณน้อยให้ดูน่ารับประทาน และให้บ่อยๆ
   ง. ให้อาหารไขมันสูงเพื่อเพิ่มพลังงาน

   เฉลย ค

8. ข้อใดต่อไปนี้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกมากที่สุด
   ก. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับยามอร์ฟีนขนาดสูง
   ข. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
   ค. ภาวะ hepatic encephalopathy
   ง. ภาวะ hypocalcemia

   เฉลย ก

9. ข้อใดต่อไปนี้เป็นสาเหตุของ fatigue ที่แก้ไขได้ยากที่สุด
   ก. Poor pain control
   ข. Anxiety/depression
   ค. Anorexia/cachexia
   ง. Insomnia
   เฉลย ค

10. ผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้รับยา morphine เพื่อจัดการอาการปวดต่อมามีอาการไอแห้งๆ จนรบกวนการนอน ควรเพิ่มยาตัวใดต่อไปนี้
   ก. Bromhexine
   ข. Dextromethrophan
   ค. Codeine
   ง. เพิ่มขนาด morphine
   เฉลย ง