

Palliative case conference

A 27-year-old man who have recurrent angiosarcoma at right thigh

We are confronting with

- Difficulties in managing pain
- Wound care and bleeding control
- Making decisions in end of life

ขอเชิญมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง
วันที่ 30 มีนาคม 2565 เวลา 12.00-13.30 น
ผ่านทาง ZOOM MEETING ID : 950 2820 7825 Password : 1234



Palliative case conference

30 March 2022

Yuwadee Itarat, M.D.
Harin Iamviteevanitch, M.D.
Natchaya Bualakorn, R.N.

Karunruk Palliative Care Center
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Patient profiles

- ผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี
- สัญชาติ : ไทย
- ที่อยู่ : 230/6 ต.โนนแดง อ.บ้านเขว้า จ.ชัยภูมิ
- สิทธิการรักษา : บัตรทอง
- อาชีพ : รับจ้าง
- Admission date : 17/12/2564

Chief complaint

ต้นขาขวาบวมและปวดมากขึ้นมา 3 สัปดาห์

Present illness

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีก้อนบวมที่ต้นขาข้างขวา ก้อนโตมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีอาการชา/อ่อนแรง ปวดบริเวณก้อน ปวดมากช่วงกลางคืน (PS 8/10) ไม่มีไข้ ไม่มีแผล

Past history

Known case

Recurrent Angiosarcoma with right axillary LN and pulmonary metastasis staging T4N1M1, stage IV

(Presented with growing mass at right arm for 8 months)

S/P wedge excision with primary closure (27/5/63)

S/P wide excision with right axillary LN dissection with STSG (9/63)

S/P right trans-humeral amputation(12/63)

S/P Forequarter amputation (22/2/2564)

*** Postoperative complication : uncontrolled bleeding at surgical site ***

Past history

Post operative adjuvant treatment

Post operative chemotherapy

- palliative Paclitaxel C5D8 cycle, then PD
(start 23/3/64 - 20/7/64 : last C5D8)
- visit 27/7/64 เดิม plan Paclitaxel C5D15 แต่มี new right thigh mass

Past history

Film hip, both femur (27/7/64)

- soft tissue mass right thigh, no osteolytic/blastic bone



Past history

CT chest (30/7/64)

- Suggested progression of hypervascular pulmonary metastasis at both lungs

CT Whole abdomen (30/7/64)

- No definite evidence of intra-abdominal metastasis is visualized in this study

Past history

Onco med : Clinical progressive disease

Plan 2nd line CMT (AI regimen)

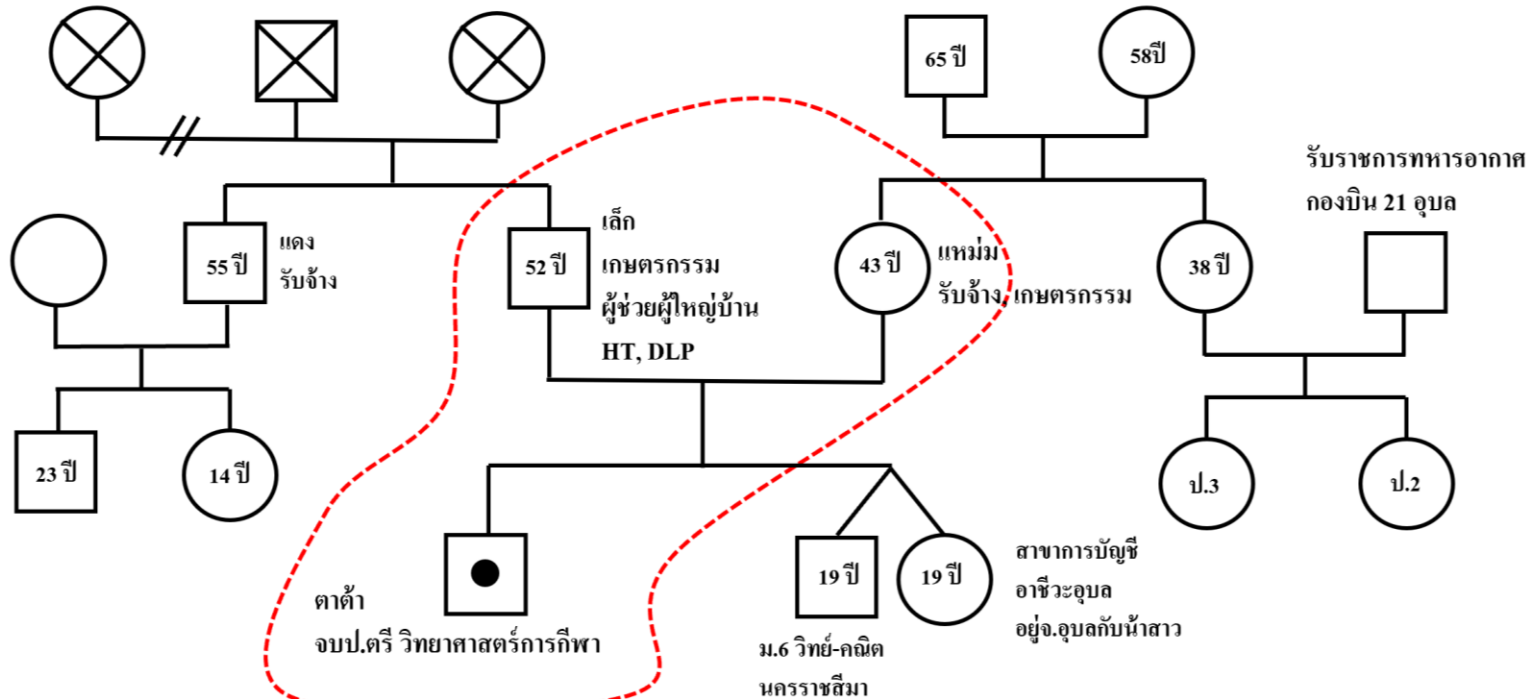
ขณะ admit (5/12/64) ให้ AI regimen cycle 5

- มีไข้ 38-39 c no localizing source, WBC 12,420 PMN 85.4 → empiric Tazocin
- ไม่ให้ CMT
- ขาบวมขึ้น R/O clinical PD → ให้ MRI + CT รพ.ใกล้บ้าน

Social history

- ดึงสุราตามเทศกาล
- ไม่สุบบุหรี

Family history



Current medication

- MO 4 mg iv prn q 4 hr (3 times/d)
 - MO 2 mg iv prn for BTP q 2 hr (3 times/d)
 - Paracetamol (500) 1 tab po prn q 4 hr
 - Gabapentin (600) 1 x 2 po pc
 - Nortriptyline (25) 1 tab po hs
 - Ativan (0.5) 1 tab po hs
 - Senokot (7.5) 2 tab po hs
 - Folic (5) 1 x 1 po pc
 - B co 1 x 3 po pc
 - FF 1X3 po pc
- } Total mo inj. 18 mg /day

Physical examination

GA : A Thai man, good consciousness, well co-operative

V/S : BT 36.7 c, BP 138/63 mmHg, **HR 130 bpm**, RR 18 tpm

HEENT : **mild** pale conjunctiva, anicteric sclera

Lung : clear

Abdomen : soft, not tender, liver and spleen impalpable

Extremity : **large soft tissue mass right thigh size diameter 20 cm, fixed, poor-defined margin, warm**, not tender, not movable

Distal neurovascular : could perform dorsiflexed ankle, toe and plantar flexed toe

Sensation: intact pain and temperature sensation

Right thigh mass



Investigation

CTA peripheral (27/12/64)

- Progression of huge multilobulated cystic mass involving along right thigh, right rectus abdominis, right psoas muscle with intratumoral hemorrhage
- Bony destruction of lesser tuberosity, femoral head and femoral shaft
- New vessels from branches of right EIA and right IIA -> **progressive disease**

Investigation

MRI thigh (6/1/2565)

- Tumor seeding with internal hemorrhage, with/without on top infectious process involving proximal right thigh with involvement of surrounding muscle, cortical bone, and intramedullary.
- Suggested progression in size and extension of tumor seeding in entire right iliopsoas muscles
- mid-distal right SFV invasion cannot be excluded
- Minimal ascites and right pleural effusion

Investigation

LAB (28/12/64)

CBC : Hct 29%, Hb 9.2 g/dL, WBC 9590 /uL, PMN 84.7%, L 7.4%, Plt 503,000 /uL

PT 13.4 INR 1.22

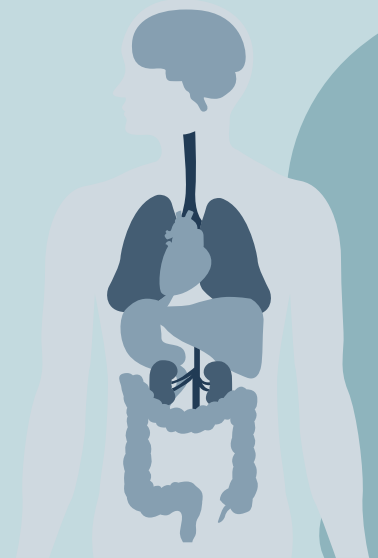
BUN 9, Cr 0.3, GFR 163

Na 134, K 4.3, HCO 24, Cl 101, Alb 2.9, Ca 8.5

Impression

1. Recurrent angiosarcoma at right thigh with right axillary LN and pulmonary metastasis staging T4N1M1, stage IV
2. Severe pain
3. Intratumoral hemorrhage with anemia

How would you manage?



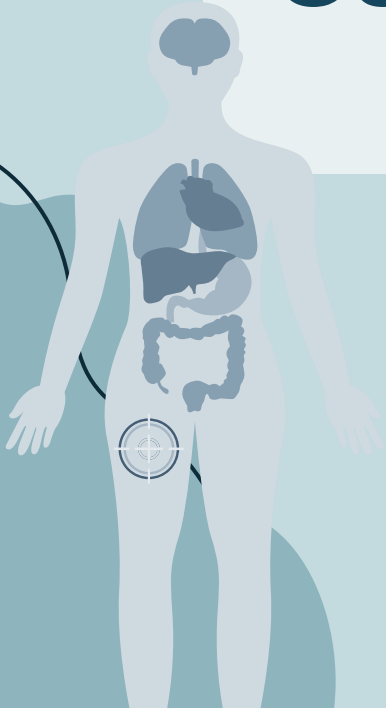
Prognostication

- Angiosarcomas are **rare** soft-tissue sarcomas of endothelial cell origin
- **Aggressive** malignancy and **poor prognosis**
- The primary sites of tumors included head and neck (32), trunk (10), **extremities (3)**, spleen (3), breast (3), and other (4)
- The majority of patients are asymptomatic although some may present with **bleeding, edema**, and/or ulceration
- It present with a mass that resembles a “**spreading bruise**”
- The **overall 2-year survival rate was 21%**

Prognostication

- The optimal treatment is **surgery followed by wide-field radiotherapy (RT)** (Frequently, it is not completely resectable)
- **High** rate of a local recurrence (72%)
- The hematogenous dissemination is relatively high
- Chemotherapy may be useful for palliation

Consult palliative care
30/12/2564



Advance care planning

- ประเมินแล้วผู้ป่วยและญาติรับทราบสถานการณ์ตัวโรคดี
- ความคาดหวัง : ลดปวด อยากให้อ่อนยุบลง ให้กลับไปใช้ชีวิต/ช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนก่อนมารพ.
- คุย ACP แล้ว ผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจ

Pain

- **Location** : Rt thigh mass
- **Characteristic** : Mixed pain (dullness and radiation to Rt leg)
- **Severity** : pain score : worst pain 10/10, best pain 3-4/10



Timeline of pain

17/12/64
admit

Mo 4 mg iv q 4 hr
Mo 2 mg iv prn q 2 hr

30/12/64
Consult PC RT

Mo (1:1) iv rate 1.5 ml/hr
Mo 5 mg iv prn q 2 hr
↑ Senokot 2x2 po pc
Lactulose 30 ml po hs

4/1/65
Transaminitis
Plan switch to
Methadone

Consult GI med
ส่ง U/S upper abdomen
↑ Mo (1:1) iv rate 3.5 ml/hr
↑ Mo 15 mg iv prn q 2 hr
↑ Nortriptyline (25) 2xhs
↑ Senokot 3x2 po pc

7/1/65

↑ Mo (1:1) iv rate 7.5 ml/hr
↑ Mo 20 mg iv prn q 2 hr
↑ Gabapentin (600) 1 cap po q 8 hr

10/1/65

QTc 469 msec
On Ciprofloxacin
Start RT 200x15 Fx

Mo (1:1) iv rate 10 ml/hr
Mo 25 mg iv prn q 2 hr
Naproxen (250) 1x2 po pc
Senokot 4x2 po pc

14/1/65
Pain stable
Plan switch to
Fentanyl patch

Fentanyl patch(50 mcg) 6 patch
q 72 hr + ↓ Mo(1:1) iv rate 5
ml/hr
หลังแปละ Fentanyl patch 12 hr →
Off Mo (1:1)

16/1/65

Off Mo iv prn
MOIR(10) 7 tab po prn q 2 hr

Fentanyl patch

- **Fentanyl patch (50 mcg)**
 - 6 → 7 → 8 patch q 72 hr
- **MOIR (10) 7-10 tab po prn**
 - 2-3 times/day
 - Incident pain + BTP
- **Pain score**
 - Worst pain 7-8/10
 - Best pain 2/10



Family meeting

24/1/65
Jaundice, fever,
anemia

Paracetamol(500) 1 tab po q 6 hr
Off Nortriptyline
↑ MOIR (10) 10 tab po prn q 2 hr

27/1/65
Stool occult
blood +ve
Complete RT

Consult Gen Sx
Plan EGD + Colonoscopy
ผู้ป่วยขอตัดสินใจก่อน

28/1/65
ผู้ป่วยปรึกษาบิดา
ตัดสินใจทำ EGD +
colonoscopy

Family meeting กับบิดา มารดา และแฟนสาว
แจ้งสถานการณ์โรคและพยากรณ์โรค ว่าเป็นระยะท้าย มี
เวลาจำกัด สรุปบิดาและมารดาตัดสินใจ ไม่ทำ EGD +
colonoscopy
ACP เหมือนเดิม
↑ Fentanyl patch(50) 8 patch q 72 hr
Mo 20 mg iv prn q 2 hr

Family meeting 10/1/65

- **Perception** ผู้ป่วยและมารดาเข้าใจตัวโรค รู้ว่ารักษาไม่หาย การทำ RT เพื่อคุณภาพชีวิต
- **Goal** : comfort care, no suffering, stay at home with family
- **ACP** : no ETT, no CPR, no inotrope
- **POD** : home
- **ACP** ของผู้ป่วยและมารดาคิดเห็นตรงกัน ยังไม่ได้คุยกับบิดา

PC plan control pain and discharge

29-30/1/65

แผลมีถุงน้ำ+
น้ำเหลืองไหล ปวด
มากขึ้น

1/2/65

2/2/65

Dexamethasone (4) 1x2 po pc
Omeprazole (20) 1x1 po ac
↑MO 30 mg iv prn q 2 hr

Ketamine 75 mg +
Haloperidol 2 mg + NSS up to
100 ml iv drip in 24 hr

↑Ketamine 100 mg +
Haloperidol 2 mg + Nss up to
100 ml iv drip in 24 hr
Off Naproxen
Off Dexamethasone

Pain score

- Worst 9/10
- Best 2/10

MO 20 mg iv prn
x 6-8 doses/day



Consult pain unit

8/2/65

Notify PC รับย้าย

มีค่าส่วนเกิน 600 บาท
ญาติไม่สามารถจ่ายได้

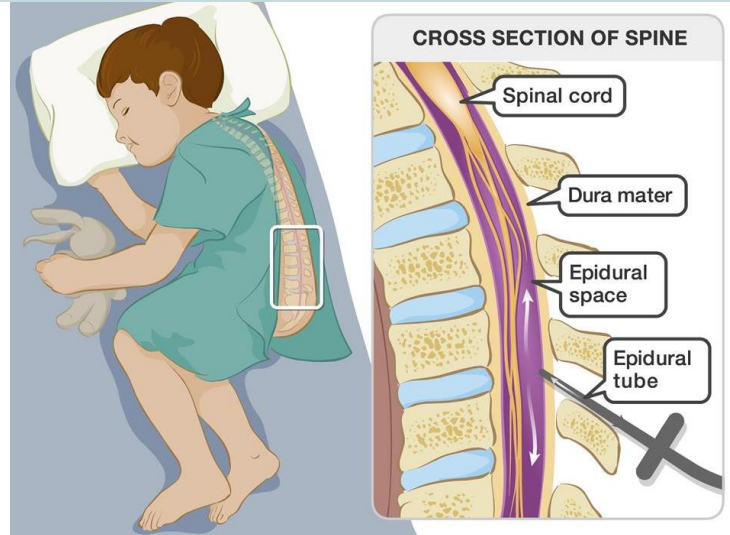
Consult Pain unit for pain intervention

Dexamethasone 5 mg iv q 6 hr
Naproxen(250) 1x2 po pc
Omeprazole (20) 1x1 po ac
↑ Ketamine 150 mg + Haloperidol 2 mg
+ NSS up to 100 ml iv drip in 24 hr

9/2/65

Fail epidural block
Plan Methadone

EKG 12 leads
Off Fentanyl patch พุ่งนี้ 6.00 น.
Mo (1:1) เริ่ม 12.00 น. พุ่งนี้ iv rate 10 ml/hr
Methadone(5) 2 tab po q 12 hr เริ่มพุ่งนี้เช้า
↑ Ketamine 200 mg + Midazolam 5 mg +
Nss up to 24 ml iv drip in 24 hr



Intratumoral bleeding

12/2/65

↑ Mo (1:1) iv rate 20 ml/hr
Metronidazole (200) 4 tab บดใส่แผล

14/2/65

↑ Methadone (5) 3 tab po q 12 hr
↑ Gabapentin (600) 1-2-2 po pc

21/2/65

Off Nortriptyline
Ceftriaxone 2 g iv od
↓ Ketamine 150 mg +
Midazolam 5 mg + Nss up to 24
ml iv drip rate 1 ml/hr

25/2/65

↓ Ketamine 100 mg + Midazolam
2.5 mg + Nss up to 24 ml iv drip
rate 1 ml/hr



Timeline of pain

1/3/65

PC รับย้าย

สปน ค่าห้อง

ผู้ป่วยไม่ยอมย้าย กว.7/1

1/3/65

↑ Methadone(5) 4x2 po pc
↓ Mo (1:1) iv rate 15 ml/hr

3/3/65

Active bleeding
from tumor 1 L

↓ Ketamine 50 mg + Midazolam
2.5 mg + Nss up to 24 ml iv drip
rate 1 ml/h
↓ Dexamethasone(4) 1x1 po pc

6/3/65

Off Ketamine

10/3/65

↑ Mo (1:1) iv rate 20 ml/hr
Mo 40 mg iv prn q 2 hr
Fentanyl 100 mcg iv ก่อนทำแผล/bed
bath 10 min

11/3/65

คุย Emergency condition
PC ทำ **Protocol guideline for
palliative sedation** กรณี **Massive
bleeding**
คุย ACP ใหม่ ผู้ป่วยและมารดายังเป็น comfort
care เจาะเลือดเท่าที่จำเป็น
Suggest consult body IR for C-line
insertion

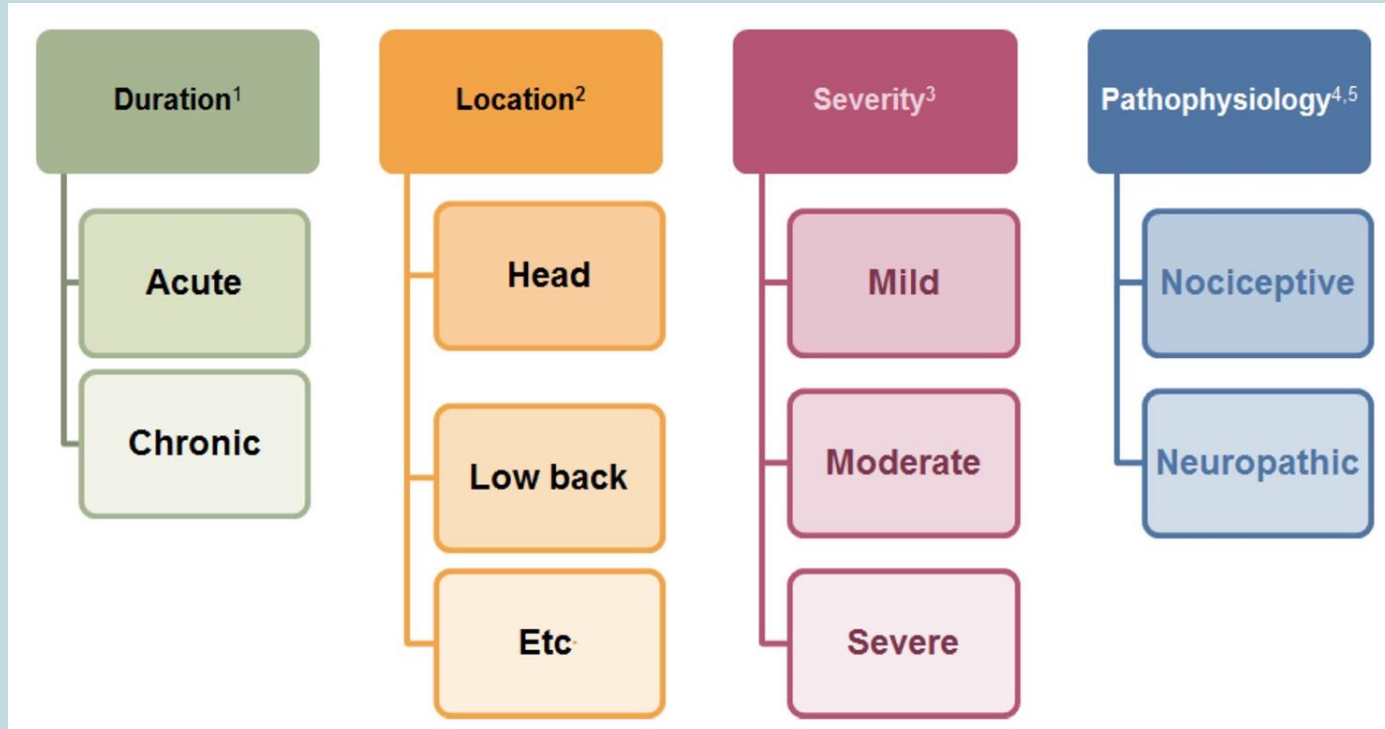
15/3/65

C-line was done at Rt internal
jugular vein depth 17 cm

Current medication (15/3/65)

1. Morphine (1:1) iv drip rate 20 ml/hr
2. Methadone (5) 4 tab po q 12 hr
3. Morphine 40 mg iv prn for BTP q 2 hr
4. Fentanyl 100 mcg iv prn before dressing/ bed bath for 10 minutes
5. Gabapentin (600) 1 – 2 – 2 po pc
6. Dexamethasone (4) 1 tab po pc od
7. Naproxen (250) 1 tab po pc bid
8. Paracetamol (500) 1 tab po prn for fever q 4-6 hr
9. Lactulose 30 ml po bid
10. Senokot (7.5) 4 tab po bid
11. Unison enema 1 dose RS prn for constipation q 3 days
12. Ceftriaxone 2 g iv q 24 hr
13. Lorazepam (0.5) 2 tab po prn hs
14. Omeprazole (20) 1 tab po ac od
15. B Co 1 tab po pc tid
16. Folic (5) 1 tab po pc od
17. Ferrous fumarate (200) 1 tab po pc tid
18. Vitamin D (20,000) 1 cap po วันจันทร์ พุธ ศุกร์
19. Metronidazole 1 amp ใส่เวลาทำแผล

Pain assessment



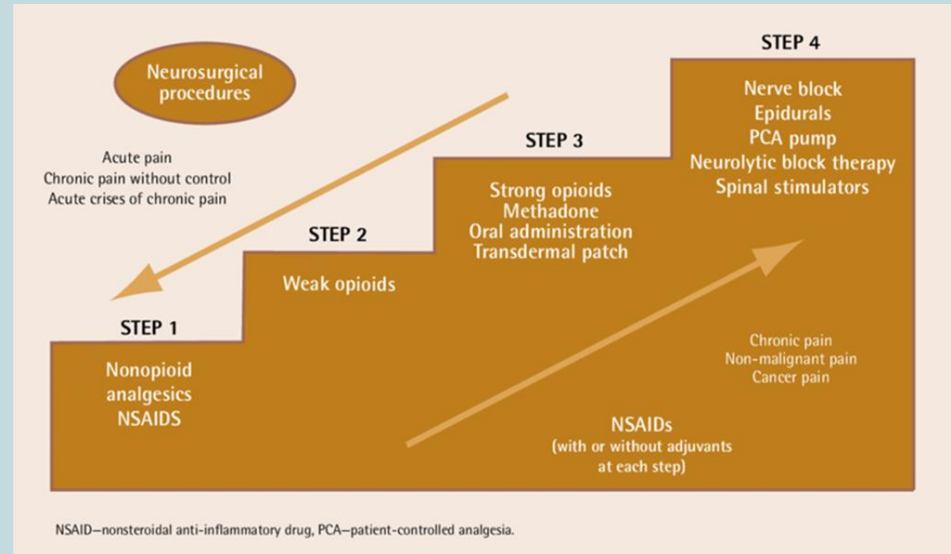
Pain management

Principle of pharmacology

- By the clock
- By mouth
- By the ladder

Multimodal analgesia

- Analgesic drugs
- Adjuvants
- Intervention



Pharmacological management

Analgesic drugs

- Non-opioid
- Opioids
- Local anesthetic

Adjuvants

- Tricyclic antidepressant (TCA)
- Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)
- Gabapentinoid
- NMDA antagonist
- Alpha-2 agonist
- GABA agonist
- Steroid

Methadone

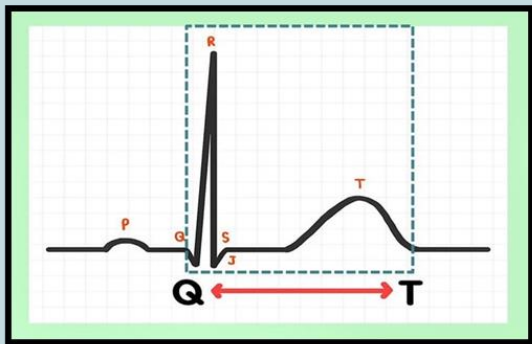
- Methadone is a potent, synthetic opioid
- Complex pharmacokinetics
- Long half-life → risk of accumulation in elderly
- **Indication to use for pain management**
 - Third-line opioid
 - Intolerance to side effects from first and second-line opioids
 - Complex neuropathic pain if patient has not responded to other opioids and adjuvant analgesic combinations
 - End-stage chronic kidney disease (eGFR < 30 mL/min)
 - Adjuvant methadone

Using with cautions

- Should only **started by a consultant in palliative medicine and ongoing specialist supervision**
- Methadone can cause **QT prolongation**
- Caution with other drugs that may have this effect
- **Hepatic impairment** : reduced clearance, dose reduction
- **Renal impairment** : no dose reduction

QT prolongation

- Normal QT interval 320-440 msec
- QT prolong
- Male QTc > 440 msec
- Female QTc > 460 msec



QT PROLONGATION

DRUGS CAUSING QT PROLONGATION

A	ANTI-ARRHYTHMICS <i>amiodarone, dronedarone, procainamide, quinidine, sotalol</i>
B	ANTIBIOTICS <i>macrolides, fluoroquinolones</i>
C	ANTIPSYCHOTICS <i>amisulpride, chlorpromazine, haloperidol, ziprasidone</i>
D	ANTIDEPRESSANTS <i>SSRIs (citalopram, escitalopram); TCAs (amitriptylline)</i>
E	ANTI-EMETICS <i>domperidone, ondansetron</i>
F	ANTIFUNGALS <i>azoles (fluconazole), pentamidine</i>
OTHER <i>methadone, (hydroxy)chloroquine, donepezil</i>	

Not an exhaustive list. Visit crediblemeds.org for a complete list.

RISK FACTORS FOR QT PROLONGATION

- Heart disease or cardiac abnormalities (e.g. arrhythmias, LVH)
- Age > 65 years old
- Female sex
- > 1 QT-prolonging medication
- Higher concentrations of QT-prolonging medications (e.g. high doses, drug interactions, reduced clearance, etc)
- Electrolyte abnormalities (hypokalemia, hypomagnesemia)
- Bradycardia
- Genetic factors or congenital QT syndrome

Opioid titration

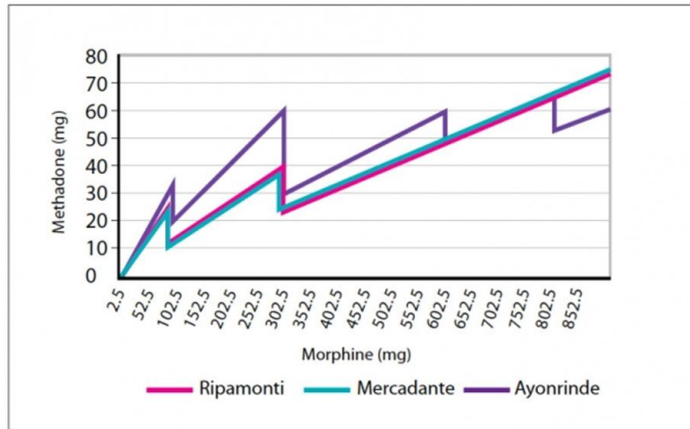


Figure 1. Morphine to methadone equianalgesic dosing ratios.

Table 1. Comparison of Proposed Morphine To Methadone Conversion Parameters

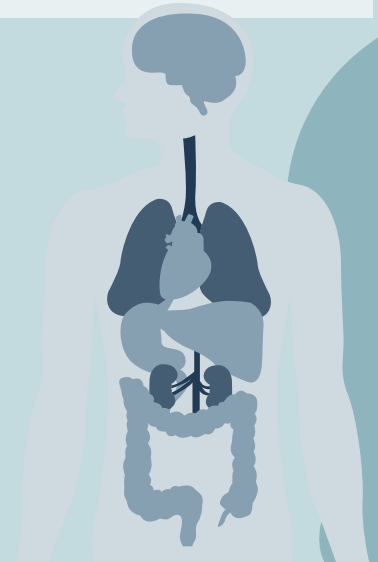
Ripamonti et al, 1998						
Morphine dose (mg/d)	30-90		91-300		301+	
Morphine:Methadone EDR	3.70:1		7.75:1		12.25:1	
Ayonrinde et al, 2000						
Morphine dose (mg/d)	<100	101-300	301-600	601-800	801-1,000	>1,001
Morphine:Methadone EDR	3:1	5:1	10:1	12:1	15:1	20:1
Mercadante et al, 2001						
Morphine dose (mg/d)	30-90		91-300		301+	
Morphine:Methadone EDR	4:1		8:1		12:1	
Fudin, 2012						
$\text{Methadone (mg)} = \frac{x}{21} \times \left\{ 5.7 - 3 \times \sin \left(\frac{90}{\left(\frac{110}{x} \right) + 1} \right) - \sin \left(\frac{90}{\left(\frac{320}{x} \right) + 1} \right) \right\}$						

x = morphine (mg)

Based on references 15-17, 19.

EDR, equianalgesic dose ratio

When should we do pain intervention?

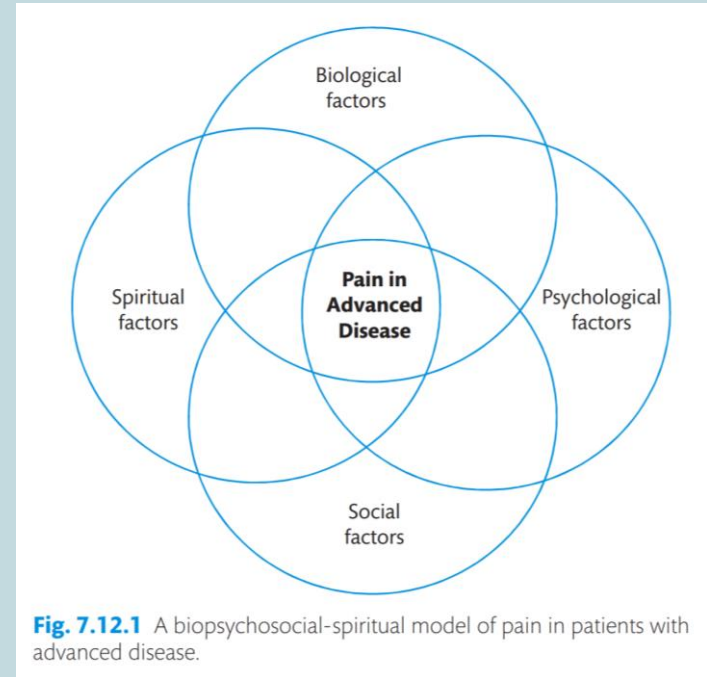




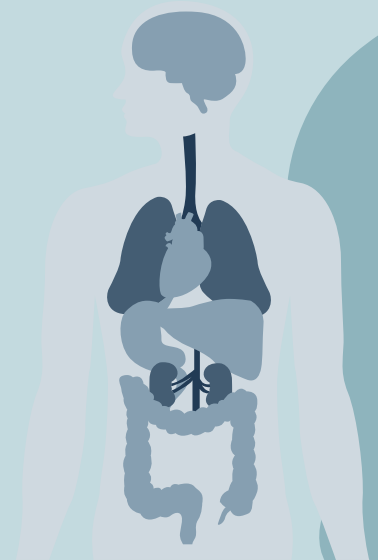
อ.พญ.ฟ้างาม เจริญผล
อาจารย์ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Total pain concept

- Subjective data
- Influence by past experiences and expectation
- Multidimension
- An interactive model



Psychological pain





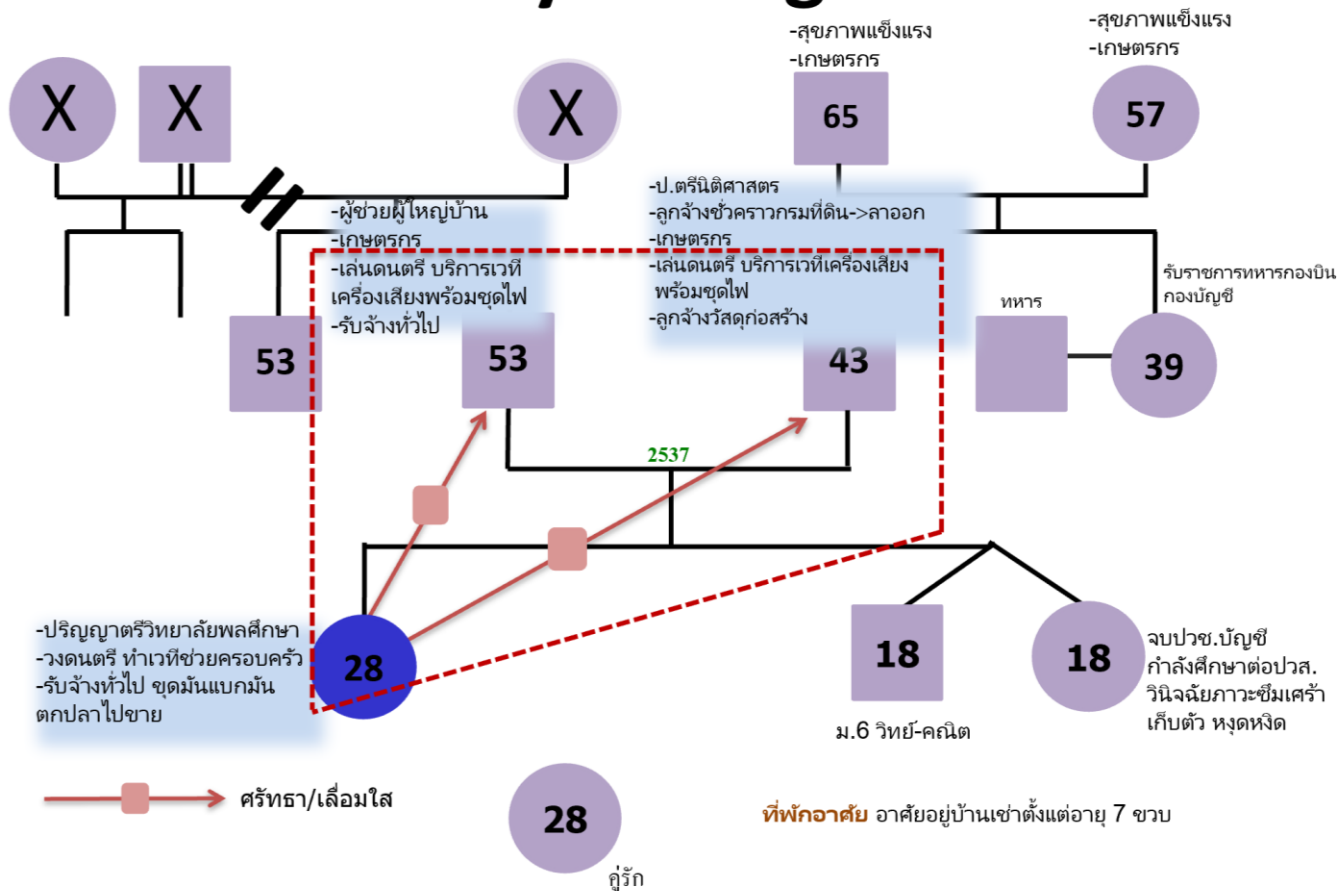
พว.ณัฐชญา บัวละคร
พยาบาลประจำหน่วยการพยาบาล
ระดับประคอง ศูนย์การุณรักษ์

การค้นหาปัจจัยด้านทางชีวภาพ (biological factors)
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic factors)
ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อต้องการความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์/ปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด โรคซึมเศร้า
ความทุกข์ทางจิตใจจิตวิญญาณที่มีผลกระทบต่อการจัดการความปวด

Family Genograms



ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic factors)

รายได้	บาทต่อเดือน	รายจ่าย	ผ่อน/เดือน
สามารับจ้างรายวัน	10,000	หนี้ธนาคาร	2,000
		รถมอเตอร์ไซด์เข้าไฟแนนซ์	1,500
		ค่าเช่าบ้าน	1,000
		ค่าน้ำไฟ	600
		ฟอโอนเงินให้แม่สัปดาห์ละ 500-1000 บาท	
		แผ่นรองซับกั้นเปื้อน 10 แผ่น/ห่อ 80 บาท ใช้ได้ 2 วัน	1,200
		ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ห่อเล็ก 10 ชิ้น/ห่อ ห่อละ 190 บาท (ตกชิ้นละ 19 บาท)	285
		ขนมขบเคี้ยว ผลไม้ จีปาละ	-
มูลนิธิการุณรักษ์เพื่อการ ประคับประคอง	2000 (2 เดือน)	สรุป มีปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ	

Life review and dignity therapy

1. ชวนนึกถึงช่วงชีวิตในวัยเด็กจนถึงปัจจุบัน ความทรงจำ ที่เราจำได้ดีมีเรื่องราวและอยากพูดถึงมากที่สุดคือเรื่องอะไร เช่น(วัยเด็ก วัยรุ่น วัยหนุ่มสาว)?
2. คุณภูมิใจอะไรมากที่สุด?
3. คุณได้เรียนรู้บทเรียนอะไรบ้าง?
4. อะไรคือความหวังและความฝันของคุณ?
5. อะไรคือความสำเร็จของคุณ?

Life review and dignity therapy

ชีวิตในวัยเด็ก

- เกิดมาช่วงที่บิดามารดาอยู่ในวัยเรียนและชีวิตช่วงนั้นลำบาก
- ป.1 ได้ย้ายมาอยู่บ้านเช่าที่อำเภอบ้านเขว้า ช่วงเย็นจะไปทอดสอบกลองชุด ช่วยบิดามารดาทำมาหากิน ชอบตีกลองในงานหมอลำซึ่ง ช่วงเทศกาลลงระหว่างที่รอนักดนตรีมืออาชีพมาคนที่มางานจะให้ทิป

ชีวิตวัยเรียนประถมมัธยมศึกษา

- เป็นเด็กหลังห้อง เรียนปานกลาง เป็นเด็กเงียบๆ พูดน้อย หนึ่งๆ เป็นคนไม่คิดมาก เรียบร้อย เรียนสายศิลป์ เพื่อนสนิทเป็นเพื่อนที่เล่นกีฬา จึงเป็นนักกีฬาตะกร้อโรงเรียน เป็นตัวแทนแข่งระดับอำเภอและจังหวัด ช่วงชีวิตที่มีความสุข มากที่สุด

Life review and dignity therapy

ชีวิตวัยเรียนมหาวิทยาลัย

เลือกเรียนวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ ความฝันคือ อยากเป็นครู แต่ความเป็นไปได้ยากเพราะ
หากเรียนต่อ ต้องใช้เงินมาก น้องจะไม่ได้เรียน ช่วงฝึกงานปีสุดท้าย งานดนตรีกำลังไปได้ดี ทำงาน
ทุกอย่างที่มีคนจ้าง จนเก็บเงินซื้อรถมอเตอร์ไซด์ได้เอง เป็นความภูมิใจในตนเอง วางแผนชีวิต เรียน
จบแล้วอยากมาช่วยงานพ่อแม่ พ่อแม่ก็อายุมาก เรียนจบมามีกำลัง คิดอยากทำหลายอย่าง

Life review and dignity therapy

จุดเปลี่ยนของชีวิตที่สำคัญเมื่อหลังเรียนจบ

- ความเจ็บป่วยทำให้ชีวิตผมเปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือ กำลังจะได้งานทำ ได้ช่วยงานพ่อแม่ ช่วงที่รับรู้ว่าเป็นโรค สิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจ คือเศร้า อยากอยู่คนเดียว ชีวิตที่วางแผนไว้พังเกือบทุกอย่าง น้อยใจในชะตาชีวิต ท้อแท้มากอยากอยู่คนเดียว เกิดคำถามว่าทำไมถึงเกิดขึ้นกับผม ผมอายุน้อย ร่างกายช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นภาระให้พ่อกับแม่ แทนที่การปรนนิบัติดูแลจะเป็นผมที่ทำให้กับพ่อกับแม่ แต่กลับกลายเป็นพ่อกับแม่ที่ต้องมาดูแลผม ไม่เคยคิดว่าพ่อแม่จะต้องมาเซ็ดกันล้างกันให้ เสียใจและรู้สึกผิดที่เป็นภาระให้พ่อแม่

Life review and dignity therapy

ช่วงที่จิตใจแย่ที่สุด อะไรคือจุดเปลี่ยนที่ทำให้กลับมาแข็งแรงใจได้อีกครั้ง
ได้เรียนรู้อะไรบ้าง ?

- ช่วงที่เราคิดว่าชีวิตเราพัง เรามองเห็นแต่ตัวเราเอง ผมได้เรียนรู้และสังเกตเห็นพ่อแม่ร้องไห้แต่ไม่ยอมแพ้ ยังทำทุกอย่างให้ ทำดีกับผม รัก ห่วงใย พยายาม ทุ่มเทและสู้กับผมขนาดนี้ ช่วงที่ตัดแขน พ่อกับแม่ได้ทำบางอย่างแต่ประทับใจ พ่อแม่ใส่ใจโดยไป ปรับปรุงมือจับคันเร่งมอเตอร์ไซด์เพื่อให้ผมใช้มือข้างที่เหลืออยู่ขับรถได้ จึงบอกตนเองว่า เราควรกลับมาสู้เพื่อพ่อแม่ด้วย ในเมื่อเราเป็นแล้วก็ต้องสู้ ให้กำลังใจตนเองว่าพิการก็ยังมีชีวิตต่อได้ ทำอะไรได้เองก็จะทำ จึงจะไม่ทำให้ใครเดือดร้อนลำบากไปด้วย
- มีแขนข้างเดียวยังทำงานได้ ไปไหนมาไหนได้

Life review and dignity therapy

เกิดอะไรขึ้นต่อจากนั้น?

รู้สึกถูกซ้ำเติมอีกครั้งตอนเป็นพี่ชา เมื่อเป็นพี่ชาแล้วมันทำอะไรไม่ได้แล้ว ครึ่งนี้ไม่เคยเปิดใจกับพ่อแม่ว่ารู้สึกอย่างไร เพราะตอนนั้นเหมือน พ่อแม่กับผมคือคนเดียวกัน

สัจธรรมชีวิตที่มาทดสอบเรา ได้สอนเราอย่างไรบ้าง?

รู้สึกชีวิตคนไม่แน่ไม่นอน มันยอมรับไม่ได้ แต่มันก็ทำอะไรให้ดีกว่านี้ไม่ได้เช่นกัน แต่พยายามเข้าใจ ยอมรับ ตอนนี้อยู่ในใจผมรู้สึกสงบ 60% ส่วน 40% ที่เหลือในใจมีแต่ครอบครัว ห่วงพ่อกับแม่จะอยู่อย่างไรหากไม่มีผมแล้ว

Life review and dignity therapy

ความรู้สึกที่มีต่อพ่อกับแม่?

พ่อแม่คือทุกอย่างในชีวิต พ่อแม่คือคนที่อยู่เหนือหัว พ่อแม่ทำให้ผมรู้สึกได้ว่าท่านรักผมมาก
สิ่งสำคัญในชีวิต ที่สุดคือพ่อแม่ ลำดับต่อมาคือพี่น้อง ญาติ รองลงมาคือตัวผม

อยากบอกรัก บอกขอบคุณ หรืออยากขอโทษอะไรหรือไม่?

- บอกรักประจำเพราะเวลาเศร้า พ่อแม่จะมาปลอบใจ พ่อแม่รู้ใจทุกเรื่อง
- ไม่กล้าบอกขอบคุณ อายุไม่กล้าพูด อยู่ด้วยกันทุกวันอยู่แล้ว ผมเชื่อว่าแม่รู้ว่าผมคิดอย่างไร

Life review and dignity therapy

เราจัดการกับความรู้สึกตนเองอย่างไรให้ทำใจยอมรับได้จริง ๆ
มีวิธีการอย่างไรให้ยอมรับกับความเศร้าได้?

ทำตัวเราให้เข้มแข็ง คิดในแง่ดี ปล่อยวาง ไม่ปล่อยให้ตนเองโศกเศร้า

คิดว่าโรคเราจะเป็นอย่างไรต่อไป?

- คิดว่าต้องเสื่อมลง ไม่อยากถึงจุดที่ไม่ไหวสุดๆ อยากไปก่อน ไม่กลัวการเสียชีวิต ไม่อยากทรมาน
- แม่บอกลูกว่า ช่วงที่ลูกมีชีวิตอยู่จะขอทำหน้าที่แม่ ต้องการดูแลลูกให้ดีที่สุด แต่เมื่อถึงเวลาที่ลูกไม่อยู่แล้ว พ่อกับแม่ยอมรับได้ พ่อแม่จะกลับไปทำงาน ดูแลน้องๆ บอกลูกไม่ต้องเป็นห่วง

Life review and dignity therapy

มีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงนี้หรือไม่?

- กำลังใจจากคนรัก คนนี้รักกันวางแผนจะแต่งงานกัน แต่เขาเข้าใจสถานการณ์ เรายังดูแลกันโทรคุยกันทุกวัน
- ดีใจที่ยังไม่แต่งงานมีลูก เวลาเห็นเพื่อนงุมมือลูกบางครั้งคิดว่าอยากเป็นผู้ชายคนนั้น หากตนเองมีลูกบ้าง ภาพที่คิดไว้ ผมจะเป็นพ่อของลูกให้ได้เหมือนที่พ่อผมทำ รักและดูแลปกป้องลูก แฟนผมอยากให้เป็นเหมือนแม่ ที่เข้มแข็งเพื่อครอบครัว
- ตอนนี้ทำได้ มีกำลังใจ ยอมรับได้กับสิ่งที่จะเกิดขึ้น
- นอกจากนั้นยังมีกำลังใจจากพี่น้อง จากญาติ จากคนในหมู่บ้านสมทบทุนช่วยเหลือ
- อยากใช้ชีวิตที่เหลืออยู่กับครอบครัว

Life review and dignity therapy

ถ้าหากวันหนึ่งเราไม่ได้อยู่ตรงนี้แล้ว เราอยากส่งต่ออะไรให้กับคนข้างหลังบ้าง



หากผมจากไปแล้ว ช่วยนำสิ่งที่ผมเล่าส่งต่อให้พ่อกับแม่ผมด้วย

สรุปการประเมินด้าน **psycho-spirituality**

- **Maintaining a sense of normalcy**
- **Spiritual strength**; Feeling deeply connected with others
- **Strength-based connection building**
 - Opening up to significant others
 - Giving and receiving care
 - Imagine as a future possibility
- **Strongly cohesive families who grieve adaptively**
- **Coping strategies**; emotion-focused coping, problem-focused coping

Fear of disease progression

ปัญหาที่พบ

- เมื่อผู้ป่วยเห็นทีมทำแผล จู่ปากทันที ภาพที่มีในความคิดคือ ทรمانแน่ๆ โอ้ย!ตายแล้ว ความรู้สึกเจ็บจะตามมาพร้อมกัน (ขณะที่ยังไม่ได้ทำแผล) แต่ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธที่จะทำแผล
- ความคิดเกิดขึ้นเมื่อเห็น เกิดทันที เชื่อว่าปวดแน่ คิดแบบนี้บ่อยๆ
- ขณะทำแผลจะเกร็งเนื่องจากปวด และเกร็งมากขึ้นเมื่อพลิกตัว
- วิตกกังวลกับเลือดในแผล กลิ่นของแผล “แม่ทำไมเลือดออกเยอะจัง” “แผลไม่ดีหรือเปล่าแม่” ช่วงกลางวันจะให้แม่ช่วยดูแลร่องซับให้บ่อยๆ ผู้ป่วยรู้สึกว่าน้ำเลือดออกมาเรื่อยๆ เมื่อไรจะหยุดไหลสักที
- ระหว่างทำแผลปวดตลอดเวลาและหลังทำแผลใช้เวลานานถึงจะหายปวด

Fear of disease progression

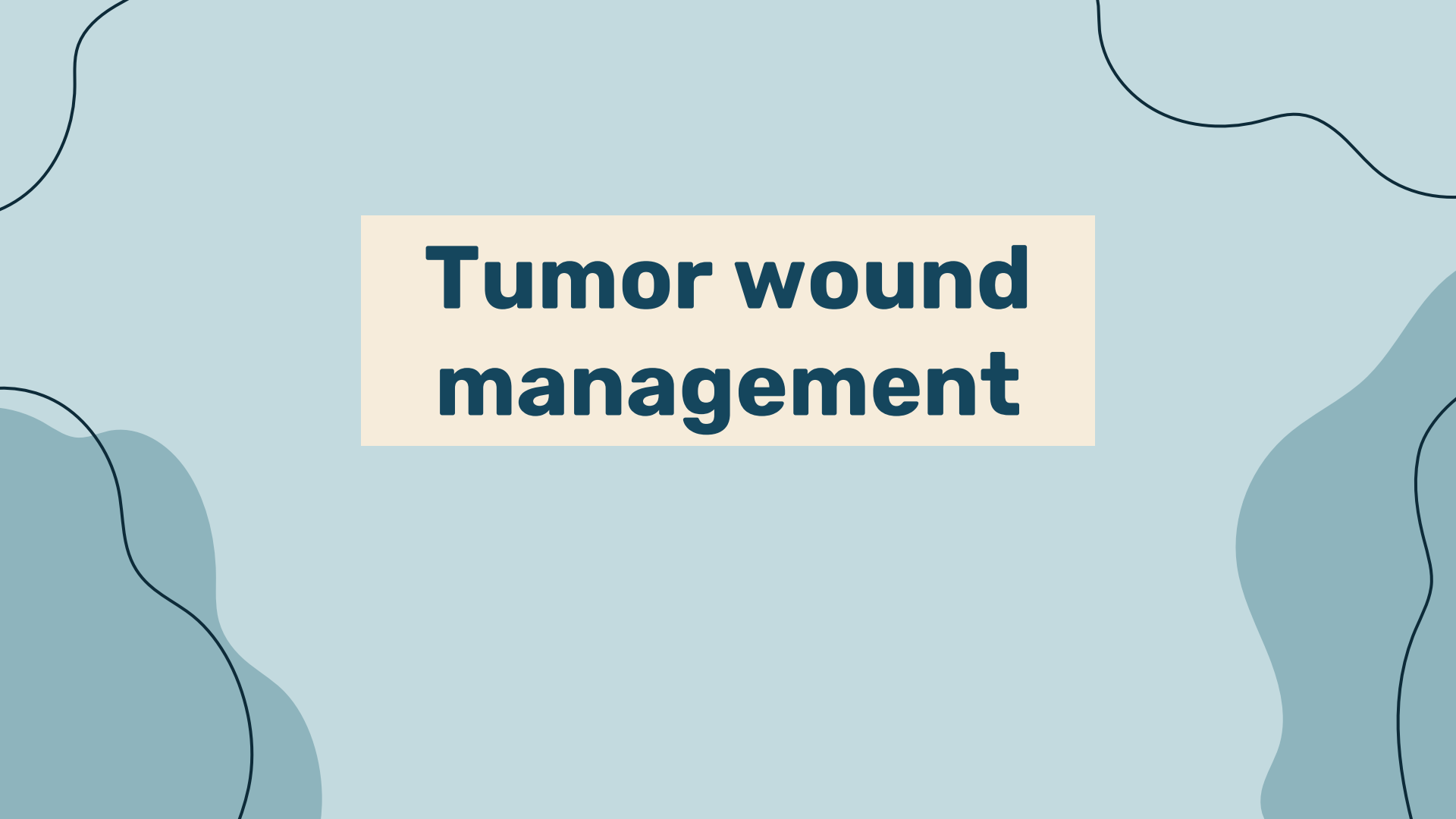
- คิดว่าโอกาสที่แผลจะแย่ลง ถ้าแผลแย่ลง รู้สึกพร้อมและต้องทำใจ อยากให้แพทย์พิจารณาเรื่องแผล
- ความปวดช่วงทำแผล คือสิ่งที่รบกวนชีวิตมากที่สุด เคยคิดว่าหากถ้าไม่มีแผล อยากปรับเตียงลูกนั่นเอง อยากจับ monkey bar พลิกตะแคงตัวเองได้
- ความต้องการ คือ จัดการควรปวดขณะทำแผล
- ผู้ป่วยยอมรับว่าวิตกกังวล แต่ ความปวดนี้เป็นความปวดที่เกิดขึ้นจริงๆ

ประเด็นนี้สิ่งที่เราสงสัยคือ ใช้ **psychological pain** ?

จากประสบการณ์ปวดซ้ำซ้อน จนทำให้เกิด **trauma pain** ได้หรือไม่ ?



รศ.พญ.นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Tumor wound management

Wound at right thigh

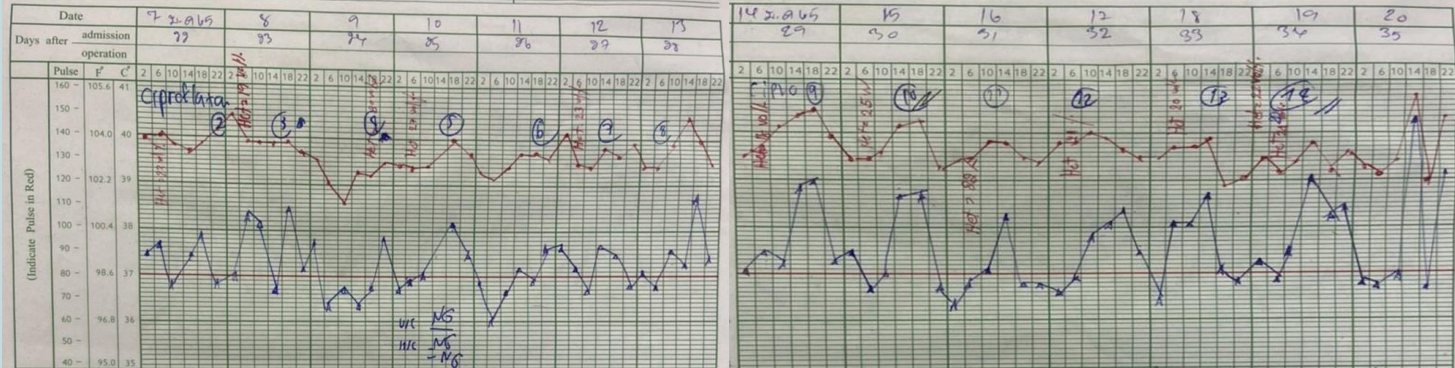
24/1/65



15/2/65



Infected tumor wound



Ceftriaxone
2 mg iv OD
2-5/1/65

Ceftriaxone
2 mg iv OD
2-5/1/65

Ciprofloxacin
400 mg iv q 8 hr
6-20 /1/65 (14 d)

Ciprofloxacin
400 mg iv q 8 hr
6-20 /1/65 (14 d)

Ceftriaxone
2 g iv od c stat
21/2/65

Ceftriaxone
2 g iv od c stat
21/2/65

ผลกระทบเมื่อมี **Tumor wound**

Physical dimension

Malodor
Exudate
Bleeding
Pain
Pruritus

Psychological dimension



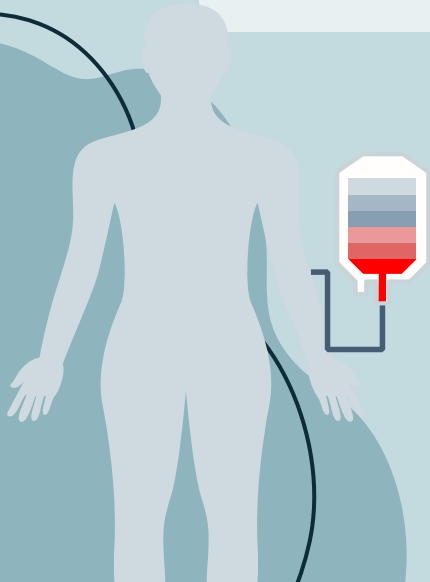
การประเมินลักษณะแผล

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

Odor control

- บดยา Metronidazole (200 mg) tab ให้ละเอียดแล้วโรยบนแผล
- ใช้ gauze ชุบ Metronidazole inj. จนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล
- ระวังอย่าให้แผลแห้ง เพราะ gauze จะติดแผล ขณะลอกออกจะส่งผลให้ปวดและเลือดออกได้

management in tumor wound and tumor bleeding



Bleeding

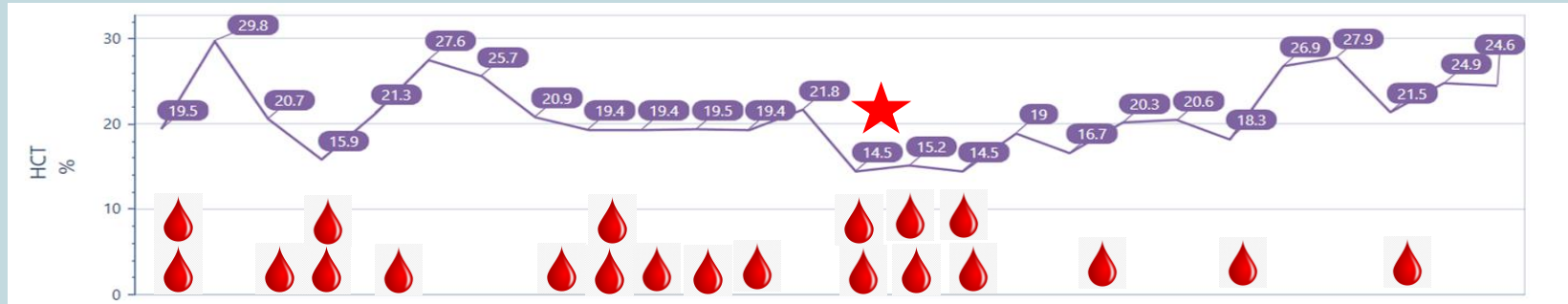
3/3/2565

Bleeding at wound 1000 ml

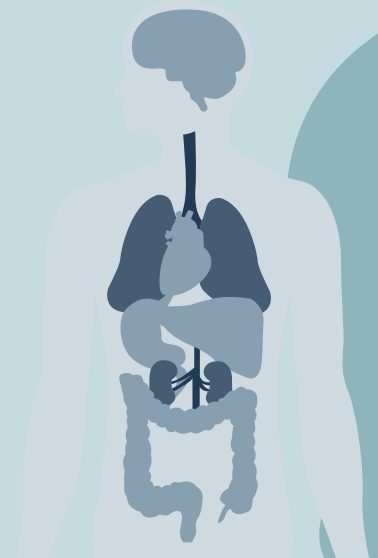
(Old blood from tumor, no active bleeding)



Blood transfusion



How would you manage?



Treatment of bleeding wound

- Adrenaline gauze กดแผล 5-10 นาที
- Adrenaline packed dressing
- Sofatule
- Hct stat 27 %
- Gel foam®



Treatment bleeding tumor

- Minimize trauma during dressing - cleaning gently with irrigation and using non-adherent dressing
- Alginate dressing
- Adrenaline soaked gauze
 - 1 in 1000 (1 mg in 1ml) applied with pressure for 10 minutes
- Sucralfate
 - Sucralfate 1-2 g with water-soluble gel
- Tranexamic acid oral
- Hemostatic Device : Gel foam®, Surgicel®, Fibrin glue



Treatment bleeding tumor

Intervention

- GI : EGB colonoscopy
- Urology : cystoscopy
- Interventional radiology : vessel embolization
- Radiation

Radiotherapy

- Radiotherapy (RT) was performed in cases of **widely spread , unresectable tumors, palliative symptom(Pain),bleeding**
- The outcomes were **unsatisfactory**
- A total of 19 patients (63%) had palliative RT because of widespread tumor (14 patients), recurrent tumor after incomplete surgical resection (7 patients), distant tumor metastasis (6 patients), and **severe tumor bleeding (8 patients)**

Radiotherapy

- Palliative radiotherapy provides pain relief in a median of 2-3 weeks for 60% of patients
- Where pain recurs, retreatment can be considered after at least four weeks to allow response
- Symptoms of bleeding, and malodour due to advanced cancers responded to palliative radiotherapy in 61%

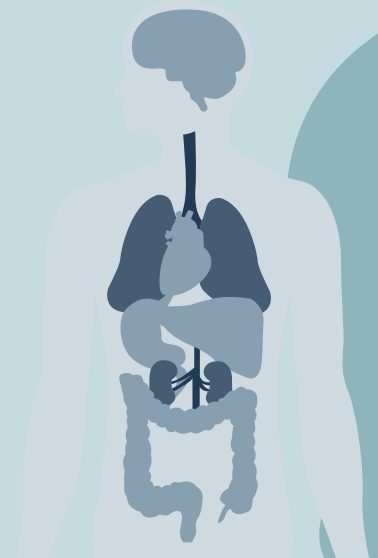
Role for blood transfusion

- Significant changes in **fatigue and dyspnea** were found immediately after transfusion, although the effect was partially lost 15 days after transfusion (Mercadante et al., 2009)
- Anemic population survival was longer in patients who had transfusion (15 days vs 8 days)

Role for blood transfusion

- The transfusion rate during the last 4 weeks of life was significantly higher (27%)
- Patients who had blood transfusion at the end of life lived **significantly longer** than the anemic patients who were not transfused.
- Blood transfusion may be **increased morbidity and mortality** perhaps because of fluid overload or higher plasma viscosity

How would you manage?



Family meeting

Advanced care plan

- Comfort care
- No ET tube
- No CPR
- No inotropic drugs

Anticipatory conditions

Massive bleeding (uncontrolled/shock)

- Palliative sedation

Infection (Infected tumor)

- No step ATB drugs แม้จะมี clinical septic shock
(Accept ตาม disease trajectory)

Anticipatory conditions

Anemia

- ไม่ keep Hct, ดู clinical เป็นหลัก
- พิจารณา LPRC เพื่อลด symptom เช่น dizziness, fatigue, dyspnea ตามความเหมาะสม

Suspected PE with RS failure

- No further investigation, keep comfort and symptom control

Protocol palliative sedation

- Morphine 40 mg iv stat
- Midazolam 2.5 mg iv stat then Midazolam(1:1) iv rate 1 ml/hr
- Notify palliative care ได้ตลอด 24 hrs

Terminal Hemorrhage in end of life care

- Anticipatory planning
- If significant bleeding can be anticipated, it is usually best to discuss ACP with the patient and their family
- An anticipatory care plan is helpful. This includes having **sedative medication** prescribed for use
- **Discuss resuscitation**; document and communicate resuscitation status
- Make sure all professionals and services involved are aware of the care plan, including out-of-hours services

Terminal Hemorrhage in end of life care

Non-pharmacological management

- Try to remain calm. Call for help. Talk to the patient and comfort them
- Put the patient in the recovery position
- If able, apply direct pressure to bleeding area with dark coloured towels
- The patient has a massive hemorrhage and is clearly dying, support and non-pharmacological interventions are more important until help arrives than trying to give sedative medication

Terminal Hemorrhage in end of life care

Sedative medication for use in massive terminal haemorrhage

If the patient is distressed, a rapidly acting benzodiazepine is indicated.

The route of administration guides the choice of drug:

- Intravenous (IV) access available
 - Midazolam 10mg IV or diazepam (emulsion for IV injection) 10mg IV
- Intramuscular (IM) injection
 - Midazolam 10mg can be given into a large muscle such as deltoid, gluteal.
- Rectal route or via a stoma
 - Diazepam rectal solution 10mg
- Sublingual
 - Midazolam 10mg can be given using a parenteral preparation or the buccal liquid (Buccolam® or Epistatus®)

Terminal Hemorrhage in end of life care

After the event

- Provide bereavement support to all, including family members who may be traumatized from witnessing the event and subsequently at risk for complicated grief and post-traumatic stress symptoms



**Thank you &
Any questions?**