

Palliative Case Conference ประจำวันพุธที่ 1 มีนาคม 2566



A 61-year-old Caucasian male with advanced bladder cancer. He had ongoing hematuria

How to provide care and make decision for foreign patient?

ขอเชิญมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วย
ระดับประคอง วันที่ 1 มีนาคม 2566 เวลา 12.00-13.30 น
ผ่านทาง ZOOM MEETING ID : 939 5257 6970 Password : 1234



Patient Profile

ผู้ป่วยชาย ชาวอังกฤษ อายุ 61 ปี

- สิทธิการรักษา: ชำระเอง
- ภูมิลำเนา Slough , Berkshire, England
- ที่อยู่ปัจจุบัน ต.บ้านเปิด อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- PC attending date 16/8/2565
- PPS ก่อน Admit 60%
- PPS ขณะ Admit 50%

%	Ambulation	Activity Level Evidence of Disease	Self-Care
100	Full	Normal No disease	Full
90	Full	Normal Some disease	Full
80	Full	Normal with effort Some disease	Full
70	Reduced	Can't do normal job or work Some disease	Full
60	Reduced	Can't do hobbies or housework Significant disease	Occasional assistance needed
50	Mainly sit/lie	Can't do any work Extensive disease	Considerable assistance needed
40	Mainly in bed	As above	Mainly assistance
30	Bed bound	As above	Total care
20	Bed bound	As above	As above
10	Bed bound	As above	As above
0	Death	—	—

Past history

CA Bladder with lung metastasis

- ผู้ป่วยมาด้วยอาการปัสสาวะเป็นเลือดและมีปัสสาวะแสบขัดเป็นบางครั้งตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2564 ได้ไปทำ U/S ที่ รพ.ขอนแก่นราม >> suspected infiltrative lesion at posterior wall แต่เนื่องจากมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายจึงถูกส่งตัวมายังรพ.ศรีนครินทร์ ต่อมาได้พบกับศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะก่อนได้ทำ CT whole abdomen with contrast ในวันที่ 9/3/2565
- CTWA 9/3/2565:
 - 4.4 cm urinary bladder tumor at left posterior wall, causing obstruction of left collecting system.
 - Suspected of skip lesion of tumor (7.7 x 5.8 cm) at lower pole of right kidney.
 - About 3.9 cm necrotic metastasis left pelvic lymph node is suspected.
 - Few pulmonary nodules in both lungs, Pulmonary metastasis is likely

Past history



- CXR 29/3/2565 official result >> No cardiomegaly , Plate like atelectasis at Lt.lower lung field , No pleural effusion, Unremarkable bony thorax
- s/p TURBT 30/3/65 >> high grade urothelial carcinoma

Past history

- เนื่องจากผล pathology ที่มี Lymphovascular invasion + CT เริ่มสงสัย lung metastasis ในเวลาถัดมา ผู้ป่วยได้ถูกส่งไปยังแผนกอายุรกรรมมะเร็งเพื่อพิจารณาเรื่องของ systemic therapy ในเดือน 4/2565 ต่อมาทางแพทย์เจ้าของไข้ได้ส่งทำ CT chest 29/4/2565 เพื่อประเมิน staging ต่อ
- CT chest พบ Multiple solid pulmonary nodules with feeding vessels sign at peripheral region of both lungs; size from 4-17 mm in diameter; pulmonary metastasis is suggested.

Past history

- ในเวลานั้นตัวผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ PPS 80% ECOG1 ได้รับการวินิจฉัย CA bladder stage V ทางแพทย์เจ้าของไข้จึงพิจารณาให้ first line palliative chemotherapy gemcitabine + cisplatin plan 4-6 cycles
- แต่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเงินจึงปฏิเสธและไม่ได้มาตามนัดหลังจากเดือน 4/2565
- ระหว่างนั้นผู้ป่วยยังคงมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดและลิ่มเลือดสลับกับอาการปวดท้องน้อยเป็นช่วง ๆ

Present illness

- CC : ผู้ป่วยมารพ.ด้วยอาการซึม 30 นาทีก่อนมารพ. (เดือนสิงหาคม 2565)

- Present Illness :

ญาติให้ประวัติว่า 5 วันก่อนมารพ. กินได้น้อยลง ไม่มีไข้ ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด

1 วันก่อนมารพ. หายใจเร็ว ปวดท้องน้อย ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีท้องเสียถ่ายเหลว ไม่มีเจ็บหน้าอก มีอาเจียน 3 ครั้งเป็นน้ำลาย ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด ไม่เจ็บหน้าอก แจ้งว่าปัสสาวะไม่ค่อยออกมากขึ้นเรื่อยๆ

30 นาทีก่อนมารพ. ซึมลงสับสน ตอบสนองช้าลง

Hospital course ก่อน PC attending

1. Alteration of consciousness due to sepsis with AKI and hyperkalemia + sepsis suspected from UTI

- 15/8/65 แรกจับ E1V1M4, BT 37 C, PR 98 bpm, BP 82/48 mmHg, RR 32/min
- Management: ETT -> E4VTM6, on PCV Pi 14, PEEP 5, FiO2 0.4
- Foley's catheter -> fresh blood with blood clot 100 ml -> irrigate 500 ml -> clear
- Management: empirical antibiotic piperacillin/tazobactam, norepinephrine (4:250) 10 mL/hr, titrate q 30 min

Investigation

CBC: **Hb 6.2**, Hct 20, MCV 74, Plt 169,000, WBC 8450 (N87 L10)

PT 13.2 ,PTT 22.7 ,INR 1.20

Blood chemistry : **BUN 160 ,Cr. 8.7 (baseline 2.3)**, eGFR 5.91

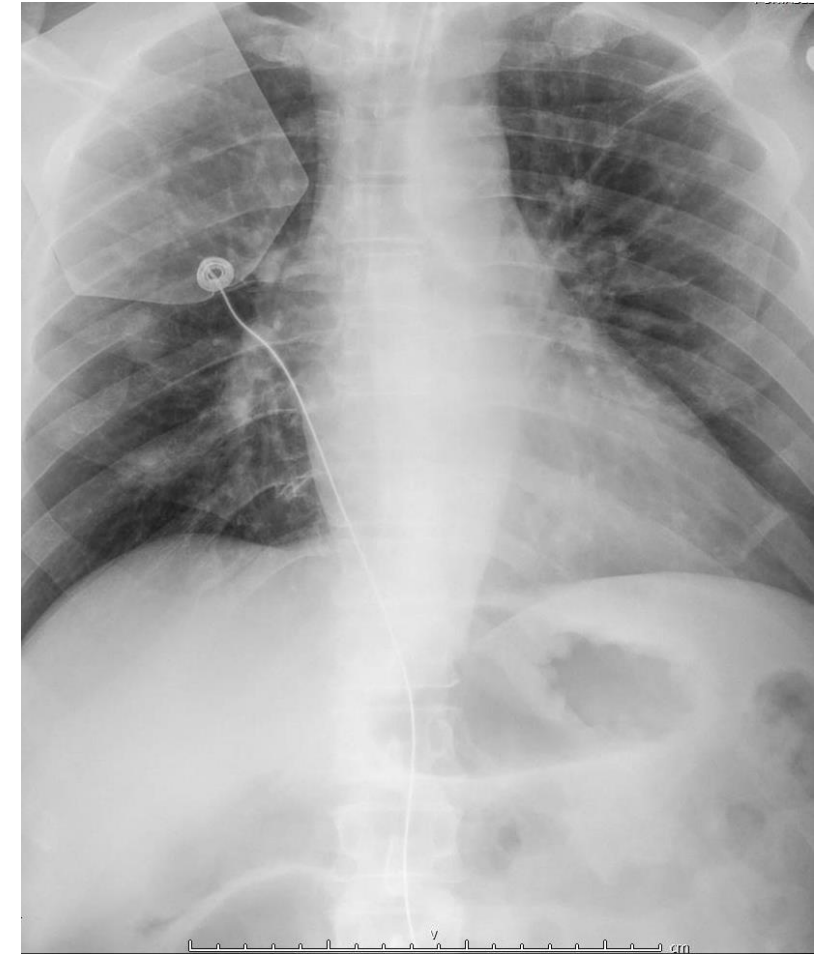
Na 128 K 6.1 (non hemolysis), HCO₃ 12, Cl 90 **Ca 7.3 P 9.3** Mg 1.7

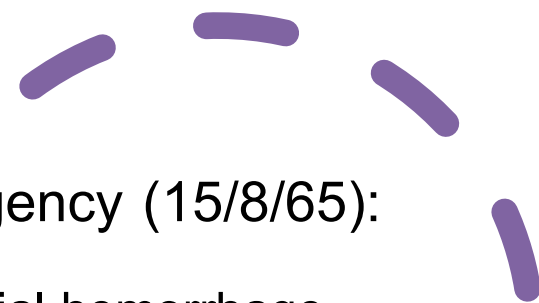
LFT : TB 2.5, DB 0.6, Alb 3.9, Glob 2.5 , ALT 23, AST 19, ALP 95

UA : Sp.gr 1.015 **WBC 30-50 , RBC > 100 Epi 0-1**

U/C – mixed organism, H/C x 2 : no growth

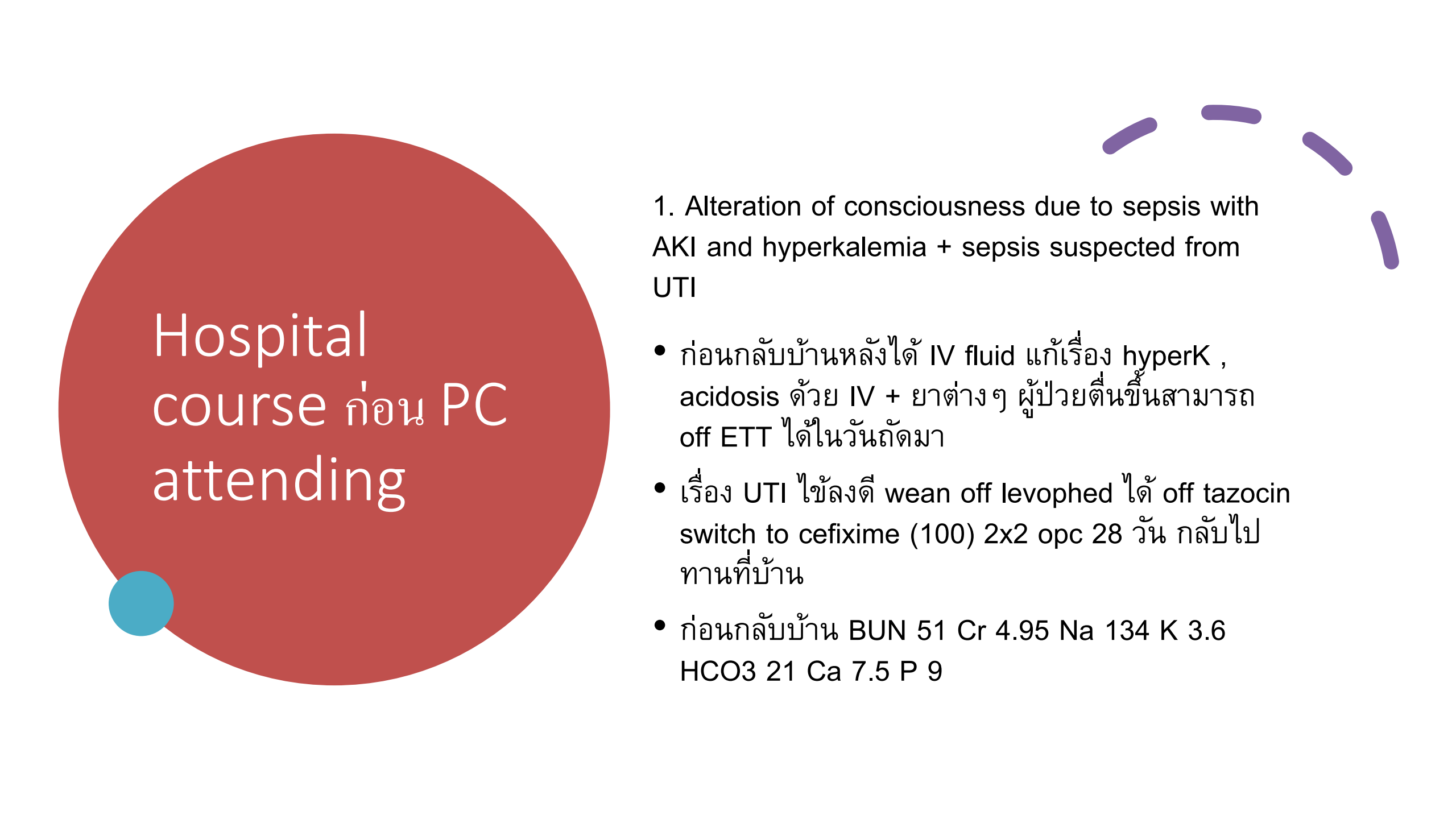
CXR วันที่ 15/8 วันแรกรับ : increase multiple lung metastases, ETT in place





Hospital course ก่อน PC attending

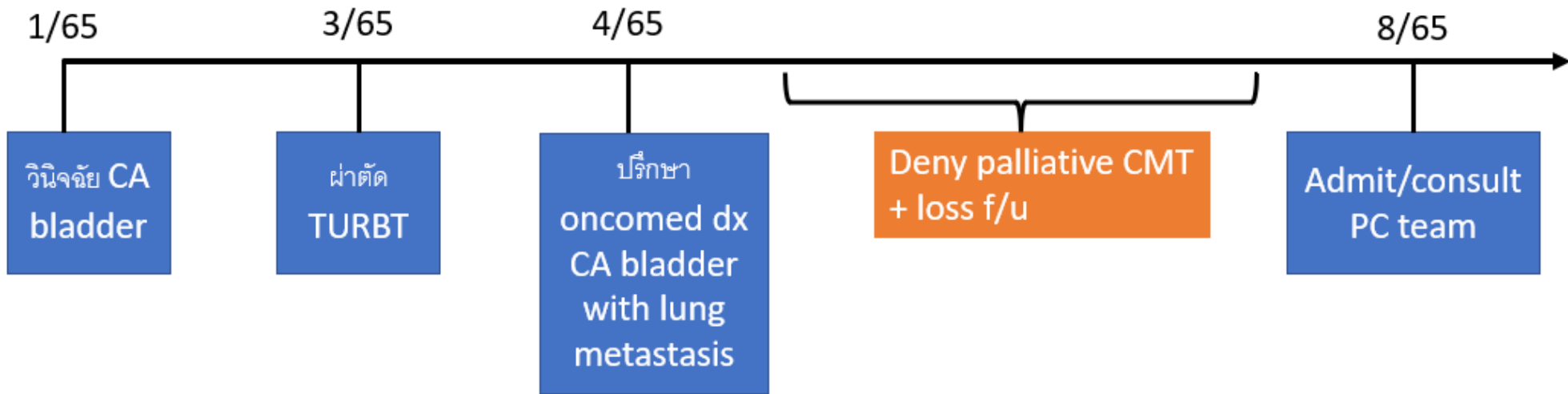
- CT brain with contrast emergency (15/8/65):
 - No evidence of acute intracranial hemorrhage.
 - A small hypodense lesion at right cerebral peduncle; possible lacunar infarction.
 - Aging brain atrophy.
 - Minimal right mastoid effusion.



Hospital course ก่อน PC attending

1. Alteration of consciousness due to sepsis with AKI and hyperkalemia + sepsis suspected from UTI

- ก่อนกลับบ้านหลังได้ IV fluid แก้เรื่อง hyperK , acidosis ด้วย IV + ยาต่างๆ ผู้ป่วยดีขึ้นสามารถ off ETT ได้ในวันถัดมา
- เรื่อง UTI ไข้ลงดี wean off levophed ได้ off tazocin switch to cefixime (100) 2x2 opc 28 วัน กลับไปทานที่บ้าน
- ก่อนกลับบ้าน BUN 51 Cr 4.95 Na 134 K 3.6 HCO₃ 21 Ca 7.5 P 9



Hospital course ก่อน PC attending

2. CA bladder with lung metastasis s/p TUR-BT 30/3/65 >> uroSx no further plan >> consult PC

3. moderate to severe anemia due to chronic blood loss and sepsis >> Initial lab: Hct 14% Management: PRC 2 units Hct >> 25%

Past history อื่นๆ

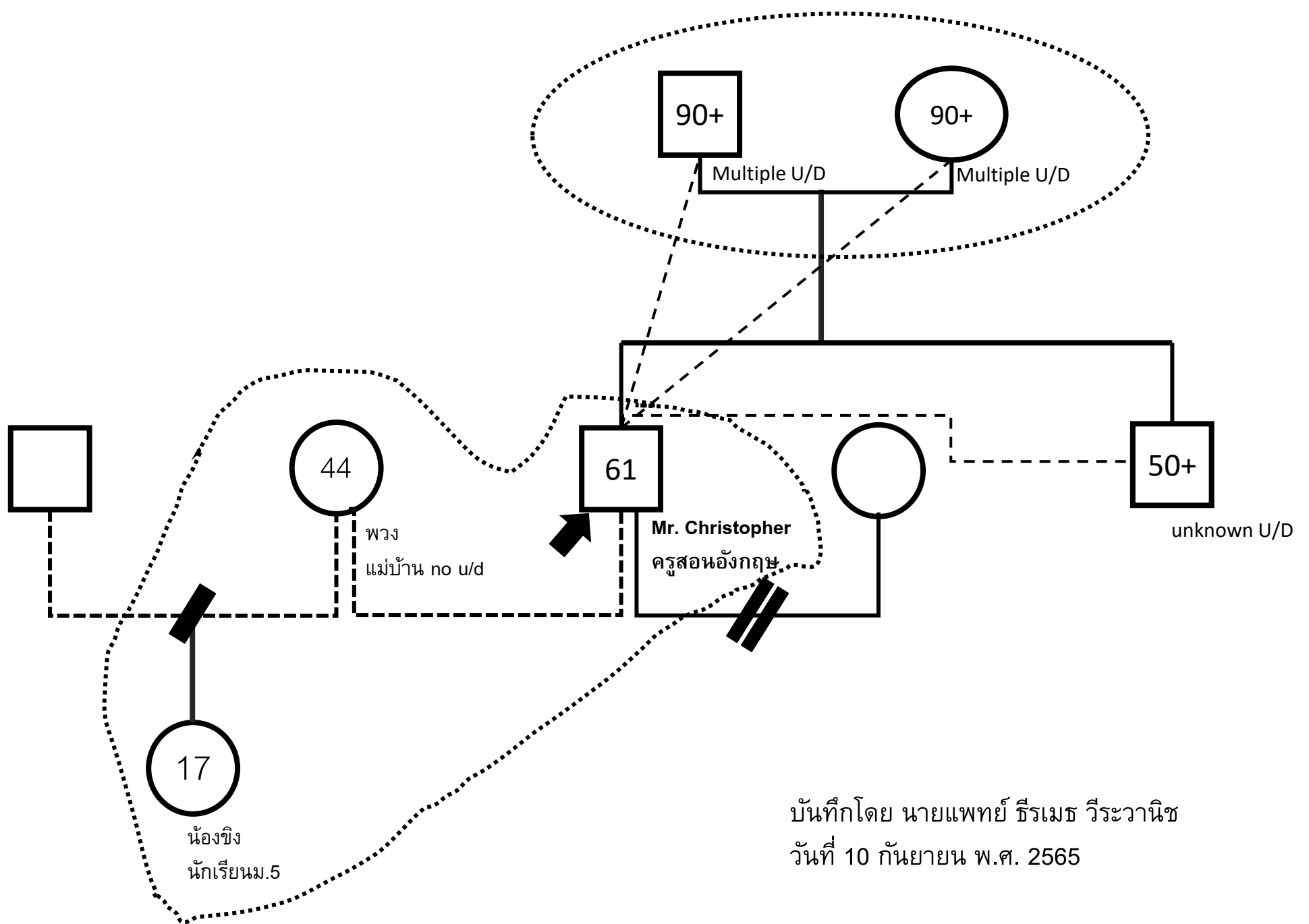
ประวัติอดีตอื่นๆ

- โรคประจำตัวและโรคร่วมอื่นๆ >> Hypertension ซ้ำยาทานเอง จำไม่ได้ว่ายาอะไร หยุดยามาตั้งแต่ตอนมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด

ประวัติส่วนตัว

- ปฏิเสธการสูบบุหรี่
- ดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเบียร์และไวน์เป็นครั้งคราว (2-3 ครั้ง/อาทิตย์)
- ปฏิเสธการใช้สารเสพติดอื่นๆ
- ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติครอบครัว ตัวผู้ป่วยเองแจ้งว่าพ่อและแม่ตนเองที่อายุ 90+ ปีป่วยเป็นหลายโรคต้องเข้ารพ.เป็นประจำแต่จำไม่ได้ว่าเป็นโรคใดบ้างและตนเองก็ไม่ได้กลับไปหาพ่อแม่ตนเองที่อังกฤษเกือบ 10 ปีแล้ว น้องชายก็ไม่ค่อยได้ติดต่อกัน 20 ปีมาแล้ว ไม่ค่อยสนิทกับคนในครอบครัว



PC assessment

Physical examination

General appearance: a Caucasian male, mild agitate, restrained

- V/S: BT37.2 C, PR 78 bpm, RR 12/min, BP 110/70 mmHg
- HEENT: pale conjunctivae, anicteric sclerae, on foley catheter
- CVS: normal s1s2, no murmur
- Lung: clear, no adventitious sound
- Abdomen: Soft, not tender, no palpable mass, mild tender at suprapubic on palpation
- Extremities: no edema, no rash, no petechiae
- Neuro: E4V5M6, pupil 2 mm RTLBE

Illness assessment

- Idea : ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการแพร่กระจายไปที่ปอด ไม่รู้ว่าสาเหตุเป็นจากอะไร ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมาแล้วเมื่อเดือนมีนาคมที่ผ่านมา ต่อมาแพทย์เสนอให้รับเคมีบำบัดต่อแต่ตนเองกลัวผลข้างเคียงกับไม่มีเงินใช้รักษาจึงไม่ได้มาตามนัด รอบนี้ที่มานอนรพ.อยู่ ICU ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นอะไร
- Feeling : รู้สึกสับสน/กังวลที่ตนเองเป็นภาระให้คนดูแลต้องพาตนเองมารพ. กลัวค่าใช้จ่ายไม่พออยากกลับบ้านไวๆ
- Function : ก่อนเข้ารพ.รอบนี้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติทุกประการ ขับรถไปตลาด ไปซื้อของช่วยเหลือตนเองได้หมดทุกอย่าง
- Expectation : อยากกลับบ้านไวๆ อยากกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมที่บ้านเหมือนที่เคยเป็นมา
แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) – 0 คะแนน

Social assessment

- ตัวคนไข้เดิมเป็นคนอารมณ์ดี นิสัยเป็นมิตรกับทุกคน ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยชอบมีนิสัยเอาแต่ใจตนเองมากขึ้นเรื่อยๆหลังจากที่ป่วย เคยเป็นทหารประจำวงที่อังกฤษ พอเกษียณมาได้มาใช้ชีวิตที่ไทยเป็นเวลา 10 กว่าปีแล้วที่ขอนแก่นและได้มาเจอคุณพวง ใช้ชีวิตร่วมกันในบ้านเช่า
- รับงานสอนภาษาอังกฤษในนักเรียนประถมศึกษามาเป็นเวลาหลายปีได้เงินเดือนหมื่นกว่าบาทต่อเดือนติดต่อมาหลายปี หลังตนเองป่วยเป็นมะเร็งทางโรงเรียนจึงไม่จ้างต่อทำให้ขาดรายได้ ไม่ค่อยได้ติดต่อกับครอบครัวที่บ้าน
- พ่อแม่ของผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค นานๆได้คุยกันที มีน้องชาย 1 คนแต่ขาดการติดต่อไปมากกว่า 20 ปี ผู้ป่วยแจ้งว่าตนเองไม่ค่อยถูกกับน้องชายเท่าที่ควร

Social assessment

- ได้รับบำนาญจากหน่วยงาน 30000 กว่าบาท/เดือน มีเพื่อนบ้านที่สนิทกันเป็นคนอังกฤษอีกคนหนึ่งคอยมาถามไถ่เรื่องต่างๆเวลาตนเองป่วย คุณพวงที่เป็นผู้ดูแลประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านรับจ้างได้เงินเดือน 5000-8000 บาทต่อเดือน รายได้ทั้งหมดของครอบครัวจะอยู่ที่ประมาณ 30000-38000 บาท/เดือน เสียค่าเช่าบ้านไปประมาณ 8000 บาทต่อเดือน
- เมื่อรวมกับค่าเล่าเรียนและค่าเลี้ยงดูลูกสาว ค่าอาหาร ค่าของใช้ต่างๆในบ้านแทบไม่มีเงินเก็บเหลือมากนัก เงินเก็บในอดีตของผู้ป่วยหมดไปกับการรักษาโรคก่อนหน้านี้เกือบหมดแล้ว
- เงินเก็บในบัญชีปัจจุบันเหลือประมาณหมื่นกว่าบาททั้งหมด ทางครอบครัวของผู้ป่วยหรือคุณพวงเองไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้เพราะทั้งคู่ขาดการติดต่อกับญาติของตนเองเป็นเวลาหลายปี

Spiritual Status

- H : Source of hope = มีความหวังว่าจะกลับไปใช้ชีวิตได้ตามเดิม อยากกลับไปสอนนักเรียน ชอบการสอนนักเรียน มีนักเรียนแหวะเวียนมาหาตนเองให้สอนอยู่ที่บ้านเรื่อย ๆ เป็นประจำหลังจากที่โดนลาออก นักเรียนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยได้ดี
- O : organized religion = ผู้ป่วยนับถือศาสนาคริสต์แต่ไม่เคร่งครัด ไม่ค่อยได้เข้าโบสถ์ อยู่บ้านเป็นหลัก ไม่ได้ยึดเหนี่ยวกับศาสนามากนัก
- P : personal spirituality and practices = คิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ไม่ได้ยึดติดกับพระเจ้ามากนัก
- E : effect on medical care and end-of-life issue = เรื่องตัวโรคคนไข้ไม่ยากทุกซ์ثرมากับการรักษาไปมากกว่านี้แล้ว ไม่อยากโดนใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะเลือดเพราะไม่ชอบ ถ้ารู้ว่าตนเองอยู่ในระยะท้ายของโรคอยากใช้ชีวิตอยู่ที่ hospice ไม่อยากเป็นภาระใคร อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด

Problems list

Biological

- 1. CA bladder with multiple lung metastasis s/p TURBT 3/2565 denied palliative CMT with intermittent gross hematuria
- 2. Hypertension
- 3. Chronic Kidney Disease stage 5
- 4. Chronic anemia

Psychological

- 1. Anxiety mood due to loss of functional capacity and financial concern

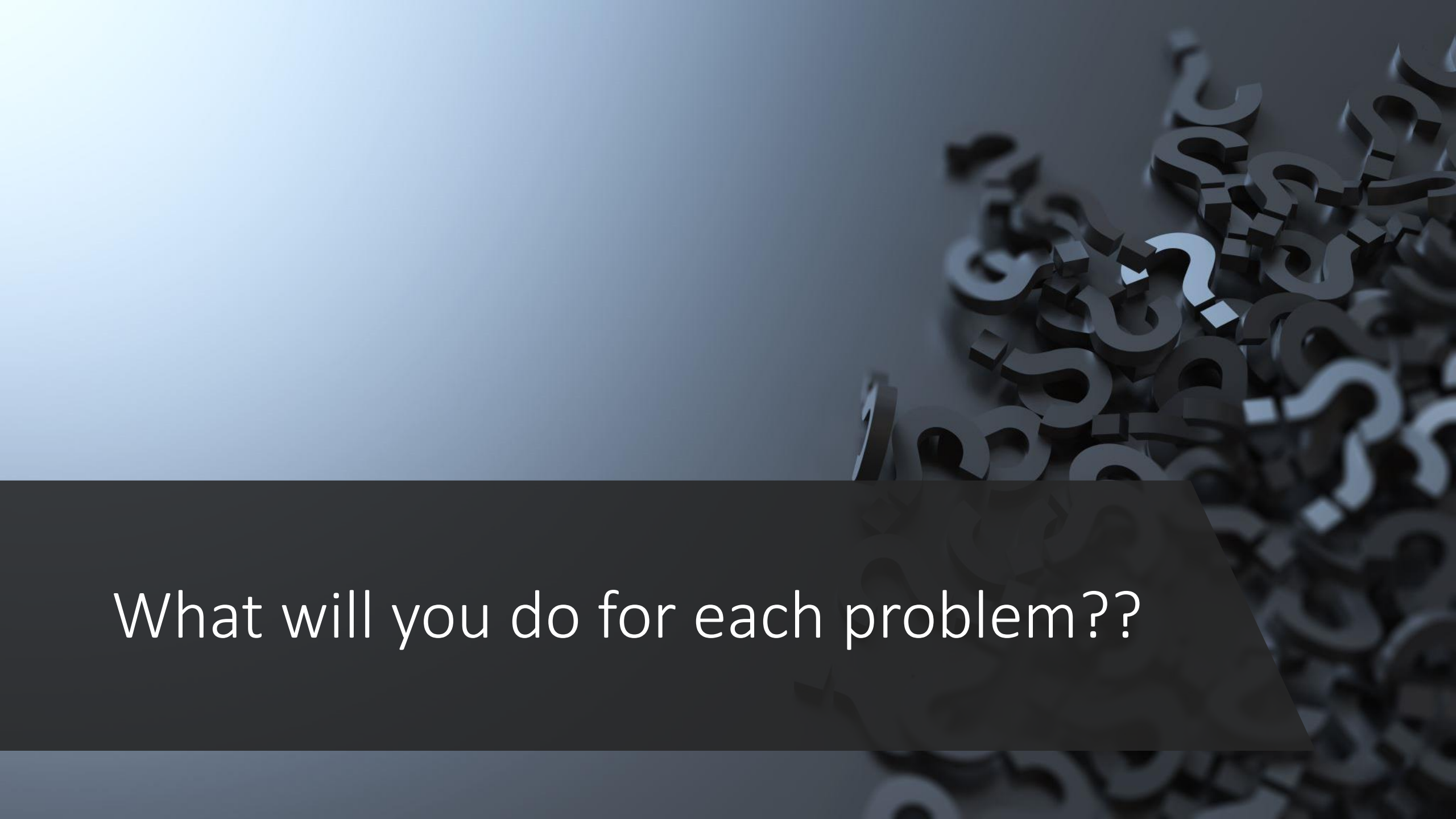
Social

- 1. Financial problem 2. Family distant

Spiritual – Don't want to be a burden in family

ESAS

- anxiety 4/10
- pain 3/10



What will you do for each problem??

1. CA bladder with multiple lung metastasis s/p TURBT 3/2565 denied palliative CMT with intermittent gross hematuria

- ทาง primary plan BSC เนื่องจาก progressive disease
- สามารถให้ palliative chemotherapy สูตร gemcitabine/cisplatin 4-6 cycles ได้ response rate อยู่ที่ประมาณ 10-20% ค่าใช้จ่ายโดยรวมประมาณ 150000-200000 บาท แต่ผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติไม่สามารถเบิกได้และมีปัญหาค่าใช้จ่าย

5-year relative survival rates for bladder cancer

Based on people diagnosed with bladder cancer between 2011 and 2017.

SEER Stage	5-year Relative Survival Rate
In situ alone	96%
Localized	70%
Regional	38%
Distant	6%
All SEER stages combined	77%

1. CA bladder with multiple lung metastasis s/p TURBT 3/2565 denied palliative CMT with intermittent gross hematuria

- ส่วนในเรื่อง pain ผู้ป่วยให้ pain score แค่ 1-3/10 ที่ bladder เป็นบางครั้งเวลาขยับตัวมากๆ ไม่ได้ร้าวไปไหน เป็นลักษณะของ visceral nociceptive incident pain จาก CA bladder ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหา CKD จึงได้พิจารณาให้ morphine syrup (2mg/ml) 1 ml po prn for pain/dyspnea q 2 hr กลับบ้านไปทาน
- นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมี anticipatory symptoms เรื่อง dyspnea จาก progressive lung metastasis การให้ morphine จะช่วยลดอาการ dyspnea ได้
- + Senokot 2 tabs po prn hs for constipation q 3 days

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีปัญหา ongoing hematuria จาก CA bladder ได้ปรึกษากับทีมแพทย์เจ้าของไข้และผู้ป่วยในเรื่องของการรักษาภาวะ ongoing hematuria ในเบื้องต้นคือการทำ continuous bladder irrigation (CBI) ที่บ้านเนื่องด้วยใช้ค่าใช้จ่ายน้อยสุดและมีผลข้างเคียงน้อย

ทั้งผู้ป่วยยอมรับแนวทางการรักษายินยอมทำ CBI ที่บ้านได้แนะนำเรื่องของ anticipatory symptoms เรื่อง anemia จาก ongoing blood loss ผู้ป่วยยินยอม on foley's cath 3 หางกลับบ้านเพื่อทำ CBI



1. CA bladder with multiple lung metastasis s/p TURBT 3/2565 denied palliative CMT with intermittent gross hematuria

- หลังทราบแผนของ primary เรื่องตัวโรคแล้ว จึงได้ชวนคุย ACP ต่อ
- ACP : full comfort, no Re-ETT, no CPR
- POD : home
- ผู้ป่วยได้กลับบ้านวันถัดมา

LIVING WILL (Sample 2)

I, being of sound mind, **willfully and voluntarily** state my desire to die naturally and do not wish to undergo life-sustaining treatment that serves only to prolong the process of dying, with its attendant burdens and expenses. I wish to be provided with symptomatic care in the following circumstances:

- I am in the terminal phase of illness.
- I am suffering with an incurable condition caused by injury or disease.

If I am in the condition(s) described above, I feel especially strongly about the following forms of treatment (Able to select more than one item and those selected items checked with my signature):

- ☒ I do not want tracheostomy
- ☒ I do not want mechanical ventilation.
- ☒ I do not want artificial nutrition and hydration.
- ☒ I do not wish to die in an intensive care unit (ICU).
- ☒ I do not want resuscitation (DNR).
- ☒ I do not want cardiac resuscitation.
- ☒ I do not want medical or other - treatments of complications.
- ☐
- ☐
- ☐

Where these medical treatments or procedures have been provided by public health professionals without their knowing the content of my living will or my wishes, I call upon such professionals to withdraw such medical treatments or procedures.

I call upon the health care providers or public health professionals to abide by my decision where feasible and appropriate as follows:

- ☒ I do not want mechanical ventilation.
- ☒ I do not want artificial nutrition and hydration.
- ☐
- ☐
- ☐

I call upon the health care providers or public health professionals to abide by my decision where feasible and appropriate as follows:

- ☒ To die at home.
- ☐ To provide spiritual healing or comfort (please specify, for example, listening to reading or chanting by a priest or monk).
- ☐
- ☐
- ☐

I designate (name) my wife
(spouse, child, relative, friend,) as my proxy to act on my behalf when I cannot communicate with other persons. My proxy will explain my true wishes or advise public health professionals about my advance care planning.

I sign this document voluntarily, and I make it upon witness. I also make a copy to be held by my proxy and witness in order that they may inform medical professionals and health care staff about the living will when I am admitted (to a health care facility).

Signed
Proxy
Witness ...
Witness ...
Person typi

2. Chronic Kidney Disease stage 5

-
- S : ก่อนเข้ารพ.รอบนี้ผู้ป่วยปัสสาวะได้ตามปกติ มีปัสสาวะเป็นเลือดและลิ่มเลือดเป็นครั้งคราว ไม่มีปัญหาเรื่องตัวบวม ไม่มีปัญหาเรื่องเหนื่อย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ช่วงหลัง 1-2 อาทิตย์ก่อนมารพ.ผู้ป่วยแจ้งว่าตนเองมีปัญหาปัสสาวะยาก ปัสสาวะไม่ค่อยออกเป็นบางครั้ง

- O: V/S stable BP 110/80 mmHg

Heart : normal S1S2, no murmur

Lung : clear

Ext : no edema

Blood chemistry : แรกรับ **BUN 160 ,Cr. 8.7>>** ก่อนกลับบ้าน **BUN 51 ,Cr 4.95**, K 3.6, HCO3 21, eGFR 11.7, Ca 7.3 P 9.2 เดิมเมื่อ 3/2565 Cr 2.35 eGFR 28.9

2. Chronic Kidney Disease stage 5

-
- ในผู้ป่วยรายนี้คิดถึง acute on top CKD โดย acute cause มาจาก prerenal cause
 - ส่วน chronic cause มาจาก intrarenal ที่เริ่มมี skip lesion at lower pole right kidney จากผล CT ล่าสุด + postrenal cause จาก ca bladder
 - แนะนำเรื่อง adequate hydration
 - ได้แนะนำให้งดอาหารที่มีฟอสเฟตสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงต่างๆ

- Charlson Comorbidity Index ได้ 11 คะแนน
- annual mortality rate 49%, 5-year survival rate 0 %

Score	Comorbid condition
1	Myocardial infarction (MI) Congestive heart failure (CHF) Cerebral vascular disease Peripheral vascular disease Dementia Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Connective tissue disease Peptic ulcer disease (PUD) Mild liver disease
2	Age ^a Diabetes Hemiplegia Moderate/severe renal disease Diabetes with end-organ damage Any solid tumor Leukemia Lymphoma
3 6	Moderate/severe liver disease Metastatic solid tumor Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

^a For each decade after 40 years, a point is added (1 point for age group 41–50, 2 points for age group 51–60, 3 points for 61–70, 4 points for 71 or older).

Factor Associated with Poor Prognosis in ESRD



2/4



Advanced age ≥ 80



“Surprise Question”



Modified Charlson Comorbidity Index ≥ 8 is associated with a 50% 1- year mortality



Karnofsky performance scale ≤ 40



Poor nutritional status: low serum albumin < 2.5 g/dL is associated with a 50% 1-year mortality

3. Chronic Anemia

- ผู้ป่วยมีปัญหา chronic blood loss จาก persistent hematuria ร่วมกับ anemia of chronic disease
- ในผู้ป่วยรายนี้จึงได้ folic 5 mg 1 tab po od + ferrous fumarate 3 tab po tid pc ในการทานเสริม
- ได้แนะนำเพิ่มเติมถึงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะผู้ป่วยควรได้รับเลือดเมื่อมีเหตุจำเป็นเท่านั้น และพิจารณาแล้วว่าการได้รับเลือดนั้นทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่ง fatigue from anemia จะเป็น anticipatory symptoms อย่างหนึ่งของผู้ป่วยรายนี้ในอนาคต

4. HT

- เคยเป็น hypertension sBP 150-160 mmHg ตลอด ทานยาแค่ตัวเดียวไม่เคยพบแพทย์ แต่หลังจากเข้ารพ.รอบที่แล้วผู้ป่วยมีปัญหาความดันต่ำจึงได้หยุดยาไป
- ไม่มีอาการปวดหัว ใจสั่น ตาพร่ามัวหรือแขนขาอ่อนแรง แน่นหน้าอก
- ไม่เคยมีช่วงไหนเกิน 130/80 mmHg จึงเห็นด้วยที่หยุดยาไป
- ผู้ป่วยความดันค่อนข้างต่ำลงในรอบนี้จากภาวะ ongoing blood loss + sepsis ร่วมด้วย

Psychosocial problem

4. Anxiety mood ทั้งญาติและผู้ป่วยมีความกังวลในเรื่องของตัวโรคว่าหลังจากนี้จะต้องดูแลกันยังไงต่อไป มีแนวทางรักษาอย่างไรต่อไป และกังวลเรื่องการเงินเพราะเกรงว่าจะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- ได้ทำ family meeting bedside กับผู้ป่วยในช่วงค่ำวันที่ 15/8/2565 แจ้งตัวโรคตรงไปตรงมาให้รับทราบสถานการณ์ตรงกันกับทีมผู้รักษา การดูแลด้านตัวโรคได้แนะนำให้ไปตามแนวทางที่รายงานไปข้างต้น
- ไปประสานทีมเยี่ยมบ้านเรื่องการดูแลสาย foley การทำ CBI ที่บ้าน ได้แนะนำเรื่องการทานยาต่างๆ การมาตามนัด การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงช่องทางติดต่อต่างๆ
- หลังจากได้แนะนำแล้วผู้ป่วยกับญาติดูสบายใจขึ้น ช่วงหลังผู้ป่วยเริ่มมีอาการกังวลบางวันนอนไม่ค่อยหลับจึงได้เพิ่ม Lorazepam (0.5) 1 tab po prn hs for insomnia ได้ทานยาแล้วหลับดี

Psychosocial problem

5. Financial problem ครอบครัวของผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ต้องรอนานาญจากการตัวผู้ป่วยปลายเดือนตลอด ประกอบกับช่วงหลังที่คุณพ่อกำลังงานมาดูแลผู้ป่วยทำให้ยิ่งขาดรายได้

- P : ประธานนักสังคมสงเคราะห์ของหน่วยช่วยประเมินเรื่องความช่วยเหลือ

6. Family distant ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับครอบครัวไปนาน ทำให้ทางญาติคนอื่นๆของผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือการเงินได้

- P : เขียนจดหมายประสานกับหน่วยวิเทศสัมพันธ์ของรพ.เพื่อช่วยติดต่อสถานทูตอังกฤษในการติดต่อกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย แจ้งให้รับทราบถึงตัวโรคของผู้ป่วย

To Whom it may concern

[REDACTED] fellow of Karunruk Center, Srinagarind Hospital. I'm a member of the palliative patient care team of Mr. [REDACTED] who has responsibility in symptoms control (such as pain or breathing difficulties), planning of living will and coordination with palliative care team in other region.

Mr. Christopher has been diagnosed with urinary bladder cancer with metastasis to lungs in March, 2022, and has undergone surgery in March but deny receiving further chemotherapy due to financial problem. He has been admitted to Srinagarind Hospital since 15th August, 2022 due to alteration of consciousness (reduced alertness and awareness to surroundings). Surgeon and Urologist were in charge of him and suspect sepsis (severe infection) as the cause of his alteration of consciousness. He also has anemia, acute kidney injury, myocardial injury (heart cell injury). He was resuscitated with fluid, blood and intubation. He also given antibiotics. Today, his breathing was improved and his respiratory support, inotrope was removed successfully.

His conscious was diminished from chronic blood loss via urine due to his cancer. After the resuscitation, receiving blood and fluid, he regains his conscious. In this case, his health going to be slowly decline from his underlying diseases in months from ongoing anemia.

Upon admission, we asked him about his own preference of medical [treatments](#). At the end of his life or in the future, he denied receiving further resuscitation and life supports (such as performing CPR, intubation, inotropes, renal replacement therapy) except for blood transfusion. And now he was discharged from the hospital.

Our team had been discussed with specialists. As his condition will be decline from ongoing blood loss from hematuria, he will have months and months to live. The best present way to stop his hematuria is to do palliative radiotherapy for about 5-6 weeks at the hospital which required some expenses (approx. 30000-50000 baht). But Mr. Christopher cannot afford this expense. So our team try to contact with his family member via his facebook messenger but no any response from them except his cousins whom cannot be responsible of the expenses. We asked him so we know that Mr. Christopher was retired soldier and got some pension from his organization but he still cannot afford this. It would be really helpful if the embassy could contact his family members directly to address them about his condition or finding some foundation\organization which can help him with the expense for treating his condition and improved his quality of life in his end stage disease.

We are please to answer any question about Mr. Christopher medical condition you may have and looking forward for any supports from embassy and any family members.

Best regards

[REDACTED] iative Center, Srinagarind Hospital

สรุปลยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งหมดก่อนกลับบ้าน

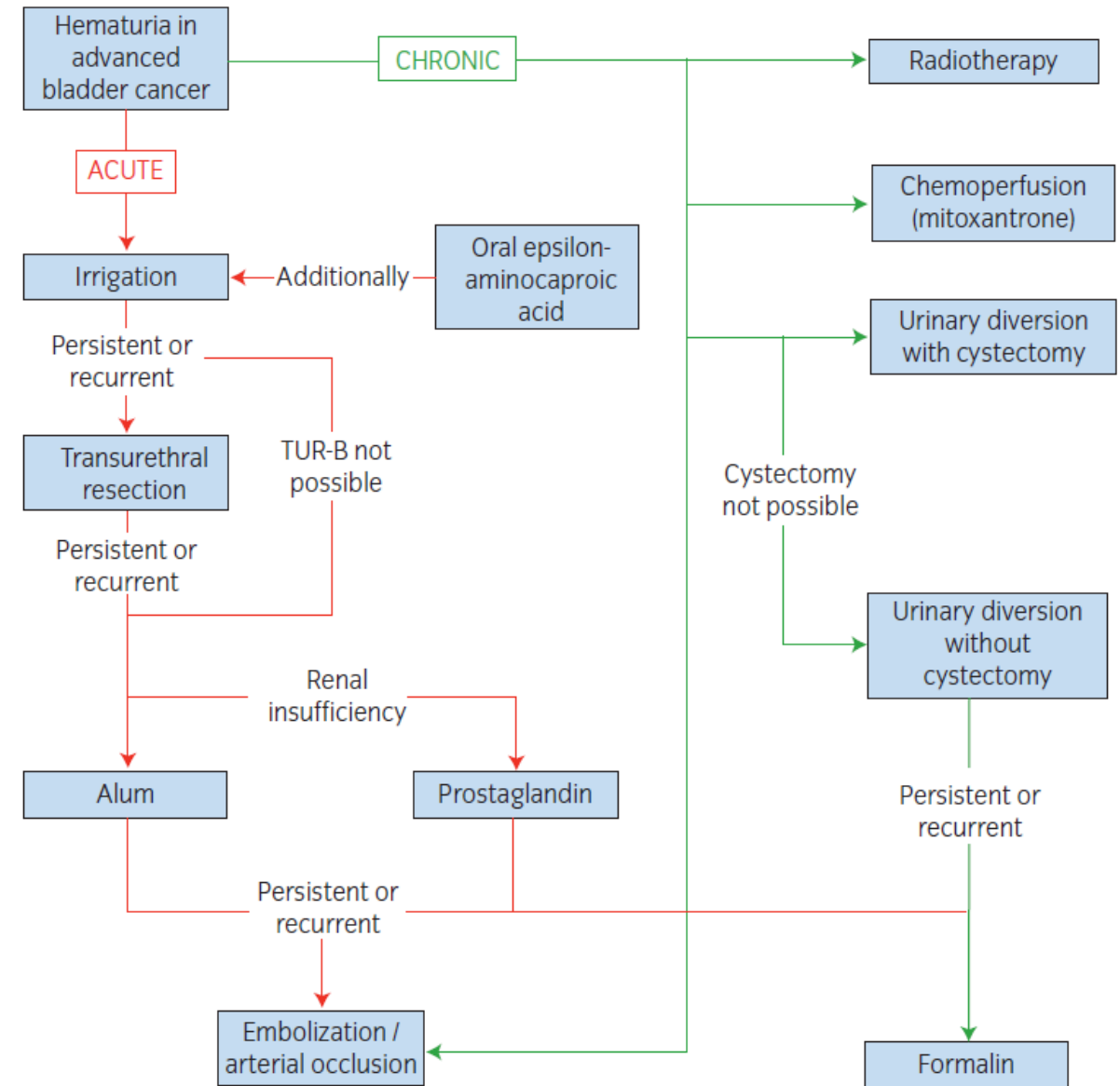
- 1. Cefixime (100) 2x2 opc x 28 days
- 2. Folic (5) 1x1 opc
- 3. Ferrous fumarate 1x3 opc
- 4. Morphine syrup (2mg/ml) 1 ml po prn for pain/dyspnea q 2 hr
- 5. Lorazepam (0.5) 1 tab po prn hs for insomnia
- 6. Senokot 2 tabs po prn hs for constipation q 3 days
- 7. NSS 1000 ml สำหรับทำ CBI 10 ขวด



What will you
do with
persistent
hematuria ??

Table 1 Treatment of intractable hematuria

Orally administered:	Epsilon-aminocaproic acid
Intravesical irrigation:	Formalin Alum Prostaglandin
Hydrostatic pressure	
Urinary diversion	
Hypofractionated radiotherapy	
Interventional radiology:	Embolization/arterial occlusion Chemoperfusion with mitoxantrone



What will you do with persistent hematuria ??

- อย่างไรก็ตามมีการพูดถึงการรักษาภาวะ ongoing hematuria จาก CA bladder ใน journal พบว่าการทำ **CBI** ไม่ช่วยในการป้องกันการเกิด **hematuria** ในคนไข้ advanced CA bladder
- การทำ **palliative cystectomy with urinary diversion** เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาหลังการผ่าตัด TURBT หรือ coagulation ที่ lesion แต่มีข้อจำกัดตรงที่ผู้ป่วยถ้ามีโรคประจำตัวมากและ preference ไม่ต้องการผ่าตัดหรือทำอะไรที่เจ็บตัวแล้ว จึงไม่ได้แนะนำวิธีการนี้
- หากพิจารณาจาก flow chart จะพบว่ามีอีกวิธีการที่สามารถใช้ได้และนิยมใช้ในผู้ป่วย ongoing hematuria จาก CA bladder คือการทำ palliative radiotherapy ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการปรึกษาเพื่อทำ palliative radiotherapy ในเวลาต่อมา และมีอัตราการตอบสนองที่ดี

Palliative Radiation Therapy for Macroscopic Hematuria Caused by Urothelial Cancer

Haiqin Zhang, MD,¹⁻³ Hidehiro Hojo, MD, PhD,^{3,*} Vijay Parshuram Raturi, MD,³ Naoki Nakamura, MD, PhD,³ Masaki Nakamura, MD,³ Masayuki Okumura, MD,³ Yasuhiro Hirano, MD,³ Atsushi Motegi, MD, PhD,³ Shun-Ichiro Kageyama, MD, PhD,³ Sadamoto Zenda, MD, PhD,³ and Tetsuo Akimoto, MD, PhD³

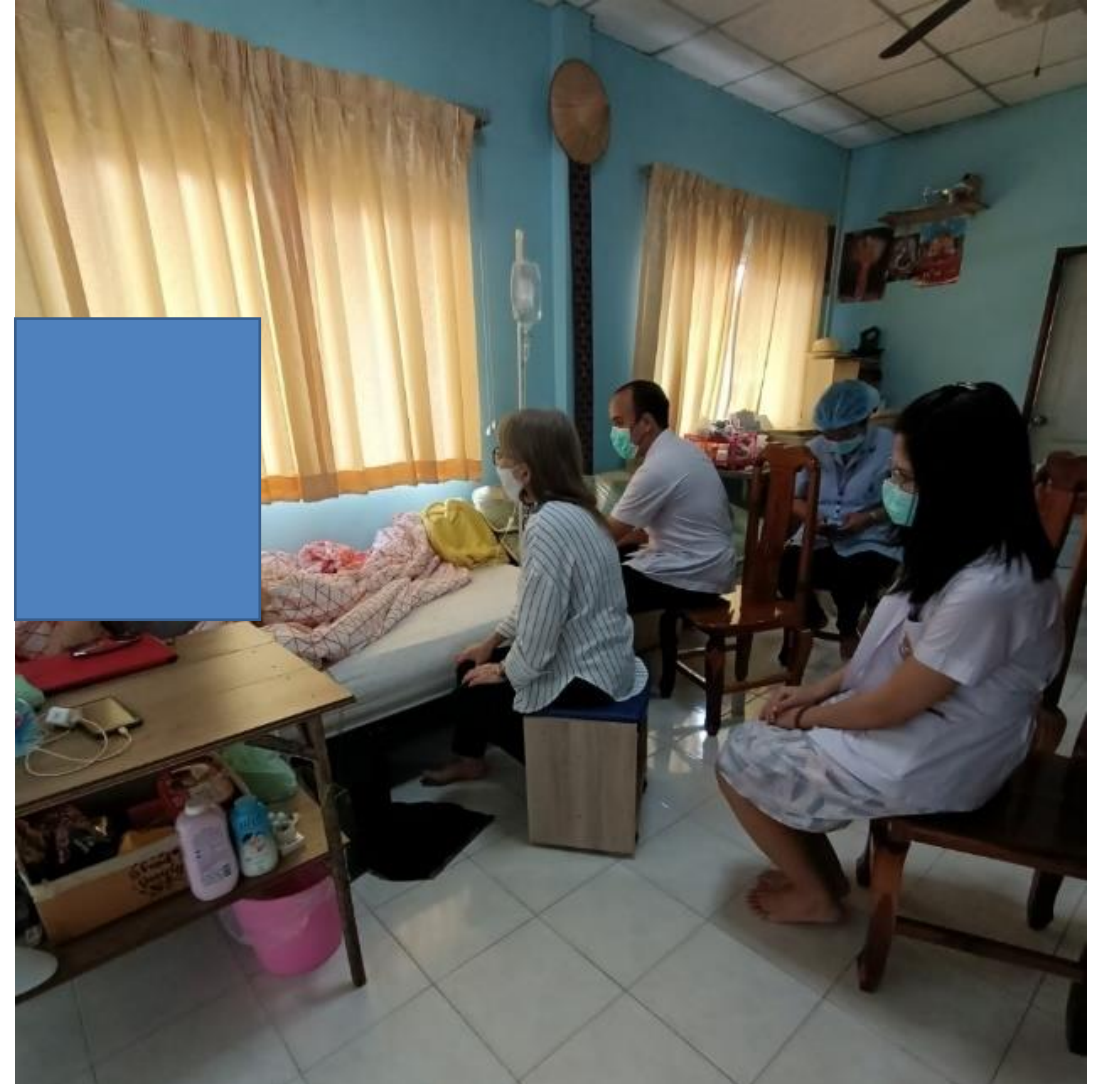
Abstract

Background: To assess the efficacy and toxicity profiles of palliative radiation therapy (RT) for macroscopic hematuria (MH) caused by urothelial cancer.

Methods: A total of 25 urothelial cancer patients with MH who underwent palliative RT between 2008 and 2018 were analyzed in this retrospective study. The hematuria-free survival (HFS) time was defined as the period from complete resolution of MH to the recurrence of MH, death, or the last follow-up examination. Adverse events were classified according to the Common Terminology Criteria for Adverse Events version 4.0.

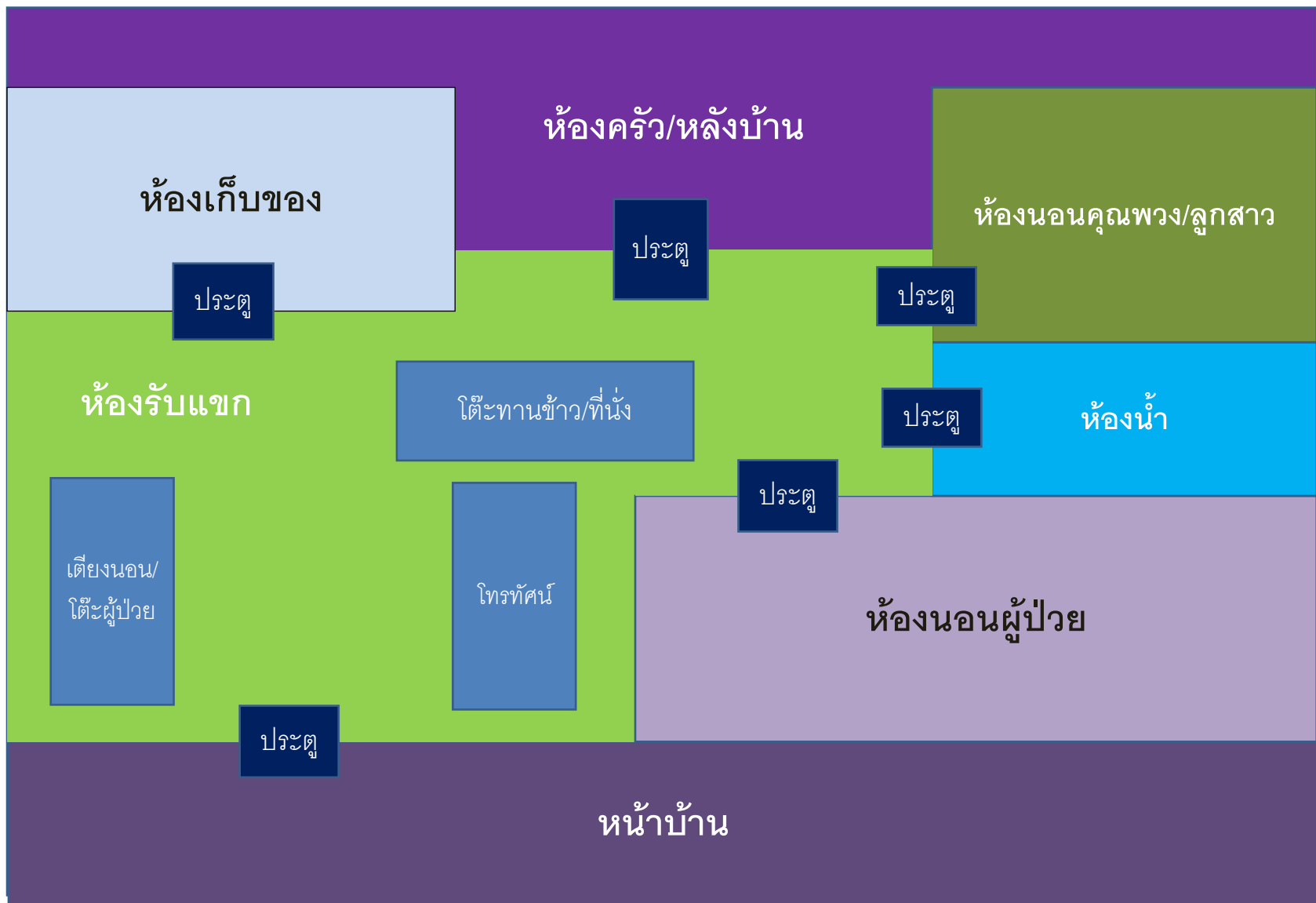
Results: By the end of the median follow-up duration of 90 days (11–886 days), complete resolution of MH had been achieved in 22 patients (88%), and the median interval between the start of RT and resolution of MH was 9 days (2–179 days). Of the 22 patients in whom the symptom resolved, 9 (41%) developed recurrent MH, and the median time to relapse of MH was 129 days (30–692 days). The median RT dose was 30 Gy (20–40 Gy). Nine (36%)

การติดตามครั้งที่ 1 ลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหลังออกจากรพ.



การติดตามครั้งที่ 1 ลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหลังออกจากรพ.

- นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2 อาทิตย์เพื่อรับยาต่อและติดตามผลเลือด
- ตาม email ที่เคยส่งให้ครอบครัวของคนไข้>> แจ้งว่าส่งให้ครอบครัวแล้ว ยังไม่ได้รับการติดต่อกลับจากพ่อแม่ ทางวิเทศสัมพันธ์ส่งจดหมายให้ทางสถานทูตแล้วแต่ยังไม่ได้รับการตอบกลับ
- แนะนำเรื่องการทำ **palliative RT for gross hematuria** แจ้งว่าค่าใช้จ่ายประมาณ 30000-50000 บาท ทำ 5-6 อาทิตย์ ทำวันละครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที >> คนไข้ยินดีทำเพราะอยากเอายาสวนปัสสาวะออกเพื่อใช้ชีวิตได้เอง อยากกลับไปสอนหนังสือ แต่ติดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
- อ.ศรีเวียงเสนอแนวทางให้ทางมูลนิธิการุณรักษ์เพื่อการดูแลระดับประคอง **ออกค่าใช้จ่ายให้ 50%** ผู้ป่วยยินดีรับความช่วยเหลือ ได้ส่งปรึกษาผู้ป่วยเพื่อวางแผนการฉายแสงในอีก 2 อาทิตย์ถัดมา ซึ่งผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์ RT 27/9/2565 >> plan palliative RT at bladder and right lower kidney 50Gy/25fx +/- boost bladder to 60 Gy



การติดตามครั้งที่ 2 นัดมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

- อาการทั่วไปคงที่ ไม่มีไข้ ได้มาฉายแสงที่กระเพาะปัสสาวะไปแล้วสี่รอบ
- อาการปัสสาวะเป็นเลือดหายในวันที่ 2 หลังฉายแสง
- ทำ CBI วันเว้นวัน ปัสสาวะยังออกดีวันละ 1-2 ลิตร ไม่เหนื่อย ไม่บวม ไม่แน่นอก
- หลังจากเริ่มฉายแสงผู้ดูแลขอหัวหน้างานออกมาดูแลผู้ป่วยช่วงฉายแสง หัวหน้างานอนุญาตแต่ไม่ได้รายได้ พอได้ทางมูลนิธิช่วยเหลือรู้สึกสบายใจมากขึ้น
- ช่วงหลังฉายแสงผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้นจากเดิมที่ปวดเฉพาะเวลาขับตัวกลายเป็นปวดตลอดเวลา PS 3-5/10 ทาน morphine syrup 3-4 ครั้งต่อวันแล้วดีขึ้น เริ่มติดเตียงมากขึ้น ทานได้น้อยลง
PPS 50%
- PE : same V/S WNL

การติดตามครั้งที่ 2 นัดมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

CBC: Hb 8.5 (เดิม 7.x) , Hct 29.5, MCV 77.6, Plt 465,000, WBC 8180 (N82 L9.4)

Blood chemistry : BUN 39.2 ,Cr. 2.35 (เดิม 4.xx) , eGFR 28.79

Na 137 K 4.4 HCO3 20.3 Cl 101

- A : # CA bladder with lung metastasis s/p TUR-BT, deny CMT, further surgery with ongoing hematuria on CBI with chronic anemia s/p palliative RT for hematuria d.4

CKD stage V >> improved

Family distant, financial problem

การติดตามครั้งที่ 2 นัดมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

- Pain >> background pain มากขึ้นสาเหตุสงสัยจาก progressive ca bladder จาก CT ก่อนฉายแสงครั้งสุดท้าย >> start MST (10) 1 tab po q 12 hr + MO-IR (5) 0.5 tab po prn for pain/dyspnea q 2 hr
- เรื่อง CKD stage V ค่า Cr ดีขึ้นหลังผู้ป่วยทำตามคำแนะนำ
- เรื่อง anemia หลังทานยาบำรุง folic และ ferrous fumarate ผลเลือดดีขึ้น
- เรื่องครอบครัว ผู้ป่วยแจ้งว่าพ่อแม่น่าจะได้รับการจดหมายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ส่งไปแล้วแต่ยังไม่มี การตอบกลับใดๆ ด้านทางสถานทูตอังกฤษได้โทรมาแจ้งกับผู้ป่วยว่าไม่มีหน่วยงานไหนสามารถช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยได้

สรุปลยาทั้งหมดหลังการติดตามครั้งที่ 2

- 1. MST (10) 1 tab po q 12 hr
- 2. MO-IR (5) 0.5 tab po prn for pain/dyspnea q 2 hr
- 3. Lorazepam (0.5) 1 tab po prn hs for insomnia
- 4. Senokot 2 tabs po hs
- 5. Folic (5) 1x1 opc
- 6. Ferrous fumarate 1x3 opc

การติดตามครั้งที่ 3 ทางโทรศัพท์ 3 อาทิตย์ถัดมา

- อาการ hematuria ของผู้ป่วยหายดี , ไม่ได้ทำ CBI แล้ว
- อาการปวดคุมได้ดีด้วย MST ไม่ได้ใช้ MOIR เพิ่มเติม
- เริ่มมี diarrhea หลังฉายแสง + pyuria + PPS 40% >> hold senokot + add cefixime + ORS
- เนื่องด้วยปัญหาค่าใช้จ่าย ประกอบกับบ้านเจ้าของเก่าไม่ยอมให้เสียชีวิตที่บ้าน ทางผู้ป่วยและผู้ดูแลตัดสินใจย้ายบ้านไปอยู่ในละแวกใกล้เคียงกันที่ค่าเช่าถูกกว่าจากเดิม 8000 บาทต่อเดือนเป็น 5000 บาทต่อเดือนและทางเจ้าของบ้านยินยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในบ้านหลังนี้ได้
- ต่อมาได้มาตามนัดเพื่อฉายแสง แต่ผู้ป่วยมีอาการระอึกมากจึงได้รับการส่งต่อมาห้องฉุกเฉิน

การจัดการแบบเฉพาะเจาะจง

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

Diarrhea in PC settings
- Not common

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

Diarrhea

- Post pelvic, abdomen radiation diarrhea
- Treat suspected cause
- Oral hydration solution
- Non specific therapy with Loperamide (4mg stat followed by 2mg after every unformed stools)
- Steroids in radiation enteritis
- Octreotide for refractory diarrhea

None of the patients developed grade 4 or grade 5 toxicities. The toxicities in the 25 patients included 1 (4%) patient with grade 1 urinary pain, 1 (4%) patient with grade 1 dermatitis, 3 (12%) patients with grade 1 diarrhea, and 4 (16%) patients with grade 1 increased urinary frequency. One patient each (4%) developed grade 2 urinary pain and grade 3 diarrhea.

8-12 % may have diarrhea post pelvic radiation for hematuria

Palliat Med Rep. 2020; 1(1): 201–207.

Patient	Grade 2 adverse events	Sex	Age	Primary tumor	Dose fractionation	Concurrent chemotherapy	Treatment volume	Others
1	Acute diarrhea	Male	72	Bladder cancer	50 Gy/25 fr	Intra-arterial chemotherapy with 5-FU	Whole bladder	
2	Acute diarrhea	Male	66	Bladder cancer	48 Gy/24 fr	Intra-arterial chemotherapy with cisplatin and pirarubicin	Small pelvis	
3	Acute diarrhea	Female	39	Ovarian cancer	30 Gy/10 fr	No	The disseminated tumor site of bladder invasion	
4	Acute proctitis	Male	75	Prostate cancer	20 Gy/5 fr	No	Prostate and the tumor site of bladder invasion	History of pelvic irradiation

Table 3. The details of the grade 2 adverse events. Abbreviations: *fr* fraction.

4 from 52 patients (7.6%)

Sci Rep. 2021; 11: 9533.

Recommended Guidelines for the Treatment of Cancer Treatment-Induced Diarrhea

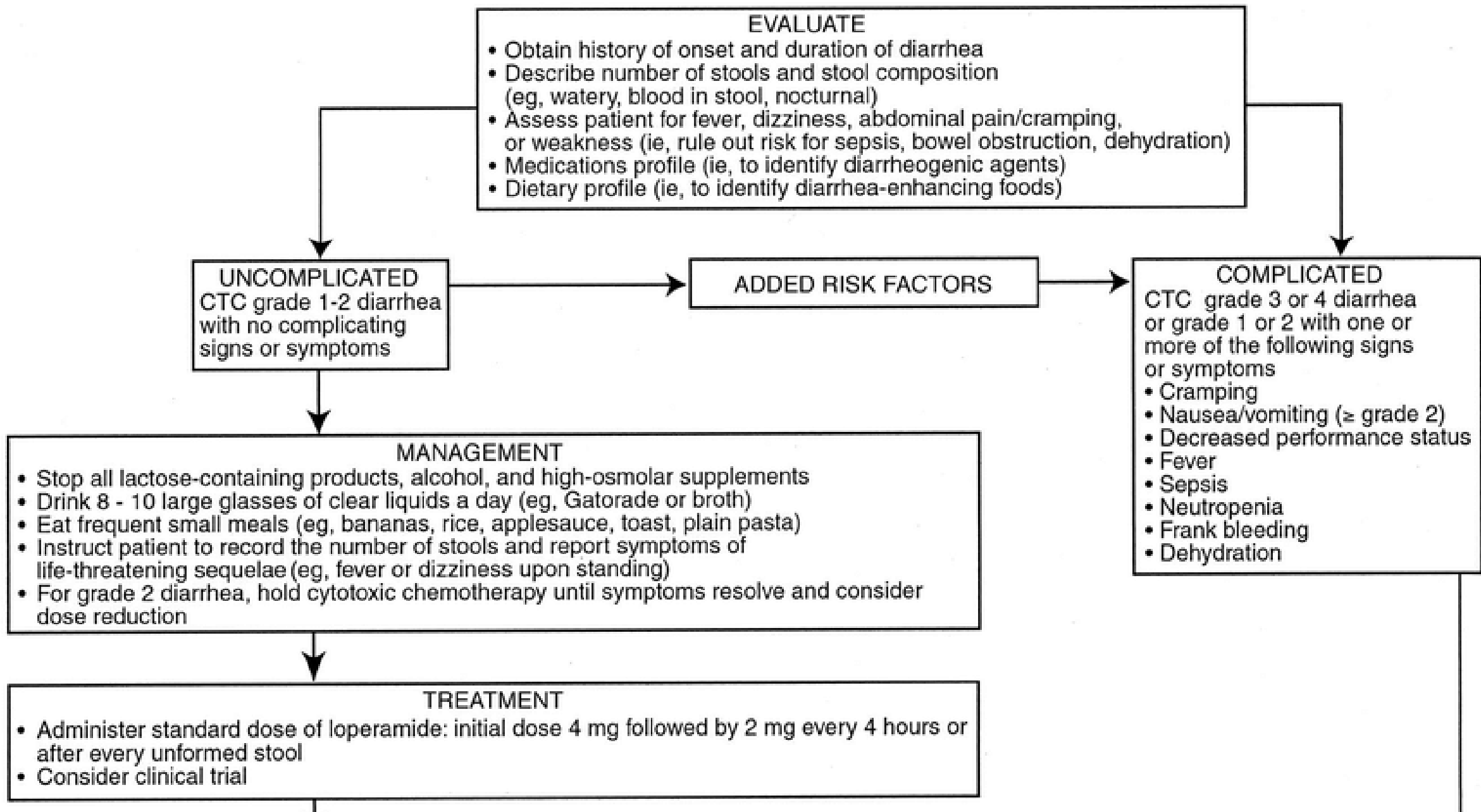
Al B. Benson III, Jaffer A. Ajani, Robert B. Catalano, Constance Engelking, Steven M. Kornblau, James A. Martenson Jr, Richard McCallum, Edith P. Mitchell, Thomas M. O'Dorisio, Everett E. Vokes, and Scott Wadler

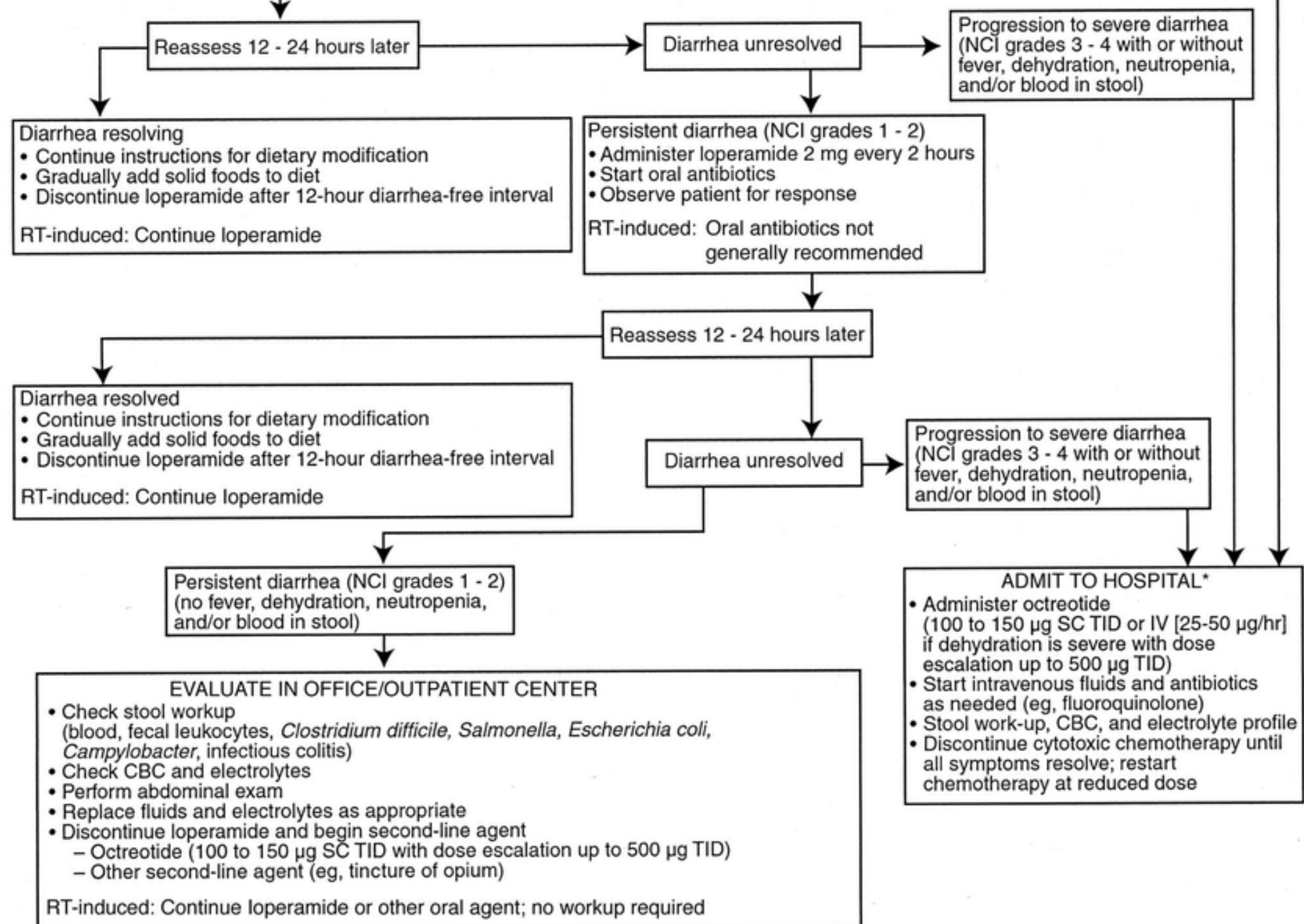
J Clin Oncol . 2004 Jul 15;22(14):2918-26.

Table 1. Common Toxicity Criteria (version 2.0) for Diarrhea

	Grade				
	0	1	2	3	4
Patients without colostomy	None	Increase of < 4 stools/day over pretreatment	Increase of 4-6 stools/day, or nocturnal stools	Increase of ≥ 7 stools/day or incontinence; or need for parenteral support for dehydration	Physiologic consequences requiring intensive care; or hemodynamic collapse
Patients with a colostomy	None	Mild increase in loose watery colostomy output compared with pretreatment	Moderate increase in loose watery colostomy output compared with pretreatment, but not interfering with normal activity	Severe increase in loose watery colostomy output compared with pretreatment, interfering with normal activity	Physiologic consequences requiring intensive care; or hemodynamic collapse

NOTE. Adapted from National Cancer Institute.¹³





การติดตามครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมาก่อนนัดที่ห้องฉุกเฉิน

- S : ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ**สะอึก**ไม่ทราบสาเหตุ เป็นมา 3 วัน อาการสะอึกเป็นเองทั้งวัน เป็นทุกๆ 2-5 นาที บางวันเป็นจนนอนไม่หลับในตอนกลางคืน บางช่วงหายเองไปเลยหลายชั่วโมงก่อนกลับมาเป็นใหม่ ช่วงหลังอาการสะอึกเป็นมากขึ้น ไม่มีเรอ ไม่แน่นอก ไม่ปวดลิ้นปี่ ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย
- ปัสสาวะยังออกดีพอๆเดิม สีใสไม่ขุ่น ไม่มีเลือด
- เริ่มกลับมามีท้องเสียช่วง 4 วันก่อนเป็นน้ำเหลวปริมาณ 100 ซีซี/วัน ไม่มีเลือดปน มีกลิ่นเหม็นเล็กน้อย
- ปัสสาวะวันละ 1-2 ลิตร ไม่บวม
- ทานได้น้อยลง PPS 40%

การติดตามครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมาก่อนนัดที่ห้องฉุกเฉิน

O: V/S BT 36.1 PR 107 RR18 BP 102/60 mmHg

- HEENT : mild pale conjunctivae, no icteric sclerae
- Heart : no murmur
- Lungs : clear and equal breath sound
- abdomen : soft, mild tender at suprapubic, no guarding
- extremities : no edema, no tremor
- NS : grossly intact

BUN 160 Cr 2.35 > 8.70 Na 137 > 128 K 6.1 Cl 90 HCO₃ 12.2
Ca 7.3 P 2.8 > 9.3 Mg 1.8

CBC: Hb 7.3, Hct 23, MCV 67.6, Plt 208,000, WBC 5560 (N87 L4.4)

CXR : increase size of multiple pulmonary metastasis



Table 1 | Frequent causes of persistent and intractable hiccups**Central nervous system**

Vascular	Infectious	Structural	Other
Ischaemic/haemorrhagic cerebrovascular insult	Meningitis	Brain injury	Neuromyelitis optica
	Encephalitis	Intracranial tumour	Parkinson's Syndrome
			Epilepsy, Multiple Sclerosis

Peripheral nervous system (phrenic, vagal and sympathetic nerves)

Gastrointestinal	Thoracic	Ear, nose and throat
Gastro-oesophageal reflux disease	Cardiovascular	Herpes zoster
Hiatus hernia	Myocardial ischaemia	Rhinitis
Oesophagus cancer	Pericarditis	Otitis
Stomach distension	Thoracic aneurysm	Pharyngitis
Peptic ulceration	Pulmonary	Foreign body in nose or ear
Pancreatitis	Bronchitis	
Abdominal abscess	Pneumonia	
Abdominal tumours	Asthma	
Bowel obstruction	Bronchial carcinoma	
	Tuberculosis	

Other causes

Toxic metabolic	Pharmacologic	Surgical	Psychosomatic
Hyponatremia	Steroids	Pharyngeal intubation	Anxiety
Hypokalemia	Dopamine agonists	Anaesthetic agents	Excitement
Hypocalcemia	Chemotherapy (platinum based agents)	Thoracic and upper abdominal surgical	Stress
Hypocapnia	Benzodiazepines	Endoscopy	Fear
Renal impairment	Opioids	Placement of central venous catheter	
Diabetes mellitus	Barbiturate		
Alcohol	Antibiotics (e.g. macrolides)		

Hiccup in PC settings

protracted hiccups > 48 hr
intractable hiccups > 1 month

Table 4 | Recommendations for treatment of persistent and intractable hiccups. Levels of evidence are based on those proposed by the Oxford Centre for Evidence Based Medicine (cebm.net). Pharmacological agents in italic script are noted as alternatives to more established medications

Pharmacological therapy	Level of evidence	Concerns
Recommended (typical dose/day)		
Baclofen (3 × 5–20 mg/day)	2b	Common or important side effects and safety concerns Sedation, renal impairment (in elderly patients with pre-existing disease)
Gabapentin (3 × 300–600 mg/day)	4	Sedation, visual disturbance, clumsiness/unsteadiness
<i>Pregabalin (2 × 75–150 mg/day)</i>	5	<i>Sedation (less often than gabapentin), breathing difficulties</i>
Second line		
Metoclopramide (3 × 10 mg)	2b	Neurological and other side effects* <i>less often than chlorpromazine</i>
<i>Domperidone (3 × 10 mg)</i>	5	Neurological side effects* <i>less often than metoclopramide</i> <i>Hyperprolactinemia, long QT syndrome/cardiac arrhythmia</i>
Third line		
Chlorpromazine up to 4 × 25–50 mg/day	4	Sedation, postural hypotension (common with iv dosing), neurological and other side effects*
Other choices		
Carbamazepine, 3–4 × 100–300 mg/day	4	Blurred vision, neurological and mood disturbance
Valproate dose titration to 20 mg/kg/day	4	Weight gain, liver failure, neurological and mood disturbance
Phenytoin 3 × 100 mg/day	5	Weight gain, coarse facies, neurological and mood disturbance
Nifedipine 60–180 mg/day	4	Hypotension, headache, peripheral oedema, respiratory effects
Amitriptylline initial 1 × 25–100 mg/night	5	Sedation, dry mouth, constipation, cardiac arrhythmia in overdose <i>consider if visceral hypersensitivity appears to be causative factor</i>
Nonpharmacological therapy	Level of evidence	Safety concerns
Hypnosis	5	None
Acupuncture (auricular, classic)	4	Transmission of infection by use of unsterilised needles
Nerve block (C3–C5, phrenic, vagal nerve)	5	Nerve damage, pneumothorax, diaphragmatic paresis
Implantation of vagal nerve stimulator or similar neuromodulation device	5	Risks of surgery, nerve damage, unwanted side effects of vagal stimulation/dysfunction

* Neurological side effects (acute dystonia, akathisia, tardive dyskinesia), impaired glucose tolerance, weight gain, increased mortality due to thrombotic and cardiovascular events.

สรุป dose ยาที่สำคัญ

- Clonazepam 0.25-1 mg po bid
- Haloperidol 0.5-5 mg po OD
- Metoclopramide 10 mg po tid
- Chlorpromazine 10-20 mg po hs
- Baclofen 5 mg po tid

การติดตามครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมาก่อนนัดที่ห้องฉุกเฉิน

CA bladder with lung metastasis with ongoing hematuria >>
hold RT + BSC

Acute on top CKD stage V with multiple electrolyte imbalance
>> admit for iv

Chronic Anemia suspected from hematuria + RT side effect >>
blood transfusion

Persistent hiccup >> hyponatremia, hypocalcemia, uremia

การติดตามครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมาก่อนนัดที่ ห้องฉุกเฉิน

- เนื่องจากเตียงที่รพ.เต็ม และผู้ป่วยมีแผนต้องนอนรพ. จึงได้คุยถึงการนอนรพ.กับผู้ป่วย
- ตัวผู้ป่วยไม่ยากนอนรพ.กลัวปัญหาค่าใช้จ่ายอยากได้ยากกลับไปทานที่บ้าน
- คิดว่าการนอนรพ.รอบนี้ มี benefit > risk และควรจะนอนเพื่อแก้ไขภาวะที่ยังแก้ไขได้
- ผู้ป่วยยินดีนอนรพ.ตามคำแนะนำ โดยส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.ศูนย์ขอนแก่นพร้อมกับแนบประวัติในเบื้องต้นพร้อมกับ ACP ไปด้วย

Progression

- หลังจากไปรพ. ศูนย์ขอนแก่น ทางแพทย์เจ้าของไข้ได้ติดต่อกับทีมแพทย์ระดับประคองของรพ. เพื่อทราบแผนเพิ่มเติมและ confirm ACP
- ผู้ป่วยได้นอนรักษาที่รพ. ศูนย์ขอนแก่นทั้งสิ้นเป็นเวลา 5 วัน จากการโทรสอบถามทราบว่าได้รับการรักษาโดยการให้ iv hydration แก้ไขภาวะ electrolyte imbalance ต่างๆ
- ผลตรวจอุจจาระปกติ ได้เพิ่มเลือดรักษา anemia เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ก่อนกลับบ้านจนอาการเสถียรหายดี และได้ยามาทานเพิ่ม คือ domperidone (10) 1 tab po prn for n/v, hiccup q 8 hr

Progression

- เนื่องจากผู้ป่วยกับผู้ดูแลได้ใช้เงินของมูลนิธิไปพอสมควรในการรักษา อ.ศรีเวียงจึงได้นัดคุยกับผู้ป่วย 16/11/65 เพื่อวางแผนการดูแลต่อ
- ตัวผู้ป่วยเดิมเป็นคนชอบสอนมาก และผู้ป่วยเองก็อยากสอนไม่อยากอยู่บ้านเฉยๆ ขณะตอนป่วยระหว่างการฉายแสงยังมีนักเรียนเก่าๆแวะเวียนให้สอนที่บ้านเป็นระยะๆ
- อ.จึงเสนอว่าหากผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้ดีแล้วจะให้มาสอนภาษาอังกฤษให้กับพยาบาลในหน่วยและให้ค่าจ้างตอบแทนเป็นครั้งคราว
- ผู้ป่วยยินดีเลือกข้อเสนอของอ.และวางแผนจัดเตรียมหลักสูตรที่บ้าน ซึ่งเป็นวิธีการตอบสนอง **spiritual need** ในระยะท้ายของผู้ป่วยรายนี้

Progression

- หลังจากกลับบ้านได้ 5 วัน ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยกลับมามีปัญหาท้องเสียเป็นน้ำลักษณะแบบเดิมอีกครั้งทั้งๆที่หยุดยาระบายแล้ว สงสัยว่าเป็นจากผลข้างเคียง domperidone ร่วมกับผลข้างเคียงจากการฉายแสงเดิม ผู้ป่วยทรุดลงกว่าเดิมมาก **PPS เหลือ 30%** ทานแต่น้ำหวาน ไม่มีความอยากอาหาร นอนเป็นส่วนใหญ่ ไม่สะอึก **ปัสสาวะออกลดลงเหลือ 800 ซีซี/วัน**
- ทางทีมผู้รักษาสงสัยว่าน่าจะเป็นปัญหาเดิมคือ Acute prerenal AKI on top CKD stage V with multiple electrolyte Imbalance
- ทางทีมแพทย์ได้ปรึกษา. ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาให้นอนรพ.อีกครั้ง แต่เมื่อพิจารณาหลายปัจจัยร่วมกันแล้วทั้งปัญหาด้านการเงิน ปัญหาโรคประจำตัวผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะท้ายและ ACP เดิม ได้รับคำแนะนำให้ลองให้น้ำเกลือที่บ้านทาง **subcutaneous route (hypodermoclysis)** รักษาเท่าที่ได้ ไม่ต้องเจาะเลือดและดูอาการกันเป็นวันๆอีกที จึงได้วางแผนลงเยี่ยมบ้านอีกครั้ง

การติดตามครั้งที่ 5 ลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหลังจากกรพ.

- อาการทั่วไปคนไข้ดีขึ้น
- นอนเป็นส่วนใหญ่ PPS 30%
- ปัสสาวะออกลดลงเหลือ 500-600 ml/day สีเหลืองใส
- อาการถ่ายเหลวลดลงหลังหยุดยา domperidone จิบ ORS ได้
- ไม่มีเพื่อสับสน ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย ทานได้น้อยลง ทานแต่ของเหลว ไม่มีกลิ่นติด
- นอนเป็นส่วนใหญ่ ถามตอบรู้เรื่องแต่ตอบสนองช้าลง
- ผู้ป่วยเองมีสีหน้าดีใจอย่างเห็นได้ชัดหลังมีการพูดคุยถึงเนื้อหาเบื้องต้นที่จะใช้สอนอังกฤษให้กลับพยาบาลในหน่วย

การติดตามครั้งที่ 5 ลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหลังจากกรพ.

O: at home visit BT 36.5 C BP 108/82 RR 12/min PR 80 bpm o2sat RA 97%

- General appearance: a cachexic caucasian male on foley cath, mild drowsy, good consciousness, clear yellow urine
- HEENT: **pale** conjunctivae, anicteric sclerae, on foley catheter
- CVS: normal s1s2, no murmur
- Lung: clear, no adventitious sound
- Abdomen: Soft, not tender, no palpable mass, **mild tender at suprapubic** on palpation, no full bladder
- Extremities: no edema, no rash, no petechiae
- Neuro: **mild drowsy**, oriented to time, place, person

การติดตามครั้งที่ 5 ลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหลังออกจากรพ.

- ผู้ป่วยและญาติเห็นด้วยกับทางทีม จึงเริ่มให้ 0.9% NSS 500 ml/day sc drip in 8 hr ที่หน้าขาด้านซ้าย สอนญาติให้น้ำเกลือ ติดตามอาการบวมบริเวณที่ให้น้ำเกลือหน้าขา ถ้าบวมมากสามารถดึงเข็มออกได้เองเลย





SPAGG

Coversheet for Specialist Palliative Audit and Guideline Group Agreed Documentation

This sheet is to accompany all documentation agreed by SPAGG. This will assist maintenance of the guidelines as well as demonstrating the governance process undertaken prior to members seeking local approval in their areas of work.

Document Title	Guideline for the use of subcutaneous hydration in palliative care
Document Date	September 2017
Document Purpose and Intended Audience	To provide guidance to generalist/specialist healthcare professionals in the use of subcutaneous hydration in palliative care

Guideline Statements

3 Patient Selection

3.1 Indications for use

- a. Dehydration contributing to poor renal clearance of opioids which are causing symptoms of toxicity.
- b. Dehydration due to drowsiness due to reversible causes (e.g. infection).
- c. Inability to swallow e.g. advanced head and neck tumour, unsuitable for gastrostomy or other artificial feeding tube.
- d. Symptoms due to dehydration that are not responding to other treatment (e.g. intractable nausea or vomiting, severe dry mouth or thirst).
- e. To meet fluid requirements in the short term when oral intake is inadequate and maintaining an intravenous line is difficult or inappropriate.
- f. Strong patient (or carer where the patient lacks capacity) informed preference for artificial hydration where there are no contraindications.

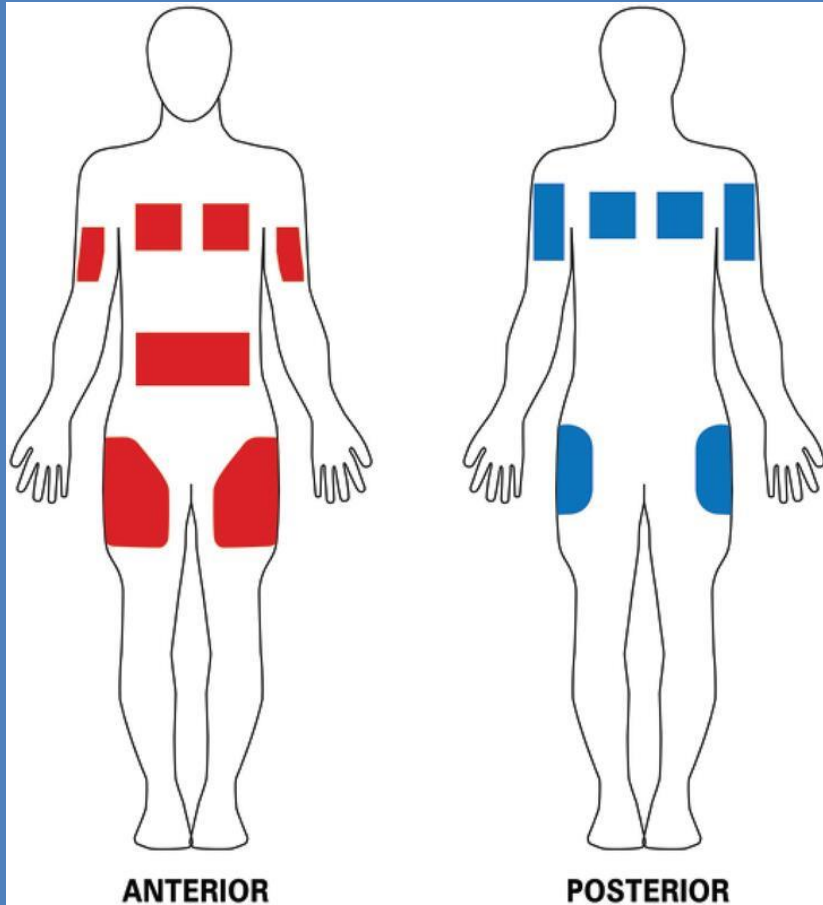
3.4 Cautions/ contraindications

- a. Risk factors for fluid overload and existing ascites, heart failure or peripheral oedema due to hypoalbuminaemia.
- b. Severe renal or hepatic failure.
- c. Severe dehydration, shock or any condition requiring the rapid administration of fluids, in large volumes or when careful titration and monitoring of fluids is required (these patients should be given intravenous fluids).
- d. Major bleeding or coagulation disorders.
- e. If the patient is imminently dying hydration will not improve survival or symptom management and may increase the risk of distressing respiratory secretions.
- f. For medication induced dry mouth.
- g. Patient refusal including applicable advanced decision to refuse treatment or lack of consent from an attorney named as lasting power of attorney for health and welfare.

- 5.4 The fluid of choice is sodium chloride 0.9% or dextrose saline (glucose 4% and sodium chloride 0.18%), which can be given as an infusion or in boluses up to a maximum of 2 litres per 24 hour period (see below). Other fluids or medications should not be administered via this route.

Infusion Regimen

Maximum continuous infusion rate:	up to 100ml/hour
Maximum infusion volume:	usually two litres over 24 hours with a maximum of 1.5-2 litres at any one site ^{1,6}
Maximum bolus dose:	500ml over one hour
The infusion may be given:	
• Continuously • Overnight • In boluses of 500ml per hour, two to three times each day with or without hyaluronidase	



The abdomen, chest and lateral aspects of the upper arm or thigh are recommended sites. The following should be avoided:

- a. Lymphoedematous / oedematous tissue as absorption will be restricted and problems with skin integrity could increase risk of infection
- b. Bony prominences
- c. Areas of skin with a rash, broken skin, areas of inflammation or infection
- d. Sites of tumour
- e. Peripheral limbs (distal to knees or elbows)
- f. Recently irradiated skin sites

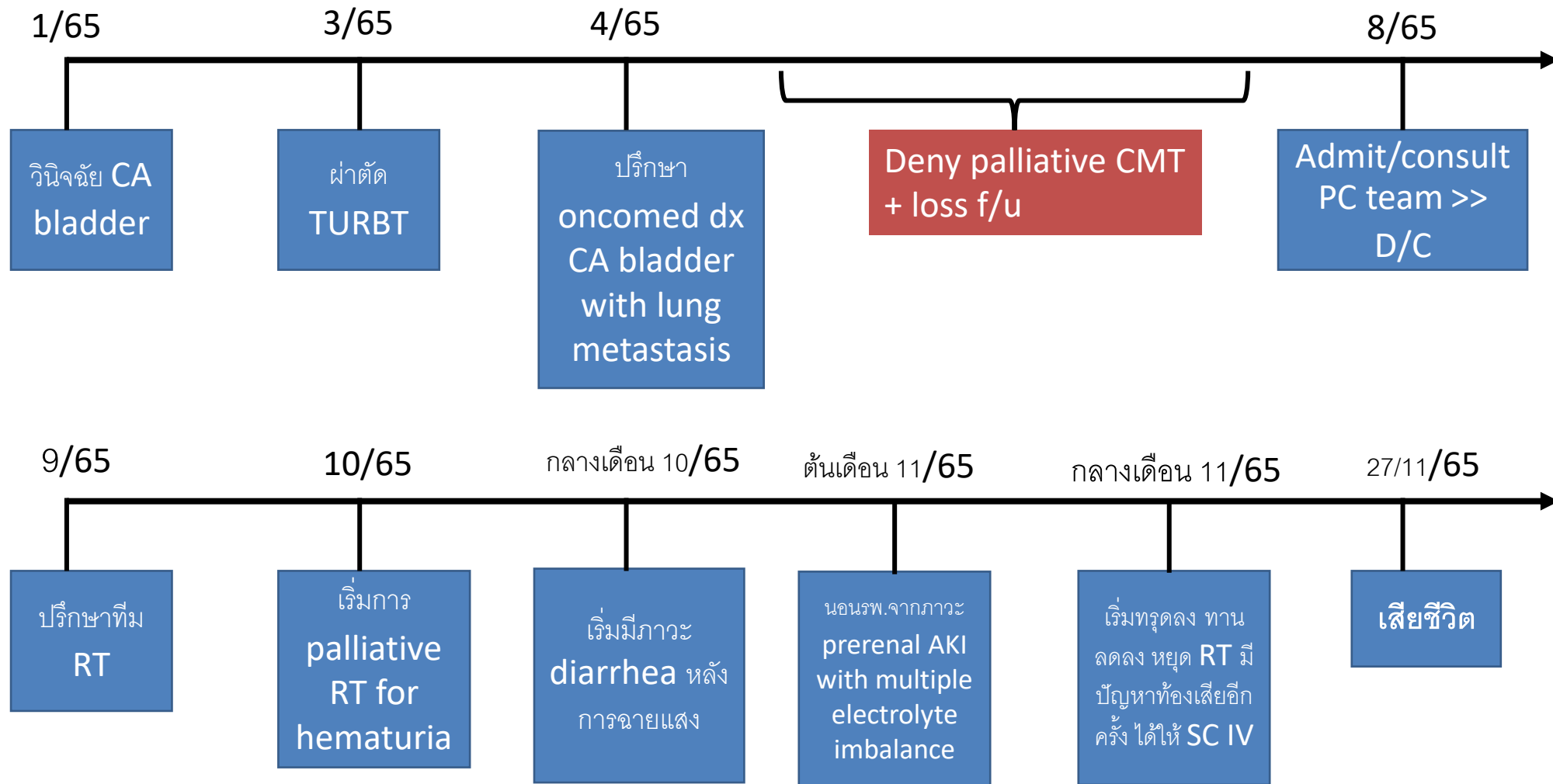
6 Managing complications

- 6.1 Increasing oedema may prompt review of risk benefit analysis or slowing of the rate of fluid infusion.
- 6.2 Where sodium chloride 0.9% is not being adequately absorbed hyaluronidase 1500 units may be given to improve absorption. It may be of benefit to patients in whom sites become quickly oedematous. It should not be used routinely as it can cause local irritation or systemic allergic reactions. To use hyaluronidase, dissolve 1500 units in 1ml water for injection or sodium chloride 0.9% and inject subcutaneously directly into the site to be used, then commence the infusion. Administer daily before infusion starts.
- 6.3 If a site becomes inflamed or infected, change infusion site, device or dressing and treat the inflammation/infection as appropriate to the patient's condition.
- 6.4 Accidental bolus of infusions rarely occur and does not require further management, however a delay in the commencement of the next bag of sodium chloride 0.9% (so as not to go over the 2 litres in 24 hours) may be required.

การติดตามครั้งที่ 5 ลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหลังออกจากรพ.

แนะนำญาติว่าผู้ป่วยกำลังจะเข้าสู่ระยะท้ายใน
ไม่ช้า ถ้าให้น้ำเกลือแล้วไม่ดีขึ้นดูอาการกัน
เป็นวันต่อวัน จากภาวะ sudden death ที่เกิด
จาก multiple electrolyte imbalance ญาติ
รับทราบและเข้าใจ ทำใจไว้แล้ว ทั้งญาติและ
ผู้ป่วยยืนยันขออยู่บ้านเหมือนเดิม ให้คาสาย
ปัสสาวะตามเดิมเพราะเดินไปห้องน้ำไม่ไหว

ญาติโทรมาแจ้งว่าผู้ป่วยเสียชีวิตในอีก 4 วัน
ถัดมาอย่างสงบ ไม่ได้มีอาการกระวนกระวาย
ซึมหลับลงและหยุดหายใจไปเองในช่วง 3
นาฬิกา วันที่ 27/11/2565 คาดว่าสาเหตุการ
เสียชีวิต sudden cardiac arrest จาก
hyperkalemia ที่มาจากภาวะ renal failure
เดิมของผู้ป่วย



Progression

- ในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากเป็นผู้ป่วยต่างชาติและมีผู้ดูแลเป็นคนลาว ทั้งคู่ขาดการติดต่อกับญาติไปนาน ทำให้การจัดการศพทำได้ยากเพราะไม่ใช่คนไทย เบื้องต้นหลังเสียชีวิต พยาบาลเวรจึงได้ทำการประสานรถรับศพมาฝากไว้ที่รพ.ก่อน
- หลังจากนั้นในเวลาราชการทางทีมจึงได้ประสานกับฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ของรพ.อีกครั้งเพื่อส่งจดหมายประสานกับสถานทูตในการแจ้งการเสียชีวิต โดยได้ออกใบรับรองแพทย์เป็นภาษาอังกฤษพร้อมกับสำเนาพาสสปอร์ตของผู้ป่วยและผู้ดูแลส่งไปให้ทางสถานทูตทางอีเมลล์ ทางสถานทูตตอบกลับมาขอใบมรณบัตรทร.5 เพิ่มเติม
- ทางทีมได้แนะนำให้คุณภุมารับใบรับรองแพทย์ภาษาไทยจากทางทีมเพื่อให้ไปแจ้งเสียชีวิตและรับใบมรณบัตร จากเทศบาล โดยคุณภู่ได้ให้เพื่อนที่เป็นคนไทยช่วยจัดการให้และได้ใบมรณบัตรทร.5 มาในที่สุด



FACULTY OF MEDICINE
KHON KAEN UNIVERSITY

November 28, 2022

Ambassador, British Embassy
AIA Sathorn Tower, Floor 12A
11/1 South Sathorn Road,
Sathorn, Bangkok 10120, Thailand
Fax: +66 (0) 2 255 9278
E-mail: info.bangkok@fdo.gov.uk

Subject:

Your Excellency

I am writing to inform to you about the death of British citizen

Srinagarind
2022, and

diagnosed with urinary bladder cancer with multiple lung metastasis and was given palliative care and end-of-life care at his home. He passed away at his home on **November 27, 2022**. The suspected cause of death was renal failure with multiple blood electrolytes imbalance.

Could you advise us of plans for the late Mr. WAY, and person formally authorized by the British Embassy to contact the hospital and receive body of late Mr. WAY for further religious ceremony. His contact person in Khon [redacted]
passport number [redacted]

We also wish to share our condolences at his passing. Should you require any further information, please do not hesitate to contact us, International Relations Office, MD, KKU, Email: duacha@kku.ac.th, Telephone: +66-(0)43-363387.

Your cooperation on this matter will be very much appreciated.

Sincerely,

Acting for the Director of Srinagarind Hospital



Srinagarind Hospital, Khon Kaen University Health Certificate Out Patient Department

Date 28 November 2022

Position General Practitioner

I have examined health of _____

1960 _____ at Srinagarind Hospital

I have examined him and found that he

was diagnosed with bladder cancer with multiple lung metastasis. He was given palliative care and end-of-life care at his home and was found death at his home on 27 November 2022. The suspected cause of death was renal failure with multiple blood electrolytes imbalance.

(Signature of Physician)

ในเวลาต่อมาทางสถานทูตจึงส่งเอกสาร
จัดการศพผู้ป่วยมาให้ทางอีเมลล์ ผู้ป่วยได้
จึงรับการประกอบงานศพที่วัดใกล้บ้านใน
วันที่ 3-5/1/2566 และเผาศพในวันที่
5/1/2566



British Embassy
Bangkok

สถานเอกอัครราชทูตอังกฤษ ประจำประเทศไทย
เอไอเอ สาทร ทาวเวอร์ ชั้น 11
11/1 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์: +66 (0) 2305 8333
โทรสาร: +66 (0) 2305 8296
www.gov.uk/world/thailand

19 ธันวาคม 2565

CONSULAR LETTER – การเสียชีวิตของบุคคลสัญชาติอังกฤษในประเทศไทย

เรียน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ด้วยสถานเอกอัครราชทูตอังกฤษ ประจำประเทศไทย ได้รับแจ้งว่า นายคริสโตเฟอร์

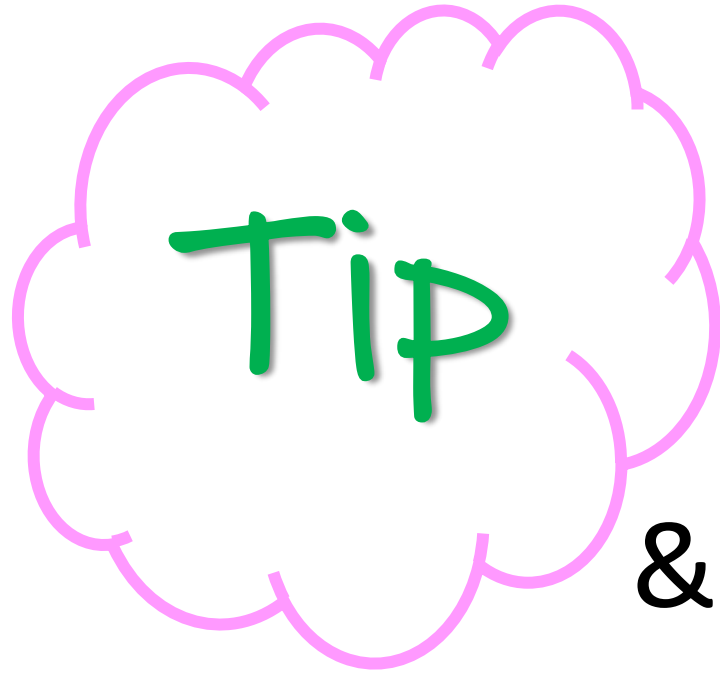


สถานเอกอัครราชทูตอังกฤษ ประจำประเทศไทย ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่าน
กรุณาอนุญาตในการดำเนินการเคลื่อนย้ายศพ รวมทั้งรับมอบสัมภาระและเอกสารสำคัญอื่น ๆ
พร้อมด้วยการรับรองเอกสารจากกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ และการขอรับรายงาน

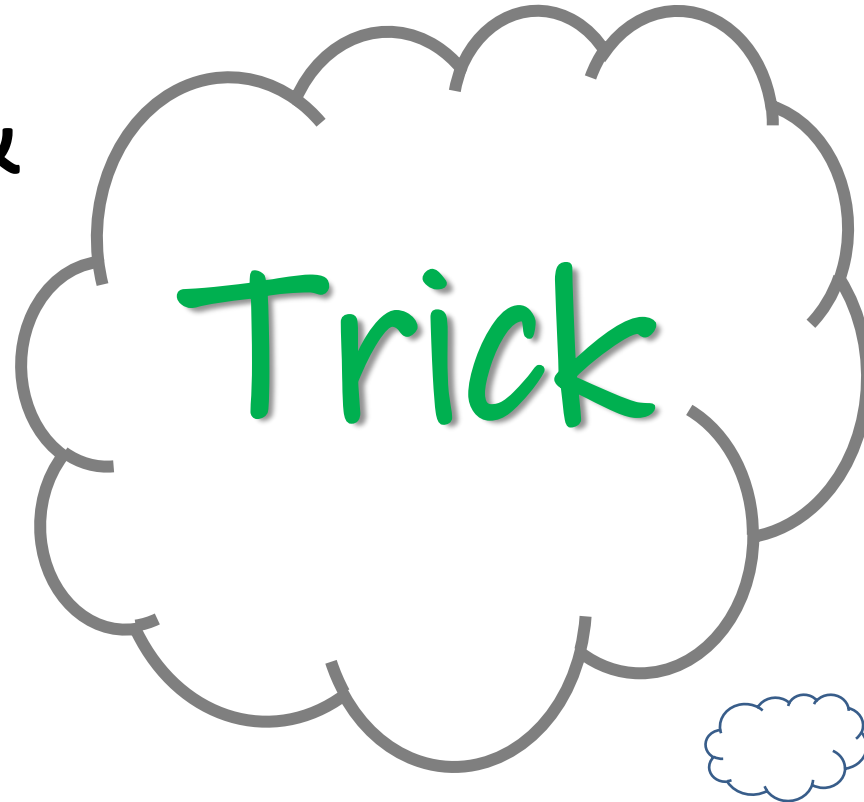


THANK

you



&





การประสานงานกับสถานทูต

เรียบเรียงและรวบรวม

โดย ดวงสมร ชาญกว้าง

นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการพิเศษ

งานวิทยาศาสตร์ ฝ่ายวิจัยและวิทยาศาสตร์

เอกสาร (ฉบับสำเนา) ที่ส่งจาก ฝ่ายโรงพยาบาล ส่งมาให้ ฝ่ายวิจัยและวิเทศฯ

➤ สำเนาหน้าหนังสือเดินทาง **Passport (ID Page)** ของผู้ป่วย

Tip - ขออนุญาตคนไข้ และ/หรือญาติ ในการบันทึกภาพหนังสือเดินทาง พร้อมแจ้งเหตุผลและความจำเป็น ซึ่งจะใช้ประสานงานกับสถานทูตเท่านั้น และจะแนบไปกับ หนังสือทางการ (official letter) ที่ลงนามโดย ผอ.รพ.

- หากถ่ายภาพด้วยมือถือ จะช่วยให้ได้ภาพสี สามารถส่งมาให้ นักวิเทศสัมพันธ์ทางไลน์

➤ ใบ **Medical Report / Medical Record** ฉบับ
ภาษาอังกฤษ หรือ ภาษาไทย (หวักระดาษมีตราสัญลักษณ์ คณะ
แพทยศาสตร์)

Tip - ใช้ฉบับที่แพทย์เจ้าของไข้ลงนาม

เอกสาร (ฉบับสำเนา) ที่ส่งจาก ฝ่ายโรงพยาบาล มาให้ ฝ่ายวิจัยและวิเทศฯ (ต่อจากหน้าที่แล้ว)

➤ ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล ภาษาพูดของหน่วยเงินรายได้เรียก **Statement**

Tip ที่ลงนามถูกต้อง โดยหัวหน้างานการเงิน หรือผู้ที่รับมอบหมาย (ซึ่งในเอกสารนี้จะมี HN ผู้ป่วย)

➤ กรณีเสียชีวิต หนังสือรับรองการตายฉบับภาษาไทย ลงนามโดยแพทย์เจ้าของไข้ (หัวหน้ากระดาศมีตราสัญลักษณ์ คณะแพทยศาสตร์)

➤ สำเนาบัตรประชาชนของภรรยาชาวไทย หรือ เพื่อนของผู้ป่วย หรือญาติพี่น้องที่อยู่ต่างประเทศ หากจำเป็น ต้องแจ้งข้อมูลสถานทูต

Tip พร้อม **E-mail address** และ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของเพื่อนชาวไทย หรือญาติพี่น้องที่ต่างประเทศ (หากมีข้อมูล)

เอกสารที่จัดทำ และเสนอ
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ลงนาม

...(สัญชาติ)....

Citizen in
Srinagarind
Hospital

- ชื่อ **ชื่อกลาง** นามสกุล
- สัญชาติ
- ถิ่นหนังสือเดินทางประเทศอะไร
และ เลขที่หนังสือเดินทาง
- วัน เดือน ปี เกิด และ อายุ ปี เดือน
- **สถานที่เกิด** (ดูได้จากในหนังสือ
เดินทาง)
- วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือเดินทาง
และวันที่ หนังสือเดินทางหมดอายุ



British Citizen in Srinagarind Hospital

กรณี

กำลังเข้า

รับ

การรักษา

เอกสารที่จัดทำ และเสนอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ลงนาม

Notification of death

- ชื่อ **ชื่อกลาง** นามสกุล
- สัญชาติ
- ถิ่นหนังสือเดินทางประเทศอะไร และ เลขที่หนังสือเดินทาง
- วัน เดือน ปี เกิด
- **สถานที่เกิด** (ดูได้จากในหนังสือเดินทาง)
- วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือเดินทาง และวันที่หนังสือเดินทางหมดอายุ

ตัวอย่างชื่อที่มีชื่อย่อกลาง มากกว่า 1 ชื่อ

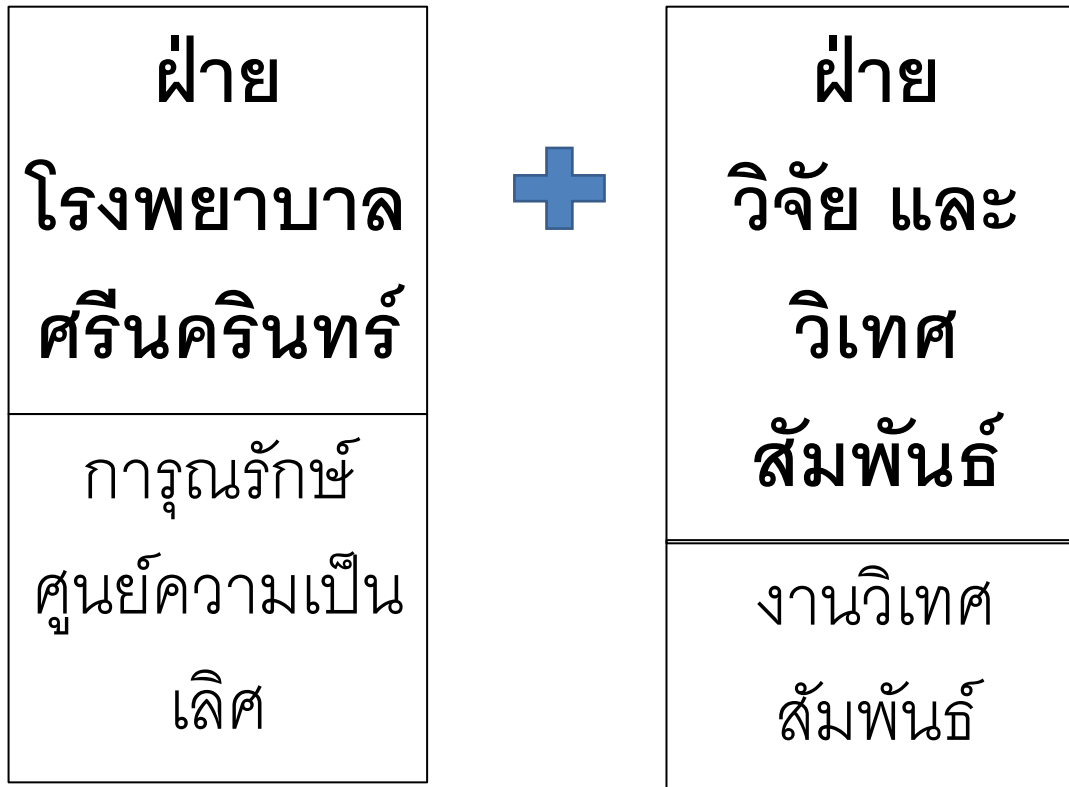
Mr. **ROGER** **JEAN** **L.** **DE** **BLOCK**

Tip พยายามเขียนให้ครบ
ที่สุด เนื่องจากชาวตะวันตก
จะมีชื่อซ้ำกัน จำนวนมาก

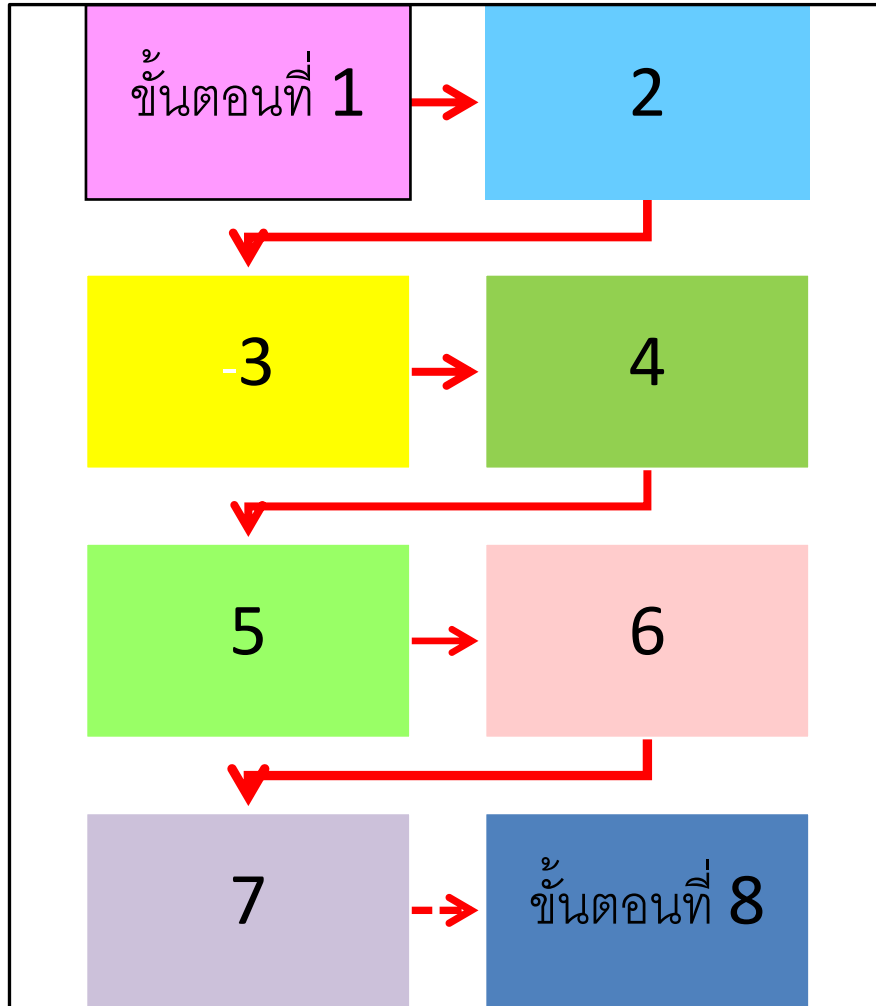
เริ่ม LEAN ?

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการเสริม
นอกเหนือจากการรักษาพยาบาล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
ของผู้ป่วยและอำนวยความสะดวกผู้ที่เกี่ยวข้อง

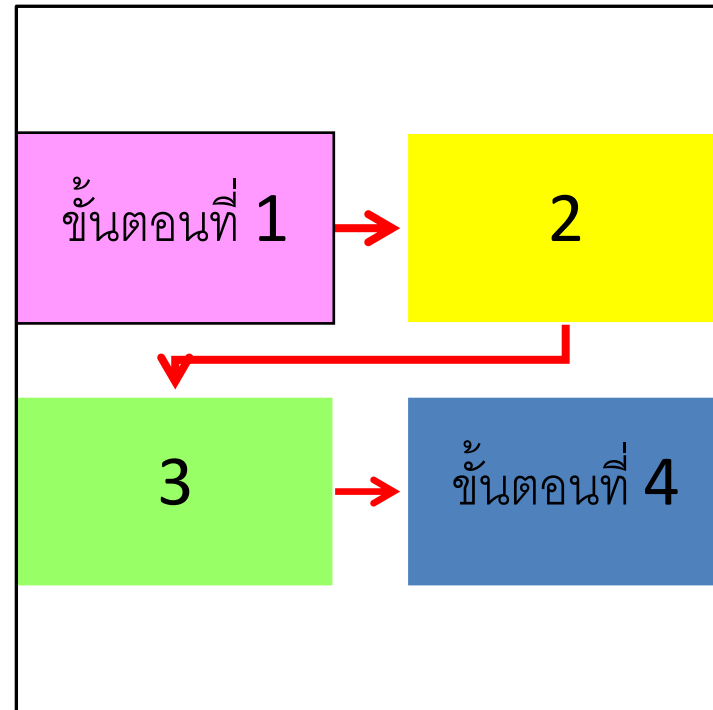
การเริ่ม LEAN โดยผ่านกระบวนการทำงานร่วมกัน ระหว่าง



คลาสสิก



ใหม่



Thank you very much