

Palliative Care Conference: Withholding and Withdrawal of Artificial Nutrition and Hydration

ผู้ดำเนินการประชุม: นพ. ธนพล ตั้งสกุล

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

26 เมษายน 2566

Withholding and Withdrawal of Artificial Nutrition and Hydration

- Case-based discussion
- Opinion sharing
- Multidimension perspective: Experts
 - Biomedical: รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
 - Bioethical: ศ.ดร. ไสรัจจ์ หงส์ลดารมภ์
 - Legal: ศ. แสง บุญเฉลิมวิภาส

ข้อมูลทั่วไป

- หญิงไทย อายุ 76 ปี
- สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ที่อยู่: **Nursing home** ใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- สุขสภาวะเดิมก่อนมาโรงพยาบาล: ติดเตียง ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด (totally dependent)

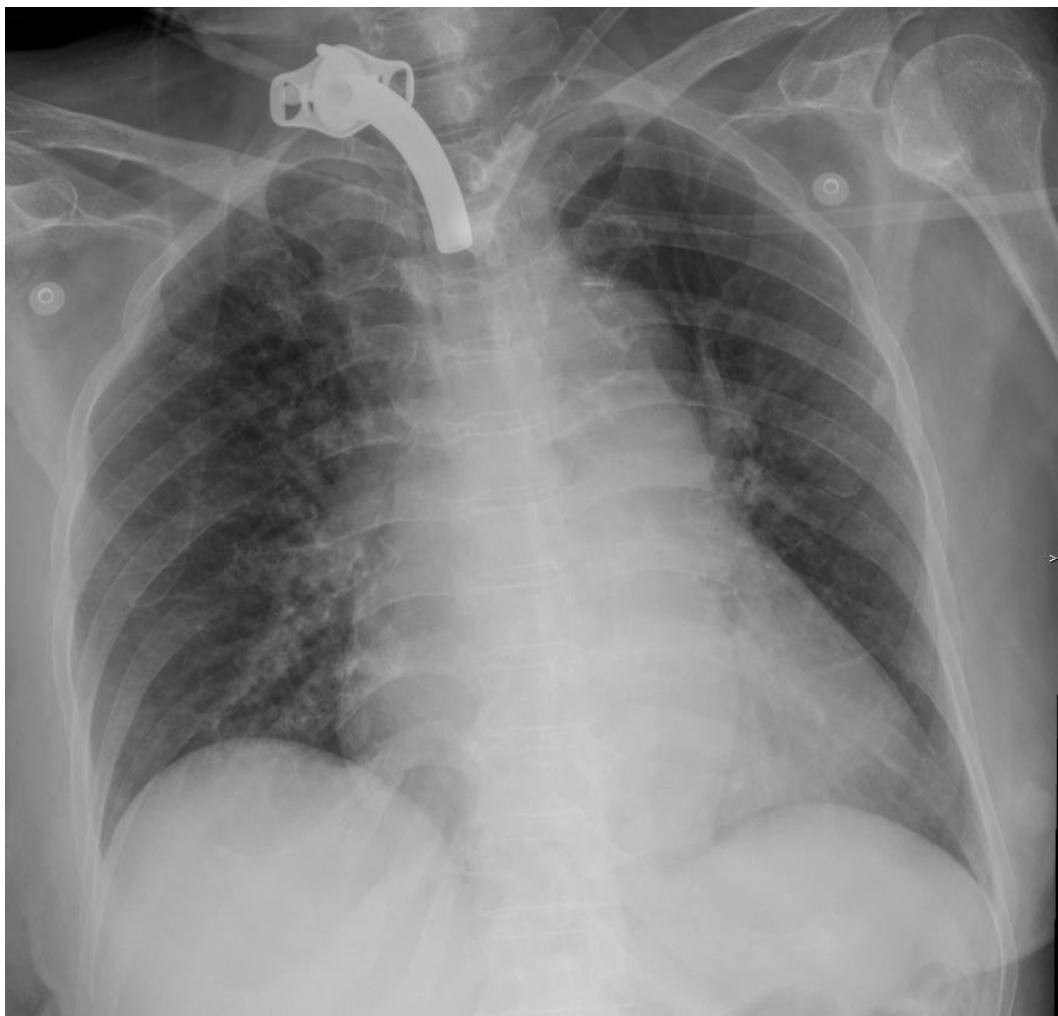
ข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งนี้

- 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ดูแลสังเกตเห็นเท้าขวาสีคล้ำ มีไข้ ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อย
- Physical examination:
 - Crepitation both lower lungs
 - Right foot: cold skin, impalpable dorsalis pedis pulse
- Diagnosis: acute limb ischemia of right foot

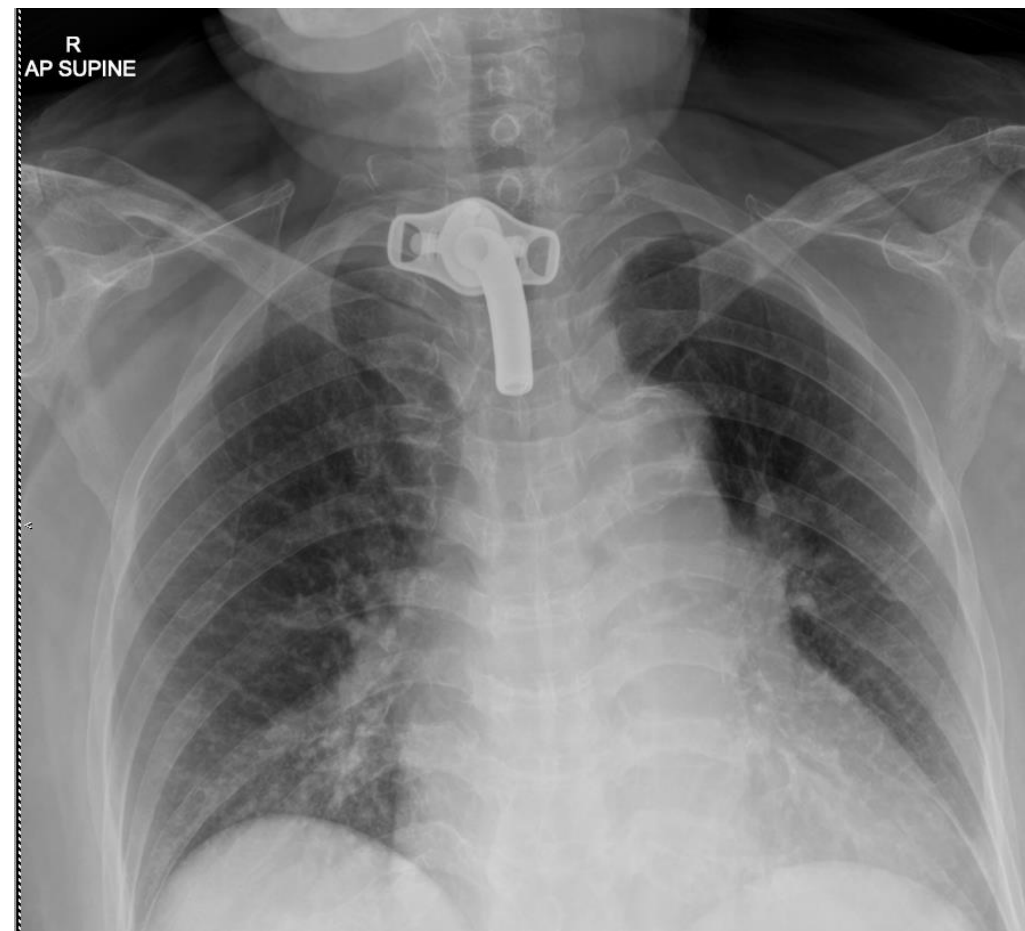


การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC: Hct 33.4% Hb 13.4 g/dl WBC 14330 cell/dl PMN 82.1% L 11.1% Platelet 686,000 cell/dl
- PT 11.9 sec INR 1.12 aPTT 29.2 sec
- BUN 8.7 mg/dl Cr 0.46 mg/dl eGFR 96.26
- Na 142 mEq/L K 4.5 mEq/L HCO₃ 29.9 mEq/L Cl 101 mEq/L
- Ca 8.8 mg/dl (corrected Ca 9.68 mg/dl) Mg 2.1 mg/dl PO₄ 3.5 mg/dl
- LFT: Total protein 6.3 g/dl Albumin 2.9 g/dl globulin 3.4 g/dl TB 0.4 mg/dl DB 0.2 mg/dl AST 31 U/L ALT 42 U/L ALP 163 U/L



8/03/2565



9/11/2565

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- Right MCA and PCA infarction (5/10/2563)
 - s/p reperfusion therapy
 - Developed hemorrhagic transformation (6/10/65)
 - s/p right craniectomy(6/10/2563)
 - s/p tracheostomy (26/10/63)
 - Global aphasia, total dependence, on NG tube
 - *Consulted PC*
- Hypertension with hypertensive heart disease
- Dyslipidemia
- Atrial fibrillation

Current Medication

- Keppra (100mg/300ml) 10 ml po q 12 hr
- Losartan (100) 1x1 po pc ថ្ងៃ
- Amlodipine (10) 1x1 po pc ថ្ងៃ
- Senokot (7.5) 2 tab po hs
- Lactulose 30 ml po prn for constipation
- Morphine syrup (2mg/ml) 3 ml po prn for pain/dyspnea q 2 hr

ประวัติการมาโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีก่อน

Unplanned hospital visit: 3 ครั้ง

- 8/04/65: ER visit: ถ่ายเหลว ความดันต่ำ ไม่ได้นอนโรงพยาบาล
- 14/04/65: ER visit ด้วยอาการชัก วินิจฉัย subtherapeutic level of AED, aspiration pneumonia ได้ admit ที่ PC ward
- ACP (16/04/65): comfort care, no tube, no CPR; POD: hospital
- 8/03/66: ER visit: ขาขวาสีคล้ำขึ้น วินิจฉัย Acute limb ischemia ได้ admit PC ward (การนอนโรงพยาบาลครั้งนี้)

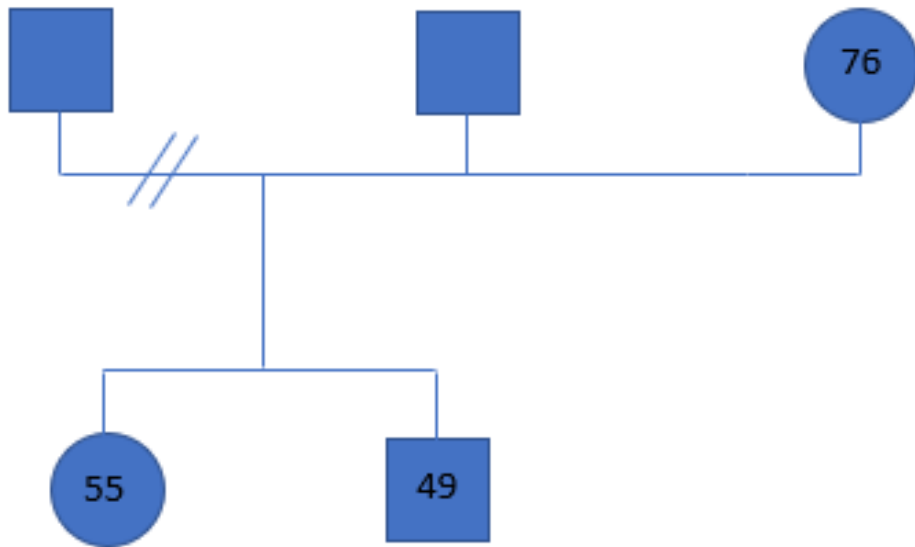
Planned visit

- OPD dysphagia clinic (เรื่องการฝึกและกระตุ้นการกลืน)
- PC clinic (รับยา HT, stroke, symptom control) และ PC telemedicine (รับยาและติดตามอาการ)
- OPD PM&R (เรื่องการกายภาพบำบัด และ joint contracture)
- OPD ENT (เปลี่ยน silver tube tracheostomy)

การดูแลในโรงพยาบาล

- ให้อาปฏิชีวนะ: Amoxicillin/clavulanic acid 1.2 g iv q 8 hr
- ทำแผลวันละ 2 ครั้ง ปิดแผลด้วยยาปฏิชีวนะ metronidazole
- ยาจัดการอาการปวดและหอบเหนื่อย: morphine 1.5 ml po q 4 hr with prn q 2 hr for pain, dyspnea and before activity
- ยากันชัก: Levetiracetam solution (100 mg/ml) 10 ml po bid
- การดูแลอื่น: paracetamol prn, blenderized diet feeding via NG tube

Family



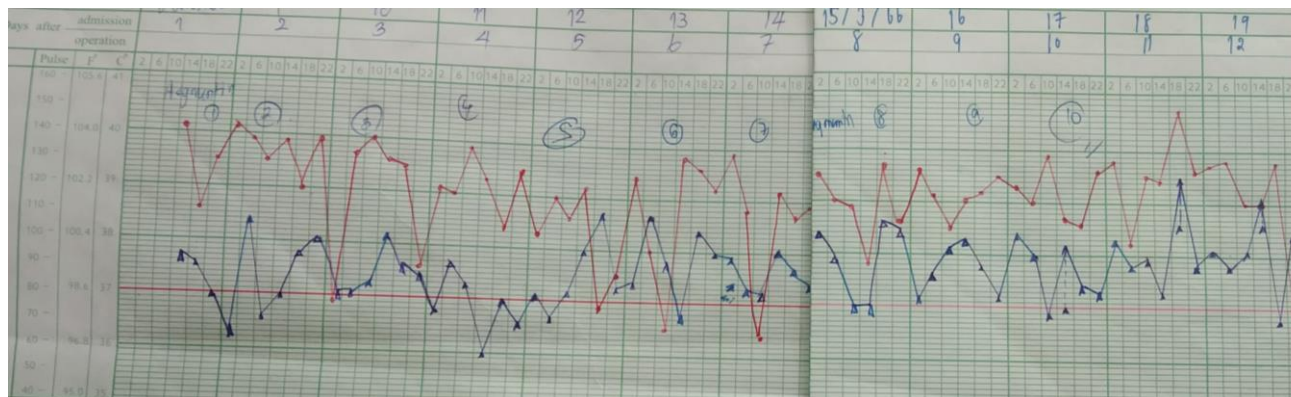
- ผู้ป่วยเคยประกอบอาชีพเป็นครู
- สามีคนที่ 2 เป็นชาวต่างชาติ มาประเทศไทยเป็นช่วง ๆ หลังการระบาดของ covid19 ไม่ได้ติดต่อกันอีก
- ลูกสาวทำงานเป็นพนักงานวิทยุการบิน
- ลูกชายเป็นวิศวกรไฟฟ้า
- ก่อนการป่วยโรคสมองขาดเลือด ผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียว
- หลังการป่วยโรคสมองขาดเลือด ผู้ป่วยอาศัยที่ nursing home โดยลูกทั้งสองคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย

Family meeting 8/03/66

- ผู้ร่วมการตัดสินใจ: ลูกทั้งสองคนของผู้ป่วย ผ่านวิดีโอคอล
- แจ้งการวินิจฉัย แนวทางการรักษาและข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีในบริบทของผู้ป่วย
 - การผ่าตัดขาส่วนที่ขาดเลือด
 - หัตถการสวนหลอดเลือดและนำลิ่มเลือดที่อุดตันออก
 - การให้ยาลดการแข็งตัวของเลือด
- คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ครอบครัวรับทราบแนวโน้มอาการถดถอยและภาวะติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น
- ครอบครัวขอให้งดเว้นการผ่าตัดหรือหัตถการที่รุกรานสูงอื่น ยอมรับการให้ยาปฏิชีวนะ ขอให้ดูแลประคับประคอง
- ครอบครัวยืนยัน advance care plan เดิม: comfort care, no ETT, no CPR, no inotropic drug

Progression

- ให้ยาปฏิชีวนะจนครบ 10 วัน ยังคงมีไข้ตลอด
- แผลเท้าชาลุกลามมากขึ้น วางแผนผ่าตัดตัดยกรวม
- อาการปวดสามารถควบคุมได้ดีด้วยการใช้ยามอร์ฟินตามเวลาและใช้ยาก่อนทำแผลหรือทำกิจกรรมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดวันละ 2 ครั้ง

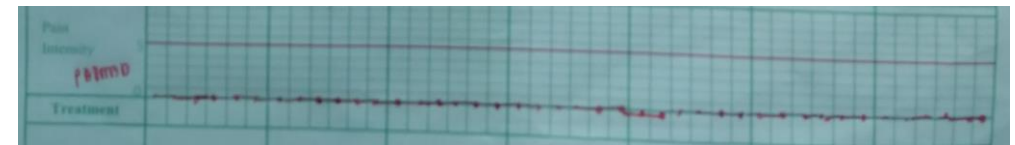
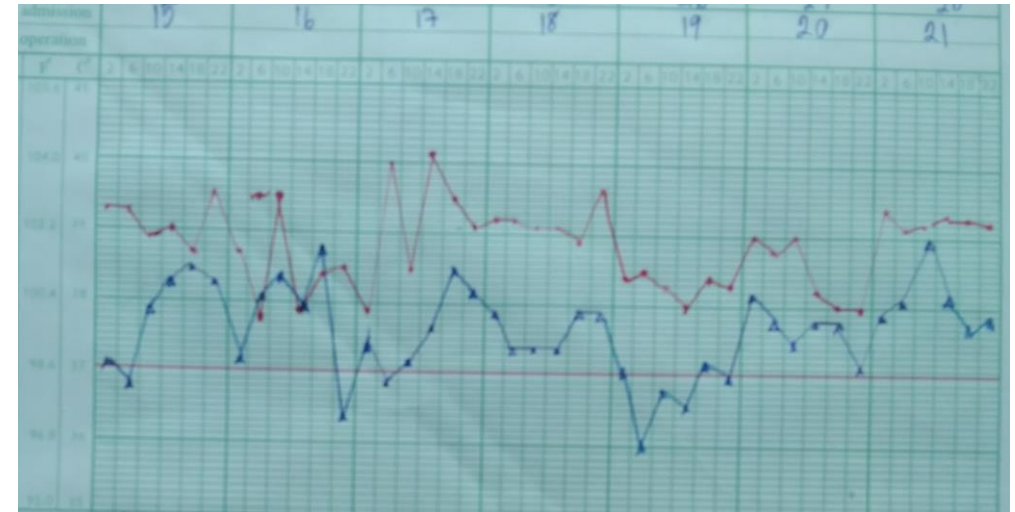


Progression

- Family meeting ครั้งที่ 2 20/03/66:
 - ผู้ร่วมประชุม: ลูกสาวและลูกชายของผู้ป่วย
 - แจ้งสถานการณ์ปัจจุบันและหารือแนวทางการดูแลต่อไป: 1) การผ่าตัดขาขวาออก 2) หยุดการใช้ยาปฏิชีวนะ ให้การดูแลจัดการอาการรบกวน
 - ครอบครัวแจ้งว่า ผู้ป่วยเคยบอกว่า **“การที่ต้องติดเตียงไปเรื่อย ๆ ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ไม่ต้องการยื้อชีวิต”**
 - ครอบครัวเห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตั้งแต่เริ่มติดเตียง สภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ
 - ครอบครัวเห็นด้วยกับการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะ ขอให้จัดการอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยต้องมีชีวิตยืนยาวอีกต่อไปเพราะคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและน่าจะไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ
 - ครอบครัวยืนยัน ACP เดิม
- หยุดการให้ยาปฏิชีวนะ งดการปรึกษาศัลยกรรม

Progression

- ยังคงมีไข้หลังหยุดยาปฏิชีวนะ สัญญาณชีพคงที่
- แผลขาขวาสีคล้ำมากขึ้น
- ปรับยาคุมอาการเป็นชนิดแผ่นแปะผิวหนัง fentanyl patch ($12 \mu\text{g/hr}$) $\frac{1}{2}$ patch apply on skin, change every 72 hr
- สามารถควบคุมอาการปวดได้ดี



Family meeting ครั้งที่ 3 23/03/66

- ผู้ร่วมประชุม: ลูกสาวและลูกชายของผู้ป่วย
- แจ้งความคืบหน้าของอาการผู้ป่วย หรือแนวทางการดูแลต่อไป
- ครอบครัวเห็นว่าสภาวะปัจจุบันไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยอ้างอิงจากสิ่งที่ผู้ป่วยเคยกล่าวไว้ การที่ผู้ป่วยต้องมีชีวิตแบบติดเตียงเป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วย
- ครอบครัวอธิบายลักษณะนิสัยของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย: เป็นผู้หญิงสมัยใหม่ เก่ง เคยเดินทางหลายประเทศ เชื้อมั่นในตนเอง ชอบพึ่งพาตนเองและไม่ชอบพึ่งพาใคร
- การดูแลในปัจจุบันที่เป็น **life-prolonging treatment** คือ **NG tube** ผู้ป่วยมักจะใช้มือขวาที่ยังมีแรงบิดสายออกและต้องใส่ใหม่บ่อย ๆ (ผู้ป่วยไม่ชอบการคาสาย NG tube ?)

ท่านจะให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร?

Patient's Condition

- Elderly
- Severe ischemic stroke with global aphasia
 - Bedridden with total dependence
 - Suspected severe dementia; FAST at least 7d
- Progression of wet gangrene due to acute limb ischemia of right leg
- Support by her children
- Presumed will: preferred to dependent living --- unlikely
- Representative's opinion on current condition: poor QoL, mismatch to patient's preference

ESPEN guideline on ethical aspect of artificial nutrition and hydration 2016

- Artificial nutrition and hydration (ANH) are considered as medical treatment by ESPEN
- Concern the symbolic meaning of feeding: cultural and social
- **3 prerequisites** of ANH commence: *Indication, therapeutic goal, informed consent* (strong consensus)
- Purposes of treatment: 1) preserving or prolonging life 2) preserving or enhancing quality of life
- Treating physicians has to take final decision and responsibility (strong consensus)

ESPEN 2016: Principles

- **Ethical principles:** autonomy, beneficence, non-maleficence, justice

Autonomy

- Requested treatment without indication should not be provided
- **Respect for spiritual needs**, religious, ethnic and cultural background
- **Right to refuse** treatment by competent patient after adequate information
- Forced feeding against patient's will is prohibited

ESPEN 2016: Principles

Beneficence and Non-maleficence

- If the risks and burden outweigh the potential benefit, withhold that treatment
- If benefit of ANH is uncertain, **time-limited trial** is suggested.
- Suggesting regular interval of **review justification** of ANH accordance with patient's condition

Justice

- Everyone should access to medical resource without discrimination
- The futile treatment, treatment that do only prolong suffering or dying phase should be avoided

ESPEN 2016: Patient's Will and Informed Consent

- Will of capable adult patient has to be respected
- Patient and the authorized representative should be informed about nature, significance, scope of measure, risk and potential complication any treatment
- Decision Making Capacity (*Mental Capacity Act 2005*)
 - **Understand** information they are given
 - **Retain** the information long enough to make a decision
 - **Weigh up** the consequence of their particular choice
 - Able to **communicate** their wishes

ESPEN 2016: Patient's Will and Informed Consent

Incompetent patient

- If patient is not legally competent, might capable of expressing wish and participating in decision making process
- Authorized representative take the decision and determine presumed will of patient
- Advance directive: if it is valid, should be respected

ESPEN 2016: Special Situations

Elderly

- Nutritional therapy (NT) may be required for long time, regular review of justification
- *In dubio pro vita*
- Right of refuse, but should not be confused with depression or disease-related lack of appetite

Dementia

- Comfort feeding is preferred to not-to-feed
- Careful eating assistance (hand feeding) is preferred for advance dementia
- As long as patient have decision capacity, include he/she in communication

ESPEN 2016: Quality of Life and Disagreement

- **Quality of life** must always be taken into account (strong consensus)
- Patient's value, believe, life decision and previous statement should be considered
- Disagreement: looking for second opinion, clinical ethic counseling or recommendation of ethic committee

ESPEN 2016: Withholding and Withdrawal

- Treatment that does *not provide any benefit* or has *become disproportionate* can be withheld or withdrawn
- *** In some countries ANH are considered as basic needs, WD-ANH can be performed only at EoL and patient expressed to stop it
- Some circumstances, it is legitimate to WH/WD ANH for incompetent patients
 - Procedure highly unlikely to improve nutrition and fluid status
 - Procedure will improve nutrition and fluid status but patient will not benefit
 - Procedure provides benefit but the burdens will outweigh benefits
- Maintaining standard care even if the ANH are stopped

WH/WD LST: England and Wales

- ANH is considered a medical treatment
- Decision of WH or WD ANH from permanent vegetative stage (VS) or minimal consciousness stage (MCS) should be brought to the court
- Average time to declaration is about 9 months
- Costs about £122000 (£ 53000 in legal costs, £ 69000 in ongoing care costs)
- Attempt to develop fast-track application for declaration, not yet established

WH/WD ANH: England and Wales

- General Medical Council's Ethical Guidance
- **Capacitated patients:** informed consent have to performed with patients
- **Incapacitated patients:**
- Life expectancy is *more than days*:
 - ANH must be provided if it would be overall benefit
 - WH or WD if it would not be overall benefit --- make sure patient's best interest; get second opinion from experienced senior clinician
- Life expectancy is *hours to days*:
 - if ANH are likely cause risk and burden outweigh benefit, WH or WD them
 - If patients or those close to patients request ANH and risk, burden an benefit are balanced, will usually be decision factor
 - If live longer than expected, re-evaluation justification again

WH/WD ANH: England and Wales

- General Medical Council's Ethical Guidance

Persistent Vegetative State or Minimally Consciousness State (pDoC)

- Supreme Court Decision in July 2018: not need to bring every cases were considered WD-ANH to the court, if meet the criteria
 - a. the provisions of the Mental Capacity Act 2005 have been followed
 - b. the relevant professional guidance is followed
 - c. where there is agreement upon what is in the best interests of the patient

Controversy over WH/WD-ANH in pDoC

- Uncertain prognosis, difficult prognostication (*in early course of disease*)
- Total dependence and high demand of caring
- ANH are considered a **basic needs** (necessary for living, body gains objective benefit), not medical treatment (even be provided via artificial means)
- **Right to be cared:** ethically and legally rightful --- duty to care, sign of civilization
- Suitability should be **judged on current objective patient's condition**, not current and/or future quality of life
- WH and WD-ANH are a cruel abandonment

PAPER

Withdrawing artificial nutrition and hydration
from minimally conscious and vegetative patients:
family perspectives

Celia Kitzing¹, Jenny Kitzing²

Family's Viewpoint

- In-depth interview, 51 family members of pDoC patients
- 2/3 thought that patient would have been dead rather than sustained in current condition
- Arrived the view after exhausting all possibilities to recovery to acceptable QoL, reached ceiling of care --- took time for 2 years --> *loss opportunity to let them go in easy way*
- **Ambivalent:** suffering due to current condition, cannot let them go by mean WD-ANH (cruel, painful, suffer in starving and thirst)
- WD-ANH is barbarian, lethal injection is more humanized
- Mercy killing by patient's beloved one

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพ

มาตรา 6

- สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพ ของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพ หญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม
- สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

Informed consent and patient autonomy

มาตรา 8

- ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้
- ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง
- ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้
 - (1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน
 - (2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

Legally authorized representatives

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2558

- 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษายาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
- 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

In Conclusion

Organization's recommendation

- Bioethical application: autonomy, beneficence, maleficence, justice
- Concern on local laws
- Decision making: capacity and informed consent
- ANH in locally legal viewpoint: basic care or medical treatment

Thai laws

- Concern on autonomy --- informed consent
- Decision making capacity: legally authorized representatives

ทางเลือกในการดูแล

- 1) **Best Supportive Care (BSC) + NG tube:** ให้การดูแลจัดการอาการเท่านั้น หากอาการทรุดลง ไม่ใช้การดูแลที่ยืดการเสียชีวิตของผู้ป่วย ยังคงให้อาหารทาง **NG tube** ต่อไป
- 2) **BSC + Withholding (WH) NG tube:** 1) + ถ้าผู้ป่วยบดสลายให้อาหารหลุดออกอีกจะไม่ใส่ใหม่ และป้อนอาหารทางปากเท่าที่ผู้ป่วยรับได้
- 3) **BSC + Withdrawal (WD) NG tube:** 1) + ประเมินนักกิจกรรมบำบัดเพื่อประเมินและกระตุ้นการกลืน ถอดถอนสาย **NG tube** ออกและป้อนอาหารทางปากเท่าที่ผู้ป่วยรับได้

ทางเลือกการดูแล	ผลที่คาดหวัง
BSC + NG tube	○ ผู้ป่วยน่าจะมีช่วงเวลาดีชีวิตยาวนานกว่าวิธีอื่น ○ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยประสบความทรมานยาวนานขึ้น (เชิงกายภาพและจิตใจ) • NG tube ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (?) • ความเจ็บปวดทางกาย • ความทุกข์ทางใจที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ○ การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เพิ่ม quantity แต่น่าจะลด quality of life
BSC + WH-NG tube	○ ผู้ป่วยน่าจะมีช่วงเวลาดีชีวิตสั้นลง (starvation, aspiration) ○ ลดความไม่สบายจากการสอดคาสาย NG tube ○ สอดคล้องกับบุคลิกภาพและความต้องการที่ผู้ป่วยเคยแสดงไว้ ○ เคารพต่อ patient's autonomy (ตัดสินใจด้วยตนเอง, ความต้องการที่เคยแสดงไว้) ○ สามารถจัดสรรทรัพยากรให้กับความจำเป็นอื่นได้ น่าจะลด quantity แต่เพิ่ม quality of life
BSC + WD-NG tube	○ ผู้ป่วยน่าจะมีช่วงเวลาดีชีวิตสั้นลง (starvation, aspiration) ○ ลดความไม่สบายจากการสอดคาสาย NG tube ○ สอดคล้องกับบุคลิกภาพและความต้องการที่ผู้ป่วยเคยแสดงไว้ ○ เคารพต่อ patient's autonomy (ความต้องการที่เคยแสดงไว้) ○ สามารถจัดสรรทรัพยากรให้กับความจำเป็นอื่นได้ น่าจะลด quantity แต่เพิ่ม quality of life

Expert's Opinion

Biomedical

Bioethical

Legal

Progression

- ข้อสรุป **Family meeting** ครั้งที่ 3: ครอบครัวเลือกทางเลือก 3) โดยสามารถยอมรับผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นได้
- ลงนามแบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฯ ใหม่
- ปรีksenนักกิจกรรมบำบัดเพื่อประเมินและกระตุ้นการกลืน: ประเมินว่าไม่สามารถกลืนเองได้ วางแผนกระตุ้นและฝึกการกลืนต่อ
- ผู้ป่วยปิดสาย **NG tube** หลุด --- ครอบครัวปรับแผนการดูแลเป็นทางเลือก 2) BSC + WH-NG tube
- หยุดการใช้ยาปรับเปลี่ยนประเทาน บริหารยาคุมอาการด้วยการให้ยาผ่านชั้นใต้ผิวหนังหรือการเหน็บทางทวารหนัก
 - Off fentanyl patch
 - Morphine CSCI 0.2 mg/day
 - Midazolam CSCI 5 mg/day
 - Paracetamol (250) 2 tab rectal suppository prn q 6 hr for fever

Progression

- ขณะนอนนิ่งจะพักได้อย่างสงบ แสดงอาการกระสับกระส่ายเฉพาะเวลาทำแผลหรือพลิกตัว ใช้ prn dose 2-3 ครั้ง/วัน
 - ปรับเพิ่ม morphine CSCI 12 mg/day, morphine 2 mg sc prn q 2 hr for pain or dyspnea
- ยังคงมีไข้ต่ำ ช่วง 37.8 – 38.4 ความดันโลหิตคงที่ ไม่หอบเหนื่อย
- บ้วนนมทางการแพทย์ทางปากด้วย syringe ที่ละน้อย มีอาการสำลักบ่อย ๆ
- ปริมาณปัสสาวะค่อย ๆ ลดลง

วันที่ WH-NG tube	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Intake (ml)	250	0	10	0	0	0	40	35	20	0	0
Output (ml)	700	700	900	600	300	1600	900	800	600	650	70

Progression

- แผลที่ขาขวาสีคล้ำมากขึ้น
- หลังปรับยาจัดการอาการ ผู้ป่วยกระสับกระส่ายลดลงขณะทำแผลหรือพลิกตัว ให้นยา **prn** เฉพาะก่อนทำแผลวันละ 2 ครั้ง



- ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบในวันที่ 28 ของการนอนโรงพยาบาล (วันที่ 12 หลังการ **WH-NG tube**)
- ก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่ายหรือหอบเหนื่อย
- ครอบครัวรับร่างของผู้ป่วยประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่อ

ถ้าผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างรุนแรงแต่ยังไม่เข้าสู่ระยะการเสียชีวิต (end of life) และไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงอื่นๆ ท่านจะตัดสินใจเรื่อง ANH อย่างไร?

ขอบพระคุณผู้ร่วมประชุมทุกท่าน