

A 28-YEAR-OLD MALE WITH RECURRENT SCCA ON THE RIGHT SIDE OF TONGUE.

He presented this time with rapid growth of right neck mass which was unresectable.

CT neck revealed a 9x5x8 cm mass at right pre-tracheal region, abut the Rt. common carotid artery. The only treatment option left was radiotherapy

"He was so scared."

He did not know what to do.

"What potential events were await for him?"

Upper airway obstruction
Carotid blow out syndrome

"HOW CAN WE PROVIDE
BEST CARE FOR HIM?"

วันพุธที่ 27 กันยายน 2566 เวลา 12.00-13.30น.

ขอเรียนเชิญผู้ที่สนใจ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

ผ่านทาง ZOOM MEETING :<https://kku-th.zoom.us/j/91288955080?pwd=VjdWby83L0FmMEZ3cTZoaXdZTzdBdz09>

Meeting ID: 912 8895 5080 Passcode: 1234



PALLIATIVE CARE
CASE CONFERENCE
ประจำเดือน กันยายน 2566



WIWAT KITTIWEERAWONG

PC FELLOWSHIP, KARUNRUK PALLIATIVE CARE CENTER
SRINAGARIND HOSPITAL, KHON KAEN UNIVERSITY

BASIC INFORMATION

- ผู้ป่วยชายไทย อายุ 28 ปี
- สถานภาพโสด
- ภูมิลำเนา อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- สัทธิการรรักษา : สัทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC
- New case IPD consultation from oncology
- Admission date : 28 สิงหาคม 2566
- Consultation date : 29 สิงหาคม 2566

PATIENT HISTORY

- Present with Rt lateral tongue mass
 - 1/8/65 punch biopsy = squamous cell carcinoma
 - 15/9/65 s/p Right hemiglossectomy + Rt.MRND +Lt.RFFF + Lt.STSG
 - Patho : squamous cell carcinoma well differentiated size 3 cm, DOI 12 mm, WPOI 1, LVI +, PNI -
 - CLN positive 1 node at level 5 Rt no ENE (1/38 nodes)
- s/p CCRT (CMT 7 cycles + RT asu 27/12/65)
- 23/3/66 CT outsource
 - post right partial glossectomy , no detectable recurrent tumor or metastasis

PATIENT HISTORY

- 23/5/66
 - mass at midline lower neck 2 cm, nearly tip of surgical scar, fixed, not tender
 - FNA = metastatic squamous cell carcinoma
-
- 31/5/66 CT neck
 - Newly detected mass at pretracheal region of right lower cervical region with intrathoracic extension, measured about 3.9x4.6x4.0 cm in APxWxH dimension. This lesion abuts to right common carotid artery.



PATIENT HISTORY

- 2/6/66 Tumor conference
 - CT chest + upper abdomen for complete staging / if no metastasis ONCO plan TPF
 - IF tumor shrink ၁၀% involve carotid fascia / ENT plan OR for salvage surgery
- 9/6/66 CT chest+whole abdomen
 - no lung/liver/bone metastasis

PATIENT HISTORY

- 19/6/66 start TPF (docetaxel, cisplatin, 5-FU) Cycle 1
- 12/7/66 f/u ct neck
 - **Increased size of mass** measured about cm in 9.8x5.3x8.5 cm dimension (previously 3.9x4.6x4.0 cm). This lesion **abuts to right common carotid artery**.
- 20/7/66
 - consult CVT role of excision pretracheal node คิดว่า ถ้าหาก sx จะเหลือ Residual tumor
 - ENT evaluation --> **inoperable**
- 23/7/66 TPF C2
- 12/8/66 TPF C3
 - hold due to tumor wound infection
- 28/8/66 admit for TPF C3

CHIEF COMPLAINT

นัดมานอนโรงพยาบาล ให้ยาเคมีบำบัด
TPF cycle3



P R E S E N T I L L N E S S

วันนี้มานอนโรงพยาบาลตามนัด เพื่อให้ยาเคมีบำบัด รอบที่ 3
ก้อนที่คอใหญ่มากขึ้น มีเลือดออก มีหนอง มีไข้เป็นๆหายๆ ปวดมากขึ้น
ตอนทำแผล ไม่มีหอบเหนื่อย หายใจปกติไม่มีเสียง

PERSONAL HISTORY

- No alcohol drinking
- No smoking

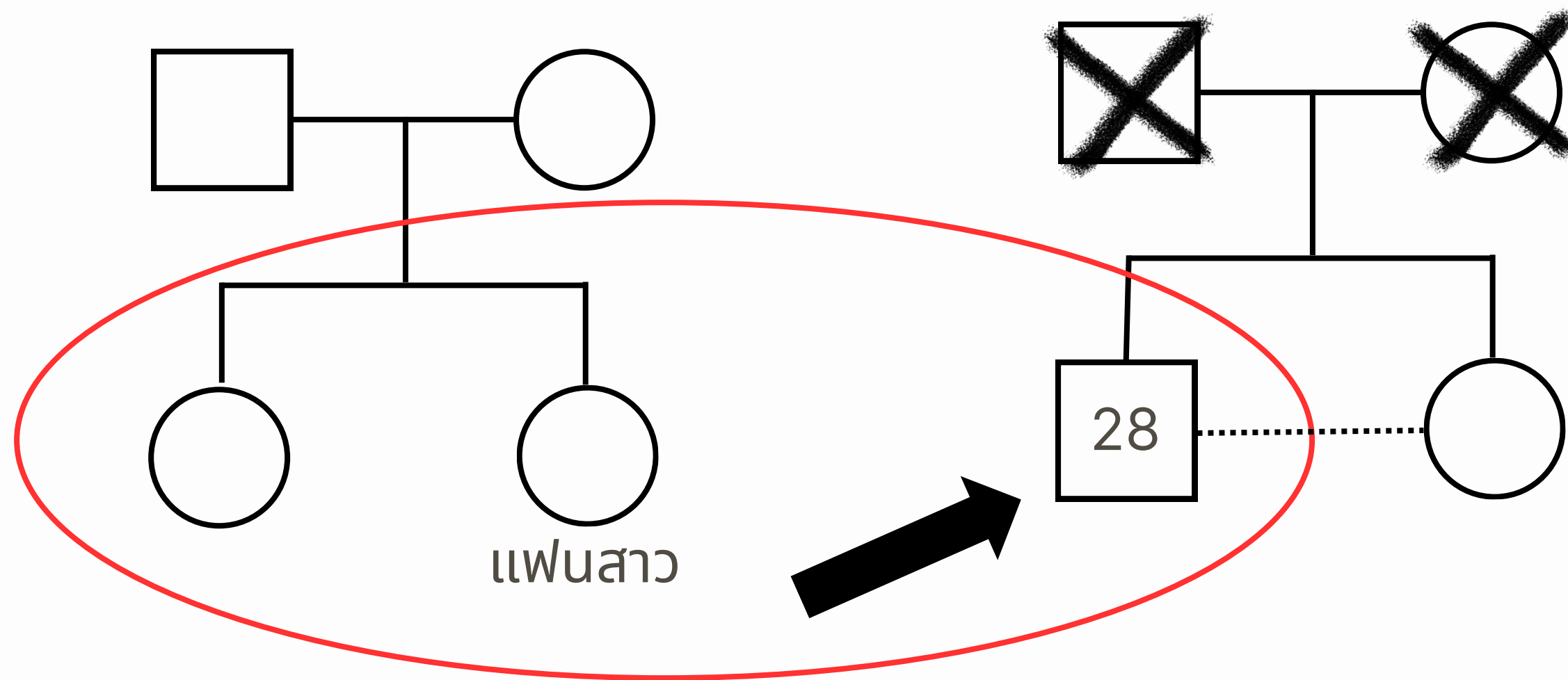
PERSONAL HISTORY

- บิดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ อีก 4 ปีต่อมา มารดาเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ
- เนื่องจากผู้ป่วย ยังเด็กมาก หลังมารดาเสียชีวิต ผู้ป่วยและน้องสาว อยู่ในการเลี้ยงดูของยายและน้า
- หารายได้เล่นดนตรีตอนเรียน ปี.3 จนกระทั่งเจ็บป่วยจึงหยุด

PERSONAL HISTORY

- ผู้ป่วยอาชีพนักดนตรี มือกีตาร์โปร่ง เล่นดนตรีตามร้านอาหาร
 - จบระดับป.ตรีคณะศิลปกรรมเอกดนตรี หลังเรียนจบทำงานตามร้านอาหารช่วงกลางคืน
 - รายได้ 18,000บาท/เดือน
 - อาศัยอยู่บ้านเช่ากับแฟนสาว จบ.ป.ตรีคณะเดียวกัน อายุ 27 ปี ทำงานร้านกราฟฟิคดีไซน์ เงินเดือน 20,000 บาท/เดือน
- ช่วงเจ็บป่วยประมาณ 2 เดือน ไม่มีรายได้
 - น้า ช่วยบางครั้ง 3,000-4,000บาท (น้าเปิดร้านขายปุ๋ย)
 - น้องสาว 2,000-5,000บาท (พนักงานธนาคาร กทม)
 - พี่สาวแฟนช่วยเหลือค่าเช่าบ้านบ้าง

FAMILY GENOGRAM



PHYSICAL EXAMINATION

- GA alert good consciousness
- Vital sign BT 37.8 BP 125/77 PR 110 RR18
- BW 51.8 Ht 175 BMI 16.91
- Heart: normal S 1 S 2 , No murmur
- Lungs: normal breath sound, no adventitious sound
- Abdomen: no distension abdomen, no surgical scar, soft, not tender,
- Ext: no pitting edema both legs
- Neuro: grossly intact, alert, E4 V5 M6

PHYSICAL EXAMINATION

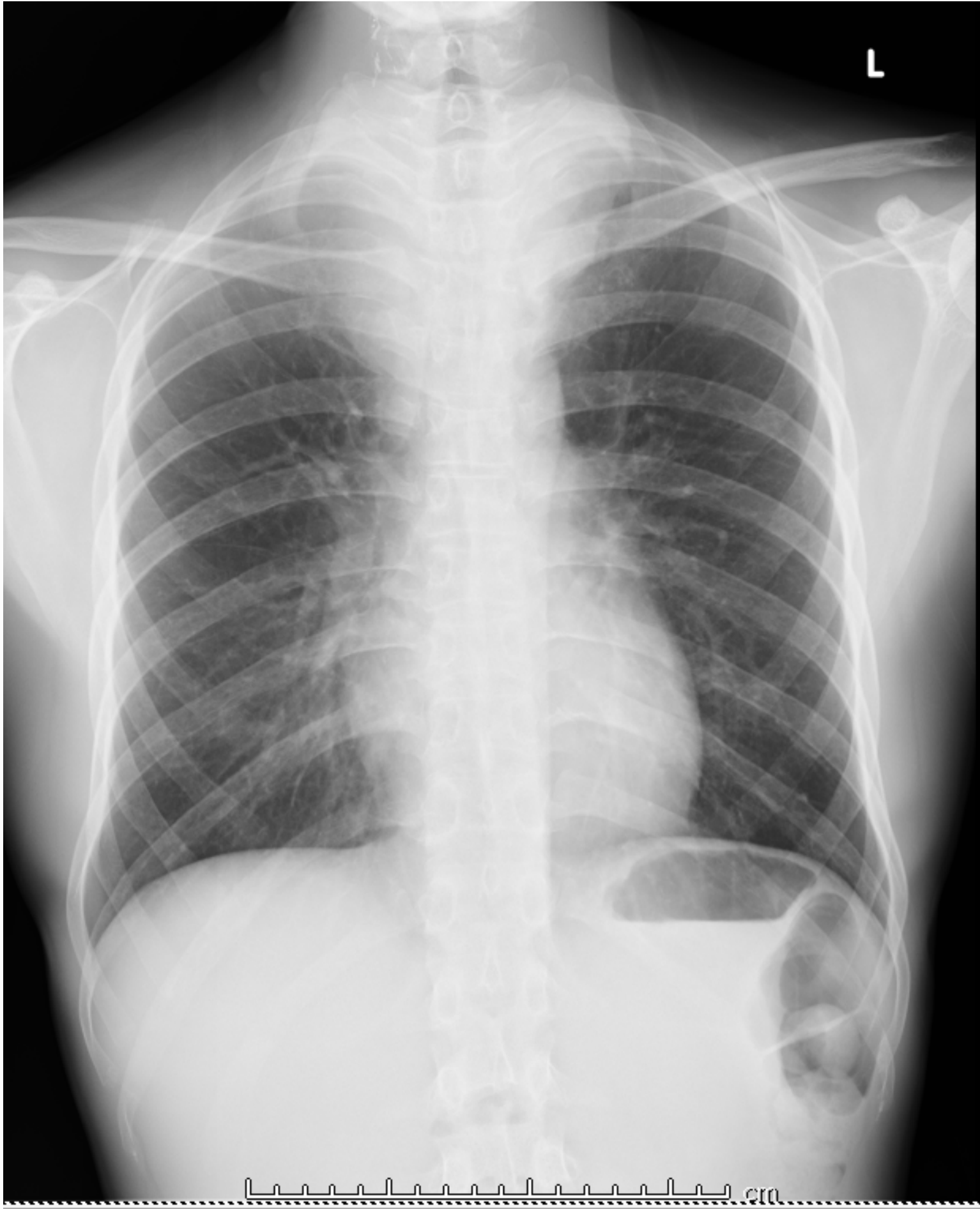
- Neck : cauliflower mass ant neck mass at cervical level 6 size 8*6 cm, firm consistency, fixed, warmth and redness with contact bleeding and pus oozing, warmth and redness with contact bleeding and pus oozing



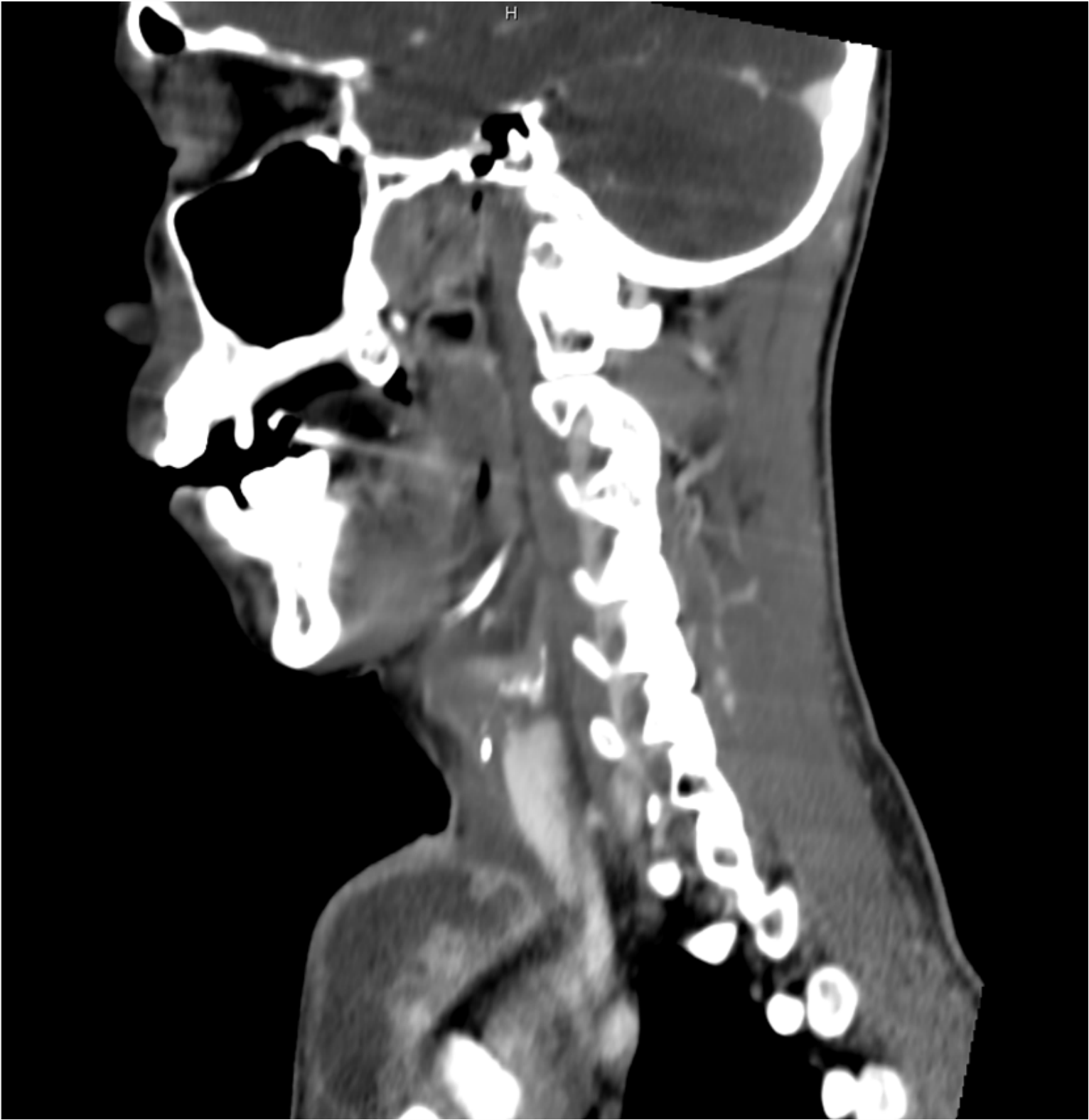
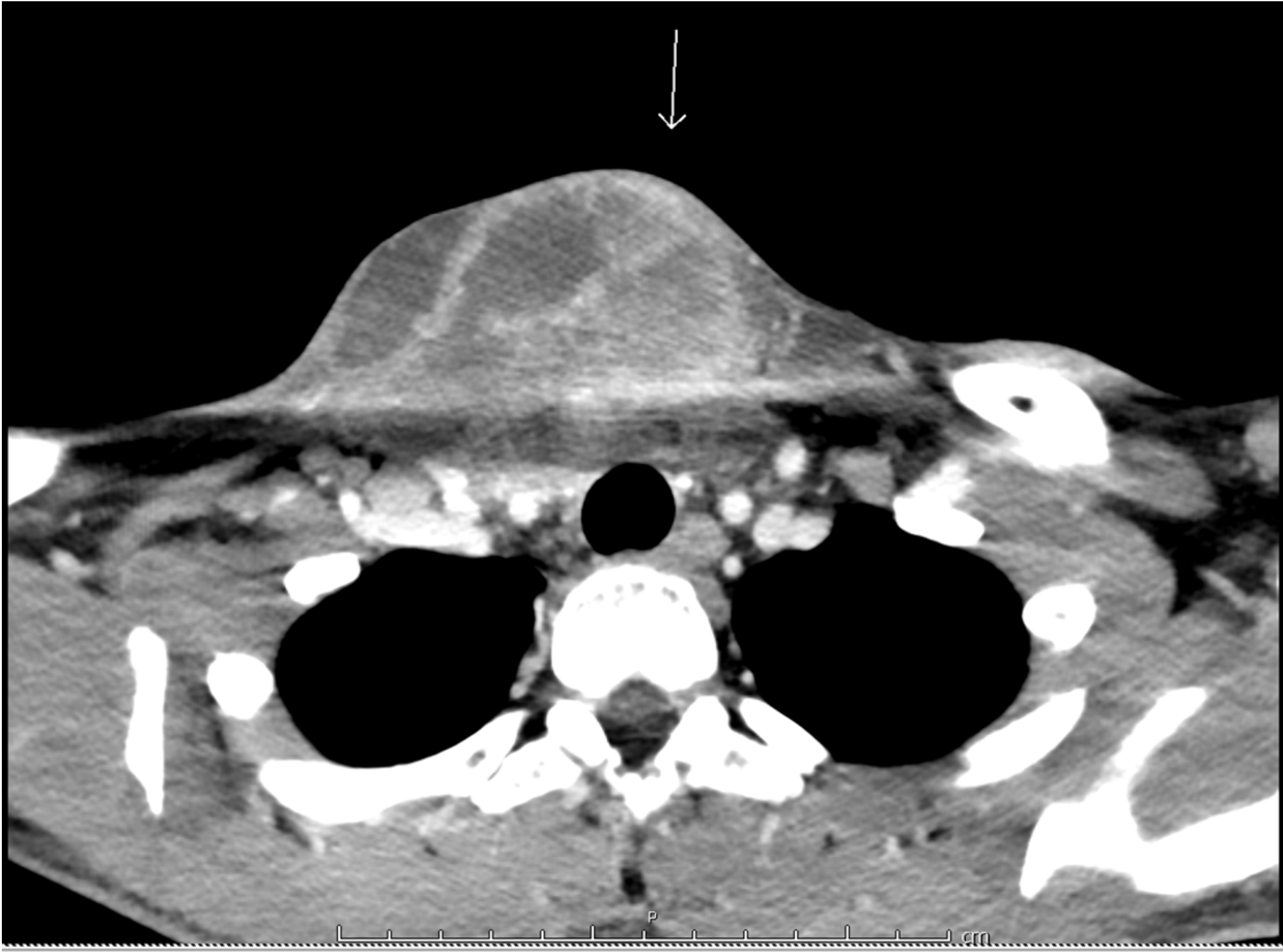
INVESTIGATIONS

- Hb 9.0 g/dl, Hct 27.6 %, WBC 15240 uI , Plt . 355 K/ uI , NE 76.2%, LY11.2%
- BUN 14.1 mg/dL, Cr 1.14 mg/dL, eGFR 87 ml/min/ 1.73 m2
- Na 138 mmol/L , K 4.0 mmol/L, HCO 3 25.2 mmol/L, Cl 101 mmol/L
- Albumin 3.7 g/dL , TB 0.3 mg/dL, DB 0.2 mg/dL, ALT 8 U/L, AST 9 U/L, ALP 78 U/L
- Lactate 13.3 mg/dL
- Urinalysis RBC 1-2/HP, WBC 1-2/HP, SQ-Epi 0-1/HP

CHEST X-RAY 28 / 8 / 66



CT NECK 12 / 7 / 66



CT NECK 12 / 7 / 66

- **Increased size** of lobulated heterogenous enhancing **mass at pretracheal region** of right lower cervical region with intrathoracic extension (**9.8x5.3x8.5 cm**). **This lesion abuts to right common carotid artery** (less than 180 degree), pressure thyroid gland and branchiocephalic vein. Adjacent soft tissue swelling and fat stranding. No encasement vessel. No adjacent bony destruction; suggested increased size of metastatic soft tissue lesion or metastatic lymph node.
- Post operative change without gross residual tumor at surgical bed.

CURRENT MEDICATION

- MST (10) 1 tab po q 8 hr
- MOIR (10) 0.5 tab po prn for severe pain q 2 hr
- Senokot 2 tab po hs
- Tazocin 4.5 g IV stat then 4.5 g IV q 6 hr
- Paracetamol (500) 1 tab po prn for fever q 6 hr

PALLIATIVE CARE CONSULTATION

CLINICAL SUMMARY : Thai, male, 28 yr, known case recurrent SCCA at Rt lateral tongue

PT3N1M1 Stage IV S/P 15/9/65 Rt. hemiglossectomy + Rt. MRND + Lt. RFFF + Lt. STSG

S/P CRT PU 27/12/65 > CT 31/05/66 new metastatic soft tissue

admit SD 28/08/66 for TPF C3, hold CRT due to infected wound + fever

PE: neck cauliflower mass at ant. neck ~~mm~~; firm consistency, immovable, warmth, redness

w. bleeding contact w. dressing, size ~ 10x10 cm → consult ENT: unresectable

PROVISIONAL DIAGNOSIS : recurrent SCCA of Rt. lateral tongue

(unresectable)

PLEASE REPORT REGARDING ACP + pain control

"HOW SHOULD WE
ASSESS FOR THIS
PATIENT?"



P C V I S I T

- วันแรกที่รับปรึกษา ผู้ป่วยไม่ค่อยพูด ถามคำตอบคำ ไม่สบตา

EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)

ไม่มีอาการปวด 3 มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(กรณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผนภูมิด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 1 มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า 5 มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล 9 วิตกกังวลมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงนอนมากเกินไป มีอาการง่วงซึม/ง่วงนอนมากเกินไปที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร 2 เบื่ออาหารมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายและใจ 9 ไม่สบายกายและใจเลย
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ (ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

"HOW SHOULD WE
ASSESS AND
MANAGE PAIN IN
THIS PATIENT?"



TOTAL PAIN

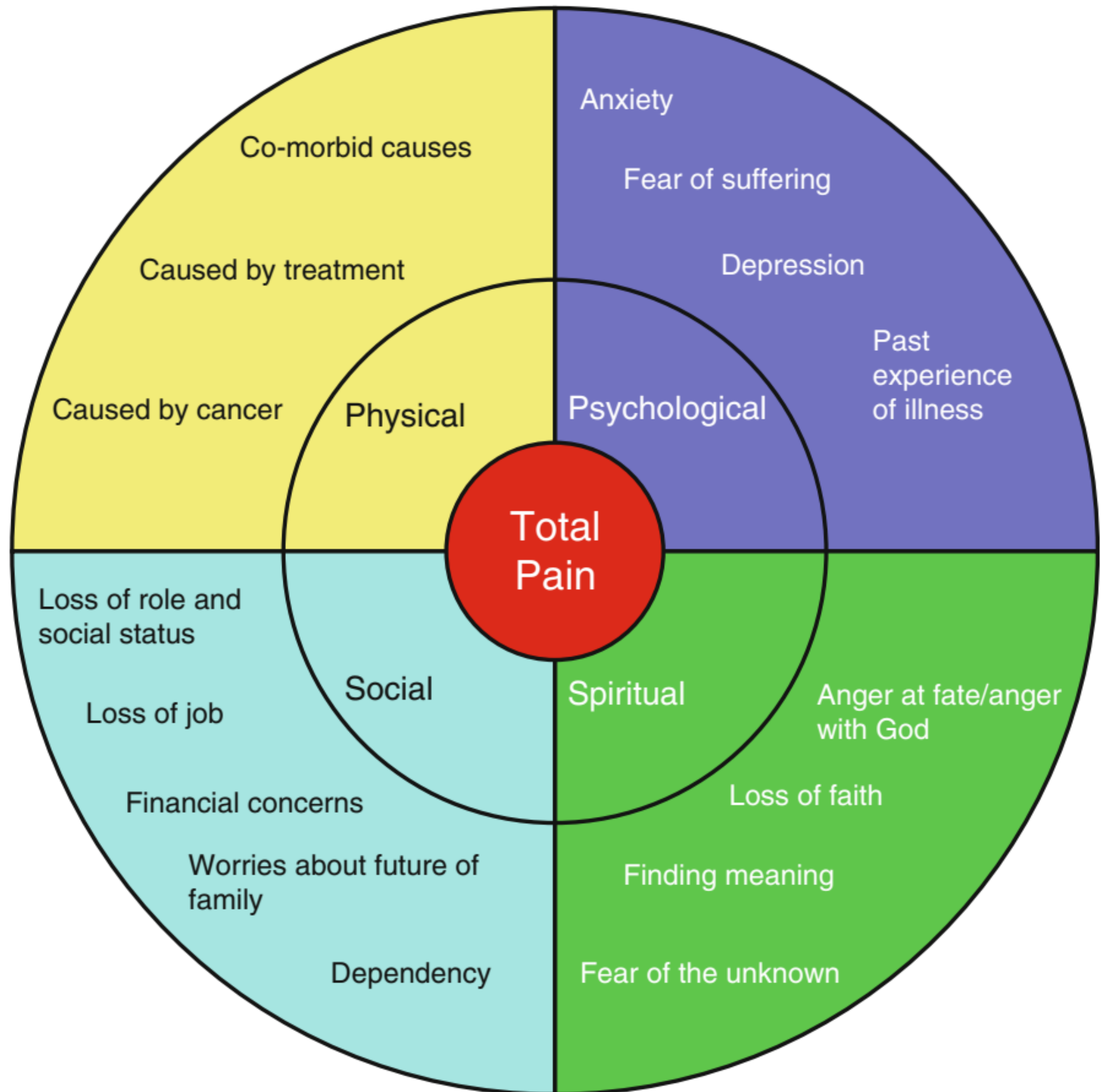
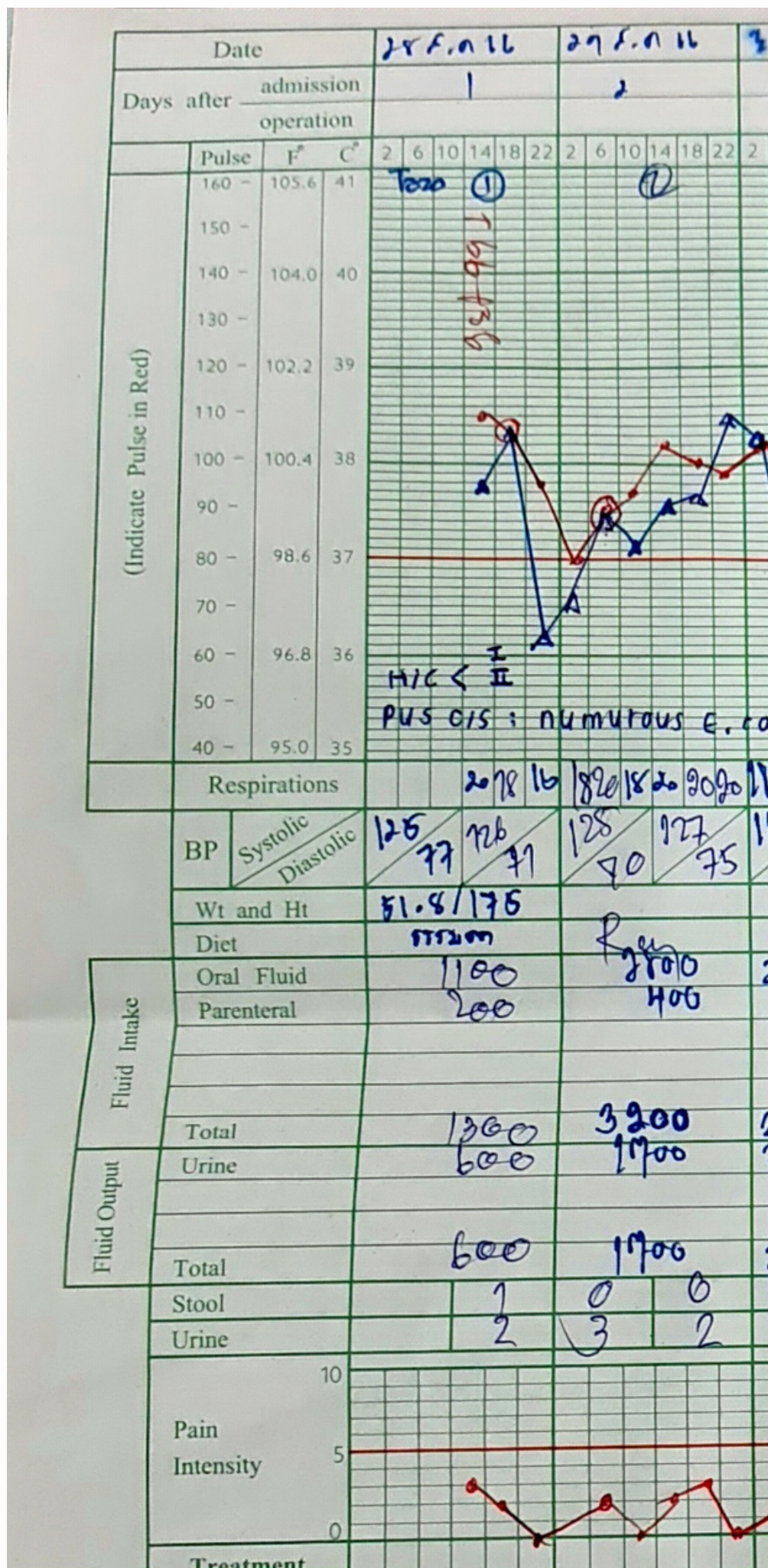


Fig. 2 Total pain
(International Association
for the Study of Pain [2009](#)).
This image is taken from the
Total Pain Factsheet and has
been reproduced with the
permission of the
International Association
for the Study of Pain[®]
(IASP). The image may not
be reproduced for any other
purpose without permission

PROBLEM LIST

- Recurrent SCCA T4bN3bM0 stage IVb
- Pain
 - physical
 - psychological
 - social
 - spiritual
- Infected tumor wound

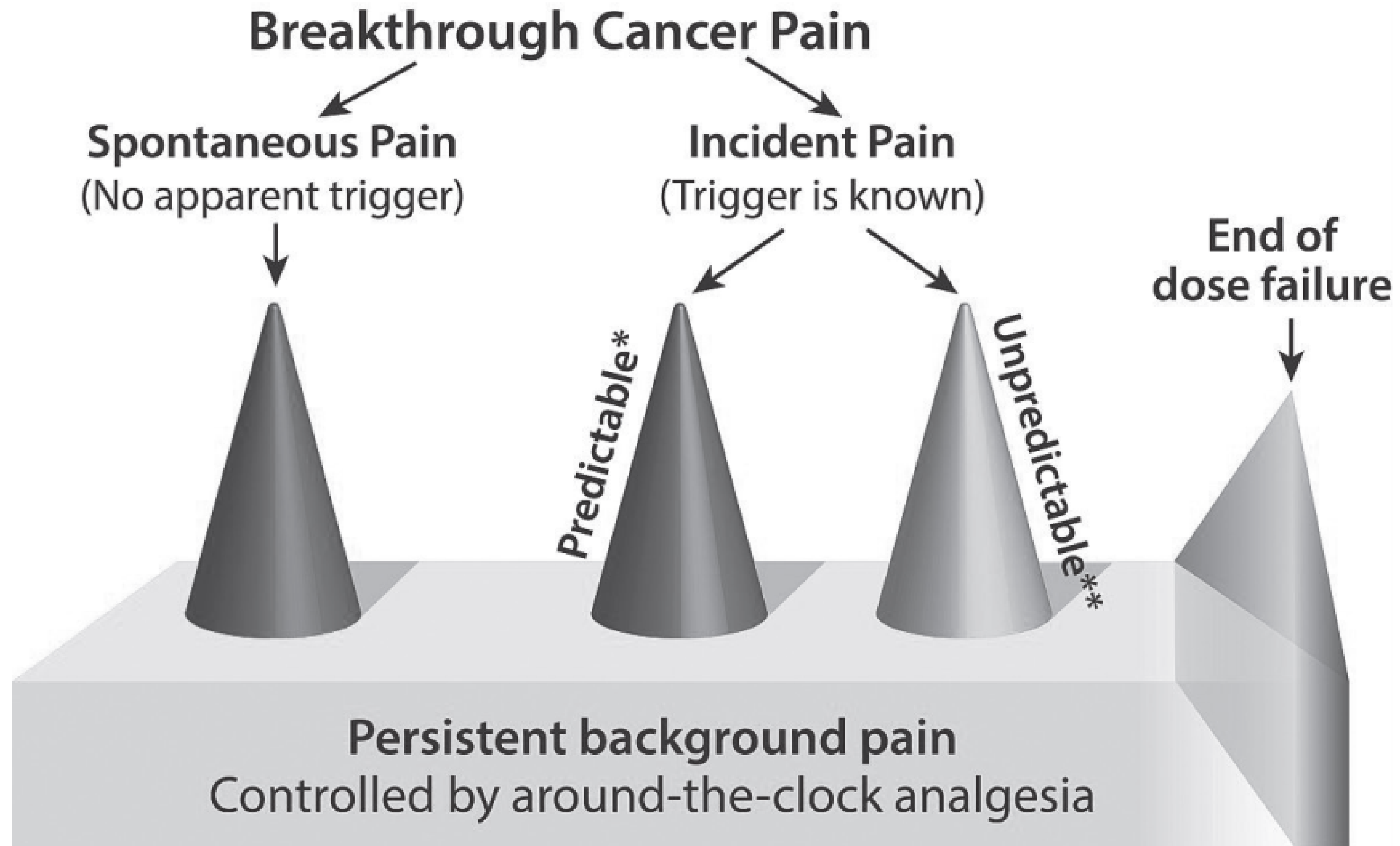


PAIN ASSESSMENT

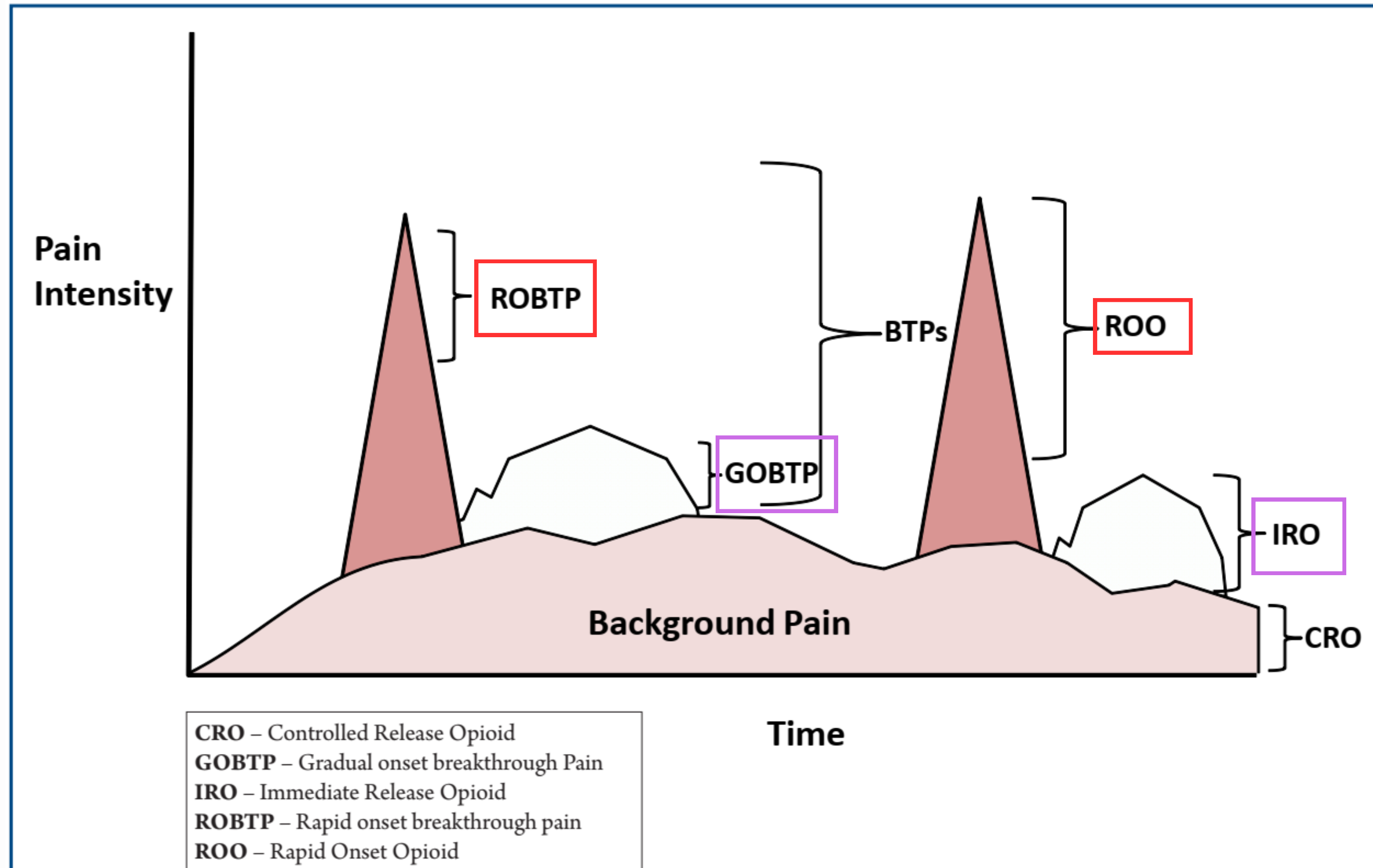
Pain 2-3/10 at rest

Pain 6-7/10 when dressing wound
(Nociceptive pain/ Predictable)

- MST (10) 1 tab po q 8 hr
- MOIR (10) 1 tab po prn for severe pain q 2 hr
- Morphine 3 mg iv ก่อนทำแผล 15 นาที



TWO DIFFERENT TYPES OF BREAKTHROUGH PAINS (BTTPS) AND THEIR "MATCHING" OPIOID TREATMENT.



OPIOID ANALGESICS

Drug # (cont)	Route	Starting Dose (Adults > 50 Kg)	Onset	Peak	Duration	Metabolism	Half Life
Morphine	PO	10 - 15 mg q 3 - 4 hr	15 min	1½ - 2 hr	4 hr	Liver	1.5 - 2 hr
	IM	4 - 10 mg q 3 - 4 hr	15 - 60 min	30 - 60 min	4 hr		
	IV	2 - 4 mg q 2 - 4 hr	2 - 5 min	20 min	3 - 4 hr		
	SQ	4 - 10 mg q 3 - 4 hr	15 - 30 min	30 - 60 min	4 - 7 hr		
MS Contin®	PO-SR	15 mg q 12 hr	N/A	N/A	8 - 12 hr		2 - 4 hr
Fentanyl	IM IV SQ	5 mcg/Kg q 1 - 2 hr 0.25 - 1 mcg/Kg as needed	7 - 8 min Immediate	20 - 50 min 1 - 5 min	1 - 2 hr 30 - 60 min	Liver	1 - 6 hr*
	Trans- dermal	25 mcg/hr	12 - 24 hr	24 hr	48 - 72 hr		
Example: Duragesic®							

American Pain Society (2008). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain (6th ed.) Glenview, IL

WOUND CARE

- 1. Sucralfate (1 gm) 1 tab ๒๓
 - + Metronidazole (200) 1 tab ๒๓
 - + KY jelly
 - ผสมกัน apply on tumor surface
- 2. NSS- soaked gauze
- 3. Dry top gauze

WHAT
POTENTIALLY
AWAITS HIM ??



Symptoms and Needs of Head and Neck Cancer Patients at Diagnosis of Incurability – Prevalences, Clinical Implications, and Feasibility of a Prospective Longitudinal Multicenter Cohort Study

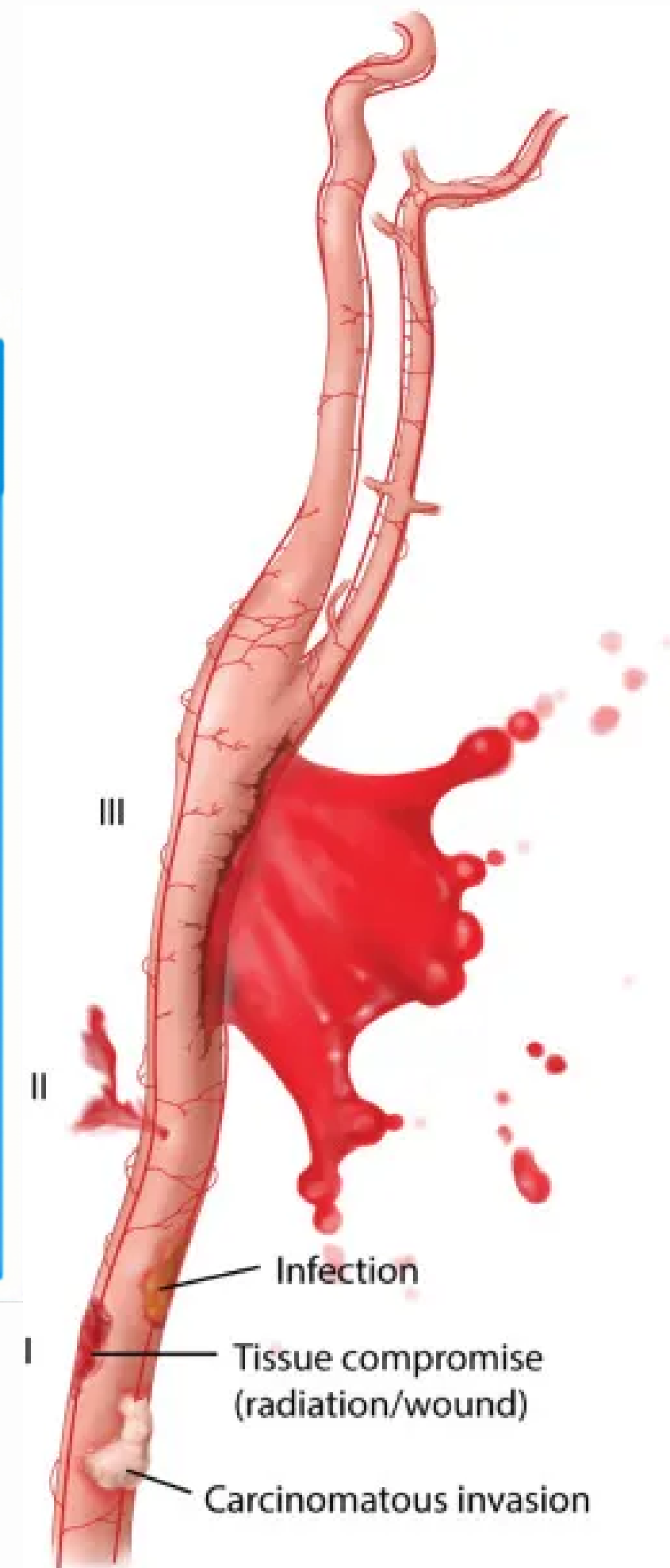
Bernd Alt-Epping^a Wiebke Seidel^b Jeannette Vogt^c Anja Mehnert^d Michael Thomas^e
Birgitt van Oorschot^f Hendrik Wolff^b Henning Schliephake^g Martin Canis^h Leif H. Drögeⁱ
Friedemann Nauck^a Florian Lordick^c on behalf of the Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin
(APM) of the German Cancer Society (DKG)

- Pain
- Oral care and mucositis
- Sialorrhoea and secretion management
- Wound care and major bleeding (including ‘carotid blowout’)
- Airway obstruction and tracheostomy management
- Nutritional support and difficulty swallowing
- Psychological distress and social isolation.

Box 14.11.3 'Carotid blowout' definition

- Threatened: evidence on physical or radiological examination that haemorrhage will occur if no immediate action is taken (e.g. directly exposed artery)
- Impending: episode of bleeding, 'sentinel bleed' often caused by a pseudo-aneurysm that either resolves itself or with packing/pressure
- Acute: haemorrhage that cannot be stopped by packing or pressure.

Source data from Kozin, E. *et al.* (2012). Carotid blowout management #251. *J Palliat Med.* 15(3): 360–1. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.9604>.



Review Article

Management of Terminal Hemorrhage in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Literature Review

Dylan G. Harris, MBBCh (Hons), MRCP, DipPallMed,
and Simon I.R. Noble, MBBS, FRCP, PGCE

*Department of Palliative Medicine (D.G.H.), Velindre Hospital, Cardiff; Department of Palliative
Medicine (S.I.R.N), Cardiff University School of Medicine, Cardiff, Wales, United Kingdom*

The reported incidence of significant bleeding in patients with advanced cancer is 6% – 14% and incidence of **terminal hemorrhage 3% – 12%**

Current suggestions for managing terminal hemorrhage in this context include

- **use of dark towels**
- **use of suction when possible**
- **use of sedative “crisis” medication**, which may involve midazolam, diamorphine/morphine, or ketamine by subcutaneous, intramuscular, or IV administration

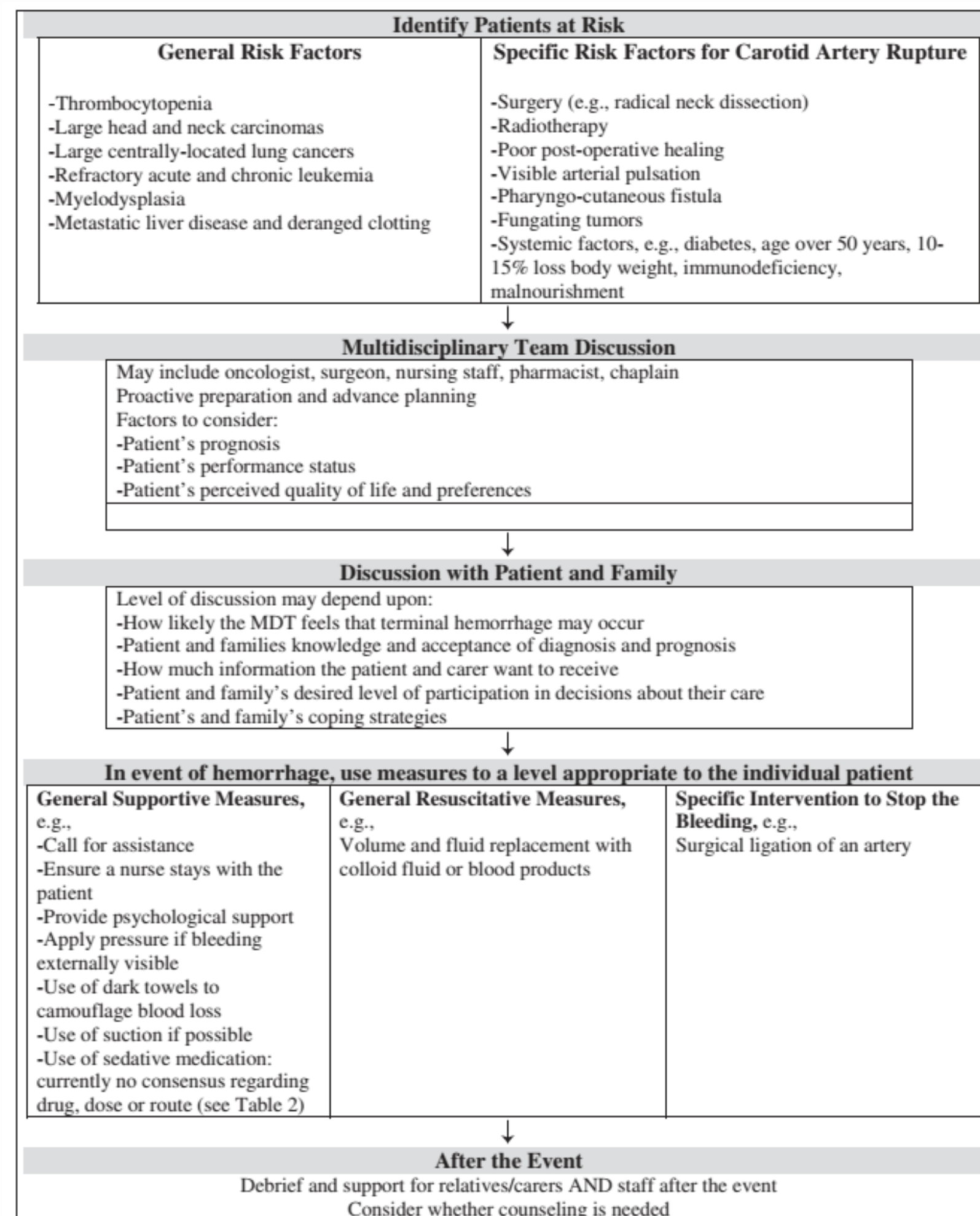


Fig. 1. Summary: management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer.

Identify Patients at Risk

General Risk Factors

- Thrombocytopenia
- Large head and neck carcinomas
- Large centrally-located lung cancers
- Refractory acute and chronic leukemia
- Myelodysplasia
- Metastatic liver disease and deranged clotting

Specific Risk Factors for Carotid Artery Rupture

- Surgery (e.g., radical neck dissection)
- Radiotherapy
- Poor post-operative healing
- Visible arterial pulsation
- Pharyngo-cutaneous fistula
- Fungating tumors
- Systemic factors, e.g., diabetes, age over 50 years, 10-15% loss body weight, immunodeficiency, malnourishment



Multidisciplinary Team Discussion

May include oncologist, surgeon, nursing staff, pharmacist, chaplain
Proactive preparation and advance planning
Factors to consider:

- Patient's prognosis
- Patient's performance status
- Patient's perceived quality of life and preferences

Discussion with Patient and Family

Level of discussion may depend upon:

- How likely the MDT feels that terminal hemorrhage may occur
- Patient and families knowledge and acceptance of diagnosis and prognosis
- How much information the patient and carer want to receive
- Patient and family's desired level of participation in decisions about their care
- Patient's and family's coping strategies



In event of hemorrhage, use measures to a level appropriate to the individual patient

General Supportive Measures,

e.g.,

- Call for assistance
- Ensure a nurse stays with the patient
- Provide psychological support
- Apply pressure if bleeding externally visible
- Use of dark towels to camouflage blood loss
- Use of suction if possible
- Use of sedative medication: currently no consensus regarding drug, dose or route (see Table 2)

General Resuscitative Measures,

e.g.,

Volume and fluid replacement with colloid fluid or blood products

Specific Intervention to Stop the Bleeding, e.g.,

Surgical ligation of an artery



After the Event

Debrief and support for relatives/carers AND staff after the event
Consider whether counseling is needed



The role of surgery in the palliation of head and neck cancer

Nicholas J. Roland^a and Patrick J. Bradley^b

- It may be used at the time of other palliative interventions or in patients with stridor and acute airway obstruction.
- If possible, the decision should not be made in the acute situation, and it should rather be part of a structured care plan.
- Furthermore, a tracheostomy does not guarantee airway patency and in the presence of uncontrolled disease in the laryngeal region, problems occur with occlusion of the tracheal lumen by tumor or secretions.

UPPER AIRWAY OBSTRUCTION

Symptoms

- Severe Dyspnea
- Restless(กระสับกระส่าย)

Physical examination

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

EMERGENCY PLAN OF MANAGEMENT

Palliative sedation

- Midazolam 5 mg iv stat then prn q 15 min
- Morphine 5 mg iv stat

PERCEPTION

- แพทย์แจ้งว่าเป็นมะเร็งที่คอ ไม่สามารถผ่าตัดเอาก่อนออกได้ เนื่องจากอยู่ใกล้เส้นเลือดใหญ่ ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่
- นอนโรงพยาบาลครั้งนี้ หมอบอกไม่ให้ยาเคมีบำบัดแล้ว จะฉายแสงแทน
- รู้สึกตกใจ ช็อค ร้องไห้กลัวและเสียใจ สิ้นหวัง หดหู่กำลังใจ
- มีแฟนคอยให้กำลังใจ ให้สู้ ๆ ยายอมแพ้
- ทุกวันนี้ กลัว กังวล เรื่องโรค กลัวไม่ดีขึ้น กลัวไม่หาย กังวลเรื่องงาน ไม่มีรายได้

"HOW CAN WE PROVIDE
PSYCHOLOGICAL,
SOCIAL, AND
SPIRITUAL SUPPORT ?"



PC VISIT



- Behavior : สีหน้าเศร้าหมอง
ไม่สบายใจ พุดน้อย นิ่งแบบไหล่ตก
- Feeling : ผิดหวัง เศร้า สิ้นหวัง หวิวๆ
กังวล หวาดกลัว
 - กลัวตาย
 - กลัวทรมาณก่อนตาย
 - กังวลที่ต้องพึ่งพา
 - ไม่อยากเป็นภาระใคร
 - น้อยใจ ทำไมเรื่องนี้ต้องมาเกิดกับตน

P C VISIT

- Negative emotional
- Cognitive: rumination, low self-esteem, impaired thinking planing
- Behavior: isolation, sleep disturbance

- Grief reaction :



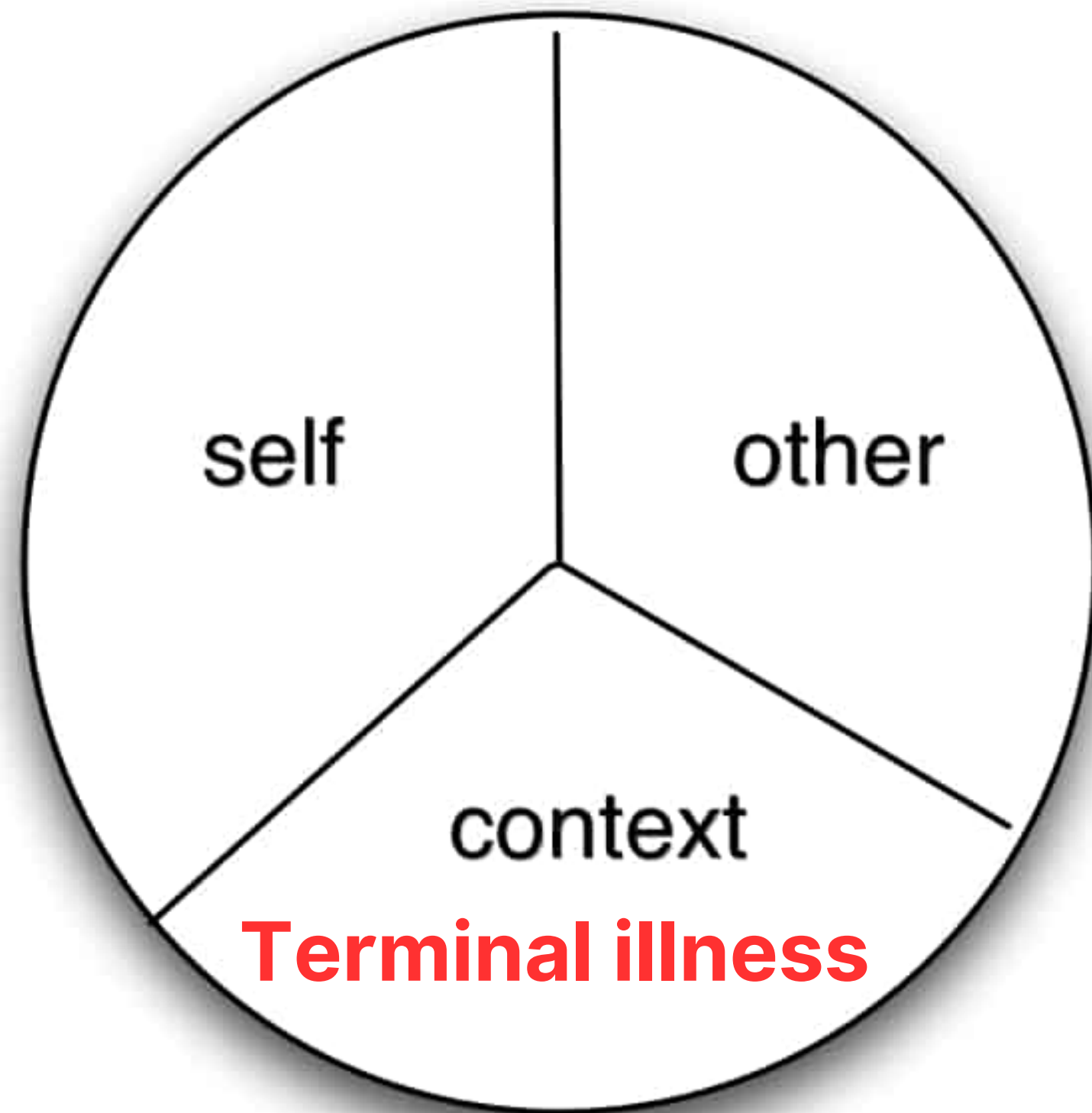
- Spiritual: asking “why” questions, change in beliefs & values
- Social: people treat me differently

- Anticipatory grief effects to grief reaction
- Coping

SATIR THERAPEUTIC BELIEF

- People
 - Most people do the best they can at any given time
 - Feeling belong to us; we all have them and can learn to be in charge of them
 - Healthy human relationship are built on equality of value.
- Coping
 - The problem is not a problem, but coping is a problem.
 - We all have the internal resources we need in order to cope successfully and to grow.
- Change
 - Internal change is always possible; even if external change is limited
 - We cannot change the past events, but we can change the impact that have on us.
 - Hope is a significant component for change

SATIR CONGRUEN LIVING



พฤติกรรม (Behavior)

- สีหน้าเหงาหงอย แหวตาเศร้า หน้าบึ้ง พุดน้อย คิดนาน ดูซึมๆหงอยๆ
- นอนไม่หลับ คิดมาก เบื่ออาหาร

ความรู้สึก (Feeling)

- เศร้า เสียใจ ท้อแท้ หหมดความหวัง กังวล
- โลงใจ

ความรู้สึกต่อความรู้สึก
(Feeling of Feeling)

- โกรธ ไม่ชอบ

การรับรู้สิ่งต่างๆ (Perception)

ความคาดหวัง (Expectation)

ความปรารถนาที่แท้จริง (Yearning)

ตัวตน (Self)

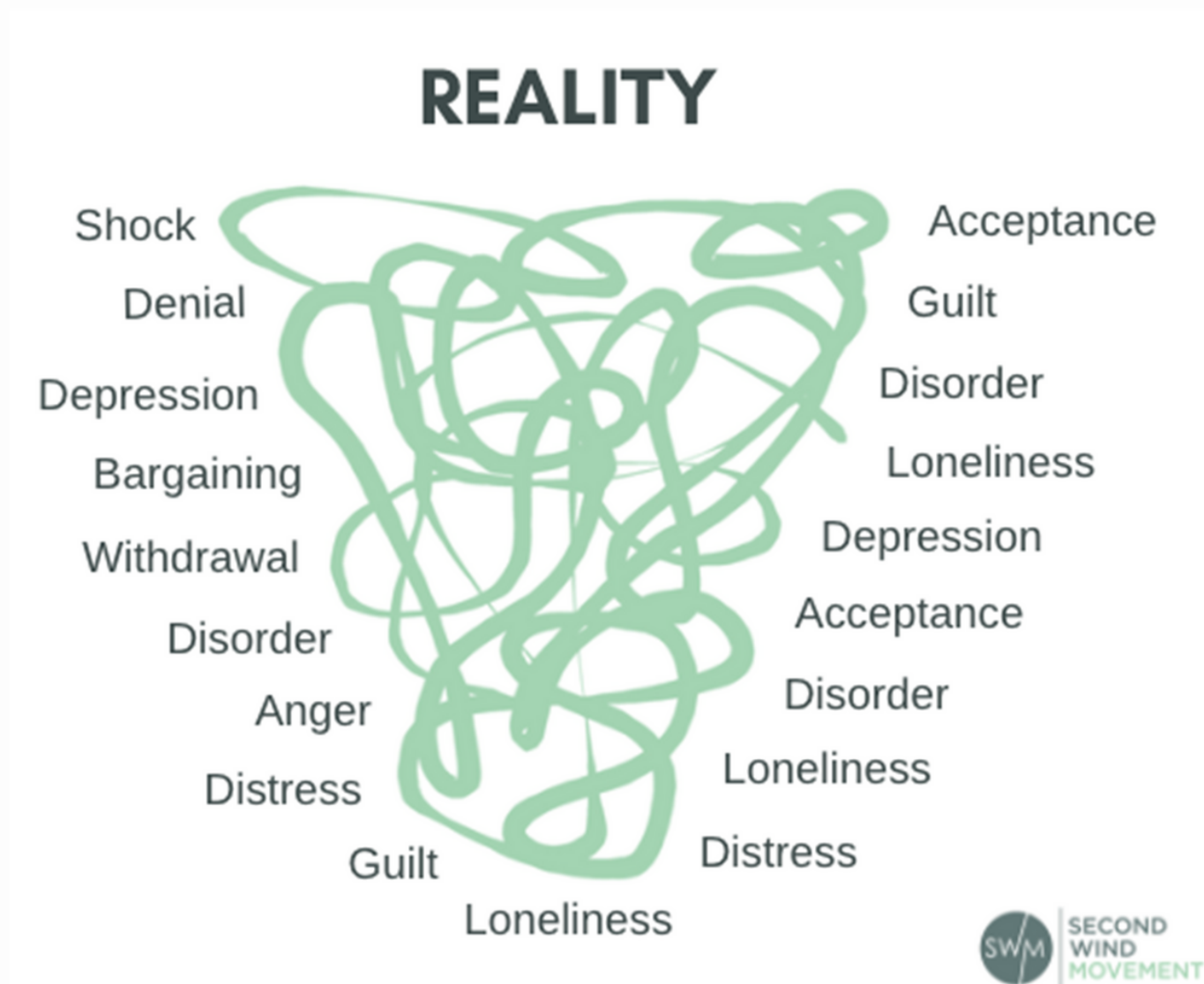
STAGES OF GRIEF



Grief is linear process
Grief is a predictable process

Greif reaction

view grief as dynamic- a person oscillates between distress (grief) & avoidance (life)



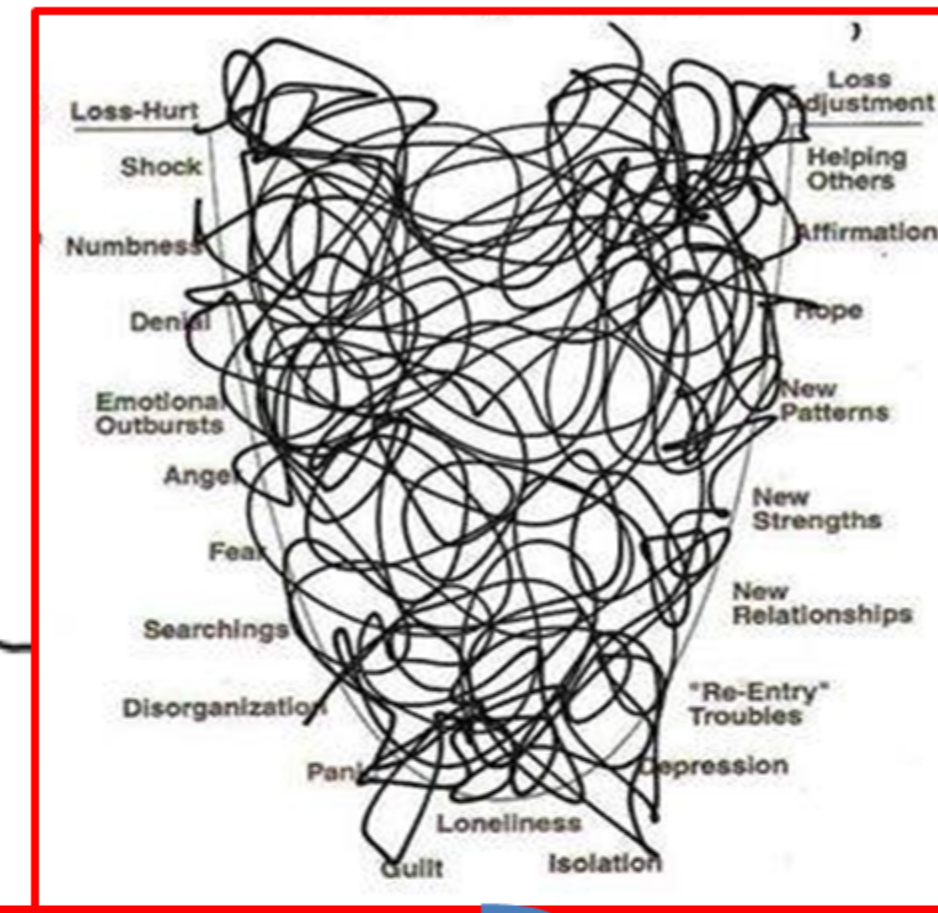
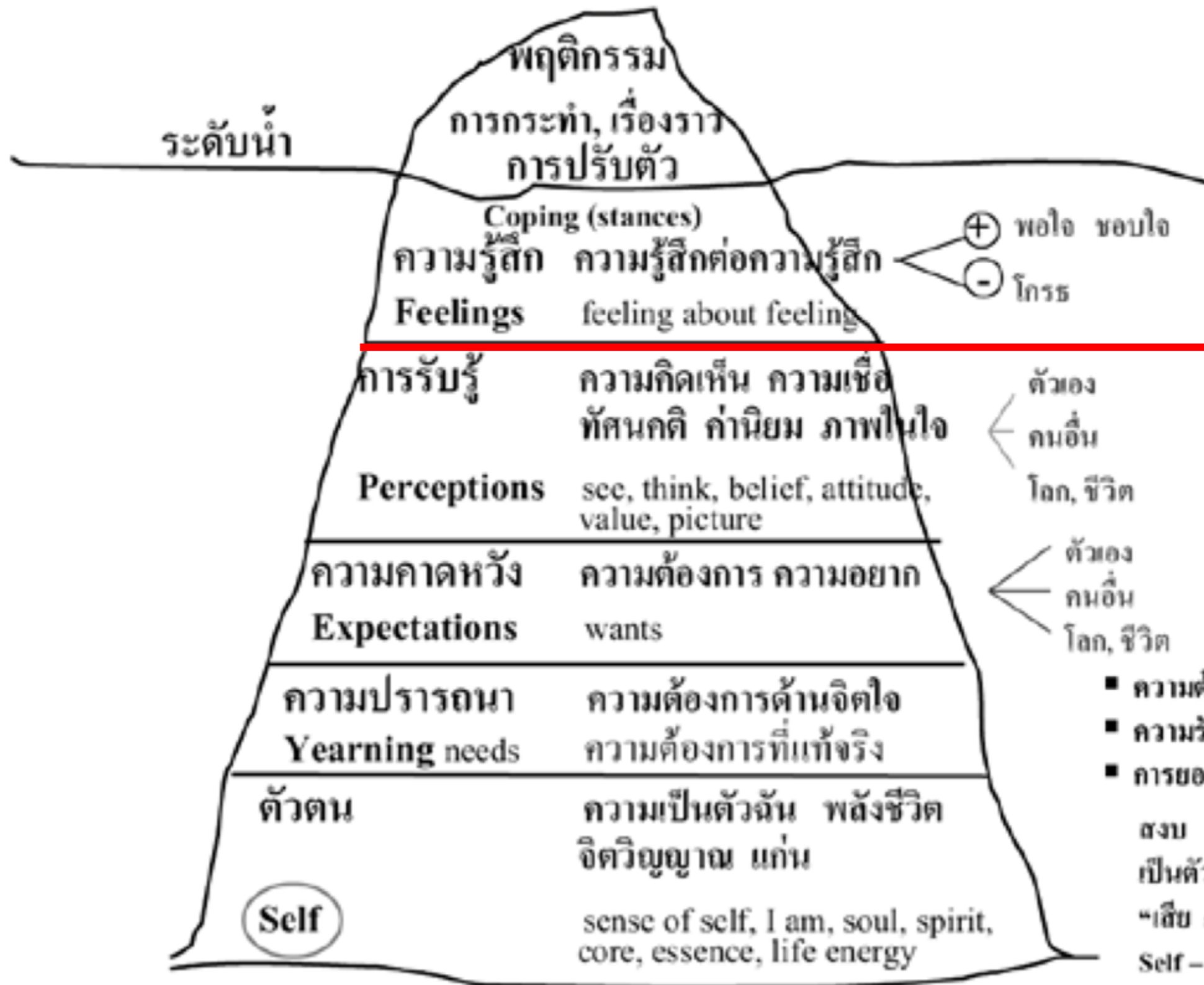
Grief Work

“Grief work” hypothesis

View of grief that individuals **must do the “work” of grief by talking about their loss and their feelings**, and if a bereaved person did not do this, it was assumed that something was wrong with that individual. Also indicates that the goal of grief is to help the bereaved individual to “let go” of their loved one in order to move forward in life.

*Dacry L. Harris and Howard R. Winokuer.
Principle and Practice of Grief Counseling*





Who is he?

THE BASICS OF GRIEF COUNSELING

- **Attending skills**—Body language, eye contact, tone and volume of voice, use of language, and nonverbal cues
- **Advanced empathy**—Moments when the counselor is deeply attuned to the client and has an intuitive knowing about something that the client may not have stated openly
- **Open questions**—Cannot be answered briefly, and they often require some thought or expression of feeling
- **Observational skills** — assist in reading nonverbal cues and filling in details about the client's story and situation
- **Immediacy**— The ability of the counselor to use the immediate situation within the session
- **Resistance**—The situation in which a client withholds disclosure or engagement in the therapeutic relationship or session, often due to the client feeling threatened or uncomfortable for some reason
- **Self-disclosure**—Involves the counselor sharing his or her own story and own personhood at appropriate times in the process

ACTIVE LISTENING

- Give your full attention
- Be patient with the bereaved, and with yourself
- Don't give advice
- Don't overthink your responses, your presence is often enough
- If you don't know what to say or do to help them, it is ok to say something like "I don't know what to say, but I am here and I care"
- Ask open questions "would you like to tell me about that?"

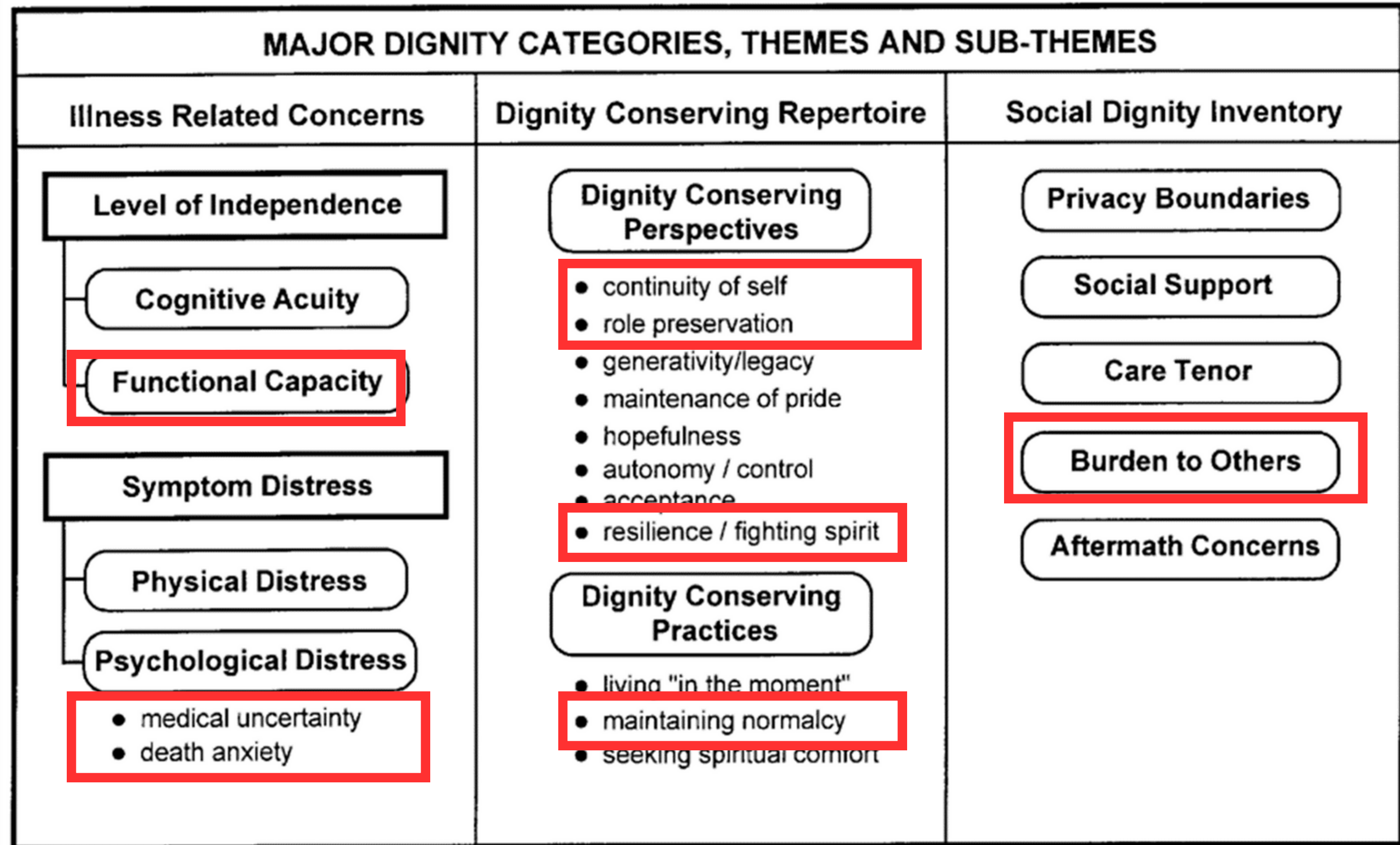
PC VISIT

- Approach : บำบัดด้วยการเล่าเรื่อง
- การตายของคนที่คุณรัก
- เส้นทางชีวิต : เรียนไปด้วยทำงานไปด้วย เงินที่ได้แบ่งให้ครอบครัว ช่วงชีวิตในมหาวิทยาลัย การมีคนรู้ใจ
- การเป็นภาระ
- ชีวิตที่มีอยู่ อยากอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด สถานที่ไหนก็ได้
- “เค้าเป็นแฟนที่ดีมาตลอด อยู่กับเค้าอบอุ่นใจ เค้าเป็นหลักในครอบครัว และเค้าดูแลเราได้ เราชักและอยากดูแลเค้า เค้าทุกข์เราก็ทุกข์ไปด้วย ที่ทำงานก็เข้าใจ สามารถมาดูแลได้ตลอด
- “รักเหมือนน้องชายแท้ๆ เป็นคนดีมาก จริงใจ เราคือครอบครัวเดียวกัน เราจะไม่ทิ้งกัน



- ขอบคุณ บอกความรู้สึกต่อกัน
- ไม่อยากให้เค้าลำบาก

DIGNITY CATEGORIES





Yearning

- ต้องการความรัก
- ความมั่นคง
- ความสงบ

Self

- เป็นคนดี
- เป็นคนซื่อสัตย์
- ทำเพื่อคนอื่น ดูแลคนอื่น เป็นนักสู้

DIGNITY

- The word dignity is derived from the Latin dignitas meaning “worthy”
- Synonyms for dignity include words like self-respect, selfesteem, poise, and pride
- “an individual’s ability to feel important and valuable in relation to others, communicate this to others, and be treated as such by others in contexts which are perceived as threatening”
- notions of maintenance of self-respect and self-esteem and appreciation of what dignity means to the individual

DIGNITY

The basic tenets of palliative care, including

- Symptom management
- Spiritual and psychological well-being
- Care of the family unit

May all be summarized under the goal of helping patients die with dignity

Dignity therapy



- Dignity therapy is an evidence-based and clinically effective **psychotherapeutic modality** for patients who are classified as terminally ill
- That targets depression and suffering along with enhancing palliative patients' **sense of purpose, meaning, and will to live**

Chochinov HM, Kristjanson L, Breitbart W, et al: Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12:753–762

Meaning of Life : มีชีวิตต่อไปอย่างมีความหมาย

การได้เป็นที่รัก และอยู่กับคนที่รักและครอบครัว



เป้าหมายการดูแลสุขภาพของฉัน

สำหรับฉันสิ่งเหล่านี้ที่ฉันทำเครื่องหมาย ✓ ไว้ในกล่องข้อความ
นับว่า เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายกับฉันอย่างมาก

1. สิ่งที่ฉันให้ความสำคัญเกี่ยวกับผลการรักษา (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

- ☒ ต้องการการรักษา
ที่ไม่สร้างความเจ็บปวด
หรือทุกข์ทรมาน
หรือยืดการเสียชีวิตออกไป
โดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์
- ☐ ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด
เท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญ
กับความทุกข์ทรมาน
จากเครื่องมือทางการแพทย์

2. สภาวะที่ฉันยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)

- ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
ติดเตียง
ต้องมีผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา
- ☒ ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด
จำคนที่รักไม่ได้ หรือ
อยู่ในสภาวะผักถาวร
- ☒ ต้องพึ่งพิง
เครื่องช่วยหายใจ
ไปตลอดชีวิต
- ☐ อื่นๆ
ระบุ _____

3. กรณีเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง จนมีโอกาสชีวิตน้อยมากหรือถึงแม้ มีโอกาสชีวิต แต่มีภาวะเสื่อมถอย ไม่มีสมรรถนะที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ขอบเขตการรักษาที่ฉันต้องการคือ... (เลือกได้เพียง 1 ข้อ)

- ☐ ฉันต้องการให้ทีมสุขภาพรักษาดูแลฉันอย่างเต็มที่
และใช้เครื่องพยุงชีพแม้จะสร้างความทุกข์ทรมาน
- ☒ ฉันต้องการให้ทีมสุขภาพลดการรักษาฉันอย่างเต็มที่
แต่หากทีมสุขภาพเห็นว่า การรักษาไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกต่อไป
ฉันขอให้ทีมสุขภาพยุติการรักษาในแนวทางนั้น แต่ขอรักษา
ในแนวทางที่ทำให้ฉันไม่ทุกข์ทรมานและยุติการพยุงชีพ
- ☐ รักษาอาการเพื่อลดอาการทรมานโดยไม่ใช้
เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยืดชีวิต
ไปเรื่อยๆ วิตตามธรรมชาติ
- ☐ การรักษาที่ต้องการไม่ได้

4. กรณีที่ฉันอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ฉันต้องการการเสียชีวิต อย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่เร่งหรือยืดการเสียชีวิตออกไป โดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ*

- ☒ ต้องการ
- ☐ ไม่ต้องการ

5. ถ้าฉันอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ฉันต้องการใช้เวลาอยู่ที่

- ☒ ที่บ้าน
- ☐ ที่โรงพยาบาล
- ☐ ที่ไหนก็ได้
ไม่สำคัญสำหรับฉัน

6. ถ้าฉันจะเสียชีวิต ฉันอยากเสียชีวิตที่

- ☒ ที่บ้าน
- ☐ ที่โรงพยาบาล
- ☐ ที่ไหนก็ได้
ไม่สำคัญสำหรับฉัน

นี่คือแผนการดูแลสุขภาพของฉัน

ผู้แทนตัดสินใจด้านสุขภาพของฉัน
หากฉันเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและสื่อสารไม่ได้

พยาน

พยาน

*ข้อ 4 คือ มาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นเอกสารที่มี
ผลด้านกฎหมาย

การวางแผน


การดูแลสุขภาพล่วงหน้า



"เพราะคุณออกแบบ
สุขภาพก่อนเจ็บป่วยได้"

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
และมูลนิธิการุณรักษ์เพื่อการดูแลประคับประคอง

karunrukk@gmail.com 043-366-656 KPCKKU



โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อ
อา
แ
ภา

[Redacted]

แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยและการช่วยฟื้นชีพล่วงหน้า⁽¹⁾

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว [Redacted] อายุ 28 ปี ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น ☒ ตัวผู้ป่วยเอง ☐ ญาติ หรือ ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย⁽²⁾ (ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย).....
ได้รับฟังคำอธิบายถึงภาวะความเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและแนวโน้มนิพพานโรคของ ☒ ข้าพเจ้าเอง ☐ ผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว/คช./คญ. โดยขอแจ้งความประสงค์นี้ข้าพเจ้ามีสติดี เข้าใจในสิ่งที่ได้รับคำอธิบายอย่างครบถ้วนรวมถึงเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตัวข้าพเจ้าเป็นอย่างดี จึงขอแจ้งให้ลงบันทึกความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยและการช่วยฟื้นชีพที่ผู้ป่วยต้องการเป็นดังนี้

1. การดูแลรักษาทั่วไป		
1.1 อาการปวดและความทุกข์ทรมาน	<input checked="" type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ
1.2 การรักษาโรค: ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ต้องการ
1.3 การรักษาภาวะแทรกซ้อน	<input checked="" type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ
2. การรักษาผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ต้องการการรักษาผู้ป่วยทุกชนิด <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการการรักษาผู้ป่วยตามที่ระบุข้างล่างนี้: <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> 2.3 ไม่ใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ <input type="checkbox"/> 2.4 ไม่ทำการฟอกเลือด/ล้างไต <input type="checkbox"/> 2.5 ไม่ใช้หรือไม่เพิ่มยาเพิ่มความดันโลหิต <input type="checkbox"/> 2.6 ไม่ทำการรักษาโดยการผ่าตัด ระบุ..... <input type="checkbox"/> 2.7 ไม่ย้ายหรือหอบหืดผู้ป่วยระยะวิกฤต <input type="checkbox"/> 2.8 การรักษาอื่นๆ ที่ต้องการจำกัด ได้แก่ <input type="checkbox"/> 2.8.1..... <input type="checkbox"/> 2.8.2.....
3. การช่วยฟื้นชีพ	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ต้องการให้ช่วยฟื้นชีพถ้าหัวใจหยุดเต้น (do not attempt resuscitation: <u>DNAR</u> or <u>DNR</u>)

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าแพทย์และพยานข้างล่างนี้
ลงชื่อ(ศ) [Redacted] / ญาติ/ ผู้ที่ได้รับมอบหมายการตัดสินใจ⁽⁴⁾ วันที่ 7 กันยายน 2566

ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย
☒ ผู้ป่วยรู้สึกตัวสามารถตัดสินใจได้เอง
☐ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจได้เอง ระบุจำกัด.....

[Redacted] ตำแหน่ง พชท./พจน./อาจารย์ ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ป่วยหรือญาติแจ้งความต้องการ วันที่ 7 กันยายน 2566
(ศ) คำแ [Redacted] วันที่ 7 กันยายน 2566
ลงชื่อ.....พยาน⁽⁵⁾ ระบุความสัมพันธ์..... วันที่ 9 กันยายน 2566
(กรุณาอ่านแนวทางการแจ้งความประสงค์และการยืนยันความประสงค์ด้านหลัง)



แนวทางการรักษาภาวะวิกฤตฉุกเฉิน
ของ [REDACTED]
ACP : No ETT/Tracheostomy
No CPR , No Inotrope

UAO

stridor หายใจลำบาก ร่วมกับ
กระสับกระส่าย หรือ
ไม่มีเสียงพูดมากกว่าเดิม

Carotid Blowout

ใช้ **Gauze 3x3** พับ 2 ครั้ง
กดไปที่จุด **Bleed** และ

Mx. -Morphine 5 mg iv stat
-Midazolam 5 mg iv stat then prn q 15-20 min
for agitation/suffering

Ins **Notify ENT**
และ **Fellow PC**

Ins **Notify**
Fellow PC
[REDACTED]

Ins **Notify ENT** ที่
1st Call - 5v
[REDACTED]



A WARM
THANK YOU
TO ALL OF YOU!