



CRH: Palliative care in ESKD

Kidney Supportive and Palliative Cares

พญ. ทิพากร พันธุ์ประจักษ์

อายุรแพทย์โรคไต รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

คำแนะนำ
สำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง
แบบองค์รวมชนิดประคับประคอง
พ.ศ.2560

Clinical Practice Recommendation
for Comprehensive Conservative Care
in Chronic Kidney Disease 2017

<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง-2560.pdf>

คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษา
สนับสนุนและประคับประคอง
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566
(Kidney Supportive and Palliative Cares 2023)

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
ศูนย์การบริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย
คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพหุสาขา
สมาคมผู้กำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
สมาคมฟิซโธเธอราปีแห่งประเทศไทย

<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/e-BOOK-palliative-care.pdf>

คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565
(ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม)
Clinical Practice Recommendations for Evaluation
and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022
(Revised edition)

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
The Nephrology Society of Thailand

KIDNEY DISEASE
KDIGO
IMPROVING GLOBAL OUTCOMES

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease



Outlines

- ความหมายของการดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต (Kidney supportive care)
- ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณา วิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง
- Charlson comorbidity index (CCI) & Karnofsky Performance Status (KPS) Scale
- แนวทางการรักษา และเกณฑ์เป้าหมาย ของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง
- Symptom management



Mr. RRT

- 76 year old man with diabetic, diabetic nephropathy, IHD, old CVA with right hemiparesis (bed ridden status) and vascular dementia.
- He was followed in a CKD Clinic for several years, with slowly worsening kidney function.
- His son was provided with detailed information about dialysis and non-dialysis options, and these were discussed with him periodically, but he was extremely anxious about these discussions and could not make a choice.



การดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต (Kidney supportive care)

หมายถึง

- การนำหลักการและแนวทางปฏิบัติของ **การรักษาประคับประคอง** มาผสมผสานร่วมกับ **แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต** ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ **การดูแลโรคไตแบบบูรณาการ**

- ครอบคลุมผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (advanced chronic kidney disease)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใกล้เข้าสู่ระยะท้าย

ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งที่กำลังบำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาประคับประคองที่ไม่ได้ล้างไตหรือหยุดการล้างไต





การดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต (Kidney supportive care)

เป้าหมาย

- เพิ่มคุณภาพชีวิต
- ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อน
- ส่งเสริมสมรรถนะร่างกายไว้ให้ได้มากที่สุด
- ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและ ญาติที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต

ด้วยวิธีการประเมินและจัดการปัญหาโดยเร็วและครอบคลุม สื่อสารด้วยความเข้าใจ รวมถึงรักษาอาการปวด และอาการอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณ



การดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต (Kidney supportive care)

- การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

(แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรแพทย์ อายุรแพทย์โรคไต แพทย์เชี่ยวชาญการบริบาลผู้ป่วย ระยะท้าย พยาบาล วิชาชีพ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม นักกำหนดอาหาร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชน และผู้นำทางศาสนา)

- ครอบคลุมกิจกรรม

1.1 การสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับ พยากรณ์ของโรค (prognosis sharing), การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา (**shared decision making**) และการวางแผนและเป้าหมายไว้ล่วงหน้า (**advance care plan**)

1.2 **การรักษาประคับประคองแบบองค์รวม (comprehensive conservative management)**

1.3 การประเมินและการจัดการอาการ (symptom management) ที่ส่งผลต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เช่น อาการปวด, เหนื่อยเพลีย, วิตกกังวล, และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

1.4 การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต (end of life care)





CRH: Palliative care in ESRD

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Comprehensive conservative management) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

หมายถึง

- การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ทั้ง ด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (holistic care)
- ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต หรืออาจได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อเป้าหมายด้านคุณภาพชีวิต หรือเพื่อลดอาการเป็นหลัก (palliative dialysis)
- มีการวางแผน และวางเป้าหมายการรักษา



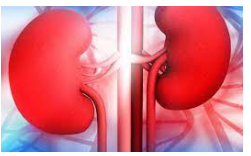
CRH: Palliative care in ESRD

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Comprehensive conservative management)

เป้าหมายการรักษา

- 4.1 ชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไต และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์
- 4.2 การรักษาเน้นที่การแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ (symptomatic treatment)
- 4.3 ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำความเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย
- 4.4 คำนึงถึงปัจจัยด้านต่างๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ปัจจัย ทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ





Decision-making around Commencing Dialysis

การตัดสินใจเกี่ยวกับการเริ่มฟอกไต



Timely initiation of dialysis

CKD stage 5 (eGFR < 15 ml/min/1.73 m²)

- eGFR ≤ 6 ml/min/1.73 m² without reversible cause of renal impairment
- eGFR > 6 ml/min/1.73 m² with CKD complications not response to conservative treatment
 - Volume overload: Heart failure or uncontrollable HT
 - Electrolyte disturbance: Hyperkalemia, metabolic acidosis, hyperphosphatemia
 - Uremic encephalopathy, pleuritic pericarditis
 - Nausea/vomiting, weight loss, malnutrition



Timely initiation of dialysis

- eGFR \leq 6 ml/min/1.73 m² without reversible cause of renal impairment
- eGFR $>$ 6 ml/min/1.73 m² with CKD complications not response to conservative treatment

Is it difference between 36 y and 76 y CKD patient ?

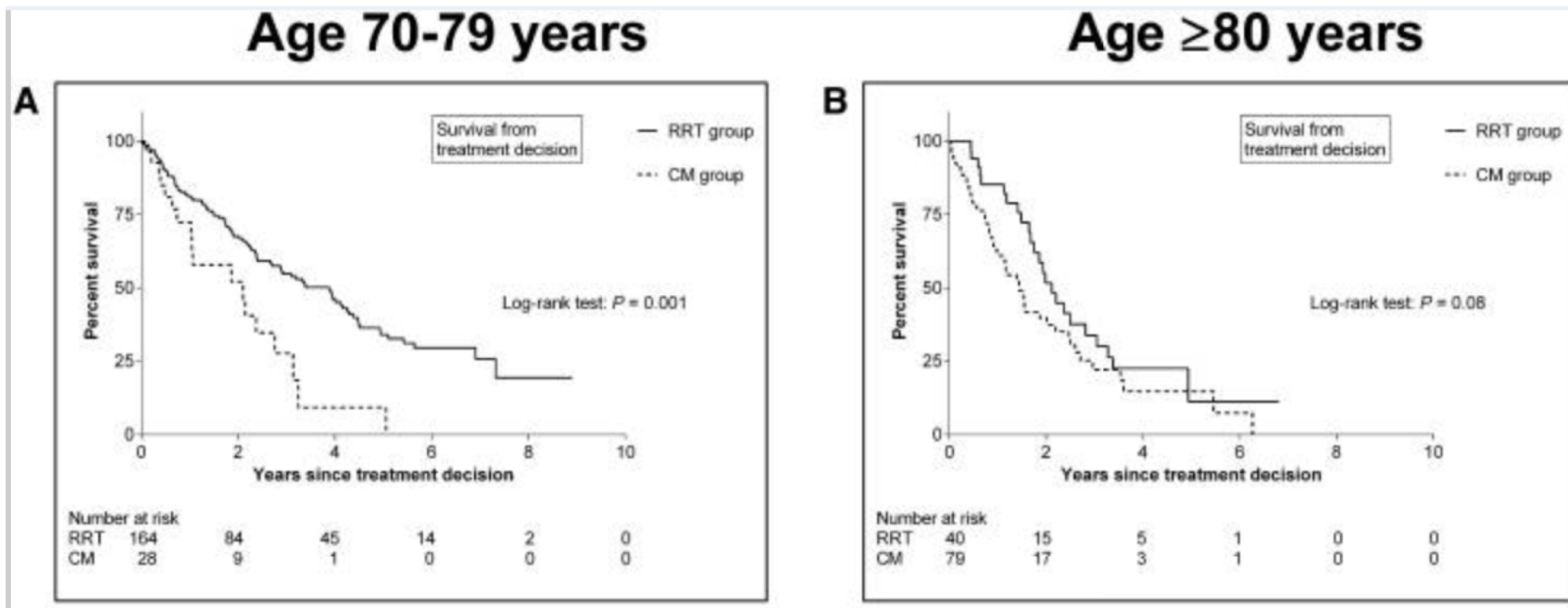
- Electrolyte disturbance: Hyperkalemia, metabolic acidosis, hyperphosphatemia
- Uremic encephalopathy, pleuritic pericarditis
- Nausea/vomiting, weight loss, malnutrition



CRH: Palliative care in ESKD

Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis

Wouter R. Verberne,* A.B.M. Tom Geers,* Wilbert T. Jellema,* Hieronymus H. Vincent,* Johannes J.M. van Delden,[†] and Willem Jan W. Bos*





CRH: Palliative care in ESKD

Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis

single-center observational study

Wouter R. Verberne, A.B.M. Tom Geers,* Wilbert T. Jellema,* Hieronymus H. Vincent,* Johannes J.M. van Delden,[†] and Willem Jan W. Bos**

Survival advantage lost **if ≥ 80 years old**

Conclusions:

There was no statistically significant survival advantage among patients ages ≥ 80 years old choosing RRT over CM.

Comorbidity was associated with a lower survival advantage.

This provides important information for decision making in older patients with ESRD.

CM could be a reasonable alternative to RRT in selected patients

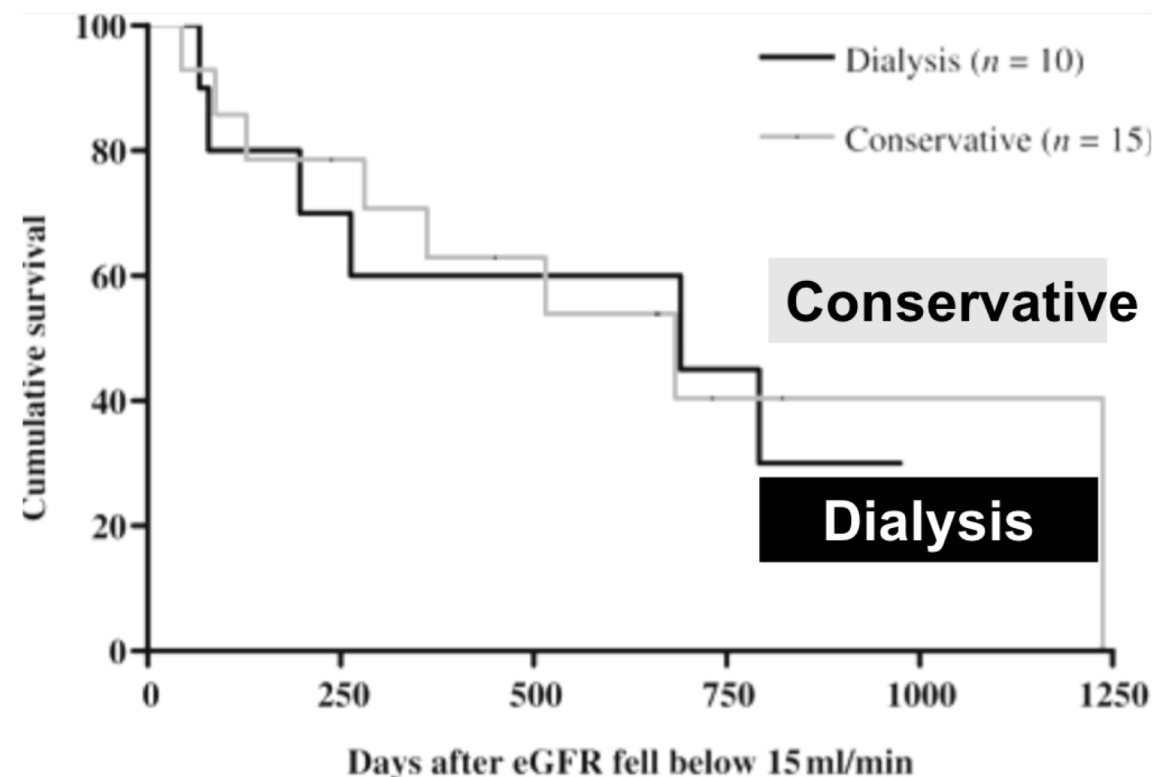
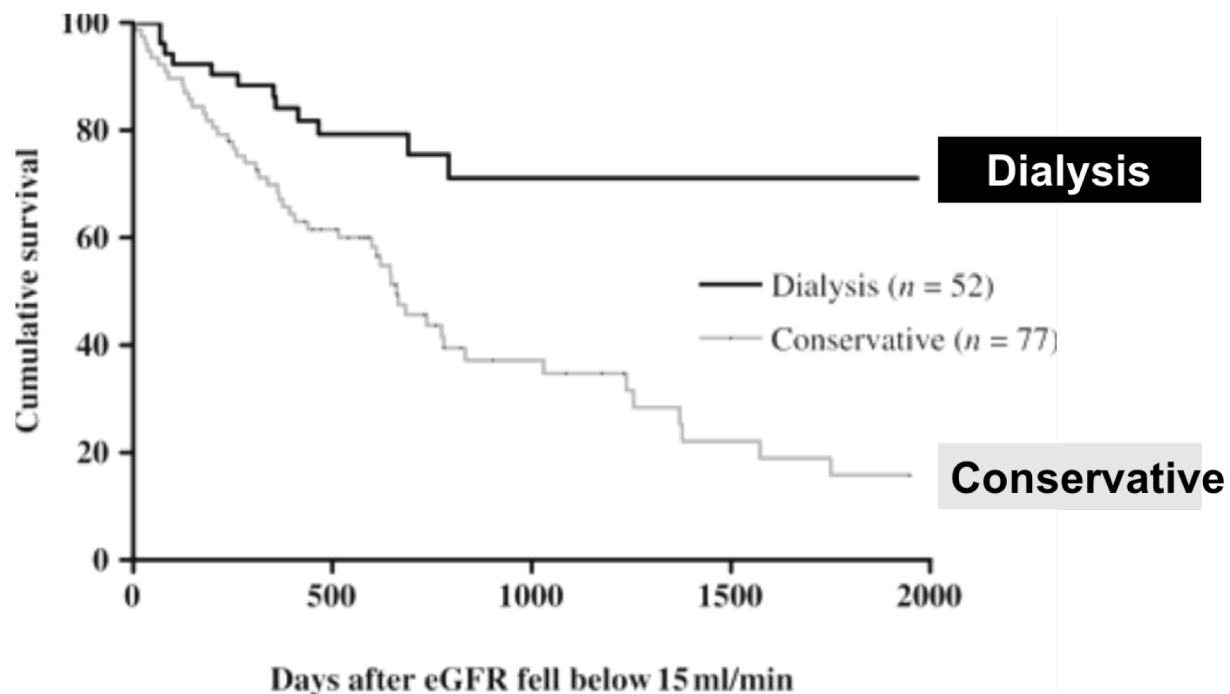


CRH: Palliative care in ESKD

Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5

In CKD stage 5 patients over 75 years, who receive specialist nephrological care early, and who follow a planned management pathway, the survival advantage of dialysis is substantially reduced **by comorbidity** and **ischemic heart disease** in particular.

Comorbidity should be a major consideration when advising elderly patients for or against dialysis.



Survival benefit lost if Co-morbidities include IHD



ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณา วิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

1. อายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป

2. อายุมากกว่า 75 ปี และมีสิ่งตรวจพบ อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้

2.1 Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ”

เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “**คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปี หน้า**” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 6-12 เดือนข้างหน้า

2.2 Charlson comorbidity score (CCI) มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน

2.3 Karnofsky Performance Scale (KPSS) น้อยกว่า 40

2.4 มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 ก./ดล.) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้



ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณา วิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

3. ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใดๆ (vegetative stage)
4. ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาแล้วว่าโรคนั้นๆอยู่ใน ระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี
5. ผู้ที่อยู่ในสถานะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมการล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

Charlson Comorbidity Index (CCI)

ประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วน คือการประเมินให้คะแนนตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย และการประเมินจากอายุของผู้ป่วย แล้วนำคะแนนทั้งสองส่วนมารวมกัน

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ส่วนที่ 1 การประเมินจากโรคประจำตัว		
<ul style="list-style-type: none">ประวัติโรคหัวใจขาดเลือด (ไม่มี ECG ประกอบ), ภาวะหัวใจวาย, โรคหลอดเลือดแดงผิดปกติ รวมหลอดเลือดแดง aorta โป่งพองขนาด > 6 ซม.), โรคหลอดเลือดแดงสมองที่มีการพื่นตัวของการทำงานของสมองจนปกติหรือร่อยรอยน้อย, โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว, ภาวะสมองเสื่อม, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, โรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและใหญ่, โรคตับที่ยังไม่มีแรงดันพอร์ทัลสูง, โรคตับอักเสบเรื้อรัง	1 คะแนน	

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
<ul style="list-style-type: none">โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ได้แก่ ความผิดปกติของจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน โรคเส้นประสาทบกพร่องจากเบาหวาน, โรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไป, โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง, โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง, โรคมะเร็งที่ไม่มีการแพร่กระจาย	2 คะแนน	
<ul style="list-style-type: none">โรคตับที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก	3 คะแนน	
<ul style="list-style-type: none">โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย โรคเอดส์ (ไม่นับรวมการตรวจพบ anti HIV ในเลือดโดยไม่มีอาการ)	6 คะแนน	
ส่วนที่ 2 การประเมินจากอายุ		
<ul style="list-style-type: none">ทุก 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นนับจาก 40 ปี	1 คะแนน	
คะแนนรวม		CCI ≥ 8

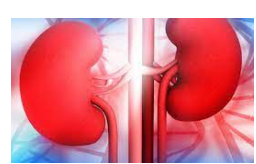
Karnofsky Performance Status (KPS) Scale

เป็นการประเมินตามความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยดูจากความสามารถในการทำงาน และการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

< 40 คะแนน



100 คะแนน	ปกติ ยังไม่มีอาการของโรคต่างๆ
90 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องพื้นฐานได้เป็นปกติ มีอาการอาการแสดงของโรคเล็กน้อยมาก
80 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น มีอาการอาการแสดงของโรคบางอย่าง
70 คะแนน	สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่นได้
60 คะแนน	สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวของตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
50 คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และต้องได้รับการรักษาการตรวจจากแพทย์บ่อยครั้ง
40 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือพิเศษ
30 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาล
20 คะแนน	ป่วยหนัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาลแบบ active support
10 คะแนน	ใกล้ตาย หรือมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว
0 คะแนน	เสียชีวิต

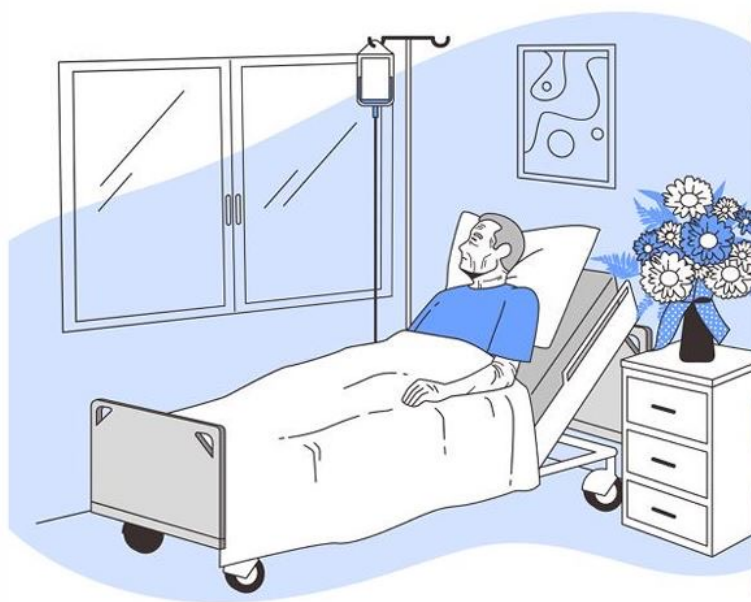


คัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่อาจเหมาะสมควรกับการรักษาประคับประคอง

- Charlson's Comorbidity index
- Karnofsky performance status score
- Surprise question



คำแนะนำที่ 5 ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง



- 5.1 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี
- 5.2 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี

มีสิ่งตรวจพบอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อต่อไปนี้	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positive surprise question 2. Charlson comorbidity score ≥ 8 3. Karnofsky Performance Scale < 40 4. มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง
--	---
- 5.3 ผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรใด ๆ
- 5.4 ผู้ที่มีโรคเรื้อรังและที่แพทย์คาดว่า จะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี



CRH: Palliative care in ESKD

Mr. RRT

- 76 year old man with **diabetic, ischemic nephropathy, IHD, old CVA with right hemiparesis (bed ridden status) and vascular dementia.**
- He was followed in a CKD Clinic for several years, with slowly worsening kidney function.
- His son was provided with detailed information about dialysis and non-dialysis options, and these were discussed with him periodically, but he was extremely anxious about these discussions and could not make a choice.

Charlson Comorbidity Index (CCI)

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ส่วนที่ 1 การประเมินจากโรคประจำตัว		
<ul style="list-style-type: none"> ประวัติโรคหัวใจขาดเลือด (ไม่มี ECG ประกอบ), ภาวะหัวใจวาย, โรคหลอดเลือดแดงผิดปกติ รวมหลอดเลือดแดง aorta ไปงอกขนาด > 6 ซม.), โรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นตัวของการทำงานของสมองจนปกติหรือร่อยรอยน้อย, โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว, ภาวะสมองเสื่อม, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, โรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและใหญ่, โรคตับที่ยังไม่มีแรงดันพอร์ทัลสูง, โรคตับอักเสบเรื้อรัง 	1 คะแนน	
<ul style="list-style-type: none"> โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ได้แก่ ความผิดปกติของจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน โรคเส้นประสาททบกพร่องจากเบาหวาน, โรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไป, โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง, โรคมะเร็งต่อม้ำเหลือง, โรคมะเร็งที่ไม่มีการแพร่กระจาย 	2 คะแนน	
<ul style="list-style-type: none"> โรคตับที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก 	3 คะแนน	
<ul style="list-style-type: none"> โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย โรคเอดส์ (ไม่นับรวมการตรวจพบ anti HIV ในเลือดโดยไม่มีอาการ) 	6 คะแนน	
ส่วนที่ 2 การประเมินจากอายุ		
<ul style="list-style-type: none"> ทุก 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นนับจาก 40 ปี 	1 คะแนน	
คะแนนรวม		

Karnofsky Performance Status (KPS) Scale

100 คะแนน	ปกติ ยังไม่มีอาการของโรคต่างๆ
90 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องพื้นฐานได้เป็นปกติ มีอาการแสดงของโรคเล็กน้อยมาก
80 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น มีอาการแสดงของโรคบางอย่าง
70 คะแนน	สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่นได้
60 คะแนน	สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวของตนได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
50 คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และต้องได้รับการรักษาการตรวจจากแพทย์บ่อยครั้ง
40 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือพิเศษ
30 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาล
20 คะแนน	ป่วยหนัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาลแบบ active support
10 คะแนน	ใกล้ตาย หรือมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว
0 คะแนน	เสียชีวิต

คำแนะนำที่ 5 ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณาไว้ที่รักษานับของครอบครัวระดับประคอง

- 5.1 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี
- 5.2 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี
 - มีสิ่งตรวจพบอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อต่อไปนี้
 - 1. Positive surprise question
 - 2. Charlson comorbidity score >= 8
 - 3. Karnofsky Performance Scale < 40
 - 4. มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง
- 5.3 ผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรใด ๆ
- 5.4 ผู้ที่มีโรคเรื้อรังและที่แพทย์คาดว่า จะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี

The care should be the best of the two disciplines

Renal Medicine

- Blood Pressure
- Electrolyte & Acid-base status
- Calcium/Phosphate
- Anemia
- Fluid balance

Palliative approach

- Symptom management
- Psychosocial support
- Care of the dying

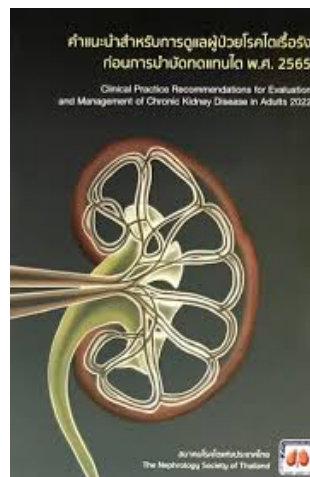


CRH: Palliative care in ESKD

แนวทางการรักษา และเกณฑ์เป้าหมาย ของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ยังมีอัตราการกรองของไต สูงกว่า 10 มล./นาทิต/1.73 ตร.ม. และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการมาตรฐานตาม

ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการนำบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565



<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>





แนวทางการรักษา และเกณฑ์เป้าหมาย ของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไต ต่ำกว่า 10 มล./นาທີ/ 1.73 ตร.ม. และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

ควรได้รับการดูแลเพื่อ

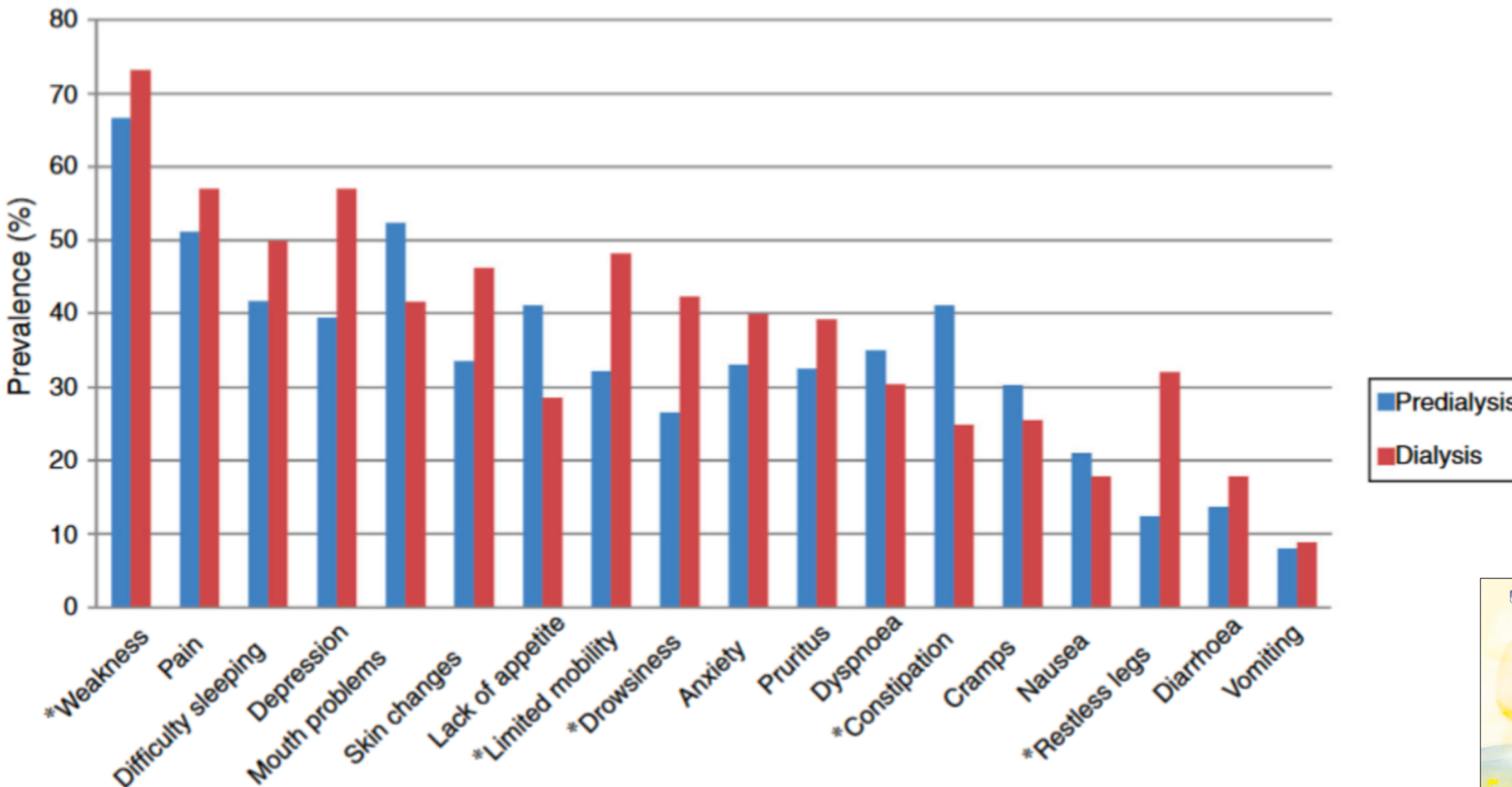
- บรรเทาอาการไม่สบายกาย และใจจากโรคเป็นสำคัญ
- ได้รับยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อป้องกันหรือแก้ไข อาการไม่พึงประสงค์ระยะสั้นจากภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง
- ดูแล ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ให้คำปรึกษาเพื่อเผชิญปัญหาการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า รู้สึกท้อแท้หมด กำลังใจ
- ดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมบ้าน หรือวิดีโอคอล
- มีระบบการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติหรือเข้าสู่ ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต





CRH: Palliative care in ESKD

การดูแลรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองเพื่อจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย (Symptom management in end stage kidney disease)



ความชุกของอาการ ในผู้ป่วยโรคไตวายระยะ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและได้รับการบำบัด ทดแทนไต





Symptom measurement tools

- **IPOS renal**
- **ESAS renal**

IPOS-Renal Patient Version



www.pos-pal.org

Patient name :

Date (dd/mm/yyyy) :

Patient number : (for staff use)

Q1. What have been your main problems or concerns over the past week??

1.
2.
3.

Q2. Below is a list of symptoms, which you may or may not have experienced. For each symptom, please tick the box that best describes how it has affected you over the past week?

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Overwhelmingly
Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor appetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drowsiness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor mobility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulty Sleeping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restless legs or difficulty keeping legs still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changes in skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please list any other symptoms not mentioned above, and tick the box to show how they have affected you over the past week?

1. _____
2. _____
3. _____

Over the past week:

	Not at all	Occasionally	Sometimes	Most of the time	Always
Q3. Have you been feeling anxious or worried about your illness or treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4. Have any of your family or friends been anxious or worried about you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5. Have you been feeling depressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Always	Most of the time	Sometimes	Occasionally	Not at all
Q6. Have you felt at peace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7. Have you been able to share how you are feeling with your family or friends as much as you wanted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8. Have you had as much information as you wanted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problems addressed/ No problems	Problems mostly addressed	Problems partly addressed	Problems hardly addressed	Problems not addressed
Q9. Have any practical problems resulting from your illness been addressed? (such as financial or personal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	None at all	Up to half a day wasted	More than half a day wasted		
Q10. How much time do you feel has been wasted on appointments relating to your healthcare, e.g. waiting around for transport or repeating tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	On my own	With help from a friend or relative	With help from a member of staff		
Q11. How did you complete this questionnaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

If you are worried about any of the issues raised on this questionnaire then please speak to your doctor or nurse

Edmonton Symptom Assessment System
Revised: Renal (ESAS-r:Renal)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Pain

No Tiredness 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Tiredness
(Tiredness = lack of energy)

No Drowsiness 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Drowsiness
(Drowsiness = feeling sleepy)

No Nausea 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Nausea

No Lack of Appetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Lack of Appetite

No Shortness of Breath 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Shortness of Breath

No Depression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Depression
(Depression = feeling sad)

No Anxiety 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Anxiety
(Anxiety = feeling nervous)

Best Wellbeing 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Wellbeing
(Wellbeing = how you feel overall)

No Itching 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Itching

No Problem Sleeping 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Problem Sleeping

No Restless Legs 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Restless Legs

Patient's Name _____

Date _____ Time _____

Completed by (check one):

- Patient
- Family caregiver
- Health care professional caregiver
- Caregiver-assisted



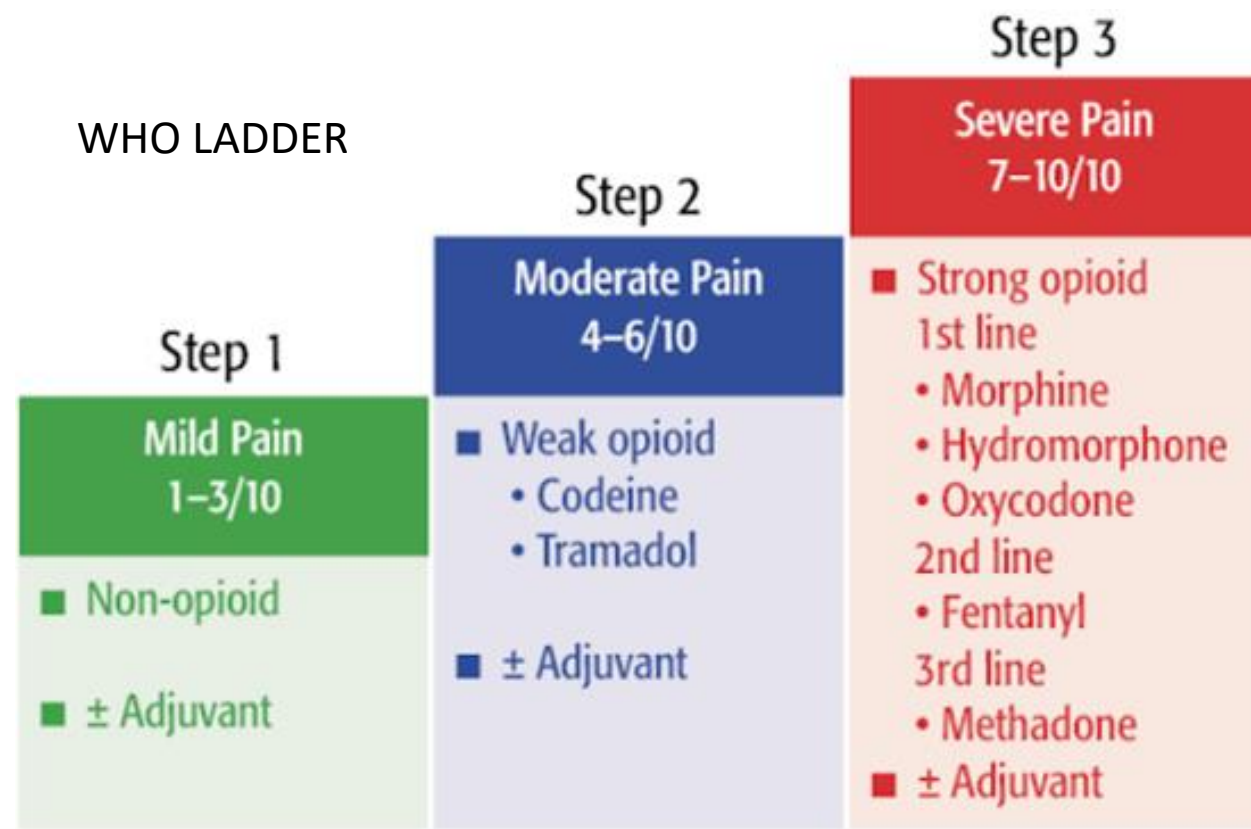
CRH: Palliative care in ESKD

- ประเมินความรุนแรงของอาการปวด
- จำแนกชนิดของ อาการปวด

เป็น **nociceptive** และ **neuropathic pain**

- ยึดหลัก ตามบันไดระดับความปวด 3 ขั้นขององค์การอนามัยโลก

WHO LADDER



1. อาการปวด

อาการปวดแบบ **nociceptive**

ลักษณะการปวด แบบ ตื้อๆ แน่นๆ เหมือนถูกทุบ ตี มีสิ่งของมาทับ

1. Mild pain

- **Paracetamol** 500 mg po prn q 4 h (max 3 g/day): Safe and effective
- **NSAIDs**: Should be avoid

2. Moderate pain

- **Tramadol**
 - eGFR < 10: 50 mg po prn q 6-8 h (max 150-200 mg/day)
- **Codeine**: serious side effects use in ESRD

3. Severe pain

- Strong opioid



OPIOID DOSE ADJUSTMENT

Table 4. Dosage Adjustment Based on GFR

GFR (mL/min)	Morphine	Hydromorphone	Oxycodone	Methadone	Fentanyl
>50	100% of original dosing	50%-100% of original dosing	100% of original dosing	100% of original dosing	100% of original dosing
10-50	50 %	50% of original dosing	50% of original dosing	100% of original dosing	75%-100% of original dosing
<10	25%	25% of original dosing	Not recommended	50%-75% of original dosing	50% of original dosing

GFR: glomerular filtration rate. Source: Reference 16.

- Usually not recommended in international guidelines
- Thai
 - Morphine immediate release (IR) (10 มก.) 1/4 เม็ด รับประทานทุก 6 ชั่วโมง
 - Morphine Syrup (2 มก./มล.) 0.5-1 มล. รับประทานทุก 6 ชั่วโมง
 - Morphine 1 มก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ (IV) หรือใต้ผิวหนัง (SC) ทุก 4-6 ชั่วโมง





อาการปวดแบบ **neuropathic** เรียกว่าในกลุ่มนี้ว่า **antineuropathic** หรือ **adjuvant**

- ปวดแสบร้อน ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง ปวดแปลบเหมือนถูกไฟช็อต ปวดเหมือนถูกเข็มทิ่มตำ ปวดชู่ซ่าเหมือนเหน็บชา รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ อาจมีอาการชาในบริเวณที่มีอาการ ปวดร่วมด้วย
- ยาที่ใช้ในการจัดการอาการจะเป็น ยาในกลุ่มของ **ยากันชัก** และ **ยาต้านเศร้า**

Gabapentin ยากลุ่ม **calcium channel blocker**

- ขนาดยาสูงสุด ปกติ 3,600 มก.ต่อวัน
อัตราการรักษาของไต 10-50 มล./นาที ขนาดยาสูงสุดคือ 600 มก.ต่อวัน
อัตราการรักษาของไต น้อยกว่า 10 มล./นาที ขนาดยาสูงสุดคือ 300 มก.ต่อวัน
- ขนาดยาเริ่มต้นในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายคือ 100 มก.รับประทานก่อนนอน (**hs**) วันเว้นวัน หรือ 50 มก.รับประทาน ก่อนนอน ปรับยาเพิ่มขึ้นได้สัปดาห์ละ 50-100 มก.ต่อวัน
- ตัวยา **gabapentin** จะสูญเสียไป กับการล้างไต ดังนั้นในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้ยาเพิ่ม 100 มก. หลังการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม หรือ 300 มก.วันเว้นวันสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง

อาการปวดแบบ neuropathic เรียกว่าในกลุ่มนี้ว่า antineuropathic หรือ adjuvant

Pregabalin ยากลุ่ม calcium channel blocker

- ขนาดยาสูงสุด ปกติ 600 มก.ต่อวัน
อัตรากรกรองของไต 10-50 มล./นาที ; 150 มก.ต่อวัน
อัตรากรกรองของไต น้อยกว่า 10 มล./นาที ; 75 มก.ต่อวัน
- ขนาดยาเริ่มต้น ESRD คือ 25 มก.รับประทานก่อนนอน
- ปรับยาเพิ่มขึ้นได้สัปดาห์ละ 25 มก.ต่อวัน
- ตัวยาสูงเสียงไปกับการล้างไต
อาจต้องให้ยาเพิ่ม 25 มก. หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ไม่มีข้อมูลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง

Tricyclic antidepressant Amitriptyline, Nortriptyline

- Nortriptyline : ขนาดยาเริ่มต้น 10 มก. รับประทานก่อนนอน
ปรับยาเพิ่มขึ้นได้สัปดาห์ละ 10 มก.ต่อวัน
- Amitriptyline : ESRD ส่วนใหญ่ไม่สามารถทนผลข้างเคียงได้
ผลข้างเคียง เช่น ปากแห้ง ตาแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก
ความดันต่ำในช่วงเปลี่ยนท่าทางได้
- ยาไม่สูงเสียงไปกับการล้างไต
ไม่ต้องปรับขนาดตามค่าอัตรากรกรองของไต



2. อาการหายใจไม่อิ่ม (dyspnea)

- **Opioids** และ **Benzodiazepine**
- **Opioids** แนะนำให้เริ่มใช้ในขนาดน้อยเป็นขนาดเดียวกับที่ใช้ในการจัดการอาการปวด
- **Benzodiazepine**
 - **Lorazepam**

0.5 – 1 มก. ใต้ลิ้น (SL) เมื่อมีอาการทุก 2 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจไม่อิ่มเฉียบพลัน

หรือ รับประทานเมื่อมีอาการ ทุก 6-8 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการหายใจไม่อิ่มต่อเนื่องและไม่รู้สึกตัว
 - **Midazolam**

1 – 2.5 มก. ทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนังเมื่อมีอาการ ทุก 2 ชั่วโมง

หรือ 10-20 มก. ใต้ผิวหนังต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ช่วงระยะเวลาใกล้เสียชีวิตและมีอาการหอบเหนื่อย
- **ไม่แนะนำ** ให้ใช้ diazepam และ clonazepam เนื่องจากมีค่าครึ่งชีวิตยาว > 24 ชั่วโมง และอาจมีการสะสมในผู้ป่วยไตวาย





3. อ่อนเพลีย (fatigue, weakness)

- สาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะโลหิตจาง เกล็ดแร่ในเลือดผิดปกติ
- หากไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอ

การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา

- จัดการอาการที่เป็นสาเหตุทำให้นอนไม่หลับ
- ส่งเสริมให้เกิดสุขลักษณะในการนอน
เช่น หลีกเลี่ยงกาแฟสุราและบุหรี่ หลังอาหารกลางวันเป็นต้นไป
ไม่ทานอาหารจนแน่นท้องในช่วงก่อนเข้านอน
หลีกเลี่ยงการใช้โทรศัพท์ แท็บเล็ตก่อนเข้านอน
จัดห้องนอนให้เงียบสงบมืดและอากาศเย็นถ่ายเทได้สะดวก
จัดตารางเวลาการนอนการตื่นให้เป็นแบบแผนประจำ
- ออกกำลังกาย แบบแอโรบิค และเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

การจัดการอาการแบบใช้ยา

- Melatonin 2-5 มก. วันละ 1 ครั้งก่อนนอน
- Trazodone 25-100 มก. วันละ 1 ครั้งก่อนนอน
- Lorazepam 0.5 – 2 มก. วันละ 1 ครั้งก่อนนอน





4. อาการคัน (pruritis, itch)

ประเมินอาการคัน

- ตำแหน่ง เป็นเฉพาะที่หรือเป็นทั้งตัว
- ระยะเวลาที่มีอาการ อาการคันเป็นตลอดเวลาหรือครั้งคราว
- สิ่งกระตุ้น ปัจจัยใดที่ทำให้ดีขึ้นหรือแย่ลง
- ประวัติแพ้ยา/อาหาร การรักษา/ยาที่ได้รับมาก่อน
- หากคันในช่วงที่ทำกรล้างไต อาจจะแพ้ยาหรืออุปกรณ์ในการล้างไต
- โรคทางผิวหนัง ให้ส่งปรึกษาแพทย์ เฉพาะทางโรคผิวหนัง
- โรคอื่น ๆ เช่น โรคตับ ภาวะดีซ่าน โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้
- คัน จากผิวแห้ง และ/หรือ อาการคันจากโรคไต



การจัดการภาวะผิวหนังแห้ง

- หลีกเลียง สบู่ แชมพู ผงซักฟอก น้ำยาปรับผ้านุ่ม ของใช้ที่มีส่วนผสม ของน้ำหอมและสารเคมี
- หลีกเลียงการอาบน้ำอุ่น
- หลีกเลียงการใส่เสื้อผ้าที่คับแน่น หนา หรือขนสัตว์
- ตัดเล็บ ให้สั้น
- อยู่ในที่ที่อากาศเย็นและถ่ายเท
- ใช้ **moisturizer** หรือ น้ำมันให้ความชุ่มชื้น ใช้ **emollient** ป้องกันการ เสียความชุ่มชื้นออกจาก ผิวหนัง
- หากมีอาการคันจากภาวะแพ้ สามารถให้ **antihistamine** เช่น **hydroxyzine (atarax) 10-25 มก.**รับประทานเวลามีอาการทุก 6 ชั่วโมง



กั้นจาก โรคไต พิจารณาให้การรักษาดังนี้

- **UV-B phototherapy** สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
- **Gabapentin 100** มก. รับประทานก่อนนอน วันเว้นวัน หรือ 50 มก. รับประทาน ก่อนนอน ปรับขนาดยาเหมือนการใช้เป็นยาแก้ปวด
- **Pregabalin** ปรับขนาดยาเหมือนการใช้เป็นยาแก้ปวดเช่นกัน
- **Sertraline 25** มก. รับประทานวันละครั้ง ขนาดยาสูงสุด 75 มก.ต่อวัน (พิจารณา ใช้ยาตัวนี้เป็นพิเศษ หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย)
- **Capsaicin 0.025%, 0.03%** ทาบริเวณที่มีอาการคัน 2-4 ครั้งต่อวัน
- ครีมที่มีส่วนผสมของ เมนทอล การบูร ฟีนอล 0.03% เป็นครีมแยกชนิดหรือ ผสมรวมก็ได้ ทาบริเวณที่มีอาการคัน 2-4 ครั้งต่อวัน

5. กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle cramps)

สาเหตุอื่น เช่น ภาวะหลอดเลือดที่ขาตีบ ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่ได้ ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ ขาดธาตุเหล็ก แมกนีเซียมในเลือดต่ำ ทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้ เช่น ยาคูมก้านิค nifedipine pyrazinamide ยากลุ่ม statins ยาขับปัสสาวะ

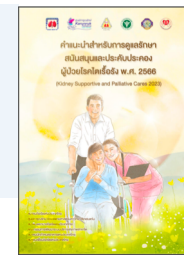
การจัดการแบบไม่ใช้ยา

- ยืดกล้ามเนื้อค้างไว้ 10-20 วินาที และทำซ้ำ 3-5 รอบทุกวัน
- เมื่อมีอาการปวดจากกล้ามเนื้อเกร็ง ให้ยืดและนวดร่วมกับประคบร้อน หรือเย็นในบริเวณที่มีอาการ (อาจใช้ผ้าประคบอาบน้ำร้อน)
- ดื่มน้ำให้เพียงพอ (หากผู้ป่วยไม่ต้องจำกัดน้ำ)
- งดสุราและกาแฟ
- เมื่อมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งขณะทำการฟอกเลือด ให้ออกกำลังกายเบาๆ ขณะฟอกเลือด ฝึกระวังภาวะน้ำเกินและความดันโลหิตต่ำในขณะฟอกเลือด พิจารณาเพิ่มความเข้มข้นของ โซเดียมในน้ำยาฟอกเลือด

การจัดการอาการแบบใช้ยา

- **Vitamin E 400** ยูนิต รับประทานวันละครั้ง

- **Gabapentin** ในขนาดเดียวที่ใช้รักษาอาการปวด



6. กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข (restless leg syndrome)

- รู้สึกยุกยิบ รู้สึกเหมือนแมลงไต่ที่ขา รู้สึกอยากขยับ อยากลุกเดิน
- มักมีอาการในขณะไม่มีกิจกรรม เช่น นั่ง หรือนอนพัก และมักเป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงกลางคืน
- ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ สามารถพักผ่อนอย่างสงบ ผู้ป่วยบางรายต้องตื่นกลางดึกเนื่องจากอาการนี้
- เกิดได้จาก การขาดธาตุเหล็ก นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ อาการปวดแบบ **neuropathic** หรือเป็นผลจากยา เช่น **antipsychotics** (เช่น haloperidol, olanzapine, risperidone), **metoclopramide**, ยาต้านเศร้า (เช่น SSRIs, mirtazapine, TCAs), **carbamazepine, lithium**



6. กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข (restless leg syndrome)

การจัดการแบบใช้ยา

- อาการเป็นครั้งคราว

levodopa/carbidopa 100/25 มก. 0.5 เม็ด รับประทานเมื่อมีอาการ หรือก่อนกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิด.

อาการ ปรับขนาดยาได้ทุก 3-7 วัน จนถึงขนาด 200/50 มก. ต่อวัน

- อาการตลอดทั้งวัน

dopamine agonists ควบคู่ไปกับ levodopa (อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตต่ำและคลื่นไส้)

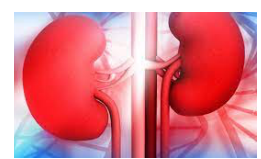
หรือให้ ropinirole 0.25 มก. รับประทานก่อนนอน ปรับขนาดยาเพิ่ม 0.25 มก. ได้ทุก 7-14 วัน

- Antioxidant: vitamin C 100 มก. รับประทานวันละครั้ง, vitamin E 400 ยูนิต รับประทานวันละครั้ง
- การให้ธาตุเหล็กทดแทน สามารถช่วยให้อาการดีขึ้นได้ชั่วคราว
- หากการให้ยาในข้างต้นไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยมีอาการควบคู่ไปกับอาการปวดแบบ neuropathic ชาเกร็ง หรือคัน ให้เปลี่ยนไปใช้ gabapentin หรือ pregabalin ขนาดเดียวกับใช้รักษาเรื่อง อาการปวดแบบ neuropathic



ข้อแนะนำในการจัดการอาการ

ไม่สุขสบายจากมีไข้ หรือมีอาการปวด เล็กน้อย	<ul style="list-style-type: none"> ● Paracetamol 500 mg O q 4 hr prn ● Paracetamol 250 mg (rectal form) 2 tab rectal suppository q 4 hr prn ● Paracetamol 500-1000 mg IV q 4-6 hr prn (max 3,000 mg/day)
ปวด และ/หรือ หายใจไม่อิ่ม	<ul style="list-style-type: none"> ● Morphine 1 mg IV/SC prn q 4 hr และ/หรือ 5-10 mg SC drip in 24 hr ● Fentanyl 12.5-25 mcg IV/SC prn q 1 hr และ/หรือ 10-50 mcg/hr SC drip
สารคัดหลั่งใน ทางเดินหายใจ (death rattle)	<ul style="list-style-type: none"> ● Hyoscine butylbromide 20 mg IV/SC q 4 hr prn (max 120mg/day) หรือ 60-120 mg SC drip in 24 hr ● Atropine 1% eye drop 2-4 drops SL q 2 hr prn ● Glycopyrrolate 0.4 mg SC q 4 hr prn (max 2.4 mg/day) หรือ 0.8-2.4 mg SC drip in 24 hr
คลื่นไส้ อาเจียน	<ul style="list-style-type: none"> ● Haloperidol 0.5-1 mg SC q 6 hr prn หรือ 1-5 mg SC drip in 24 hr
สับสน กระสับกระส่าย	<ul style="list-style-type: none"> ● Midazolam 1-2.5 mg SC prn q 2 hr หรือ 5-20 mg SC drip in 24 hr ● Lorazepam 0.5-1 mg SL prn q 2 hr
ชัก	<ul style="list-style-type: none"> ● Midazolam 2.5-5 mg IV/SC prn q 5 min
กล้ามเนื้อกระตุก (myoclonus jerk)	<ul style="list-style-type: none"> ● Midazolam 1-2.5 mg SC prn q 2 hr หรือ 5-20 mg SC drip in 24 hr ● Lorazepam 0.5-1 mg SL prn q 2 hr



Take Home Message

- การบำบัดทดแทนไต อาจจะไม่ได้รับการันตีเรื่องระยะเวลาการมีชีวิตที่เพิ่มขึ้นเสมอไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่การพยากรณ์โรคไม่ดี
- การตัดสินใจทางเลือกการรักษา ต้องพิจารณา อายุ และโรคร่วมด้วยเสมอ
- ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายที่จะเหมาะสม หรือทนได้กับการบำบัดทดแทนไต
- การดูแลแบบประคับประคอง ถือเป็นแนวทางการดูแลหนึ่งที่เท่ากันกับการรักษาแบบอื่น
- ไม่มี การดูแลแค่แบบใดแบบหนึ่งหรือจากแค่ทีมใดทีมหนึ่งที่จะตอบสนองต่อความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยได้