



Palliative Care

การดูแลแบบประคับประคอง

สรุปประเด็น อาจารย์แสวง

- 1 living will ผป. ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ สุขภาพแห่งชาติ กรณี ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย แพทย์ปฏิบัติตาม living will ได้ โดยไม่เป็นความผิด และพ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง
- 2 living will ควรเป็นเอกสารที่เขียนเซ็นโดยผู้ป่วย ไม่ต้องมีพยานก็ได้ แต่ถ้าเป็นพิมพ์มา ควรมีพยานร่วมเซ็นด้วย 2 คน
- 3 การเขียน living will เป็นการแสดงเจตนาของจากไปตามธรรมชาติเท่านั้น และควรร่วมมีการดูแลแบบประคับประคองด้วย
- 4 แพทย์เจ้าของไข้มีความสำคัญในการ counselling และการสื่อสาร เรื่องตัวโรค การพยากรณ์โรค และการทำ family meeting ร่วมกับ ผป.และญาติ
- 5 กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยระยะท้ายแล้วเกิดภาวะ emergency ต้องมีinvasive procedureให้รักษาตามมาตรฐานทุกกรณี

แต่หากเป็นผู้ป่วยระยะท้าย (คาดเดา prognosis ได้ชัดเจน) เกิด emergency ให้ทำตาม living will หรือจาก Advance Care Plan กับญาติ แต่ถ้าหากขณะนั้นยังไม่มี plan ดังกล่าว ในกรณีญาติเห็นต่างยืนยันให้สู้ต่อแม้ผ่านการ inform แล้ว ให้ปรึกษาทีม palliative ช่วยเหลือได้

สรุปประเด็น อาจารย์แสวง

- 6 การบันทึกรายละเอียดจากการ INFORM ลงไปในเวชระเบียน (เรื่องเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, แนวทางรักษาที่แพทย์ว่าเหมาะสมและความยินยอมจากญาติ) มีน้ำหนักและช่วยปกป้องทีมรักษาได้ดีกว่าการลงลายเซ็นใน CONCENT form

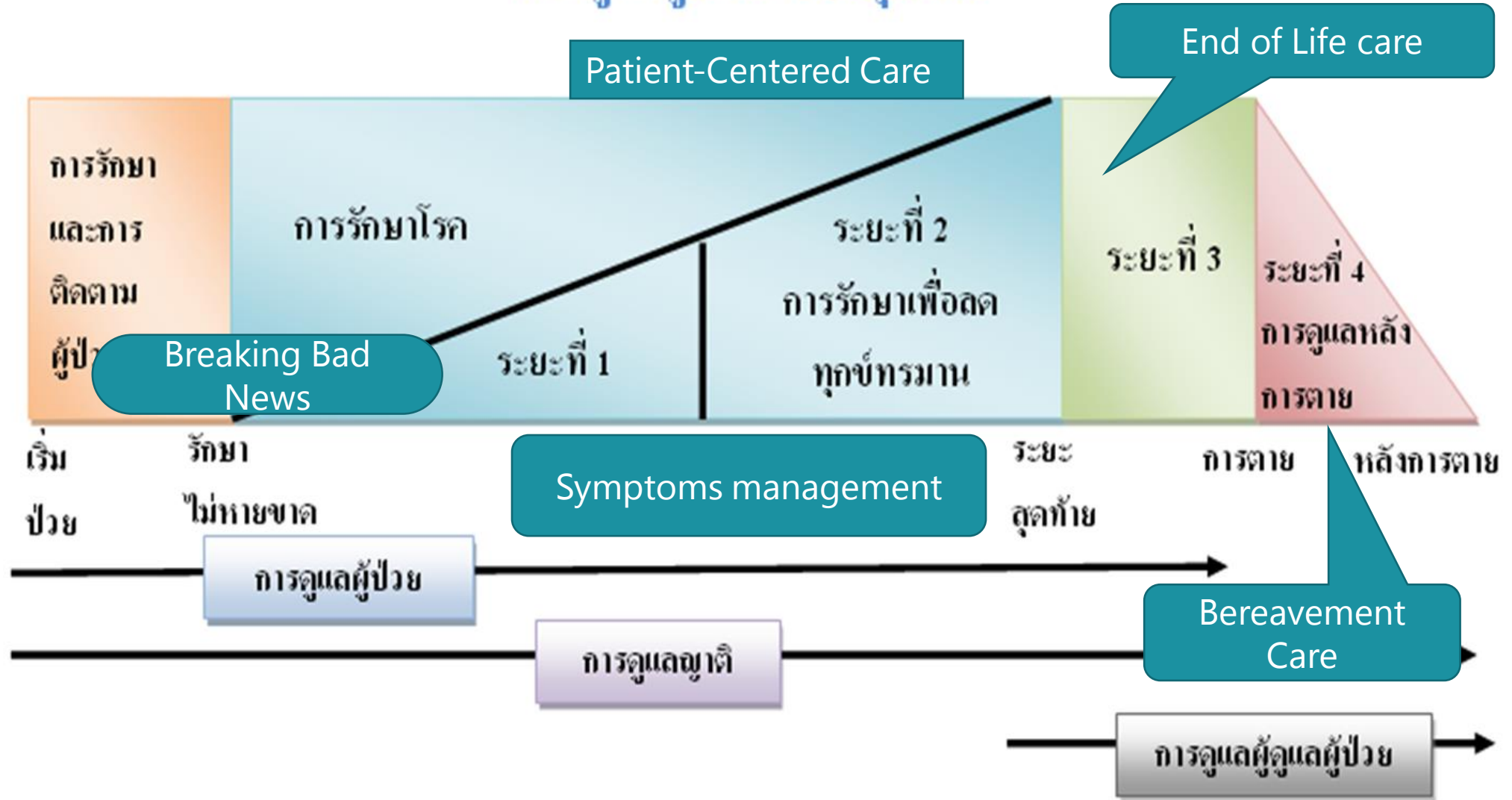
ข้อมูลที่บ้านที่จะประกอบด้วย

1. วันที่ เวลา
2. บุคคลที่ร่วมตัดสินใจด้วย เช่น สามี/ภรรยา ลูก
3. ข้อมูลที่แจ้ง
4. แนวทางการดูแลต่อ เช่น no ett no cpr

สรุปประเด็น อาจารย์แสวง

- 7 เปลี่ยน form DNR เป็น AND (Allow Natural Death)
- 8 Withdraw/withhold life-prolonging treatment เป็นเรื่องเดียวกัน และสามารถทำได้ตามที่ผู้ป่วยระบุใน living will ตามมาตรา 12 แต่กรณีไม่มี living will ควรได้ทำ family meeting ร่วมกับครอบครัวเพื่อ inform ก่อน
- 9 ควรมีคณะกรรมการจริยธรรมของรพ. ที่เป็นกรรมกลางเพื่อช่วยในกรณี ที่ทีมรักษา และญาติ มีความเข้าใจหรือมีเป้าหมายไม่ตรงกัน กรรมการจริยธรรมควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ตัวแทนประชาชนเช่น ผู้นำชุมชน หรือบุคคลที่ประชาชนนับถือ ร่วมด้วย
- 10 สรุป ทีมกฎหมาย ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ เป็นเรื่องสำคัญที่สุด

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

Palliative Care Z 51.5

Surprise Question

- “ประหลาดใจหรือไม่ หากผู้ป่วยในความดูแลของท่าน จะเสียชีวิตในอีก 6-12 เดือนข้างหน้า”
- ถ้า “ไม่ประหลาดใจ”



ข้อบ่งชี้ทั่วไป

- Palliative care performance score < 50 Karnofsky score (KPS) น้อยกว่าร้อยละ 50
- Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
- สภาพแวดล้อมของร่างกายต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
- โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สบายมาก
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- น้ำหนักลดต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ในหกเดือนที่ผ่านมา
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานบริบาล
- Serum albumin < 2.5 mg/dl

General Indicators of Decline

Weight loss 10% in 6 months
Albumin < 25g/L



Decreasing activity
Increasing dependence



Frequent crisis or
unplanned admissions



Co-morbidity / Adv ds
Complex Symptom burden
Choice of no active Rx



Sentinel event e.g. fall
Admission to NH

Specific diseases	Criteria
Heart disease	<ul style="list-style-type: none"> • intractable or frequently recurrent symptomatic heart failure. • intractable angina pectoris with heart failure. • optimally treated with diuretics, vasodilators.
Pulmonary disease	<ul style="list-style-type: none"> • severe chronic lung disease, documented by dyspnea at rest, fatigue, decreased functional ability, or increased exacerbation.
Dementia	<ul style="list-style-type: none"> • unable to ambulate without assistance and unable to communicate meaningfully. • medical complications such as: aspiration pneumonia, sepsis, intractable decubitus ulcers. • other factors contributing to a poor prognosis include unable to dress without assistance, unable to bathe properly, incontinence.
Human Immunodeficiency Virus disease	<ul style="list-style-type: none"> • life-threatening concomitant conditions. • other factors contributing to poor prognosis. • decisions to forgo HIV disease treatment.
Liver disease	<ul style="list-style-type: none"> • advanced cirrhosis with intractable ascites. • progressive malnutrition and muscle wasting.
Renal disease	<ul style="list-style-type: none"> • end stage renal disease. • intractable fluid overload.
Acute stroke and coma	<ul style="list-style-type: none"> • evidenced by coma, beyond 3 days duration. • dysphagia severe enough to prevent the resident from receiving foods and fluids necessary to sustain life (no artificial nutrition or hydration).
Chronic, after stroke	<ul style="list-style-type: none"> • poor functional status, evidenced by Karnofsky score of <50% • medical complications related to debility and progressive clinical decline such as aspiration pneumonia, upper urinary tract infection, sepsis.

Palliative care in Neurological disease : Stroke

- แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 ระยะ

1. ระยะเฉียบพลัน มีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1.1 มีภาวะ Coma หรืออยู่ในภาวะผัก (vegetative state) ระยะ เวลามากกว่า 3 วัน
- 1.2 มีภาวะ Coma ร่วมกับ severe myoclonus นานมากกว่า 3 วัน ภายหลังภาวะสมองขาดออกซิเจน
- 1.3 มีภาวะ Coma ร่วมกับอาการ 4 อย่าง ดังต่อไปนี้ได้แก่
 - 1.3.1 Abnormal brain stem response
 - 1.3.2 Absent verbal response
 - 1.3.3 Absent withdrawal response to pain
 - 1.3.4 Serum creatinine > 132.6 $\mu\text{mol/L}$ (1.5 mg/dL), age > 70 years
- 1.4 กลืนลำบากจนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารและสารน้ำที่จำเป็น (Artificial nutrition/hydration)

Palliative care in Neurological disease : Stroke

2. ระยะเรื้อรัง Chronic/Post stroke

- 2.1 สมรรถภาพของร่างกายไม่ดี PPS \leq 60% หรือ Karnofsky score $<$ 50%
- 2.2 มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่ แย่ลง ได้แก่
 - 2.2.1 ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirated pneumonia) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)
 - 2.2.2 ติดเชื้อในกระแสเลือด (primary blood stream infection)
 - 2.2.3 แผลกดทับ stage 3-4 หรือมีไข้กลับซ้ำหลังได้รับยา ปฏิชีวนะ (antibiotic)
- 2.3 สมองเสื่อมมาก อายุ $>$ 70 ปี 2.4 มีภาวะทุพโภชนาการ

Palliative care : Renal replacement therapy

- เกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วย End stage renal disease เพื่อให้ได้รับการ ดูแลแบบ Palliative care
- กลุ่มที่ 1 : ผู้ป่วยที่ตัดสินใจไม่ฟอกเลือดล้างไต
- กลุ่มที่ 2 : ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมบางอย่างที่รุนแรง (severe advance disease) และพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอย่างมาก (severe poor prognosis) ไม่เหมาะสมที่จะได้รับการฟอกเลือดล้างไต

Palliative Care in Cardio - Pulmonary disease

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care in Heart Failure) มีดังต่อไปนี้ ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง (Advance heart failure)
2. มีการประเมินพยากรณ์โรคว่าอาจเสียชีวิตเวลาน้อยกว่า 1 ปี (predicted by HF survival models)
3. ผู้ป่วย cardiomyopathy (DCM) ทั้ง Ischemic และ non-Ischemic ที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30% ร่วมกับมีอาการหัวใจล้มเหลว แม้จะได้รับการรักษาเต็มที่ด้วยยา อุปกรณ์พิเศษ หรือหัตถการรักษาผ่านสายสวน หรือการผ่าตัดแล้วก็ตาม
4. มีการดำเนินของโรคที่เลวลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวัน (PPS น้อยกว่า 50%)
5. มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ในเวลา 12 เดือน ด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว
6. ใช้เครื่องพยุงหัวใจ (Mechanical circulatory support) เพื่อประคับประคอง
7. มีข้อห้ามในการทำผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
8. น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลกรัม ใน 6 เดือน (Cardiac cachexia)

Palliative Care in Pulmonary Disease

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) มี 2 ตัวบ่งชี้

- มีสถานะของโรคอยู่ระดับรุนแรง($FEV1 < 30\%$ predicted)
- เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ(อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 12 เดือนที่มาจากภาวะ COPD exacerbation)
- ข้อบ่งชี้การใช้ long-term oxygen therapy
- MRC grade 4/5 โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการ เดินระยะ 100 เมตรในพื้นที่ระนาบหรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัด จากภาวะหายใจหอบเหนื่อย
- มีอาการและอาการแสดงของ right heart failure
- ได้รับ systemic steroids มากกว่า 6 สัปดาห์เพื่อรักษา อาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

Palliative Care in Pulmonary Disease

2. Other advanced Pulmonary Disease

- Terminal stage มีพยากรณ์โรคประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้น Criteria ดังต่อไปนี้ (ต้องมีข้อ 1 และ 2 ส่วนข้อ 3 – 5 เป็น supporting documents)
 - 1) Severe chronic lung disease (both A and B)
 - A. Dyspnea at rest, poorly or unresponsive to bronchodilators resulting in Decreased functional, fatigue, and cough
 - B. Progression of end- stage pulmonary disease (increasing visits to ER or Hospitalizations for pulmonary infection and/or respiratory failure)

Palliative Care in Pulmonary Disease

2. Other advanced Pulmonary Disease

- 2) Hypoxemia at rest ($\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ or $\text{SpO}_2 \leq 88\%$) หรือ hypercapnea ($\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$.) ในช่วง 3 เดือน
- 3) Right heart failure secondary to pulmonary disease (cor pulmonale)
- 4) Unintentional progressive weight loss $\geq 10\%$ ใน 6 เดือน
- 5) Resting tachycardia $\geq 100/\text{minute}$

Palliative care in multiple trauma patient

