

Palliative Care in Oncology July, 2016



Multidisciplinary Case Discussion: A man with advance lung cancer



นางปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ RN., MNS., Cert. Palliative Care
สังกัดงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Who Are We?



We are Palliative Care Team



Physical Symptoms Assessment

1. Pain

- **Bone pain** (ปวดกระดูกบริเวณหลัง), **Liver pain** (ปวดท้องบริเวณตับ) สิ่งที่ต้องการประเมินเพิ่ม:
 - Pain score? ได้รับยาลดปวดอะไร MO? ได้ขนาดเท่าไร มียา BTP หรือไม่ ขอวันละกี่ครั้ง
 - ความถี่ที่ช่วยลด incident pain เช่น fentanyl 12.5 mcg (0.25 cc) SL/IV/SC 5-10 นาที ก่อนกิจกรรม
 - มียา NSAIDs?

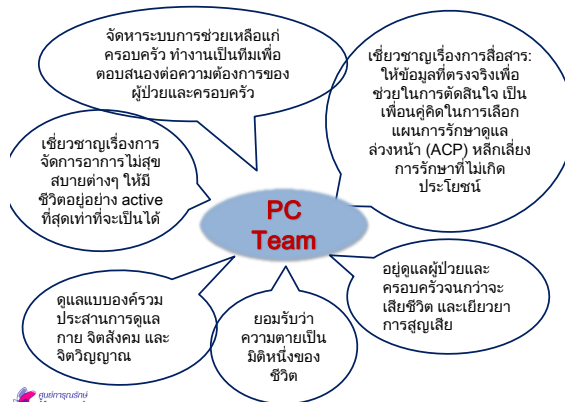
เป้าหมายการจัดการอาการปวด เปลี่ยนแปลงตามสมรรถนะของผู้ป่วย → สำหรับผู้ป่วยรายนี้เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายปวด นอนหลับพักผ่อนได้



Case Study

- ผู้ป่วยชายอายุ 42 ปี
- Advance non small cell lung cancer c SCC c multiple bone/liver/ brain/ adrenal metastasis.
- หลังผ่าตัดก้อนที่กดทับไขสันหลัง ใส่เหล็กเสริม
- มีอาการไม่สบาย เช่น ปวด หายใจลำบากต่างๆ ที่ได้รับ optimal palliative oncology treatment

ในฐานะ PC team ประเมิน Palliative performance scale (PPS) ผู้ป่วยรายนี้จะประมาณ 30-40 % คาดหมายว่าผู้ป่วยน่าจะใช้เวลาเหลือ weeks to month



Physical Symptoms Assessment

2. Anorexia & Cachexia

- ความรุนแรงของอาการสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรค แม้ให้อาหารเต็มที่ก็แก้ไขภาวะนี้ไม่ได้ การดูแลได้แก่:
 - แก้ไขสาเหตุที่แก้ไขได้: ปวด คลื่นไส้ อาเจียน ชิมเศร้า
 - ให้คำอธิบายผู้ป่วยและครอบครัว จัดหาอาหารที่ชอบให้รับประทาน จัดเสริมที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง
 - ให้ Corticosteroids ถ้าคาดว่าจะอยู่ไม่เกิน 4 wks.

สื่อสาร → ความต้องการอาหารและน้ำลดลง การใส่ NG-tube/PCN/IVF เพิ่มความไม่สบาย ไม่ช่วยพยากรณ์โรค/ไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ไม่ใช่การอดอาหารจนตาย



Physical Symptoms Assessment

3. Dyspnea/Breathlessness

สาเหตุการเกิด dyspnea ผู้ป่วยรายนี้

- Advance CA lung พบมีการกำเริบของโรคที่ปอด 2 ข้าง (ไม่มี pleural effusion)
- Poor pain control ?
- Anorexia/cachexia/fatigue
- Anxiety & depression & distress

อาการหอบเหนื่อยหายใจไม่อิ่มในผู้ป่วย advance CA
→ เป็นตัวทำนายระยะเวลาการมีชีวิตอยู่
ที่สำคัญรองมาจาก PPS **



การประเมินอาการหายใจลำบาก

- ประเมินจากการบอกเล่า บรรยายของผู้ป่วย ความรุนแรงโดยใช้ ESAS: NRS 0-10 คะแนน
- ความหมาย/ความเข้าใจ/ความเชื่อ/ความกลัว
- ลักษณะอาการหายใจลำบาก: เหนื่อยขณะพัก (dyspnea at rest), เหนื่อยเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion)
- อะไรทำให้ดีขึ้น/แย่ลง? รบกวนชีวิตประจำวัน/การนอนหรือไม่ อย่างไร? การดำเนินของอาการเร็ว/ช้าเพียงใด?
- O₂ Saturation

สำหรับผู้ป่วยรายนี้

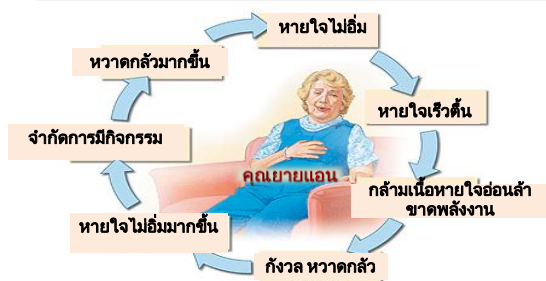
“มีหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น พุดได้เป็นประโยคสั้นๆ”
→ **Dyspnea at rest**

ร่วมกับ PPS 30-40% นอนกับเตียงตลอดเวลา



Dyspnea Attack

กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว ร่วมกับ อาการกลัว วิดกกังวล



Annie mchugh, Modbury hospital: dyspnea workshop in Thailand, 2012

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรม

- Non-pharmacological เหมาะสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากทั้งสองแบบ ควรเริ่มตั้งแต่เริ่มมี **dyspnea on exertion**
- สอนการหายใจ Purse-lip breathing exercise
- เทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ
- การจัดสิ่งแวดล้อม/ใช้พัดลมเป่าหน้า (Bausewein C et al., 2010)
- ช่วยเคาะ/สั่นปอดเพื่อระบายเสมหะ
- การจัดทำ การทำกิจวัตรประจำวัน สวมพลังงาน การออกกำลังกาย โภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ



Kuebler, Heidrich & Esper, 2007



การจัดท่า



การจัดกิจกรรมและสงวนพลังงาน



การออกกำลังกาย



บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรม

- สอนกลยุทธ์ในการเผชิญกับความกลัว/กังวลเมื่อมีอาการ
- วิธีการจัดการ dyspnea attack
- ดูแลให้เข้าถึงการปรึกษา palliative care team ทั้งแพทย์และพยาบาลได้ตลอด 24 ชม.
- ประสานให้เข้ามารับบริการ (admission/ER) กรณีมีภาวะ severe dyspnea
- การสื่อสาร: แผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และแผนการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต
- การส่งต่อเครือข่ายใกล้บ้านร่วมดูแล → ได้รับการ training ให้มีความรู้ด้าน palliative care



Dudgeon, 2005; Joyce, 2014

Management of Dyspnea Attack



- ควบคุมอารมณ์ ไม่ตกใจ
- นั่งพัก เอาข้อศอกสองข้างวางบนหน้าขา หย่อนไหล่ ช่วยลดไหล่
- ทำ "Purse lip breathing"
- ถ้าไม่ดีขึ้นให้รับประทาน Mo ฤทธิ์สั้น เช่น Mo-IR/Mo syrup ใช้เวลา 20-30 นาที จึงจะดีขึ้น
- ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้ lorazepam tab 0.5 mg SL ออกฤทธิ์ภายในไม่กี่นาที
- ถ้ายังไม่ดีขึ้นเผชิญปัญหาไม่ได้ โทรหา PC team ได้ 24 ชม.



Global Therapy for Dyspnea

Mild DS (1-3)	Moderate DS (4-6)	Severe DS (7-10)	Refractory
Ongoing assessment and treatment of psychosocial, spiritual and emotional stress			
Fan			
Repositioning and medical air			
Supplement oxygen if hypoxemia			
Short acting PRN opioids			
การรักษาผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับ → Long acting scheduled opioids			
Goal of care discussion & consideration of PC sedation			



Morphine for Breathlessness

Actions: ↓ perception of dyspnea, anxiety & pain

- ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ MO มาก่อน:
 - เริ่มต้นด้วย 2.5-5 mg q 4-6h PO PRN ปรับยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย
 - ถ้าใช้ ≥ 2 ครั้ง/วัน → regular long-acting MO
 - ผู้ป่วยที่ใช้ MO จัดการความปวดอยู่แล้ว:
 - เพิ่ม MO ที่ใช้อยู่ขึ้นอีก 30%
 - การ titrate และให้ prn เหมือนการจัดการความปวด
- สำหรับผู้ป่วยรายนี้ →**
- มีปัญหาเรื่องปวดและได้รับ Mo เพื่อควบคุมความปวดอยู่แล้วดูแลปรับเพิ่มขนาดยา Mo ขึ้น 30%



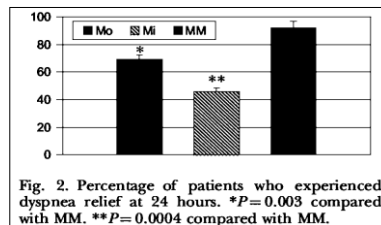
Benzodiazepines

Actions: Decrease anxiety, act as muscle relaxants, reduce anxiety and panic attacks

Drug	Dose	Comments
Diazepam	2 -5mg PO up to TDS	Long acting ($T_2 = 20-100h$)
Lorazepam	0.5 - 1mg SL/PO q 8h PRN	Shorter acting ($T_2 = 12-15h$) Fast onset of action
Midazolam	2.5 - 5 mg SC q 4h	Short acting ($T_2 = 2-5h$) For intractable breathlessness



Anxiolytics - Midazolam



MO = morphine 3 mg

Mi = midazolam 2 mg

MM = MO + midazolam



Navigante et al, J Pain Symptom Manage 2010;39:820

บทบาทพยาบาลในการใช้ยาจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยรายนี้



MO-IR

MO syrup



- ดูแลให้ยา Mo ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ประเมินอาการหายใจลำบากที่อาจเกิดขึ้นได้
- ดูแลให้ยา prn ถ้าขอ >2 ครั้ง/วัน/รายงานแพทย์
- ถ้าพบว่ามี anxiety/panic attack ร่วมด้วย ดูแลให้ Ativan (0.5) 1 tab SL prn ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ให้ความรู้ในการใช้ยาแต่ละตัวและผลข้างเคียงจากยา
- อธิบายผลดีของ Mo: ลดอาการหายใจลำบาก ไม่เสพติด ไม่มีผลกดการหายใจ ไม่แรงให้เสียชีวิต



Simon & Bausewein, 2009; Wood et al (2012)

การประเมินด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ

จิตสังคม

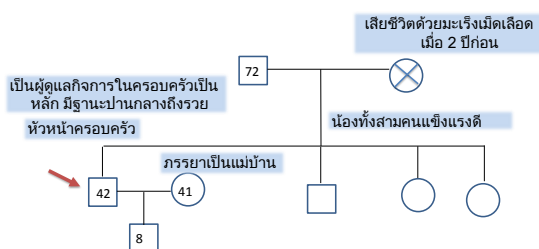
- บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย เป็นอย่างไร
- อารมณ์/ความรู้สึก
- ความรู้สึกคุณมีคุณค่าในตนเอง
- บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว
- สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ
- เศรษฐกิจสังคม
- แหล่งสนับสนุน: บุคคล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้

จิตวิญญาณ

- ความรัก ความสัมพันธ์
- การอโหสิกรรมการให้อภัย
- ความเชื่อ ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์
- ความหวัง
- ความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย



Genogram



ข้อมูลที่ต้องประเมินเพิ่ม:

- อาศัยอยู่กับใครบ้าง/น้องแต่ละคนอยู่ที่ไหน มีครอบครัวหรือยัง
- มีใครช่วยเหลือผู้ป่วยได้บ้าง มีแหล่งประโยชน์จากที่ไหนบ้าง



ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและการเจ็บป่วย

- การรับรู้โรคของผู้ป่วย:
 - รับทราบจากแพทย์ผู้ให้การรักษาว่าอย่างไร → ก่อน/เนื้อร้าย/มะเร็ง? ต้นกำเนิดจากไหน ลูกกลมไปไหนบ้าง
 - มีแผนการรักษาอย่างไร การรักษาดูแลด้วยเคมีบำบัดมีเป้าหมายเพื่ออะไร → หาย/ชะลอการลุกลาม/ลดปวด? →
 - รับรู้มานานหรือยัง? ได้รับข้อมูลล่าสุดว่าอย่างไร
- การรับรู้ของภรรยาและครอบครัว
- ประเมินว่าการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวตรงกับทีมสุขภาพหรือไม่ → นำมาวางแผนการดูแล

ปัญหาคือ ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับ ยังไม่อยากเสียชีวิต ข้อมูลบางอย่างเราอาจประเมินได้จากครอบครัวแทนโดยการนัดครอบครัวมาประชุม (family meeting)



การสื่อสารครอบครัว

Family Meeting

- กำหนดผู้ตัดสินใจหลัก/แทน ผู้ดูแลหลัก
- ประเมินการรับรู้โรคและให้ข้อมูลที่ตรงจริง
- ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยจากครอบครัว
- ให้ทางเลือกในการดูแลรักษา
- กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน
- การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้ากับครอบครัว (ACP) ได้แก่ การเลือกปฏิเสธการพองชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และการเลือกสถานที่เสียชีวิต
- วางแผนสื่อสารแผนการดูแลรักษาล่วงหน้ากับตัวผู้ป่วยเองโดยตรง (advance directive)



การสื่อสารกับผู้ป่วย

- แนะนำตัว ทีมเราเป็นใคร จุดประสงค์การร่วมดูแล
- ดูแลให้การพยาบาล ให้ความช่วยเหลือในการจัดการอาการไม่สบายต่างๆ
- ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- แสดงออกถึงความจริงใจ ใส่ใจ
- รับฟัง อยู่เป็นเพื่อน

สำหรับผู้ป่วยรายนี้อาจต้องใช้เวลาในการสื่อสาร

ภายหลังสิ้นพันธภาพดี ผู้ป่วยเชื่อใจและไว้วางใจ เริ่มกระบวนการสื่อสารเพื่อค้นหาความต้องการ การจัดการรักษาของแพทย์ไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวัง ผู้ป่วยต้องให้ดูแลอย่างไร



การวางแผนจัดการอาการหายใจลำบากในระยะใกล้เสียชีวิต

- กรณีครอบครัวต้องการพักกลับบ้าน ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ เปลี่ยนรูปแบบในการให้ยาเป็น sc โดยใช้เครื่อง **syringe driver**
- **Morphine**
→ คำนวณจาก oral → SC (MO 24 hr ÷ 3)
→ ดูแลเตรียม prn (MO 24 hr ÷ 6) q 2 hr
- **Midazolam** 5-10 mg SC/IV stat ให้ได้ 10-30 mg/day
- ถ้าไม่มี midazolam → Lorazepam 0.5-1 mg SL q4h.
- เสี่ยงหายใจครืดคราด: Buscopan 40 mg/day หรือ 1% atropine ED 4 drop SL q 4 h



Ellershow, Care of the dying: A pathway to excellence



การวางแผนจัดการอาการหายใจลำบากในระยะใกล้เสียชีวิต

MO 30 mg + midazolam 10 mg + buscopan 40 mg + NSS up to 15 ml sc drip 2 mm/h

- ยาแต่ละตัวสามารถผสมรวมกันได้ใน syringe เดียว
- สอนผู้ดูแลฉีดยา prn และการใช้เครื่อง syringe driver
- ส่งต่อเครือข่ายเพื่อ → เตรียมยาให้ทุกวัน และช่วยลงเยี่ยมบ้าน
- โทรติดตามและให้คำปรึกษา 24 ชม.
- ดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น สังฆทาน ขอขมา



ลงเยี่ยมบ้านเพื่อช่วย



Management of Breathlessness

Treatable cause?

No

รักษาตามสาเหตุที่รักษาได้ :
การติดเชื้อ เจาะระบายน้ำในเยื่อหุ้มปอด ยาขยายหลอดลม

Symptom management

1. Non-pharmacological 2. Pharmacological

- รับฟัง ตอบคำถาม
- ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ
- วางแผนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น
- จัดสิ่งแวดล้อม ใช้พัดลมเป่าที่หน้า
- จัดกิจกรรม สว่างพลังงาน
- ผ่อนคลาย ผักพวยใจแบบห่อปาก

1. Opioids:
 - MO
 - Fentanyl
2. Benzodiazepine
3. Oxygen

Simon and Bausewein, 2009



We are Palliative Care Team

