

# Multidisciplinary care discussion:

*A man with advanced lung cancer*

พท.นพ. ไนยรัฐ ประสงค์สุข  
อ.นพ. กิติพล นาควิโรจน์  
พว. ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ



- ชายไทย อายุ 42 ปี จ.กรุงเทพฯ อาชีพธุรกิจส่วนตัว
- 6 เดือนก่อน มาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนแรง และขาที่ขาทั้ง 2 ข้าง
- ตรวจร่างกายเข้าได้กับ spinal cord compression ที่ระดับ L4-5
- MRI spine: พบมีก้อนเนื้อไปกดทับไขสันหลังที่ระดับ L4-5 และพบมีลักษณะของการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูกสันหลังบริเวณ T11-T12, L2-5
- ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดก้อนที่กดทับไขสันหลัง และใส่เหล็กเสริมความแข็งแรง
- ผลชิ้นเนื้อ: Metastatic adenocarcinoma
  - IHC: +CK7, -CK20, +TTF-1 = compatible with primary non-small cell lung cancer
- CT chest with upper abdomen: a 3 x 4 cm LLL mass, mediastinal LN enlargement, multiple liver and bilateral adrenal glands metastasis
- CT brain: multiple brain metastasis (small lesions)

## ประวัติครอบครัว:

- คุณแม่เสียชีวิตเมื่อ 2 ปีที่แล้ว (ตอนอายุ 70 ปี) ด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด
- บิดาอายุ 72 ปี ยังแข็งแรงดี
- มีพี่น้อง 4 คน ( ผู้ป่วยเป็นลูกคนโต มีน้องชาย 1 คน และน้องสาว 2 คน) พี่น้องทุกคนยังแข็งแรงดี
- มีภรรยา 1 คน อายุ 41 ปี อาชีพแม่บ้าน
- มีลูกชาย 1 คน อายุ 8 ปี
- ผู้ป่วยเป็นคนดูแลกิจการในครอบครัวเป็นหลัก ฐานะปานกลางถึงรวย

# Diagnosis

**Advanced non-small cell lung cancer  
(adenocarcinoma) with spinal cord  
compression and multiple  
brain/bone/liver/bilateral adrenal glands  
metastasis**

A woman with dark hair is shown from the chest up, looking upwards and to the right with a thoughtful expression. A large, white, hand-drawn thought bubble is positioned above her head, containing the text. The background is a solid blue color.

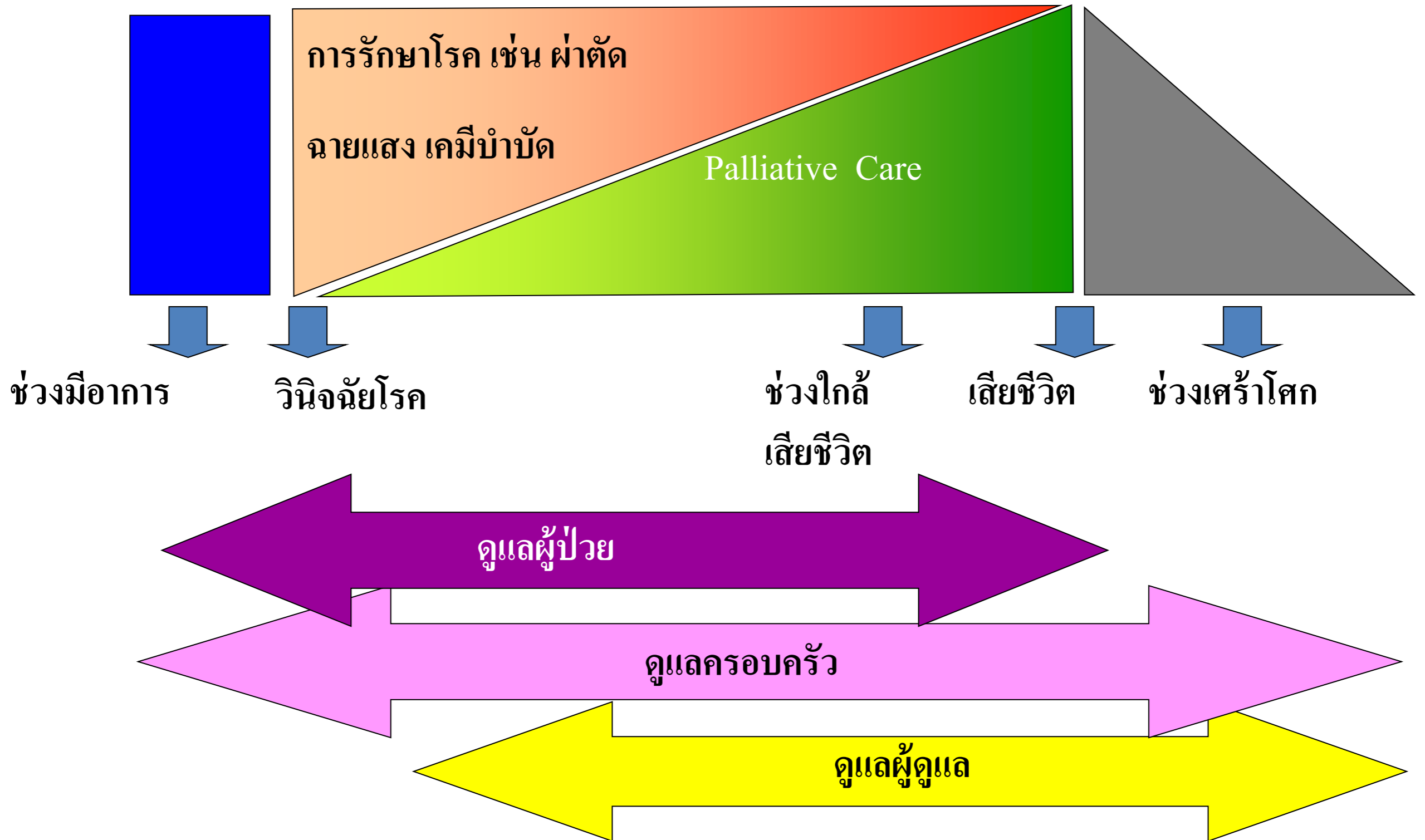
**ผู้ป่วยรายนี้เป็น Palliative care หรือไม่  
และจะมีแนวทางการดูแลอย่างไร?**

# Definition

- Palliative care หรือ การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจคุกคามถึงชีวิต หรือป่วยด้วยโรคที่มีแนวโน้มทรุดลงจนเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต



# การดูแลแบบ PALLIATIVE CARE



## Disease management

- Adverse events & complications
- Comorbidities
- Prognosis
- Communicating clinical information/treatment options

## Physical care

- Pain & other symptoms
- Function & Safety
- Aids & Assist device
- Fluid & Nutrition
- Wounds

## Psychological care

- Personal strengths & growth
- Emotions (anger, fear, depressed, anxiety)
- Control, Dignity
- Coping
- Self esteem, self image

## Loss & Grief

- Grief and bereavement care

## Patient & Family

## End of Life care/Death

- Completing unfinished businesses & Saying "Good-bye"
- Gift giving (things, money, organ, thoughts)
- Preparation of expected death
- Anticipatory guidance of last hours
- Rites & Rituals
- Death pronouncement/certification
- Handling of the body
- Funerals, memorial services

## Spiritual care

- Meaning & values
- Beliefs related to death & dying
- Religious practices

## Social care

- Respect cultural values, beliefs, practices
- Relationships & roles in family, friends, community
- Privacy & Intimacy
- Legal – patient's proxy, living will, goal(s) of care
- Care family caregiver(s)
- Pets





**แนวทางการแจ้งข่าวร้าย ?**

**“Bad News”** = **GAP** between  
**EXPECTATION**  
and **REALITY**

# SPIKES

- **S**etting
- **P**erception: find out how much Pt. know
- **I**nvitation: find out how much pt. want to know
- **K**nowledge
- **E**mpathy
- **S**ummary and strategy

# Kubler-Ross' s Stages of Dying

**Stage I :Shock & Denial**

*“No, not me”*

**Stage II : Anger**

*“Why me?”*

**Stage III : Bargaining**

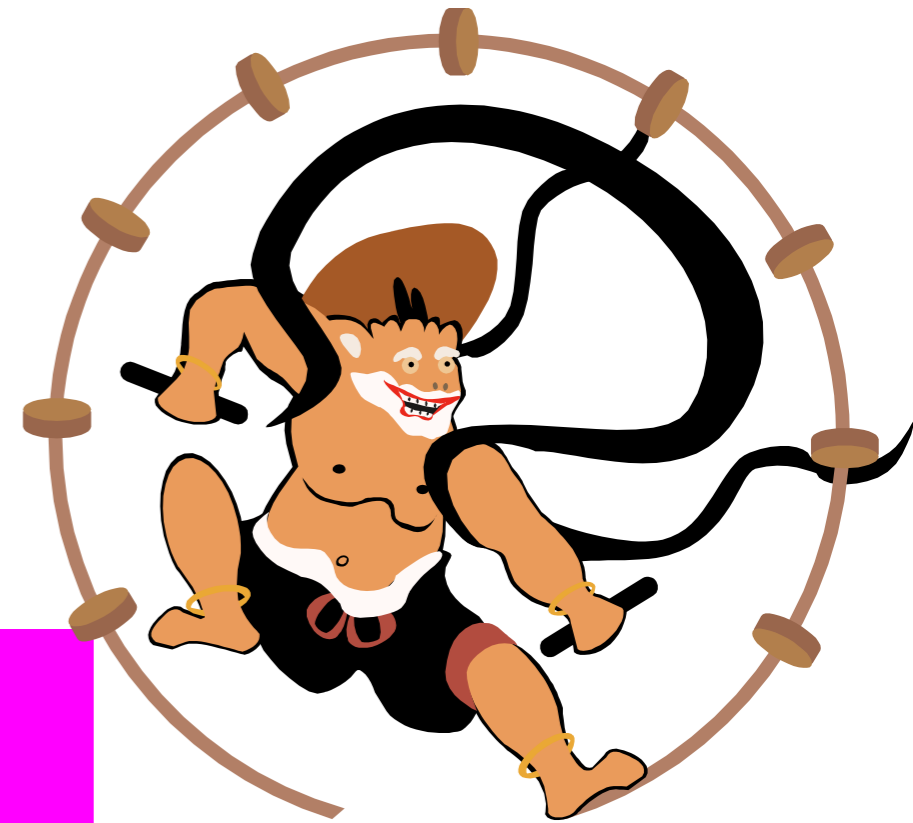
*“Yes me, but..”*

**Stage IV: Depression**

*“Yes, me”*

**Stage V :Acceptance**

*“My time is very close now, and it's alright”*



**Use non-verbal  
language:  
Touching, Tissue**

**Keep in **Simple**  
language**

**Give information in  
**Small chunks****

**Get feedback/check  
reception**

**Avoid early  
reassurance**

**Be honest**

**Sometimes it is OK to  
express your feelings**

**Respectful & open  
relationship**



# Conflict

- แพทย์ได้แจ้งการวินิจฉัยกับผู้ป่วย และภรรยา
  - ผู้ป่วยรู้สึกสับสน และเริ่มซึมเศร้า
- แพทย์ได้แจ้งที่จุดมุ่งหมายของการรักษาคือเพื่อ  
ประคับประคองอาการ และอาจเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และ  
ไม่หายขาด และแผนการรักษาในขั้นต่อไป
- ผู้ป่วยยังอยากให้หายขาดจากโรค และยังไม่ยอมรับ  
ข้อมูลทางการแพทย์

บทบาทของแพทย์ และแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติ ?

# When to review goal(s) of care?

- Significant change in health status
  - ▣ Worsening prognosis or unexpected recovery
- Change in life expectancy
  - ▣ Advanced age or serious life-threatening illness
- Change in setting of care
  - ▣ From hospital to nursing home or vice versa
- Change in treatment preferences
  - ▣ Decide to discontinue dialysis or other therapies

# Balancing...



- ความหวังเป็นสิ่งสำคัญ
- ความหวังอาจจะมีได้หลายอย่าง และเปลี่ยนแปลงได้
- เคารพในมุมมองและความหวังของคนใช้
- Empathy
- แนะนำให้ทำ **Unfinished business** หากพอทำได้



# Common themes on *Goal(s) of Care*

- ขอให้หายหรือขอสู้อันถึงที่สุด
- ขอให้มีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด
- อยากอยู่โดยไม่เป็นภาระหรือไม่ต้องพึ่งคนอื่น ๆ
- ไม่อยากให้เจ็บปวดหรือทรมาน
- ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ

# Hope for the **BEST**, Prepare for the **WORST**

- Physician's skill: maintaining “**Optimism**” and “**Realism**”
- Steps:
  - Give equal discussion time to “**Hoping**” and “**Preparing**”
  - Align patient and physician hopes
  - Encourage but **Do Not Impose** the dual agenda of hoping and preparing
  - Support the evolution of hope and preparation over time
  - **RESPECT** hopes and fears, and respond to emotions

# Example of questions...

- คุณรู้สึกคาดหวังอะไรบ้างจากการดูแลในขณะนี้
- อะไรที่เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่คุณคาดหวังจากการดูแลในขณะนี้..... แล้ว  
รองลงมาคืออะไรครับ....
- เคยคิดบ้างหรือไม่ว่าอาการของคุณจะเป็นอย่างไรได้บ้างในอนาคต แล้ว  
หากเป็นตามที่คุณคิด หรือตรงกันข้ามกับสิ่งที่คุณคิด คุณอยากให้ทีมของ  
เราดูแลคุณอย่างไร

# Languages??



- คุณอยากให้หมอให้การรักษาทุกอย่างเท่าที่เป็นไปได้ใช่ไหมครับ
- คุณเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาใช่ไหมครับ
- หมอคิดว่าเราไม่ควรให้การรักษาเฉพาะเพิ่มเติม แต่ควรรักษาแต่เพียงอาการต่าง ๆ เท่านั้น
- คุณคิดว่าถึงเวลาที่เราจะถอย/หยุดบ้างหรือยัง

# Better language

- ทีมของเราจะพยายามให้การดูแลคุณ.....ให้ดีที่สุด
- ไม่ว่าจะอาการของคุณจะเป็นอย่างไร ทีมของเราจะพยายามทำให้คุณภาพชีวิตของคุณดีที่สุด และสามารถทำกิจวัตรประจำได้ปกติมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- หมอจะพยายามให้คุณ....ได้รับการดูแลตามที่คุณ...ต้องการมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- เราจะดูแลคุณอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

**“No one size fits all”**



# ประเมินอาการหลังการผ่าตัด

- ขาค่อยๆแรงมากขึ้น (gr. IV motor power) อาการชาลดลง --> เดินช่วยเหลือตัวเองได้ ด้วย walker
- ไม่มีอาการปวดกระดูก
- ไม่มีอาการไอ ไม่มีอาการเหนื่อย
- Performance status (ECOG PS = 1)

- 1 เดือน หลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงที่บริเวณศีรษะ และบริเวณกระดูกสันหลังบริเวณ L4-5 ตามลำดับ
- หลังฉายแสงผู้ป่วยสามารถช่วยเดินช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น แต่ต้องใช้ไม้ค้ำยัน
- ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น เนื่องจากเคยเป็นคนแข็งแรงมาก่อน และเป็นหัวหน้าครอบครัว
- เริ่มมีอาการหงุดหงิดง่าย



- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร Carboplatin + Gemcitabine ( เนื่องจากไม่พบมีความผิดปกติของยีน EGFR) หลังฉายแสงครบประมาณ 2 สัปดาห์
- ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และยอมรับต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
- ช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลดลง 3 กก.

- หลังได้รับยาเคมีบำบัด x 3 cycles ผู้ป่วยมีไข้สูงจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (ไม่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากยาเคมีบำบัด) สาเหตุจาก neurogenic bladder
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย i.v. antibiotic ที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน
- หลังจากออกจาก ร.พ. แล้ว
  - ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงมาก ปฏิเสธการใส่ NG
  - ไม่ค่อยลุกจากเตียง (ECOG PS = 3)

- ประเมินการตอบสนองของโรค หลังจากได้ยาเคมีบำบัด x 3 cycles
- พบมีการกำเริบของโรคที่ปอด 2 ข้าง (ไม่มี pleural effusion), ตับ, สมองและ กระดูก
- ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ แต่พูดช้าลง ไม่ซึม นอนกับเตียงตลอดเวลา มีอาการปวดกระดูกบริเวณหลัง และปวดท้องบริเวณตับ รับประทานอาหารน้อยลงมาก (ปฏิเสธ NG feeding) มีอาการเหนื่อยมากขึ้น พูดได้เป็นประโยคสั้นๆ

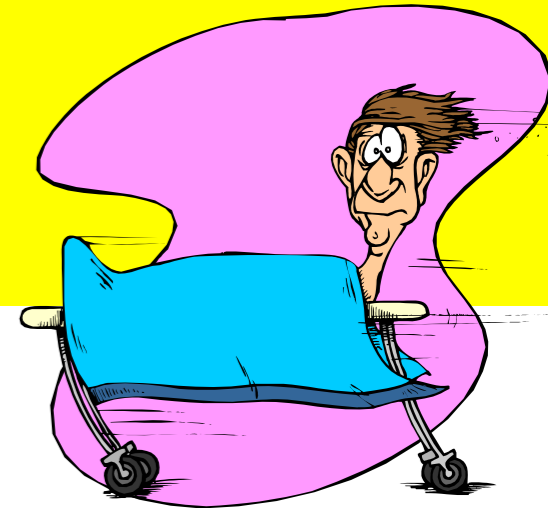
# **Advanced NSCLC with progressive disease**

**Plan of treatment: Best supportive care**

# แนวทางการแจ้งการดำเนินโรค และการพยากรณ์ในช่วงสุดท้าย ?

- ผู้ป่วยยังไม่อยากเสียชีวิต
- ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับในการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค
- ภรรยาและญาติมีความเข้าใจในการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค

# “หมอ...ผมเหลือเวลาอีกเท่าไร?”



- หาความหมาย/ที่มาของคำถาม
  - Suffering
  - Unfinished business
  
- ถ้าต้องตอบจริง ๆ ให้คะเนเวลาเป็น **Unit of time** เช่น  
อยู่ได้เป็นวัน สัปดาห์ เดือน ปี

# Assessments

- **Physical aspect**
- **Psychosocial aspect**
- **Spiritual aspect**

# Assessments

- **Physical aspect**
  - Poor performance status (ECOG PS = 4)
  - PD in brain metastasis (drowsiness)
  - Cancer pain
    - PD in liver metastasis
    - PD in multiple bone metastasis
  - PD in chest symptoms
  - Cancer anorexia and cachexia
  - Neurogenic bladder



# Assessments

- **Psychosocial aspect**
  - ความเครียด/ ความวิตกกังวล
  - ภาวะซึมเศร้า
  - กลัวการสูญเสีย/ กลัวความตาย
  - ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ

# Assessments

- **Spiritual aspect**
  - ความเชื่อ
  - ศาสนา



**แนวทางการดูแลด้านการพยาบาลใน  
ผู้ป่วยรายนี้ควรทำอย่างไร?**

# Symptom management

# **Cancer pain**

# Etiology of cancer pain

---

- Cancer itself
  - Infiltrations
    - Bone, Muscle, Soft tissue, Visceral organs
    - Spinal cord, Roots, Plexus, peripheral nerves
  - Occlusion of blood vessels
- Cancer treatment related\*
- Unrelated to cancer
  - Infection
  - Frailty

# Cancer Treatment Related

---

- Post operation
  - Post - thoracotomy syndrome
  - Post - mastectomy syndrome
  - Phantom pain
- Chemotherapy
  - Peripheral neuropathy
  - Mucositis
- Radiation
  - Dermatitis
  - Neuritis

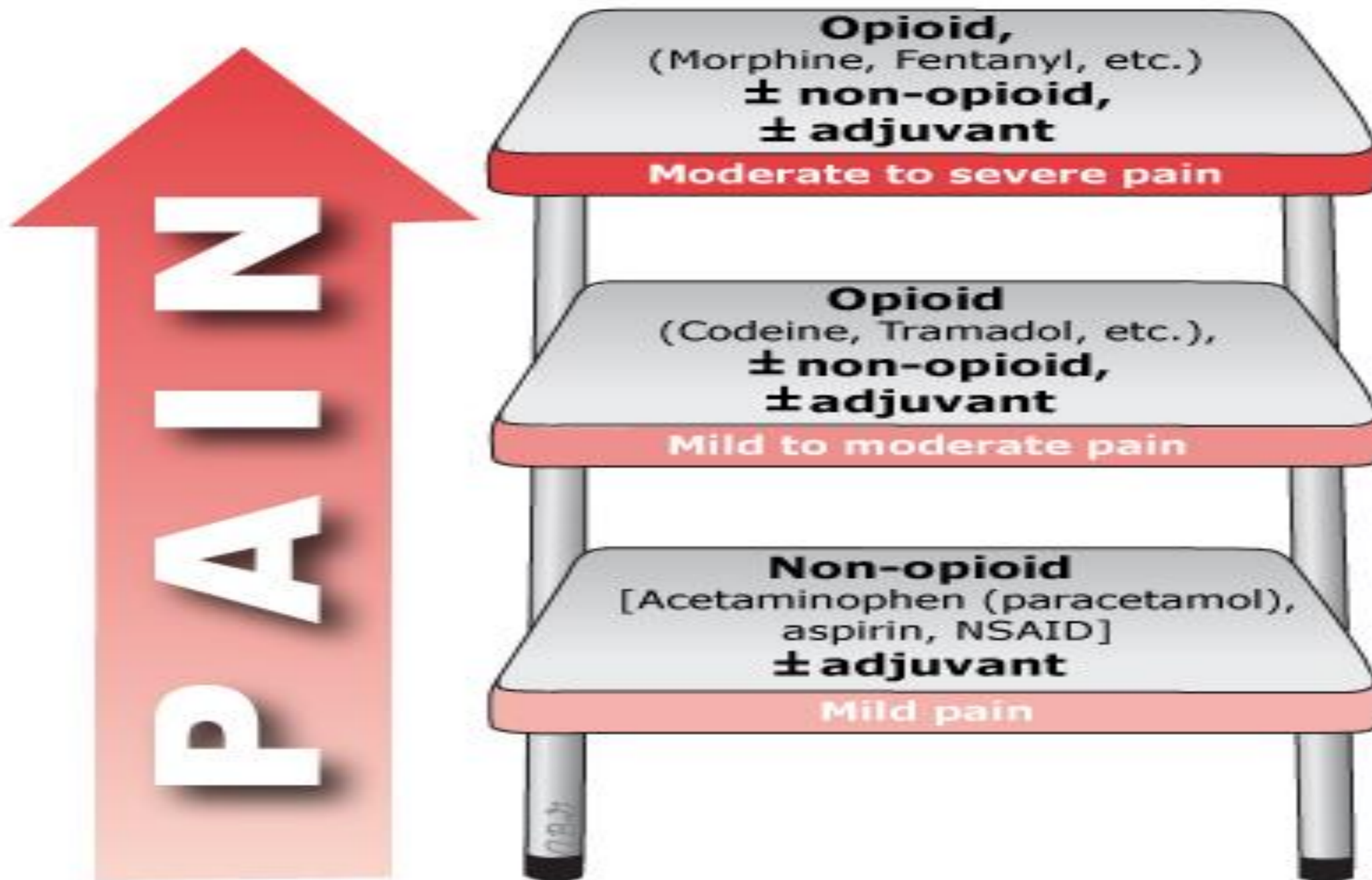
# Clinical implication of pain intensity

---

- Pain assessment (severity)
- World Health Organization (WHO) step ladder pattern for pain management



# WHO 3 - steps ladder



# ***DYS/PNEA***

- Definition: A subjective sensation of difficulty breathing; an abnormally uncomfortable awareness of breathing
- Mechanism: mismatch between afferent information from various receptors and respiratory motor activity

# Causes of Dyspnea

- tracheal obstruction, asthma, COPD, aspiration, diffuse primary or metastatic cancer, lymphangitic metastases, pneumonia, pleural effusion, pneumothorax, pulmonary drug reaction, radiation pneumonitis

# *DYS/PNEA*

- Non-Drug Treatments
  - Positioning - sitting up
  - Bedside fan
  - Humidified air
  - Noninvasive positive pressure mask

# ***DYSPPNEA***

- Treatment with Oxygen
  - Think of oxygen as any other drug - not all dyspneic patients benefit
  - Pulse oximetry will generally not be of benefit in decision-making for treating terminal dyspnea
  - Masks and positive pressure devices are poorly tolerated; use nasal cannula or nasal high flow
  - For end of life, use 2-4 liters of oxygen; for continued dyspnea use drug therapy rather than using higher flow rates or face mask

# ***DYSPNEA***

- Drug therapy – mainstay is opioids
  - Acutely increase exercise tolerance
  - Reduce minute ventilation
  - Reduce subjective sense of breathlessness
  - Small doses can be effective:
    - 5-10 mg of oral morphine in opioid naïve patients; for severe dyspnea or when patients are unable to swallow, 1-5 mg morphine IV q 10 minutes
  - Other opioids are also useful for dyspnea

# *Morphine and Respiratory Depression*

- Sedation precedes respiratory depression.
- Low dose opioids can be used in advanced COPD to enhance quality of life.
- Opioid dose can be titrated up at the end of life when needed for symptom control.
- This is not euthanasia or assisted suicide.
- Ethically, the use of these drugs is appropriate and essential, as long as the intent is to relieve distress, rather than shorten life.
- **There is no justification for withholding symptomatic treatment to a dying patient out of fear of potential respiratory depression.**

# Role of Anxiolytics

- Anxiolytics- benzodiazepines (e.g. lorazepam) may help relieve the anxiety associated with dyspnea
- Possibly blunt ventilatory drive
- When combined with opioids, will produce additive sedative/CNS depressant effects which may or may not be desirable



