



## Management of symptom of actively dying: providing good death

พว.ณัฐชญา บัวละคร RN., Cert Pall Care  
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## Two Roads to Death



Ferris et al., 2003



- เราทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย ?
- อาการและอาการแสดงเป็นอย่างไร ?
- เราจะให้การดูแลอย่างไร ?



## Diagnosing dying: last few days

- กรณีถ้าไม่มี reversible conditions ลักษณะเหล่านี้ช่วยบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอีกไม่กี่วัน:
- อ่อนล้ามาก ไม่มีเรี่ยวแรง นอนติดเตียง
- นอนเป็นส่วนใหญ่ การรับรู้ลดลง ไม่รู้สึกตัว
- ไม่มีสมาธิ บางครั้งสับสน
- ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำ
- กลืนลำบาก ไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้



Ellenshaw JE, et al. J Pain Symp Management, 1995

## Diagnosing dying: last hours of life

- การรับรู้ลดลง ไม่รู้สึกตัว
- ผิวหนังจะเย็นและเริ่มเปลี่ยนเป็นสีคล้ำ
- ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง
- ลักษณะการหายใจเปลี่ยนแปลงไป:
  - Cheyne Stoke breathing
  - Dyspnea
  - Air hunger
- อาจได้ยินเสียงดังครืดคราดในลำคอขณะหายใจ (death rattle)



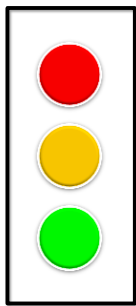
Twycross, Wilcock & Stark, 2009

## Review goal of care

- ผู้ป่วยแต่ละคนมีเป้าหมายของการดูแลแตกต่างกัน
- โดยแต่ละคนจะวางแผนการดูแลไว้ก่อนล่วงหน้าว่าในระยะสุดท้าย ความปรารถนาสูงสุดที่ต้องการคืออะไร
  - ต้องการให้สุขสบายที่สุด ไม่เจ็บปวด ไม่ทรมาน
  - ต้องการได้อยู่บ้านและจากไปอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวและญาติพี่น้องที่ตนเองรัก
  - ต้องการการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลที่อบอุ่น สามารถปรึกษาทีมได้ตลอด 24 ชม.
- ในระยะนี้ควรทบทวนเป้าหมายการดูแลตามที่เคยวางแผนไว้ และให้การดูแลให้บรรลุในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ



## หลักการดูแลผู้ป่วยช่วงก่อนเสียชีวิต



- STOP
- CAUTION
- GO

## STOP

- หยุดยาที่ไม่จำเป็น เช่น anti-hypertensives, statin, laxatives, antibiotics, diuretic, anticoagulation, vitamins
- ในผู้ป่วย insulin-dependent หยุดฉีดเมื่อผู้ป่วยเริ่มไม่รู้สีกตัว หรือให้ once daily regimen
- หยุดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น
- หยุด IV fluid/NG feeding
- หยุดการพลิกตัวป้องกันแผลกดทับ
- หยุดวัด VS ให้ติดตามความสบายของผู้ป่วย

Spathis, Davies & Booth, 2011



## CAUTION

- คาดการณ์ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอะไรบ้าง ให้การจัดการอาการตามปัญหาที่มี
- พิจารณาการบริหารยาที่เหมาะสม เปลี่ยนรูปแบบการให้ยา
  - Rectal, subcutaneous (SC), intravenous
  - ไม่เริ่มยาใหม่ที่เป็น long-acting เช่น fentanyl patch (ออกฤทธิ์ช้า)
- ไม่แทง IV ใหม่ ถ้าของเดิม leak ให้เปลี่ยนมาให้ SC



## GO

- ยาที่ควรให้ต่อ ยาระงับปวดและยาที่ใช้ในการจัดการอาการอื่นๆ เช่น analgesics, anti-emetics, anxiolytics
- จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ
- Mouth, eyes, skin care
- Bowel & bladder care
- เตรียมตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย/ครอบครัวต้องการ
- ให้การประคับประคองครอบครัว



## อาการที่พบบ่อยในระยะใกล้เสียชีวิต

Last 48 hours of life

Symptom	Incidence
Death rattle	56%
Pain	51-56%
Restlessness	30-42%
Dyspnea	22-26%
Nausea/Vomiting	12-14%
Confusion	9-12%



Lichter, 1990



## ยาระงับปวด

- ยาลดปวดยังมีความจำเป็นต้องให้ต่อแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการตอบสนอง
- การหยุดยาทันทีอาจจะเกิด withdrawal symptoms
- อาจปรับขนาดยาลง ถ้าปัสสาวะเริ่มออกน้อย
- เปลี่ยนรูปแบบการให้ยาจากการกินทางปากมาเป็น sub-cut, IV หรือ rectal
- Conversion for morphine PO:IV = 3:1

## การจัดการอาการปวดในผู้ใกล้เสียชีวิต

- ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ MO มาก่อน ถ้ามีอาการปวด
  - ให้ MO ทาง SC 3-5 mg q4h prn
  - ถ้าใช้ >2 doses/24h เปลี่ยนให้แบบต่อเนื่องทาง SC ใช้ syringe driver หรือให้ SC q4h.
- ผู้ป่วยที่ได้ oral MO อยู่แล้ว
  - ถ้าไม่มีอาการปวด เปลี่ยนให้ยาขนาด equivalent dose แบบต่อเนื่องทาง SC ใช้ syringe driver หรือให้ SC q4h.
  - ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดให้เพิ่มขนาดขึ้น 30-50%



Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence

## การจัดการอาการปวดในผู้ใกล้เสียชีวิต

- ผู้ป่วยที่ใช้ fentanyl patches
  - ให้ใช้ต่อ และให้ MO prn SC ใน 24h แรก เปลี่ยนเป็นให้ MO ต่อเนื่องทาง SC ใช้ syringe driver
- ใช้ co-analgesic สำหรับอาการปวดที่คุมลำบาก
  - Bone pain - NSAID suppository.
  - Muscle spasm – diazepam suppository.
  - Neuropathic pain – ketamine SC.
- ประึกษา pain/palliative care team ถ้าควบคุมความปวดไม่ได้



Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence

## การพยายามอาการปวด

- ทบทวนครอบครัวอีกครั้ง ถึงแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้
- คาดการณ์อาการที่จะเกิดและแผนการจัดการอาการ เพื่อให้ครอบครัวมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้สบายและจากไปอย่างสงบ การช่วยเหลือเรื่องยา อุปกรณ์ การส่งต่อ และมีช่องทางรับปรึกษาตลอด 24 ชม.
- สอนญาติสังเกตและให้การดูแลเมื่อมีอาการปวดที่บ้าน การให้ยาเมื่อมีอาการปวด การใช้ syringe driver
- ให้ความมั่นใจในการจัดการอาการให้ผู้ป่วยสบาย
- สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจ



## การจัดการอาการหายใจลำบาก

- ควรให้ oxygen ในผู้ป่วยที่มี hypoxemia (SaO<sub>2</sub> < 90%)
  - ในรายที่ใช้ออกซิเจนให้ใช้ oxygen ต่อ
  - ในรายที่ใกล้เสียชีวิต อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจ
- Morphine
  - 10 mg/d SC ใน MO naïve
  - เพิ่มขนาดขึ้น 50% ในผู้ป่วยที่ใช้ MO อยู่แล้ว
- Midazolam 5-10 mg SC stat และให้ 10-30 mg/d ใน syringe driver.
- หรือ Lorazepam 0.5-1 mg SL q4h.



Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence

## การพยายามอาการหายใจลำบาก

- **Pharmacological management**
  - สอนญาติให้ยาเมื่อมีอาการหายใจลำบากทุก 2 ชม.
  - ถ้ามีอาการกระวนกระวาย สอนการใช้ lorazepam อดได้ลิ้น
  - สอนการบันทึกเวลาและจำนวนครั้งในการให้ยา แจ้งทีมเพื่อปรับยาในวันถัดไป
  - สอนการปรับเครื่อง syringe driver
  - ส่งต่อทีมประคับประคองใกล้บ้าน จัดเตรียมยาพร้อมใช้
- **Non-pharmacological management**
  - การจัดทำ และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ
  - เปิดหน้าต่างระบายอากาศ เปิดพัดลม เครื่องปรับอากาศ



## การจัดการอาการ confusion/ agitation

แก้ไขสาเหตุที่แก้ไขได้ :

- Pain/withdrawal of opioids → opioids
- Opioid toxicity → opioid switching ± hydration.
- Hypoxia → oxygen
- Brain metastasis → dexamethasone.
- Full bladder → retain urinary catheter

ถ้าผู้ป่วยมี agitation

- Midazolam 2.5-10 mg SC q 4 h PRN.
- If used >2 doses/d → cont SC ใช้ syringe driver



Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence

## General comfort measures

- Mouth care เป็นหัวใจสำคัญ ช่วยให้สบายควรเช็ดหรือหยอดน้ำให้ปากชุ่มชื้นทุกชั่วโมง
- ให้จิบน้ำบ่อยๆ อมน้ำแข็ง (ถ้าทำได้) วาสลินทาริมฝีปาก
- ดูแลผิวหนังให้สะอาด ทาโลชัน
- เมื่อมีไข้ เช็ดตัวลดไข้ เปิดพัดลม หรือเครื่องปรับอากาศ
- ให้ paracetamol หรือ NSAID (diclofenac/indomethacin) suppositories
- ไม่จำเป็นต้องให้ antibiotics



## การให้ IV fluids

- ถ้ามี IV อยู่แล้วให้ลดปริมาณ IV ลง
- ถ้าไม่มี IV ให้จิบน้ำทางปาก
- Mouth care
- กรณีครอบครัววิตกกังวล อาจให้ IV แบบ subcutaneous infusion



## Hydration and Nutrition

- ภาวะ dehydration เป็นปกติของผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
- การที่ผู้ป่วยไม่ยอกน้ำหรืออาหารไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ไม่ได้ลดอาหารจนตาย แต่ร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ต่อไป
- การให้อาหารและน้ำทางสายยางหรือหลอดเลือดส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี peripheral edema, pulmonary edema, death rattle ↑
- Mouth care ยังเป็นหัวใจสำคัญ



## Medical Effectiveness of Non-oral Feeding/Hydration in the Dying Patients

ไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ที่ช่วยสนับสนุนว่าการให้อาหารและน้ำทางสายยาง (non-oral feeding /hydration) ในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตจะช่วย

- ลด aspiration pneumonia
- ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
- ลดภาวะการติดเชื้อหรือลดการแตกของผิวหนัง
- เพิ่ม survival duration

Dy, M. "Enteral and Parenteral Nutrition in Terminally Ill Cancer Patients: a Review of the Literature." *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2006; 23 (5): 369-377  
 Galziani, P. "Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life: Ethics and Evidence." *Palliative and Supportive Care*. 2006; 4: 135 - 143



## Medical Effectiveness of Non-oral Feeding/Hydration in the Dying Patients

### ข้อเสีย

- ความเสี่ยงต่อการเกิด aspiration pneumonia ใกล้เคียงกับการให้อาหารทางปาก
- การใส่สายยางให้อาหารทำให้ไม่สบาย ต้องคอยยึดแขนผู้ป่วยไม่ให้ดึงสายออก
- อาจทำให้มีอาการปวดท้อง ท้องอืดจากระบบทางเดินอาหารไม่ทำงาน

Dy, M. "Enteral and Parenteral Nutrition in Terminally Ill Cancer Patients: a Review of the Literature." *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2006; 23 (5): 369-377  
 Galziani, P. "Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life: Ethics and Evidence." *Palliative and Supportive Care*. 2006; 4: 135 - 143



## "Death Rattle"

- "Death rattle" เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิตกกังวล แต่ตัวผู้ป่วยเองไม่ได้ทุกข์ทรมานจากภาวะนี้
- อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงดังกล้วเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ ไม่ใช่การสาหัส
- อย่าให้สารน้ำมากเกินไป
- หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะในคอในผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวดี
- จับผู้ป่วยนอนตะแคงแล้วดูดหรือเช็ดน้ำลายจากปาก



## “Death Rattle”

- อาจให้ยาลดเสมหะโดยให้ยาในกลุ่ม antimuscarinic
  - Hyoscine butylbromide (Buscopan 20-40 mg prn ทุก 4 ชม.)
  - Atropine 0.4 mg SC/IV 1.2-2.4 mg/24h.
  - Atropine 1% ophthalmic soln 4 drops SL q4h.



## การแจ้งครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

- เป็นเวลาที่มีความสำคัญอย่างมาก
- แม้จะมีการเตรียมตัวดีอย่างไร ครอบครัวมักจะมีอยู่ในภาวะช็อค
- บอกกับครอบครัวโดยตรงว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- แสดงความเสียใจ
- ให้ความเคารพครอบครัวในการอยู่กับผู้ตาย



## หลังการเสียชีวิต

- อำนวยความสะดวก
- จัดหมายรับรองการตาย
- การเตรียมรถ
- การทำใบมรณะบัตร
- ติดต่อพิธีกรรม
- โทรศัพท์ติดตามผู้สูญเสีย



## ช่วงชีวิตสุดท้าย



ช่วงวัน ชั่วโมง นาทีสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นช่วงที่จะอยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปชั่วชีวิต และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตที่เหลือของคนอื่นๆ ในครอบครัว

การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ที่เข้าถึงหัวใจ และอ่อนโยนในช่วงระยะก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด

