



# Care at the end of Life

นพ.อรรถกร รักษาสัตย์  
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
9 – 11 พฤศจิกายน 2559  
โรงแรม อะวานี ขอนแก่น



# DEATH

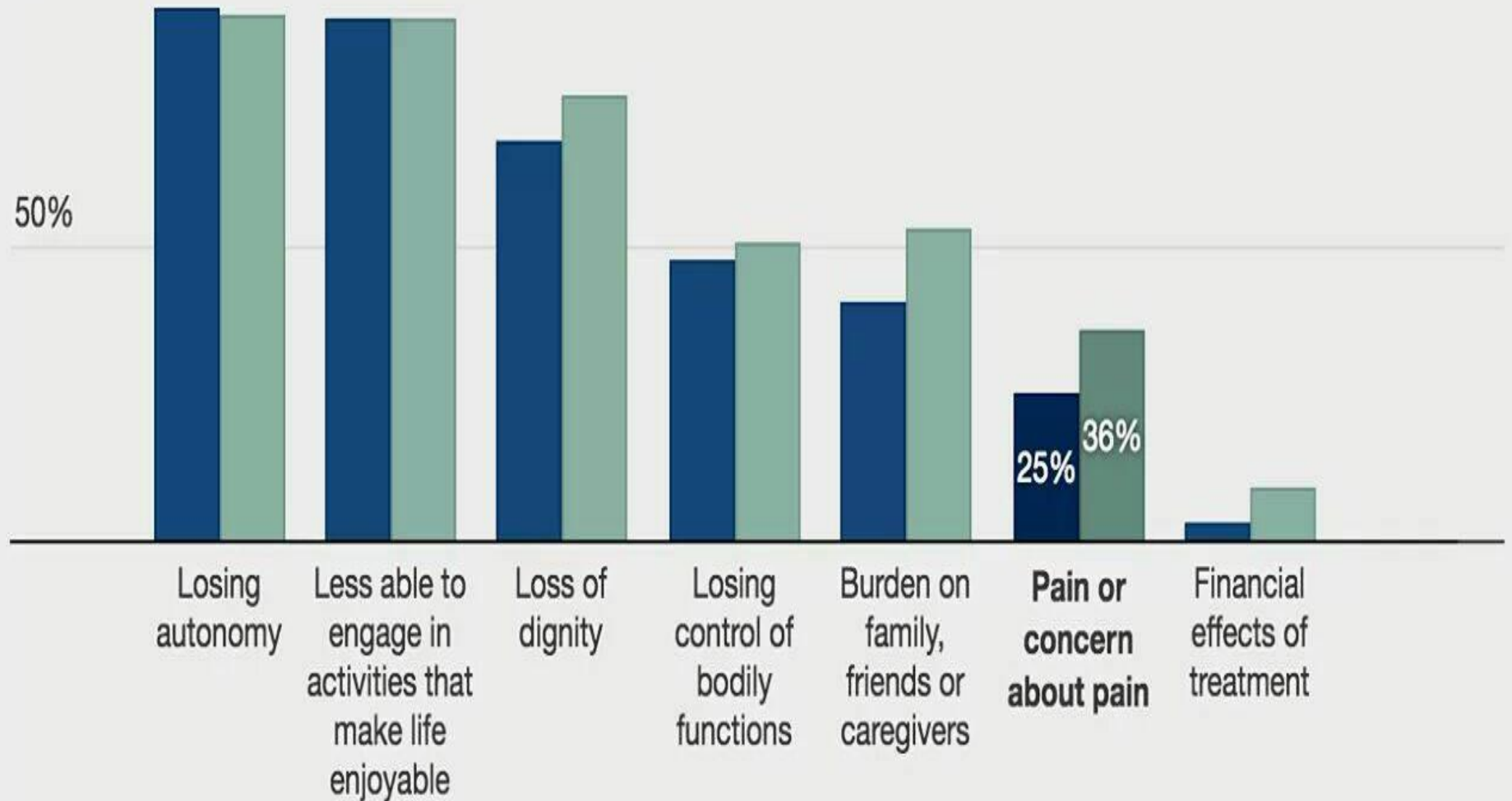
- No one wants to talk
- But everyone needs to talk.
- Inevitable
  - Present or punish
  - Normal life cycle



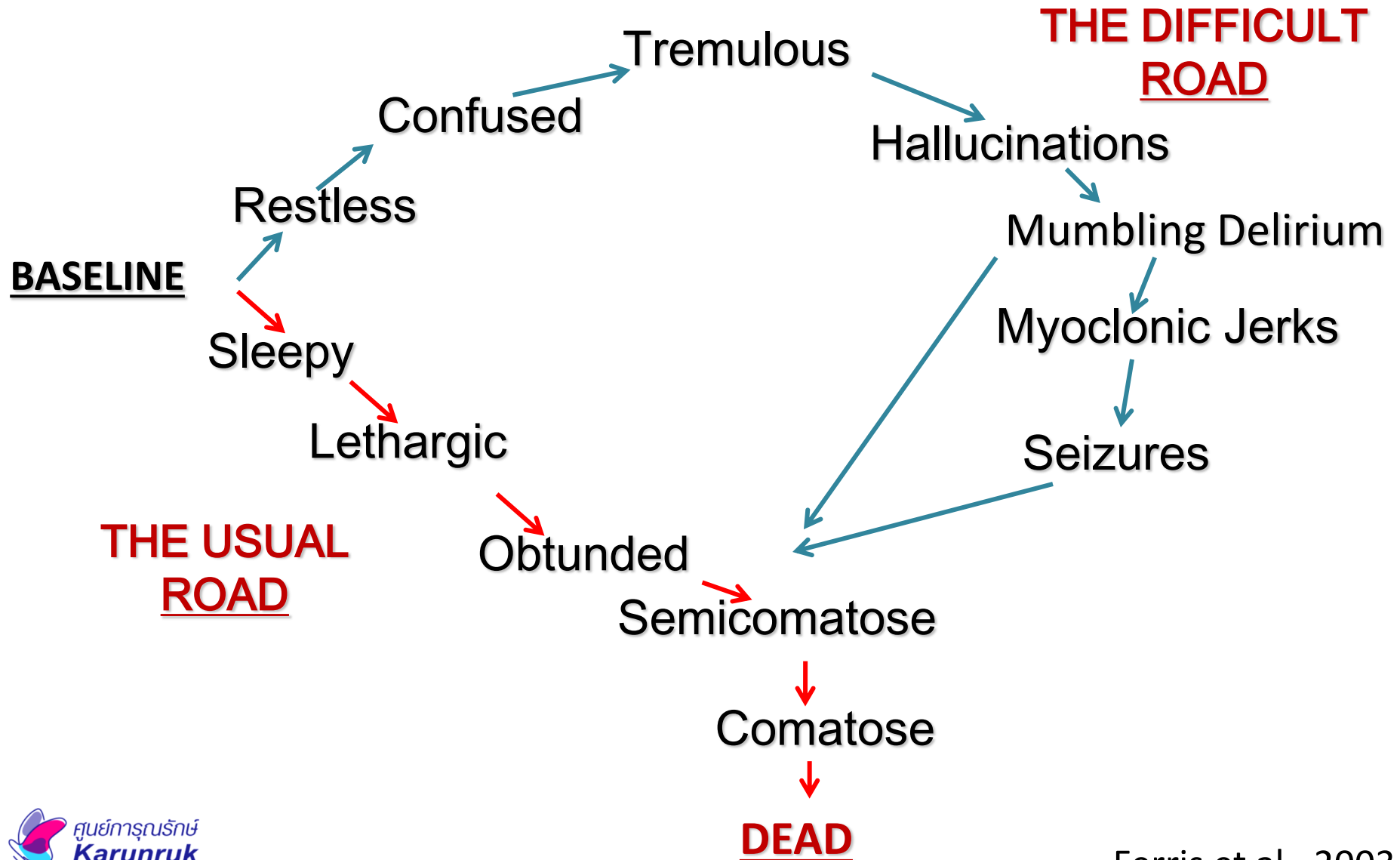
# Good death

- Place of death
- Well symptom control
- Maintain dignity
- Psychological and spiritual need

■ Oregon, 1998-2015   ■ Washington, 2009-2015



# Two Roads to Death



# How to diagnosis?

- Live
- Death
- Dying

# Dying

- Not reversible process
- Any treatment to reverse it is futile
- Clinical diagnosis



# Before diagnosis of Imminent Death

พยายามหา reversible conditions ที่เป็นไปได้

- Dehydration
- infection
- Opioids toxicity
- Acute kidney injury
- Delirium
- Hypercalcemia
- Hyper/hypoglycemia

พิจารณาให้การ  
รักษาเมื่อเหมาะสม  
เป็นรายๆไป

# Diagnosis of Imminent Death

กรณีถ้าไม่มี reversible conditions ลักษณะเหล่านี้ช่วยบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอีกไม่กี่วัน:

- อ่อนล้ามาก ไม่มีเรี่ยวแรง → นอนติดเตียง
- นอนเป็นส่วนใหญ่ การรับรู้ลดลง → โคมาไม่รู้ตัว
- ไม่มีสมาธิ → สับสน (→ delirium)
- ไม่สามารถกลืนเม็ดยาได้ หรือกลืนลำบาก
- ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารได้น้อยมาก

# Barrier to diagnosis

- มีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น
- ไม่มี definite diagnosis
- Robot's brain
- ไม่รู้ว่าต้องจัดการอย่างไร
- ขาดความรู้ในการวินิจฉัย
- ขาดความสามารถในการสื่อสาร
- กังวลเรื่องหยุดการรักษา การCPR
- กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตเร็วขึ้น
- ปัจจัยทางประเพณี วัฒนธรรม

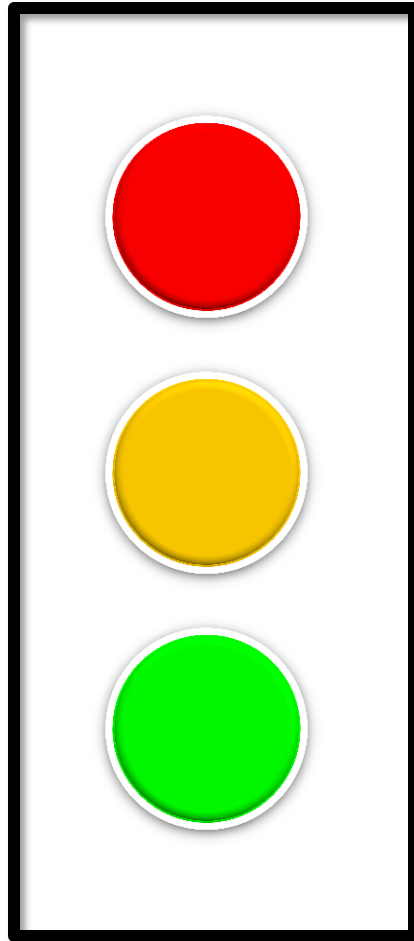
# Communication issue

- สถานการณ์ปัจจุบัน
- พยากรณ์โรค
- เป้าหมายการรักษา
- สถานที่เสียชีวิต
- การบันทึกข้อมูล
- เคารพในการตัดสินใจ
- สิ่งที่จะเกิดขึ้นและการจัดการ

# หลักการดูแลในช่วงก่อนเสียชีวิต

- คาดการณ์ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอะไรบ้าง วางแผนการรักษาล่วงหน้า แก้ปัญหาตามอาการที่มี
- ประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ
- ทบทวนยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในขณะนั้น
  - ยาตัวใดควรใช้ต่อ ตัวใดควรเอาออก
  - พิจารณาวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม
- หยุดการรักษาที่ไม่จำเป็น
- สื่อสารและเตรียมครอบครัวผู้ป่วย ให้คำอธิบาย ให้การประคับประคองจิตใจ

# หลักการดูแลผู้ป่วยช่วงก่อนเสียชีวิต



- STOP
- CAUTION
- GO

# STOP

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

# CAUTION

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





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

# ปัญหาที่ควรเฝ้าระวังและจัดการ

- ความปวด
- อาการหายใจลำบาก
- อาการแพ้ สับสน ทรมนทรมาย
- คลื่นไส้ อาเจียน
- การกระตุก ชัก
- การหายใจเสียงดัง
- ปฏิกริยาของครอบครัว

# ยาระงับปวด

จะปรับขนาดยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้อยู่อย่างไร  
ยังมีความจำเป็นต้องให้ต่อหรือไม่ ?

- ยังมีความจำเป็นต้องให้ต่อแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการตอบสนอง
- อาจปรับขนาดยาลง ถ้าปัสสาวะเริ่มออกน้อย
- การหยุดยาทันทีอาจทำให้อาการปวดกลับมาใหม่หรือเกิด withdrawal symptoms
- เปลี่ยนรูปแบบการให้ยาจากการกินทางปาก มาเป็น sub-cut, IV หรือ rectal

# 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%

# 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.
- ปรึกษา pain/palliative care team ถ้าควบคุมความปวดไม่ได้

# Confusion/Agitation ในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

## แก้ไขสาเหตุที่แก้ไขได้ :

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

# Confusion/Agitation ในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

## ถ้าผู้ป่วยมี agitation

→ Midazolam 2.5-10 mg SC q 4 h PRN.

→ If used >2 doses/d → cont SC ใช้ syringe driver

## ถ้าผู้ป่วยมี confusion

→ haloperidol 2 mg SC OD or BID

# Terminal delirium

- Midazolam SC 20 - 30 mg in 24 hours  
may up to 80 mg
- Midazolam SC 5 mg prn hourly

If not improve

- add levopromazine 12.5 mg 12 hourly +  
prn 6 hourly



# Nausea and vomiting

คุมอาการได้ดีให้ใช้ยาเต็มแล้วเปลี่ยนเป็นยา SC

คุมอาการไม่ได้/ไม่เคยใช้ยา ให้เลือกยา long acting

→ Haloperidol SC 2 mg hs

→ Levopromazine 2.5 mg 12 hourly

# Managing Dyspnea in Dying Patient

- ให้ oxygen ถ้ามี hypoxia
- Morphine
  - 10 mg/d SC ใน MO naïve
  - เพิ่มขนาดขึ้น 50% ในผู้ป่วยที่ใช้ MO อยู่แล้ว
- Midazolam 5-10 mg SC และให้ 10-30 mg/d ใน syringe driver.
- Lorazepam 0.5-1 mg SL q4h.

# Mouth Care

- เป็นหัวใจสำคัญ ช่วยให้สบาย สื่อสารพูดคุย
- ผู้ป่วยที่ได้ oxygen ผู้ป่วยที่หายใจทางปาก และผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว ควรเช็ดหรือหยอดน้ำให้ปากชุ่มชื้นทุกชั่วโมง
- ให้จิบน้ำบ่อยๆ อมน้ำแข็ง
- ทาครีมฝีปากด้วยวาสลีน
- ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กทำความสะอาดปาก

# ปัสสาวะลำบาก

- ในผู้ป่วยที่ agitate อาจเกิดจาก urinary retention
- การหยุดหรือลด IV fluid จะช่วยให้ปัสสาวะออกน้อยลง ดูแล่ง่ายขึ้น
- ผู้ป่วยที่ท้องผูกมากอาจทำให้มี urinary retention ได้

# ไข้

- เช็ดตัวลดไข้
- เปิดพัดลม หรือเครื่องปรับอากาศ
- ไข้ paracetamol หรือ NSAID (diclofenac/indomethacin) suppositories
- ไม่จำเป็นต้องให้ antibiotics

# การให้ Oxygen/Suction

- ควรให้ออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมาก่อน
- การดูดเสมหะมักไม่ช่วยให้ผู้ป่วยที่หายใจเสียงดัง หายใจดีขึ้น
- การดูดเสมหะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย

# การให้ IV fluids

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

# การให้คำอธิบายแก่ครอบครัวเกี่ยวกับ การให้อาหารและน้ำ

- การลดความต้องการอาหารและน้ำเป็นภาวะปกติของผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
- ผู้ป่วยไม่ได้อดอาหารจนตาย ร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ต่อไป
- การให้อาหารและน้ำทางสายยางหรือหลอดเลือดไม่ได้ช่วยพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
- การให้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย
- การที่ผู้ป่วยไม่ยอกน้ำหรืออาหารไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย



# 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

# 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*

# “Death Rattle”

- “Death rattle” เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิตกกังวลแต่ตัวผู้ป่วยเองไม่ได้ทุกข์ทรมานจากภาวะนี้
- อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงดังกล่าวเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ ไม่ใช่การสำลัก
- อย่าให้สารน้ำมากเกินไป
- หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะในคอในผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวดี
- จับผู้ป่วยนอนตะแคงแล้วดูดหรือเขี่ยน้ำลายจากปาก

# “Death Rattle”

- อาจให้ยาลดเสมหะโดยให้ยากลุ่ม 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 solution 4 drops SL q4h.



# Intolerable Suffering



“ในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง  
ที่เราจะปล่อยให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส  
ซึ่งในภาวะดังกล่าวจะมีผลต่อสติและความรู้สึก  
ของผู้ป่วย และไม่เหลือช่องว่าง  
ให้ผู้ป่วยทำอะไรอย่างอื่นได้เลย”

Sometimes  
I wish  
I was DEAD

★ QUOTEPIX.COM



KEEP  
CALM  
AND  
PLEASE JUST  
LET ME DIE

# Palliative Sedation

คือการทำให้ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตลดลง ทั้งนี้เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถจัดการได้

## Indications for palliative sedation

- Agitated delirium
- Breathlessness
- Pain

# Palliative Sedation

## Midazolam

- 5-10 mg SC/IV stat repeated 1-2 h. if necessary
- Maintain with CSCI/CIVI 0.5-2.5 mg/h., doubled every 1-2 h. if effect insufficient; possibly combined with a bolus.
- If a patient is on opioids and/or antipsychotics, the medication should be repeated prior to sedation and maintained during sedation.
- Elderly patients 0.5-1 mg/h. is preferable



# การแจ้งครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

- เป็นเวลาที่มีความสำคัญอย่างมาก
- แม้จะมีการเตรียมตัวดีอย่างไร ครอบครัวมักจะอยู่ในภาวะช็อค
- บอกกับครอบครัวโดยตรงว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- แสดงความเสียใจ
- ใช้เวลาครอบครัวในการอยู่กับผู้ตาย


# หลังการเสียชีวิต

- อำนวยความสะดวก
- จดหมายรับรองการตาย
- การเตรียมรถ
- การทำใบมรณะบัตร
- ติดต่อพิธีกรรม
- โทรศัพท์ติดตามผู้สูญเสีย

# ช่วงชีวิตสุดท้าย

ช่วงวัน ชั่วโมง นาทีสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นช่วงที่จะอยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปชั่วชีวิต และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตที่เหลือของคนอื่นๆ ในครอบครัว

การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ที่เข้าใจอกเข้าใจ และอ่อนโยนในช่วงระยะก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด



I'm half alive but I  
feel mostly dead.

Jewel