



Drug Administrations in Palliative Care

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

General Principles Bio-psychosocial Care

- อาการมักไม่ได้มีสาเหตุจากทางกายหรือทางจิตใจ
อย่างเดียวล้วนๆ
- ความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิตเป็นหลักการหนึ่งที่สำคัญของ palliative care
- เป้าหมายของการจัดการอาการคือคุณภาพชีวิตที่ดี
ที่สุดที่จะเป็นไปได้
- การสื่อสารเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จ

General Principles Ethical Considerations

Cardinal Principles

ให้ความเคารพต่อชีวิตและยอมรับความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยพิจารณาดังนี้

- ชั่งน้ำหนักระหว่างผลดีของการรักษาเทียบกับความเสี่ยงและภาระที่เกิดขึ้น
- พยายามประคับประคองชีวิตแต่เมื่อการรักษาพยุ่งชีพเป็นผลเสียมากกว่า การยุติหรือยับยั้งและการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายควรเป็นทางเลือก

Difficult Decision Making at EOL

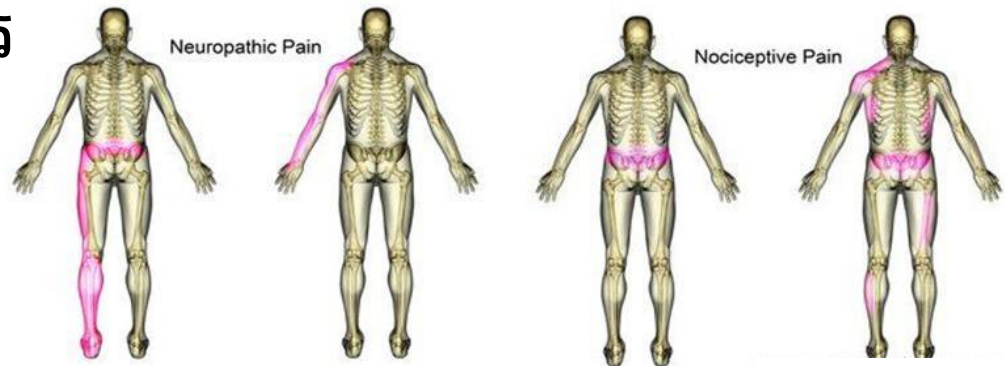
- Clinical benefit?
- Benefit VS. burden?
- Reversible condition?
- How to get the patients back to best condition as possible?
- Time frame of recover VS. survival

Symptom Management EEMMA

- **Evaluation:** ให้การวินิจฉัยแต่ละอาการก่อนการรักษา
- **Explanation:** อธิบายให้ข้อมูลก่อนการรักษา
- **Management:** ให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- **Monitoring:** ทบทวนผลกระทบของการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- **Attention to detail:** ไม่ด่วนสรุป

Evaluation

- อาการนั้นมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร?
- พยายามหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ
 - จากตัวโรคลุกลามมากขึ้น?
 - จากสาเหตุอื่น?
 - เกิดจากการรักษาหรือผลข้างเคียงของยา?
- พยาธิสภาพเป็นอย่างไร
- สภาวะของโรค?
 - คงตัว?
 - เสื่อมถอยลงเรื่อยๆ?
 - กำลังจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน?



Explanation

- อธิบาย underlying mechanism(s) ให้ฟังอย่างง่ายๆ
- พูดคุยเรื่องทางเลือกของการรักษาแต่ละแบบให้ผู้ป่วยทราบ
- อธิบายการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว

Management

- แก้ไขสิ่งที่แก้ไขได้
หอบจากหลอดลมหดเกร็ง ← ให้ยาขยายหลอดลม
- การรักษาที่ไม่ใช้ยา
Breathlessness ← Breathing technique,
Relaxation
Radiotherapy ใน metastatic bone pain
- Drug treatment - ให้ยาแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการ
และให้เป็นครั้งคราว (prn) ร่วมด้วย

Purposes of Palliative Medications

- “Whole person approach” ดูแลแบบองค์รวม
- การให้ยาเพื่อป้องกันและจัดการอาการที่ไม่สุขสบาย
- ให้ “specific disease modifying treatment” เพื่อชะลอหรือควบคุมการลุกลามของโรค โดยไม่ได้หวังรักษาตัวโรคให้หาย
- “Palliative treatments” ได้แก่ CMT, hormonal treatment, RT

What is Different About Palliative Medications?

- การใช้ยาใน palliative care setting แตกต่างจากการใช้ใน standard medications eg.
 - Antipsychotic drug – haloperidol นำมาใช้รักษาอาการอาเจียน
 - Antidepressants รักษา neuropathic pain
 - Opioids รักษา dyspnea
- วิธีการบริหารยาอาจแตกต่างจากที่ใช้ทั่วไปในโรงพยาบาล
 - “Off-license” prescribing ไม่มีข้อบ่งชี้ในใบกำกับยาของบริษัท

What is Different About Palliative Medications?

- ความจำเป็นของการให้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการ
ใช้ยาที่บ้านในระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้
 - Subcutaneous route: MO, fentanyl, midazolam,
hadol, metoclopramide, buscopan, atropine
 - Sublingual route: lorazepam, fentanyl,
ketamine, midazolam
 - Rectal suppository: MO, lorazepam,
diazepam,

Stopping Unnecessary Medications

- ผู้ป่วยระยะท้ายมีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด
 - ยาจัดการอาการใน PC
 - ยาที่ใช้ประจำสำหรับโรคเรื้อรัง (comorbidities)
 - ภาระการรับประทานยา ค่าใช้จ่าย
 - Drug interactions
- ทบทวน comorbid medications เป็นระยะ
- การหยุดยาเหล่านี้ควรชั่งระหว่างพยากรณ์โรค สภาวะผู้ป่วยและผลดีผลเสียของการใช้ยา

Principles of Management: Treatment with Medications

- ใช้สูตรยาที่ไม่ซับซ้อน
 - พยายามใช้ยาน้อยชนิด
 - ใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาวเพื่อช่วยลดจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทาน
 - ใช้ยาที่ออกฤทธิ์หลายอย่างเช่น haloperidol เป็น anti-emetic & mild sedative
- ทบทวนการให้ยาบ่อยๆ
- อธิบายวิธีใช้ยาและเขียนวิธีการใช้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว

Management

- เมื่อจะเพิ่มยาตัวใหม่ ให้ถามคำถามเหล่านี้ :
 - “เป้าหมายประสงค์ของการรักษาคืออะไร?”
 - “จะติดตามดูแลได้อย่างไร?”
 - “มีความเสี่ยงหรือผลที่ไม่ต้องการอะไรบ้าง?”
 - “มีโอกาสรiskที่จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาแต่ละตัวหรือไม่?”
 - “จะสามารถหยุดยาบางตัวที่ใช้ในปัจจุบันได้หรือไม่?”

Management

- แสวงหาความช่วยเหลือจากจากผู้ร่วมงานในสถานการณ์ที่จัดการลำบาก
- ไม่บอกผู้ป่วยว่า “เราได้ทำทุกอย่างแล้ว” หรือ “ไม่มีอะไรจะทำให้ได้อีกแล้ว”

Monitoring & Attention to Detail

- ทบทวน! ทบทวน! ทบทวน!
ผู้ป่วยแต่ละคนตอบสนองแตกต่างกัน
ผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ
การปรับขนาดยามีความจำเป็น
โรคมักมีการดำเนินต่อเนื่อง
- สนใจในรายละเอียด
“เหตุใดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายนี้ถึงมีอาการอาเจียน?
ผู้ป่วยไม่ได้ยา morphine; ไม่มี uremia แต่เหตุใดจึงมี
อาการอาเจียน?”

“ผู้ป่วย CA pancreas มีอาการปวดบริเวณต้นคอ ไม่
เข้ากับการปวดร้าวไปหลังเหมือนที่มักจะพบ”

World Health Organization

ESSENTIAL MEDICINES IN PALLIATIVE CARE

Prepared by:

International Association for Hospice and Palliative Care

January 2013

11 Common Symptoms in Advanced and End-of-life Stage and 15 Essential Meds

- Anorexia - **DEXAMETHASONE**
- Anxiety – **DIAZEPAM** and **LORAZEPAM**
- Constipation – **DUCUSATE** and **SENNA**
- Delirium - **HALOPERIDOL**
- Depression – **AMITRIPTYLINE** and **FLUOXETINE**
- Diarrhea - **LOPERAMIDE**
- Dyspnea - **MORPHINE**
- Fatigue - **DEXAMETHASONE**
- Nausea and vomiting - **METOCLOPRAMIDE**
- Pain – **IBUPROFEN** and **MORPHINE**
- Respiratory tract secretions – **HYOSCINE HBr**

Anorexia

DEXAMETHASONE Inj 4 mg/ml; Oral 0.5, 4 mg/tab

Scope:

- Reduced food and fluid intake is normal at EOL
- Identify and treat causes
- Treatment may not be appropriate if symptoms did not impact QoL

Anorexia

Corticosteroids in Mx of anorexia and wt loss in PC

Recommendations:

- Oral/parenteral CS use in short term management
- Optimal dose: 12-24 mg/d taper off during the next 2-3 wks until maintenance of 2-8 mg/d is reached
- Effect wane off after 4 weeks
- Potential roles in: Fatigue, pain, nerve compression, dyspnea, increased ICP

Megestrol acetate benefits minority of patients (C)

Anxiety

Benzodiazepines are considered the mainstay of therapy for anxiety in PC

DIAZEPAM Inj 5mg/ml; oral 5,10 mg/tab

- Onset 15 min. oral, duration 3-30h.
- Inj. Not suitable for SC administration

LORAZEPAM 0.5, 1mg/tab

- Onset if use SL 5 min, oral 10-15 min
- Shorter half life than diazepam → useful for prn. and acute attack

Anxiety

- No evidence of improved efficacy of one benzodiazepine over another
- Choices determined by availability of suitable formulations and route of administration
- Lorazepam preferred to diazepam for treating acute attacks because of rapid onset via SL and tends to cause less sedation.

Constipation

SENNA (SENOGOT) 7.5 mg/tab.

- Stimulant laxative, causes local irritation of colon

DOCUSATE SODIUM 100 mg/cap

- Stool softener
- Other agents: Lactulose and MOM

Recommendations

- Insufficient evidence to recommend one laxative over another
- Docusate acts as adjunct drug, better tolerate than lactulose (less colic & bloating and cheaper)

Delirium

HALOPERIDOL

Inj 5mg/ml; oral liq 2mg/ml; 0.5,1,2,5 mg/tab

- First choice therapy for hyper and hypoactive delirium
- Onset SC 10-15 min, oral 30-40 min
- Duration of action 24h.
- Risk of extrapyramidal side effect

Management of Delirium

- Causes:
 - Medicines
 - Organ failure
 - Hypoxia
 - Infection
 - Fluid-electrolytes disturbance
- Commonly caused by medicines
- When treatment of underlying cause is not possible → pharmacological management

Depression

AMITRIPTYLINE 10, 25mg/tab

FLUOXETINE 20 mg/tab.

Prolonged time before effect

Scope:

- Treatment of pain and other reversible physical symptoms should be instituted before initiate depressive treatment
- Psychological approach is important

Depression

Recommendations

- Improvement with antidepressants took several weeks of therapy
- Short-term psychostimulants (methylphenidate) have role when rapid onset therapy is required (at EOL)
- Insufficient evidence to support the use of one antidepressant in preference to another

Diarrhea

LOPERAMIDE 2mg/cap

- Overuse of laxatives and fecal impaction can caused diarrhea
- Treatment of possible causes and adequate hydration

Loperamide in treatment of diarrhea

- Less effective in patients with extensive colorectal resection (octreotide may be used)

Dyspnea

MORPHINE Inj 10mg/ml, oral 10mg/5ml,
10mg/tab (immediate release)
10, 30, 60mg/tab (slow release)

- Opioids reduce RR and sensation of dyspnea, without measurable changes in SaO_2 , pCO_2
- Dose of enteral/SC MO used for dyspnea is 25-50% of analgesic doses
- MO is widely regarded as first line opioid of choice in acute and chronic pain
- No evidence to support the use of nebulised opioids

Fatigue

DEXAMETHASONE Inj 4 mg/ml, 0.5, 4 mg/tab

- Long biological half life → suitable for cont action
- 750 mcg dexamethasone $\approx$ 5 mg prednisolone
- Insignificant mineralocorticoid effect → suitable for high dose therapy
- Improvement on pain and QOL → improvement of fatigue
- Expert opinion strongly supports short-term use
- Restrict to use of terminally ill
- Other options: Megestrol acetate, methylphenidate (evidence is weak)

Nausea and Vomiting

METOCLOPRAMIDE

Inj 10mg/ml, 10mg/tab, oral liq 5mg/5ml

- In PC, the most common cause for vomiting is gastric stasis
- Metoclopramide - first-line management of N/V associated with delayed gastric emptying time

Nausea and Vomiting

- **Classes of drugs appropriate for N/V**
 - Neuroleptics: Haloperidol, chlorpromazine
 - Antihistamines: Cyclizine, promethazine
 - 5HT3 antagonists: Ondansetron
 - Corticosteroids; Dexamethasone
 - Prokinetic antiemetics: Metoclopramide, domperidone
- If cause is established, first line agent should correlate with cause
- Second antiemetics with complementary mechanism of action may be added

Respiratory Tract Secretion

HYOSCINE BUTYLBROMIDE inj 10mg/ml

- Antimuscarinic drugs reduce production of saliva, but no effect on secretions resulted from lung abnormality (Bronchial secretions, reflux, gastric contents)

Importance of Symptom Control

- Reduce suffering
- Maximize comfort
- Preserve function
- Prevent complications
- Prolong survival

