



ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง จริยธรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รหัส PCT - 001

	ชื่อ - สกุล/ ชื่อทีม	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการ PCT			18 ต.ค. 2565
ผู้รับรอง	พญ.ชลธิชา รัตนธรร	ประธานคณะกรรมการ PCT		18 ต.ค. 2565
ผู้อนุมัติ	นพ.ไชยวัฒน์ เพชรพรรณงาม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล		21 ต.ค. 2565



เรื่อง : จริยธรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รหัสเอกสาร : PCT-001

แก้ไขครั้งที่ : 1

หน้าที่ : 2/3

หน่วยงาน : ทีมดูแลผู้ป่วย

วันที่ประกาศใช้ : 21 ต.ค. 2565

ฉบับที่ : 1

1. นโยบาย

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) บรรเทาความทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บ หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ เสียชีวิตอย่างสงบไปตามธรรมชาติ (Allow Natural Death) แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลรักษาบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ทั้งร่างกายและจิตใจ ได้เป็นอย่างดี

2. วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
3. ป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความเศร้าโศก ค้ำคาใจของครอบครัว ภายหลังการสูญเสีย

3. ขอบเขต

ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์การประเมิน Specific Criteria กลุ่มโรคระยะสุดท้าย

4. คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ภาวะอันเกิดจากความเจ็บป่วย หรือตัวโรคที่ไม่อาจจะรักษาให้หายได้ และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานวิชาชีพ แสดงว่าภาวะนั้นจะนำไปสู่การเสียชีวิต อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และให้รวมถึงผู้ป่วยอยู่ในสภาพพักถาวรด้วย

5. ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการที่มนำการพัฒนาคุณภาพด้านคลินิก

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. แพทย์ประเมินวินิจฉัย เป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ตามขั้นตอนประเมินดังนี้

1.1 ประเมิน General Indicator Co-morbidity ว่ามีภาวะบ่งชี้หรือไม่ว่าจะมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น

- การประเมินสมรรถนะ PPSV $\leq 50\%$
- โรคเรื้อรัง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- การวินิจฉัย และการพยากรณ์โรค

1.2 ประเมิน Specific Criteria กลุ่มโรคระยะสุดท้าย

- กลุ่มมะเร็งระยะท้าย (Advance Cancer) และกลุ่มโรคระยะท้ายที่การพยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ HIV, COPD, ESRD, Stroke, Dementia, Heart Disease /CHF

2. แพทย์วินิจฉัยเป็น End Stage of disease with Palliative Care



เรื่อง : จริยธรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แก้ไขครั้งที่ : 1

หน้าที : 3/3

หน่วยงาน : ทีมดูแลผู้ป่วย

วันที่ประกาศใช้ : 21 ต.ค. 2565

ฉบับที่ : 1

3. ทีมดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติที่มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรค
ทำ Family meeting วางแผนการดูแล Advance Care plan โดยทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์ และไม่ประสงค์
จะรับบริการสาธารณสุขไว้ (Living will)

4. การตัดสินใจเลือกการรักษา

4.1 ทำตามความต้องการของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หรือ ผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์ และไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ (Living will)

4.2 ทำตามความต้องการของผู้มีอำนาจตัดสินใจในกรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และไม่เคยทำคำสั่งล่วงหน้าไว้ และผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ

4.3 กรณีเลือกการรักษาแบบประคับประคอง ลงนามตามหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาแบบประคับประคอง การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต และการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการทรมานผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบจากโรคที่เป็น (Allow Natural Death)

5. บันทึกคำอธิบายที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และแผนการรักษาที่ครบถ้วน

7. การติดตามตัวชี้วัด

1. อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการวางแผนล่วงหน้า (Family meeting /Advance Care Planning) $\geq 60\%$

2. อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง < 10 %

3. อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง > 85%

8. เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์การุณรักษิรโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น Clinical Palliative Care for Community Nurses 2562

- www.thailivingwill.in.th.2563

9. ภาคผนวก

- หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาแบบประคับประคอง

- คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

- หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

- Criteria การวินิจฉัย End Stage of disease with Palliative Care

- Flow Chart การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

- Symptom Management in Palliative Care

ภาคผนวก

หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาแบบประคับประคอง

เขียนที่ โรงพยาบาลบ่อพลอย

วันที่.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอม โดยสมัครใจให้คณะแพทย์ พยาบาล /พนักงานของโรงพยาบาล ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลความเจ็บป่วยของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายทราบถึงอาการความเจ็บป่วยว่า มีภาวะการเจ็บป่วยในระยะลุกลาม เรื้อรังหรือเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาทางการแพทย์ให้หายได้ ทีมผู้ดูแล ได้แนะนำ และให้คำปรึกษาถึงทางเลือกในการรักษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อดี / ข้อเสียในทางเลือกต่างๆ ในการรักษาแก่ข้าพเจ้า จนเข้าใจดีทุกประการโดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะรับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลตามอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่อาจรับการรักษาให้หายได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้าพเจ้าได้ลงนามเลือกการดูแลแบบประคับประคองดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และลงชื่อกำกับหน้าข้อ)

- ☐ ไม่ประสงค์ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☐ ไม่ประสงค์นวดหัวใจ/กระตุ้นหัวใจ(กระบวนการฟื้นคืนชีพ เมื่อหัวใจหยุดเต้น)
- ☐ การใส่สายยางให้อาหารและน้ำทางจมูก
- ☐ ไม่ประสงค์การส่งรักษาต่อ รพ.พหลพลุฑเสนา
- ☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้ามอบหมายให้ (ชื่อ-สกุล).....ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ลงนาม ผู้ป่วย/ญาติ

(.....)

มีความสัมพันธ์เป็น ของผู้ป่วย

ลงนาม พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....)

มีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงนาม แพทย์ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ให้คำอธิบาย

(.....)

ลงนาม พยาน/พยาบาลวิชาชีพ

(.....)

สตีกเกอร์

หนังสือแสดงเจตนา ประสงค์และไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will)

โรงพยาบาลบ่อพลอย อ.บ่อพลอย จ.กาญจนบุรี

ตามมาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ
บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ที่ทำงาน

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะ
ขอเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับข้าพเจ้าที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายใน
วาระสุดท้ายของชีวิต แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้เซ็นชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- ☐ ไม่ประสงค์ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☐ ไม่ประสงค์นำหวัดหัวใจ/กระตุ้นหัวใจ(กระบวนการฟื้นคืนชีพ เมื่อหัวใจหยุดเต้น)
- ☐ การใส่สายยางให้อาหารและน้ำทางจมูก
- ☐ ไม่ประสงค์การส่งรักษาต่อ รพ.พหลพลุฑเสนา
- ☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความ
เหมาะสม ดังต่อไปนี้

- () ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- () การเยียวยาทางจิตใจ (เช่น การสวดมนต์, ถวายสังฆทาน)
- () อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ-สกุล.....บัตรประชาชนเลขที่

ในฐานะบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้
ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยานและทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และ
พยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พยานฝ่ายผู้ป่วย 1. ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

พยานฝ่ายผู้ป่วย 2. ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

พยานฝ่ายผู้ป่วย 3. ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงนามแพทย์ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ให้คำบรรยาย ลงนาม.....พยาน/พยาบาลวิชาชีพ

(.....)

(.....)

Criteria End Stage of Disease with Palliative Care

Specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค

1. Cancer

- มีการคาดการณ์(พยากรณ์) จะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน (ECOG ≥ 3 หรือ PPS ≤ 50)
- มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง (Metastatic solid tumor)
- ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ/ร้องขอการดูแลแบบประคับประคอง (เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่)

2. COPD

- มีสถานะของโรคอยู่ในระดับรุนแรง (FEV1 $< 30\%$ predicted)
- เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 12 เดือนที่มาจากภาวะ COPD exacerbation)
- ข้อบ่งชี้การใช้ long-term oxygen therapy (Hct $> 55\%$, SpO2 $\leq 88\%$)
- ได้รับ systemic steroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษา อาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา
- หายใจหอบเหนื่อยหลังจากเดินระยะ 100 เมตร ในพื้นที่ราบ หรือ เหนื่อยแม้ขณะทำกิจกรรมในบ้าน เช่นการแต่งกาย (MRC grade 4/5)

3. Heart disease/ CHF

- ผู้ป่วย cardiomyopathy (DCM) ทั้ง Ischemic และ non- Ischemic ที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30% ร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว แม้จะได้รับการรักษาเต็มที่ด้วยยาอุปกรณ์พิเศษ หรือ หัตถการรักษาผ่านสายสวน หรือการผ่าตัดแล้วก็ตาม
- มีการดำเนินของโรคที่เลวลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจต้อง พึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวัน (PPS ≤ 50)
- มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ในเวลา 12เดือน ด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว

4. Renal disease ผู้ป่วยโรคไตระดับ 5 , GFR $< 10\%$

- ผู้ป่วยไม่ล้างไต/ยุติการล้างไต
- ผู้ป่วยล้างไตไม่ได้ มีโรคร่วมเช่น โรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง โรคตับ โรคมะเร็ง

5. Dementia

- ไม่สามารถเดินได้ไม่มีคนคอยพยุง และไม่สามารถกลืนปัสสาวะอุจจาระ และไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย และ ไม่สามารถทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน(ADL)
Barthel score < 3

6. Stroke

ระยะเฉียบพลัน มีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- มีภาวะ Coma หรืออยู่ในภาวะผัก (vegetative state) ระยะเวลามากกว่า 3 วัน

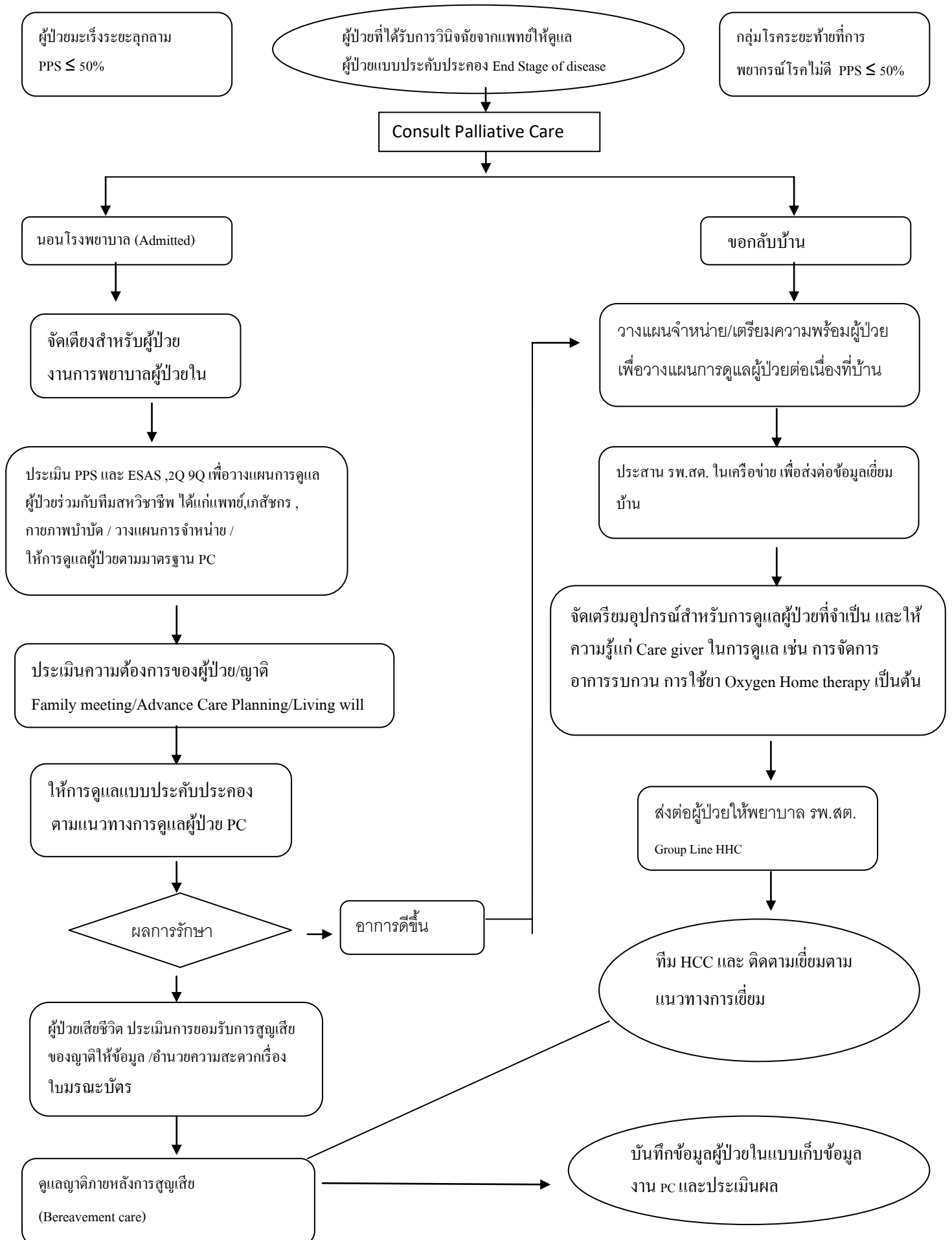
ระยะเรื้อรัง Chronic/Post stroke

- สมรรถภาพของร่างกายไม่ดี PPS $\leq$ 30%
- มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่ แย่ลงได้แก่ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirated pneumonia) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ติดเชื้อในกระแสเลือด (primary bloodstream infection) แผลกดทับ stage 3-4

7. HIV

- ผู้ป่วย HIV/AIDS in advance disease with poor prognosis ได้แก่ End stage heart failure, End stage lung disease, End stage renal failure ตามข้อบ่งชี้ข้างต้น, End stage Liver disease
- ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มีภาวะ Life Threatening concomitant condition (ขึ้นกับแพทย์พิจารณา)

Flow Chartการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)



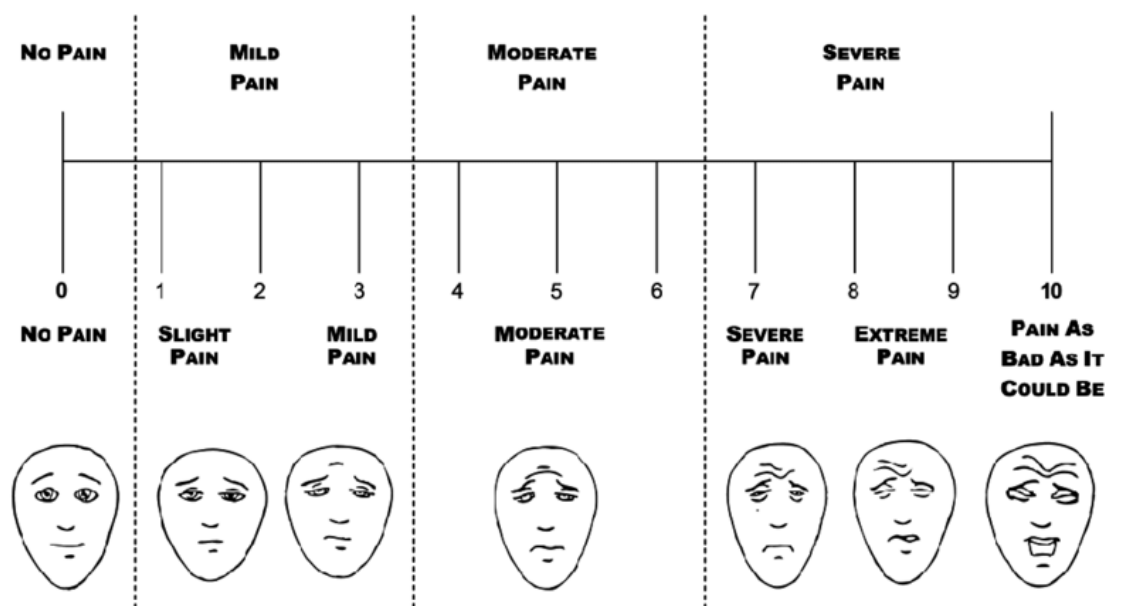
การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การระงับอาการปวดในผู้ป่วยระดับประคอง

ขั้นที่ 1 ใช้ยา non opioid ในรายปวดน้อยถึงปานกลาง โดยให้ร่วมกับยา adjuvant หรือไม่ได้

ขั้นที่ 2 ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ในรายที่ปวดปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งไม่ได้ขึ้นด้วยจากขั้นที่ 1 มักให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย

ขั้นที่ 3 ระยะปวดรุนแรงมากที่ไม่ดีขึ้นจากขั้นที่ 2 ให้ opioid ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) สำหรับความปวดรุนแรง หรืออาการปวดขึ้นก่อนหน้าไม่ดีขึ้น โดยให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย ได้แก่ การใช้ยาฉีดร่วมกับยากิน หรือ การให้ Morphine dilute เป็นต้น (WHO, 1996)



กลุ่มยา non-opioid ที่มีในโรงพยาบาลบ่อย

1. Acetaminophen ผลข้างเคียงถ้าได้รับในปริมาณมากเกินไป อาจเกิดปัญหากับตับได้
2. NSAIDS เช่น ibuprofen, diclofenac, naproxen, celecoxib ผลข้างเคียงอาจก่อให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร ปัญหาการแข็งตัวของเลือด หรือปัญหาโรคไต

ยา	ขนาด	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (ชม.)
Ibuprofen	400 mg bid/tid	4-6
diclofenac	50 mg bid/tid	8
celecoxib	100-200 mg od/bid	12

กลุ่มยา weak-opioid ที่มีในโรงพยาบาลบ่อย

1. Tramadol ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ขนาด 50-100 mg ทุก 6-8 ชม.

กลุ่มยา strong-opioid ที่มีในโรงพยาบาลบ่อย

1. Morphine

	Route of administration	Initial Dose	Onset of action	Duration of action	Schedule
Morphine	IV	5-10 mg	15 นาที	2-4 ชม.	pm
Morphine	Oral	5-10 mg	30-60 นาที	3-4 ชม.	pm
MST®	Oral (tablet)	10-30 mg	2-4 ชม.	24 ชม.	ทุก 12 ชม.

การเลือกชนิดของ opioids จะพิจารณาจากคุณสมบัติของยา (onset and duration of action) และลักษณะการบริหารยา (administration) เป็นหลัก โดยใช้ morphine เป็นอันดับแรกในการรักษาความปวดจากโรคมะเร็งในระดับปานกลางถึงรุนแรง ในผู้ป่วยที่มี acute pain นิยมใช้ morphine ที่เป็น immediate release เพื่อให้ออกฤทธิ์เร็ว หลังจากควบคุมอาการปวดได้ดีแล้ว สามารถเปลี่ยนเป็น morphine ที่เป็น sustained release ได้ เพื่อให้ไม่ต้องรับประทานยาบ่อยๆ โดยคำนวณตาม equianalgesic dose ในกรณีที่ผู้ป่วยมี tube feeding จะไม่สามารถให้ยา morphine sulfate tablet (MST) ได้ เนื่องจากการบดเม็ดยาทำให้คุณสมบัติ sustained release เสียไป จึงควรเปลี่ยนมาใช้ syrup

หลักการปรับยา opioids

ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยา opioids มาก่อน (หรือที่เรียกว่า opioid-naïve) ควรเริ่มด้วย immediate release morphine โดยอาจใช้เป็น IV form หรือ oral form ก็ได้ซึ่งมีทั้งในรูปของยาน้ำ (syrup) และ ยาเม็ด (tablet) ขึ้นอยู่กับความเร่งด่วน พิจารณาตาม onset of action เพราะ IV form จะออกฤทธิ์ใน 15 นาที ส่วน oral form จะออกฤทธิ์ใน 30-60 นาทีปริมาณยาเริ่มต้นสำหรับ IV morphine และ oral morphine(IR) เท่ากับ 2-5 mg และ 5-15 mg ตามลำดับ ควรเริ่มยาโดยให้ควบคุม background pain ทุก 4 ชั่วโมงและเป็นครั้งคราว (Breakthrough pain = dose ที่ให้ทุก 4 ชม ในรูป immediate release โดยให้ซ้ำได้ทุก 2 ชม) ทุก 2 ชั่วโมง (prn) ถ้าอาการไม่ดีขึ้น อาจปรับยาขึ้น 30 ถึง 100% หรือปรับยาเพิ่ม

ตารางแสดงขนาดยาที่ใช้เริ่มต้น

Background pain	Morphine (IR) 5 mg PO q 4 hr, MST (10) 1 tab PO q 8-12 hr
Breakthrough pain	Mo syr.(2mg/ml) 2.5 ml หรือ Mo (IR) PO prn for BP q 2 hr

เฝ้าระวังผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน คัน ง่วงซึม สับสน และภาวะการกดการหายใจซึ่งอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ตารางแสดงผลข้างเคียงและแนวทางการรักษา

อาการ	การป้องกันก่อนเกิดอาการ	การรักษาเมื่อเกิดอาการ
ท้องผูก	- ยาระบายกลุ่ม Stimulant เช่น Senna (Senakot®) ครั้งละ 2 เม็ด (สูงสุด 8-12 เม็ด/วัน) ± ยาระบายกลุ่ม Stool softener เช่น docusate (Dulcolax®) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1-2 เวลา - Polyethylene glycol (PEG) - รับประทานอาหารที่มีกากใยและดื่มน้ำให้เพียงพอ - ออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ <u>ไม่แนะนำ</u> ยาระบายกลุ่ม Bulk forming	- ใช้ยาระบายที่ออกฤทธิ์ต่างกันร่วมกัน - Bisacodyl (5) 1 เม็ด 1-3 เวลา - Bisacodyl 10 mg สวนทวาร - Lactulose 30-60 mg/วัน - สวนอุจจาระ - ใช้ยาในกลุ่ม Opioid antagonist
คลื่นไส้ อาเจียน	ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยา opioids มาก่อน อาจพิจารณา - Prochlorperazine 10 mg po q 6h prn - Metoclopramide 10-20 mg po q 4h prn - Domperidone 10-20 mg po q 6h prn - Haloperidol 0.5-1 mg po q 6-8 h	- Ondansetron (8) 1 เม็ด 2 เวลา - Granisetron(2) 1 เม็ด วันละครั้ง - Dexamethasone
คัน (Pruritus)	- Diphenhydramine 25-50 mg iv/po q 6 h - Promethazine 12.5-25 mg po q 6 h	
สับสน (Delirium)	- Haloperidol 0.5-2 mg po/iv q 4-6h - Risperidone 0.25-0.5 mg OD/BID	
ง่วงซึม (Sedation)	- Lower opioid dose - Opioid rotation or non-opioid analgesics - CNS stimulants เช่น caffeine 100-200 mg po q 6 h - methyphenidate 5-10 mg po OD-TID	
ภาวะการกดการหายใจ	<u>Emergency treatment</u>	
(Respiratory depression)	Naloxone 0.4 mg/mL dilute in NSS เป็น 10 ml ฉีดเข้าเส้นเลือดดำครั้งละ 0.4-2 mg (เริ่มต้น 1-2 ml) ทุก 3 นาที จนอาการดีขึ้น (maximal dose 24 mg) แต่เนื่องจาก half-life ของ naloxone สั้นกว่า opioids ดังนั้นควรเฝ้าระวังการเกิดอาการซ้ำ	

กลุ่มยาแก้ปวด adjuvant analgesic drugs ที่มีในโรงพยาบาลบ่อย

ยาแก้ปวดในกลุ่ม adjuvant นี้ สามารถนำมาใช้เพื่อร่วมบำบัดความปวดได้แต่มีข้อบ่งชี้สำหรับโรคอื่นด้วย ได้แก่ ยาในกลุ่มต้านโรคซึมเศร้า (antidepressant) ยากันชัก (anticonvulsant) ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ เป็นต้น

1. Amitriptyline (10,25 mg) ขนาด 10-75 mg/วัน

ตารางแสดงการเปลี่ยนขนาดยาในรูปแบบต่างๆ

Approximate dose conversion ratio; PO to PO			
Conversion	Ratio	Calculation	Example
Codeine to MO	10:1	Divide 24h codeine dose by 10	Codeine 240mg/24h PO → morphine 24mg/24h PO
Tramadol to MO	5:1	Divide 24h tramadol dose by 5	Tramadol 400mg/24h PO → Morphine 80 mg/24h PO
MO to methadone	Discuss with palliative medicine consultant		
Approximate dose conversion ratio; PO to SC/IV			
MO to MO	3:1	Divide 24h morphine dose by 3	Morphine 30mg/24h PO → morphine 10 mg/24h SC/IV → morphine 0.4mg/h SC/IV
Methadone to methadone	2:1	Divide 24h methadone dose by 2	Methadone 30mg/24h PO →methadone 15 mg/24h SC/IV
MO to fentanyl		Use same calculation as for transdermal patch	
Approximate dose conversion ratio; PO to TD			
MO to fentanyl	100:1	Multiply 24h morphine PO dose in mg by 10 to obtain 24h fentanyl dose; divide answer by 24 to obtain mcg/hr patch strength	Morphine 120 mg/24h PO →Fentanyl 1,200 mcg/24h; →1,200/24= 50 mcg patch q 72h.

อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea)

การดูแลตามอาการ แบ่งออกเป็น

- ผู้ป่วยที่มีอาการแต่พยากรณ์โรคว่าสามารถอยู่ได้หลายสัปดาห์จนถึงหลายเดือน ให้การรักษาตามอาการ
 - ให้ O₂ ถ้ามีอาการเหนื่อย ค่าออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 94%
 - benzodiazepine สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล เช่น diazepam 2-5mg PO , lorazepam 0.5-1mg PO ทุก 8 ชั่วโมง
 - opioids สำหรับอาการไอและหอบรุนแรงในรูปแบบรับประทาน หรือฉีด
 - การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ พัดลม ให้อากาศเย็น การลดความเครียด การช่วยให้ผ่อนคลาย
 - การให้ความรู้ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Terminal stage) เช่น ผู้ป่วย COPD มะเร็งปอด ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มีปัญหาทางปอด
 - ให้ morphine ทางรับประทานด้วยขนาดยาไม่มากจะช่วยลดอาการหอบเหนื่อยในวาระสุดท้าย

ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ morphine สำหรับบำบัดอาการปวดให้เริ่มด้วยขนาดยา 5 mg. รับประทานทุก 4 ชม. ผู้ป่วยที่ได้ morphine อยู่แล้วให้เพิ่มขนาดยาขึ้นไป 25% ถ้ายังไม่ตอบสนองให้เพิ่มขึ้นได้อีก 25% ของขนาดยาปกติ

 - ให้ small dose diazepam.
 - ถ้าเสมหะมาก ให้ hyoscyamine, atropine
- ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้เสียชีวิต
 - ให้ O₂ ถ้ามีอาการเหนื่อย ค่าออกซิเจนในเลือด <90% (hypoxia)
 - พิจารณาให้ morphine เพิ่มขึ้น 50 % จากเดิม โดยติดตามประเมินผลหลังจาก onset of action เช่นกรณีผู้ป่วยหายใจเฮือก ได้ morphine 10 mg+ NSS 100 ml iv drip 10 ml/hr (1mg /hr) ประเมินที่ 15 นาที ถ้ายังเหนื่อยอยู่ พิจารณาเพิ่มยา 50 %

การดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย

- ช่วยผู้ป่วยให้นั่งในท่าที่สบายที่สุด
- ใช้หมอนช่วยหนุนหลัง
- เปิดหน้าต่างให้ได้อากาศบริสุทธิ์
- พัดด้วยพัดกระดาษหรือพัดผ้าที่สะอาด
- ให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ (จะช่วยละลายเสมหะด้วย)
- อาการไอ ถ้ามีเสมหะมากใช้การหายใจด้วยการพ่นละอองน้ำ
- ถ้าไอมาก ไอแห้งๆให้ dextromethorpan (15mg) ทาน 3 เวลา หรือถ้าไม่ตอบสนองใช้ morphine 2.5-5 mg.

รับประทานทุก 4 ชม.

อาการสับสน (Delirium)

ประเมินอาการที่อาจร่วมกับภาวะอื่นๆ ที่อาจสามารถรักษาได้ ได้แก่ metabolic cause, infection, medical withdrawal (เช่น benzodiazepine, opioids)

- ให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคำจุน (Family support)
- เพิ่มขนาดของ haloperidol
- เพิ่มขนาดของ lorazepam
- ถอดสิ่งที่ไม่จำเป็นอื่นๆออกจากการบำบัด เช่น ยาหรือท่อที่ไม่จำเป็น

การรักษาอาการ Delirium ที่มีอาการมาก

- ให้ haloperidol 0.5 - 1 mg. ทุก 1 ชม. จนกระทั่งอาการดีขึ้น maximum dose ไม่ควรเกิน 10-15 mg. ในผู้สูงอายุ

- ให้ lorazepam 0.5 - 2 mg. ทุก 4 - 6 ชม. ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการ Agitate

ในรายที่มีอาการน้อย

- ให้ haloperidol 0.5-1 mg. วันละ 2 ครั้ง

อาการวิตกกังวล (Anxiety)

- ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี รับฟังอาการเจ็บไข้ให้เวลาพูดคุยปัญหา
- ใช้บทสวดมนต์ การฟังเพลง หรือนวด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย
- การให้ low dose diazepam (2.5 - 5 mg.) ก่อนนอน หรือวันละ 2 ครั้ง อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)
- รักษาอาการร่วม เช่น ปวด (pain), ซึมเศร้า (depression), เหนื่อย
- หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดเสียงดังรบกวนผู้ป่วย

อาการท้องเสีย (Diarrhea)

การป้องกันภาวะขาดน้ำ (Dehydration)

- ให้ ORS ถ้าถ่ายมาก หรือถ่ายต่อเนื่องยาวนาน
- ถ้าตรวจไม่พบเม็ดเลือดแดง ในอุจจาระ หรือไม่มีไข้ให้ยาเพิ่มอาการท้องผูก ได้แก่ oral morphine 2.5 -5 mg. ทุก 4 ชม.

อาการท้องผูก (constipation)

- ประเมินถึงสาเหตุและระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกที่เป็นอยู่
- รักษาสาเหตุอื่น (อาทิเช่น hypercalcemia, hypokalemia, hypothyroidism เบาหวาน รวมถึงผลข้างเคียงจากยาชนิดอื่นที่ใช้อยู่ในขณะนั้น)
- ถ้าเกิดจากอวัยวะอุดตัน ให้การบำบัดดังนี้
 1. ใช้glycerin suppository + mineral oil retention enema.
 2. ให้ยาแก้ปวด + ยาคลายเครียดร่วมกับการใช้นิ้วมือช่วยควักอุจจาระที่อุดตัน
 3. พิจารณาเพิ่มยาระบายชนิดอื่น เช่น lactulose 30-60 มล. วันละ 2-4 เวลา MOM(magnesium hydroxide) 30-60 มล. วันละครั้งหรือเช้า-เย็น
 4. พิจารณาใช้ยากลุ่ม prokinetic (เช่น metoclopramide 10-20 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง)

อาการเบื่ออาหาร/ภาวะไม่สบายจากการขาดอาหาร (Anorexia/Cachexia)

สำหรับผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคอยู่ได้อีกนานนับเดือนจนถึงหลายปีมาตรการการช่วยเหลือประกอบด้วย

- ให้การรักษาต่อสาเหตุอาทิเช่น metoclopramide สำหรับผู้ที่อัมง่าย อาการที่รบกวนต่อการรับประทานอาหาร เช่น อาการซีมเศร้าท้องผูก ปวด มีการอักเสบของเยื่อเมือกช่องปาก คลื่นไส้/อาเจียน
- ทบทวน/ปรับเปลี่ยนชนิดยาที่รบกวนต่อการรับประทานอาหาร
- พิจารณาให้ยาเจริญ

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตหรือคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 1 เดือน มาตรการการช่วยเหลือประกอบด้วย

- ประเมินว่าภาวะ anorexia และ cachexia มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวมากน้อยเพียงใดถ้ามีความสำคัญมาก ให้พิจารณาใช้ corticosteroids แก่ผู้ป่วยระยะเวลานั้นๆ
- รักษาอาการซีมเศร้า
- ให้รับรู้ว่าการงดช่วยเหลือค้ำจุนอาหารกลับเป็นเรื่องมีประโยชน์และคุณค่ากับตัวผู้ป่วยในระยะนี้ บอกเล่าให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้และเข้าใจถึงธรรมชาติของการดำเนินโรค เช่น ผู้ป่วยระยะท้ายจะเริ่มหิว/ดื่มน้ำน้อยลง การใช้พลังงานลดลง , การให้สารน้ำอาจทำให้อาการคนไข้แย่ลง เสียชีวิตเร็วขึ้น มีความเจ็บปวดมากขึ้น

อาการคลื่นไส้และอาเจียน (nausea and vomiting)

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ให้ยา antiemetic เช่น metoclopramide (10 mg. ทุก 8 ชม.) หรือ haloperidol (1-2 mg. วันละ 1 ครั้ง) หรือchlorpromazine (25-50 mg. ทุก 6-12 ชม.)