

## Last Hours of Life Dying with Dignity & Without Pain



รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล  
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## เรื่องเล่า...น้องโบว์

- น้องโบว์ วัยรุ่น 19 ปี หน้าตาสวยผิวพรรณดี
- พ่อแม่แยกทางกันตั้งแต่โบว์อายุ 3 ขวบ
- แม่มาเปิดร้านขายอาหาร พ่อมีครอบครัวใหม่
- พ.ศ. 2553 โบว์เข้าเรียนในคณะมนุษยศาสตร์
- โบว์ฝันว่าเมื่อเรียนจบจะหาเลี้ยงแม่ รู้สึกถึงความเหนื่อยยากของแม่ที่ต้องเลี้ยงดูโบว์แต่ลำพัง
- พย.53 ขณะเข้ารับการจัดฟัน เริ่มปวดลิ้นและช่องปาก หมอผ่าตัดส่งชิ้นเนื้อตรวจ พบเป็นมะเร็งที่ลิ้น

## เรื่องเล่า...น้องโบว์

- ในระหว่างรักษาโบว์มีกำลังใจเข้มแข็ง ต่อสู้กับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจนครบคอร์ส กพ.54
- สด.54 โบว์กลับเข้าฝึ่งแร่นเนื่องจากโรคกลับเป็นซ้ำ แต่ไม่ตอบสนอง ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ หายใจลำบาก ได้รับการทำ tracheostomy และ retain NG tube
- เริ่มอ่อนล้า
- ธค.54 กลับเข้ารักษาอีกเนื่องจากก้อนที่คอตัน ขวาโตมากขึ้น เป็นหนองกลิ่นเหม็น

## Physical Symptom



- Fungating wound บริเวณคอตันขวา ปวดมาก
- หายใจลำบากจากมีเสมหะมาก

## Symptom Management Pain From Fungating Wound

- Continuous SC MO infusion
- Gabapentin สำหรับ neuropathic pain
- ให้ fentanyl SC ก่อนทำแผล
- Non-pharmacological pain management

## Symptom Management Management of Fungating Wound

### Bleeding

- Apply sualfate locally
- Sofa-tulle

### Malodor

- Dressing with Metronidazole inj.

### Exudate

- Dressing & Protect surrounding skin
- Treat infection



## Psychosocial Assessment

**Emotional:** เศร้า บางเวลา/ซีไลน์ ถูกบีบคั้นจากสภาวะโรค

**Thought/cognition:** มันแย่มากหมด เวลาที่ปวดมันปวดราวไปทั้งตัว ปวดแสบปวดร้อน หนูอยากพักผ่อนอย่างสบายที่สุด ไม่ต้องพบเจอกับความเจ็บปวดอีก

**Behaviour:** เป็นมิตร มีเพื่อนมาเยี่ยมตลอดเวลา

## บอกความจริง...บอกหรือไม่บอกดี

### Family meeting

ค้นหาความต้องการของโบว์และแม่

“ไม่อยากบอกเพราะกลัวน้องจะเสียใจ”

“เขายังมีหวังว่าจะกลับไปเรียนต่อ”

“ถ้าบอกความจริงก็คงจะดี แม่คงหายอึดอัด”

“แม่พยายามบอกน้องโบว์ตลอดเวลาว่าไม่ต้องห่วงแม่ แม่อยู่ได้”

บอกความจริงกับน้องโบว์ น้องโบว์ทราบเวลาเหลือน้อย ต้องการเป้าหมายดูแลให้สุขสบาย

## ความปรารถนาของหนู

- หนูอยากให้ทุกคนและเพื่อนๆ รู้ว่าหนูรักพวกเขา
- หนูต้องขอโทษในบางสิ่งที่ทำให้ครอบครัวและเพื่อนเสียใจ
- หนูอยากให้ครอบครัวและเพื่อนของหนูจดจำภาพทั้งดวงมุก่อนที่หนูจะป่วย
- หนูอยากให้ครอบครัวรู้ว่าหนูไม่หวาดหวั่นต่อ...อะไรทั้งสิ้น เพราะหนูไม่อยู่แล้ว จะได้ไปอย่างสงบและหมดห่วง
- ถ้าหนูเป็นอะไรไป หนูอยากฝากให้ทุกคนช่วยหนูดังนี้
  - ทำใจให้เข้มแข็ง
  - นึกถึงช่วงเวลาดีดีที่เคยอยู่ด้วยกัน ไม่ต้องห่วงอะไรทั้งสิ้น
- หนูอยากให้ครอบครัวได้รับรู้ว่าหนูรักและห่วงทุกคน ไม่อยากให้เครียด ถึงเวลาของหนูแล้ว ไม่เร็วก็ช้าหนูก็ต้องไป

## สิ่งสุดท้าย..ที่หนูอยากบอกแม่

“ถ้าหนูไม่อยู่แล้ว  
แม่ต้องเข้มแข็ง ดูแลตัวเอง หนู  
รู้ที่แม่ทำทุกอย่างวันนี้  
ก็เพื่อหนู แม่เหนื่อยมา  
มากแล้ว  
รักแม่...”

## Progression

- หลังการเข้ารักษา 3 สัปดาห์ อาการปวดรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ต้องเพิ่ม MO เป็น 3 mg/h เพิ่ม gabapentin เป็น 900 mg x 3 tab.
- มีอาการอ่อนแรงลงมาก นอนมากขึ้น ซึม เริ่ม feed อาหารไม่ได้ เจ็บปวดเวลาพลิกตะแคงตัว

ผู้ป่วยเข้าสู่ dying stage



- เราทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย ?
- อาการและอาการแสดงเป็นอย่างไร ?
- เราจะให้การดูแลอย่างไร?

## Diagnosis of Imminent Death

กรณีถ้าไม่มี reversible conditions ลักษณะเหล่านี้ช่วยบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอีกไม่กี่วัน:

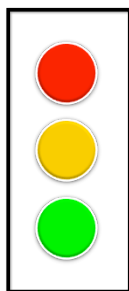
- อ่อนล้ามาก ไม่มีเรี่ยวแรง → นอนติดเตียง
- นอนเป็นส่วนใหญ่ การรับรู้ลดลง → โคม่าไม่รู้ตัว
- ไม่มีสมาธิ → สับสน (→ delirium)
- ไม่สามารถกลืนเม็ดยาได้ หรือกลืนลำบาก
- ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารได้น้อยมาก

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

## หลักการดูแลในช่วงก่อนเสียชีวิต

- คาดการณ์ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอะไรบ้าง วางแผนการรักษาล่วงหน้า แก้ปัญหาตามอาการที่มี
- ประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ
- ทบทวนยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในขณะนั้น
  - ยาตัวใดควรให้ต่อ ตัวใดควรเอาออก
  - พิจารณาวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม
- หยุดการรักษาที่ไม่จำเป็น
- สื่อสารและเตรียมครอบครัวผู้ป่วย ให้คำอธิบายให้การประคับประคองจิตใจ

## หลักการดูแลผู้ป่วยช่วงก่อนเสียชีวิต



- **STOP**
- **CAUTION**
- **GO**



**STOP**

- หยุดยาที่ไม่จำเป็น เช่น anti-hypertensives, vitamins, statins, diuretics, laxatives
- ในผู้ป่วย insulin-dependent หยุดฉีดเมื่อผู้ป่วยเริ่มไม่รู้สึกรู้ตัว 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



**GO**

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

## ปัญหาที่ควรเฝ้าระวังและจัดการ

- ความปวด
- อาการหายใจลำบาก
- อาการสับสน ทรมานทรมาย
- คลื่นไส้ อาเจียน
- การกระตุก ชัก
- การหายใจเสียงดัง
- ปฏิกริยาของครอบครัว

## ยาระงับปวด

จะปรับขนาดยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้อยู่อย่างไร  
ยังมีความจำเป็นต้องให้ต่อหรือไม่ ?

- ยังมีความจำเป็นต้องให้ต่อแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการตอบสนอง
- อาจปรับขนาดยาลง ถ้าปัสสาวะเริ่มออกน้อย
- การหยุดยาทันทีอาจทำให้อาการปวดกลับมาใหม่หรือเกิด withdrawal symptoms
- เปลี่ยนรูปแบบการให้ยาจากการกินทางปากมาเป็น 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%

*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.
- ประเมิน pain/palliative care team ถ้าควบคุมความปวดไม่ได้

*Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence*

## Confusion/Agitation ในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

แก้ไขสาเหตุที่แก้ไขได้ :

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

*Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence*

## 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

*Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence*

### 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.

*Ellershaw, Care of the dying: A pathway to excellence*

### Mouth Care

- เป็นหัวใจสำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยสบาย สื่อสารพูดคุย
- ผู้ป่วยที่ได้ oxygen ผู้ป่วยที่หายใจทางปาก และผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ควรเช็ดหรือหยอดน้ำให้ปากชุ่มชื้นทุกชั่วโมง
- ให้จิบน้ำบ่อยๆ อมน้ำแข็ง
- ทาครีมฝีปากด้วยวาสลีน
- ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กทำความสะอาดปาก

### ปัสสาวะลำบาก

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

### ไข้

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

### การให้ Oxygen/Suction

- ควรให้ออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากก่อน
- การดูดเสมหะมักไม่ช่วยให้ผู้ป่วยที่หายใจเสียงดัง หายใจดีขึ้น
- การดูดเสมหะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย

### การให้ IV fluids

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

### การให้คำอธิบายแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำ

- การลดความต้องการอาหารและน้ำเป็นภาวะปกติของผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
- ผู้ป่วยไม่ได้ดื่มน้ำจนตาย ร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้อีกต่อไป
- การให้อาหารและน้ำทางสายยางหรือหลอดเลือดไม่ได้ช่วยพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
- การให้อาหารทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย
- การที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินหรืออาหารไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย

### 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  
Ganzini, L. "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  
Ganzini, L. "Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life: Ethics and Evidence." Palliative and Supportive Care. 2006; 4: 135 - 143

### "Death Rattle"

- "Death rattle" เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิตกกังวลแต่ตัวผู้ป่วยเองไม่ได้ทุกข์ทรมานจากภาวะนี้
- อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงดังกลาวเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ 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 soln 4 drops SL q4h.

### 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

*Oncoline. Cancer Clinical Practice Guideline*

## การแจ้งครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

- เป็นเวลาที่มีความสำคัญอย่างมาก
- แม้จะมีการเตรียมตัวดีอย่างไร ครอบครัวมักจะอยู่ในภาวะช็อค
- บอกกับครอบครัวโดยตรงว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- แสดงความเสียใจ
- ให้ความเคารพครอบครัวในการอยู่กับผู้ตาย

## หลังการเสียชีวิต

- อำนวยความสะดวก
- จดหมายรับรองการตาย
- การเตรียมศพ
- การทำใบมรณะบัตร
- ติดต่อพิธีกรรม
- โทรศัพท์ติดตามผู้สูญเสีย

## Comfort Care At the End of Bow's Life

- เอา NG tube ออก ยุติการให้อาหารและ IV fluid
- MO 3 mg/h + Ketamine 5mg/h CSI
- Atropine 0.4mg q 6 hrs
- Mouth care
- หยุดพลิกตัว
- ให้ความประคับประคองมารดา
- กล่าวคำอำลา

## การประคับประคองครอบครัว

- สื่อสารให้ครอบครัวทราบว่าเวลาเหลือน้อยแล้ว
- อธิบายให้ทราบว่า เราไม่สามารถทำนายเวลาของการเสียชีวิตได้
- อธิบายการเปลี่ยนแปลงในระยะใกล้เสียชีวิต
- อธิบายขั้นตอนหรือการดูแลจัดการอาการ
- แนะนำให้ครอบครัวหมั่นเวียนกันมาดูแล
- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
- แสดงความห่วงใย เปิดโอกาสให้ถามคำถาม

## ช่วงชีวิตสุดท้าย

ช่วงวัน ชั่วโมง นาทีสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นช่วงที่จะอยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปชั่วชีวิต และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตที่เหลือของคนอื่นๆในครอบครัว

การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ที่เข้าถึงหัวใจ และอ่อนโยนในช่วงระยะก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด