




Palliative Care Concept & Assessment

รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



PC Team

- เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการอาการและการสื่อสาร
- ทำงานแบบทีมสหสาขา
- ดูแลแบบองค์รวม
- ให้ข้อมูลที่ตรงจริงเพื่อช่วยในการตัดสินใจ
- เป็นเพื่อนคู่คิดในการเลือกแผนการรักษา (advance care planning)
- อยู่ดูแลเขาจนกว่าเขาจะตาย
- ดูแลครอบครัว
- เยียวยาการสูญเสีย




Palliative Care

- Evidence-based treatment
- การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ
- Comfort และ cure สามารถทำควบคู่กัน
- ไม่ใช่การดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ยืด curative treatment
- ไม่ใช่ “การยอมแพ้”
- ไม่ใช่
 - Care of the elderly
 - Care of chronic diseases
- Palliative care ≠ EOL



How is Palliative Care Different ?


Curative Model	Palliative Model
<ul style="list-style-type: none"> • เป้าหมาย - หายจากโรค • มุ่งเน้น - ตัวโรค • อาการ - ช่วยในการวินิจฉัยโรค • ข้อมูลที่สำคัญ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ • การรักษา - กำจัดโรครักษาให้หาย • ความตาย - เป็นความล้มเหลว 	<ul style="list-style-type: none"> • เป้าหมาย - ลดความทุกข์ทรมาน • มุ่งเน้น - ผู้ป่วย/ครอบครัว • อาการ - ช่วยในการรักษา • ข้อมูลที่สำคัญ - อาการของผู้ป่วย • การรักษา - รักษาอาการ • ความตาย - เป็นสิ่งที่คาดหวัง



Palliative Care - คำจำกัดความ

Palliative care หมายถึง รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาต่างอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

WHO 2005





Hospice ได้ถูกนำมาใช้โดย Dame Cicely Saunders ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งแรกในปี 1967 ชื่อ St. Christopher's Hospice ใน London

ในปี 1974 Dr. Balfour Mount ซึ่งเป็น surgical oncologist ที่ The Royal Victoria Hospital of McGill University ใน Montreal, Canada ได้บัญญัติคำว่า palliative care ขึ้น

Cicely Saunders
1918-2005



Hospice & Palliative Care

- Palliative care และ hospice care ความหมายเหมือนกัน คือการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ในสหรัฐอเมริกามีการแยกความแตกต่างระหว่าง palliative care และ hospice care โดยอิงกับระบบบริการสุขภาพและสถานที่ที่ดูแลผู้ป่วย
 - Palliative care หมายถึงระบบบริการผู้ป่วยที่อาจมีโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของโรค
 - Hospice care คือรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคและมักจะยุติการรักษาตัวโรคแล้ว



Palliative Care Concepts

- ยอมรับว่าความตายเป็นมิติหนึ่งของชีวิต
- ไม่พยายามเร่งหรือยืดเยื้อความตาย
- ปลดปล่อยอาการปวดและอาการไม่สบายต่างๆ
- ให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่าง active ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
- ประสานการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- จัดหาระบบการช่วยเหลือแก่ครอบครัว
- ใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์



WHO 2005

Thai Health Demography

- ค่าเฉลี่ยอายุที่เสียชีวิตพบสูงขึ้น
- ผู้สูงอายุในช่วงหนึ่งปีก่อนเสียชีวิตส่วนมากมีโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต 1-2 โรค
- การเสียชีวิตเกือบครึ่งเกิดขึ้นในโรงพยาบาล
- 1/3 ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในช่วงหนึ่งปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต



Chutima Akalephan, 2010. IHPP

Why Concern

The 10 leading causes of death in the world 2012

โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
เส้นเลือดในสมองขาด	23,741	มะเร็งในมดลูก	21,546
อุบัติเหตุจราจร	19,458	เบาหวาน	15,254
โรค	19,153	หัวใจขาดเลือด	14,910
หัวใจขาดเลือด	16,104	มะเร็งตับ	13,728
ปอดอักเสบในวัยผู้ใหญ่	14,906	โรค	10,888
ตีบตัน	12,028	โรคไตเรื้อรัง	7,027
มะเร็งเต้านม	11,365	โรค	6,483
ขาดเลือดในวัยเด็ก	9,588	มะเร็งปากมดลูก	5,720
มะเร็งลำไส้	9,345	โรค	5,339
เบาหวาน	8,882	ความผิดปกติของหัวใจ	5,339
ปอดอักเสบ	7,072	โรคหลอดเลือดหัวใจ	4,957
โรคไต	6,819	โรค	4,767
โรค	6,244	โรค	7,474
โรค	292,566	โรค	106,670

WHO Ten leading causes of death in the world, 2012.


จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตาย 12 อันดับแรกของประเทศไทย พศ.2548

สถานการณ์การแพทย์ไทยในปัจจุบัน


- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุพบมากขึ้น
- แพทย์มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น ทำทุกวิถีทางให้ผู้ป่วยรอดชีวิต
- การก้าวกระโดดของเทคโนโลยี ทำให้คนปฏิเสธความตาย
- ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล
- ผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะสุดท้ายได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ สร้างภาระและความทุกข์ทรมาน




Fighting Death Using Modern Medicine



- **23.1%** of palliative patients had been intubated prior to PC consultations.
- Diagnosis of these patients:
 - Advanced cancers 56.8%
 - End-stage organ failure 16.0%
 - Terminal-stage: AIDS, Parkinson, sys sclerosis 7.4%
 - Acute conditions: Hosp-acq infections/stroke 19.8%
- After PC consultation, 41 patients underwent withdrawal of life support at home, 20 in hospital.



Karunruk Palliative Care Center 2012 report

Mode of death in pediatric intensive care units worldwide

Article	Location	CPR	BD	WLST
Mink <i>et al.</i> ⁷	Washington, DC	38%	30%	32%
Lantos <i>et al.</i> ⁸	Chicago, IL	46%	24%	30%
Vernon <i>et al.</i> ⁹	Salt Lake, UT	19%	23%	58%
Ryan <i>et al.</i> ¹⁰	Edmonton, Canada	29%	22%	49%
Balfour-Lynn <i>et al.</i> ¹¹	London, UK	18%	17%	65%
Martinet <i>et al.</i> ¹²	France	26%	20%	54%
Van Dr Wal <i>et al.</i> ¹³	Netherlands	30%	17%	53%
Devictor <i>et al.</i> ¹⁴	France	60%	17%	40%
Goh <i>et al.</i> ¹⁵	London, UK	27%	12%	61%
Garros <i>et al.</i> ¹⁶	Toronto, Canada	27%	13%	60%
Althabe <i>et al.</i> ¹⁷	Argentina	51%	11%	38%
Devictor <i>et al.</i> ¹⁸	Europe			47%
Zawistowski <i>et al.</i> ¹⁹	Pittsburg, PA	16%	19%	30%
Kipper <i>et al.</i> ²⁰	Brazil	73%	8%	65%
Lago <i>et al.</i> ²¹	Porto Alegre, Brazil	53%	11%	18%
				36%

BD, brain death; CPR, cardiopulmonary resuscitation; WLST, withdrawal and limitation of life-sustaining treatments.

Moore P *et al* J Paediatrics and Child Health 2008;44:404-408

Ordinary Scenario in Large Hospitals in Thailand



- 89 year-old
- Advance dementia, bed bound
- Developed massive stroke
- On ventilator, no cognitive function

Is this Medical Futility and Prolonged Suffering?
What is the Solution?

Karurak Palliative Care Unit

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,

- Improved QoL 98.0 VS. 91.5; P=0.03
- Reduced major depression 16% VS. 38%; P=0.01
- Reduced “aggressiveness” (less chemo at <14 d before death) 33% VS. 54%; P=0.05
- More likely to get hospice, less likely to be hospitalized in the last month.
- Improved median survival **11.6 m.VS. 8.9 m.**; p<0.02

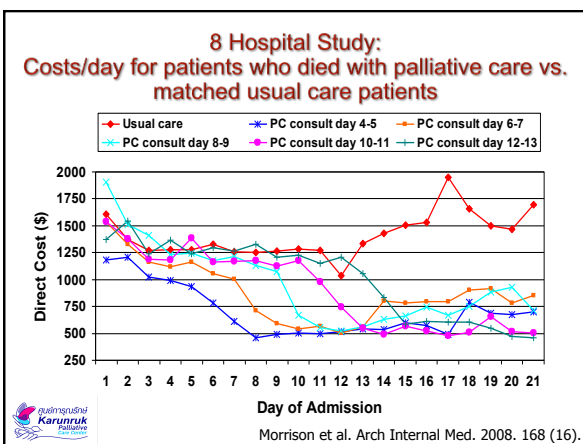
NEJM 2010;363:733-42.

Karurak Palliative Care Unit

Cost Effectiveness Study

What is the Effectiveness of Palliative Care for Reducing Health Care Costs?

Karurak Palliative Care Unit



Journal of Palliative Care & Medicine

Sinsuwan *et al.* J Palliat Care Med 2016; 6:1
<http://dx.doi.org/10.4172/2165-7386.1000243>

A Retrospective, Single Center, Observational Study, Comparing the Direct Cost of End-Of-Life Care Patients with Advanced Cancer Care: Palliative Care versus Usual Care

Sinsuwan W¹, Pairojkeel S¹, Gomutbutra P¹, Kongkum K¹ and Kosuwon W¹
¹Karurak Palliative Care Unit, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand

- HCC with PC undergone ET intubation less often (P=0.025) and less likely to be admitted to ICU (P=0.001)
- Lung CA most unlikely to be intubated (P=0.001)
- Adjusted net saving for the care of palliative patients was 16,669 baht/person (P=0.035) compared to usual care patients

J Palliat Care Med 2016;6:1.

Karurak Palliative Care Unit

ข้อดีของ Palliative Care

- Nursing home 7 แห่งใน UK (2007) พัฒนาการดูแลแบบ PC
- วางแผนการดูแล สื่อสารกับผู้ป่วย/ครอบครัว nursing home team และ GPs เพื่อลดการรับเข้ารพ. ในระยะสุดท้ายของชีวิตและให้ตายดี
- หลังการพัฒนาระบบการดูแลแบบ PC พบ
 - DNR เพิ่มขึ้นจาก 8% → 71%
 - การวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจาก 4% → 55%
 - ลดอัตราการตายที่รพ. และลดการเข้ารักษาในรพ. ที่ไม่จำเป็นลง 50 และ 40% ตามลำดับ



<http://www.nhslthian.scot.nhs.uk/publichealth/2008-09/04/4-4.html>

ACP Decreased Medically Futile Life Support: Study of Palliative Patients at Srinagarind Hospital

- จำนวนผู้ป่วย 385 คน (กย 2011 – ตค 2012)
- มีการพูดคุยเกี่ยวกับ:
 - สถานที่เสียชีวิต 89.7%
 - การยับยั้ง/ถอดถอนเครื่องพยุงชีพ 81.0%
- ผลการพูดคุย:
 - มีการทำ advance directives เป็นเอกสาร 11.5%
 - มีการทำ verbal advanced directives 33.5%
- 49.4% ขอยับยั้งการใช้เครื่องพยุงชีพเมื่อเวลามาถึงและเห็นแล้วว่าไม่เกิดประโยชน์



Karunruk Palliative Care Center, Abstract APHC 2013

Does Home Palliative Care Reduce Healthcare Costs?

- การศึกษาที่ Catalonia, Spain เปรียบเทียบค่าใช้จ่าย Home PC vs. "Standard care" ในผู้ป่วยมะเร็งหนึ่งเดือนก่อนเสียชีวิต:
- เข้ารักษาตัวในรพ. น้อยกว่า 16% vs. 70%
- ระยะเวลาการรักษาในรพ. สั้นกว่า 1.32 vs. 8.65 วัน
- มี A&E visits น้อยกว่า - 16% vs. 55%
- มี OPD visits น้อยกว่า - 0.35 vs. 0.87/patient
- ค่าใช้จ่ายของ "Standard care" มากกว่า Home PC - 71-168%



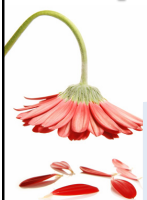
Serra-Prat et al, Palliative Medicine 2001;15:271-278

What are the Benefits of PC in Acute Hospitals?

- เป็นทางเลือกของแพทย์และผู้ป่วยเมื่อการรักษาตัวโรคมองไม่เห็นผลดีและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน
- เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- ประหยัดค่าใช้จ่าย
 - เปลี่ยนการดูแลจาก ICU สู่ lower care settings
 - ลด LOS & การใช้ ICU (Miller, NEJM 1996)
 - ลดการตรวจหรือการรักษาที่ไม่จำเป็น
- ช่วยการทำงานของ primary team
 - ความเชี่ยวชาญเรื่องการจัดการของ PC team
 - สื่อสารเป้าหมายการดูแลและวางแผนดูแลล่วงหน้า
 - ประสานการบริการต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว



ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือใคร?



- ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่ได้
- โรคดำเนินมาถึงระยะท้าย
- มีเวลาเหลือไม่นาน


- Advance cancers
- Advance diseases with poor prognosis:
 - End-stage heart failure
 - End-stage lung diseases
 - End-stage renal failure
 - End-stage neurological diseases
- Dementia
- HIV/AIDS



ขั้นตอนที่ 1. The Surprise Question

ผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ขางหน้า


- ควรพิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม สังคมและปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย เพื่อให้เห็นในภาพรวม
- ถ้าไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค



Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 2. ประเมิน General Indicators

<p>มีภาวะบ่งชี้ทั่วไปหรือไม่ว่าจะมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> • การถดถอยของ functional performance status นิ่งนอนมากกว่า 50% ของวัน • มี co-morbidity ซึ่งเพิ่ม morbidity และ mortality • โรคกล้ามเนื้อไม่ตอบสนองต่อการรักษา • น้ำหนักลด >10% ในหกเดือน • เข้ารพ. โดยไม่คาดหมาย/ฉุกเฉิน • เกิดเหตุสำคัญ: ลมรุนแรง สูญเสีย • Serum albumin < 2.5 mg/dl 	<p>การประเมินสมรรถนะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barthel index • Functional assessment: Karnofsky, PPS, ECOG
--	---




Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

Cancer: ผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก เช่น lung cancer

ตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดคือ functional status โดยผู้ป่วยใช้เวลาในๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งวัน ซึ่งมีพยากรณ์โรคประมาณ 3 เดือนหรือน้อยกว่านั้น




Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

Heart disease – CHF มี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- CHF NYHA III/IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย
- ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- เข้ารักษาตัวในรพ.บ่อยๆ ด้วยภาวะหัวใจวาย
- มีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้




Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

COPD มี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- โรคระดับรุนแรง (FEV1 <30% predicted)
- รักษาตัวในรพ.บ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา จาก COPD exacerbations)
- มีข้อบ่งชี้ของการใช้ long-term oxygen therapy
- หายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตรในพื้นที่ราบ หรือทำกิจกรรมอยู่ในบ้าน
- มีอาการและอาการแสดงของ right heart failure
- มีปัจจัยอย่างอื่นเหล่านี้ร่วม ได้แก่ เบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้า
- ได้รับ systemic steroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา




Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

Renal disease ผู้ป่วย Stage 4-5 CKD ซึ่งมีภาวะเสื่อมถอยลง โดยมี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- ประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- ผู้ป่วยเลือกไม่ล้างไต/ยุติการล้างไต เนื่องจากไม่สามารถทำได้จาก co-morbids หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย
- มีอาการทางกายและทางจิตใจที่จัดการลำบากแม้ได้รับการ renal replacement therapy ที่เหมาะสมอย่างเต็มที่
- มีอาการของไตวาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ค้นตามตัว สมรรถนะถดถอย ภาวะน้ำเกินที่จัดการลำบาก



Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

Dementia

ตัวบ่งชี้ที่บ่งบอกว่าเข้าสู่ระยะท้ายของโรคได้แก่:

- ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้: เดินโดยไม่มีคนคอยพยุง และ กลืนอาหาร/ปัสสาวะ และสื่อสารอย่างมีความหมาย และทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL)
- ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้:
 - น้ำหนักลด
 - มีการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะ
 - แผลกดทับระดับ 3/4
 - มีไขเป็นๆหายๆ
 - รับประทานทางปากลดลง/น้ำหนักลด
 - ปอดบวมจากการอุดสาย

มูลนิธิกาญจนบพิตร Karunruk Palliative Care
Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

Stroke:

- อยู่ในภาวะเป็นผัก (vegetative stage) มีภาวะรู้ตัวน้อยมากหรือมีอัมพาตรุนแรง
- มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ (ปอดบวม ติดเชื้อ)
- ไม่มีการฟื้นตัวในทางที่ดีขึ้นหลังเริ่มมีอาการ 3 เดือน
- มีการรับรู้เสียหาย/Post-stroke dementia

มูลนิธิกาญจนบพิตร Karunruk Palliative Care
Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

การดำเนินโรคของผู้ป่วย PC

นาง ก. อายุ 54 ปี เป็น CA colon มีการกระจายของมะเร็งไปที่ตับ มีตาเหลือง ตัวเหลือง แพทย์แนะนำให้ใส่ stent เพื่อลดอาการตัวเหลือง ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลด

นาง ค. อายุ 81 ปี มี CHF, osteoarthritis มีอาการหลังล้ม มี fracture hip จากการหกล้ม เมื่อ 3 เดือนก่อน เดินไม่ได้ ไซรกรเข็น และต้องมีผู้ดูแลเกือบตลอด

นาย ข. อายุ 76 ปี เป็น DM มี CHF จาก ischemic heart disease หอบเวลาเดิน ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะและยาขยายหลอดเลือดหลายขนาน เขาโรงพยาบาลด้วยอาการ CHF 2 ครั้งในปีที่ผ่านมา

มูลนิธิกาญจนบพิตร Karunruk Palliative Care

The Cure - Care Model

Life Prolonging Care | Palliative/Hospice Care | DEATH

Disease Progression

Disease discovery Curative | Palliative Care | Bereavement care

Palliative approach

Life closure - preparedness | Final hours of life care

From Frank D. Ferris MD, San Diego: EPEC Course

องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative Care

Symptom control

Disease management Psychosocial and spiritual care

มูลนิธิกาญจนบพิตร Karunruk Palliative Care

องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative Care

Symptom control

Disease management Psychosocial and spiritual care

มูลนิธิกาญจนบพิตร Karunruk Palliative Care

หลักการ Symptom Control

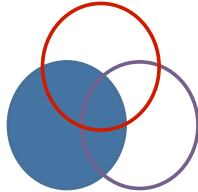


- การประเมินอย่างถี่ถ้วนและถูกต้อง
- การประเมินอย่างต่อเนื่อง
- การทบทวนแผนการรักษาเป็นระยะ




องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative Care

Symptom control




Disease management Psychosocial and spiritual care



Disease Management

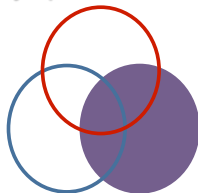
Treat reversible conditions
Symptom management of incurable conditions

<p>Palliative surgery:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debulking surgery • Immobilize fractures • Bowel obstruction: resection, bypass, stents, ostomy • Spinal decompression & stabilization 	<p>Palliative RT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control of bleeding • Relief of obst: SVC, AW • Pain control: bone mets • Shrinkage of tumor mass: brain metastasis <p>Palliative CMT Manage anxiety, depression Emergency management</p>
--	--



องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative Care


Symptom control




Disease management Psychosocial and spiritual care



Suffering = Total Pain




Cicely Saunders, 1967



การดูแลด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ เห็นผู้ป่วยทั้งตัวตน

<p>จิตสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประเมินความต้องการและประสานความช่วยเหลือด้านสังคม • รับฟังปัญหา เป็นเพื่อนคู่คิด 	<p>จิตวิญญาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของชีวิต/ความตาย • การให้มองเห็นคุณค่า • การจัดการสิ่งค้างคาใจ • ความรัก ความเข้าใจ • ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา
--	---



การดูแลครอบครัว

- สอนทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วย
- การดูแลระดับประคองด้านจิตใจ
- การจัดหาบริการทางการแพทย์/การส่งต่อเครือข่าย
- การช่วยเหลือด้านจิตสังคม
- การช่วยแก้ปัญหาข้อขัดแย้งต่างๆในครอบครัว
- Bereavement counseling



การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย



EPEC* 9 Dimensions of Whole Patient Assessment for PC

- องค์ประกอบของการประเมิน ประกอบด้วย
 1. ประวัติการเจ็บป่วย
 2. อาการทางกาย
 3. อาการด้านจิตใจ
 4. ความสามารถในการตัดสินใจ
 5. การได้รับข้อมูล
 6. สภาวะทางสังคม
 7. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 8. ความต้องการความช่วยเหลือดำรงชีพ
 9. การคาดการณ์และเตรียมการกับความตาย



*Education for Physician on EOL Care

1. ประวัติการเจ็บป่วย/การรักษา

เริ่มจากการซักประวัติที่ดี:

- การวินิจฉัยโรคที่เป็นภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย และการรักษาที่เคยได้รับ การดำเนินโรค ระยะโรค แนวทางการรักษา พยากรณ์โรค
- Co-morbid และ การรักษา



2. การประเมินทางกาย

การประเมินอาการและสมรรถนะ

- อาการทางกายอาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น จากโรคหลัก จากการรักษาในปัจจุบันหรือในอดีต หรืออาจจากโรคอื่นหรือโรครวมที่มี
- ปัจจัยด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณอาจมีบทบาทสำคัญต่ออาการทางกาย
- Gold standard คือผู้ป่วยเป็นผู้บอกเอง
- แต่ละอาการ ชั่งลงในรายละเอียด




อาการที่พบบ่อย

- Pain
- Weakness/fatigue
- Breathlessness
- Insomnia
- Weight loss
- Confusion
- Constipation, nausea/vomiting
- Anxiety and depression



ตัวอย่างการประเมินอาการปวด

- ตำแหน่ง:
 - ปวดที่ไหน ร้าวไปที่ไหนหรือไม่?
 - มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร?
 - ปวดมานานเท่าไร?
 - อาการเป็นเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป?
 - เป็นตลอดเวลาหรือเป็นพักๆ?
- ลักษณะการปวด ให้ผู้ป่วยบรรยาย
- ความรุนแรง เจ็บ/มากที่สุด/น้อยสุด ค่าคะแนน?
- อะไรทำให้เป็นมากขึ้นหรือทำให้ดีขึ้น?
- รักษาอย่างไร ผลการรักษา? ดีขึ้นหรือไม่?
- ผลกระทบต่อผู้ป่วย สมรรถนะ กิจกรรม การนอน
- ผู้ป่วยเข้าใจอย่างไร อะไรเป็นสาเหตุ ความหมาย



Edmonton System Assessment System: Numerical Scale

การตรวจประเมินระดับของปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหนักในปัจจุบัน

ไม่ปวด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ปวดมากที่สุด
ไม่เหนื่อย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	เหนื่อยมากที่สุด
ไม่สับสน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	สับสนโดยสมบูรณ์
ไม่รู้สึกหิว	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	หิวมากที่สุด
ไม่รู้สึกหนาว	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	หนาวมากที่สุด
ไม่อาเจียน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	อาเจียนมากที่สุด
ไม่ถ่ายเหลว	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ถ่ายเหลวมากที่สุด
รู้สึกสบายที่สุด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ไม่สบายมากที่สุด
ไม่อาเจียนหรือท้องผูก	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	อาเจียนหรือท้องผูกมากที่สุด
ไม่ปวดศีรษะ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ปวดศีรษะมากที่สุด

ชื่อผู้ป่วย _____ ผู้หามาประเมิน _____
 วันที่ _____ เวลา _____ ผู้ดูแล _____
 ชื่อ _____

การประเมินสมรรถนะ

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏตัวของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	ปกติ	ทุกกิจกรรมและทำงานได้ปกติ ไม่ปรากฏอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	ปกติ	ต้องใช้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่าง โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ลดลง	ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ โรคเริ่มปรากฏให้เห็นชัดเจน	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ลดลง	ไม่สามารถทำงานและรักษาโรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ต้องช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	มุ่งนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้โดยโรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	อ่อนเพลียง เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อ่อนเพลียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อ่อนเพลียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จับไม่ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อ่อนเพลียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปากเท่านั้น	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

Palliative Performance Scale

PPS %	Survival time (days) Mean (95%CI)
10	3 (1,5)
30	20 (16,24)
50	76 (64,88)
60	92 (80,105)
นึ่งนอน >50% ของวัน	

เป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะผู้ป่วยระยะท้าย มีระดับตั้งแต่ 0-100%
วัตถุประสงค์

- สื่อสารให้เห็นสมรรถนะของผู้ป่วยและพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลือ
- ช่วยประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ

Lau, Downing et al. J Pain Symp Manage. 2009.

4. ความสามารถในการตัดสินใจ


5. การสื่อสารขอมูล

ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

- ความสามารถในการตัดสินใจ
- กรณีไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ประเมินความต้องการที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ หรือมีผู้ตัดสินใจแทน
- ประเมินเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ
- การทำ advance care plan และ advance directives และการกำหนดผู้ตัดสินใจแทน


ประเมินการรับรู้ความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยต้องการรับรู้ข้อมูลเพียงใด จะสื่อสารด้วยวิธีใด
- รับรู้ว่าใครมีส่วนร่วมในการรับรู้/ปกปิดข้อมูล



6. ความต้องการด้านสังคม

- ประเมินสภาวะแวดล้อม ครอบครัว
- การงาน
- สภาวะเศรษฐกิจ และปัญหาด้านกฎหมาย
- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล



7. Spiritual Issues

- ประเมินความหมายของการเจ็บป่วย คุณค่าของชีวิต ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย
- เข้าใจอิทธิพลของความเชื่อและศาสนาที่มีต่อชีวิตผู้ป่วย
- การปฏิบัติตน หรือการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ
- การเผชิญกับความเจ็บป่วย และความตาย
- เป้าหมายชีวิต ภาระกิจที่ยังค้างคา



8. Practical Issues

- ประเมินความต้องการด้านการพยาบาลดูแล
- อุปกรณ์สิ่งของที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน
- การดูแลเด็กและผู้พึ่งพิงในครอบครัวผู้ป่วย
- รู้ว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก ประเมินความสามารถในการดูแล ความต้องการของผู้ดูแล



9. Anticipatory Planning for Death

- ประเมินการเตรียมตัวกับการเผชิญการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น
- การเตรียมตัวและการวางแผนกับความตายที่จะมาถึงของผู้ป่วยและครอบครัว



Before I die
I want to ...

