

PALLIATIVE CASE CONFERENCE

ประจำเดือน กรกฎาคม 2566

A 24 -year-old man was diagnosed with NK/T cell lymphoma

He has a large facial wound with severe pain and after chemotherapy , he has severe nausea and vomiting. He said that 'His disease must be cured'.

How to manage his suffering symptoms ?

How to approach palliative care in young adult ?

วันพุธที่ 26 กรกฎาคม 2566 เวลา 12.00 - 13.30 น.

ขอเรียนเชิญผู้ที่สนใจ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ผ่านทาง ZOOM MEETING ID :945 3155 0694 PASSCODE: 1234



PALLIATIVE CASE CONFERENCE

ประจำเดือน กรกฎาคม 2566

Chayanis Yodphet
Natchaya Bualakorn
Prakaipech Kaw-in

Karunruk Palliative Care Center
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

PATIENT IDENTIFICATIONS

- ผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี
- สถานภาพหย่าร้าง
- ภูมิลำเนา อ.ศรีวิไล จ.บึงกาฬ
- สิทธิการรักษา : สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)
- New case IPD consultation from Medicine
- Admission date : 12/6/2566
- Consultation date : 29/6/2566

PATIENT HISTORY

Known case

Lethal midline granuloma



- Presented with right face edema and epistaxis for 1 month
- CT PNS : acute sinusitis with preseptal cellulitis with facial abscess
- S/P endoscopic debridement ที่ รพ.สกลนคร 3 ครั้ง
- S/P endoscopic debridement with nasal endo biopsy (26/4/66) รพ.ศรีนครินทร์
- Patho รพ.สกลนคร :
 - mixed CD3 CD20 positive small lymphoid cell with expression of BCL-2, Ki 67 ; reactive histiocytes
- Patho (26/4/66) :
 - focal squamous metaplasia ddx mucoepidermoid carcinoma

PATIENT HISTORY

Known case

Lethal midline granuloma

- Re-biopsy at skin over tip of nose (29/5/66) พบ Patho : Poorly differentiated carcinoma
- รอยแผลข้อมเพิ่มเติม : Solid or Hematologic malignancy cell



CHIEF COMPLAINT

เหนื่อยเพลีย มา 3 วัน

PRESENT ILLNESS

3 วันก่อนมารพ. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย กินได้น้อย น้ำหนัก
ลด ไม่แน่ใจลดไปเท่าไร มีไข้ต่ำๆ ไม่ทราบว่ามิดังแต่เมื่อใด แผล
บริเวณจมูกมีหนองไม่ทราบปริมาณแน่ชัด ไปทำแผลที่ รพ.ใกล้บ้าน
ไม่มีไอ ไม่มีเสมหะ ไม่มีท้องเสียถ่ายเหลว ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
ไม่มีหนาวสั่น

SOCIAL HISTORY

- **Smoking** : สูบบุหรี่วันละ 5-10 มวน สูบตั้งแต่อายุ 14 ปี เลิกสูบอายุ 22 ปี
- **Alcohol drinking** : ปฏิเสธการดื่มสุรา
- **Amphetamine use** : เคยใช้สารเสพติด (ยาบ้า) ตั้งแต่อายุ 15 ปี ถึงอายุ 22 ปี
(เลิกใช้เนื่องจากถูกจับเข้าเรือนจำจากการเสพและขายยาเสพติด)

PHYSICAL EXAMINATIONS

- GA: a Thai man with well co-operation
- VS: BT 38 C, BP 137/80 mmHg, PR 100/min
- BW 48 kg, Ht 160 cm, BMI 18.75 kg/m²
- HEENT:



- Face : crusting at nose with necrotic tissue at right nasal cavity with purulent nasal discharge and foul smell
- Eyes : swelling right eyelid, no chemosis, full EOM both eye
- LN : impalpable cervical lymph nodes and supraclavicular lymph nodes

PHYSICAL EXAMINATIONS

- Heart: normal S1S2, No murmur
- Lungs: normal breath sound, no adventitious sound
- Abdomen: no distension abdomen, no surgical scar, soft, not tender, liver span 18 cm at RT MCL
- Ext: no pitting edema both legs, capillary refill < 2 sec
- Neuro: grossly intact, alert, E4V5M6

INVESTIGATIONS

12/6/66

- Hb 7.4 g/dl, Hct. 22.6%, WBC 13280/ul, Plt. 240K/ul, NE 79.4%
- BUN 11.5 mg/dL, Cr 0.90 mg/dL, eGFR 119 ml/min/1.73 m²
- Na 128 mmol/L, K 3.7 mmol/L, HCO₃ 21.7 mmol/L, Cl 94 mmol/L, Ca 8.6 mmol/L,
PO₄ 3.4mmol/L, Mg 2.0 mmol/L
- Albumin 3.0 g/dL, TB 0.6 mg/dL, DB 0.3 mg/dL, ALT 137 U/L, AST 121 U/L, ALP 322 U/L
- PT 12.9 INR 1.21 PTT 32.8
- Lactate 8.8 mg/dL

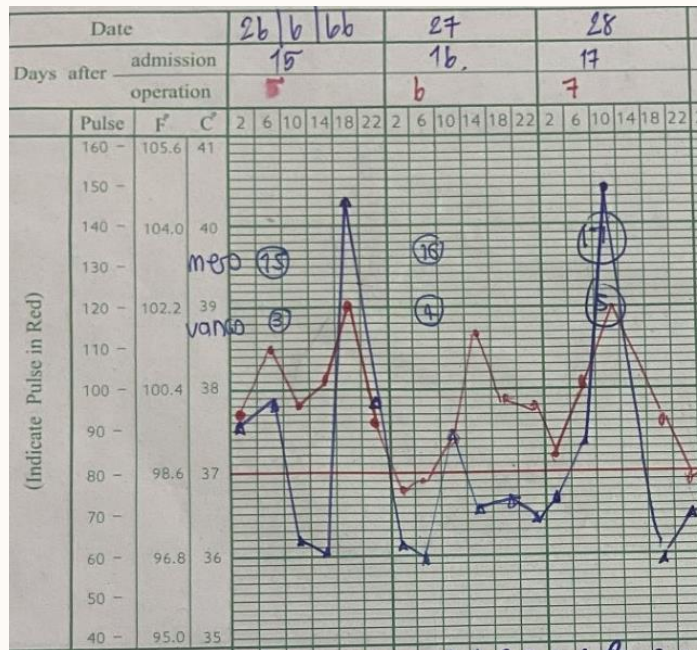
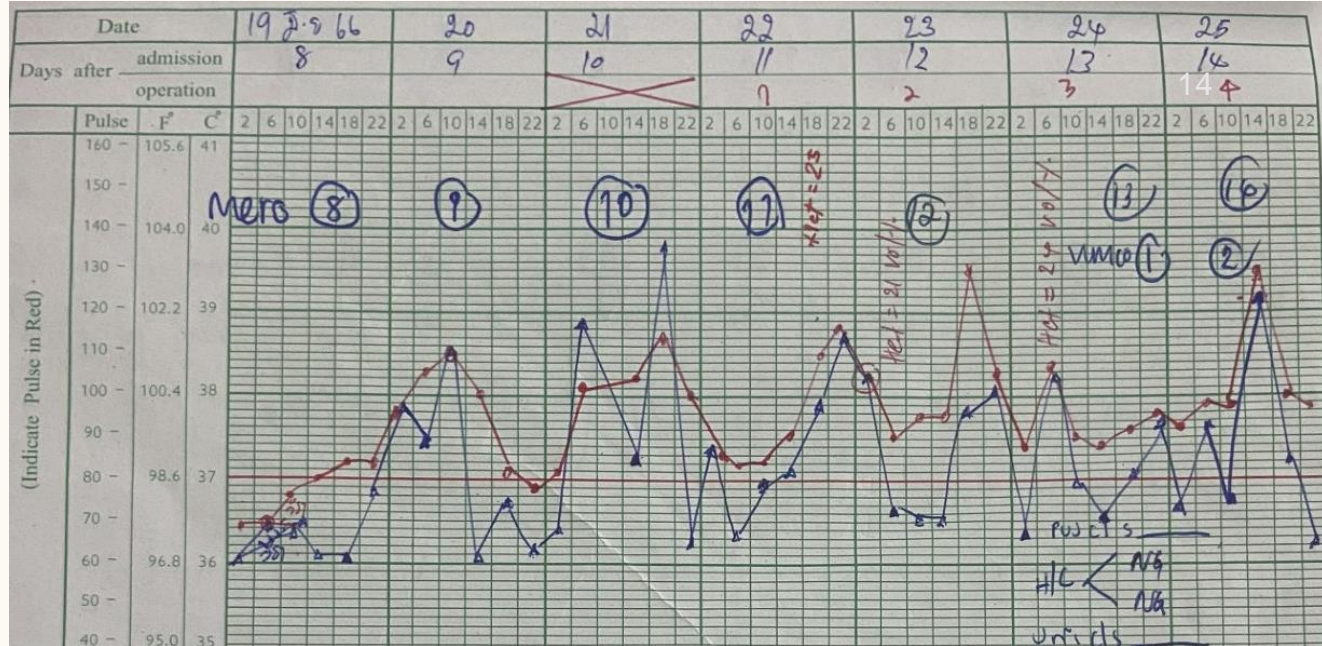
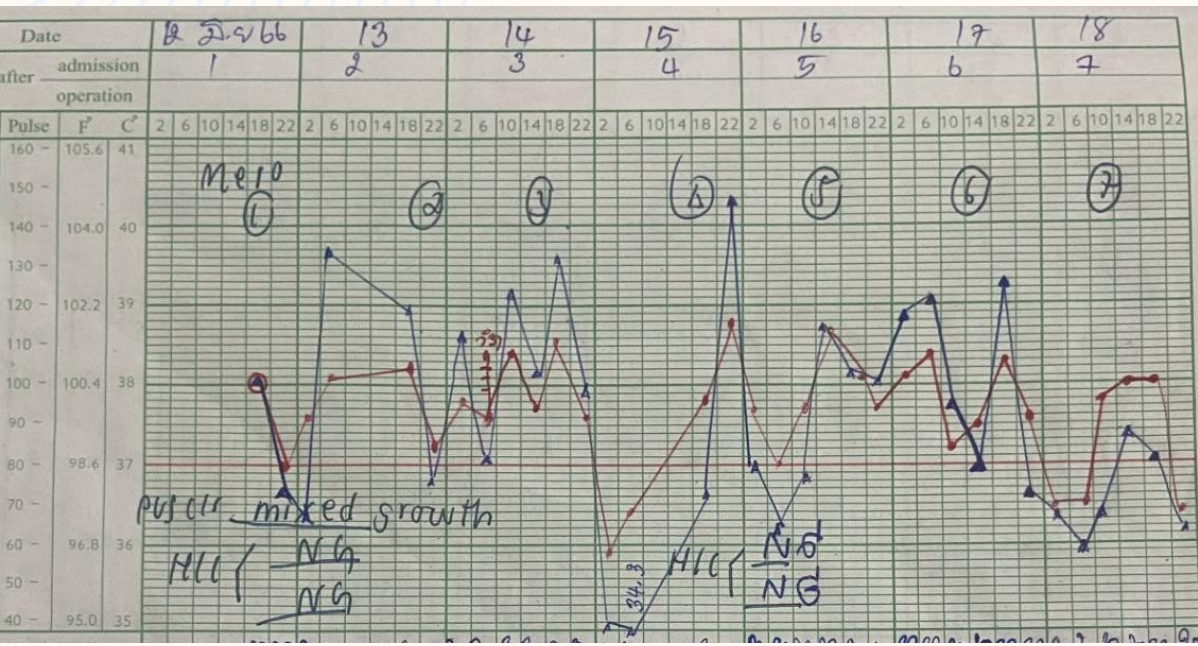
HOSPITAL COURSE

(ก่อน CONSULT PC 29/6/66)

INFECTED SURGICAL WOUND AT FACE

- **Admit 12/6/66** : Meropenem 2 gm iv stat then 1 gm iv q 8 hr
- **13/6/66** : consult ID med > suggest continue meropenem (Empiric ATB: cover polymicrobial (oral flora) + คนไข้มี exposure to tazocin ใน 3 เดือน อาจเป็น risk ESBL) ดู response ที่ 48-72 hr + แนะนำประเมิน complication จาก infected surgical wound เช่น การส่งตรวจ CT PNS
- **12/6/66** : H/C - NG x 2, Rt nasal swab : mixed growth culture
- **24/6/66** : clinical not improve : add Vancomycin 750 mg + NSS 200 ml IV drip in 2 hr q 12 hr + septic work up
- Pus C/S (24/6/66) **MDR pseudomonas** + corynebacterium >> CRE precaution

ID plan pus C/S weekly >> if no growth x 3 ครั้ง >> off contact precaution



Graphic sheet during Admission

PRESEPTAL CELLULITIS

- ผู้ป่วยมีอาการเปลือกตาขวาบวมแดง ลืมตาขวาไม่ขึ้น
- Notify Eye (24/6/66) :
 - PE : marked swelling at right upper + lower eyelid
 - VA : 20/20₋₁ , 20/20
 - RAPD : negative
 - pupil 2mm RTLBE
- Dx : Preseptal cellulitis (ยังไม่ถึงถึง orbital cellulitis)
- Plan : IV ATB

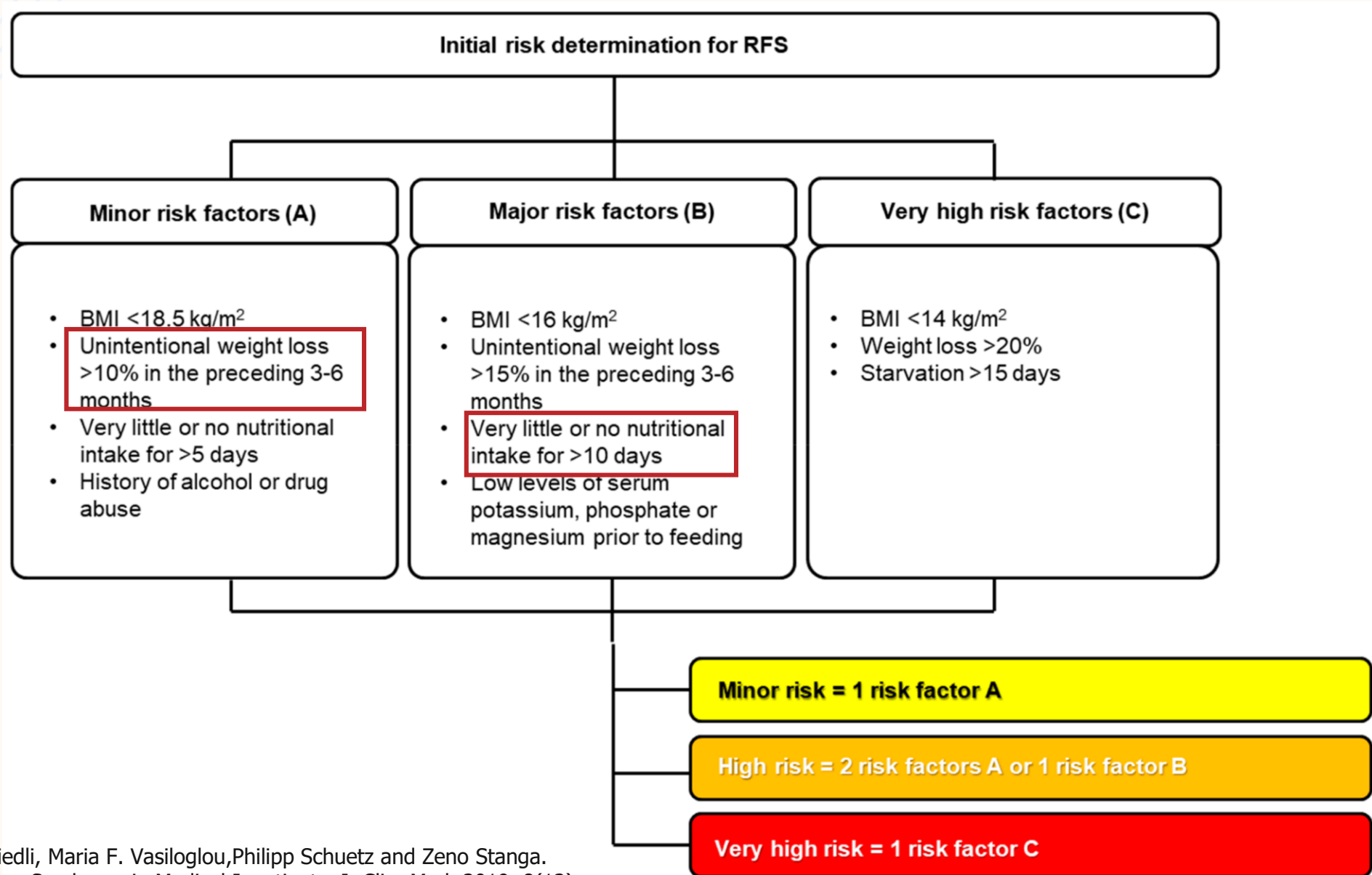
HIGH RISK OF REFEEDING

- มีปัญหา กินได้น้อย 5-6 คำ/มื้อ เนื่องจากกินลำบาก กลัวว่ากลืนแล้วอาหารจะเข้าไปในโพรง
- Nutritional assessment
 - 26/4/66 BW 55 kg
 - 19/5/66 BW 50 kg
 - 12/6/66 BW 48 kg, Ht 160 cm BMI 18.75 kg/m²
- Consult Nutrition : risk of refeeding -> high risk
 - น้ำหนักลด 12% in 2 mo. (>10%)
 - กินอาหารได้น้อยมาก >10 days
- Nutrition suggest :
 - เปลี่ยน diet เป็นนมทางการแพทย์ + ให้ผู้ป่วยซื้ออาหารมารับประทานเพิ่ม (คุยกับผู้ป่วยแล้ว accept)
 - oncepro(1:1) 250x 4 feed (TP1000 kcal/day, TP50g/day)
 - add Thiamine 100 mg IV q 8 hr 3-7 day, BCO, Folic, MTV
 - F/U lab refeeding syndrome

} น้ำหนักลด 12% ใน 2 เดือน

ขณะนี้ผู้ป่วยทานได้ดี ไม่มีภาวะ refeeding syndrome

Risk stratification for RFS





CURRENT MEDICATION

- Meropenem 1 gm iv q 8 hr
- Vancomycin 750 mg + NSS 200 ml iv drip in 2 hr q 8 hr
- Vitamin D (20,000) 1 cap oral weekly
- Vitamin B complex 1 tab oral tid
- Folic acid(5) 1 tab oral OD
- Simethicone 1 tab chewing TID
- Senokot(7.5) 2 tab oral hs
- Domperidone(10) 1 tab oral tid ac
- Morphine 3 mg iv prn q 4 hr

CONSULT PALLIATIVE CARE

CLINICAL SUMMARY : Known case midline lethal granuloma
1st present with massive epistaxis + necrotic
mass at (R) NC w/ patho signa poorly diff.
neoplasm, vascular IHC lesion progressive
marked w/ hyper + atrophic defect
Disease progress noticeable.

PROVISIONAL DIAGNOSIS : R/O NK T cell lymphoma.

PLEASE REPORT REGARDING Evaluation & proper mx.
regarding advance care plan discussion.

29/6/66



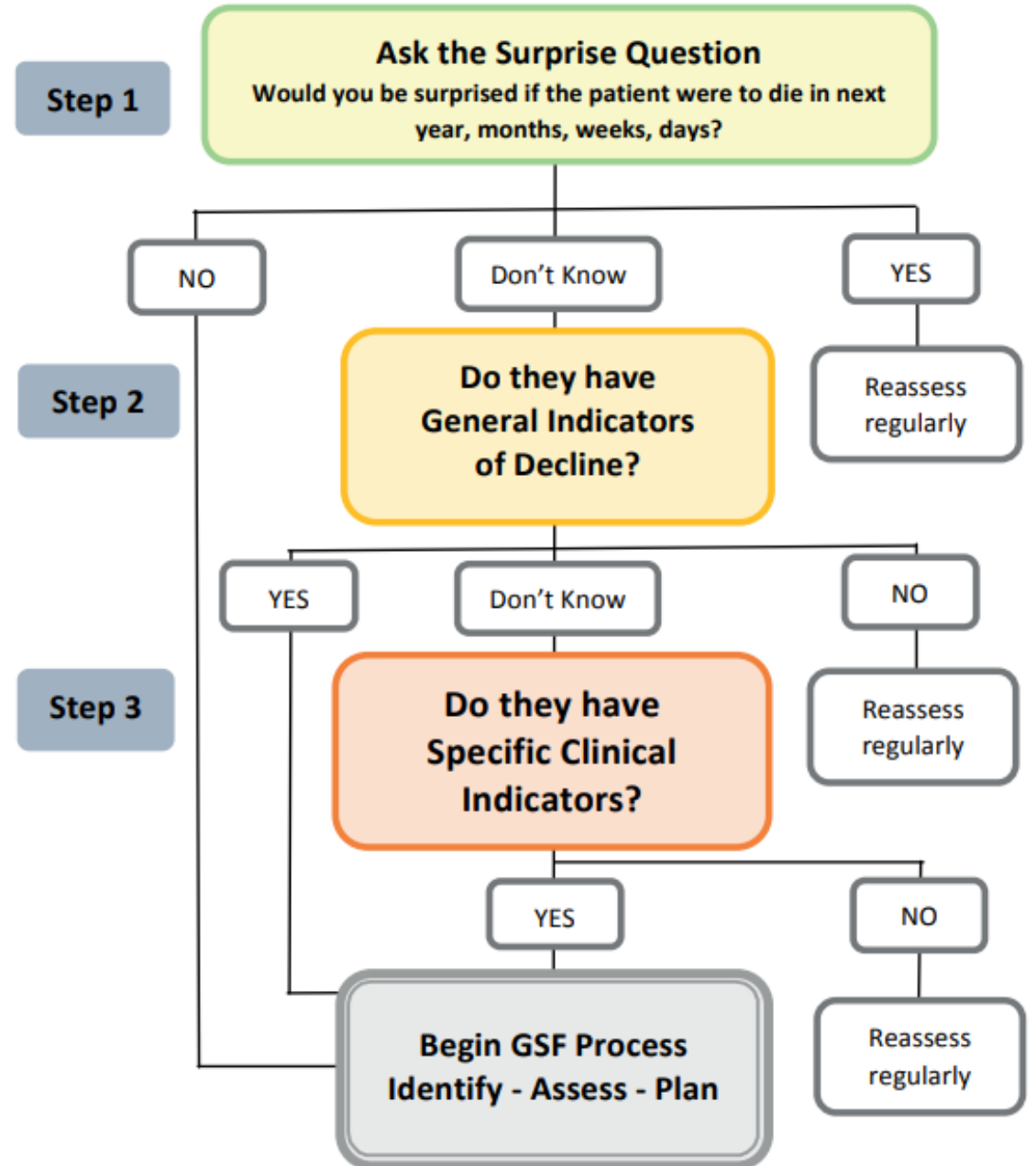
**ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้ควรเข้าสู่แผนการ
ดูแลรักษาแบบประคับประคองหรือไม่ ?**

WHAT IS PALLIATIVE CARE ?



WHO : Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families **who are facing problems associated with life-threatening illness**. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual.

Proactive Identification Guidance – GSF PIG Flow-chart



SURPRISE QUESTION

Would you be surprised if the patient were to die in the next year, months, weeks, days?

Don't know

GENERAL INDICATORS

- General physical decline, increasing dependence and need for support
- Repeated unplanned hospital admissions or acute crises at home
- Advanced disease - unstable, deteriorating, complex symptom burden
- Presence of significant multi-morbidities
- Decreasing activity – functional performance status declining (e.g., Barthel or Karnofsky Performance score, Rockwood) limited self-care, in bed or chair 50% of day and increasing dependence in activities of daily living
- Decreasing response to treatments, decreasing reversibility
- Patient choice for no further active treatment, focus on quality of life
- Progressive weight loss (>10%) in past six months
- Sentinel Event e.g., serious fall, carer distress, bereavement, transfer to nursing home, etc
- Serum albumin <25g/l
- Considered eligible for DS1500 payment

SPECIFIC CLINICAL INDICATOR

SPICT

Cancer

Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control.

Functional ability is deteriorating due to progressive cancer.

PIG

1. Cancer

- Deteriorating performance status and functional ability due to metastatic cancer, multi-morbidities or not amenable to treatment – if spending more than 50% of time in bed/lying down, prognosis estimated in months.
- Persistent symptoms despite optimal palliative oncology. More specific prognostic predictors for cancer are available, e.g. PPS.

Palliative care in Cancer patient : Specific criteria

One or more of the following :

1. อาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled symptoms)
2. ความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง (Moderate-to-severe distress related to cancer diagnosis and/or cancer therapy)
3. มีการคาดการณ์ (พยากรณ์) จะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน (ECOG ≥ 3 หรือ KPS ≤ 50 หรือ PPS ≤ 50)
4. มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง (Metastatic solid tumor)
5. ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการ/ร้องขอ การดูแลแบบประคับประคอง (เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่)

List disease of Palliative care and Functional unit

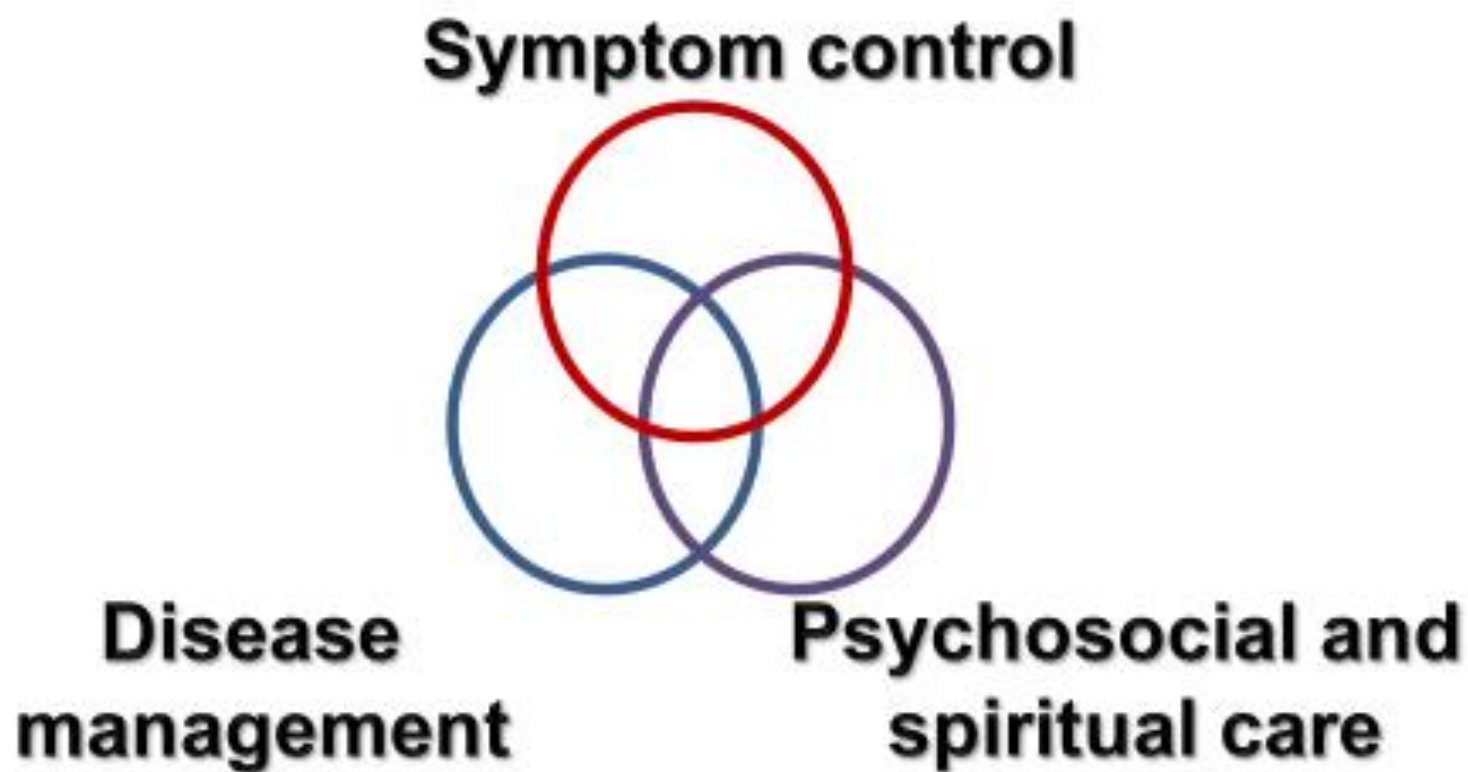
- อากาศ พัฒนเรืองไล. List disease of Palliative care and Functional unit. ม.ป.ท.: 2559.
- Thomas K. et al. Prognostic Indicator Guidance, 7th Edition. The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC, 2022
- Supportive and Palliative Care Indicators Tool. SPICT-LISTM [homepage on the Internet]. Edinburgh: The University of Edinburgh; 2022 [cited 2023 July 20]. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/>

The background features a dark grey field with several overlapping geometric shapes: a light blue quarter-circle in the top left, a light green quarter-circle in the bottom left, and a light pink triangle in the bottom right. A series of white concentric circles is positioned in the upper left corner, partially overlapping the green and blue shapes.

**HOW WOULD PALLIATIVE CARE
TEAM ASSESS AND MANAGEMENT
THIS PATIENT ?**

องค์ประกอบสำคัญของ Palliative Care

27



ADOLESCENT AND YOUNG ADULT (AYA)

- Transition period between childhood and adult hood : 15 – 29 years old
- Normal adolescent developmental milestones :

Pubertal development Higher cognitive abilities

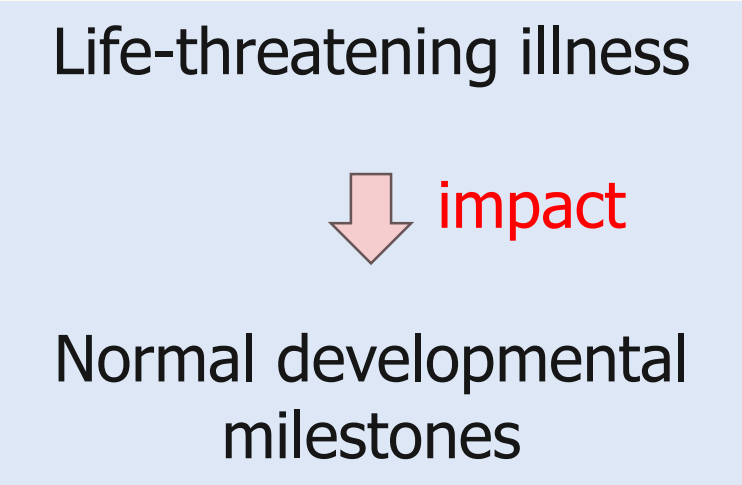
Sense of identity Independent

Peer relationship

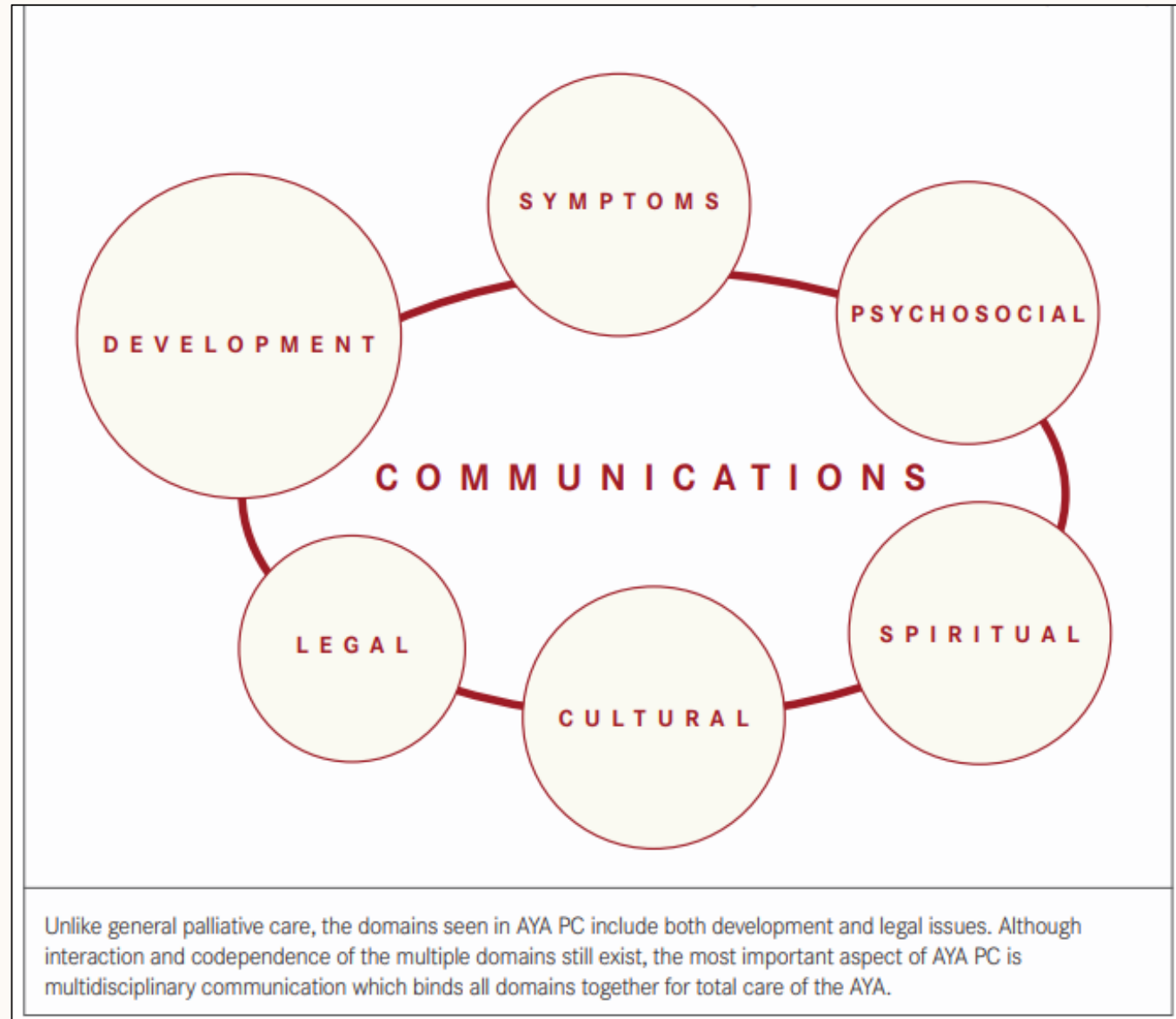
- Normal Adulthood milestones :

Enduring relationship Identity in worldview

Decrease in risky behaviors Training and education for an occupation



PALLIATIVE CARE IN ADOLESCENT AND YOUNG ADULT



- The interaction of physical symptoms, psychological, developmental, spiritual and culture are common → worsen the degree of suffering experienced
- Spiritual assessment in this population :

Spiritual : mind + body + sense of wholeness & wellbeing

Aware the lost of self/ future dream/ goal

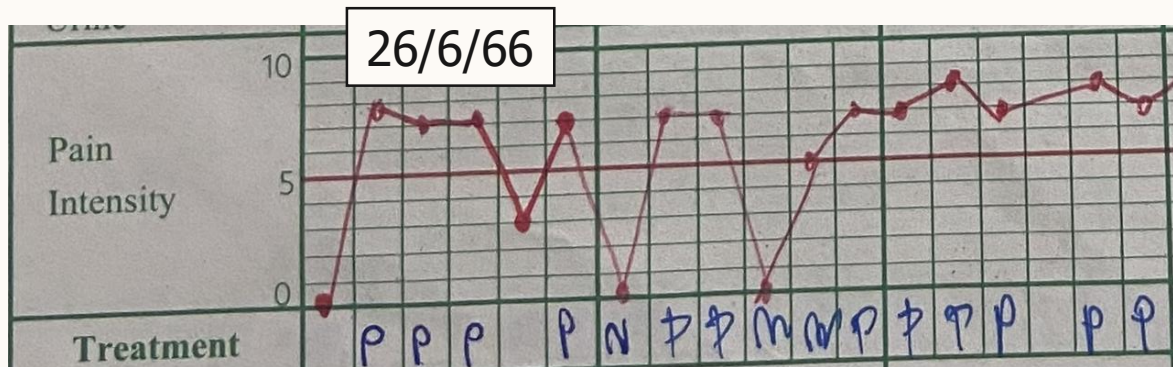
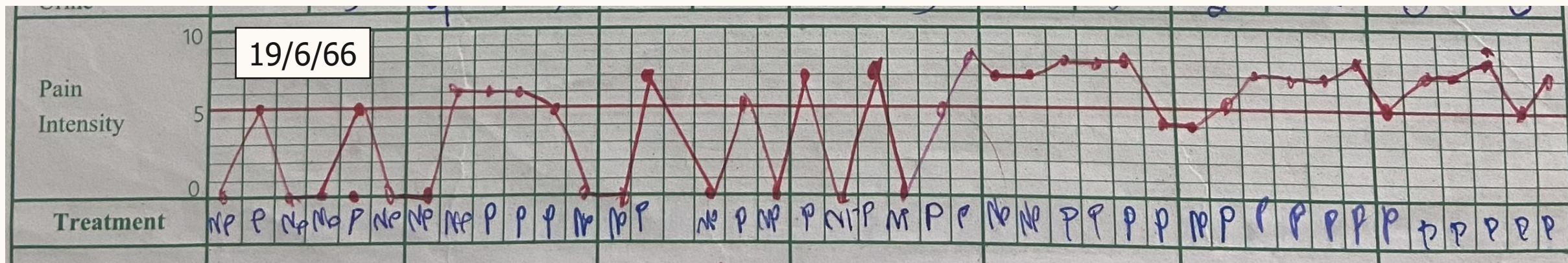
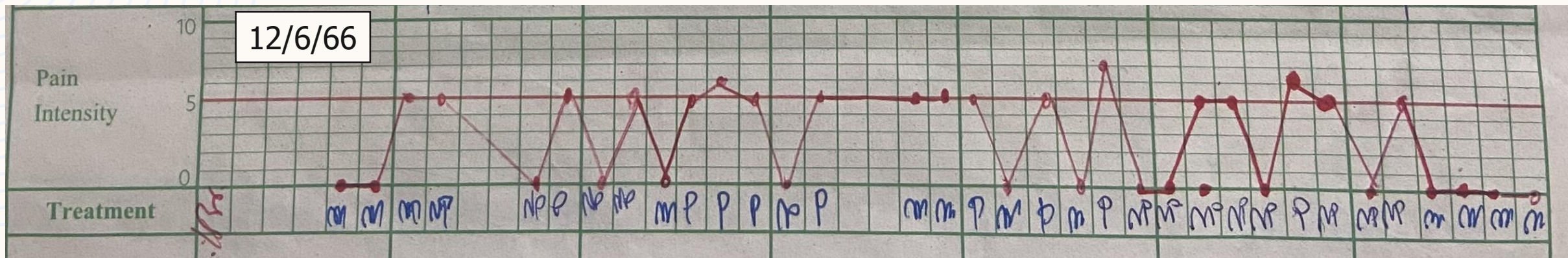
PC ATTENDING

29/6/66

Assess medical condition and PC symptoms

- PPS 60%
- Disease : รอผลส่งตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติม

Symptom	Cause	Management
Pain (Mixed pain) 7/10	<ul style="list-style-type: none">• Infected wound• Large facial wound (destructive wound)	<ul style="list-style-type: none">• IV Antibiotic• Start opioid• Proper wound management
Fatigue 6/10	<ul style="list-style-type: none">• Poor intake• Cachexia• Sepsis• Anemia• Hyponatremia	<ul style="list-style-type: none">• Nutritional support• Psychosocial support• Blood transfusion• IV hydration



Pain Intensity

TIMELINE

- PC :
- Off Morphine เดิม
 - MST(10) 1 tab oral q 8 hr (MEDD 30)
 - MOIR (10) 0.5 tab oral prn for BTP q 2 hr
 - Morphine 3 mg iv 10 min ก่อนทำแผล
 - Lactulose 30 ml oral prn hs

- Ward :
- Add morphine 3 mg iv q 4 hr

- Ward (เวร): 19.00
- ผู้ป่วย PS 10/10
 - Add Morphine 2 mg IV prn for BTP q 2 hr

- PC visit
- ผู้ป่วยมีอาการง่วงมากขึ้น ปลุกตื่นแต่ช้ากว่าปกติ
 - มีอาการปวดแสบร้อนที่ใบหน้า ร่วมกับเริ่มมี **อาการกระตุกทั้งตัว เป็นมา 2 วัน**



29/6/66

30/6/66 (ศุกร์)

1/7/66 (เสาร์)

3/7/66

PC VISIT 3/7/66

- ขณะมาประเมินผู้ป่วยตื่นตอบคำถามได้ เล่าว่าหลังฉีดยาไม่คอยลดปวด มีอาการ
แสบร้อนที่ใบหน้า **ร่วมกับเริ่มมีอาการกระตุกทั้งตัว เป็นมา 2 วัน** และไม่ถ่ายอุจจาระ
มา 8 วัน
- Sedation score = 2 , RR 14-16/min, O2 saturation 100%

current med

- MST(10) 1 tab po q 8 hr
 - Morphine 3 mg iv q 4 hr
- } **MEDD 84 mg**
- ผู้ป่วยไม่ขอกิน MO IR เพิ่มเนื่องจากบอกว่าทานแล้วไม่หายปวด
 - ได้ตั้งแต่วันที่ 1-3/7/66 แต่วันนี้ข้ามยารอบเวลา 6.00 และ 10.00 เนื่องจาก ward
ประเมินว่าผู้ป่วยดูง่วงมากขึ้น ปลุกตื่นแต่ช้ากว่าปกติ

The background features a dark olive green field. On the left, there is a vertical strip of light green containing a series of white concentric circles. A light blue quarter-circle is positioned in the top-left corner. A pink triangle is located in the bottom-left corner. The text is centered in the dark olive green area.

WHAT IS YOUR DIAGNOSIS?

**HOW WOULD YOU MANAGE
IN THIS SITUATION ?**

OPIOID SIDE EFFECTS

- All opioid have potential for side effect
- Most common side effects : constipation, nausea, sedation
- Side effect may be limited by
 - Using appropriate dose
 - Using with adjuvant analgesics (if indicated)
 - Using some medication to prevent/ manage expected side effect

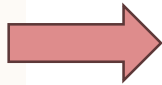
Table 44.1 *Opioid side-effects*

Gastrointestinal

- Nausea
- Constipation

Central nervous system

- Sedation
- Opioid induced neurotoxicity
 - *severe sedation*
 - *delirium*
 - *hallucinations*
 - *myoclonus and seizures*
 - *hyperalgesia and allodynia*



Cutaneous

- Pruritis
- Sweating

Respiratory/Cardiac

- Respiratory depression
- Non-cardiogenic pulmonary edema

Autonomic

- Dry mouth
- Urinary retention

Endocrine

- Hypogonadism
- Hypopituitarism

Immune

OPIOID-INDUCED NEUROTOXICITY

- May be indistinguishable from disease progression or inadequate analgesic control
- Onset of OIN related to opioid initiation/ dose increase/ psychoactive medications/ drugs that may impair renal function.
- Examination : signs of infection, dehydration, jerking movements, cognitive function
- Blood : exclude for infection, renal failure, or hypercalcemia

Table 44.4 *Risk factors for opioid induced neurotoxicity*

- Large doses of opioids
 - Extended period of treatment with opioids
 - Rapid opioid dose escalation
 - Dehydration
 - Renal failure
 - Underlying delirium or dementia
 - Infection
 - Concomitant use of other psychoactive drugs
(e.g. benzodiazepines)
 - Older age
-

OPIOID INDUCED NEUROTOXICITY : MANAGEMENT

- Correct reversible factors
- Adequate hydration
- Opioid rotation/ Opioid reduction may be considered if patient reports no pain
- Use of adjuvant analgesics
- Discontinuation psychoactive/ sedating medications.
- Symptomatic treatment
- Reassurance and explanation



TIMELINE

PC :

- Off Morphine เดิม
- Morphine 2 mg iv q 4 hr (decrease ~50%) (MEDD 36)
- Morphine 2 mg iv prn for BTP q 2 hr
- Gabapentin (300) 1 tab oral hs
- Hydration : NSS IV 80 ml/hr
- Constipation : unison enema RS stat

3/7/66

Pathology :

Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type, EBV +

Consult hematologist

4/7/66

PC : ผู้ป่วยตื่นดี sedation score 0
อาการกระดูกลดลง ยังมีปวดแสบบริเวณ
ใบหน้า ไม่ได้ขอยาเพิ่ม ถ้ายอจจาระได้
Plan : continue Hydration + Morphine

PC :

อาการปวดลดลง PS 5/10 (เด่น
Neuropathic pain) ไม่ได้ขอยาเพิ่ม แขน
ขากระดูกเล็กน้อยนานๆครั้ง sedation
score 0

- Step : Gabapentin (300) 1 tab oral
เช้า,hs

5/7/66

TIMELINE

PC : 16.00

ปวดเพิ่มขึ้น ปวดบริเวณใบหน้าโดยเฉพาะใบหน้าด้านซ้ายและกระพุ้งแก้มขวา
ลักษณะเป็น mixed pain PS8/10 หลังได้ MO 2 mg iv q 4 hr > PS 6/10
กลับมาปวดมากอีกครั้งหลังฉีดไปประมาณ 2-3 ชั่วโมง ไม่ได้ยาเพิ่มระหว่างวัน
เนื่องจากวอร์ตรอนฉีดรอบ around the clock ไม่มีกระตุก ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง/วัน
Sedation score = 0

Mx : off morphine เดิม

- Morphine (1:1) 0.7 ml/hr (17 mg/day) (increase 40%)
- Morphine 2 mg iv prn q 2 hr
- Step Gabapentin(300) 1tab เข้า 2 tab ก่อนนอน

PC :

ผู้ป่วยตื่นดี sedation score = 0 มีคลื่นไส้อาเจียน
หลังเริ่มได้ยาเคมีบำบัด กินยาได้ไม่ครบทุกเม็ด
เนื่องจากมีอาการอาเจียน ขณะนี้อการปวดลดลง
PS 3/10

MX : continue Morphine(1:1) iv rate 0.5 ml/hr

9/7/66

8/7/66
(เสาร์)

10/7/66

Ward (เวร) : 19.00

- ผู้ป่วยหลับลึก ปลุกตื่นยาก
RR 10-12 ครั้ง/min แพทย์เวร
กังวลจึงขอ hold Morphine
- ยังไม่ได้ทาน gabapentin

PC : 12.30

ผู้ป่วยตื่นดี พุดคุยรู้เรื่อง กินได้ ไม่มีง่วงซึม
Sedation score = 0 มีอาการปวดบริเวณหน้า เป็นปวด
ตึบๆบริเวณแผล และปวดร้าวแปลบๆทั่วใบหน้า PS 6/10

Mx : restart Morphine(1:1) iv rate 0.5 ml/hr
(เป็นขนาดเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ)

Start chemotherapy

DIAGNOSIS IN THIS CASE...

- Review Pathology : Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type
EBV-positive

Investigation :

Stage IV

- CT SCAN OF NECK, BRAIN AND PNS 5/7/66 :
Multiple cervical pathological lymph nodes
- CT Chest 5/7/66 :
lymphomatous involvement cannot be totally excluded
- CT whole abdomen 5/7/66
Hepatomegaly and heterogenous attenuation of liver parenchyma
without focal lesion; small infiltrative liver nodule cannot be excluded
- Bone marrow involvement

Treatment plan : Chemotherapy SMILE regimen → 2-3 cycles if response : total 6 cycles

EXTRANODAL NK/T CELL LYMPHOMA, NASAL TYPE

- Rare and aggressive peripheral T-cell lymphoma
- Associated with Epstein-Barr virus
- Extranodal lymphomas develop outside of the lymph nodes and can be found in body tissues
- Classic presentation involves a palatal perforation

NK/T CELL LYMPHOMA

Table 1 Ann Arbor classification.

Stage I

Involvement of a single lymph-node region

IE: Involvement of a single extranodal organ or site

Stage II

Involvement of two or more lymph-node regions or lymphatic structures on the same side of the diaphragm

IIIE: localized extranodal extension with one or more lymph-node regions on the same side of the diaphragm

Stage III

Involvement of lymph-node regions on both sides of the diaphragm

IIIS: with spleen involvement

IIIE: with localized extranodal extension

Stage IV

Diffuse or disseminated involvement of one or more extranodal regions (liver, lung, bone marrow, bone) with or without nodular involvement

PROGNOSTICATION

Survival by Histologic type and the IPI

Diagnosis	%	5-Year OS		5-Year FFS		
		IPI 0/1	IPI 4/5	%	IPI 0/1	IPI 4/5
PTCL-NOS	32	50	11	20	33	6
Angioimmunoblastic	32	56	25	18	34	16
Nasal NKTCCL	42	57	0	29	53	0
Extranasal NKTCCL	9	17	20	6	21	20
ATLL	14	28	7	12	26	0
ALCL, ALK+	70	90	33	60	80	25
ALCL, ALK-	49	74	13	36	62	13
Enteropathy-type	20	29	14	4	7	14
Primary cutaneous ALCL	90	100	NA	55	62	NA
Hepatosplenic	7	0	0	0	0	0
Subcutaneous panniculitis-like	64	60	0	24	30	0

Abbreviations: IPI, International Prognostic Index; OS, overall survival; FFS, failure-free survival; PTCL, peripheral T-cell lymphoma; NOS, not otherwise specified; NKTCCL, natural killer/T-cell lymphoma; ATLL, adult T-cell leukemia/lymphoma; ALCL, anaplastic large-cell lymphoma; NA, not applicable.

PROGNOSTICATION

A prognostic index for natural killer cell lymphoma after non-anthracycline-based treatment: a multicentre, retrospective analysis

Seok Jin Kim, Dak Hyun Yoon, Arnaud Jaccard, Wee Joo Chng, Soon Thye Lim, Huangming Hong, Yong Park, Kian Meng Chang, Yoshinabu Maeda, Fumihiko Ishida, Dong-Yeop Shin, Jin Seok Kim, Seong Hyun Jeong, Deok-Hwan Yang, Jae-Cheol Jo, Gyeong-Won Lee, Chul Won Choi, Won-Sik Lee, Tsai-Yun Chen, Kiyeun Kim, Sin-Ho Jung, Tahrū Murayama, Yasuhiro Oki, Ranjana Advani, Francesco d'Amore, Norbert Schmitz, Cheolwon Suh, Ritsuro Suzuki, Yok Lam Kwong, Tong-Yu Lin, Won Seog Kim

- Factor associated associated with overall survival (OS) and progression-free survival (PFS) :
 - (1) age older than 60 years
 - (2) stage III or IV disease
 - (3) distant lymph node involvement
 - (4) non–nasal type disease
 - (5) Epstein-Barr virus DNA

3-year OS rates (PINK-E)

- Low-risk (no - one risk factors) → 81%
- intermediate-risk (two risk factor) → 55%
- high-risk (three or more risk factors) → 28%

PROGNOSTICATION

Study by Therapy Type	Design	Treatment	Country	Population	ORR (%), CR (%) OS (%)		PFS (%)	Toxicity (grades 3-5)
Chemotherapy alone								
SMILE ¹⁹ (n = 87)	Phase II	SMILE × 6	China	43 AD, newly diagnosed	81, 60	50 (5 year)	64 (4-year DFS)	67% neutropenia
				44 rel/ref	66, 52	31% infections Grade 5 infection (n = 5)		
SMILE (n = 38) ²⁰	Phase II	SMILE × 6	Japan	Newly diagnosed stage IV	79, 45	55 (1 year)	19 had SCT	92% grade 4 neutropenia 61% grade 3-4 infection

SMILE : dexamethasone, methotrexate, ifosfamide, L-asparaginase, and etoposide

8/7/66 start CMT
SMILE regimen C1

BW 48 kg Ht 160 cm BSA 1.46 m² PS (ECOG) 2 Dose level 100% (except methotrexate 75% Etoposide 100% cycles 1

Date	Order	Date	Order
8/7/66 16:00	<p>SMILE regimen for NK T-cell Lymphoma</p> <p>Pretreatment Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> CBC, UA Bun/Cr, Uric acid Electrolytes, Ca, PO₄, Mg LFT, LDH <p>Hydration 150</p> <p>5/D/W 1,000 cc + 7.5% NaHCO₃ 50 cc IV rate 100 cc/hrขวด</p> <p>or 5/D/W 2 1,000 cc rateขวด IV * on day 0: 07/07/66</p> <p>** start hydration 8 hours before chemotherapy and continue hydration until complete dose of chemotherapy date (..... 07/07/66.....)</p> <p>check urine pH, Sp. Gr ก่อนเริ่ม methotrexate iv. (keep urine pH > 6.5, Sp. Gr. < 1012) - ไม้ให้ chemotherapy เส้นเดียวกับ NaHCO₃</p> <p>Premedication</p> <p>- Ondansetron 8 mg IV. ก่อนให้ chemotherapy 30 min then prn for nausea, vomiting q 8 hr.</p> <p>Chemotherapy 1095 (dose 75-1)</p> <p>Methotrexatemg (1000-3000 mg/m²) in 5% D/W 1000 ml (พอฟ้ากันแสง) IV drip 100 ml/hr x 2 hr then 800 ml IV drip in 22 hr on Day 1 Date..... 08/07/66.....</p> <p>Etoposide 73 mg (100 mg/m²) (dose 50%) in NSS 500 cc IV infusion in 3 hr on Day 2-4 Date .. 09/07/66 to .. 11/07/66 ..</p> <p>Ifosfamide 2190 mg (1500 mg/m²) (dose 100%) in D5W 200 cc iv. drip in 2 hrs. Day 2-4 Date .. 09/07/66 to .. 11/07/66 ..</p> <p>Mesna 438 mg (300 mg/m²) (dose 100%) in 0.9% NSS 100 cc IV drip in 1 hrs. at 0,4,8 hr after start dose of Ifosfamide Day 2-4 Date .. 09/07/66 to .. 11/07/66 ..</p> <p>- L-asparaginase dilute with NSS to concentration 2 u/0.2 ml then 0.2 ml ID bolus (dose 100%) Observe 1 hr. if no allergic reaction give L-asparaginase .. 7500 unit (6,000 u/m²/day) + 0.9% NSS 100 ml IV drip over 60 min. Day 8-14 date .. 15/07/66 to .. 21/07/66 ..</p>	8/7/66 10:00	<p>Record :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vital sign q 4 hrs. I/O <p>Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> Regular diet Oral fluid intake > 2 L/day <p>Activity</p> <ul style="list-style-type: none"> Normal activity <p>Medications</p> <p>- Leucovorin Sig. 50 mg iv. q 6 hrs เริ่มหลังครบ methotrexate 12 hr</p> <p>** blood for methotrexate level OD หลังได้ Leucovorin ครบ 8 doses</p> <p>Dexamethasone 10 mg IV q 6 hr Day 2-4 Date 09/07/66 to 11/07/66</p> <p>- G-CSF 300 mcg (5 mcg/kg/dose) sc OD day 6-12 13-19/07/66</p> <p>- Sodamint sig 4 tabs po. tid pc</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>1. หยุด Leucovorin เมื่อ MTX level < 0.1 uM/L</p>

PC VISIT 12/7/66

- ผู้ป่วยตื่นดี sedation score = 0 ยังมีอาการปวด PS 5/10 ได้ยาฉีดเพิ่ม 2 ครั้ง/วัน (Morphine 2 mg IV) หลังได้เคมีบำบัดผู้ป่วยเริ่มมีอาการอาเจียน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนตลอดเวลา มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเวลาเห็นขวด IV ไม่สามารถทานอาหาร/ ยาเม็ดได้ (ไม่ได้ทาน Gabapentin) ร่วมกับมีอาการสะอึก
- PE : A Thai man with good conscious and well co-operation

HEENT : mild dry lip, no sunken eyeball

Abd : soft , not tender

CNS : no neuro deficit

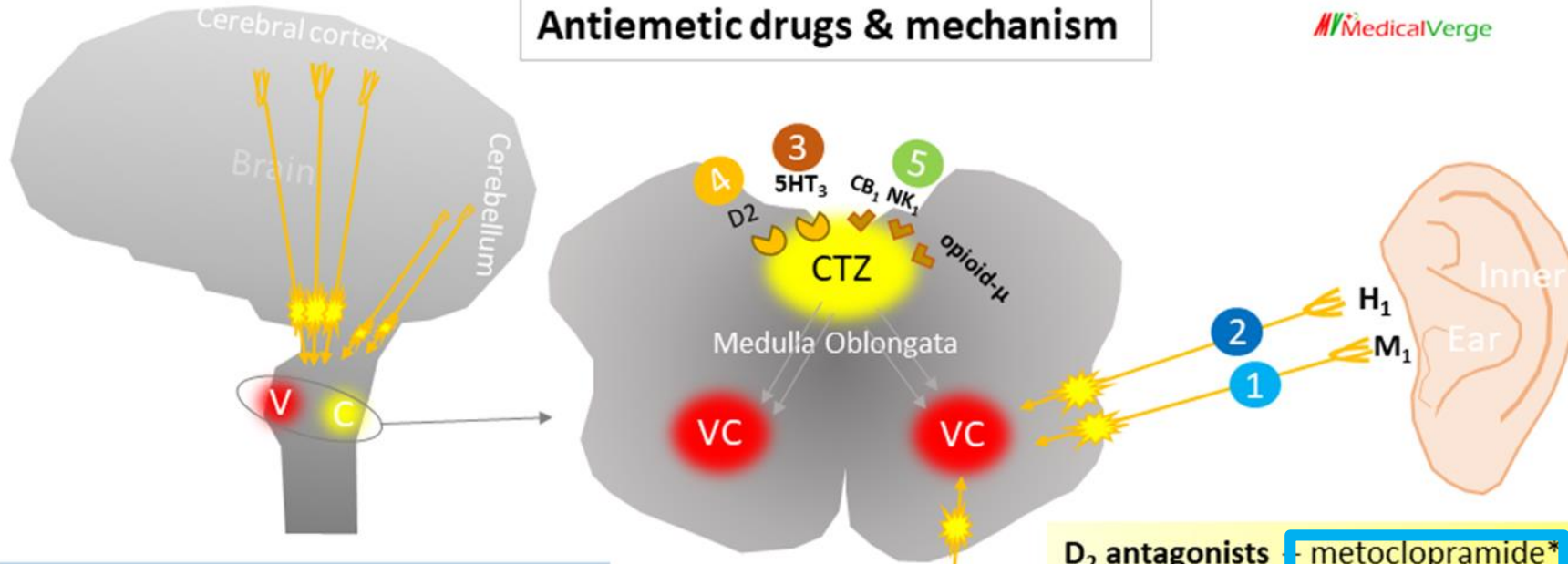
Current medication :

- Ondansetron 8 mg IV q 8 hr
- Metoclopramide 10 mg IV prn q 8 hr
- Dimenhydrinate 50 mg IV prn q 6 hr
- Dexamethasone 10 mg iv q 6 hr (9-11/7/66)
- Morphine(1:1) IV 0.5 ml/hr
- Morphine 2 mg IV prn for BTP q 2 hr
- Lactulose 30 ml oral hs

The background features a dark blue field on the right side, which contains the text. On the left side, there is a vertical strip of light green with a pattern of white concentric circles. Below this strip, there are diagonal sections of light pink and light red. A light blue curved shape is positioned at the top left, overlapping the dark blue area.

**HOW WOULD YOU MANAGE
HIS NAUSEA AND
VOMITTING?**

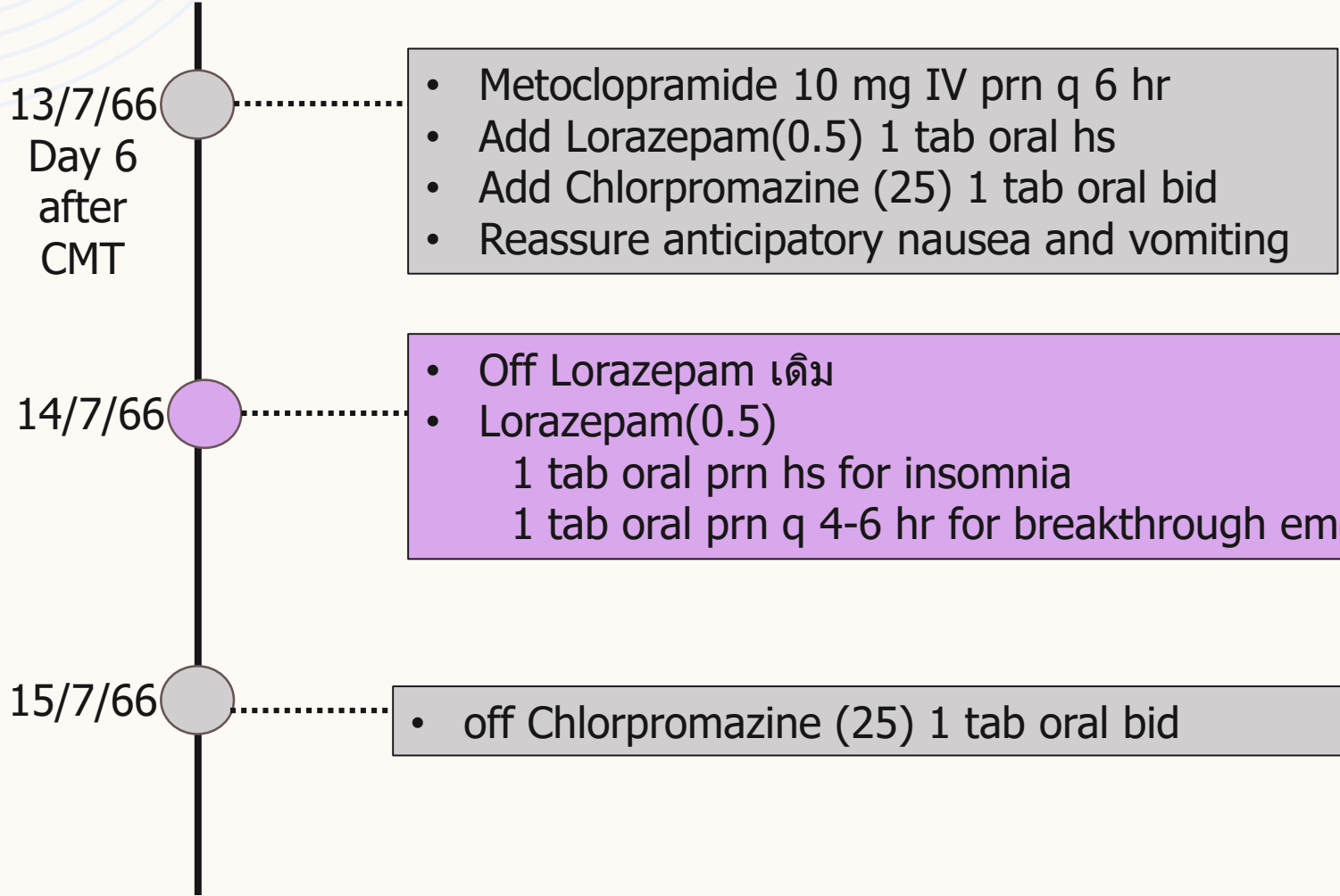
Antiemetic drugs & mechanism



- Anticholinergics** – hyoscine (scopolamine)
 1 dicyclomine
- H₁ Antihistamines** – promethazine
 2 doxylamine
 cinnarizine
 meclizine
 diphenhydramine
 dimenhydrinate
- 5HT₃ antagonists** – ondansetron
 3 granisetron
 alosetron
 dolasetron
 palonosetron

- D₂ antagonists** 4 metoclopramide*
 domperidone*
 haloperidol
 chlorpromazine
- NK₁ antagonists** 5 – aprepitant
 fosaprepitant
- Prokinetic drugs**
5HT₄ agonists 6 – cisapride
 mosapride
 levosulpride
 prucalpride
 metoclopramide*
 domperidone*
- Motilin agonist** – erythromycin

TIMELINE



PROGRESSION

Pain

18/7/66 : Morphine (1:1) IV 0.5 ml/hr

Gabapentin (300) 1 tab oral hs

Morphine 2 mg IV prn q 2 hr



Methadone (5) 0.5 tab oral bid

MOIR(10) 0.5 tab oral prn for BTP q 2 hr

MORPHINE TO METHADONE CONVERSION

- Initiate at low doses individualized based on the indication for treatment and prior opioid exposure status
- Titrate doses slowly
- Monitor patients for sedation

Chou, Roger, et al. "Methadone Safety: A Clinical Practice Guideline from the American Pain Society and College on Problems of Drug Dependence, in Collaboration with the Heart Rhythm Society." *The Journal of Pain*, vol. 15, no.4, 2014, pp. 321–337.

Ayonrinde method (Ayonrinde & Bridge, 2000) (32)	MEDD (mg/d)	<100	100–300	300–600	600–800	800–1000	>1000
	MED : methadone ratio	3 : 1	5 : 1	10 : 1	12 : 1	15 : 1	20 : 1

Abrupt discontinuation of first-line opioid. Administration of calculated methadone dosage in three identical doses at 8-h intervals.

- Morphine = 12 mg IV/day
= 36 mg PO/day
 - Use ration 3:1 = Methadone 12 mg/day
 - ๓๑ dose 50% = Methadone 6 mg/d
- > Methadone(5) 0.5 tab po q 12 hr

18/7/2023 16:28:29

SRINAGARIN HOSPITAL (001)
Faculty of Medicine, KKU (00100)
SnMC-OPD (05)

Rate 75 Sinus rhythm.....normal P axis, V-rate 60- 99

PR 159

QRSD 77

QTc 421

--AXIS--

P 85

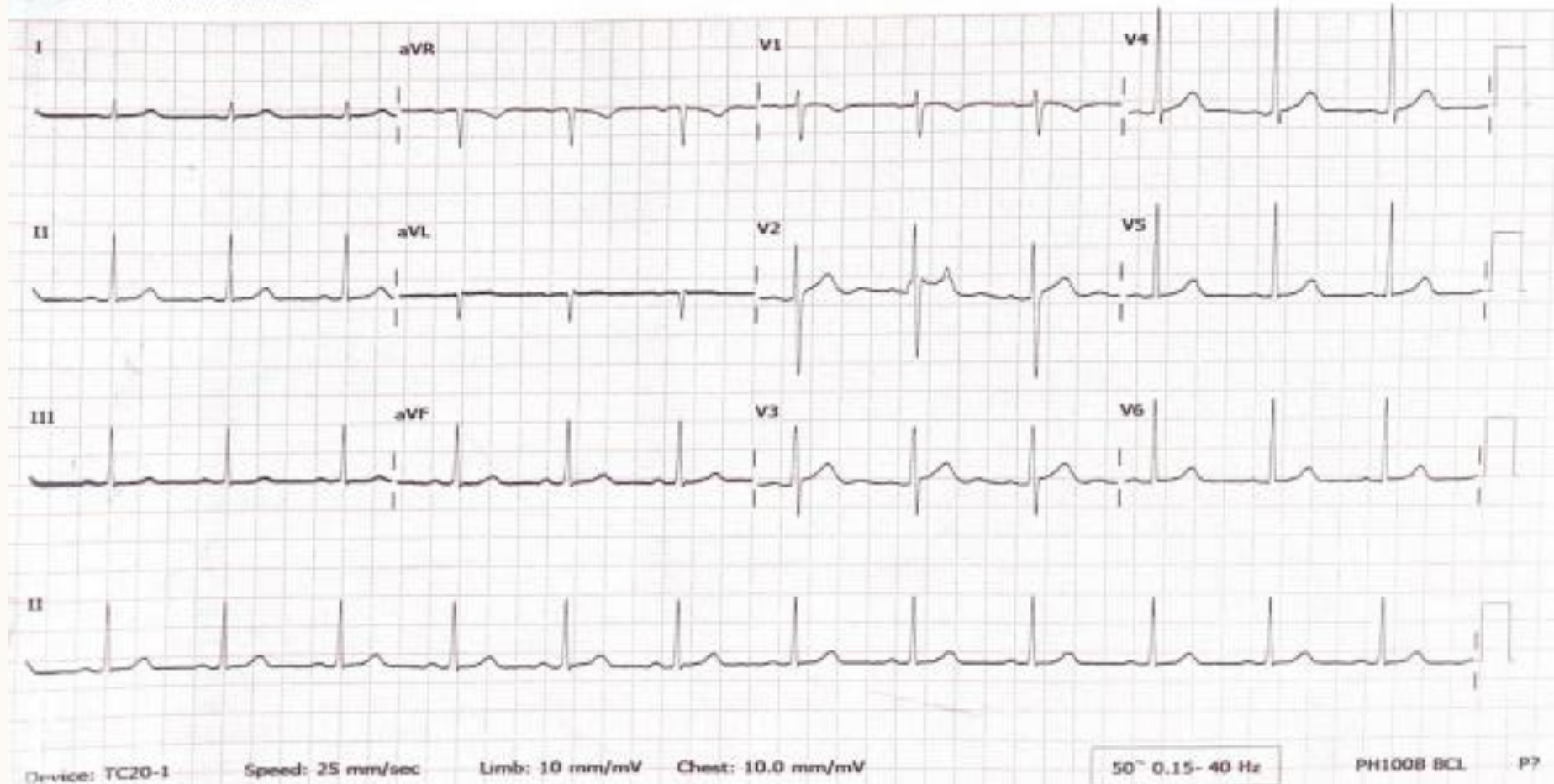
QRS 80

T 56

12 Lead; Standard Placement

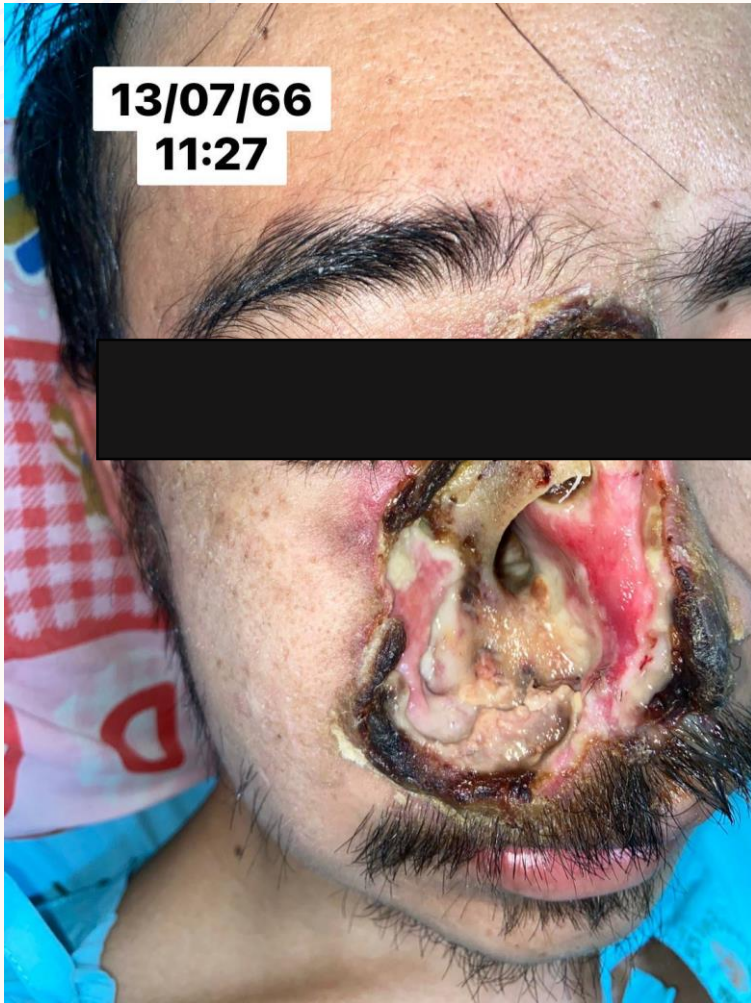
- NORMAL ECG -

Unconfirmed Diagnosis



EKG 12 LEAD

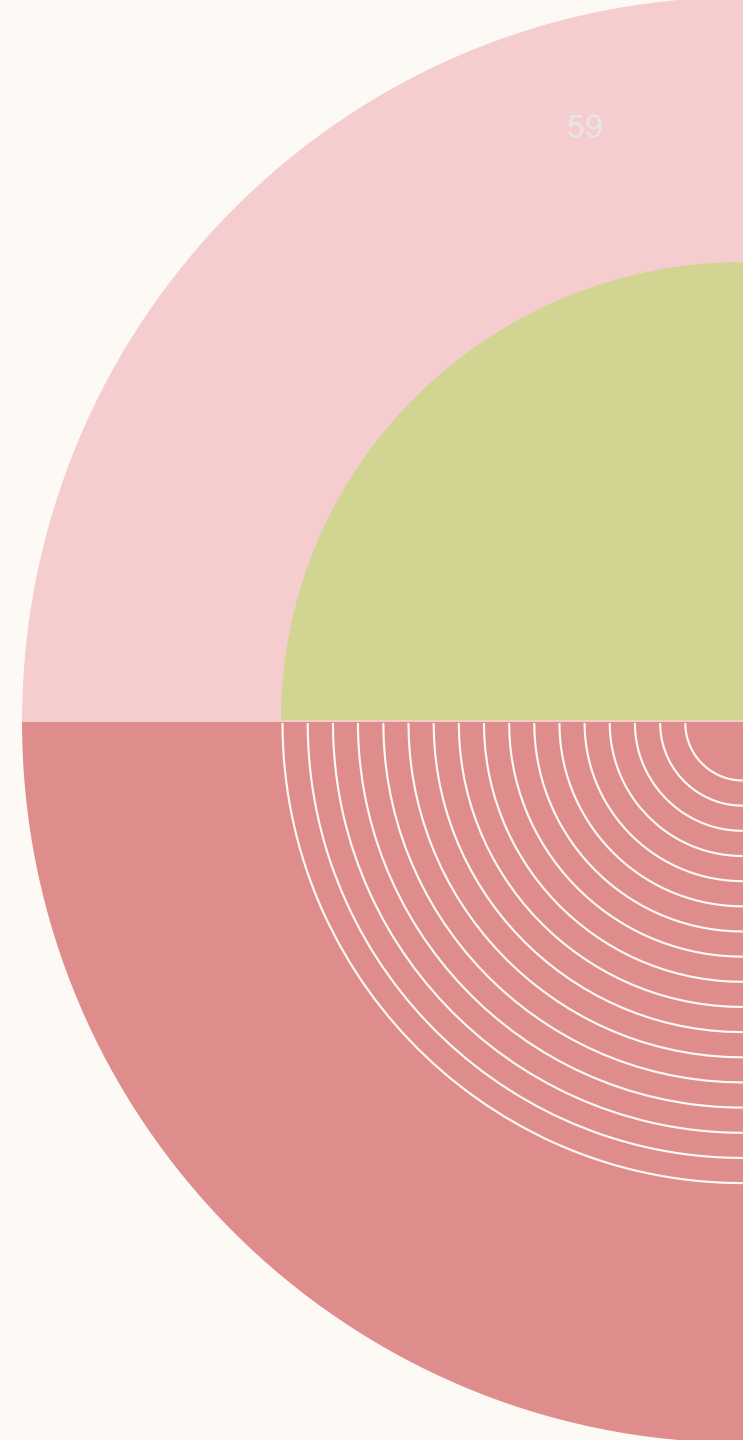
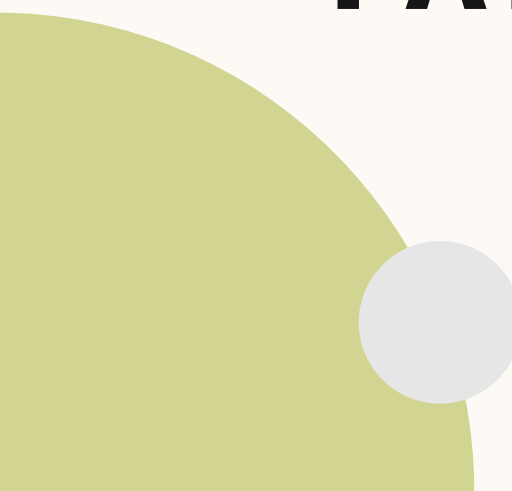
WOUND CARE



ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในการบันทึกภาพและเผยแพร่เพื่อการศึกษา

- Destruction wound
- ENT Management for wound care :
 1. Morphine 2 mg IV ก่อนทำแผล 10 นาที
 2. ใช้ NSS ชุบ gauze เช็ด debride ตาม raw surface (ไม่ต้องเช็ดในโพรงจมูก ระวัง NSS ไหลเข้าโพรงจมูกและเกิดการสำลัก)
 3. ใช้ Bactigras หรือ vaseline gauze วางคลุม raw surface ของ soft tissue และ bone
 4. นำ gauze เปียก (ชุบ NSS) วางบน bactigras
 5. Gauze แห้งปิดทับด้านบน

HOW TO ASSESS PSYCHOSOCIAL AND SUPPORTIVE PATIENT AND FAMILY ?

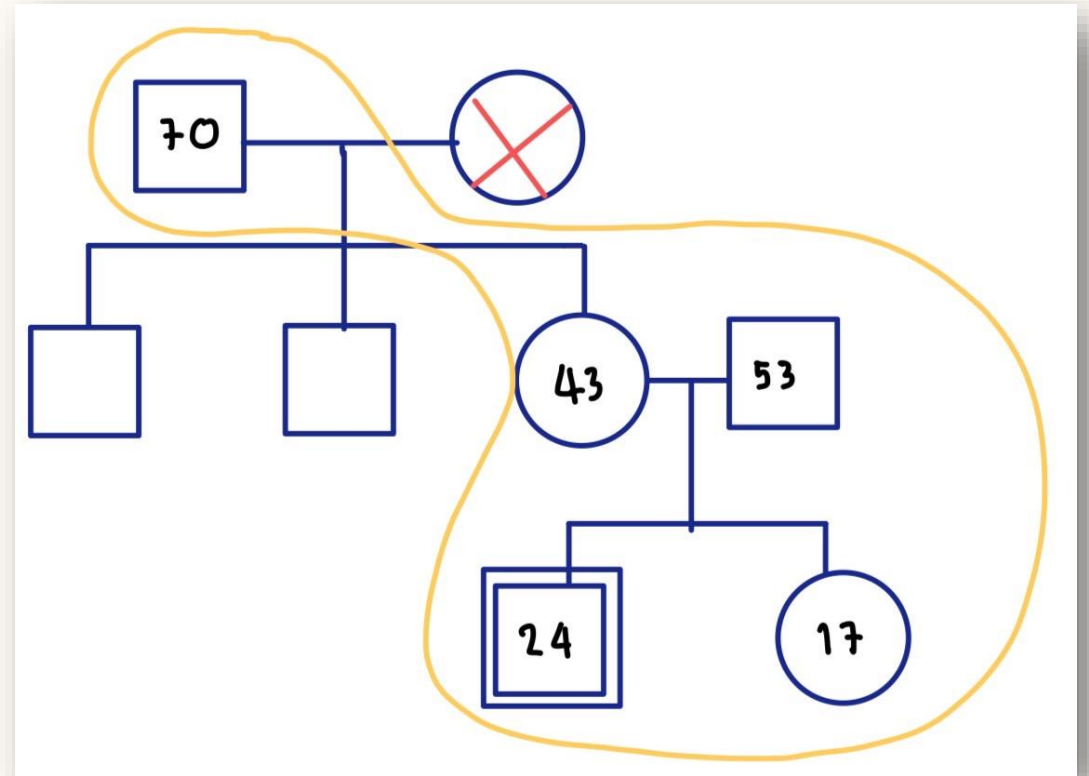




PSYCHOSOCIAL

ข้อมูลด้านครอบครัว

- ผู้ป่วยชาย 24 ปี
- ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มี พ่อ อายุ 53 ปี แม่ อายุ 43 ปี น้องสาว 17 ปี และ คุณตา อายุ 70 ปี อาศัยอยู่ด้วยกัน 5 คน
- ลักษณะนิสัยของพ่อและแม่ขณะเลี้ยงดูผู้ป่วย คือ ให้อิสระในการเติบโต เพียงแค่คอยสนับสนุนอยู่ห่างๆ
- ผู้ป่วยมีลักษณะนิสัยที่ไม่ค่อยพูดหรือบอกเล่าเรื่องราวของตนเองให้กับสมาชิกในครอบครัวฟัง แต่สามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกทุกคนได้



ข้อมูลตามช่วงวัย



ช่วงวัยเด็กผู้ป่วยเติบโตมาจากการเลี้ยงดูของคุณตาและคุณยาย เนื่องจากคุณพ่อและคุณแม่ทำงานอยู่ที่ กทม.

ช่วงอายุ 15 ปี ได้เดินทางไปทำงานเป็น รมภ. ที่ กทม. ทำได้ไม่นานก็เดินทางกลับมาอยู่บ้าน เริ่มมีพฤติกรรมเที่ยวกลางคืน เริ่มมีภรรยาคนที่ 1 มีบุตรด้วยกัน 1 คน แต่ปัจจุบันเลิกรักกันแล้วก่อนที่จะมีภรรยาอีก 3 คนถัดมาตามวัยผู้ป่วยเริ่มทดลองใช้สารเสพติดและเริ่มเข้าสู่กระบวนการค้ายาเสพติด

เข้าสู่วัยรุ่น เริ่มเข้าเรียนชั้นมัธยมศึกษา เรียนถึงชั้น ม.2 แต่ต้องถูกไล่ออกเนื่องจากมีเรื่องทะเลาะวิวาทและถูกคุณตาดูว่าและไล่ออกจากบ้าน / คุณพ่อและคุณแม่ไม่ทราบเหตุการณ์ในช่วงวัยนี้

ผู้ป่วยถูกจับดำเนินคดีและอยู่ในเรือนจำ หลังจากออกมาไม่นานก็ทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งและต้องเข้าสู่ระบบการรักษาถึงปัจจุบัน

หลังจากตัดสินใจออกจากบ้าน ช่วงอายุ 14 ปี ได้ออกไปรับจ้างซ่อมรถอยู่กับเพื่อน เริ่มมีรายได้ครั้งแรกวันละ 100 บาท รู้สึกดีใจมาก

ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล มีพ่อเป็นผู้ดูแลและเฝ้าเป็นหลัก ส่วนแม่และน้องสาวมาเยี่ยมบ้างบางครั้ง โดยมีญาติฝ่ายพ่อเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน

ข้อมูลด้านการเงิน

- รายได้หลักมาจาก การทำงานของพ่อ และแม่
 - แม่ ทำงานโรงงานยางพารา รายได้วันละ 350 บาท (ทำงานทุกวัน)
 - พ่อ ทำงานรับจ้างวางท่อ รายได้วันละ 500 บาท
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของตา จำนวน 700 บาท
- ครอบครัวได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวน 2 ใบ
- ครอบครัวมีที่ดินเพื่อใช้ทำนา จำนวน 6 ไร่ และที่ดินในการสร้างบ้านประมาณ 1+ ไร่
- หนี้สินที่มี คือ ธกส. จำนวน 200,000 บาท
- ผู้ที่ให้การช่วยเหลือด้านการเงินได้จะเป็นญาติพี่น้องฝ่ายพ่อสามารถบริหารจัดการด้านการเงินได้ แต่หลังจากวันที่ 16/7/2566 เป็นต้นมา ญาติไม่สามารถช่วยเหลือด้านการเงินได้ แม่จึงเป็นผู้หารายได้หลักและยืมเพื่อนบ้านเพื่อนำเงินมาให้พ่อใช้จ่ายขณะที่อยู่โรงพยาบาล

ข้อมูลด้านการดูแล/ผู้ให้การช่วยเหลือ/เครือข่าย

- พ่อเป็นผู้ดูแลหลัก โดยวางแผนไว้ว่าหากผู้ป่วยรักษาหายดีแล้วและสามารถกลับบ้านได้ จะมีคุณตาวัย 70 ปีเป็นผู้ช่วยดูแล พ่อจะกลับไปทำงานเหมือนเดิม โดยมีช่วงเวลาที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย คือ ก่อนพ่อออกไปทำงานจะดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ก่อน และเวลา 7.00 น. พ่อจะออกไปทำงาน กลับบ้านเวลา 17.30 น. กลับมาพ่อจะทำงานบ้าน ทำกับข้าวและดูแลผู้ป่วย เมื่อถึงเวลา 20.00 น. พ่อจะเดินทางไปรับแม่และกลับมาทานอาหารร่วมกัน ส่วนในช่วงที่พ่อไปทำงานจะมีคุณตาเป็นผู้ดูแล
- ส่วนเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่บ้านข้างเคียงมีสัมพันธ์ภาพกันดีและยังไม่เคยเกิดเหตุฉุกเฉินที่ต้องร้องขอความช่วยเหลือจึงไม่ทราบว่าหากมีเหตุฉุกเฉินเพื่อนบ้านจะสามารถเข้ามาช่วยได้หรือไม่
- เครือข่ายชุมชน รับทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในชุมชนแต่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือใด ๆ



**หากท่านได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้
ท่านวางแผนจะดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร?**



**ในฐานะที่เราเป็นทีม PC
เราจะจัดการสถานการณ์นี้อย่างไร?**

Suffering

- **Definitions** suffering as physical, emotional, spiritual or anguish (ความปวดร้าว), pain, distress (Wright, 2005)

- **Source of suffering**

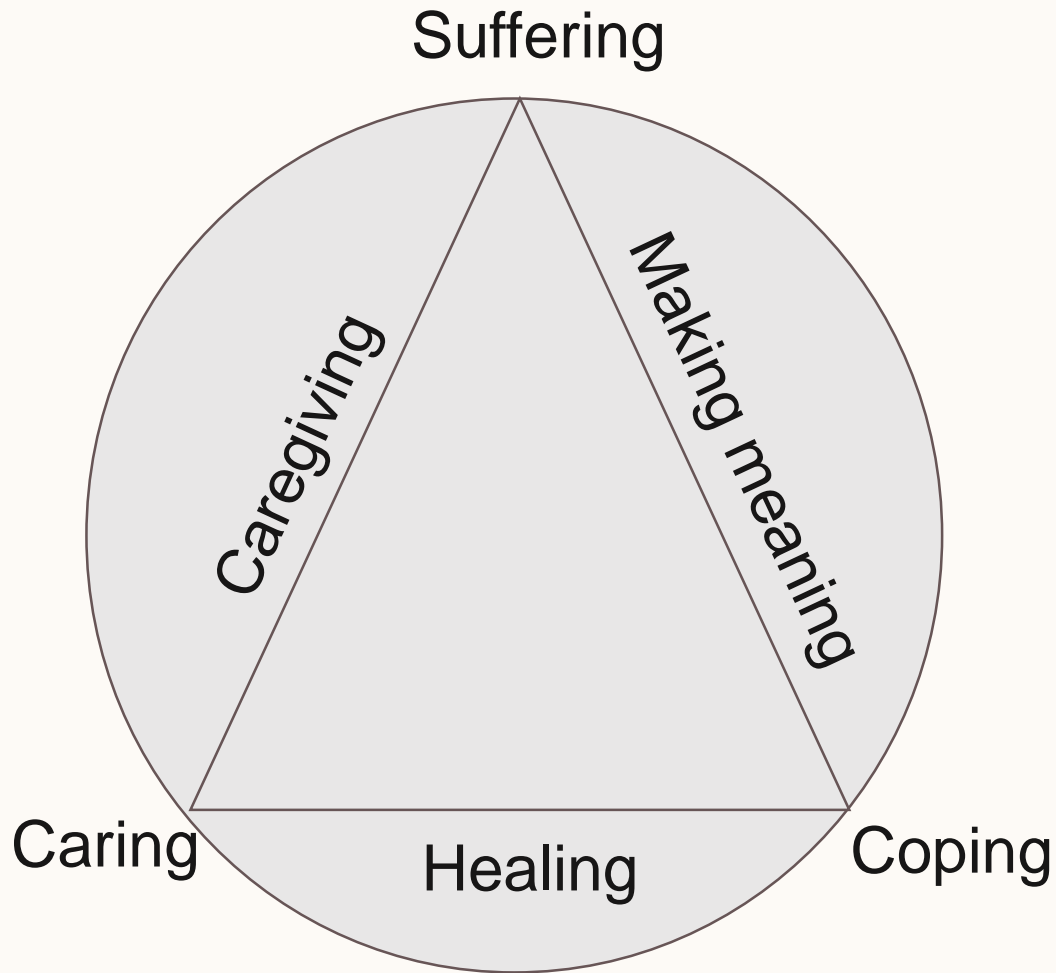
- **Physical source:** pain etc, function decline, functional limitations, treatment

- **Sociocultural source:** depression, isolation, abandoned, poverty, low education, neglect, homelessness, violence and abuse

- **Psychological source:** loss, guilt, fear, anxiety, trust

- **Spiritual source:** religion, hopelessness, punish, suffer in silence (sexual, illicit drug use)

Process of Suffering



Source: Kahn D.L. and Steeves, R. H. (1996). An understanding of suffering grounded in clinical practice and research (pp. 3-27). In B.R. Ferrell (Ed.) Suffering. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

- **Caregiving** is relationship between caring & suffering >> “**interpersonal process**” include **efforts** made by others to relieve person’s suffering
- Caregiving use **therapeutic communication** based on **respect, genuineness, empathy, trust**
- **Engaged** in the interpersonal process of **making meaning**
- Dynamic interaction between individual’s ability to cope and effort of others provide care individual
- Processes are successful. Patient’s **suffering is balanced by healing**

Psychosocial assessment

บุคลิกภาพภายนอก

เงียบ ไม่พูด มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นน้อย
พ่อบอกว่าเป็นคนก้าวร้าว เกเรมาก เรียนไม่ดี บอก
ไม่ฟังความ

บุคลิกภาพภายใน

เข้ากับคนง่าย มนุษย์สัมพันธ์ดี ฉลาด เปิดเผย บอก
ความรู้สึกของตัวเอง

การรับรู้โรค

เป็นมะเร็งโพรงจมูกระยะที่ 3 ไม่ทราบแผนการ
รักษา เข้าใจว่าโรคมะเร็งเป็นโรครุนแรง รักษาไม่
หาย

ความหวัง/ความคาดหวัง

ต้องรักษาหายและดีขึ้น คาดหวังว่าจะได้ฟังข่าวดี
กับแพทย์เจ้าของไข้หลังเข้า tumor conference

แจ้งโรคและแผนการรักษา

Patho: T cell lymphoma hematologist plan
curative treatment start CMT ทีมแจ้งโรคเป็น
มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รักษาได้ ผู้ป่วยยกมือแสดงว่า
สู้ “โคตรดีใจ” และหัวเราะเสียงดัง

เป้าหมายและแผนการรักษา

เป้าหมายตรงกัน

ผู้ป่วยที่มี Hope
ทีมจะมีวิธีการรับมืออย่างไร?

Psychosocial assessment

แจ้งโรคและแผนการรักษา

Patho: T cell lymphoma hematologist plan curative treatment start CMT ทีมแจ้งโรคเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รักษาได้ ผู้ป่วยยกมือแสดงว่าสู้ “โคตรดีใจ” และหัวเราะเสียงดัง

เป้าหมายและแผนการรักษา

เป้าหมายตรงกัน

สถานะที่ยอมรับไม่ได้

สมรรถนะถดถอย ติดเตียง

เป้าหมายในชีวิต

อยากหาย เพื่อได้บวชให้พ่อแม่ภูมิใจ ไม่อยากให้พ่อเป็นห่วง อยากแก้ไขอดีตและทำตัวใหม่ให้ดีขึ้น ไม่เคยบอกความใจเพราะอยากทำให้ได้ก่อน ไม่อยากพูดไปก่อน

สิ่งที่อยากที่สุด

การฝากำแพงใจตนเอง เปลี่ยนแปลงตนเอง กราบเท้าพ่อแม่ก่อนมารพ. ไม่เคยคิดว่าตนเองจะทำได้ ทำแล้วโล่งใจ

Explore ชีวิตที่ผ่านมา

ไม่กล้าปฏิเสธคน ผลคือเข้าไปในเรือนจำ

การเปลี่ยนแปลงในชีวิต

ผ่านโลกมาเยอะมาก สิ่งที่เราเรียนรู้

- ระวังการใช้ชีวิตมากขึ้น
- รู้จักดูคน รู้จักปฏิเสธคน
- ประวัติไม่ดีมันก็แค่เรื่องที่ผ่านมา
- ระวังตัวมากขึ้น พยายามแยกตัว เพราะไม่
อยากยุ่งกับใคร พูดน้อยลง ผู้ป่วยยืนยันว่ามี
ความสุขดี

สิ่งที่จะทำให้ไม่สบายใจ

- รู้สึกแข็ง ไร้ตัวตนในบ้าน
- เคยมีประสบการณ์ และได้คิดวางแผนจะรับมือ
อย่างไรกับสถานการณ์ที่ไม่ชอบ

ณ ปัจจุบัน สิ่งที่เห็น...

เข้ากับคนง่าย มนุษย์สัมพันธ์ดี ฉลาด เปิดเผย
บอกความรู้สึกของตัวเอง ถ่ายทอดสิ่งที่คิด เอาจริง
เอาจัง กระตือรือร้น มีอุดมการณ์ อยากเปลี่ยนแปลง
ตัวเอง รักสงบ อยากได้หนังสือจิตวิทยา ให้กำลังใจ
ตนเอง ช่วงอยู่ในเรือนจำ ชอบอ่านหนังสือจิตวิทยา



The Patient Dignity Inventory (PDI)

1. ไม่สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวเองได้
2. ไม่สามารถมีอิสระเพื่อจะทำกิจกรรมที่ต้องการได้
3. ทุกข์ทรมานกับอาการทางร่างกาย
4. รู้สึกว่าคนอื่นมองเราเปลี่ยนไป
5. รู้สึกเศร้า
6. รู้สึกโกรธ
7. รู้สึกไม่แน่นอน
8. รู้สึกกังวลกับอนาคตข้างหน้า
9. คิดอะไรไม่ออก
10. รู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง
11. รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า
12. ยังสามารถแสดงบทบาทสำคัญได้
13. รู้สึกชีวิตไม่มีความหมาย
14. รู้สึกมีสิ่งค้างคาใจ
15. กังวลใจว่าสิ่งจิตวิญญาณที่ให้ความสำคัญอาจจะไม่มีความหมาย
16. รู้สึกเป็นภาระกับคนอื่น
17. รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมชีวิตได้
18. รู้สึกการเจ็บป่วยทำให้ความเป็นส่วนตัวลดลง
19. รู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน
ครอบครัว ชุมชน
20. รู้สึกว่าจิตใจจะไม่ไหวแล้วที่จะต่อสู้กับความ
เจ็บป่วย
21. รู้สึกรับไม่ได้กับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่
22. ไม่ได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพหรือความเข้าใจ
ผู้อื่น

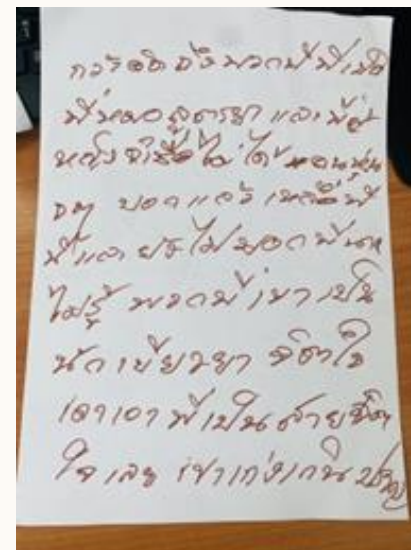
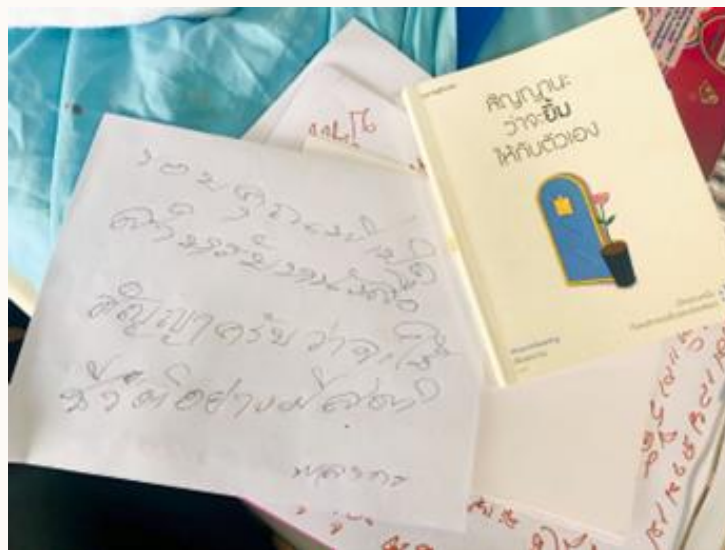
ความคาดหวังและการวางแผนในอนาคต

ความคาดหวังในการรักษา คือ หากวันใดที่หายใจเองลำบากหรือหยุดหายใจ ผู้ป่วยบอกว่าให้ปล่อยเขาตายไปเลย ไม่ต้องการให้ปั๊มหัวใจ หรือจะต้องมาเจาะคอ เพื่อใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามันคงทำให้ตัวเขาทรมาณ และสิ่งที่รับไม่ได้เลยหากตนต้องมีภาวะติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สื่อสารไม่ได้

ผู้ป่วยอยากอยู่กับปัจจุบัน อยากรักษาตัวเองให้ดีขึ้น หากร่างกายดีขึ้นตั้งใจว่าอยากบวช เพราะเป็นความตั้งใจของตนเอง ที่อยากทำให้พ่อแม่และคุณตา โดยตั้งใจอยากบวชประมาณ 1 พรรษา หลังจากนั้นจะไปทำงานเป็นเด็กเสิร์ฟกับน้ำ เพราะน้ำรออยู่ อยากทำงานหาเงินดูแลพ่อกับแม่บ้าง

สิ่งที่อยากบอกกับทีม

อยากขอบคุณทีมการรักษาทุกคนที่ให้การช่วยเหลือ ตั้งใจอยากเขียนขอบคุณ เพื่อเขียนสิ่งที่อยากบอกให้บุคลากรแต่ละคน แต่ขอกลับไปเขียนที่บ้าน และจะส่งมาให้ในช่องทางออนไลน์แทน เพราะกลัวว่ากลับบ้านไปจะคิดถึงพี่ๆ ที่ให้การดูแล แต่ถ้าจะให้อยู่ต่อก็กลัวว่าจะไม่มีเงิน



Comfort Strategies

1. Comfort doing the “Little Something Extra”

- มองคนไข้เป็นคน ๆ หนึ่ง
- ยอมรับในความแตกต่างของ แต่ละคน
- ความใส่ใจเล็กน้อยๆ แต่คนที่รับมีความยินดี มีสุข รู้สึกมีคุณค่า เป็นคนสำคัญ

2. Characteristics of comfort Strategies

- กิจกรรมอิสระ ดูแลสิ่งแวดล้อม ดูแลสุขอนามัย ฯลฯ
- empowerment
- Self-Efficacy หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำหรือปฏิบัติงานหนึ่ง ๆ ให้สำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้



GRIEF WORK

ผู้ป่วย

- ศิลปะบำบัด
- Dignity book
- Individual support
- เขียนจดหมาย
- เขียน card

บิดา

- ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษา
- ดูแลพ่อของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพ
- ดูแลด้านความเป็นอยู่ ค่าใช้จ่าย
- การเผชิญปัญหา
- เป้าหมาย ไม่อยากเห็นลูกทรมาณ เตรียมรับมือทุกสถานการณ์

DISCHARGE PLANNING

- Goal of care :
 - On going chemotherapy
 - If not response/not curative, Hope for comfort care
 - Place of death : home
- Symptoms : จัดทำคำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและคำแนะนำอาการที่ต้องเฝ้าระวัง
- Psychosocial : ประเมินภาวะจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ
- Referral : ส่งข้อมูลต่อเครือข่ายของโรงพยาบาลใกล้บ้านผู้ป่วย

อาการปวด

- ยาบรรเทาอาการปวดในขณะนี้มียา 2 ชนิด

1. ยาคุมอาการปวดชนิดที่ต้องรับประทานทุกวันตามเวลา ได้แก่ ยามาเมทาโดน (methadone) รับประทานครั้งละ ครั้งเม็ด เข้าและเย็น โดยเป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ต่อสมองและไขสันหลัง ดังนั้นต้องใช้ยาด้วยความระมัดระวัง ห้ามปรับยาด้วยตนเอง และต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ข้อควรระวัง

- การใช้ยานี้พร้อมดื่มแอลกอฮอล์หรือยาที่มีฤทธิ์ง่วงซึม อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง

- หากมีอาการปวดศีรษะพร้อมเจ็บหน้าอก เวียนศีรษะรุนแรง ใจสั่น ใจเต้นแรง หรือมีไข้ แนะนำให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

- ห้ามซื้อยาทานเอง หรือใช้ยาอื่นนอกจากที่แพทย์สั่ง เนื่องจากอาจทำให้เกิดปฏิกิริยากับยามาเมทาโดน ทำให้ยาเกินขนาดได้

2. ยาบรรเทาอาการปวดปะทุ ได้แก่

ยามอร์ฟิน ไออาร์ (Morphine IR) รับประทานครั้งละครั้งเม็ด เวลามีอาการปวดปะทุ สามารถรับประทานได้ ทุก 2 ชั่วโมง ยาชนิดนี้เป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น ใช้เสริมเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดที่รุนแรงขึ้นก่อนถึงเวลาให้ยามาเมทาโดน

*ให้จดบันทึกวัน และเวลาที่ใช้นยามอร์ฟินชนิดเสริมทุกครั้ง หากผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟิน ไออาร์เกินวันละ 3 ครั้งให้ติดต่อทางศูนย์การรณรงค์ตามรายละเอียดด้านล่าง

ช่องทางการติดต่อ

▪ ในเวลาราชการ :

▪ นอกเวลาราชการ :

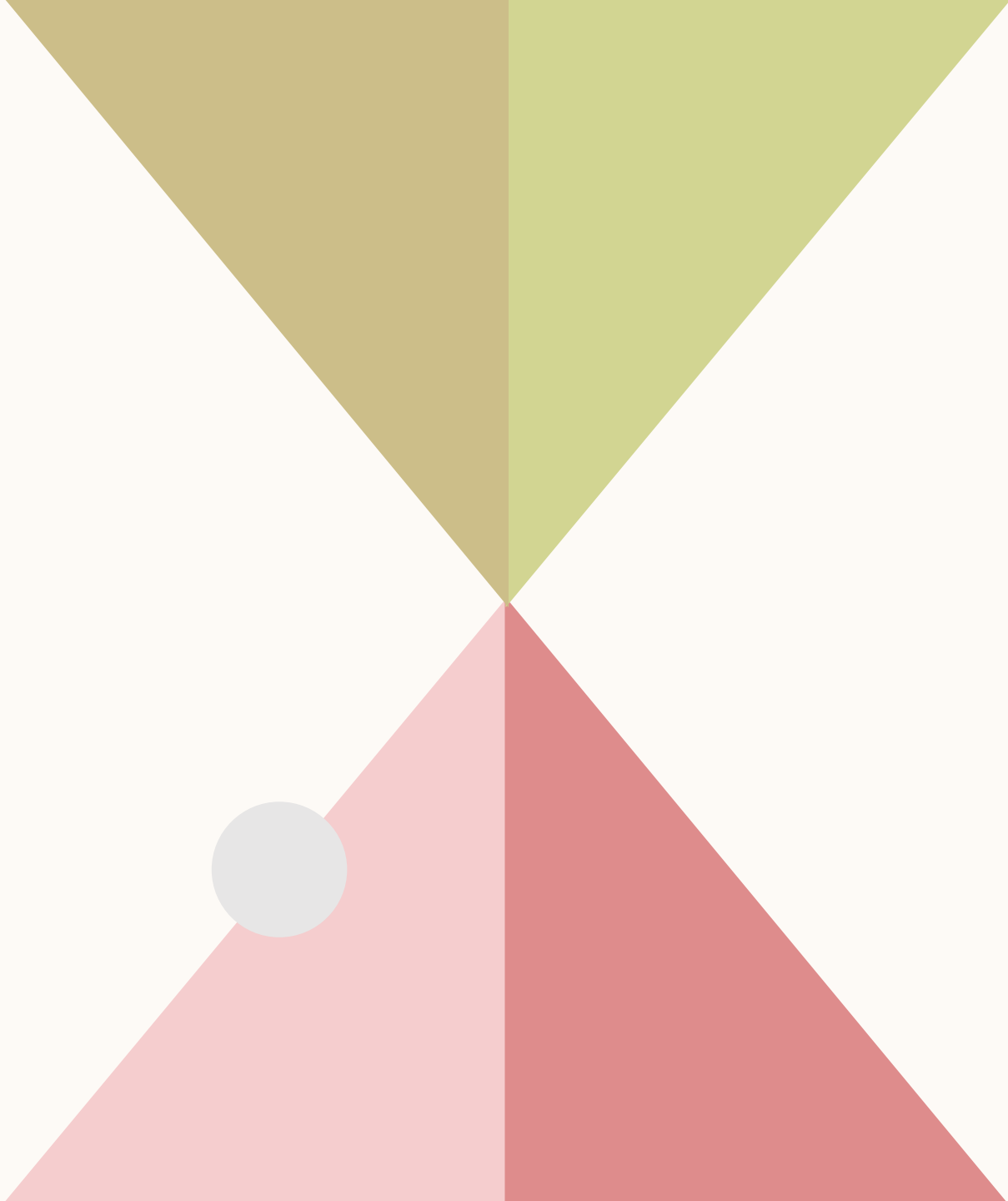
คำแนะนำการใช้ยา และคำแนะนำการทำแผล

การทำแผล (คำแนะนำสำหรับโรงพยาบาลใกล้บ้าน)

ขั้นตอนการทำแผล

1. Morphine 2 mg IV ก่อนทำแผล 10 นาที
2. ใช้ NSS ชุบ gauze เช็ด debride ตาม raw surface (ไม่ต้องเช็ดในโพรงจมูก ระวัง NSS ไหลเข้าโพรงจมูกและเกิดการสำลัก)
3. ใช้ Bactigras หรือ vaseline gauze วางคลุม raw surface ของ soft tissue และ bone
4. นำ gauze เปียก (ชุบ NSS) วางบน bactigras
5. Gauzeแห้งปิดทับด้านบน

CHEMOTHERAPY INDUCE NAUSEA AND VOMITING



CATEGORIES OF CHEMOTHERAPY-INDUCED NAUSEA AND VOMITING

Acute nausea and vomiting

- Within the first 24 hours after chemotherapy
- Mainly by serotonin (5-HT) release from enterochromaffin cells

Delayed nausea and vomiting

- After 24 hours to 5 days after chemotherapy
- Various mechanisms: mainly substance P-mediated disruption of the blood-brain barrier and of gastrointestinal motility, adrenal hormones (9)

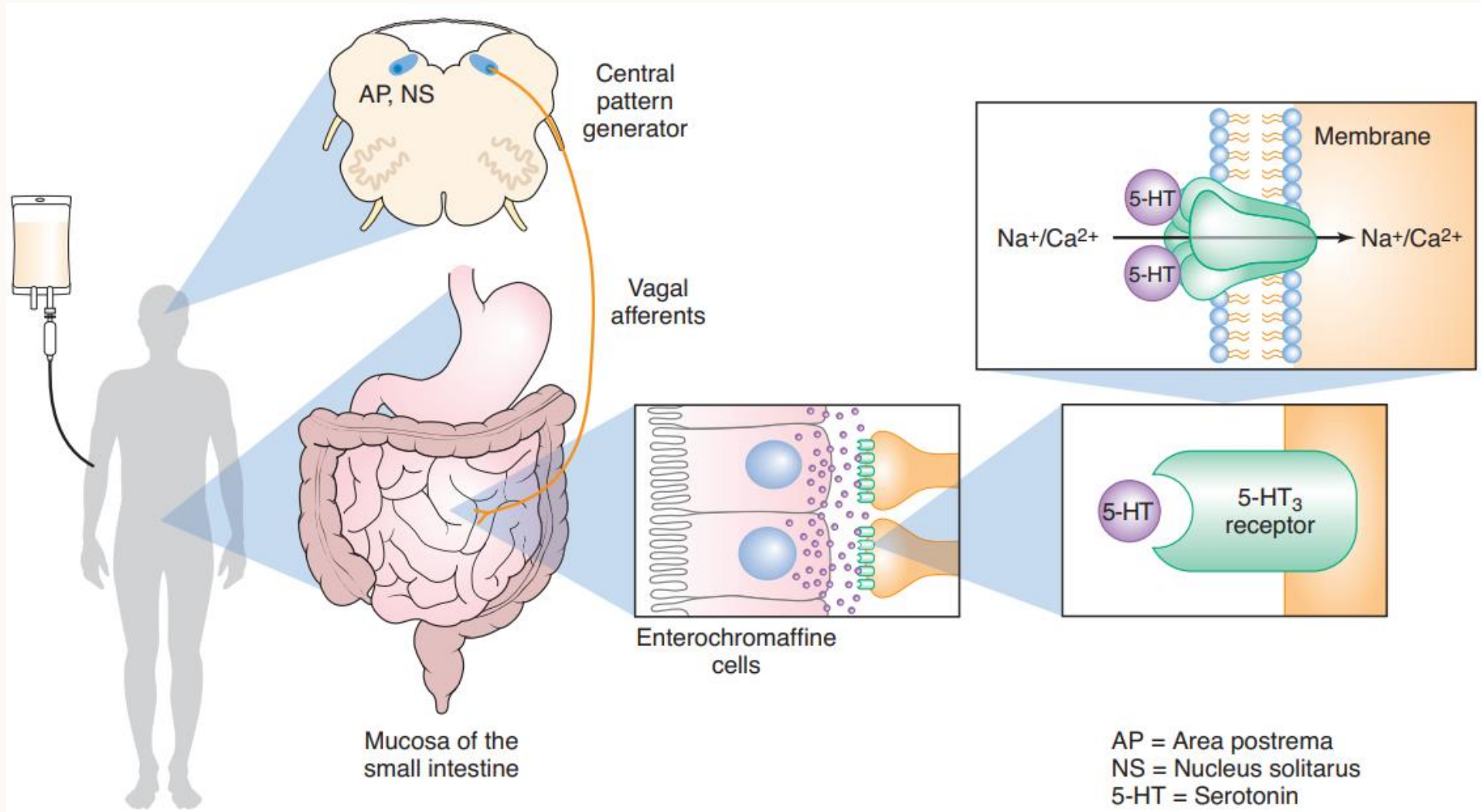
Anticipatory nausea and vomiting

- Occurrence is possible after one cycle of chemotherapy (8).
 - Involves the element of classical conditioning
-

Adapted from (3).

MECHANISMS OF CINV

Pathophysiology of acute chemotherapy induced nausea and vomiting



MECHANISMS OF CINV

Pathophysiology of delayed chemotherapy induced nausea and vomiting

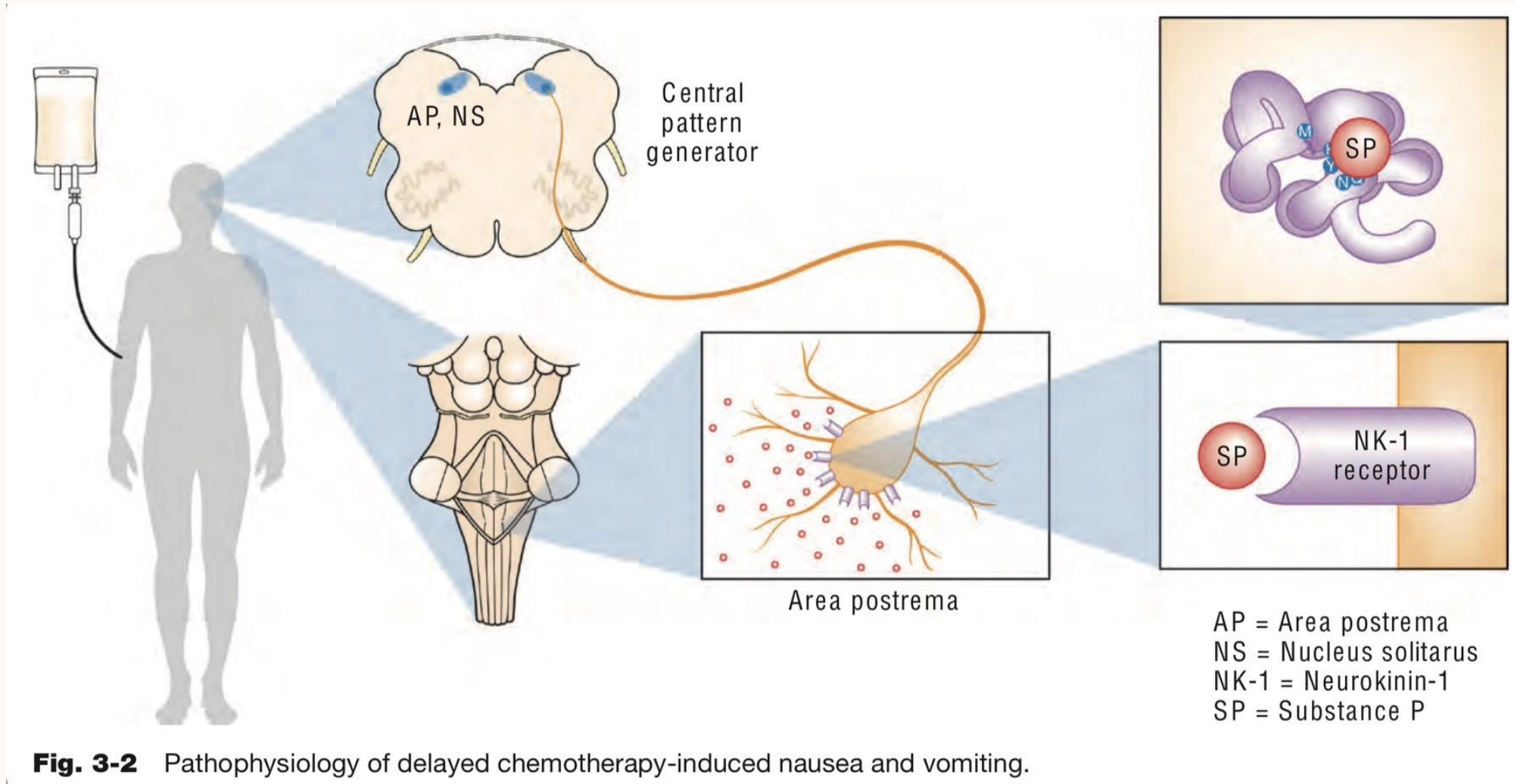


Fig. 3-2 Pathophysiology of delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting.

Emetogenic risk of intravenous chemotherapeutic agents

High (emesis risk >90% without antiemetics)			
Carmustine, BCNU	Lomustine	Bortezomib	Paclitaxel
Cisplatin	Mechlorethamine	Catumaxumab	Panitumumab
Cyclophosphamide (>1500 mg/m ²)	Pentostatin	Cetuximab	Pegasparaginase
Dacarbazine, DTIC	Streptozotocin	Cytarabine (<1 g/m ²)	Pemetrexed
Dactinomycin, Actinomycin D		Docetaxel	Teniposide
		Etoposide IV	Thiopeta
Moderate (emesis risk 30% to 90% without antiemetics)		5-Fluorouracil	Topotecan
Alemtuzumab	Methotrexate (>100 mg/m ²)	Gemcitabine	Trastuzumab
Altretamine	Idarubicin	Ixabepilone	
Azacitidine	Ifosfamide	Minimal (emesis risk <10% without antiemetics)	
Bendamustine	Irinotecan	Bevacizumab	Melphalan PO
Carboplatin	Mitoxantrone (>12 mg/m ²)	Bleomycin	α-, β-, γ-Interferon
Clofarabine	Melphalan IV	Busulfan	Mercaptopurine
Cyclophosphamide (<1500 mg/m ²)	Oxaliplatin	Chlorambucil	Methotrexate (<100 mg/m ²)
Cytarabine (>1 g/m ²)	Temozolomide	Cladribine	Thioguanine
Doxorubicin	Trabectedin	Cytarabine (<100 mg/m ²)	Vinblastine
Daunorubicin	Treosulfan	Fludarabine	Vincristine
Epirubicin		Hormone	Vinorelbine
Low (emesis risk 10% to 30% without antiemetics)		Hydroxyurea	
Asparaginase	Mitoxantrone (<12 mg/m ²)	Data from References 16, 33, 35, 38, 39.	

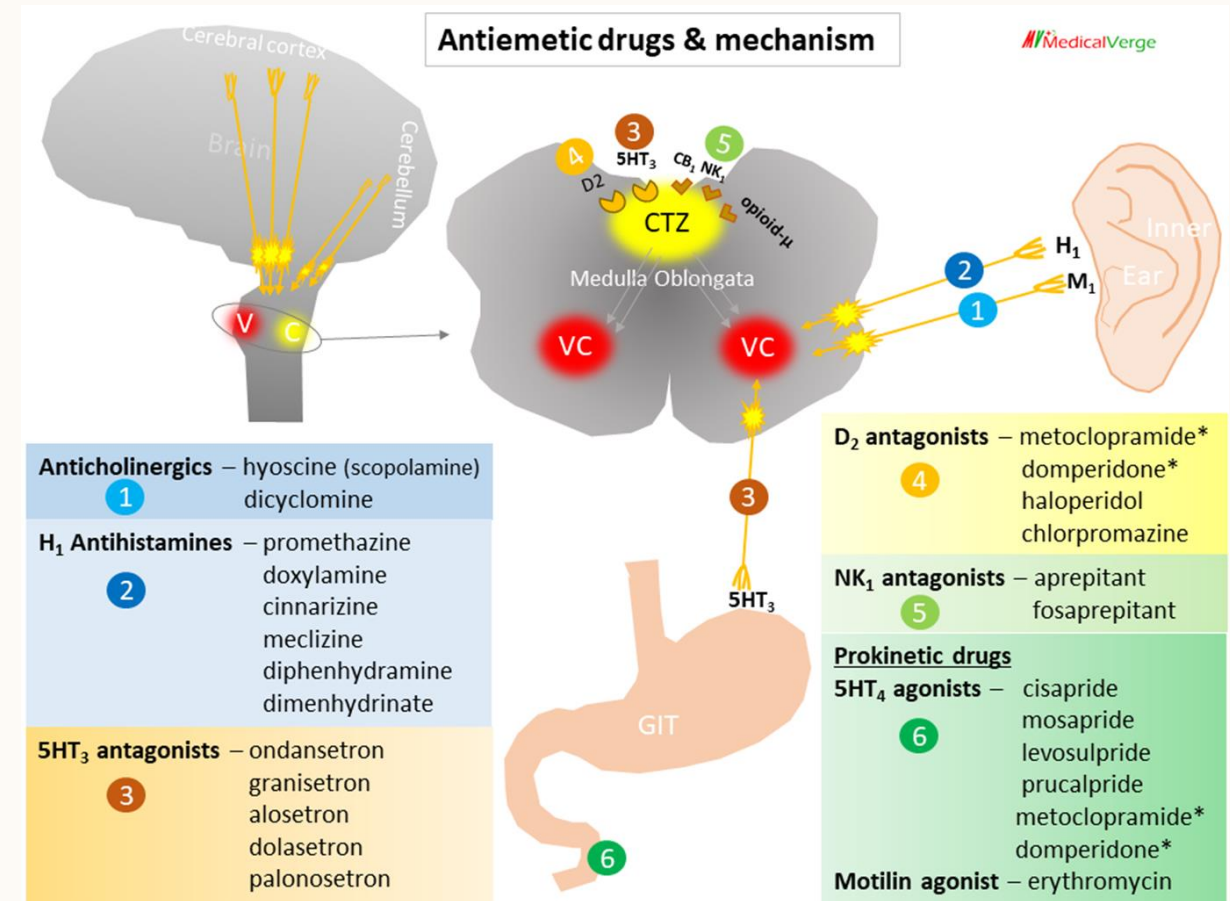
Patient characteristics influencing the occurrence of CINV

Risk factor	Raised (↑) or decreased risk (↓)
Experience of nausea and or vomiting during previous chemotherapy	↑
Age <50 years	↑
Female gender	↑
Pretreatment anxiety	↑
Pretreatment nausea	↑
Chemotherapy as an inpatient	↓
Chemotherapy as an outpatient	↑
Severe alcohol consumption	↓
Low intake of alcohol	↑
Impaired quality of life	↑
History of motion sickness	↑
Pain	↑
Hyperemesis gravidarum	↑
Fatigue	↑

Data from References 6, 40, 41.

ANTIEMETIC DRUGS

- 5-HT₃ SEROTONIN RECEPTOR ANTAGONISTS (5-HT₃-RAs)
- NEUROKININ-1-RECEPTOR ANTAGONISTS (NK-1-RAs)
- DOPAMINE RECEPTOR ANTAGONISTS
- ANTIHISTAMINES
- ANTICHOLINERGICS
- STEROIDS
- OLANZAPINE
- CANNABINOIDS
- BENZODIAZEPINES



HIGH EMETIC RISK PARENTERAL ANTICANCER AGENTS — ACUTE AND DELAYED EMESIS PREVENTION^{f,g,h,i,j}

DAY 1: Select treatment option A, B, or C	DAYS 2, 3, 4:
All treatment options are category 1 and should be started before anticancer therapy ^h	
<p>Treatment option A (preferred), use the following combination^l:</p> <ol style="list-style-type: none"> Olanzapine 5–10 mg PO once^k NK1 receptor antagonist (RA) (choose one): <ul style="list-style-type: none"> ◊ Aprepitant 125 mg PO once ◊ Aprepitant injectable emulsion 130 mg intravenous (IV) once^m ◊ Fosaprepitant 150 mg IV once ◊ Netupitant 300 mg / palonosetron 0.5 mg (available as fixed combination product only) PO once ◊ Fosnetupitant 235 mg / palonosetron 0.25 mg (available as fixed combination product only) IV once ◊ Rolapitant 180 mg PO onceⁿ 5-HT₃ RA (choose one)^{o,p}: <ul style="list-style-type: none"> ◊ Dolasetron 100 mg PO once ◊ Granisetron 10 mg subcutaneous (SQ) once,^q or 2 mg PO once, or 0.01 mg/kg (max 1 mg) IV once, or 3.1 mg/24-h transdermal patch applied 24–48 h prior to first dose of anticancer therapy ◊ Ondansetron 16–24 mg PO once, or 8–16 mg IV once ◊ Palonosetron 0.25 mg IV once Dexamethasone 12 mg PO/IV once^{r,s} 	<p>Treatment option A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olanzapine 5–10 mg PO daily on days 2, 3, 4^k • Aprepitant 80 mg PO daily on days 2, 3 (if aprepitant PO is used on day 1) • Dexamethasone 8 mg^{r,s} PO/IV daily on days 2, 3, 4
<p>Treatment option B, use the following combination:</p> <ol style="list-style-type: none"> Olanzapine 5–10 mg PO once^k Palonosetron 0.25 mg IV once Dexamethasone 12 mg PO/IV once^{r,s} 	<p>Treatment option B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olanzapine 5–10 mg PO daily on days 2, 3, 4^k
<p>Treatment option C, use the following combination:</p> <ol style="list-style-type: none"> NK1 RA (choose one): <ul style="list-style-type: none"> ◊ Aprepitant 125 mg PO once ◊ Aprepitant injectable emulsion 130 mg IV once^m ◊ Fosaprepitant 150 mg IV once ◊ Netupitant 300 mg / palonosetron 0.5 mg (available as fixed combination product only) PO once ◊ Fosnetupitant 235 mg / palonosetron 0.25 mg (available as fixed combination product only) IV once ◊ Rolapitant 180 mg PO onceⁿ 5-HT₃ RA (choose one)^{o,p}: <ul style="list-style-type: none"> ◊ Dolasetron 100 mg PO once ◊ Granisetron 10 mg SQ once,^q or 2 mg PO once, or 0.01 mg/kg (max 1 mg) IV once, or 3.1 mg/24-h transdermal patch applied 24–48 h prior to first dose of anticancer therapy ◊ Ondansetron 16–24 mg PO once, or 8–16 mg IV once ◊ Palonosetron 0.25 mg IV once Dexamethasone 12 mg PO/IV once^{r,s} 	<p>Treatment option C:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprepitant 80 mg PO daily on days 2, 3 (if aprepitant PO is used on day 1) • Dexamethasone 8 mg^{r,s} PO/IV daily on days 2, 3, 4

MODERATE EMETIC RISK PARENTERAL ANTICANCER AGENTS — ACUTE AND DELAYED EMESIS PREVENTION^{f,g,h,i,j}

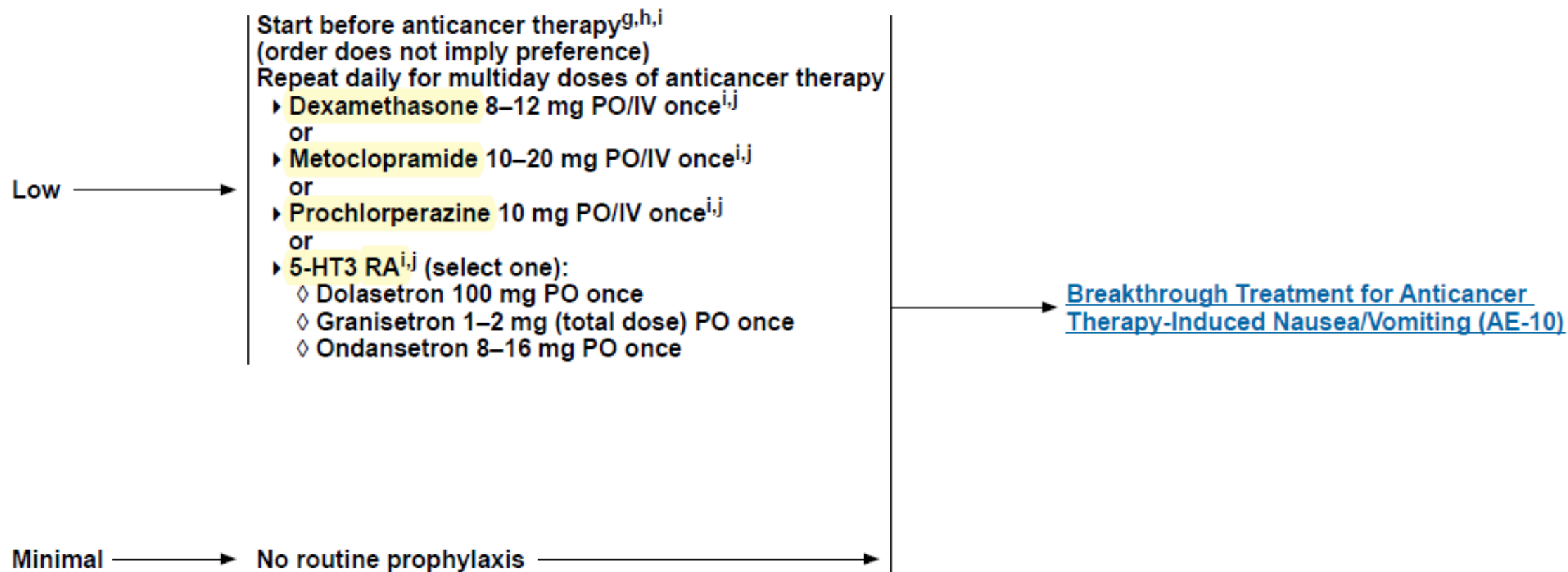
DAY 1: Select treatment option D, E, or F All treatment options are category 1 and should be started before anticancer therapy ^h	DAYS 2, 3:
<p>Treatment option D, use the following combination:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5-HT₃ RA (choose one): <ul style="list-style-type: none"> Dolasetron 100 mg PO once Granisetron 10 mg SQ once^q (preferred), or 2 mg PO once, or 0.01 mg/kg (max 1 mg) IV once, or 3.1 mg/24-h transdermal patch applied 24–48 h prior to first dose of anticancer therapy Ondansetron 16–24 mg PO once, or 8–16 mg IV once Palonosetron 0.25 mg IV once (preferred) Dexamethasone 12 mg PO/IV once^{r,s} 	<p>Treatment option D:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dexamethasone 8 mg^{r,s} PO/IV daily on days 2, 3 <p>OR</p> <ul style="list-style-type: none"> 5-HT₃ RA monotherapy^t: <ul style="list-style-type: none"> Granisetron 1–2 mg (total dose) PO daily or 0.01 mg/kg (max 1 mg) IV daily on days 2, 3 Ondansetron 8 mg PO twice daily or 16 mg PO daily or 8–16 mg IV daily on days 2, 3 Dolasetron 100 mg PO daily on days 2, 3
<p>Treatment option E, use the following combination^u:</p> <ol style="list-style-type: none"> Olanzapine 5–10 mg PO once^k Palonosetron 0.25 mg IV once Dexamethasone 12 mg PO/IV once^{r,s} 	<p>Treatment option E:</p> <ul style="list-style-type: none"> Olanzapine 5–10 mg PO daily on days 2, 3^k
<p>Treatment option F, use the following combination^u:</p> <ol style="list-style-type: none"> NK1 RA (choose one): <ul style="list-style-type: none"> Aprepitant 125 mg PO once Aprepitant injectable emulsion 130 mg IV once^m Fosaprepitant 150 mg IV once Netupitant 300 mg/palonosetron 0.5 mg (available as fixed combination product only) PO once Fosnetupitant 235 mg / palonosetron 0.25 mg (available as fixed combination product only) IV once Rolapitant 180 mg PO onceⁿ 5-HT₃ RA (choose one)^{o,p}: <ul style="list-style-type: none"> Dolasetron 100 mg PO once Granisetron 10 mg SQ once^q, or 2 mg PO once, or 0.01 mg/kg (max 1 mg) IV once, or 3.1 mg/24-h transdermal patch applied 24–48 h prior to first dose of anticancer therapy. Ondansetron 16–24 mg PO once, or 8–16 mg IV once Palonosetron 0.25 mg IV once Dexamethasone 12 mg PO/IV once^{r,s} 	<p>Treatment option F:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aprepitant 80 mg PO daily on days 2, 3 (if aprepitant PO used on day 1) ± Dexamethasone 8 mg^{r,s} PO/IV daily on days 2, 3



NCCN Guidelines Version 2.2023

Antiemesis

LOW AND MINIMAL EMETIC RISK PARENTERAL ANTICANCER AGENTS - EMESIS PREVENTION^{f,g,h,j}



**BREAKTHROUGH TREATMENT FOR ANTICANCER
THERAPY-INDUCED NAUSEA/VOMITING^{h,bb}**

RESPONSE

**SUBSEQUENT
CYCLES**

The general principle of breakthrough treatment is to add one agent from a different drug class to the current regimen.

Atypical antipsychotic^j:

▶ Olanzapine 5–10 mg PO daily (preferred, category 1)^{cc}

• Benzodiazepine^j:

▶ Lorazepam 0.5–1 mgⁱ PO/sublingual (SL)/IV every 6 h

• Cannabinoid^j:

▶ Dronabinol capsules 5–10 mg, or dronabinol PO solution 2.1–4.2 mg/m², PO 3–4 times daily^{dd}

• Other:

▶ Haloperidol 0.5–2 mg PO/IV every 4–6 h^j

▶ Metoclopramide 10–20 mg PO/IV every 4–6 h^j

▶ Scopolamine 1.5 mg transdermal patch 1 patch every 72 h

• Phenothiazine^j:

▶ Prochlorperazine 25 mg suppository (supp) PR every 12 h or 10 mg PO/IV every 6 h^j

▶ Promethazine 25 mg supp PR every 6 h or 12.5–25 mg PO every 4–6 h^h

• 5-HT₃ RA^j:

▶ Dolasetron 100 mg PO daily

▶ Granisetron 1–2 mg PO daily or 1 mg PO two times per day (BID) or 0.01 mg/kg (maximum 1 mg) IV daily or 3.1 mg/24-h transdermal patch every 7 days

▶ Ondansetron 8 mg PO/IV every 8–12 h (16–24 mg total daily dose)

• Corticosteroid^j:

▶ Dexamethasone 12 mg PO/IV daily

Nausea and
vomiting
controlled

Continue
breakthrough
medications, on a
schedule, not PRN

Nausea and/
or vomiting
uncontrolled

Re-evaluate and
consider dose
adjustments and/
or sequentially
add one agent
from a different
drug class

Consider
changing
antiemetic therapy
to higher level
primary treatment
for next cycle

Any
nausea/
vomiting

NCCN Guidelines Version 2.2023

Antiemesis

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

ANTICIPATORY EMESIS PREVENTION/TREATMENT

Anticipatory
nausea/vomiting

- Prevention is key:
 - ▶ Use optimal antiemetic therapy during every cycle of treatment
 - ▶ Avoid strong smells that may precipitate symptoms
- Behavioral therapy:
 - ▶ Relaxation/systematic desensitization
 - ▶ Hypnosis
 - ▶ Relaxation exercises
 - ◇ Guided imagery
 - ◇ Progressive muscle relaxation (PMR)
 - ◇ Biofeedback
 - ◇ Music therapy
 - ▶ Cognitive distraction
 - ▶ Yoga (if approved by physician)
- Acupuncture/acupressure
- Consider anxiolytic therapy:
 - ▶ For example, lorazepam 0.5–1 mg^{i,j} PO beginning on the night before treatment and then repeated the next day 1–2 hours before anticancer therapy begins

[Emesis Prevention and Breakthrough Treatment for Anticancer Therapy-Induced Nausea/Vomiting \(Antiemesis Table of Contents\)](#)

CANNABINOIDS IN THE TREATMENT OF NAUSEA AND VOMITING

- Weak antiemetic efficacy + potentially beneficial side effects (sedation, euphoria)
- Cannabinoids THC derivative (nabilone or Casamet) : useful in Chemotherapy/
Radiotherapy Induced Nausea and Vomiting
- Advised in patients intolerant of or refractory to 5-HT₃-RAs or steroids and
aprepitant (Refractory case)

สิ่งที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติม

- การดูแลและประเมินผู้ป่วยผู้ใหญ่ตอนต้น
- การประเมินและการจัดการผลข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์
- การใช้ยา Methadone
- การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด
- Psychological problem in palliative care
- การทำงานเป็นทีมร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ



THANK YOU

