

# Palliative care case conference

ประจำเดือน ตุลาคม 2566



**A 63-year-old man with schizophrenia, debilitated and became bed bounded after a fall. Presented with hypoglycemia, severe infection, septic shock and multiple infected pressure ulcers.**

He lived with an elderly mother and younger sister who was diagnosed with schizophrenia.

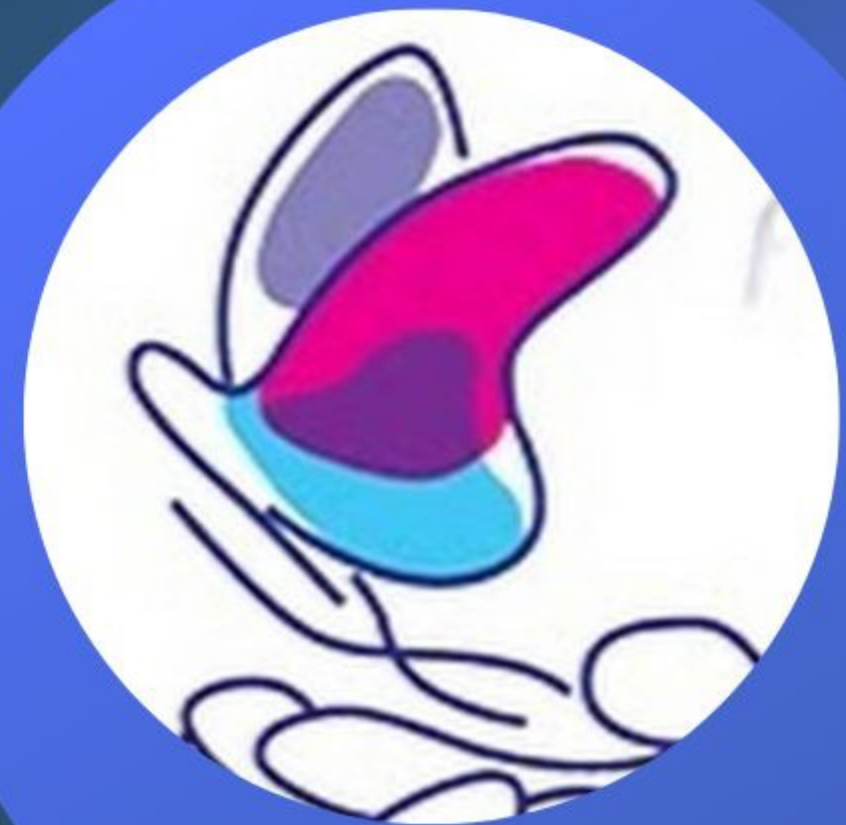
He had no capacity to make decision.

How would we manage this case?

วันพุธที่ 25 ตุลาคม 2566 เวลา 12.00-13.30 น

ขอเรียนเชิญผู้ที่สนใจ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระคับประคอง

ผ่านทาง zoom meeting ID :935 4821 7598 Passcode: 1234



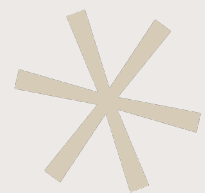
ศูนย์การุณรักษ์

Karunruk palliative  
care center





# Interesting case



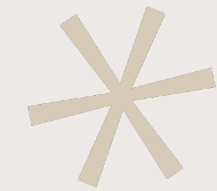
*SIRAPRAPRA SITTAPANICH, MD.*

*PC fellowship, Karunruk Palliative care center*

*Srinagarind hospital, Khon Kaen University*

---

# Patient identification



ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี

สถานภาพ : โสด

ภูมิลำเนา : จังหวัด ขอนแก่น

สิทธิการรักษา : บัตรทอง

Admission date : 14/9/66

Attending date : 2/10/66

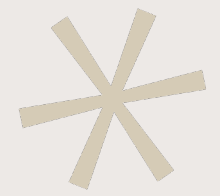
ADL. : 0

Status before admission : ADL 0.

---



# Patient history



Loss F/U 2021-2022



2563

- มาติดต่อขอรับยา เดิมเคยรับยา รักษา schizophrenia ที่ คลินิก ได้รับยา Deca 50 mg IM q 4 wk
- ช่วงปลายปี loss F/U ไม่ยอม รับประทานยา มีอาการพูดในสิ่งที่ ไม่จริง ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน

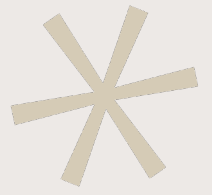
2564

- Diagnosis DM
- HbA1C 12
- On MFM 1\*3 po pc
- มีประวัติเยี่ยมบ้าน ฉีดยา

2565

- มีย 2565 เริ่มมี พฤติกรรม aggressive
- ธค 2565 DM foot

# Patient history



**25/5/66-13/6/66 1st admission**

1 wk PTA เดินหกล้ม ศีรษะกระแทกเตียง มีแผลที่ศีรษะ สับสนเท่า ๆ เดิม เริ่มนอนติดเตียง ต้องมีคนช่วยพยุงลุก  
3 d PTA หกล้มในห้องน้ำ อ่างล้างหน้าแตก จากนั้นลุกไม่ขึ้น เดินไม่ได้ บอกอาการ ปัสสาวะไม่ได้ แผลที่เท้ามีหนอง  
ซึม มีไข้สูง ซึม

V/S BT 38.3, RR26, PR 130, BP 77/61 sat 96% RA

GA: An elderly man with drowsiness

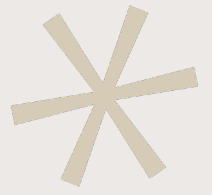
Ext: no edema, Lt. big toe minimal oozing

NS : E4V5M6 , motor power upper at least grade IV , lower at least grade III (can perform frog leg)

Film C spine ,TL spine : no Fx , CT brain : no ICH

**สรุป Diagnosis : infected DM foot with sepsis**

# Patient history



**25/6/66 -20/8/66. 2<sup>nd</sup> admission**

1 wk PTA หลังกลับบ้านนอนซึมตลอด ถามตอบไม่ค่อยรู้เรื่อง ไม่มีไข้ นอนติดเตียงอยู่แล้ว ไม่มีประวัติสำคัญ กินได้น้อย

2 วัน มีไข้ ซึมลง ไม่กินข้าว ไม่ไอ ไม่อาเจียน ไม่มีชักเกร็ง แผลซึมเล็กน้อย มีแผลกดทับ

V/S BT 39, RR26, PR 130, BP 77/61 sat 96% RA

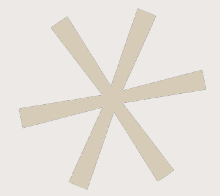
GA: An elderly man with drowsiness

Ext: no edema, Lt. big toe minimal oozing , Bedsore gr 3 at coccyx

NS : E4V4M5 motor power upper at least grade IV

# Patient history

25/6/66 -20/8/66. 2<sup>nd</sup> admission



25/6/66

10/7/66

20/8/66

- Urine C/S (25/6/66):  $10^5$

Yeast, not C.albican

- H/C (25/6/66): Bacillus

species (bottle 1) +

S.haemolyticus (bottle 2)

- U/C (15/6/66): A.Baum

CRAB\_PXDR S=sitafloxacin

I=Colistin

ได้ ATB colistin + sulperazone

- Septic shock ซึม มี septic

encephalopathy on ETT

- 14/7/66 set OR DB

- on ATB Fosfo + colistin

- D/C

- Status ผู้ป่วยก่อน D/C bed bounded ตาม

ตอบซ้ำ สื่อสารได้ ไม่สับสน

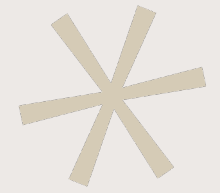
- วางแผนเยี่ยมบ้านทำแผลโดย PCU ช่วงวันหยุด

ให้ญาติทำแผลเอง เรียนทำแผลก่อนกลับ

สรุป Dx ก่อน D/C

- UTI with septic shock with infected bedsore U/C : A.baum PXDR
- Adrenal insufficiency
- Infected DM foot
- DM poor control
- Schizophrenia on Risperidone 4 ml po hs

# Patient history



- 28/8/66 แผลมีหนองมีกลิ่นเหม็น seen decubitus ulcer มาตรวจ OPD
  - 1.gr 3 at left intertrochanteric region with pus
  - 2.gr 3 at coccyx
  - 3.gr 3 at right leg x2
  - 4.gr 3 at left leg x1Wound dressing + oral ATB.
- 5/9/66 F/U Psychi ญาติมาแทน
  - หลังกลับบ้านมีอาการพูดจาสับสนเป็นครั้ง ๆ พูดบ่นคนเดียว ไม่มีอาการหวาดระแวง
  - ยังนอนติดเตียง
  - รับประทานยาสม่ำเสมอ
  - on Risperidone 4 ml po hs

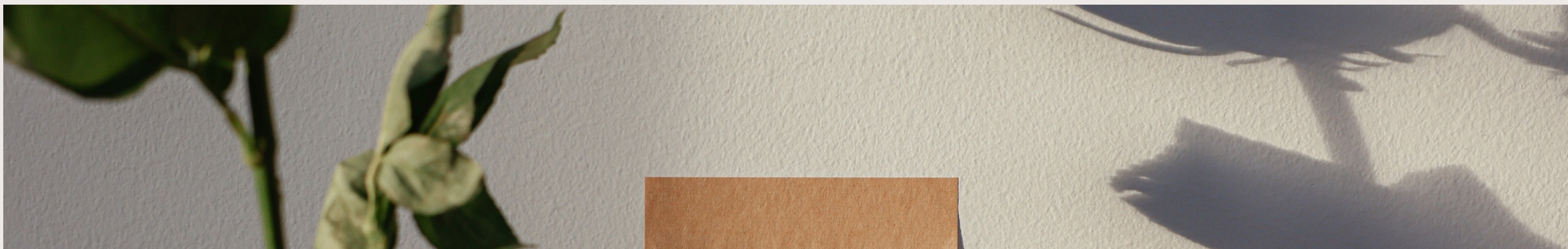




# Chief complaint. (14/9/66)

สับสนมากขึ้น 30 นาที ก่อนมา รพ.

---



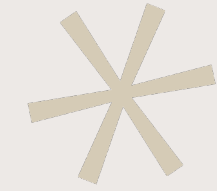
# Present illness

1 wk PTA มีประวัติทานข้าวได้น้อยลง ไม่แน่ใจเรื่องปริมาณที่ลดลง  
ยังฉีดยา Lantus 6 u sc เย็น ทุกวัน ปริมาณเท่าเดิม ยากินอื่น ไม่ได้หยุดกิน แต่  
ผู้ป่วยกินเป็นบางเวลา เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองรักษาโรคหายแล้ว  
30 min PTA ญาติพบผู้ป่วยพูดจาสับสน ลึนเข็ง ไม่ทำตามคำสั่ง  
ฉีด insulin 6 u ตอนเย็น + เข้านี้ยังไม่ทานข้าว  
EMS ออกรับ DTX 57 ให้ 50% glucose 50 ml iv push, RLS 300 ml iv load

---



# Physical examination



V/S BT 35 HR 76 BP 74/47 RR 24 O2sat 100%

GA : confusion, E4V4M5 pupil 2 mm RTLBE

HEENT: mark pale ,no jx

Heart: normal s1s2 regular rhythm no murmur

Lung : clear , equal both lung

Abd: soft, not tender, liver and spleen no palpable

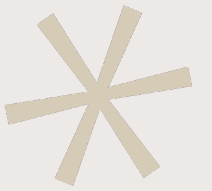
Ext: no edema ,

Skin: Bed sore gr. III at buttock coccyx no pus good granulation tissue ,Bed sore gr III at both intertrochanteric region with pus , infected bed sore gr III at rt knee with pus .

PR: Brown feces no melena

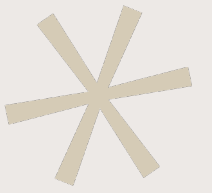


# Investigation



<b>CBC</b>	<b>14/9/66</b>	<b>21/9/66</b>	<b>2/10/66</b>	<b>3/10/66</b>
<b>Hb</b>	7.3	6.9	7.5	6
<b>Hct</b>	21	19.7	22	17.5
<b>WBC</b>	11,600	15,900	8,780	6,900
<b>N</b>	82.6	63.7	84.8	81.6
<b>L</b>	13	30.3	12.3	16.2
<b>Platelet</b>	240,000	105,000	80,000	51,000

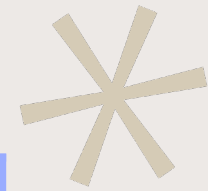
# Investigation



	<b>14/9/66</b>	<b>3/10/66</b>		<b>14/9/66</b>	<b>3/10/66</b>
<b>BUN</b>	9.3	26.3	<b>Ca<sup>2+</sup></b>	7	6
<b>Cr</b>	0.6	1.27	<b>Mg</b>	1.6	3.6
<b>Na</b>	130	144	<b>PO<sub>4</sub></b>	2.3	1.4
<b>K</b>	2.7	3.2			
<b>Cl</b>	102	112			
<b>CO<sub>2</sub></b>	19.6	21			

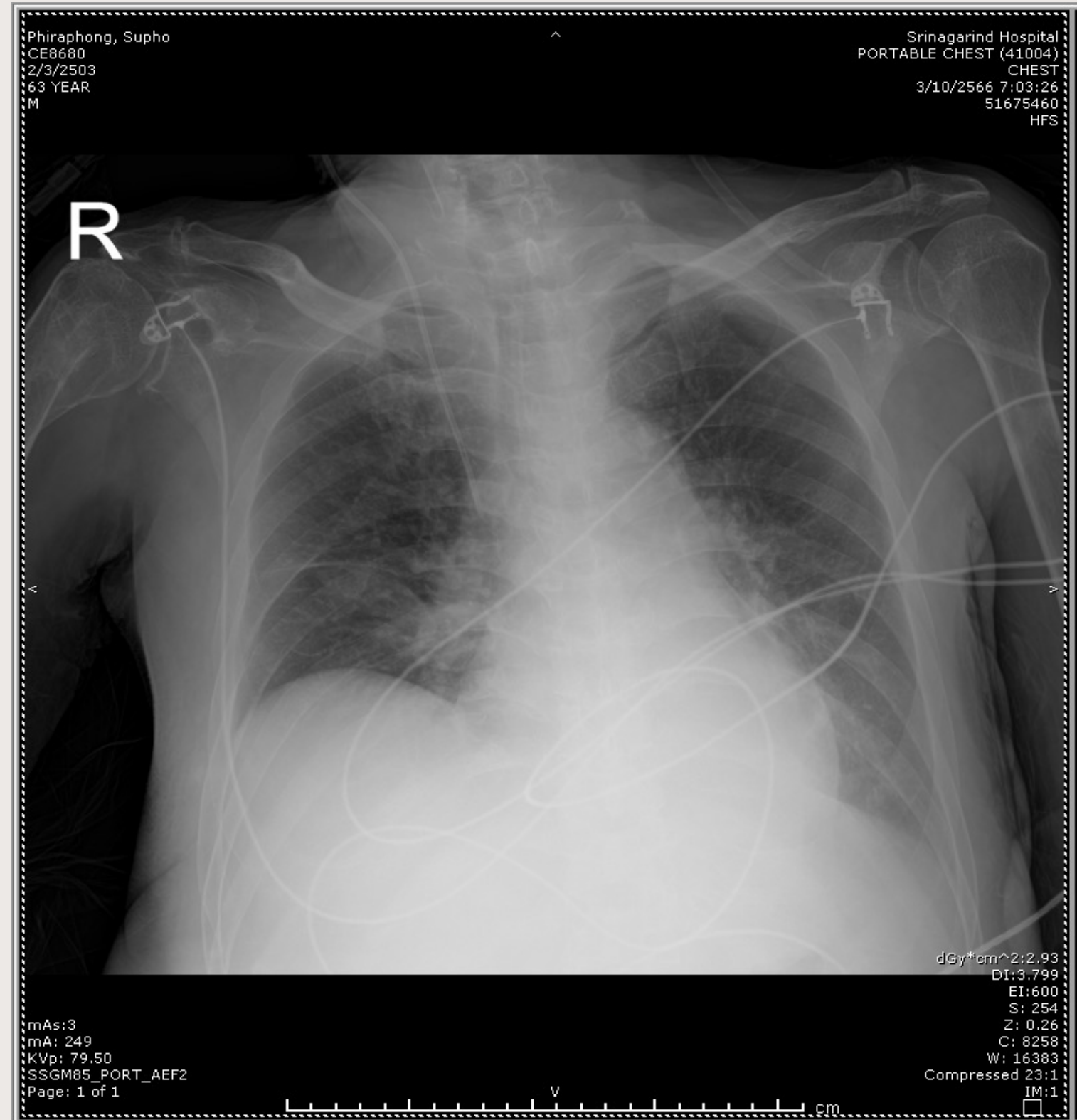
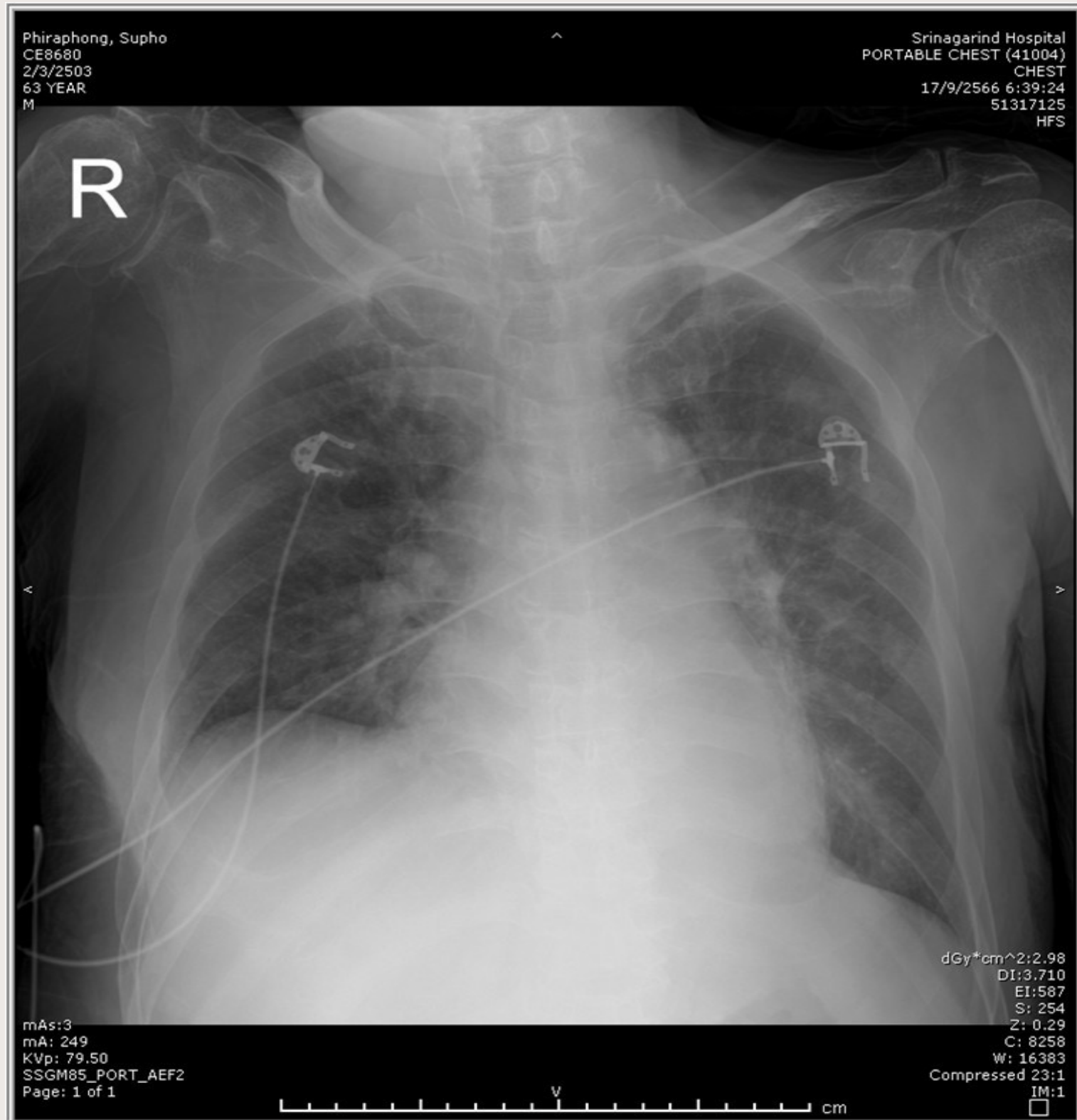


# Investigation



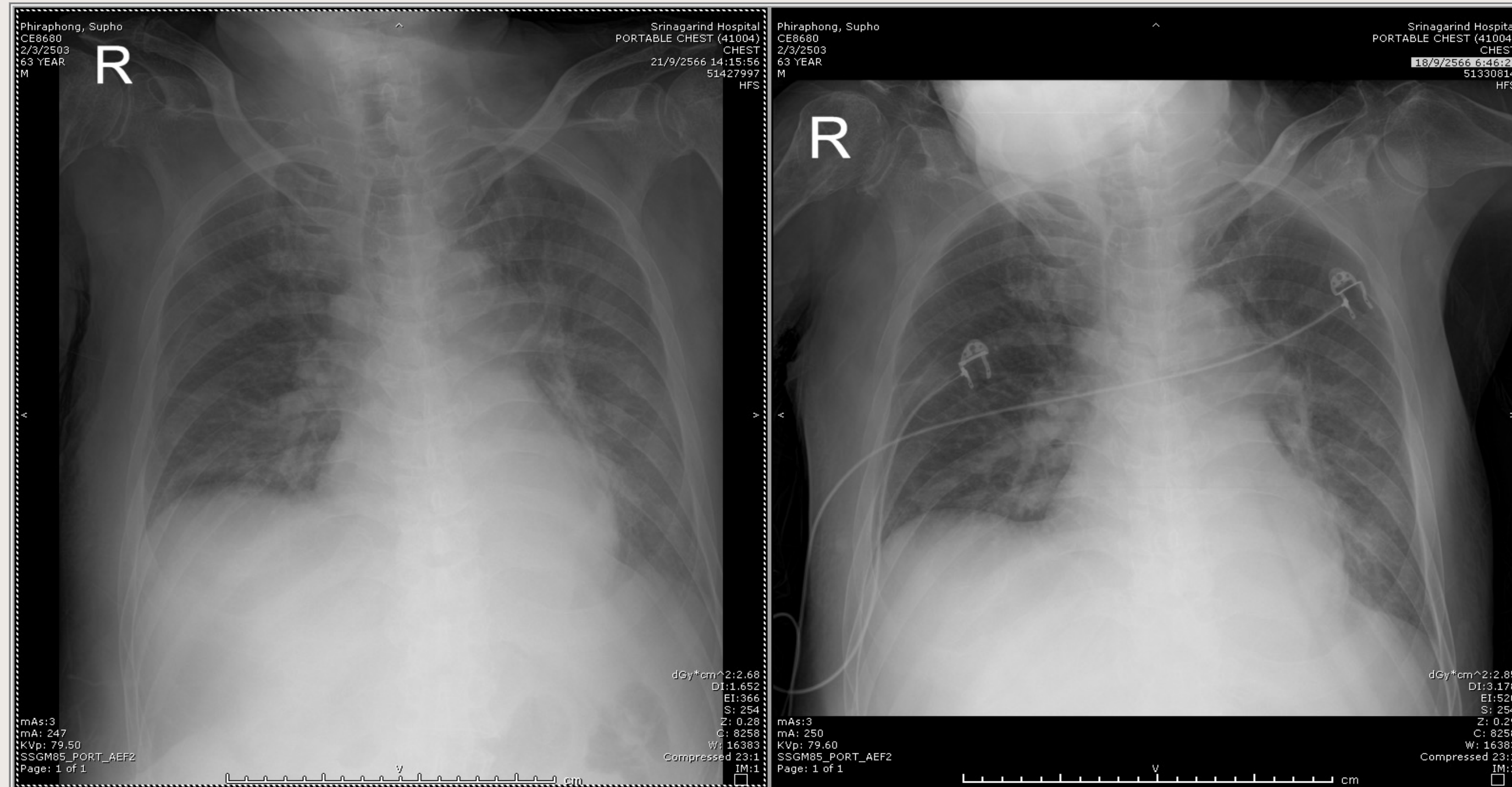
<b>LFT</b>	<b>14/9/66</b>	<b>20/9/66</b>	<b>26/9/66</b>
<b>Alb</b>	1.5	1.9	2.4
<b>Glob</b>	3.6	2.9	2.4
<b>TB</b>	0.4	0.3	0.3
<b>DB</b>	0.3	0.2	0.3
<b>AST</b>	70	264	28
<b>ALT</b>	82	376	117
<b>ALP</b>	216		278

# CXR แรกๆ



17/9/66

# CXR ก่อน on ET Tube

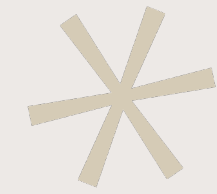


Done

Trusted sites | Protected Mode: Off

100%

# Hospital course



BP drop septic shock start  
levophed (4:250) 10 ml /hr  
titrate ถึง 15 ml/hr

เปลี่ยน ATB meropenam  
Drip alb

14/9

15/9

17/9

18/9

21/9

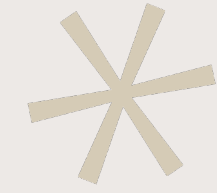
Admit ด้วยเรื่อง hypoglycemia  
with septic shock  
Start ATB : colistin , sulbactam  
ยา Schizophrenia  
: risperidone 4 ml po hs

Set OR DB wound rt knee  
Wean off levophed  
Drip alb

BP drop septic shock  
Load IV  
Drip alb  
Start levophed

Conscious ซึม ลืมตา ไม่ทำตามคำสั่ง

# Hospital course



Off ET tube  
Off levophed  
On oxygen canular 3 LPM

Diarrhea นึกถึง C diff  
infection add vancomycin

22/9

24/9

25/9

29/9

30/9

On ET tube

Levophed 8:125 rate 15  
add ATB meropenam  
+colistin + sulperazone  
-UGIB

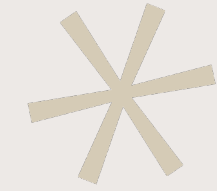
BP drop

Start levophed  
Drip alb

ID มาประเมิน นึกถึง source  
infection จากแผล bed sore  
UTI  
Levophed ขาขึ้น



# Hospital course



Psychi : นี้ก็ถึง mix delirium เนื่องจากมี fluctuation ของอาการ บางช่วงถามตอบได้ awareness ดี co operate ได้ช่วงที่ไม่ response คาดว่าเป็น hypoactive delirium suggest correct cause ไม่ได้ปรับยา

2/10



3/10

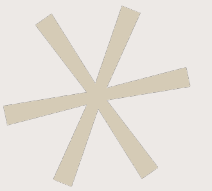


Consult PC , Psychi ร่วมประเมิน

R/O negative symptom off schizophrenia

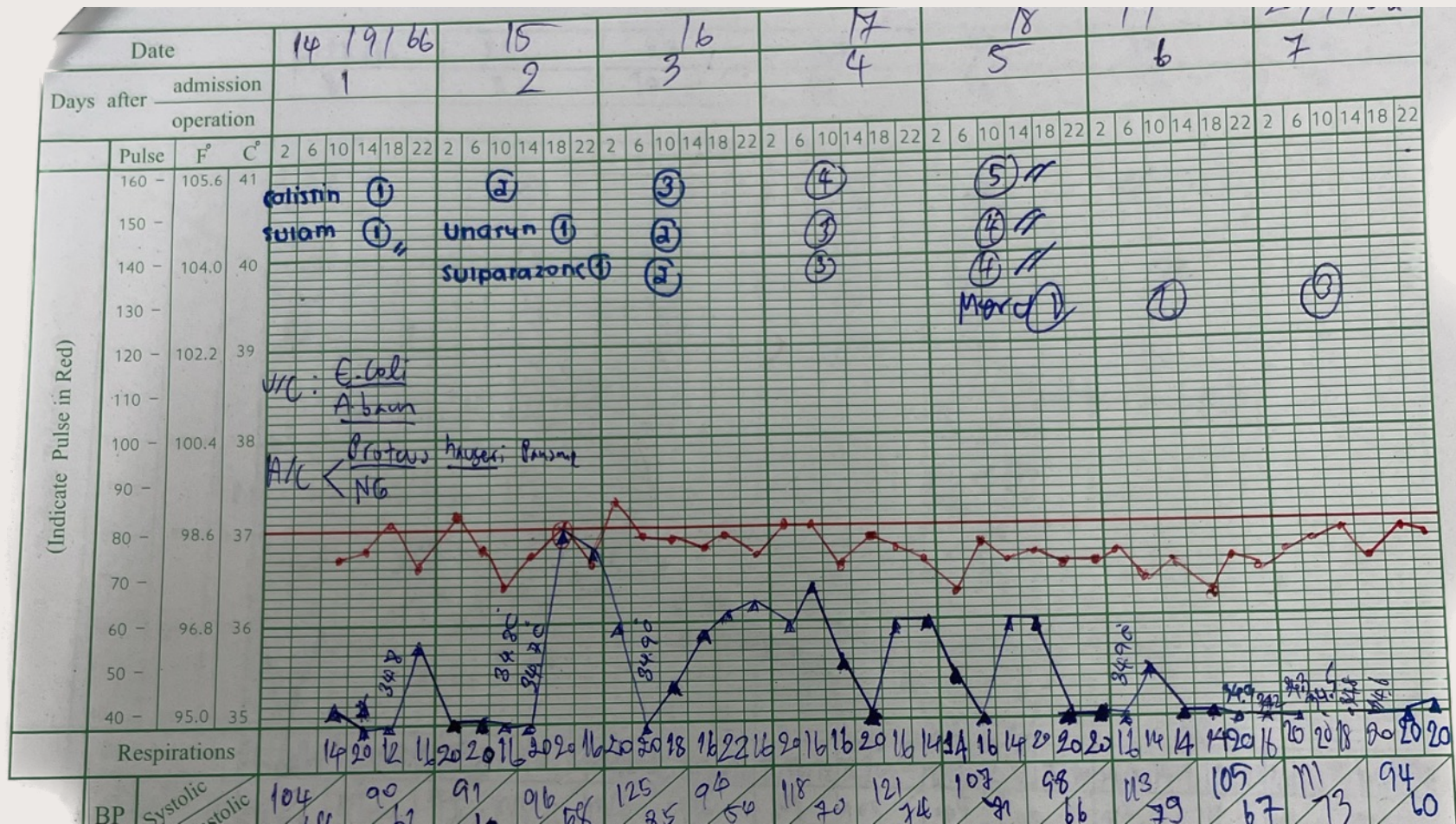
- drip Alb
- มี hypoglycemia
- Gross hematuria 600 ml
- Active Bleed bedsore at coccyx

# Psychiatric note

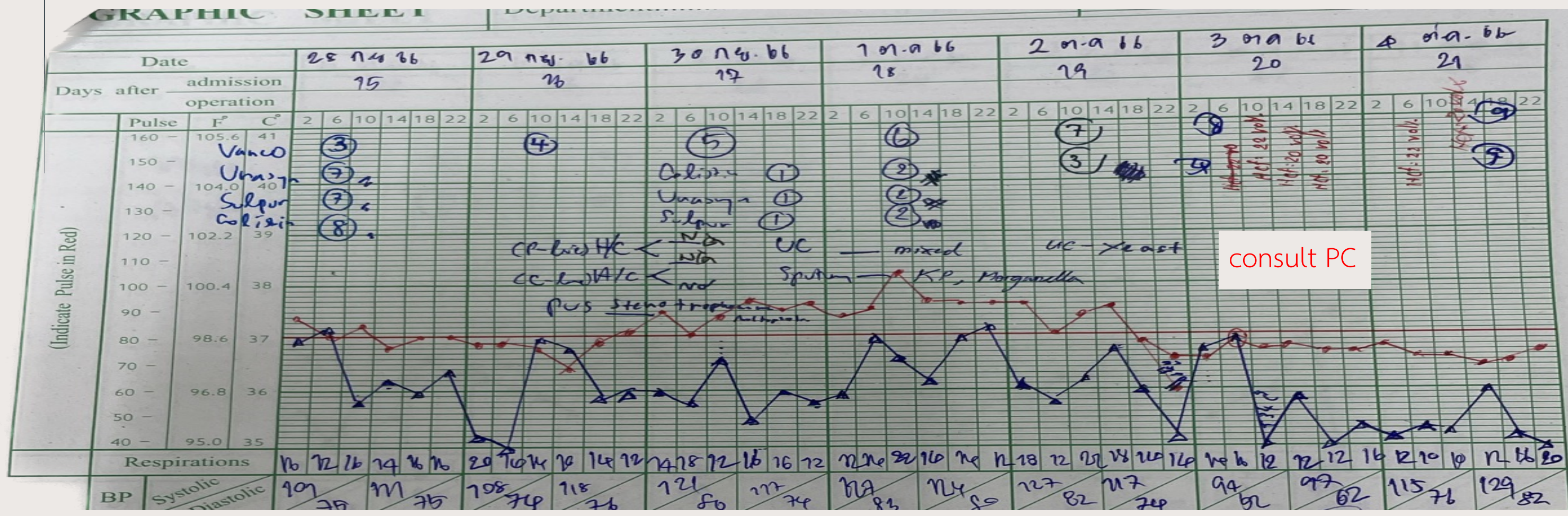
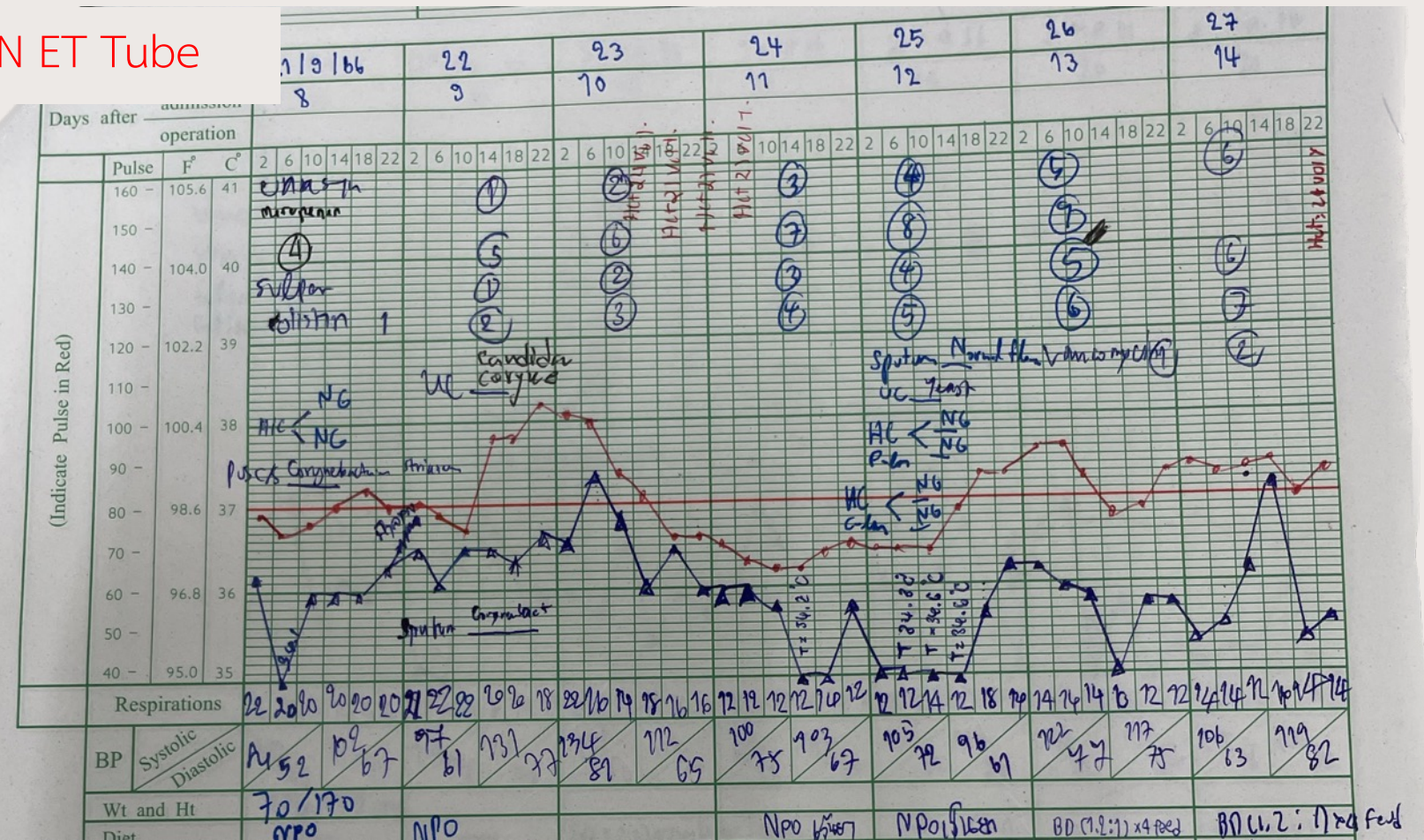


- ผู้ป่วยมีอาการสับสนเป็น ๆ หาย ๆ fluctuation บางช่วงไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ต่อด้าน บางครั้งร้องไห้อววยบ้าง แต่ร้องเป็นคำๆไม่วุ่นวาย นอนหลับได้ ประวัติเดิมก่อนมา รพ ไม่มีอาการหูแว่ว หรือหวาดระแวง
- **ประวัติน้องสาว** : เป็น paranoid schizophrenia รักษาที่รพ ศรีนครินทร์ ปี 57then loss F/U ล่าสุด F/U PCU สามเหลี่ยมได้รับยา Hadol 50 mg im q 4 wk ไปรับยาไม่สม่ำเสมอ มารดาเป็นคนพาไป มีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวแต่ไม่เคยลงไม้ลงมือกับแม่ ปฏิเสธประวัติ AH /VH และปฏิเสธการพูดคุยกับแพทย์
- หลังผู้ป่วยป่วย มารดามองว่ามีภาระมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นและไม่มีคนช่วยดูแล
- MSE : GA ผู้ป่วยชาย ถูกมัดอยู่บนเตียง ทำตามคำสั่งได้บ้าง
- Speech : mostly relevant with short answer , loud volume
- Mood : irritable
- Affect : appropriate
- Thought , Perception , suicidal idea can't evaluate
- นึกถึงอาการจาก mix delirium due to multiple etiology
- คิดถึงอาการจาก active schizophrenia น้อย



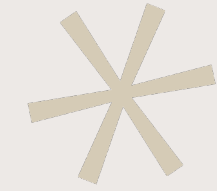


ON ET Tube



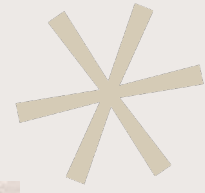


# Current medication



- Colistin 150 mg iv q 12 hr day 2.
  - Risperidone 4 ml po hs
  - hydrocortisone 200 mg iv 24 hr
  - Vit D2 (20000) 2 cap po weekly
  - BD via NG
  - Levophed (8:125) rate 2 ml/hr
  - thyroxine (100) 1\*1 ac
  - SDM (300) 4\*4 po pc
  - RI 4 u sc premeal
-

# PC consultation 2/10/66



( ) URGENT ( ) NOT URGENT

REFERRED TO Palliative DIVISION \_\_\_\_\_ DEPARTMENT \_\_\_\_\_

FROM: Med DIVISION 49 DEPARTMENT \_\_\_\_\_

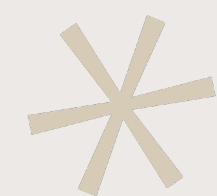
CLINICAL SUMMARY : ผู้ป่วยชาย อายุ 62 ปี U/D Poor controlled DM Type 2, Schizophrenia  
มาด้วยไข้หวัด + ไข้สูง + Poor Intake ไข้หวัด 57 + ไข้ as Hypoglycemia ~~ขาด-อุณหภูมิ~~ 36.2 + ไข้ Sub Temp  
Septic Shock ± Septic Encephalopathy ไข้สูง source 777 UTI + Infected Bed sore on <sup>Unasyn</sup> Sulfamazole, Vancomycin  
Now on ATB Vancomycin, Colistin <sup>Colistin</sup> Advance Care Plan

PROVISIONAL DIAGNOSIS : 1) UTI ± Septic Shock 2) Infected Bed sore 3) Hypothyroidism  
4) Colistin tubulopathy 5) Transaminite KID DILI

PLEASE REPORT REGARDING Advance Care Plan

SIGNATURE Ext. AD 25 / Rg 25 25 25 DATE 2/10/66 TIME 10.50

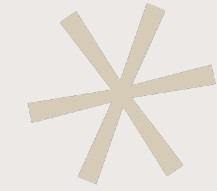




How would PC team assess  
and management this  
patient ?

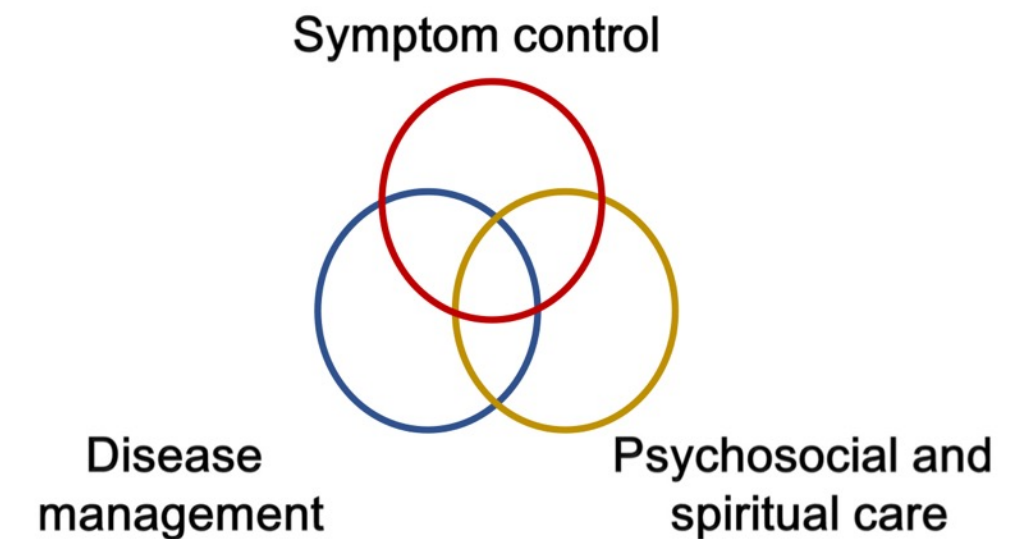
---

# Problem list



1. Symptomatic hypoglycemia (improved)
2. UTI with septic shock with septic encephalopathy
3. Infected bedsore gr 4
4. Chronic tubulopathy suspected from colistin
5. Acute transaminitis suspected from DILI
6. Overt DIC suspected form sepsis
7. DM type 2
8. Schizophrenia
9. Mix delirium

## Important Elements of Palliative Care





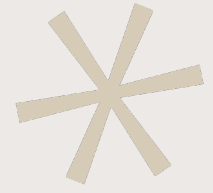








# PC symptoms



-Pain BPS=3/12

-Dyspnea RDOS= 2

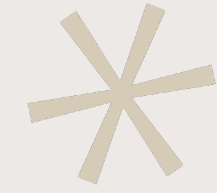
-No N/V

-No constipation

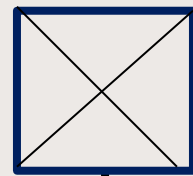
---



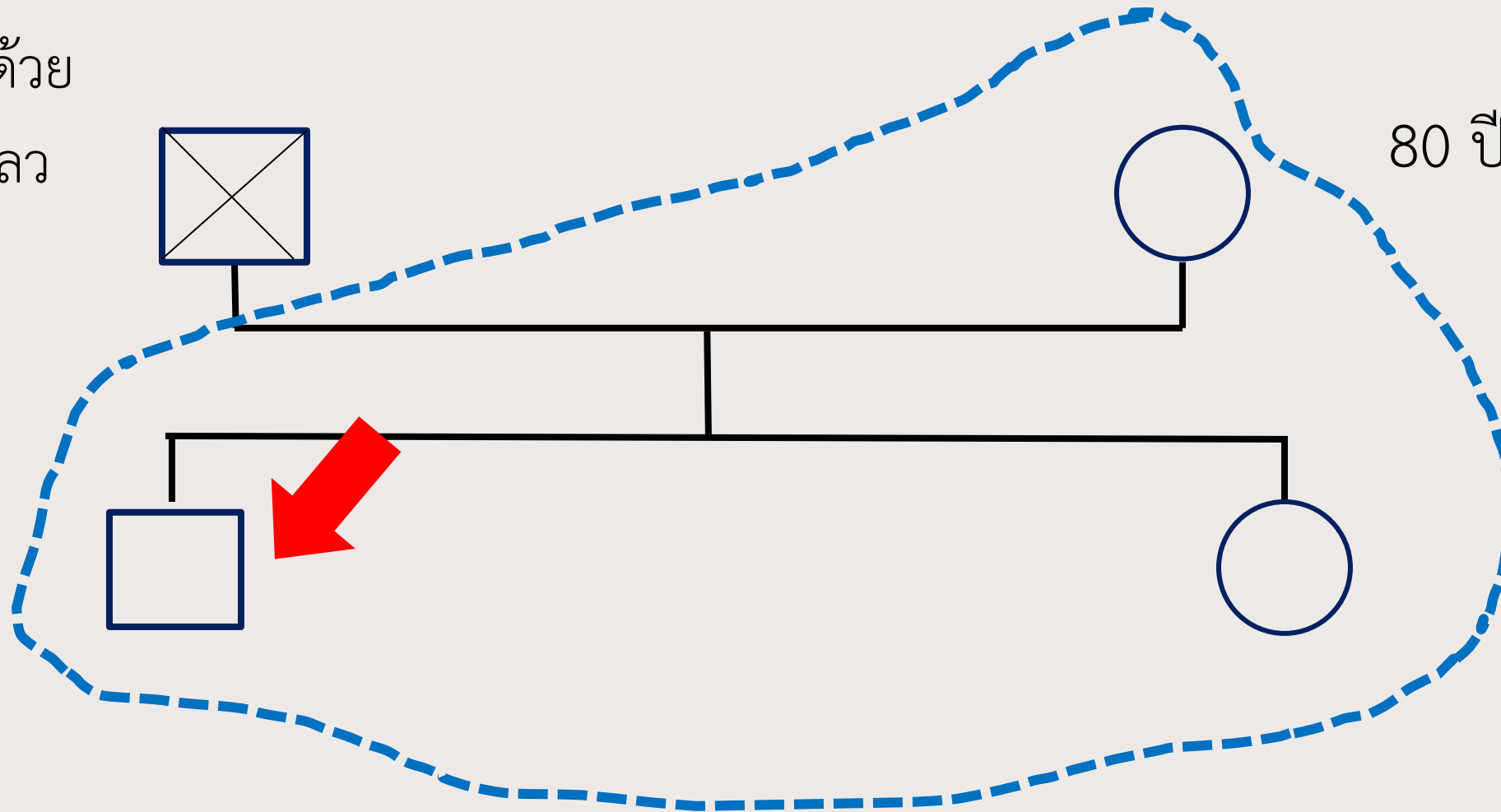
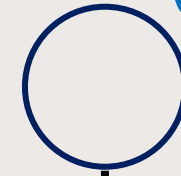
# Family genogram



เสียชีวิต ปี 54 ด้วย  
เรื่องหัวใจล้มเหลว



80 ปี ข้าราชการครูเกษียณ

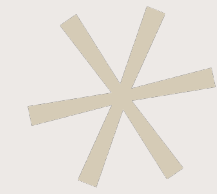


62 ปี paranoid schizophrenia

63 ปี DM ,  
schizophrenia



# Psychosocial



ผู้ป่วยสถานภาพโสด

บิดาเสียชีวิตปี 54 ด้วยโรคหัวใจล้มเหลว

มารดาเป็นข้าราชการบำนาญครูเกษียณอายุ 84 ปี มีโรคประจำตัวไทรอยด์ ผู้ป่วยมีพี่น้อง ทั้งหมด 2 คน

1. ผู้ป่วย อาชีพเป็นสถาปนิก มีรายได้ไม่แน่นอน มีนิสัยใจดี ถูกโกงค่าจ้างบ่อยเนื่องจากเป็นคนใจดีชอบช่วยเหลือคนอื่น

2. น้องสาว อายุ 62 ปี เป็นโสดเรียนจบ ป.โทคณะมนุษยศาสตร์ ม.มหิดล เคยทำงานอยู่ศูนย์วัฒนธรรม

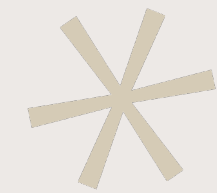
มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากนั้นไปทำงานสอนหนังสืออยู่ที่จังหวัดปัตตานี มารดาเป็นห่วงเลย ให้ลาออกจากงาน

ตอนนี้ลาออกมาได้ 10 กว่าปีแล้ว น้องสาวคนนี้เคยออกหักกับนายร้อยตำรวจ หลังออกหักผู้ป่วยมีอาการทางจิต

ได้รับการรักษา ที่ OPD จิตเวช รพ.ศรีนครินทร์ แต่ loss F/U ทำให้ขาดยา มีนิสัย เป็นคนเจ้าอารมณ์ คิดจะ

ทำงานก็ทำไม่อย่างทำก็ไม่ทำ ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน มีหน้าที่ช่วยดูแลผู้ป่วยและดูแลมารดา

# Psychosocial



## Perception

ข้อมูลจากมารดาและน้องสาวผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และเป็นโรคจิตเภท รักษาที่ รพ.ศรีนครินทร์  
ก่อนมา 3 เดือนก่อนมาผู้ป่วยหกล้ม รับประทานอาหารได้น้อย แขนขาไม่มีแรงกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง  
เกิดแผลกดทับ bed sore ติดเชื้อ

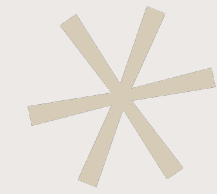
## Expectation

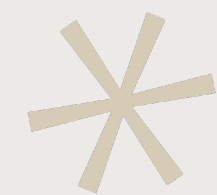
ครอบครัวขอรักษาให้เต็มที่ไปก่อน หากอาการแยกลง ขอให้ช่วยเหลือหายใจ ขอทำ CPR และขอเอา  
inotrope

---



# ข้อมูลเพิ่มเติมจาก PCU

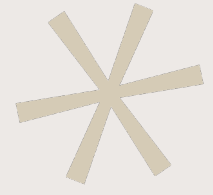




จากข้อมูลที่ได้ทั้งหมดท่านจะ  
สื่อสารกับครอบครัวอย่างไรและ  
จะวางแผนการดูแลอย่างไร



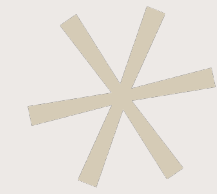
# Family meeting



## วางแผนก่อน family meeting

- หา proxy ประเมินความสามารถของ proxy ในการตัดสินใจ
- มองหาครอบครัว แหล่งสนับสนุนอื่น ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือครอบครัวได้
- หากครอบครัวไม่สามารถตัดสินใจตัวเอง แต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรม

# Psychosocial

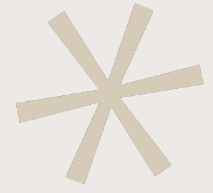


## ข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์

### ข้อมูลด้านการเงิน

- ปัจจุบันครอบครัวมีรายได้หลักมาจากเงินบำนาญครูของมารดา เดือนละ 12,000 บาท
  - กู้เงินจากสหกรณ์โดยการนำบ้านไปเป็นหลักประกัน จำนวน 200,000 บาท ใช้วิธีผ่อนไปเรื่อยๆใช้หมดก็กู้ใหม่ (มารดาไม่ได้กังวลเรื่องเงินเพราะคิดว่ายังสามารถบริการจัดการได้)
-

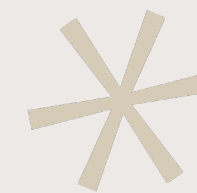
# Psychosocial



## ข้อมูลด้านการดูแล

- ปัจจุบันผู้ให้การดูแลหลัก คือ มารดา(สูงอายุ+มีโรคประจำตัว) และน้องสาว (มีปัญหาด้านจิตเวช) ซึ่งสามารถดำเนินการติดต่อประสานงานในการดูแลผู้ป่วยแทนมารดาได้ แต่พักหลังๆมารดาเล่าว่าบุตรสาวมีอาการหงุดหงิด เหนื่อยที่ต้องดูแลผู้ป่วย เพราะคิดว่าเป็นสาเหตุทำให้ไม่ได้พักผ่อน (น้องสาวรักษาอาการทางจิตเวชและทานยาต่อเนื่อง)
- เครือข่ายสามเหลี่ยมเข้ามาร่วมช่วยดูแลเป็นระยะขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน
- ที่อยู่อาศัยเดิมเป็นครัว้อยเอ็ดแต่ได้ย้ายมาอยู่ขอนแก่นหลายปีแล้ว บ้านและที่ดินปัจจุบันเป็นของมารดาไม่ได้เช่า
- เครือข่ายส่วนใหญ่อยู่ที่จังหวัดร้อยเอ็ด แต่ก็มีที่อยู่ขอนแก่นบ้าง แต่สัมพันธ์ภาพจะเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ การช่วยเหลือจะมีอยู่กันเพียง 3 คนในครอบครัวเท่านั้น

# Psychosocial



## ข้อมูลด้านการรับรู้สถานการณ์

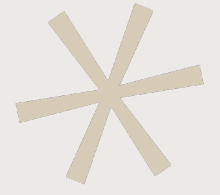
- มารดา รับทราบว่าอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น แต่มารดา ยอมทุกอย่างที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

## ข้อมูลด้านความต้องการการช่วยเหลือ

- มารดา บอกว่า กังวล และ ต้องการให้ ทีมแพทย์ ดูแล เรื่อง แผล ให้ผู้ป่วย เพราะ มารดา ไม่สามารถ  
ดูแล เรื่อง แผล เอง ได้

- ต้องการ ขอ ประเมิน หาก มี เรื่อง ที่ กังวลใจ ขอ โทรหา เป็น ระยะเวลา

# Psychosocial

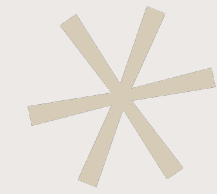


## ข้อมูลด้านปัญหาการดูแล

- ปัญหาด้านการดูแลเนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และมีผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องดูแลอยู่ในครอบครัว
  - เคยจ้างผู้ดูแลมาดูแลที่บ้านโดยจ่ายเดือนละ 12,000 บาท แต่ผู้ที่มาดูแลให้การดูแลเพียงเรื่องแผลและชอกกลับบ้านเพราะบอกว่ามีภาระที่ต้องดูแลในครอบครัว ส่วนเรื่องอาหาร ยา และการขับถ่าย สมาชิกในครอบครัวจะต้องดูแลกันเอง ซึ่งทำให้มารดาไม่พอใจในการดูแลจึงได้ยกเลิกการจ้างแล้วหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลครั้งล่าสุด
- Plan. จ้างผู้ดูแลคนใหม่หากผู้ป่วยได้กลับบ้าน



# Family meeting



ญาติที่เข้าร่วมมีมารดาและน้องสาวของผู้ป่วย ครอบครัวรับทราบตัวโรคและ prognosis ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลรอบนี้มีภาวะติดเชื้อดื้อยาต้องใช้ยาปฏิชีวนะชั้นสูงถึง 4 ตัว. ยังมีภาวะ malnutrition เป็นผู้ป่วยเพราะบางมากการรับรู้ทางสมองเสื่อมลงอย่างรวดเร็วผู้ป่วยไม่รู้ไม่ตอบสนองต่อการรับรู้อะไรเลย เทียบนี้โอกาสที่ผู้ป่วยจะรอดจากการติดเชื้อมีน้อยมากหากรอดจากการติดเชื้อได้ก็มีโอกาสกลับมาติดเชื้อใหม่อีก.

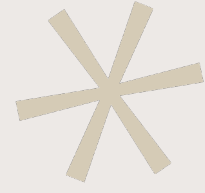
น้องสาวผู้ป่วยแจ้งว่าผู้ป่วยเคยบอกว่าอยากตาย ทีม PC ได้เสนอ แนวทางการรักษา 2 ทาง คือ

1. รักษาเต็มที่ภายใต้เครื่องพยุงชีพต่างๆแต่ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน
2. รักษาประคับประคองให้ยาจัดการอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย ครอบครัว ขอเลือกการรักษาแบบ

ประคับประคอง

PC plan :คุย primary เรื่องATB และวางแผนจะย้ายผู้ป่วยไปตึกกว.7/1 เพื่อ end of life care

# PC plan



แผนการดูแล  
-ย้ายหอผู้ป่วยระดับประคอง (ช่วย สเปน)

ไม่สามารถผ่านพ้น infection ครั้งนี้ไปได้  
แนวโน้มมถดถอย

วางแผนให้การดูแลเพื่อความสบาย ให้  
ครอบครัวได้อยู่ด้วยกันในวาระท้าย

แนวโน้มดีขึ้น

- วางแผนเตรียม home care
- multidisciplinary team
- เตรียมชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือ
- เตรียมความพร้อมเมื่อเกิด infection ในครั้งต่อไป



# End of life care in schizophrenia

---





# Palliative care for people with schizophrenia: a qualitative study of an under-serviced group in need

Beverley McNamara<sup>1\*</sup> , Anne Same<sup>1</sup>, Lorna Rosenwax<sup>1</sup> and Brian Kelly<sup>2</sup>

- Schizophrenia is a complex disease with level of disability, duration of illness and social costs all contributing to economic costs.
  - A 10 to 20 year shortened survival has been reported for this group.
  - Multifactorial explanations for the gap include reduced access to medical care : medication side effects, increased prevalence of comorbid illness
  - People with schizophrenia are socially marginalised , may experience socio-economic deprivation, stigma, homelessness, and violence and face premature death from preventable conditions
-

# End of life care in schizophrenia

- Many patients with schizophrenia struggle to report pain or related symptomatology, even with advanced illness and receive less opioid analgesia than other patients.
  - Many patients with schizophrenia retain capacity for medical decision making, especially when supported by trusted caregivers they are less likely to engage in advance care planning
  - Life limiting illness at the end of life have limited options for care
  - The vulnerability of patients with schizophrenia must be recognised in palliative care settings so that the care is inclusive and universally accessible
-

# End of life care in schizophrenia

## Individual factors that may affect people with schizophrenia at the end of life

- the end of life varies dependent upon individual factors
    - personal history, a fluctuating mental state
    - may be influenced by a progressive illness and co-morbidities, compliance with medication and the side effects of changing medications.
    - Many patients with chronic schizophrenia take Clozapine : Pharmacological complex
-



# End of life care in schizophrenia

## Social factors that may affect people with schizophrenia at the end of life

- At the end of life are vulnerable due to social isolation and marginalisation.
  - The most important factor in receiving good end of life support for people with schizophrenia many participants answered ‘strong social support’
  - Those most at risk may be homeless or living on their own in a boarding house type of accommodation.
-

# End of life care in schizophrenia

Health care factors that may affect people with schizophrenia at the end of life

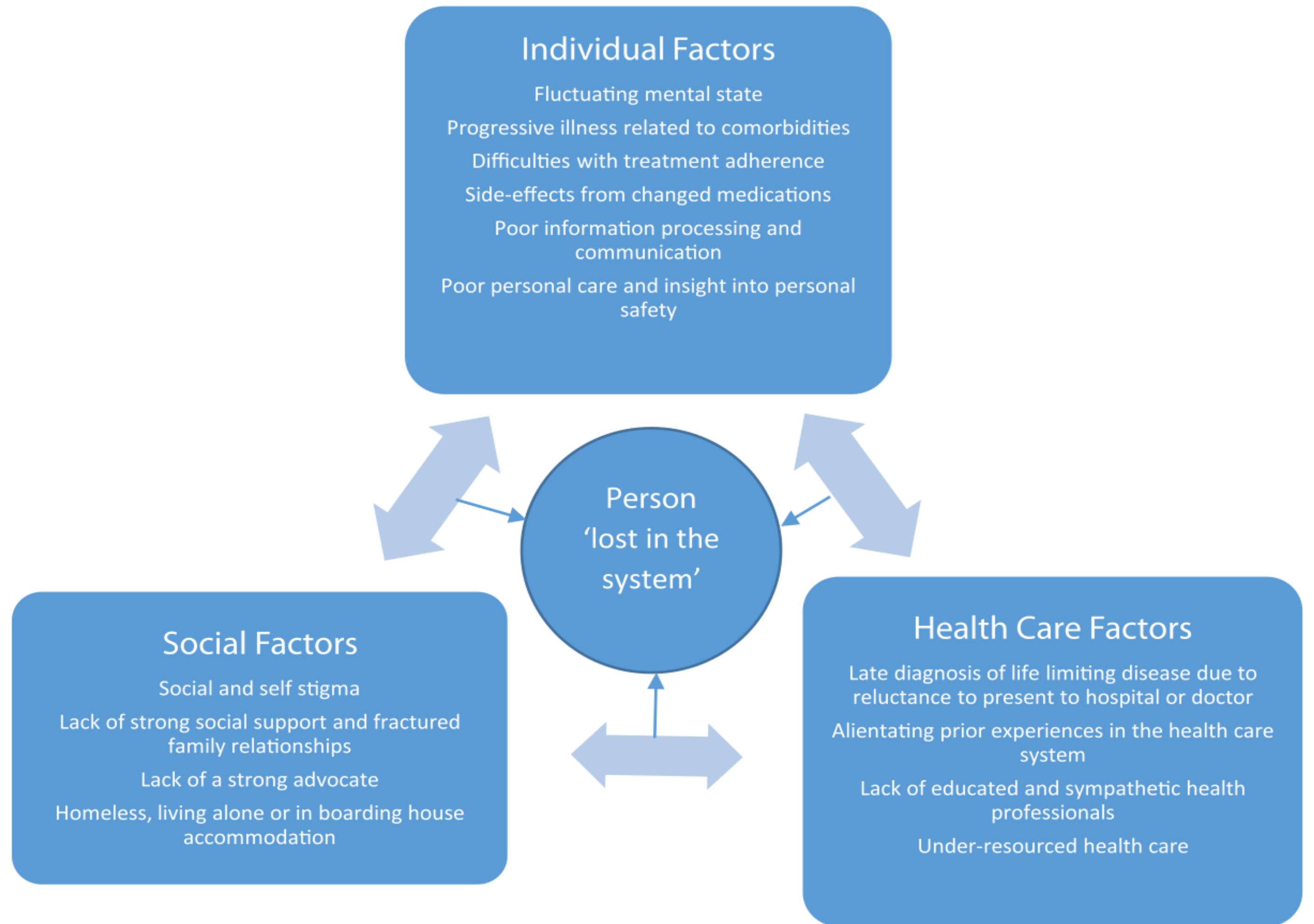
- Late diagnosis of a life limiting physical disease
  - Avoid going to the doctor based upon their previous experiences which they may perceive as unsatisfactory
  - Adequate care and referral to a palliative care team is based upon the presence or absence of a strong advocate
-

# End of life care in schizophrenia

The interrelationship between factors that affect people with schizophrenia at the end of life

- Alienating prior experiences with the health care system
- limited cognitive capacity, escalating physical symptoms, social and self-stigma, and assumptions made by health professionals who may lack education, sympathy and resources
- lead to people with schizophrenia being ‘lost in the mainstream system’





**Fig. 1** The interrelationship between factors that may affect people with schizophrenia at the end of life

# End of life care in schizophrenia

## Barriers and facilitators to people with schizophrenia receiving palliative care

- acknowledged that being referred to palliative care and receiving palliative services was not straightforward
- people with schizophrenia were ‘lost in the system’, without a strong advocate or without a secure place to live
- Early referral to palliative care is very important for this group

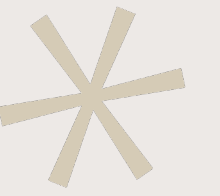
# End of life care in schizophrenia

## Recognising declining health, communication and planning

- confirm any declining health issues or their health status...so whether it's loss of appetite or weight loss or just through the medical investigation that might warrant a palliative care approach
- communicated with a multi-disciplinary team and in particular our palliative care link team
- Decisions involve advanced health care directives, enduring powers of guardianship, enduring powers of attorney, wills and funeral arrangements
- Place of care and desired place of death are also important topics of discussion
- Key to all of these processes is the presence of a strong advocate, in the form of a family member, friend, health professional



# Progress

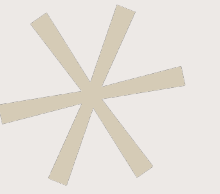


5/10/66 FM กับครอบครัว วางแผนการดูแลที่หอผู้ป่วยระดับประคองหลังจากได้รับยา ATB ครบ



ดูแล mouth care

# Progress



9/10/66 ได้รับ ATB ครบ ไม่มีไข้ ย้ายหอผู้ป่วยระดับประคอง มีอาการสับสน วุ่นวายมากขึ้น กระสับกระส่าย  
active problem

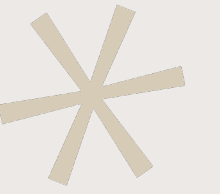
- multiple pressure sore
- Schizophrenia
- Delirium
- DM poor control

Management : renotify psychi

- MO IR (10) 0.5 tab po q 6 hr , MO IR (10) 0.5 tab po q 2 hr for dyspnea and pain
- Senokort 2 tab po hs
- Fentanyl 25 mg iv ก่อนทำแผล 5 นาที



# Progress



9/10/66 Psychi มาประเมิน

- Agitate แต่ verbal clam down ได้
- Disorientation to time place person
- Inattention / loss awareness
- Deny delution

} delirium

Stereotype oral and tongue movement. >>. R/O tardive dyskinesia

Plan ลด Antipsychotic , benzodiazepine

ลด risperidone (1 mg/ml) 2 ml po hs. , risperidone 0.5 ml po prn for agitation

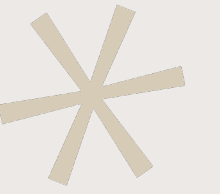


10/10/66 Endocrine step feeding

- metronidazole 1 amp ชุบ gauze ทำแผล OD



# Progress



11/10/66.

06.00 น. มีปัญหา hypoglycemia ตื่นลืมตา ถามตอบรู้เรื่องพอ ๆ เดิม ช่วงกลางคืนไม่นอน ได้ risperidone 1 ครั้ง ให้น้ำหวาน 100 ml DTX 55 >> 63

- 50% glucose 50 ml iv push DTX หลัง push 102

09.00 น

- เริ่มมีปัญหา BP drop 60/38 หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ตาลอย หายใจ air hunger

- สื่อสารกับครอบครัว มารดาและน้องสาว

- เข้า ICP

- morphine 10 mg + midazolam 10 mg + buscopan 80 mg + NSS up to 24 ml IV/SC drip rate 1 ml / hr

- morphine 2 mg IV/Sc prn for dyspnea q 2 hr , Midazolam 2.5 mg IV /SC prn for agitation q 2 hr

15.20 น. ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

---

*The end*

