

Palliative care case conference

ประจำเดือนเมษายน 2567

A 67-year-old man who was diagnosed with advanced-stage rectal cancer was admitted with uncontrolled pain and vomiting.

During admission, his pain and vomiting symptoms were off and on, need increments of his opioid.

His abdominal examination & bowel function were normal. Later, hypoactive delirium was diagnosed.

วันพุธที่ 24 เมษายน 2567 เวลา 12.00-13.30 น.

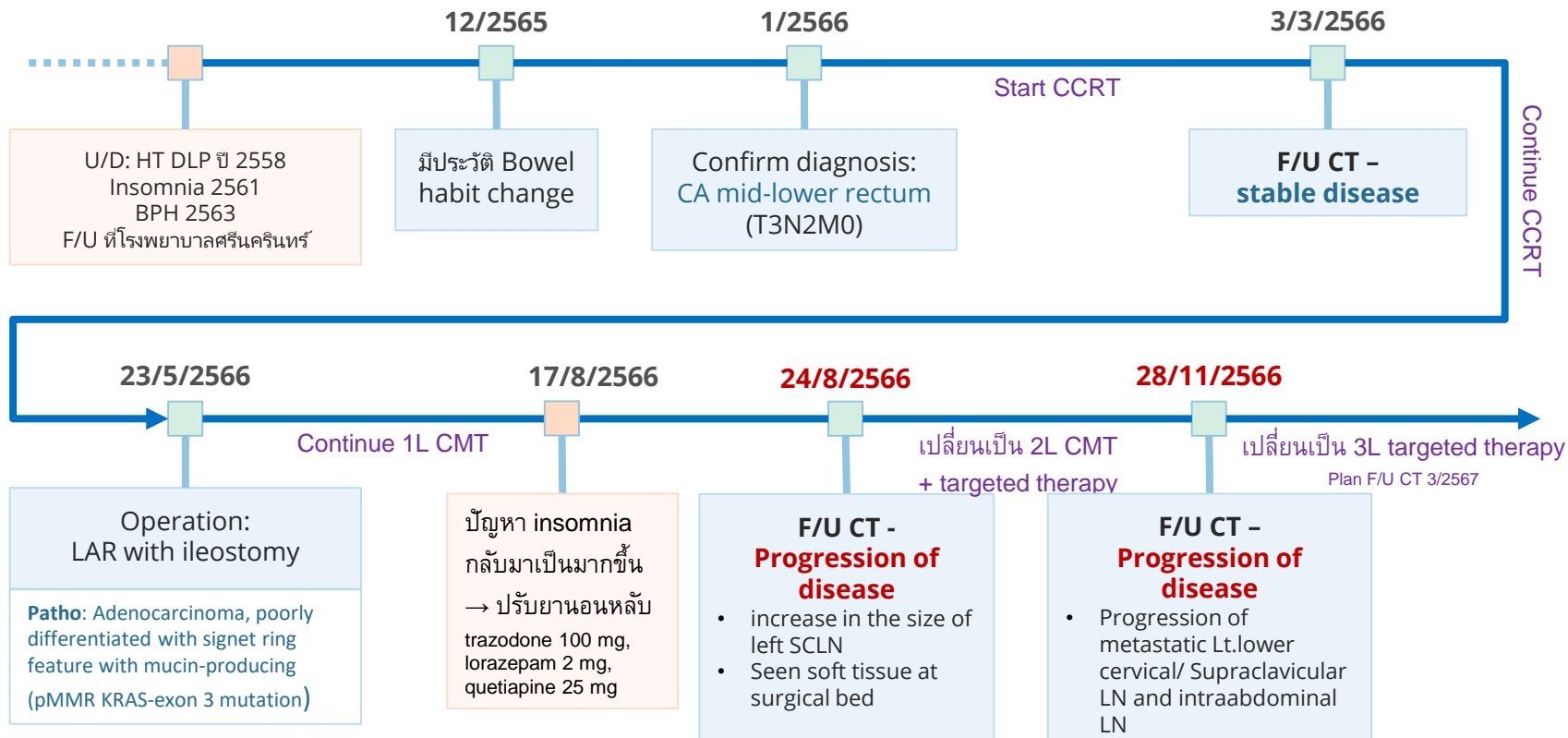
ขอเรียนเชิญผู้ที่สนใจร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง
ผ่านทาง zoom meeting ID: 933 0761 9773 Passcode: 1234



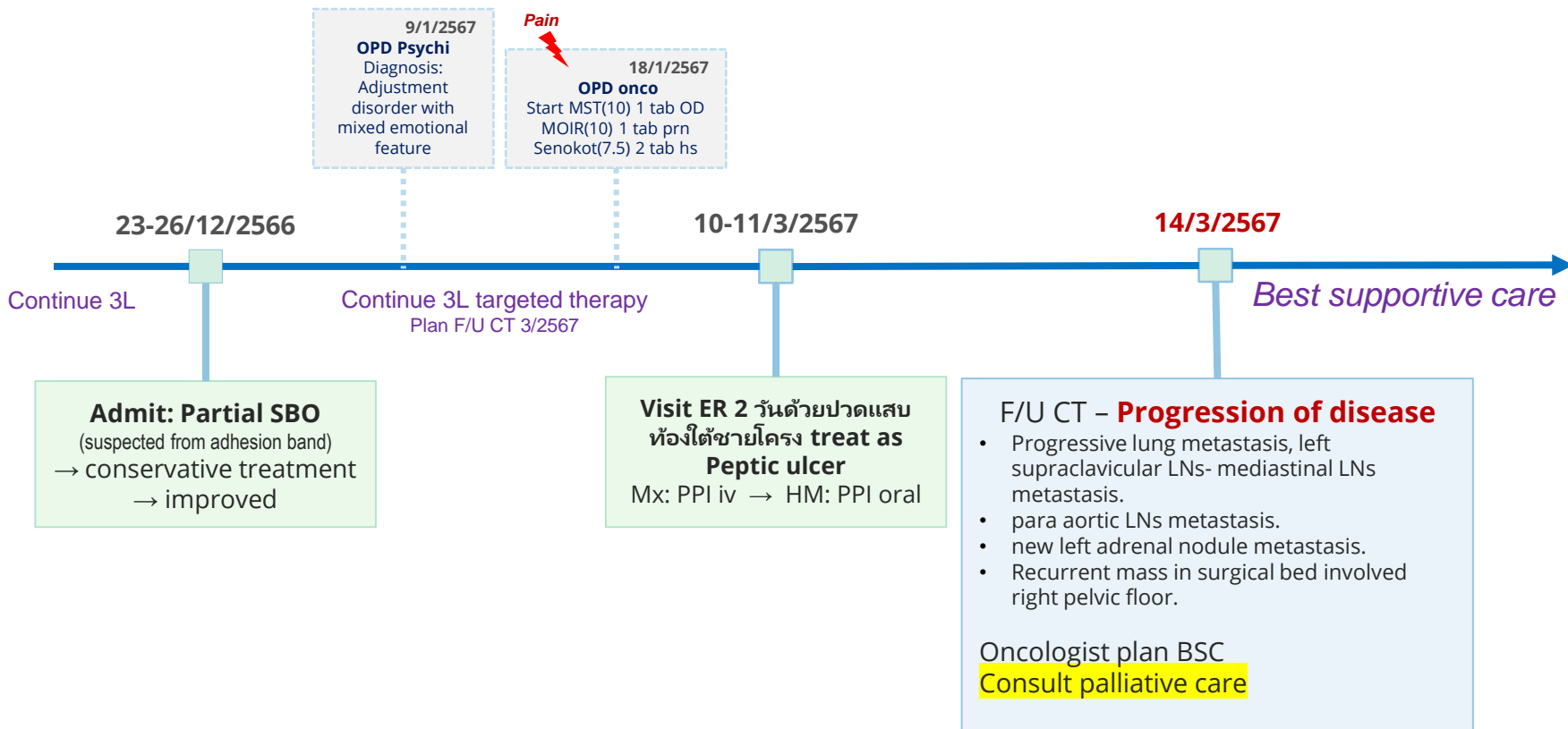
Patient identification

- ผู้ป่วยชาย อายุ 67 ปี
- สถานภาพ : สมรส
- ที่อยู่ : อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- สิทธิการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- Admission date : 9/4/2567
- Status before admission : PPS 60%

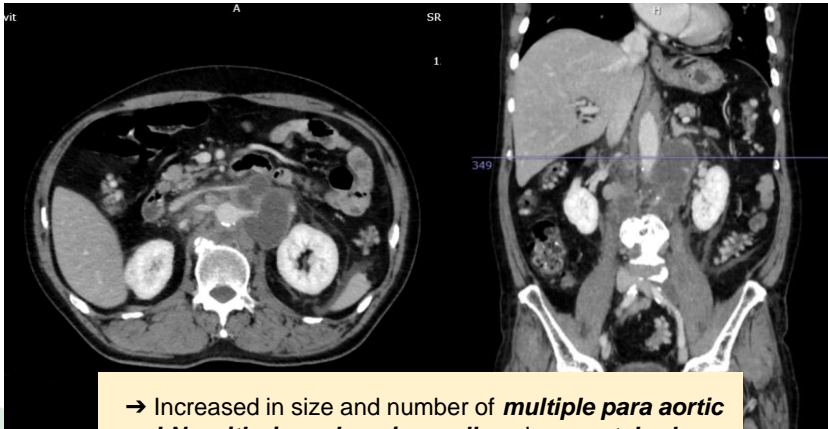
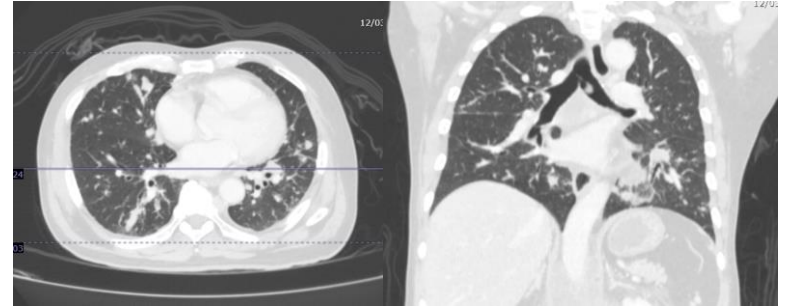
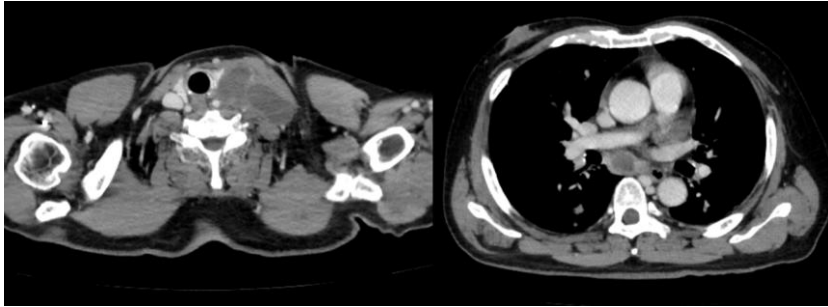
Patient timeline



Patient timeline



CT chest with WA 3/2567



- Increased in size and number of **multiple para aortic LNs with rim enhancing wall**, and **prevertebral necrotic mass** of lumbar level.
- The LNs encased both renal arteries- vein and IVC.

IMPRESSION:

- progressive lung metastasis, left supraclavicular LNs- mediastinal LNs metastasis.
- para aortic LNs metastasis.
- new left adrenal nodule metastasis.
- recurrent mass in surgical bed involved right pelvic floor.

Patient timeline



Best supportive care

14/3/2567

1st visit OPD PC
สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว
รับทราบสถานการณ์โรค
ACP: full comfort care, no ETT, no CPR, no inotrope

Mx: control pain

- MST(10) 1 tab po q 12 hr
- Gabapentin(300) 1x1 po hs
- MOIR(10) 1 tab po prn q 2 hr

Pain at epigastrium + PS 6-7/10
at sacral area with radiate to
Rt. thigh

25/3/2567

Telemed ติดตามอาการ
PPS 60%
มีปัญหา severe pain -> กินยา
MST+MOIR q 2-3 hr
รวมได้ MO 140 mg/d oral

25-31/3/2567

Admit to palliative ward to control pain

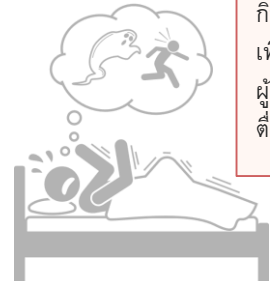
HM:

- Fentanyl patch 50 mcg
- MOIR (10) 2 tab po prn q 2 hr for pain
- Gabapentin (300) 1x2
- Plasil(10) 0.5x3

9/4/2567

Telemed ติดตามอาการ

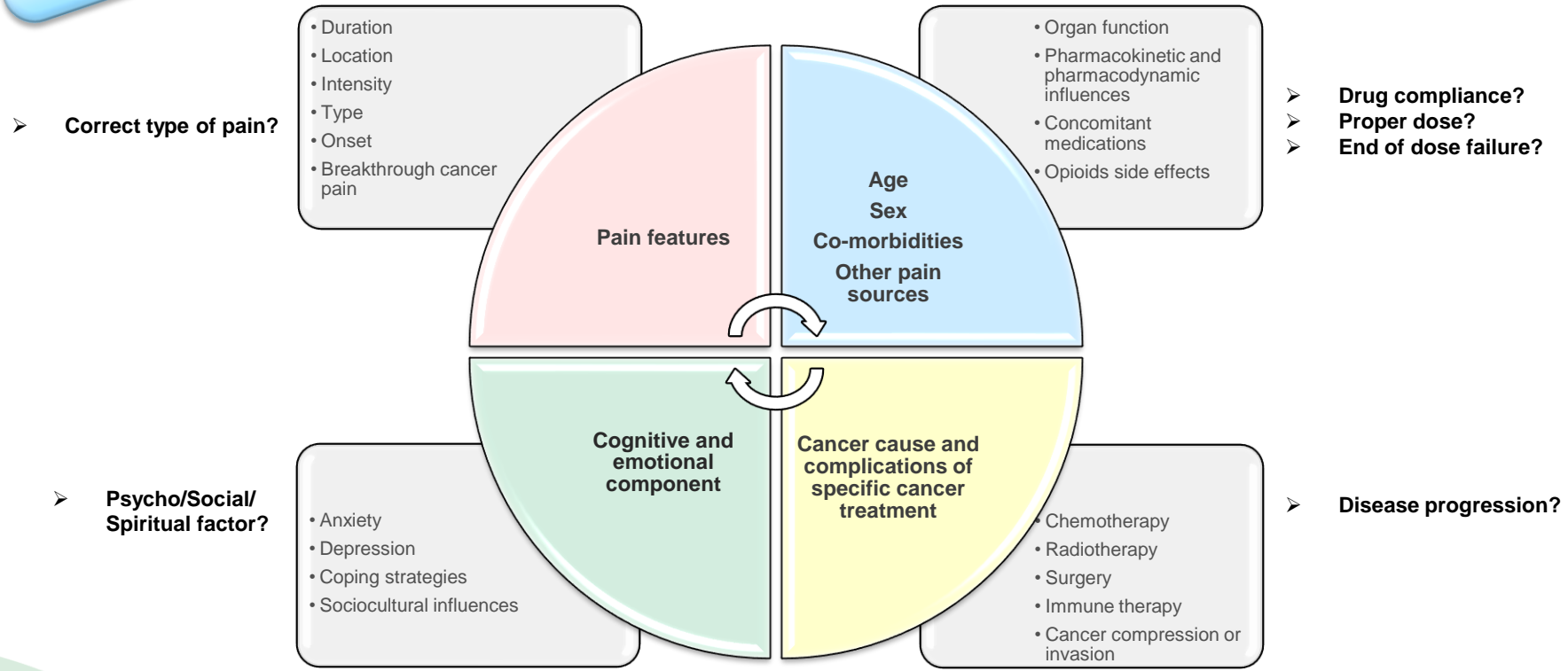
3 วันมานี้ ผู้ป่วยปวดท้อง และปวด
สะโพกมาก ปวดหนักๆตลอด ไม่จืด
ปวดร้าวไปที่ก้น PS7/10 -> หลังกิน
MOIR PS 3-4/10
ญาติไม่ได้นับว่ากิน MOIR วันละกี่เม็ด
แต่กินจนยาหมดและยังคุมปวดไม่ได้จึง
เอายา MST ที่เคยได้ที่ยังเหลืออยู่มา
กินแทน โดยเฉลี่ย ให้กิน MST/MOIR
เพิ่มประมาณ 4-5 ครั้ง/วัน ญาติแจ้งว่า
ผู้ป่วยดูไม่สบาย หลับยาก และมัก
ตื่นมากกลางดึกเพราะฝันร้าย



ถ้าท่านเป็นที่มการดูแลระดับประคอง
ที่ดูแลผู้ป่วยรายนี้จะมีแนวทาง**ประเมิน**
อย่างไร ?

GUIDE

Uncontrolled pain approach



อย่าลืม R/O Delirium, Dementia, Depression เสมอ

Chief complaint:

ปวดท้องและสะโปกมากขึ้น 3 days PTA

Present illness:

- 1 week PTA หลังออกจากโรงพยาบาลมีปวดบริเวณท้องและเอว กินยา MOIR(10) 1 tab วันละ 1-3 ครั้ง (หลัง D/C ได้รับยา MOIR(10) กลับบ้านจำนวน 30 เม็ด)
- 3 days PTA ปวดท้องทั่ว ๆ ร่วมกับปวดสะโพกสองข้างตื้อ ๆ มากขึ้น ไม่มีลักษณะแสบร้อน/ไม่ปวดร้าวไปไหน ไม่มีชา Pain score 7/10 หลังกินยา MOIR ให้ Pain score 4/10 แต่สังเกตว่ากินยาไปได้แค่ 1 ชั่วโมงก็กลับมาปวดมากใหม่ ผู้ป่วยจึงกินยา MOIR(10) 1 tab เกือบทุก 2 ชั่วโมง จนกระทั่งยา MOIR(10) หมดจึงได้มีการนำยา MST(10) ที่ยังมีเหลืออยู่ที่บ้านมาทานเป็นยา PRN แทน โดยนำมาทานทุก 4-6 ชั่วโมง ยังถ่ายและผายลมได้ปกติทุกวันผ่าน ileostomy ไม่มีใช้

Present illness:

- มักมีคลื่นไส้ อาเจียนหลังมีอาหาร ไม่อาเจียนพุ่ง โดยลักษณะอาเจียนออกมาเป็นนมที่ทานเข้าไป ปริมาณเล็กน้อย หลายครั้งได้กลิ่นอาหารแล้วจะรู้สึกคลื่นไส้
- อ่อนเพลียมากขึ้น เหนื่อยมากขึ้นตอนออกแรง
- ในช่วงที่กลับบ้านไปมักจะนอนไม่ค่อยหลับ และมักมีฝันร้ายทำให้ตื่นตอนกลางคืน แล้วจะนอนหลับต่อยาก
- มีบ่นอยากตาย ต้องเห็นญาติคนใดคนหนึ่งอยู่ด้วยตลอด

Previous medication

- Fentanyl 50 mcg/hr TD 1 patch q 72 hr
- Gabapentin(300) 1 cap oral q 12 hr
- MOIR(10) 2 tab oral prn q 2 hrs for pain/dyspnea
- Senokot(7.5) 2 tab oral hs
- Domperidone(10) 1 tab oral tid ac
- Pantoprazole(40) 1 tab oral OD AC
- Quetiapine(25) 1 tab oral hs
- lorazepam(2) 1 tab oral hs
- Trazodone(100) 1 tab oral hs
- Doxazosin(4) 1 tab oral OD PC
- Amlodipine(10) 0.5 tab oral OD PC
- Losartan(50) 0.5 tab oral OD PC
- Simvastatin(20) 1 tab oral hs

Physical examination

GA: A Thai old man, looks fatigued

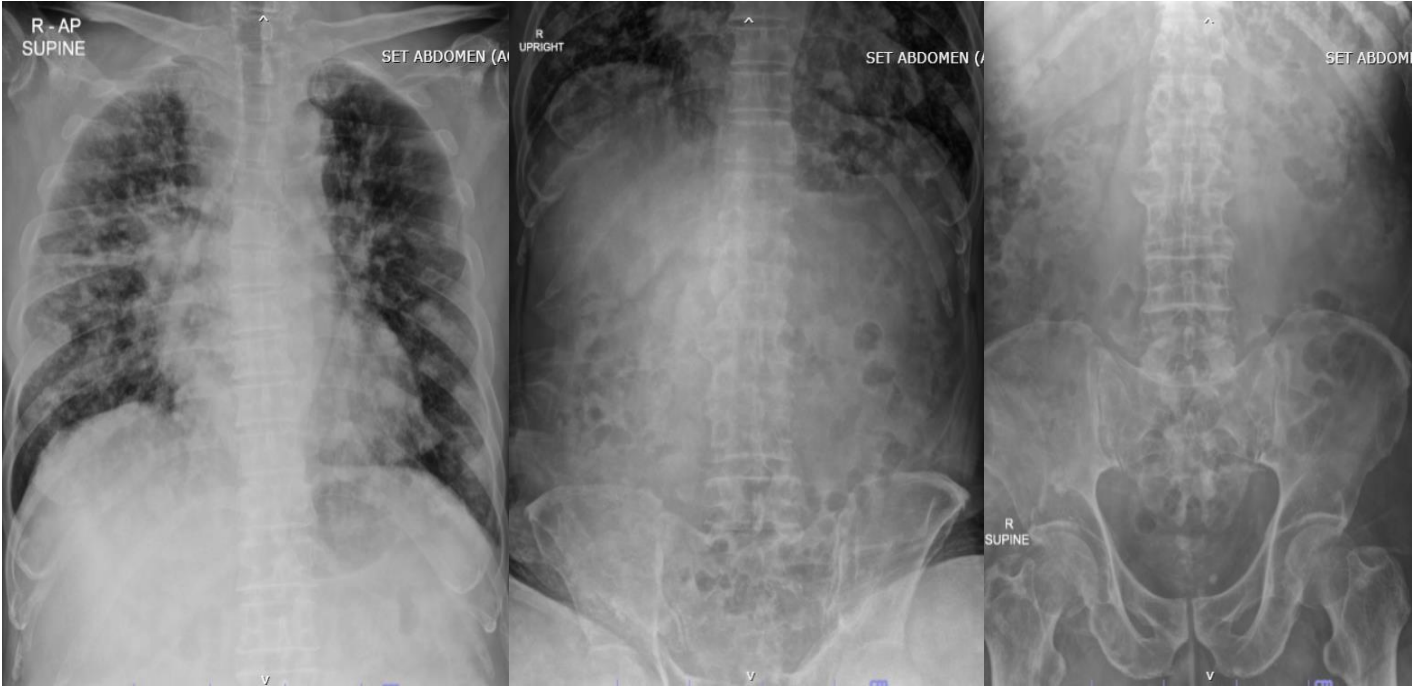
- **V/S** BP 122/85 mmHg, PR110/min, RR 18/min, BT 36.8 °c, SpO2 95% (RA)
- **HEENT** – not pale conjunctivae, anicteric sclera, palpable supraclavicular lymph node
- **Lung** – no retraction, equal breath sound, no adventitious sound both lungs
- **Heart** – regular, normal S1S2, no murmur
- **Abdomen** –fatty contour, normoactive bowel sound, no tenderness/guarding, normal ileostomy
- **Neuro** – E4V5M6, pupil Rt. 3 mmRTLBE, motor gr V all extremities, no decrease in pinprick sensation, no allodynia/hypoalgesia, SLRT negative
- **Extremities** – no edema, no deformity

Investigation 9/4/2567

[-] Complete blood count	RBC	10 ⁶ /uL	4.55 L
	HGB	g/dL	11.9 L
	HCT	%	37.9 L
	MCV	fL	83.3
	MCH	pg	26.2
	MCHC	g/dL	31.4
	RDW	%	16.0 H
	WBC	10 ³ /uL	10.91 H
	PLT	10 ³ /uL	446 H
	MPV	fL	9.7
	NE%	%	82.4 H
	LY%	%	8.2 L
	MO%	%	7.0
	EO%	%	2.1
	BA%	%	0.3
	NRBC	/100 WBC	0.0

[-]	BUN	BUN, 32201	mg/dL	13.1
[-]	CREATININE	CREATININE, 32202	mg/dL	0.78
		eGFR(CKD-EPI) age >=18	ml/	93.40
[-]	SODIUM	SODIUM, 32102	mEq/L	131 L
[-]	POTASSIUM	POTASSIUM, 32103	mEq/L	5.1 H
[-]	BICARBONATE	BICARBONATE, 32105	mEq/L	18.0 L
[-]	CHLORIDE	CHLORIDE, 32104	mEq/L	98
[-]	CALCIUM	CALCIUM, 32106	mg/dL	8.6 L
[-]	PHOSPHORUS	PHOSPHORUS, 32109	mg/dL	4.7 H
[-]	MAGNESIUM	MAGNESIUM, 32107	mg/dL	2.1
[-]	CHOLESTEROL	CHOLESTEROL, 32501	mg/dL	281 H
[-]	TOTAL PROTEIN	TOTAL PROTEIN, 32402	g/dL	6.4 L
[-]	ALBUMIN	ALBUMIN, 32403	g/dL	3.4 L
[-]	Globulin	GLOBULIN	g/dL	3.0
[-]	TOTAL BILIRUBIN	TOTAL BILIRUBIN, 32208	mg/dL	0.4
[-]	DIRECT BILIRUBIN	DIRECT BILIRUBIN, 32207	mg/dL	0.1
[-]	ALT	ALT, 32311	U/L	17
[-]	AST	AST, 32310	U/L	29
[-]	ALP	ALP, 32309	U/L	76

Film acute abdomen series 9/4/2567



Palliative care assessment



PC symptoms

PPS 50%

- **PAIN** ปวดบริเวณท้องทั่ว ๆ ร่วมกับปวดหลัง ก้น และสะโพกสองข้าง ลักษณะปวดตื้อ ๆ ไม่มีแสบร้อนหรือชาไม่มีปวดร้าวไปที่ใด worst pain 7-8/10, best pain 0-3/10(หลังกินยาPRN) ไม่สัมพันธ์กับการขยับตัว มักปวดบ่อยช่วงกลางคืน
- **DYSPNEA** เป็น dyspnea on exertion 8/10 จะเหนื่อยเวลาทำกิจวัตรประจำวันเช่นพลิกตะแคงตัวเพื่อขับถ่าย/ปัสสาวะหรือเดิน จึงทำให้ช่วงหลังมานี้นั่ง/นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่
- **NAUSEA/VOMITING** 7/10 มักคลื่นไส้เวลาได้กลิ่นอาหาร และอาเจียนหลังมีอาหารโดยอาเจียนออกมาเป็นนมที่ทานเข้าไป
- **ANOREXIA** 10/10 เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียนทำให้ไม่อยากอาหารมากขึ้น
- **CONSTIPATION** 0/10 ขับถ่ายออกทาง ileostomy ได้ทุกวัน ลักษณะเป็นถ่ายเหลวสีเหลืองข้นปกติ

PC symptoms

- **INSOMNIA** 5/10 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับไม่สนิท ถ้าตื่นกลางดึกแล้วจะหลับต่อยาก โดยมีช่วงที่ตื่นจากฝันร้าย ในโรงพยาบาลครั้งก่อนมีฝันร้ายอยู่ 3 วัน กลับบ้านไปมีฝันร้ายบางวัน ฝันว่าปวดมากกระวนกระวายและพยายามจะขอยา PRNแก้ปวด ฝันว่ามีคนจะมาทำร้าย/ดิงสายน้ำเกลือ เวลาตื่นกลางดึกช่วงแรกจะสับสนว่าเป็นบ้านหรือโรงพยาบาล ต้องมองรอบ ๆ สักพักหรือเรียกลูกสาวมาคุยจึงจะแยกได้ว่าเป็นฝันหรือความจริง ไม่มีอาการแบบนี้ตอนกลางวัน
- **ANXIETY** 8/10 กังวลกับอาการที่รบกวนทั้งอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาการเหนื่อย ที่ทำให้จำกัดการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงทานอาหารได้น้อยจากคลื่นไส้และเบื่ออาหารทำให้กดดันตนเองเพราะทราบว่าควรจะต้องกินเยอะ ๆ และกังวลว่าลูกชายจะกลับมาจากต่างประเทศไม่ทันผู้ป่วย
- **MOOD** มีเศร้าเป็นช่วง ๆ 7/10 เป็นเกือบทุกวัน แต่ช่วงที่ได้เล่นกับหลานจะดีขึ้นมาบ้างแต่ได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น คิดถึงลูกชายและเศร้าที่ลูกยังไม่สามารถกำหนดเวลากลับไทยได้ชัดเจน และช่วงนี้อาการรบกวนเยอะมากขึ้น ไม่แจ่มใสเหมือนเมื่อก่อน รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของลูกสาว มีความคิดอยากตายขึ้นมาเรื่อย ๆ แต่ไม่เคยคิดหรือวางแผนฆ่าตัวตาย

การประเมินเพิ่มเติม

- 2Q → “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า”
- 9Q → มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
- 8Q → มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง

- MMSE = 26 คะแนน
 - พบว่าส่วนที่มีปัญหามากที่สุดคือ attention/calculation ได้เพียง 1/5 คะแนน

Delirium vs Dementia vs Depression

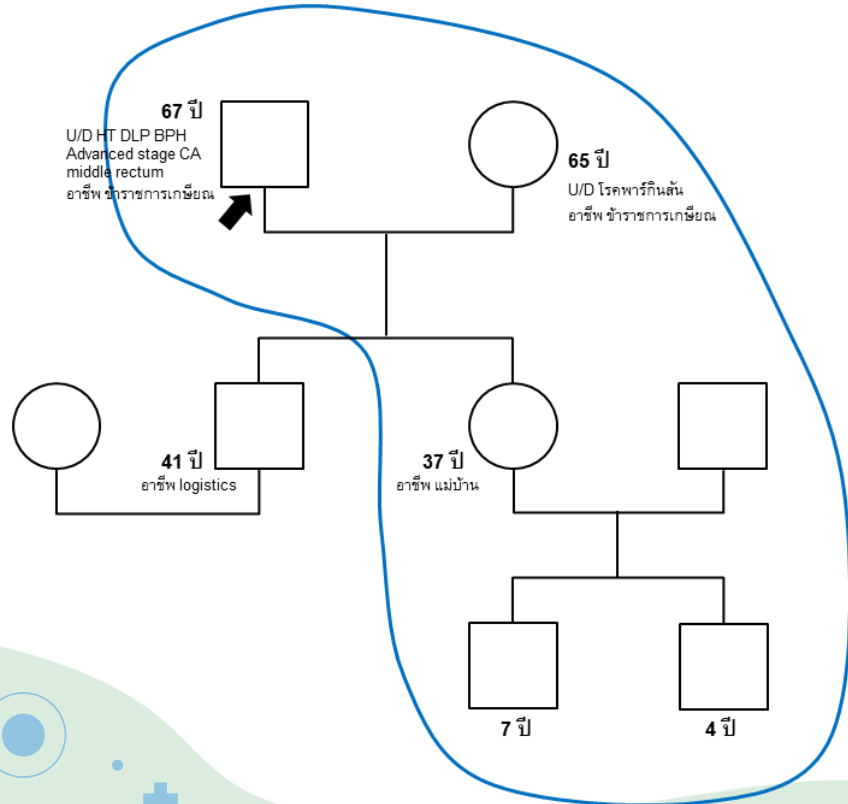
Clinical feature	Delirium	Dementia	Depression
Onset	Sudden/abrupt	Insidious/slow, usually unrecognized	Variable
Course	Short with diurnal fluctuations in symptomatology	Chronic and progressive	Variable, symptoms typically worse in the early morning
Progression	Abrupt	Protracted	Variable
Consciousness	Altered	Clear except in severe cases	Clear
Attention	Impaired; fluctuates	Initially normal	Generally normal
Orientation	Generally impaired, severity varies	Generally normal ^a	Selective disorientation
Memory	Recent and immediate impaired	Recent and remote impaired	Selective impairment
Thinking	Disorganized, incoherent	Difficulty with abstraction, thoughts impoverished	Intact with themes of hopelessness and helplessness
Perception	Misperceptions common with illusions, hallucinations and delusions	Misperceptions usually absent	Intact
Psychomotor behavior	Variable: hypokinetic, hyperkinetic, and mixed	Generally normal	Variable
Assessment	Distracted from task; numerous errors	Struggles with assessment to find appropriate reply	Generally lacks motivations, frequent "don't know" answers

^aOrientation can be impaired (eg., vascular dementia or advanced stage of dementia).

From Milisen K, Steeman E, Foreman MD. Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer. *Eur J Cancer Care* 2004;13:494–500; with permission.

Psychosocial assessment

Family genogram



ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน ได้แก่

- คนที่ 1 เพศชาย แต่งงานมีครอบครัว ประกอบอาชีพวิศวกรต้องเดินทางไปทั่วโลก ปีละ 9 เดือน และกลับมาพักที่ประเทศไทย 3 เดือน ส่วนภรรยาทำงานอยู่ที่ชลบุรี
- คนที่ 2 เพศหญิง แต่งงานมีครอบครัว เดิมอาชีพพนักงานธนาคาร ปัจจุบันเป็นแม่บ้าน มีบุตร 2 คน อายุ 5 และ 7 ปีตามลำดับ ส่วนลูกชายประกอบอาชีพเดียวกันกับบุตรชาย
- เดิมผู้ป่วยเป็นรองผู้อำนวยการโรงเรียน และได้เกษียณอายุราชการมาแล้ว 7 ปี หลังเกษียณได้ใช้ชีวิตอยู่กับภรรยา ผู้ป่วยชื่นชอบการปลูกต้นไม้ และเลี้ยงสัตว์ แต่เมื่อรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยเป็นมะเร็งก็ได้ย้ายมาอยู่กับบุตรสาวที่ขอนแก่น โดยมีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งเดิมภรรยาเคยเป็นครูในโรงเรียนเดียวกันและได้เกษียณอายุราชการมาแล้วเช่นกัน
- ไม่มีปัญหาด้าน financial

Psychosocial assessment

- Idea

- ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบที่ตัวโรคมะเร็งลุกลามไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยได้ทราบจากคุณหมอมะเร็งก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการพยากรณ์โรคระยะเวลาที่เหลือเป็นอย่างไรแต่รู้สึกว่เวลาของตนเองเหลือไม่มากนัก ส่วนลูกสาวทราบจากทีมแพทย์ว่าระยะเวลาต้องประเมินเป็นหลักเดือน
- เรื่องการทานยา ผู้ป่วยเป็นคนจัดยาเอง และทราบชนิดและระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา MOIR และ MST ทราบถึงข้อจำกัดของ MST แต่เนื่องจากอาการปวดมากทำให้ยา MOIR ที่ได้จากโรงพยาบาลหมด ไม่มีทางเลือก จึงจำเป็นต้องนำ MST มาใช้แทนเพราะไม่ต้องการทนปวด

Psychosocial assessment

- **Feeling** รู้สึกกลัวอาการปวดที่จัดการไม่ได้ที่บ้าน เป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน (Fear of suffering) กังวลว่าถ้าเกิดอาการแล้วจะไม่มีใครช่วยจัดการอาการได้ทัน
- **Function** การเจ็บป่วยทำให้การใช้ชีวิตจำกัดมากขึ้น ไม่สามารถออกไปทำงานอดิเรกได้ดังเดิม
- **Expectation** คาดหวังว่าให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด เหนื่อย หรือทุกข์ทรมาน อยากช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่านี้ คาดหวังว่าทีมแพทย์จะช่วยจัดการอาการให้สุขสบายมากขึ้น
- **Unfinished business** อยากเจอหน้าลูกชายอีกสักครั้งก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต
- **ACP : full comfort, no NG, no ETT, no inotrope, no CPR**

Spiritual assessment

หยุด 3L treatment of
rectal cancer 3/2567



ต้องมีคนอยู่ด้วยตลอดเวลา กลัวเวลาไม่มีใครอยู่

Spiritual Distress: Diagnoses, Key Features and Examples of Statements by Patients

Feeling (Primary)	Key feature from history	Example Statements
Existential:	lack of meaning / questions meaning about one's own existence / concern about afterlife / questions the meaning of suffering / Seeks spiritual assistance	"My life is meaningless" "I feel useless"
<u>Abandonment:</u> sense	God or others lack of love, loneliness / not being remembered / no sense of relatedness	"God has abandoned me" "No one comes by anymore"
<u>Anger:</u>	at God or others/ displaces anger toward religious representatives / inability to forgive	"Why would God take my child away from me?"
<u>Concerns about deity:</u>	Closeness to God, deepening relationship	"I want to have a deeper relationship with God"
<u>Conflicted or challenged belief systems</u>	verbalizes inner conflicts or questions about beliefs or faith / conflicts between religious beliefs and recommended treatments / questions moral or ethical implications of therapeutic regimen / Express concern with life/death and/or belief system	"I am not sure if God is with me anymore"
Despair (Hopelessness):	hopelessness about future health, life despair as absolute hopelessness, no hope for value in life	"Life is being cut short" "There is nothing left to live for"
<u>Grief/loss:</u>	grief is the feeling and process associated with a loss of person, health, etc	"I miss my loved one so much" "I wish I could run again"
<u>Guilt/shame:</u>	guilt is feeling that the person has done something wrong or evil; shame is a feeling that the person is bad or evil	"I do not deserve to die pain-free" "I need to be forgiven for what I did"
<u>Reconciliation:</u>	need for forgiveness and/or reconciliation of self or others	"I would like my wife to forgive me"
<u>Isolation:</u>	from religious community or other	"Since moving to the assisted living I am not able to go to my church anymore"
<u>Religion specific:</u>	ritual needs / unable to practice usual religious practices	"I just can't pray anymore"
<u>Religious/ Spiritual Struggle:</u>	loss of faith and/or meaning / Religious or spiritual beliefs and/or community not helping with coping	"What if all that I believe is not true"

Problem list



Problem list

Biological

- Advanced stage CA middle rectum with disease progression with uncontrolled pain
- History of peptic ulcer
- Hypoactive delirium (underdiagnosis)
- U/D HT DLP BPH

Psychological

- Anxiety
- Insomnia
- Fear of suffering
- Adjustment disorder due to life-limiting illness

Social

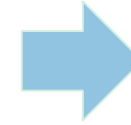
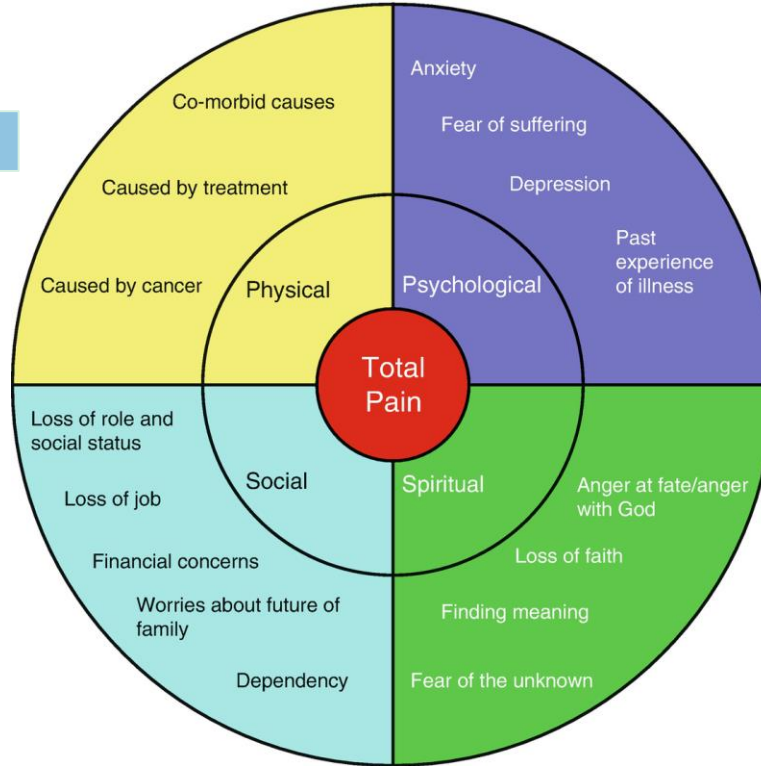
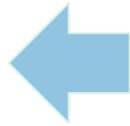
Spiritual

- Spiritual distress

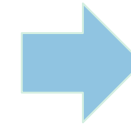


Uncontrolled pain

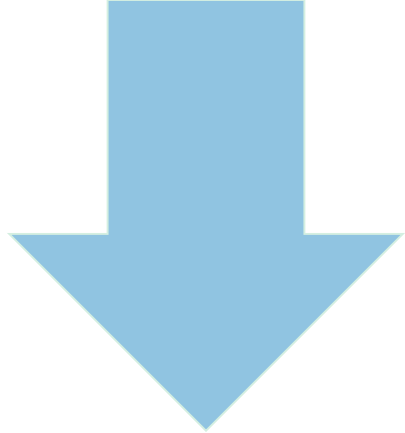
- ★ Disease progression
- ★ Peptic ulcer
- ★ Hypoactive delirium (underdiagnosis)



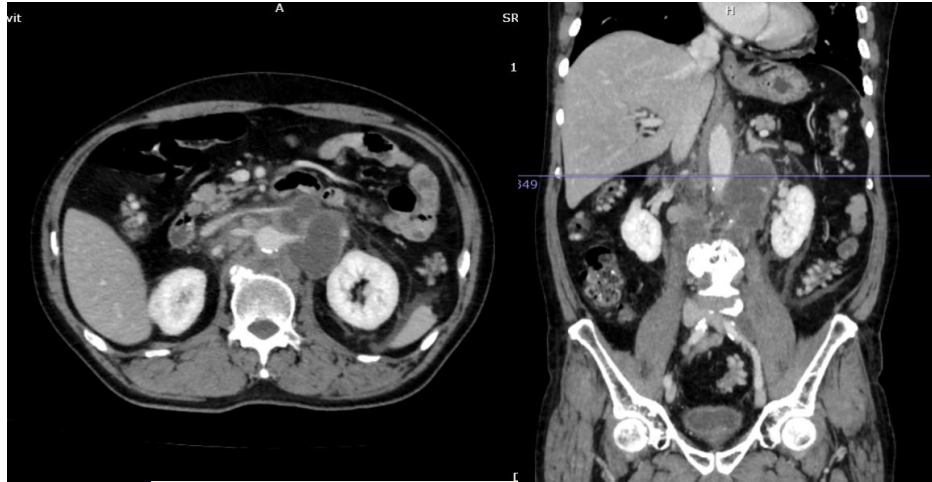
- ★ Fear of suffering due to uncontrolled symptoms
- ★ Anxiety
- ★ Adjustment disorder



- ★ Spiritual distress



ถ้าท่านเป็นทีมการดูแลระดับประคอง
ที่ดูแลผู้ป่วยรายนี้จะมีแนวทาง**จัดการ**อาการปวดนี้
อย่างไร ?



→ Increased in size and number of **multiple para aortic LNs with rim enhancing wall**, and **prevertebral necrotic mass** of lumbar level.

→ The LNs encased both renal arteries- vein and IVC.

Patient's pain characteristic

- nociceptive > neuropathic
- best pain 0-3/10, worst pain 7-8/10
- ปวดบริเวณท้องทั่ว ๆ ร่วมกับสะโพกสองข้าง ปวดตื้อ ๆ ไม่ร้าวไปที่ใด ไม่มีชา อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทาง ไม่สามารถระบุตำแหน่งปวดได้ชัดเจน เวลาปวดจะปวดนานจนกว่าจะได้ทานยาแก้ปวด ฉุกฉินจึงจะเบาลงประมาณ 1 ชั่วโมง
- breakthrough pain มักเกิดขึ้นช่วงกลางคืน
- มีประวัติเคยรักษา dyspepsia อยู่เดิม

Stepwise Approach to the Management of Difficult Pain

1. Consider the role of primary therapies to address the **underlying cause of the pain**
2. Titrate opioids up to maximal tolerated dose
3. Manage side effects through appropriate drug therapy or by trials of alternative opioids
4. Consider the role of adjuvant analgesics
5. Consider the role of regional anesthetic approached
6. Consider the role of invasive neuroablative interventions
7. The use of sedation in the management of refractory pain at the end of life

Physical pain

- ★ Disease progression
 - ปรับยา control pain ↑
- ★ Peptic ulcer → Pain + N/V
 - เพิ่มยา PPI
- ★ Hypoactive delirium (underdiagnosis)



Psychological pain

- ★ Fear of suffering
- ★ Anxiety
- ★ Insomnia → delirium
- ★ Adjustment disorder

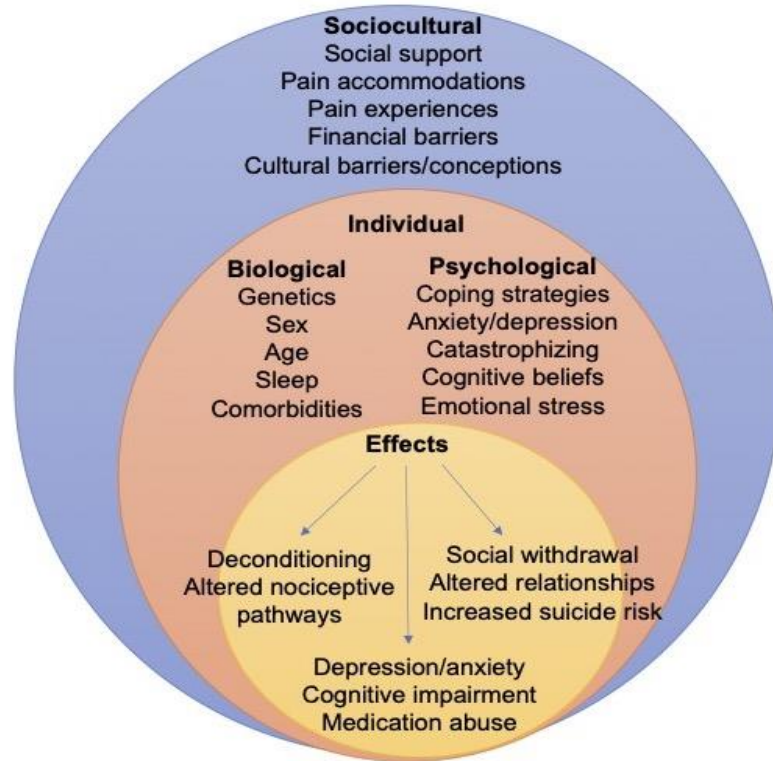
- Adequate pain control, ปรับ Sleep hygiene
- Role for anxiolytic/antidepressant drugs?
- Psychological intervention;
 - Psychoeducation, CBT



Fear-avoidance model



Biopsychosocial Model of Pain



Spiritual pain

★ Spiritual distress

→ life review

→ ไพ่ฤดูฝน

→ Dignity book



Life review

ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ในแต่ละช่วงชีวิตของตนเองไว้ว่า ...

ผู้ป่วยมีพี่น้องเป็นผู้ชายทั้งหมด และมีคู่ชีวิตของทุกคนก็เป็นครูเช่นกัน ทำให้ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในอาชีพและความเพียรพยายามของตนเอง ที่ผ่านมาเนื่องจากตนสามารถสอบและบรรจุได้เป็นรองผู้อำนวยการโรงเรียนก่อนที่จะเกษียณอายุราชการได้



Life review

ความภาคภูมิใจ : ผู้ป่วยมีบุตร 2 คน ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจที่สุดเพราะ บุตรทั้ง 2 ได้ทำหน้าที่ของตนเองได้ดี มีชีวิตของตนเองที่ดี มีครอบครัวที่ดี มีหน้าที่การงานและการเงินที่มั่นคง ความรู้สึกของคนเป็นพ่อคือที่สุดแล้วไม่มีอะไรที่จะต้องห่วงแล้ว มีหลาน 2 คน ก็ฉายแววได้ดี ล่าสุดหลานได้แข่งขันเกี่ยวกับการคิดเลขแล้วได้รับรางวัลระดับภาค ทำให้คนที่เป็นคุณตาก็รู้สึกภาคภูมิใจในตัวหลานมาก ๆ คิดว่าเขาคงเดินตามรอยเราให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



Life review

ส่วนเรื่องชีวิต ผู้ป่วยเล่าว่าได้ไปบรรจุเป็นข้าราชการครูครั้งแรกที่โรงเรียนที่จังหวัดบึงกาฬ ทำให้ได้พบกับภรรยา ถึงแม้ว่าตนเองจะเป็นครูสอนในชั้นมัธยมศึกษา(ครูภาษาไทย) แต่ภรรยาสอนชั้นประถมศึกษาก็ตาม แต่การทำงานในหน่วยงานเดียวกันก็ต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ได้สื่อสารพูดคุยกันอยู่บ่อยครั้ง จนผู้ป่วยรู้สึกประทับใจในตัวภรรยา ส่วนภรรยาได้บอกว่าก็ประทับใจในตัวผู้ป่วยเช่นกันที่ ผู้ป่วยเป็นคนใจดี ชอบช่วยเหลือภรรยาโดยตลอด ผู้ป่วยและภรรยาคบหาดูใจกันประมาณ 5 ปี หลังจากนั้นได้เข้าพิธีแต่งงาน และได้ย้ายมาอยู่ที่บ้านเกิดที่จังหวัดขอนแก่น โดยผู้ป่วยได้ย้ายกลับมาก่อนภรรยา ระหว่างการทำงานผู้ป่วยและภรรยามีความสุขมากที่ได้ประกอบอาชีพที่ตนเองรักและภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนเอง จนกระทั่งเกษียณจึงรู้ว่าการรับราชการครูเป็นวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยได้ คือผู้ป่วยได้รับเงินที่สะสมมาระหว่างการทำงานและได้เงินบำนาญทุกเดือน จนถึงวันที่ป่วยเข้าโรงพยาบาลก็ยังคงได้รับสิทธิสวัสดิการในการรักษาที่ดี



กิจกรรมไพ่ฤดูฝน



วิเคราะห์ตามแนวคิดซาเทียน์ผ่านกิจกรรมไฟฤดูฝน

พฤติกรรม : ที่แสดงออกมา คือ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารโต้ตอบได้ สบตา มีหัวเราะเป็นบางช่วง

ความรู้สึก : อยากรตาย / เบื่อ / กลัว/ เหนื่อย/ มีกำลังใจ/ รำคาญ/ ภูมิใจ/เสียดาย/หมดหวัง/ ชอบคุณ /หมดพลัง /ดีใจ/ รัก

การรับรู้ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และตัวเองไม่ตอบสนองกับยาเคมี
ต้องรักษาด้วยการประคับประคองเท่านั้น เจ็บก็บอกหมอว่าเจ็บ ปวดก็บอกหมอว่าปวด เพื่อให้หมอรักษาได้ถูก

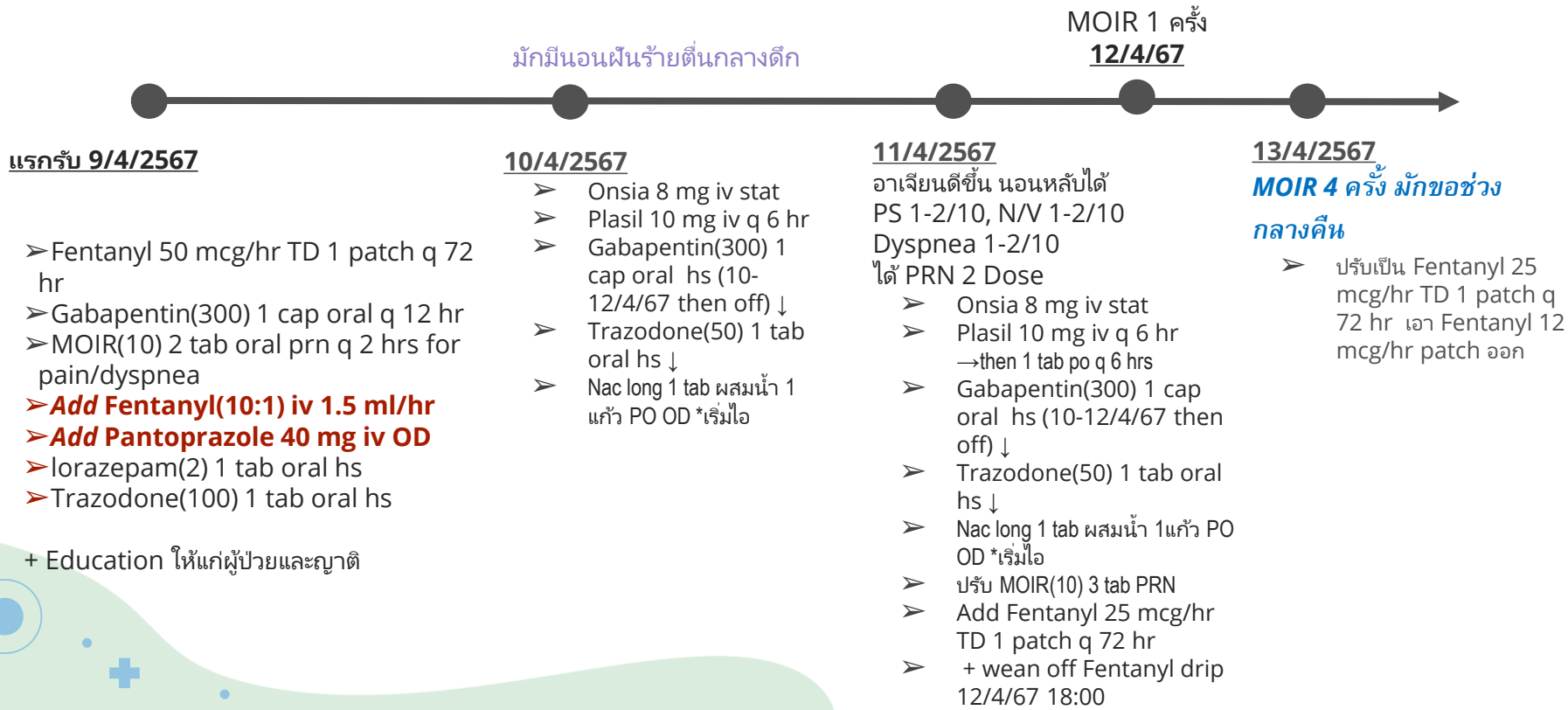
ความคาดหวัง : ไม่ต้องการยื้อชีวิต /ต้องการพบใครบางคน /ต้องการมีสติรู้ตัว /ต้องการกลับบ้าน /ต้องการอยู่กับ
ครอบครัว/ต้องการทำพิธีกรรมทางศาสนา /ต้องการบรรเทาปวด /ต้องการให้ตนเองดูดีไม่โทรม /ต้องการใช้ชีวิตตามปกติ /
ต้องการที่มดูแลแบบประคับประคอง

ปรารถนา : ความสงบและไม่ทุกข์ทรมาน

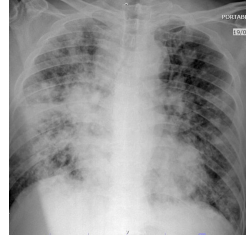
ตัวตน : ภาคนุ้ใจในตนเองกับทุกช่วงชีวิตที่ผ่านมา ต่อจากนี้อะไรจะเกิดก็สามารถยอมรับได้



Progress case



Progress case



ขอ PRN 4 ครั้ง

- MO(1:1) iv/sc 1.5 -> 2 -> 2.5 -> 3 ml/hr
- MO 6 mg iv prn -> 10 mg iv prn
- Olanzapine(5) 0.5 po hs

CXR – progressive lung met

- ไอตลอดเวลา -> Add mida 1 mg iv/sc prn q 2 hrs

Insomnia -> Psychi ประเมินคิดถึง hypoactive delirium -> ปรับ trazodone(100) 1*hs

19/4/67

Fatigue+depress
ปวดหลัง อาเจียน เหนื่อย
อาหาร -> W/U WNL
16/4/2567

14/4/2567

Sedation score = 0,
PS best 4/10 worst 1-
2/10, EKG QTC 473
ขอ MOIR 3 ครั้ง ยังมี
N/Vหลังทานนม
> **ปรับ Plasil mg IV
q 6 hrs**

15/4/2567

MOIR 2 ครั้ง

16/4/2567

รู้ตัวดี เหนื่อย
ตอนออกแรง
มีไอ

***ทำ Dignity
book
ประเมินแล้ว
Coping ได้ดี**

17/4/2567

ไอ ไม่ได้ขอ MOIR
มีปวดร้าวลงต้นขาขวา
L1-S1 gr V all,
normal
pinprick/light
though

18/4/2567

ไอมากขึ้น นอนไม่หลับ
> Off fentanyl iv drip+TD
> MO(1:1) sc 0.5 ml/hr
*12 hr then **upto 1
ml/hr**
> Off MOIR -> MO 5 mg
sc prn q 2 hrs
> Add
Dextromethorphan(15)
1*4

20/4/2567

- Start Dexta 8 mg OD tx as lymphangitis carcinomatosis
- Dyspnea 5/10
- ใช้ MO prn 60 mg + Mida prn 1 mg
- Nausea ลดลง
> **Suspected terminal dyspnea**
> Start mida(1:1) 0.5 ml/hr
> MO(1:1) 5 ml/hr

* คนไข้ปรึกษาเรื่องฝันร้ายตื่นกลางดึก

Delirium

- An **acute disorder** of **fluctuating attention** and **awareness** with **cardinal features**
- Common complication of advanced diseases
- **28-48%** of patients admitted to PC units and hospices will have delirium
- **85%** of patients will develop delirium in the last weeks of life



Delirium

According to the DSM-5* classification, to be diagnosed with delirium a patient must display all of the following:

Disturbance in attention

Ask patient to name the months of the year backwards

Disturbance in awareness

Ask patient their age, date of birth, place and current year

An additional disturbance

Such as deficit in:

Memory

Visuospatial ability

Language

Perception

Acute change

Develops over a short period of time

Sudden change from baseline

Fluctuates during the course of a day

May require information from other staff, carers, or case notes

No better explanation

These disturbances are not better explained by a pre-existing, established or evolving neurocognitive disorder or coma state

Evidence of cause

Evidence that disturbance is a consequence of one or more of:

Another medical condition

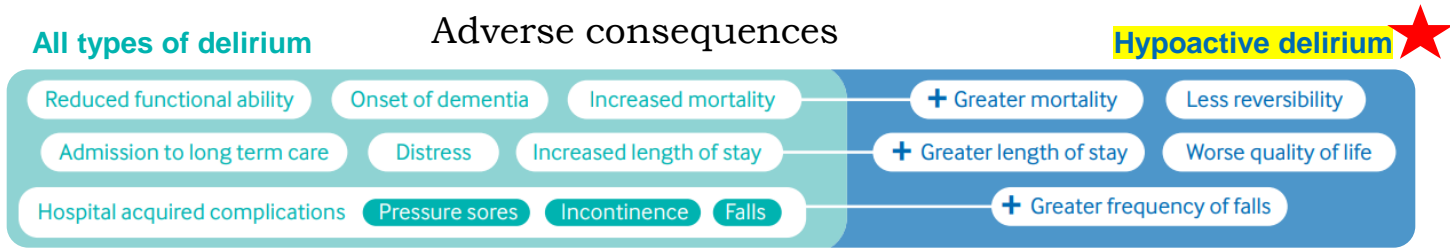
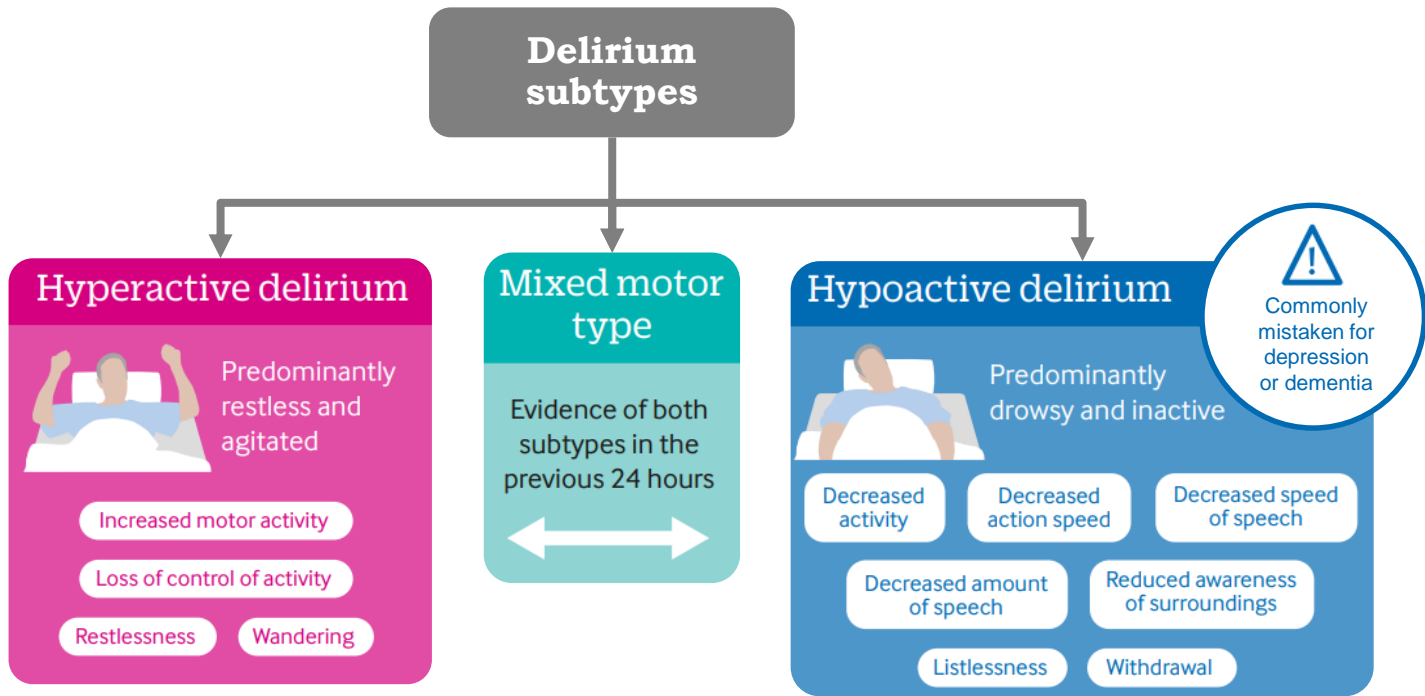
Substance intoxication

Substance withdrawal

Exposure to a toxin

Predisposing : **Precipitants**


BMJ 2017;357:j2047



Hypoactive delirium

- About 50% of delirium is hypoactive
- Hypoactive + Mixed motor subtype account for 80% of all cases of delirium
- **Why is it important to recognise symptoms of hypoactive delirium? → associated with poorer outcomes → then if can identify cases sooner → correct reversible causes → may improve outcomes**

Frequently underdiagnosed
and misdiagnosed



Patients may report incomprehensible experiences, strong emotional feelings, and fear -- expressed in nightmares, altered realities, and false explanations

Box 2 | Factors associated with developing delirium^{1,15}

- Metabolic disturbance*
- Organ failure*
- Prior cognitive impairment*
- Dehydration*
- Increasing age*
- Sensory deprivation
- Sleep deprivation
- Social isolation
- Physical restraint
- The presence of a bladder catheter
- Polypharmacy
- Three or more comorbid diseases
- Severe illness (especially fracture, stroke, sepsis)
- Temperature abnormality
- Malnutrition
- Low serum albumin

*Factors particularly associated with hypoactive delirium¹

Hypoactive delirium

Management

	HYPERACTIVE delirium	HYPOACTIVE delirium
Investigate precipitating factors	✓	✓
Non-pharmacological management	✓	✓
Pharmacological management	✓	-

- **Should hypoactive delirium be treated?**
- **What role can antipsychotics play in hypoactive delirium?**
- **Can psychostimulants / NMDA antagonist / Melatonin be useful ?**

Management

- Non-pharmacological

Box 13.4.2 Summary of non-pharmacological interventions used in the prevention and treatment of delirium

- Reducing polypharmacy
- Control of pain
- Sleep cycle preservation
- Optimize hydration
- Optimize nutrition (e.g. encouragement and assistance during meals)
- Minimize sensory deficits (use of visual aids and adaptive equipment, portable amplifying devices, and special communication devices)
- Encourage early mobilization (minimize the use of immobilizing catheters, intravenous lines, and physical restraints)
- Optimize bowel and bladder functioning
- Reorient the patient frequently
- Place an orientation board, clock, or familiar objects in the patient's room
- Encourage cognitively stimulating activities.

Source: data from Breitbart, W. and Alici, Y. (2008). Agitation and delirium at the end of life: 'We couldn't manage him'. *JAMA*. 300 (24):2898–910. DOI: 10.1001/jama.2008.885; and Hshieh, T.T. *et al.* (2015) Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 175(4):512–20. DOI:10.1001/jamainternmed.2014.7779.

Management

- Pharmacological

Medicationa	Dose range (scheduled dosing)	Dose range	Routes of administration	Comments
Typical (first-generation) antipsychotics				
Haloperidol	0.25–2 mg every 8–12 h	Every 1–2 h prn	PO, IV, IM, SC	<ul style="list-style-type: none">Extrapyramidal side effects (EPSEs) can occur at higher doses. May prolong QTc intervalContraindicated in Parkinson's disease and Lewy body dementia
Chlorpromazine	12.5–50 mg every 6–12 h	Stat dose	PO, IV, IM, SC, PR	<ul style="list-style-type: none">More sedating and anticholinergic compared with haloperidolMay cause orthostatic hypotension, prolonged QTc, and EPSEsCaution with renal and hepatic impairment
Methotrimeprazine (levomepromazine)	5–12.5 mg every 8–12 h	Every 2 h prn	PO, SC, IM	<ul style="list-style-type: none">Sedation, anticholinergic effects, EPSEs, paradoxical agitationLower dose in older patients

Management

- Pharmacological

Medication	Dose range (scheduled dosing)	Dose range	Routes of administration	Comments
Atypical (second-generation) antipsychotics				
Olanzapine	2.5–5 mg every 12–24 h	Stat	PO, IM, oral disintegrating tablet	<ul style="list-style-type: none"> • Drowsiness, orthostatic hypotension • Metabolic effects (e.g. weight gain) with long-term use • Reduce dose in older patients and those with liver impairment
Risperidone	0.25–1 mg every 12–24 h	Stat	PO, oral disintegrating tablet	<ul style="list-style-type: none"> • EPSEs can occur with doses >6 mg/day • Can cause orthostatic hypotension and sedation • Reduce dose in older patients and those with severe renal/hepatic impairment
Quetiapine	12.5–100 mg every 12–24 h	Stat	PO	<ul style="list-style-type: none"> • Sedation, orthostatic hypotension • Lower incidence of EPSEs
Ziprasidone	10–40 mg every 12–24 h	Stat	PO, IM	<ul style="list-style-type: none"> • Prolonged QTc • Sedation, headache, dizziness • Can cause EPSEs

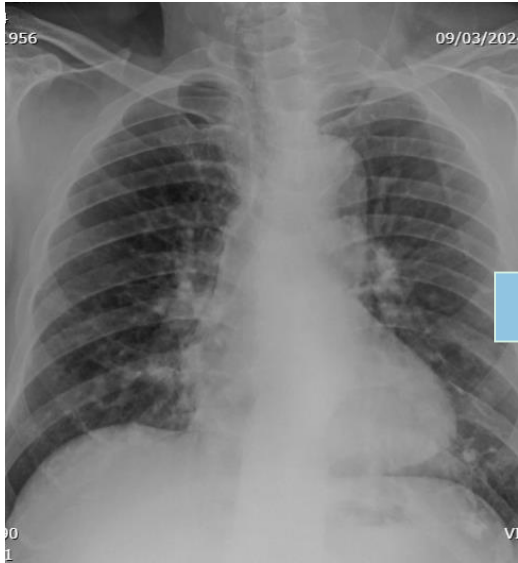
Management

- Pharmacological

Medicationa	Dose range (scheduled dosing)	Dose range	Routes of administration	Comments
Third-generation antipsychotic				
Aripiprazole	5–30 mg every 24 h	Stat	PO, IM, oral disintegrating tablet	<ul style="list-style-type: none">• Can cause headache, drowsiness, dizziness, anxiety agitation and insomnia• Less likely to cause EPSEs• Cytochrome P450 2D6 and 3A4 drug–drug interactions
Benzodiazepines				
Midazolam	0.5–5 mg every 4 h	Every 1 h prn	SC, IM, IV	<ul style="list-style-type: none">• Sedation, dizziness, delirium, paradoxical agitation, respiratory depression, falls• Use lower doses in older patients and those with respiratory disease
Lorazepam	0.25–1 mg every 8 h	Every 1 h prn	PO, SC, IV, SL	<ul style="list-style-type: none">• Sedation, dizziness, delirium, paradoxical agitation, respiratory depression, falls• Use lower doses in older patients and those with respiratory disease

Use in severe delirium

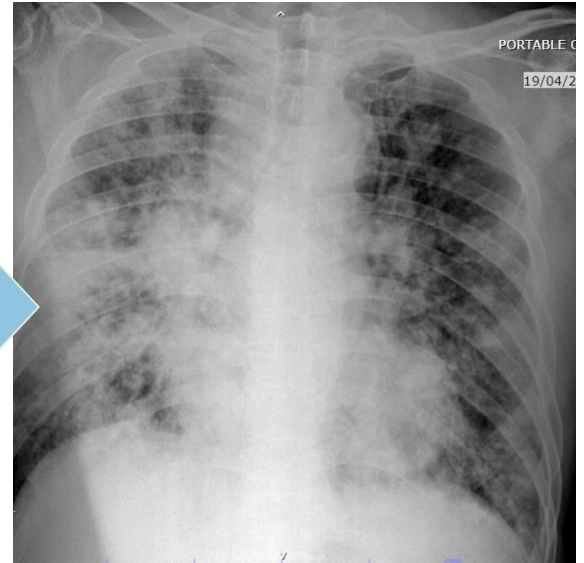
CXR 9/3/2567



9/4/2567



19/4/2567



ไม่มีไข้ + Lab investigation ไม่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ



จากสถานการณ์ปัจจุบันที่พบว่าตัวโรค
ของผู้ป่วยมีการลุกลามมากขึ้น
ท่านจะวางแผนการดูแลล่วงหน้า
ให้แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างไรบ้าง ?

Progress case

20/4/2567

- Start Dexa 8 mg OD tx as lymphangitis carcinomatosis
- Dyspnea 5/10
- ใช้ MO prn 60 mg + Mida prn 1 mg
- Nausea ลดลง
 - Suspected terminal dyspnea
 - Start mida(1:1) 0.5 ml/hr
 - MO(1:1) 5 ml/hr

21/4/2567

- Hyperactive delirium
- ไอเสมหะเยอะ
- Midazolam(1:1) 1 ml/hr
- MO(1:1) 5 ml/hr เท่าเดิม
- Up dose olanzapine(5) 1*1 hs

22/4/2567

- MO prn 4 doses, mida 6 doses sedation 2 RR 14-20
- R/O Midazolam induce delirium**
- MO(1:1) iv/sc 6 ml/hr
 - ~~midazolam(1:1) iv/sc 1 ml/hr-off~~
 - Hadol 5 mg iv drip/d
 - Hadol 1 mg prn

23/4/2567

Uncontrolled agitation

Terminal delirium



Family meeting
ACP: full comfort
Accept total sedation

total palliative sedation


Midazolam induced delirium

Retrospective Clinical Research Report



Journal of International Medical Research
50(4) 1–10
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/03000605221088695
journals.sagepub.com/home/imr
SAGE

Effect of midazolam on delirium in critically ill patients: a propensity score analysis

He-Jie Shi^{1,2,3}, Rui-Xia Yuan^{1,2,3},
Jun-Zhi Zhang^{1,2,3}, Jia-Hui Chen^{1,2,3} and
An-Min Hu^{1,2,3} 

N=78,364



Result

- Delirium was diagnosed in **28.28%** of patients, and **patients who used midazolam within 24 hours before diagnosis** were more likely to develop delirium → ***Delirium may increase mortality, which is not directly related to midazolam administration.***

Mechanism

- **Activates γ -aminobutyric acid A (GABA_A) neuronal receptors** in the brain → alter the levels of numerous neurotransmitters; dopamine, serotonin, acetylcholine, norepinephrine, and glutamate
- **Overstimulation of the cortical GABA system** → ↓corticostriatal glutamatergic tone and ultimately impairing the filtering action of the thalamus → leading to confusion or psychosis
- May **generate more central nervous system inhibitory effects at higher doses** and **impair the quality of sleep** via slow-wave sleep suppression

Conclusion

- Patients who use midazolam within 24 hours before the diagnosis of delirium may be more susceptible to developing delirium, and they may have higher odds of mortality, more ICU days, and lower odds of discharge than those who are not treated with midazolam.

Terminal delirium

- Occurs in the *last hours and days of life*, often as a *result of end-stage organ failure* and other *irreversible factors*
- Terminal delirium is distressing for patients, their family members, as well as health-care providers.
- Challenging to diagnose; hence, it is frequently overlooked and undertreated

The most challenging clinical problem is the management of the dying patient with a *'terminal' delirium* that is *unresponsive to standard antipsychotic drugs*, whose *symptoms can only be controlled by sedation to the point of a significantly decreased level of consciousness.*

[1] Sutherland, M., Pyakurel, A., Nolen, A. E., & Stilos, K. K. (2020). Improving the Management of Terminal Delirium at the End of Life. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(4), 389–395.

[2] The Pallium Palliative Pocketbook: a peer-reviewed, referenced resource. 2nd Cdn ed. Ottawa, Canada: Pallium Canada; 2016.

Palliative sedation

- Palliative sedation (“controlled sedation”) is the intentional induction of sedation *to relieve intractable symptoms/suffering* when all other interventions have failed or are not readily available and *death is imminent*.
- NOT deliberate cause of death
- If used appropriately according to accepted guidelines and with the intention of relieving intractable symptoms, is a *useful and ethically justifiable therapeutic option in patients in the terminal phase*.

Variation

- Continuous vs intermittent
- Light vs deep sedation
- Dying patients
- Imminently dying
- Terminal patients
- Refractory symptom: intolerable suffering caused by refractory symptoms

Indications for palliative sedation

Common indications

- Intractable agitated delirium
- Intractable dyspnea
- Refractory seizure

Uncommon indications

- Intractable pain

Controversial indications

- Psychological or spiritual distress

Midazolam

- Intermittent PRN doses of 2.5 mg–5 mg q30–60min subcut or IV
- Continuous infusion: begin with 0.5 mg/hr or 1 mg/hr CSCI or CIVI.
- Increase the dose 0.5 mg–1 mg/hr every 20–30 minutes as required.
- **Doses of 1 mg–5 mg/hr are usually effective**
- If ≥ 10 mg/hr are required to achieve sedation, consider **adding phenobarbitone**

Phenobarbitone

- Add 30 mg –120 mg subcut or IV BID to TID
- Stat doses: 100 mg–200 mg subcut or IV may be required if only phenobarbitone is being used without concurrent midazolam
- Continuous infusion: 200–400 mg/24 hours

Propofol IV (very rarely used)

- Consider propofol IV if optimal doses of midazolam and phenobarbitone have been unsuccessful.
- Bolus: starting dose of 20 mg
- Continuous IV infusion: 10 mg–70 mg/hr
 - Starting: 5 mg–10 mg/hr and increasing in increments of 10 mg/hr every 15 min until a satisfactory level of sedation is achieved