

Palliative Care Case Conference

25th December 2024



How will you provide care?

A 51-year-old female patient diagnosed with advance-stage ovarian cancer, facing bowel obstruction.



วันพุธที่ 25 ธันวาคม 2567 เวลา 12.00 – 13.00 น.

ขอเชิญร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง
ผ่านทาง Zoom meeting ID: 933 2405 8371 Passcode: 1234

Napasorn Falayep M.D.
Palliative Fellow
Karunruk Palliative Care Center

Patient profile



หญิงไทยคู่ อายุ 50 ปี
อาชีพ รับราชการ
สิทธิการรักษา จ่ายตรง
ปฏิเสธโรคประจำตัว

Know case Ovarian Cancer
วินิจฉัยตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ.2560

Patient timeline

Dx: Epithelial ovarian cancer

ร.ค.2560



sw.ร้อยเอ็ด

S/P TAH + BSO



Patho : High-grade serous, epithelial ovarian cancer

Adjuvant Platinum CMT
Paclitaxel+Carboplatin
6 Cycle at sw.ร้อยเอ็ด



Dx: Recurrent disease with peritoneal and lung metastasis

ก.ย.2563

sw.ศรีนครินทร์

CT WA (17/8/63)

- Peritoneal carcinoma with suspect a metastatic IMA lymph node.
- Suspect pulmonary metastasis

Tx:Reinduction CMT
> Platinum *6 cycle

ม.ค.2564

Somatic BRCA 1/2
Mutation : positive

Tx:

- CMT ๓su 6 cycle
- PRAP inhibitor
> Olanparib (50)
Sig 8 tab PO BID

Patient timeline

Dx: Progressive disease

- Recurrent tumor
- increase Lung metastasis

n.a. 2565

Dx: Progressive disease

u.a.2566

Dx: Progressive disease

w.a.2567

Disease free interval 18 Mo

CT WA :

- Recurrent tumor by evidence of peritoneal carcinomatosis
- increase Pulmonary metastasis
- minimal ascites

F/U CT WA post CMT C 6

- **Evidence Carcinomatosis**
- **A new seeding nodule at hepatogastric ligament**
- **Pulmonary nodult at RML (Total 3 solid)**

CT WA post CMT C14 25/6/67:
Bulging contour of Lt side vaginal stump > Involve from carcinomatosis peritonii
DDx recurrent tumor

- Off PARP inhibitor
- Start induction CMT
- Rx: Carboplatin +Lipodox

TX: Change to maintenance regimen : Single Lipodox q 4 wk

plan cont.lipodox
3-4 cycle

Abdominal Pain presentation !!

3 ก.ย.67

Admit SNH ด้วยเรื่อง คลื่นไส้อาเจียน เหนื่อยเพลียมาก
มีอาการ คลื่นไส้อาเจียนมาก เหนื่อยเพลีย ทานไม่ได้

Dx: Partial small bowel Obstruction

Mx: Admit symptom supportive

11 ก.ย.67

Admit sw.ศรินครินทร์
ด้วยอาการปวดท้องมากมา 20 ชั่วโมงก่อนมา sw.

Consult Palliative Care team



Chief complain

ปวดท้องมากมา 20 ชั่วโมงก่อนมา sw.

Admission 11/9/67

Present illness

20 ชั่วโมง ก่อนมา sw. ขณะนอน มีอาการปวดท้องลักษณะปวดบีบๆ เป็นๆ หายๆ Pain score 8/10 เป็นนานครั้งละ 2 นาที แล้วหายเอง ปวดรอบๆท้อง ไม่แน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเบื่ออาหาร

7 ชั่วโมง ก่อนมา sw. ไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน แพทย์ให้ยาฉีดแก้อาเจียน ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร และยาระบาย หลังทานยาระบาย ถ่ายอุจจาระออกเล็กน้อย หลังถ่ายอุจจาระปวดลดลง ไม่มีไข้ แต่อาการปวดท้องไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้ป่วยให้ประวัติเพิ่มเติมหลังจาก กลับจาก sw. เมื่อต้นเดือน ก็นได้ปกติ ไปทำงานได้ ถ่ายอุจจาระทุกวัน ลักษณะแข็ง และปริมาณเล็กน้อย ถ่ายลำบาก

Admission 11/9/67

Physical examination

Vital sign : BT 36.5 c **BP 127/92 mmHg PR 117 bpm** RR 20 /min

HEENT: **mild Pale** ,no jaundice

Heart : normal s1s2 ,no murmur

Lung :Clear

Abdomen : Old surgical scar at lower abdomen, **tender at suprapubic with voluntary guarding, hyperactive bowel sound**

PR: **Empty rectum**

Admission 11/9/67



film acute abdomen series

CT whole abdomen 24/01/66

Review imaging

S/P post carboplatin+lipodox C6

- Evidence of **carcinomatosis peritonei**
- **A new seeding nodule at hepatogastric ligament**
- **A pulmonary nodule at RML (Total 3 solid)**

**Progressive
disease**

CT whole abdomen 19/1/67 S/P Post single lipodox C 10

- **Multiple mesenteric lymphadenopathy some has calcifications, omental cake at bilateral abdominal cavity involve bowel; carcinomatosis peritonei is suggested.**
- **A 0.5 cm ill-define hypodense lesion at hepatic segment 5; no significant change; too small to characterized.**
- **No significant change of 3 solid pulmonary nodules at RML, RLL size upto 0.7 cm in diameter.**

Last CT whole abdomen 25/6/67

CTWA (25/6/67; Post lipodox C14)

- No significant change of carcinomatosis peritonii.
- **Bulging contour of the left sided vaginal stump; suspected due to involvement from carcinomatosis peritonei, DDx. recurrent tumor.**
- Unchanged a 0.5 cm hypodense lesion at hepatic segment 5; too small to characterize, probably liver cyst.
- Unchanged solid pulmonary nodules at RML, RLL.

CT 25/6/67



Admission 11/9/67

Laboratory investigation

CBC Hb 11.5 g/dL Hct 36.7 % MCV 84.8 fL WBC 7170 10^3 /UL
Plt. 394000 10^3 /uL PMN 72.3% LY 13.4% EO 12.8%

Chemistry

BUN 23.7 Cr 0.85 eGFR 80.15 Na 142 K 3.5 HCO₃ 19.5 Cl 103 Ca 9.2
PO₄ 4.9 Mg 1.3 Albumin 3.8 ALT 14 AST 20 ALP 79 TB/DB 0.3/02 mg/dL

13/9/67

Hct 35.3%, WBC 5480, Plt 372000 BUN 19.8,
Cr 0.77, GFR 90.32, Na 135, K 3.5, HCO₃ 23,
Cl 100, albumin 3.9, LFT normal



Admission 11/9/67

Diagnosis: 1. multiple sites gut obstruction
due to carcinomatosis peritonii
2. Impacted feces

Management

- Admit
- NPO, retain NG decompression
- supportive treatment :
 - Correct electrolyte
 - Ondansetron IV
 - Smofkabivan IV



การวินิจฉัย Gut obstruction และแนวทางการรักษาในผู้ป่วยรายนี้

Malignant bowel obstruction (MBO)

1.Functional

2.Mechanical

1.Complete

2.Partial

Malignant bowel obstruction

Cardinal Signs

- ✓① Abdominal Colicky Pain
- ✓② Vomiting
- ✓③ Constipation/Obstipation
- ④ Abdominal distension

- Abdomen : old surgical scar at lower abdomen, tender at suprapubic with voluntary guarding, hyperactive bowel sound
- PR empty rectum

Radiographic evident of obstruction to transit of gastrointestinal

Film AAS: Gasless pattern and fecal loading ,air in rectum was seen.

CT WA 6/67

- Upper GI tract obstruction
- multifocal carcinomatosis peritonii .
- multiple mesenteric lymphadenopathy with some calcification

Ovarian Cancer and Malignant bowel obstruction

- Gynecological malignancy occurs in 67% of over all MBO
- Occurs in 20-50% of patient with ovarian cancer
- Ovarian cancer is the dominant cause of MBO and the most lethal of all gynecologic malignancies
- Median survival following MBO diagnosis ranged from 45 to 169 days
- Median survival was longer (124–408 days) for those selected patients who underwent palliative surgical intervention.

How to approach

- **Mechanical or functional obstruction**
- **partial or complete**
- **level of obstruction**
- **Reversible or Irreversible cause**
- **Surgical candidate**

Interventional management



- Gastrografin challenge
- Surgical Exploration
- Venting Procedures
- Stenting

Invasive intervention

Systematic Review

Management of Malignant Bowel Obstruction in Patients with Gynaecological Cancer: A Systematic Review

Richárd Tóth ¹, Zsófia Tóth ¹, Lotti Lóczi ^{1,2}, Marianna Török ^{1,2}, Nándor Ács ¹, Szabolcs Várbíró ^{1,2,3}, Márton Keszthelyi ^{1,*} and Balázs Lintner ^{1,†}

Received: 16 June 2024

Revised: 6 July 2024

Accepted: 17 July 2024

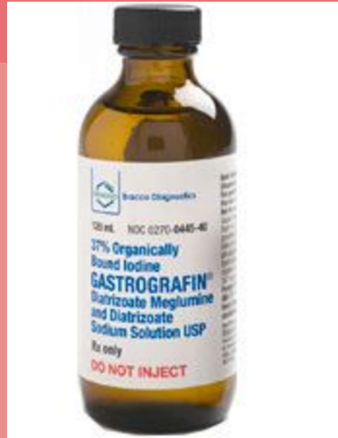
Published: 19 July 2024

Table 3. Studies evaluating gastrostomy outcomes in gynaecologic malignancies.

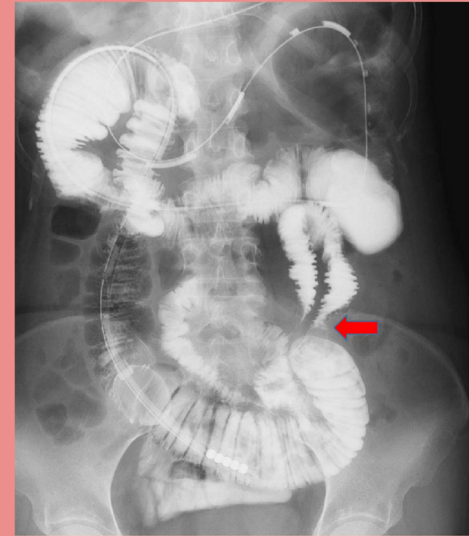
Author	Study Type	Method of Gastrostomy Formation	Number of Cases and Cancer Type	OS	Symptom Relief	Diet	Notes/Side Effects	Technical Success
Malone et al. [27] (1986)	Retrospective	Transsectional radiology	n = 10 OC:10	Mean: 35 days (26–56)	10/10 (100%)	NR	OA: 100% Fever: 10 Leakage: 1 Abdominal wall autodigestion: 1 Pain for 36 h: 1	10/10 (100%)
Lee et al. [29] (1991)	Retrospective	Interventional radiology	n = 12 OC: 10 EC: 1 CC: 1	NR	12/12 (100%)	NR	OA: 33% Peritonitis: 1 Leakage: 3	12/12 (100%)
Cannizzaro et al. [31] (1995)	Prospective	Endoscopy	n = 22 OC:14 EC: 5 CRC: 3	Mean 74 days (13–272)	21/21 (100%)	21/21 (100%)	OA: 14% Dislodgement: 1 Persistent bloating: 1 Mild site infection: 1	21/22 (95.5%)
Cunningham et al. [30] (1995)	Retrospective	Interventional radiology	n = 20 OC: 10 EC: 6 CC: 3 PC: 1	Mean 70 days (3–173)	18/20 (90%)	12/20 (100%)	OA: 15% Sepsis: 1 Leakage: 2	20/20 (100%)
Campagnutta et al. [33] (1996)	Prospective	Endoscopy	n = 34 OC: 29 EC: 2 UC: 2 CC: 1	Tube in place for median 74 days (5–210)	27/32 (84%)	27/32 (84%)	OA: 6% Mild site infections: 2	32/34 (94%)
Brooksbank et al. [38] (2002)	Retrospective	Endoscopy/Laparotomy	n = 51 CRC: 27 OC: 16 Other: 8	Median 17 days (1–190)	47/51 (92%)	NR	OA: 14% Hematoma: 1 Leakage: 6	51/51 (100%)
Pothuri et al. [39] (2005)	Retrospective	Interventional radiology	n = 94 OC: 94	Median 8 weeks (95% CL, 6–10)	86/94 (91%)	89/92 (2 unknown) (97%)	OA: 20% Peritonitis: 1 Leakage: 8 Site infections: 3 Blockage: 3 Catheter malfunction: 2 Bleeding: 2	94/94 (100%)
Rath et al. [44] (2013)	Retrospective	Endoscopy	n = 53 OC: 53	Median 46 days (2–736)	49/53 (93%)	48/53 (91%)	OA: 34% Blockage: 9 Leakage: 4 Site infections: 5	53/53 (100%)

Results: Surgical intervention remains the definitive treatment for MBO, offering longer symptom-free periods and improved survival, particularly when conservative methods fail. However, the selection of surgical candidates is crucial due to the high risk of morbidity and the potential for significant complications. Non-surgical treatments, such as the use of Gastrografin, Octreotide, and Dexamethasone, along with invasive procedures like nasogastric tubing, percutaneous gastrostomy, and stent placement, offer varying degrees of symptom relief and are often considered when surgery is not feasible.

Gastrografin challenge

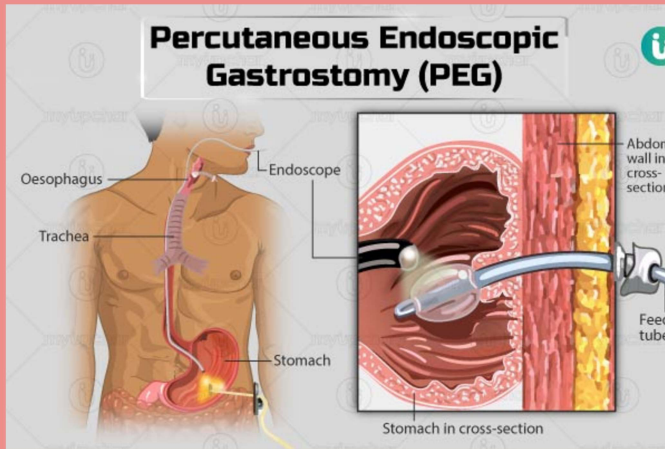


Therapeutic effect of oral water-soluble contrast has been evaluated in the setting of inoperable MBO, however there is insufficient evidence to conclude on safety and efficacy. (Syrmis W,2018)



Percutaneous Gastrostomy

- Percutaneous gastrostomy is a procedure used to insert a tube through the abdominal wall into the stomach.



PEG placement in the setting of MBO from gynecologic/gastrointestinal malignancies, Zucchi et al. demonstrated relief of nausea/vomiting in 110 patients (77.4%), as well as discharge home for 116 (81.6%). Of the subset of patients assessed via a symptom distress scale pre- and post-procedure, 64% reported significant improvement in QoL, (J. Arends et al.)

Stent Placement

- Use intraluminal colonic stents to restore the lumen of the bowel.
- Complication :
 - Stent migration
 - Outgrowth of the neoplasm beyond the upper edge of the stent.
 - subsequent stricture of the intestine's lumen

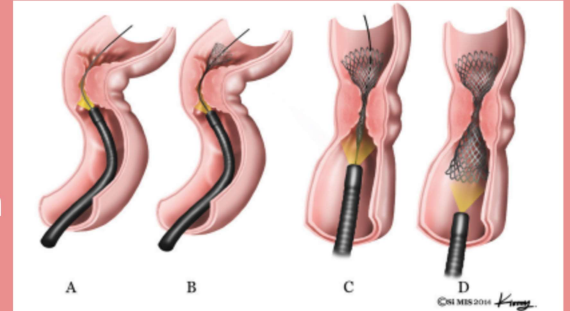


Fig 2. Technique of SEMS placements in acute colorectal obstruction. **A:** Passing stent and guide wire through lesion with contrast injection. **B:** Partial stent deployment. **C:** Pull back stent and scope until fair part of stent reach upper border. **D:** Fully deployment of SEMS.

Abbreviation: SEMS = Self-expanding metallic stents

Acute malignant obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis: The role of palliative surgery

Nadine L de Boer¹, Jan A W Hagemans², Bob T A Schultze², Alexandra R M Brandt-Kerkhof², Eva V E Madsen², Cornelis Verhoef², Jacobus W A Burger³

- 148 patients who underwent palliative surgery for acute obstruction caused by peritoneal carcinomatosis. (colorectal cancer, neuroendocrine tumor, ovarian cancer & other)
- 58.1 % developed postoperative complications, 29.1% developed ≥ 2 complications
- 56.1 % readmission, 35.0% re-obstruction and 8.8% hospital mortality
- Median overall survival was 119 days (IQR 48-420)
- NET had a significantly better overall survival ($p < 0.001$)
- Patients who developed an obstruction during or within 6 months after treatment with chemotherapy had a worse overall survival ($p < 0.001$)
- Conclusion: Palliative surgery is associated with high rates of complications and readmission and re- obstruction are common. Comfort care is often a better option than surgery, especially in patients with disease progression under recent treatment with chemotherapy.

Poor prognosis for surgery

- Intestinal motility due to diffuse carcinomatosis
- Age > 65y Particular if cachectic
- Ascites requiring frequent paracentesis
- Advance cachexia
- Previous abdomen/Pelvic RT
- Palpable intra-abdominal mass and liver involvement
- Distant metastases, pleural effusion/metastasis
- multiple sites of obstruction
- Poor performance status

CLAP score

Point assigned to each condition to build the carcinosis level assessment for peritoneum (CLAP) score.

Factor	Points assigned
<i>Level of bowel distension</i>	
Colic	0
Distal ileum	1
Proximal ileum	2
Jejunal or more proximal	3
Non-evidenced	4
<i>Level of bowel obstruction</i>	
Colic	0
Distal ileum	1
Proximal ileum	2
Jejunal or more proximal	3
Non-evidenced	4

Prognostic Factors for Surgical Failure in Malignant Bowel Obstruction and Peritoneal Carcinomatosis

[Claudio Lodoli](#)^{1,4}, [Marcello Covino](#)^{2,3,7}, [Miriam Attalla El Halabieh](#)^{1,3,4}, [Francesco Santullo](#)¹, [Andrea Di Giorgio](#)^{1,3}, [Carlo Abatini](#)^{1,3}, [Stefano Rotolo](#)¹, [Elena Rodolfino](#)^{3,4}, [Francesco Giovinazzo](#)⁵, [Anna Fagotti](#)^{3,6}, [Giovanni Scambia](#)^{3,6}, [Francesco Franceschi](#)^{2,3}, [Fabio Pacelli](#)^{1,3}

[Author information](#)
[Article notes](#)
[Copyright and License information](#)

PMCID: PMC8660692 PMID: [34901144](#)

Receiver operating characteristic (ROC) analysis of carcinosis level assessment for peritoneum (CLAP) score. Area under ROC curve is 0.866 (0.782–0.926) p value < 0.001. According to Youden index J the best discriminating value was >4. Sensitivity, specificity, negative predictive value and positive predictive value for each score level are reported in the table.

Conservative Management of MBO

1. Symptoms control
2. Correct volume status
3. Treatment Gut obstruction
 - Partial Gut obstruction
 - > normalize gut function
 - Complete
 - > Rest the bowel

MBO treatment

Partial

Symptoms control

- Abdominal discomfort
- > Strong opioid

Maintenent Bowel function

- > Metocloplamide CIV /CSCI
- Dose 40-120 mg/day

Anti secretory agent

- > Octreotide IV/SC 200-900 mcg /day

Complete

Symptoms control

- Colicky pain
- > Hyoscine butylbromide (Buscopan)

Rest the bowel (Anti-pasmodic)

- > Buscopan CIV/CSCI Dose 40-120 mg /day

Anti secretory agent

- > Octreotide IV/SC 200-900 mcg /day

Anti-inflammatory

- > Dexamethasone IV/SC
- Dose 4-16 mg



Total Parenteral Nutrition (TPN) in MBO

- **Incurable disease** has been discouraged historically due to **concerns regarding impact on QOL.**
- Patients with advanced gynecologic cancer and MBO reported short median overall survival of 40–93 days
- The rate of **complications was highly variable**, ranging from **4 to 54%** included predominantly **catheter-related infections and less commonly deep venous thrombosis and TPN-related liver disease.**
- Total parenteral nutrition is initiated in a subset of patients who are unable to tolerate oral intake to meet their nutritional needs, **however there is no definitive evidence for survival benefit or improvement in quality of life (QoL).** (Sowerbutts AM,2018)

- **Home PN should be offered to patients if their QoL and/or length of survival is expected to be severely compromised by progressive malnutrition.** Indicators of a potential benefit are ECOG/WHO PS 0-2, a low level of systemic inflammation (normal levels of serum albumin, modified Glasgow Prognostic Score <2) and **the absence of metastatic disease** [V, B]
- There is insufficient evidence to routinely recommend supplemental PN in hypophagic, malnourished patients receiving chemotherapy to improve QoL and nutrition parameters [V, B].

ESPEN Guideline

ESPEN practical guideline: Home parenteral nutrition

Loris Pironi^{a,b,*}, Kurt Boeykens^c, Federico Bozzetti^d, Francisca Joly^e, Stanislaw Klek^f, Simon Lal^g, Marek Lichota^h, Stefan Mühlebachⁱ, Andre Van Gossum^j, Geert Wanten^k, Carolyn Wheatley^l, Stephan C. Bischoff^m



Outcomes of parenteral nutrition in patients with advanced cancer and malignant bowel obstruction

Abstract

Background Malignant bowel obstruction (MBO) affects 3% to 15% of all cancer patients. In patients with advanced cancer and inoperable MBO, the average survival varies between four to nine weeks. Parenteral nutrition (PN) may improve survival in specific patient populations with malignant bowel obstruction.

Aims This retrospective, single-center cohort study aimed to review individual patient outcomes on PN in the setting of advanced cancer with a diagnosis of MBO and identify clinical and laboratory markers predictive of short- and long-term survival to further highlight patients that would benefit from PN in the setting of an inoperable MBO.

Results In a retrospective analysis of 68 patients receiving PN for inoperable MBO, the median survival was 142 (IQR: 63.3–239.5) days. Patients experienced a median number of two hospital readmissions (range: 0–10) and spent a median of 29 days (range: 0–105) in the hospital after starting PN. Eighteen (26.5%) patients developed a catheter-related bloodstream infection (CRBSI). A diagnosis of appendiceal cancer was identified as a predictive marker of improved survival (HR: 0.53, 95% CI: 0.29–0.92, $p = 0.023$).

Conclusions The use of PN in the context of end-of-life cancer care is a practice that necessitates improvement. Recognizing the outcomes and patient experiences of PN utilization is essential to physicians and patients.

Primary doctor Management

- Lactulose 30 ml po (1 day)
- Ondancetron 8 mg IV q 8 hr (1 day)
- Smof kabiven drip 80 ml/hr
- Losec 40 mg IV OD

หากท่านเป็นทีมดูแลระดับประคอง ท่านจะให้การรักษาอย่างไร

Palliative Assessment

PC Symptom

1. Abdominal pain , colicky pain, RLQ 5/10
2. Nausea 2/10 ไม่พวยลม มีถ่ายอุจจาระ 2 ครั้งวันนี้
3. Fatigue 5/10
4. Anxiety 2-3/10 กังวลตัวโรคและแผนการรักษา
5. Well being 2/10

Physical examination

PPS 60%

Abdomen: absent bowel sound

PC Management

- Mo 10 mg + octreotide 300 mcg + nss upto 24 ml v drip in 1 ml/hr
- dexamethasone 8 mg v stat
- mo 2 mg v prn for BTP q 2 hr
- Plasil 10 mg v q 8 hr
- SSE x 2 days

Psychosocial

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับอาศัยอยู่กับสามีและลูกคนเล็ก ในจังหวัดร้อยเอ็ด
อาชีพ ข้าราชการท้องถิ่น

สมาชิกในครอบครัว

- 1.สามี อาชีพ ตำรวจ
- 2.ลูกชาย 25 ปี ทำงานที่กทม.
- 3.ลูกสาว อายุ 13 ปี กำลังศึกษาชั้นมัธยมปีที่ 1

สิ่งที่ผู้ป่วยกังวล

กลัวว่าจะเป็นการละเมิดคนอื่น หากสมรรถนะถดถอย กลัวว่าจะไม่สามารถชะลอโรคได้
อีก

ACP: No ETT, No CPR, POD Home

Perception and Expectation

แพทย์ PCคุยกับผู้ป่วยและสามี การรับทราบโรค ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นมะเร็งรังไข่ระยะลุกลาม ไปที่ช่องท้องและไปที่ปอด เป็นมะเร็งระยะที่ 4 แพทย์ onco gyne ให้ข้อมูล CMT อาจจะได้ผลดีเพราะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนเรื่อง gut obstruction และมีแผนจะยุติการรักษาด้วยเคมีบำบัด แต่ผู้ป่วยอยากให้ทีม onco gyne ประเมินว่ามีเคมีบำบัดสูตรอื่นที่จะชะลอโรคได้หรือไม่ เพราะผู้ป่วยคาดหวังว่า จะชะลอโรคไปได้ และมีชีวิตอยู่ได้นานๆ เพราะลูกยังเล็ก และการนอนรพ.ครั้งนี้ ผู้ป่วยรับทราบว่ามีลำไส้อุดตัน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุและแนวทางการรักษา

แพทย์ PC แจ้งข้อมูล เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ระยะที่ 4 แนวโน้มการตอบสนองไม่ค่อยดี และมีภาวะแทรกซ้อนจากลำไส้อุดตัน หากไม่สามารถแก้ไขภาวะนี้ได้ จะยังให้ยาเคมีบำบัดต่อไม่ได้ ดังนั้น ให้แก้ไขภาวะลำไส้อุดตันก่อน และปรึกษาทีม onco gyne มาประเมินอีกครั้งเรื่องเคมีบำบัด ส่วนเรื่องการทำตัดให้ข้อมูล มี risk มากกว่า benefit

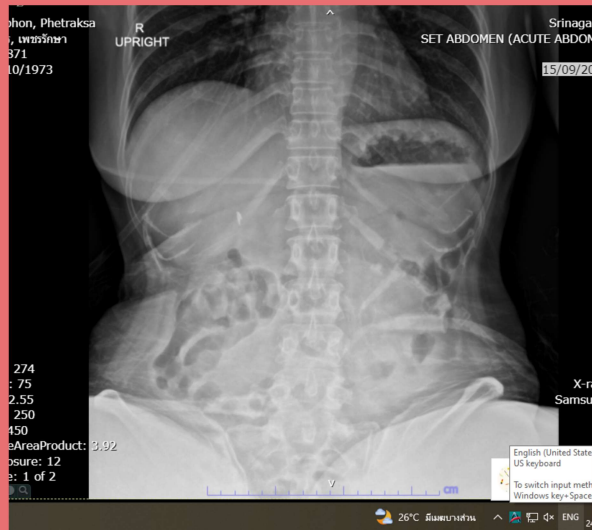
14/9/67

ย้าย Ward ดูแลจัดการอาการ ณ หอผู้ป่วยระดับประคอง

- dexamethasone 8 mg IV 6.00 12.00
- Morphine 10 mg + Octreotide 300 mcg + NSS up to 24 ml Iv drip rate 1 ml/hr
- Morphine 2 mg IV prn for dyspnea or abdominal discomfort q 2 hr
- Omeprazole 40 mg IV OD
- Thiamine 100 mg IV q 8 hr x 3 days (14/9/2567 - 16/9/2567)
- 50% MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml Iv drip in 4 hr x 3 days (12/9/2567 - 14/9/2567)
- Smof kabivan (1300 kcal/1904ml) +soluvit 1 amp + vitalipid 1 amp
+ addamel 1 amp Iv drip rate 80 ml/hr
- Observe and record NG content



11/09/67



15/09/67

status before D/C

18/9/67

PPS 60%

ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เดินขยับตัว
ทำกิจกรรมต้องช่วยเล็กน้อย ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำปนเนื้อ วันละ 1 ครั้ง

Management

-NG content ลดลง > off NG 17/9/67

- Off Octreotide หลังจากลดลงเหลือ 200 mcg NG content < 10 ml

-Off TPN ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึง Risk and benefit และแลกเปลี่ยนประเด็น QOL

Home medications

- เปลี่ยน Morphine IV เป็น Morphine Oral

- MST (10) 1 tab PO q 8 hr

- Mo IR (10) 1/2 tab PO prn for pain q 2 hr -

-Metocloplamide (10) 1 tab PO tid

-Lactulose 30 ml PO hs

-Senokot (7.5) 2 tab PO PC , hs

6/12/67

CC: อาเจียนมากมา 1 สัปดาห์ ก่อนมา sw.

PI:

1 สัปดาห์ ก่อนมา sw.อาเจียนเป็นเศษปนน้ำปริมาณครั้ง 300-500 ml วันละ 10 ครั้ง ไม่มีอาการปวดศรีษะ หรืออ่อนแรง ถ่ายเหลวเป็นน้ำปนอุจจาระวันละ 2 ครั้ง ไม่มีมูกเลือด อุจจาระสีน้ำตาลเข้ม แน่นท้องคล้ายมีลมในท้อง ไม่มีอาการหายใจลำบาก เสียมากขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่ sw.ใกล้บ้าน Admit 30/11 - 1/12/67 หลังออกจาก sw. ยังมีอาเจียนเยอะ ไม่ถ่ายอุจจาระ แต่ยังสามารถรับประทานอาหารได้ น้อย อ่อนเพลียมาก จึงตัดสินใจมา sw.ศรีนครินทร์

6 /12/67

Physical examination

V/S BT 3.8 c RR 16 /min PR 108bpm BP 108/80 SPO2 99

GA: good consciousness ,looked fatigue

CVS:normal s1s2

Abdomen: soft, not tenderness

E4V5M6 pupil 2 mm BRTL

Laboratory

Hb12.3 Hct 35.4 MCV 75.5 WBC7410 Plt257k PMN62.3 L 25.0

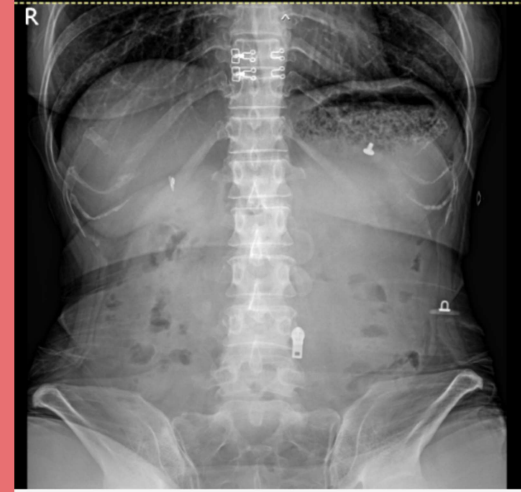
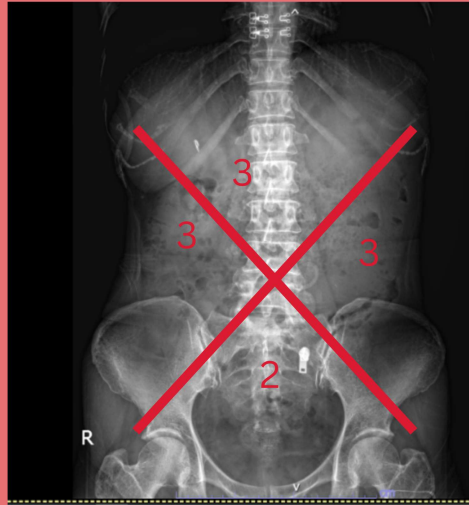
BUN 20 Cr 0.85 Na 136 K2.8 HCO3 27.5 Cl 91 Mg1.2

LFT: normal

EKG 12 lead: NSR rate 96 ,QTc prolong (>500)

Film acute abdomen series

6 /12/67



Constipation score 11
Impacted feces
Gastric dilatation

IMP:

- 1. Recurrent CA ovary with nausea and vomiting with poor intake**
- 2. Multiple electrolyte imbalance
(Hypokalemia 2.8, Hypomagnesemia 1.2)**
- 1. Partial gut obstruction**

Admit ward Gyne and notify PC ติดตาม

6/12

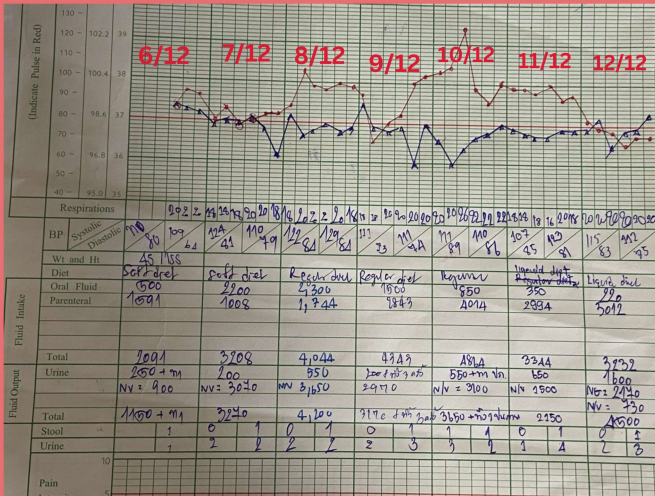
Treatment

- NSS 1000 ml+ IV drip rate 80 ml/hr
- KCL 10 mEq +NSS up to 200 ml Iv drip in 2 hr
- Observe abdominal sign
- EKG 10/12/67 QT prolong $\bar{\alpha}$ $\bar{\alpha}$ hypokalemia, Hypomagnesemia

Medication

- MST (10) 1 tab po q 8 hr
- MO IR (10) 1/2 tab po prn q 2 hr
- Metocloplamide (10) 1 tab PO tid
- Lactulose 30 ml PO hs
- Senokot (7.5) 2 tab PO PC , hs
- 50%MgSO₄ 4 ml +NSS up to 100 ml IV drip
*3 day
- GIGA 10 ml PO OD

progress note



7/12/67

• อาเจียนเยอะ อุจจาระเล็กน้อย คลื่นไส้ 8/10

• PR: Yellow feces + normoactive BS

- off MST, Ondansetron IV, metoclopramide เติบ
- MO IR (10) 1/2 tab po prn q 2 hr
- Metoclopramide 10 mg IV q 6 hr
- สวน SSE * 1 dose

8/12/67

• ยังอาเจียนเยอะ หลังทานอาหาร

• คลื่นไส้ 8/10 ไม่บ่นปวดท้อง

• สวนถ่ายอุจจาระปริมาณมากขึ้น

• normoactive bowel sound

• Metoclopramide 90 mg + NSS up to 24 ml IV drip rate 1 ml/hr

• สวน Lactulose 300 ml +NSS up to 1000 ml rectal suppo * 2 day

9/12/67

• ยังมีคลื่นไส้ 10/10 อาเจียนทันที หลังอาหารเหลว ไม่ปวดท้อง

• ไม่พยาย

• สวน Lactulose rectal suppo

• เพิ่ม Plasil 120 mg /day

• เพิ่ม Haloperidol 1 mg Iv/SC q for N/V q 12 hr

• Lactulose 30 ml po bid

• senokot 2 tab po bid

• Plan ย้ายตึกประคับประคอง



6/12/67



9/12/67

progress note



10/12/67

- คลื่นไส้ อาเจียนลดลง
- มีอาการหายใจแน่นๆ 4/10
- ปรับอาหารเป็น liquid diet
- ปรับเป็น Morphine 2 mg IV / SC prn for dyspnea / pain q 2 hr

11/12/67

- ยังมีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง 7/10
- ถ่ายอุจจาระ เป็นน้ำ 1 ครั้ง
- normoactive BS
- off haloperidol
- เพิ่ม Octreotide IV/SC 200 mcg/day

12/12/67

- ดีขึ้น ยังมีคลื่นไส้ อาเจียนอยู่
- ไม่ปวดท้อง, วันนี้ยังไม่ถ่ายอุจจาระ
- เพิ่ม Octreotide 300 mcg/d
- ad Plasil 120 → 100 mg/d (QTc > 500 msec)
- ปรีक्षा nutrition
- Retain NG

12/12

Psycho support and Discussion

- **กังวลไม่อยากใส่ NG** > แนะนำประโยชน์ และใส่เพื่อลดอาการขณะปรับยา
> หลังใส่ NG รู้สึกสบายขึ้น ไม่อาเจียน ได้พักหลับ ยังรู้สึกเหนื่อยเพลีย
ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน เศร้าบางครั้ง คิดถึงเรื่องโรค กังวลกับอาการอาจจะอยู่ไม่ได้นาน กังวลตลอด > ได้ให้ข้อมูลกำลังจัดการอาการ และการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
 - **สามีกังวล** ที่ผู้ป่วยอาเจียนตลอด ปริมาณมาก อ่อนล้าลง อยากได้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ อาจจะดีกับผู้ป่วย ทาง primary consult nutrition
 - **Goal of Care** หาก try treat ไม่สามารถ correct course ได้ และเข้าสู่ EOL ถึงเวลานั้นอยากกลับบ้าน ยอมรับได้ QOL ช่วงท้ายคือการได้กลับบ้านและอยู่พร้อมหน้าครอบครัว ยอมรับเวลาที่เหลือ

13/12

Discharge

- ยังมีอาเจียน หลังใส่ NG content ออก 2100 ml และมีอาเจียน 800 ml ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นหลังใส่ NG
- ผู้ป่วยมีความประสงค์ขอลกลับบ้านและใช้เวลาที่เหลืออยู่พร้อมหน้าครอบครัว

Home medication

- Octreotide 400 mcg + NSS up-to 20 ml sc drip 3 mm/hr
- Metoclopramide 50 mg + NSS up to 20 ml sc drip 3 mm/hr
- Morphine syrup (2mg/ml) 1 ml po prn for pain/dyspnea q 2-4 hrs
- Senokot 2 tabs po bid
- Lactulose 30 ml po bid

Plan

- นัด F/U รับประทานต่อเนื่อง 1 สัปดาห์



THANKYOU