

Palliative Care Case Conference

26th March 2025



“ Exploring the Complexities of Palliative Care in Severe Traumatic Brain Injury ”

A 41-year-old Myanmar man was involved in an accident where he was hit by a pickup truck, resulting in severe traumatic brain injury, facing language barriers, ethical dilemmas, and end-of-life decision-making.



วันพุธที่ 26 มีนาคม 2568 เวลา 12.00 – 13.30 น.
ขอเชิญร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง
ผ่านทาง Zoom meeting ID: 99107387797 Passcode: 1234

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

Patient profile

ผู้ป่วย ชาย ชาวเมียนมา อายุ 41 ปี

สถานภาพ : สมรส

อาชีพ : รับจ้าง (ถูกเลิกจ้าง 2 เดือนก่อน อยู่ระหว่างรองานใหม่)

ที่อยู่ : บ้านเช่า อ.เมือง จ.ขอนแก่น

สิทธิการรักษา : Self pay (ประกันชีวิต วงเงิน 150,000 บาท)

Admission date : 10 มีนาคม 2568

Status before admission : full ADL



Chief complaint



At Emergency room SNH 10 FEB 2025

กู้ภัยนำส่ง ชายพม่า อายุ 41 ปี พลเมืองดีให้ประวัติ
“ผู้ป่วยถูกรถกระบะชนขณะเดินจูงจักรยานข้ามถนน
เวลาประมาณ 20.30 น. หหมดสติ ณ จุดเกิดเหตุ”

Primary survey

A: Amount blood per mouth and nose, **stridor O2sat 92%**

➔ on ETT protect airway

B: Clear and equal both lungs

C: No active bleeding, BP 162/80 mmHg

D: **E1VTM1, pupil 3 mm fixed both eyes**

E: **Avulsion wound LT. frontotemporal area expose bone,
Lt. scalp hematoma and Lt. hand swelling .**

- On OG > old blood >irrigate 300 ml >clear
- Yellow urine

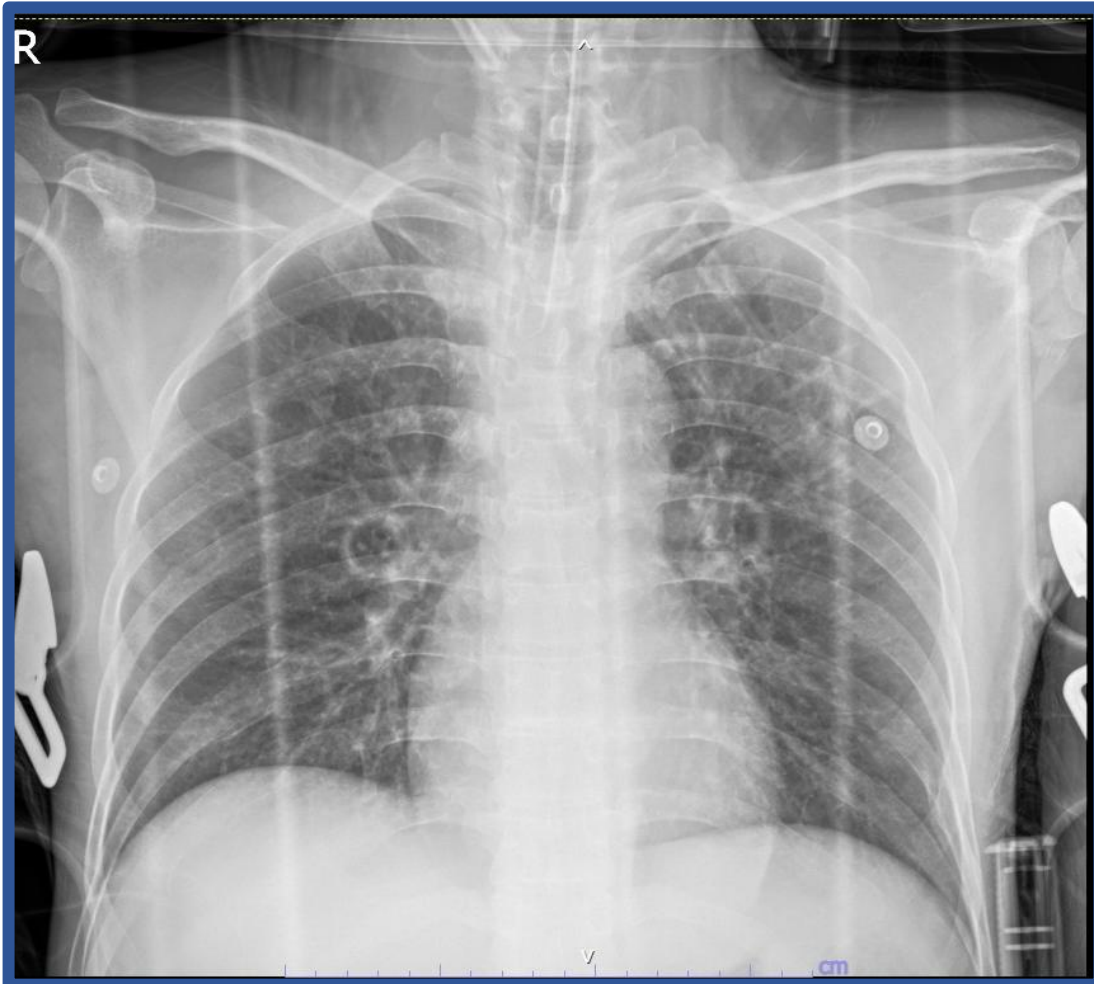


Adjunct primary survey

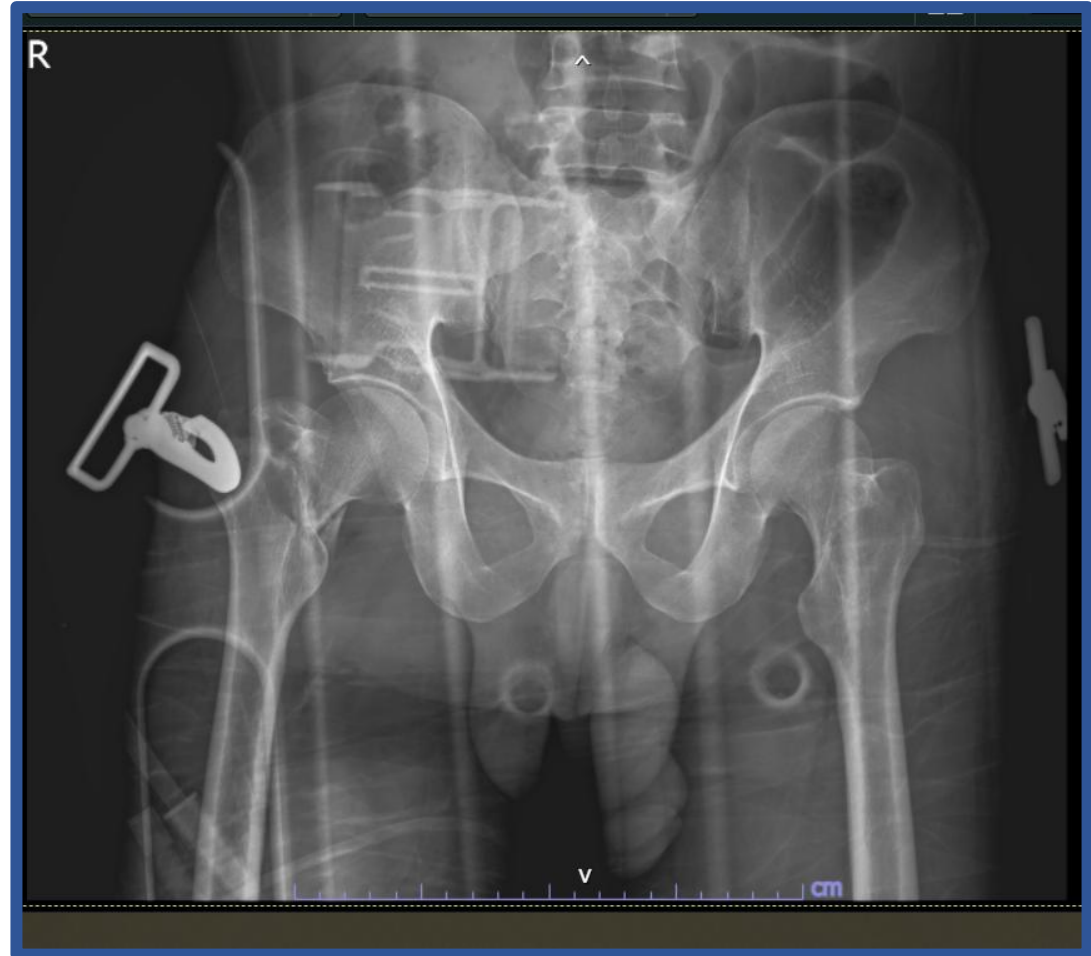
- On ETT no.7.5 dept 22 cm.
- E1VTM1 pupil Rt. 3 mm SRTL, Lt. 4 mm SRTL
- V/S : BP 125/89 mmHg, HR 87 bpm, RR 16/min, O2 sat 99%
- FAST 21.00น. : Negative
- Chest X-ray : No hemopneumothorax ,not seen ribs fracture.
- Film pelvis :Close fracture Rt. femoral neck .
- ส่ง CT brain non contrast with C-spine with facial bone.

Imaging investigation

Portable Chest X-ray

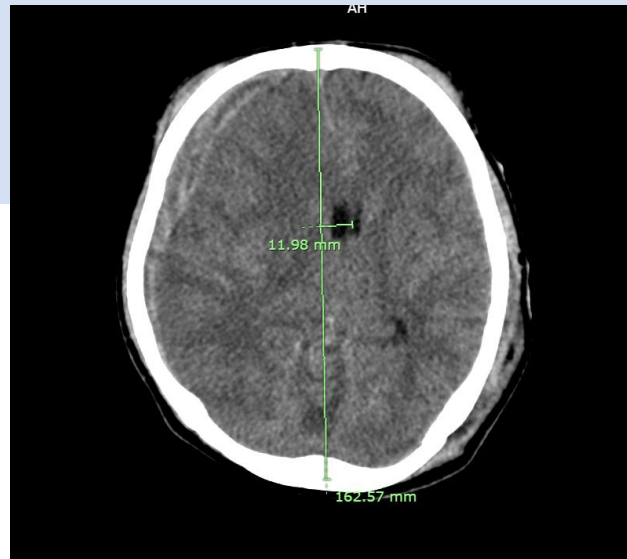
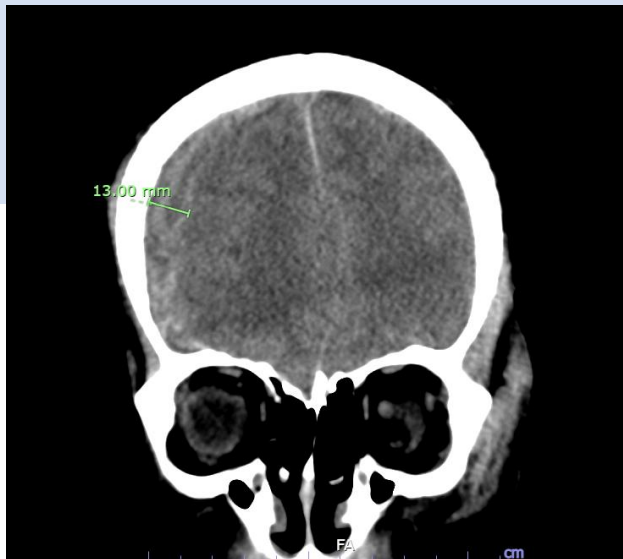


Film pelvic AP



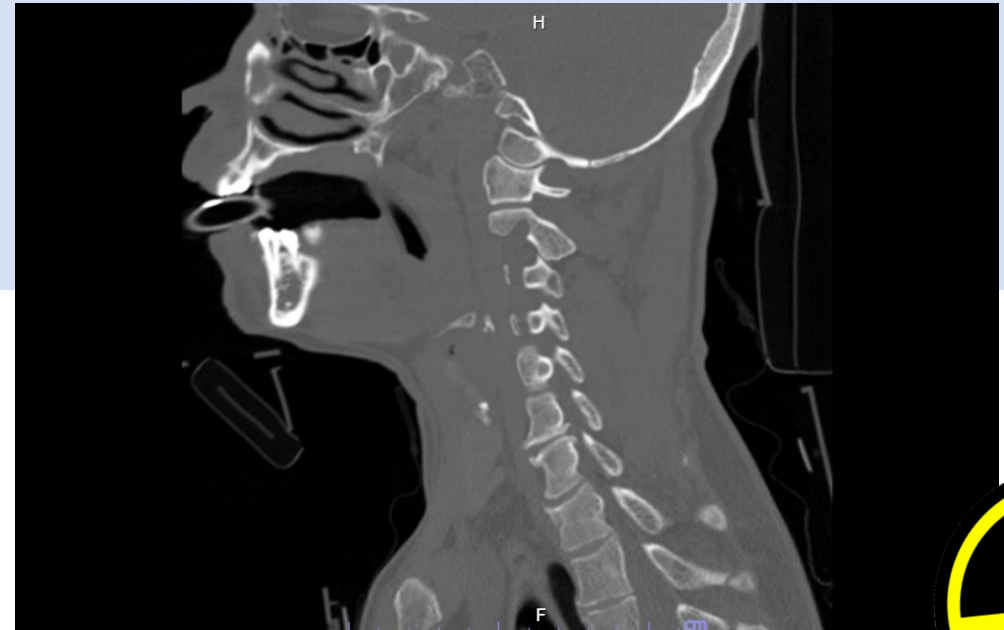
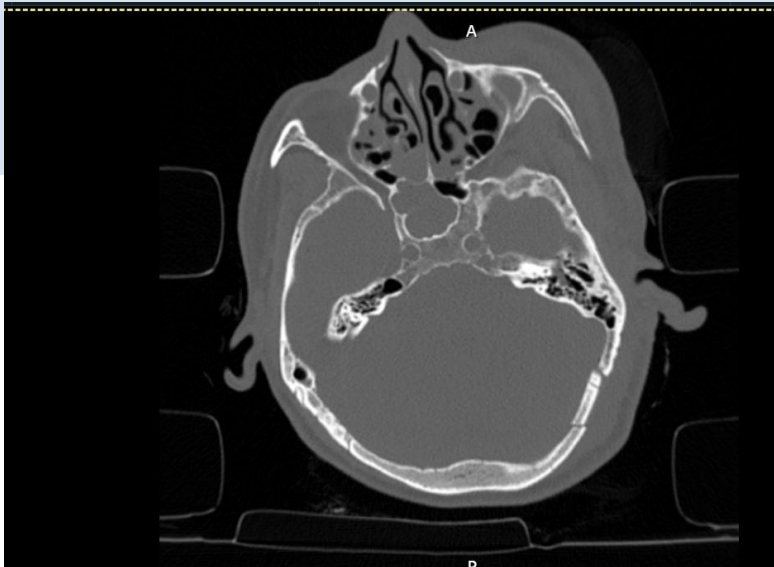
CT Brain

- **Multistage SDH bilateral FTP** convexity 1.3 cm in thickness
- Contusional hemorrhage left temporal base 0.9x0.8x1.0 cm, volume 0.4 ml
- **Diffuse SAH bilateral FTP, 1.2 cm** leftward midline shifting, **subfalcine herniation**
- Deformed shape supra cellular cistern, **central herniation**
- **Impending tonsillar hernia**
- **Multi skull fracture** : bilateral parietal bone, occipital bone, temporal bone



CT neck with facial

- Displace fracture Zygomatic arch with TMJ subluxation
- Lt pterygoid plate fracture
- Lt lateral wall of orbit fracture
- Soft tissue hematoma at left PT region 1.4 cm
- Fracture anterior arch extending to left lateral mass of C1
- Fracture spinous process T2 and T3
- Left scapula fracture



Secondary survey

Head to toe examination

- Head-neck: Palpable stepping Lt temporal with avulsion wound 4 cm with minimal bleeding, scalp hematoma at Lt. occiput, Lt. eye swelling.
- Heart-lung: normal
- Abdomen-pelvic: normal
- Extremities: Lt. arm swelling
- Pre-rectal exam: normal
- Neurologic: E1VTM1,
pupil Rt. 3 mm SRTL Lt. 4mm SRTL

PH: Allergy : unknow

Medication : unknow

Past illness: unknow

มีประวัติดื่มสุรา

Lab investigation


- DTX 126 mg/dL
- Hb 8.3 g/dL, Hct 28.9%

Management

- **Consult neuro surgeon**
 - > Plan: Rt. decompressive craniectomy
- **Cardiac arrest** → CPR 1 cycle → ROSC
- **S/P Rt. decompressive craniectomy with clot removal 11/2/68**
 - Intraoperation blood loss 2500 ml, PRC 6 u
 - Surgery performed : status E1VTM4, pupil can not evaluate due to marked swelling eyeballs
 - On ventilator setting PAC mode หายใจตามเครื่อง

Problem list

1. Multistage SDH and diffuse SAH bilateral FTP with contusional hemorrhage left temporal base with midline shift with central brain herniation. S/P: Rt Craniectomy with clot removal 11/2/68
2. Post cardiac arrest
3. Left pterygoid plate fracture with Lt lateral wall of orbit fracture
4. Left scapula fracture at coronoid process
5. Fracture anterior arch extending to left lateral mass of C1 with Fracture spinous process T2 and T3
6. Close fracture Rt femoral neck



**“ท่านประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค
และวางแผนการดูแลของผู้ป่วยรายนี้อย่างไร”**

Traumatic Brain Injury (TBI)

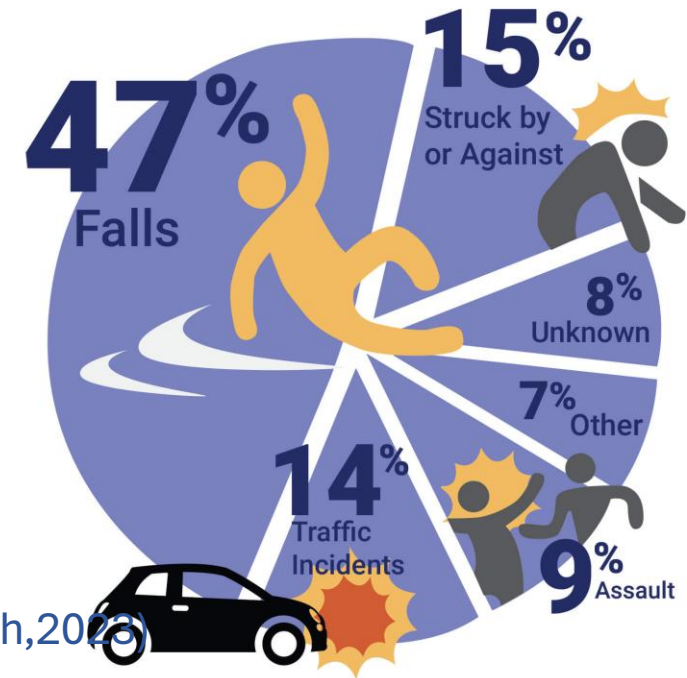
- A form of acquired brain injury, occurs when a sudden trauma causes damage to the brain.
- Severe TBI is one of the cause of severe acute brain injury (SABI).

Classification System For Traumatic Brain Injury

Classification	Duration Of Unconsciousness	Glasgow Coma Scale	Post-Traumatic Amnesia
Mild	<30 Minutes	13-15	<24 Hours
Moderate	30 Minutes-24 Hours	9-12	1-7 Days
Severe	>24 Hours	3-8	>7 Days

- msTBI 182.7 cases :100000 population (Huiming Zhong,2019)
- sTBI : Mortality rate 30 - 50%, while 30% of survivors suffer significant neurological deficit. (Adrina Habibzadeh,2023)

Leading Causes Of Traumatic Brain Injury



Severe Traumatic Brain Injury (TBI)

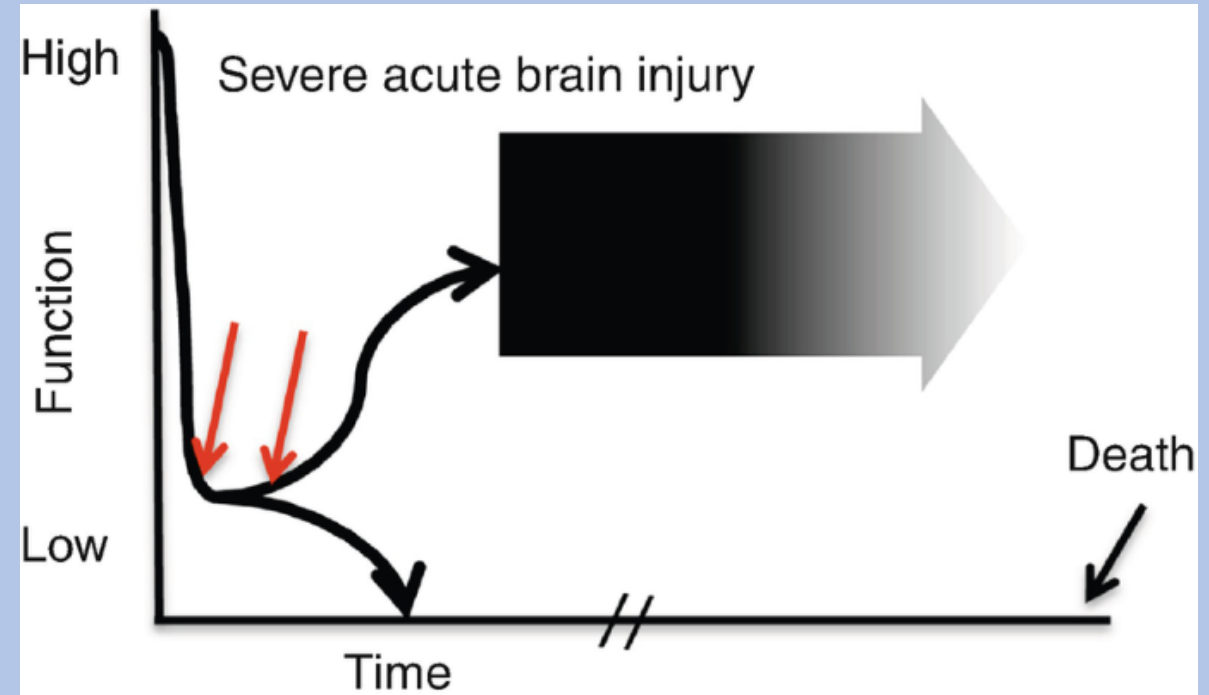
- Most patients experience **coma** : An unresponsive state lacking wakefulness or awareness.
- **Coma** usually end withing two weeks, and **patients may become awake but still not aware of themselves** or surroundings
- Recovery of **awareness is unpredictable**, returning within weeks, years, or never.
- **GCS \leq 8** is associated with
 - Mortality > 50% (Marmarou et al,1991)
 - Long term neurological disability (Maas et al.2005)



Challenging

facing patient, their families and physicians

- Sudden, unexpected, and devastating neurological insult.
- The treatment decision must be made quickly.
- Conversations about goal of care have to occur between clinicians and surrogate decision-makers, rather than with the patient themselves.



Prognostic indicators

Pramod K. Dash, Jing Zhao, Georgene Hergenroeder. Biomarkers for the Diagnosis, Prognosis, and Evaluation of Treatment Efficacy for Traumatic Brain Injury: neurotherapeutic. The Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics .2020;vol.7 100-114

Clinical Indicators

Age > 60 yr, **Low GCS, pupillary response, Hypotension**, Hypoxia, sepsis, multiple organ failure, comorbid

Radiological Indicators

Brainstem compression & midbrain shift, **Midline Shift \geq 5 mm, Tonsillar or uncal herniation**, DAI, **Bilateral Contusions or Hemorrhagic Lesions**.

Biochemical Indicators

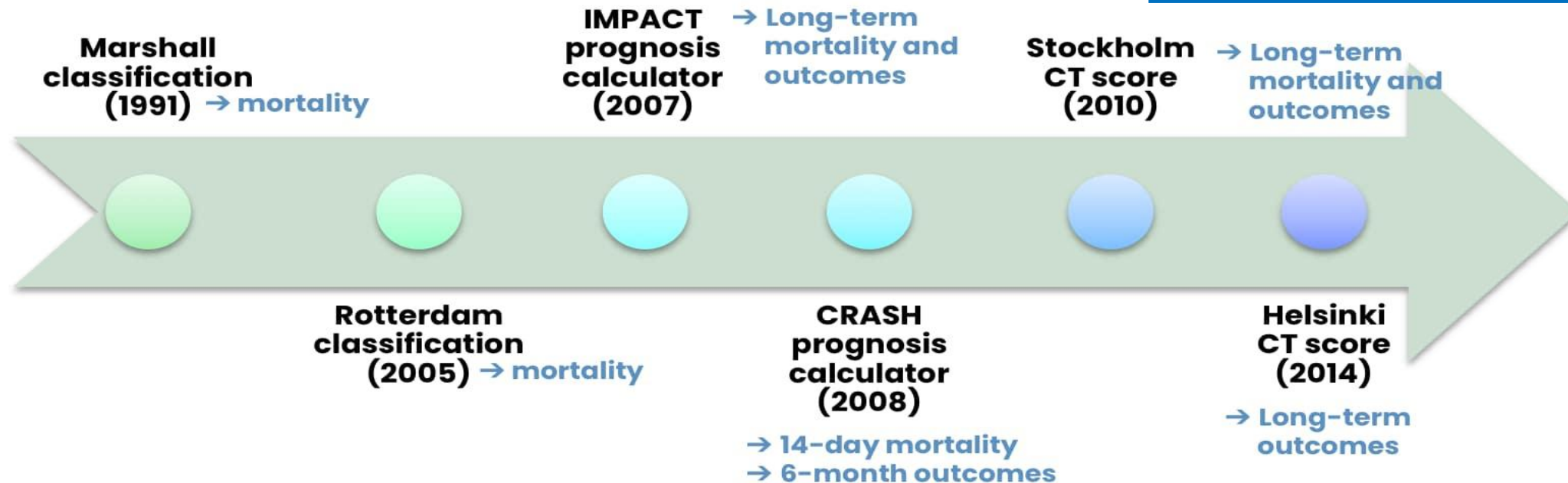
ICP > 20-25 mmHg, high serum Biomarkers (S100B, NSE, GFAP), hyperglycemia and coagulopathy, high lactate.

Pathological indicators

Cerebral Hypoxia & Infarction, bilateral cerebral infarction, brainstem infarction, absent brainstem reflexes, Apnea Test Positive

Prognostication in TBI

“How long?” and “How well?”
: Family want to know the likelihood of survival, extent of functional recovery and quality of life after sTBI



1. Marshall LF, Marshall SB, Klauber MR, et al. A new classification of head injury based on computerized tomography. Special Supplements. 1991;75:S14-S20.

2. Maas AI, Hukkelhoven CW, Marshall LF, et al. Prediction of outcome in traumatic brain injury with computed tomographic characteristics: a comparison between the computed tomographic classification and combinations of computed tomographic predictors. Neurosurgery. 2005;57(6):1173-1182.

3. McHugh GS, Engel DC, Butcher I, et al. Prognostic Value of Secondary Insults in Traumatic Brain Injury: Results from The IMPACT Study. Journal of Neurotrauma. 2007;24(2):287-293.

5. David WN, Harriet N, Robert MM, et al. Extended Analysis of Early Computed Tomography Scans of Traumatic Brain Injured Patients and Relations to Outcome. Journal of Neurotrauma. Jan 2010.

Marshall classification

Category	Definition
Diffuse Injury I	no visible intracranial pathology seen on CT
Diffuse Injury II	cisterns are present with midline shift 0-5mm and/or lesion densities present no high- or mixed-density lesion > 25mL; may include bone fragments and foreign bodies
Diffuse Injury III	cisterns compressed or absent with midline shift 0-5mm, no high- or mixed-density lesion > 25mL
Diffuse Injury IV	midline shift > 5 mm, no high- or mixed-density lesion > 25mL
Diffuse Injury V (Evacuated Mass Lesion)	any lesion surgically evacuated
Diffuse Injury VI (Non- Evacuated Mass Lesion)	high- or mixed-density lesion > 25mL, not surgically evacuated

Marshall class = 5

Rotterdam CT classification

TABLE 1. Rotterdam Computed Tomography Classification^a

Predictor	Score
Basal cisterns	
Normal	0
Compressed	1
Absent	2
Midline shift	
No shift or shift ≤5 mm	0
Shift >5 mm	1
Epidural mass lesion	
Present	0
Absent	1
Intraventricular blood or subarachnoid hemorrhage	
Absent	0
Present	1
Sum score	+1

TABLE 3. Rotterdam Computed Tomography Score vs Mortality and Unfavorable Outcome^a

Rotterdam CT Score	No. of Patients	Mortality, No. (%)	Unfavorable Outcome, No. (%)
2	6	0 (0)	1 (16.7)
3	13	1 (7.7)	4 (30.8)
4	25	5 (20.0)	11 (44.0)
5	47	11 (23.4)	29 (61.7)
6	36	24 (66.7)	33 (91.7)

^aCT, computed tomography.

Rotterdam score = 4



Predicting in-hospital mortality for patients in coma with severe TBI

JOURNAL OF SURGICAL RESEARCH • AUGUST 2021 (264) 194-198



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/YJSRE



Association for Academic Surgery

Utility of the Marshall & Rotterdam Classification Scores in Predicting Outcomes in Trauma Patients ☆

Check for updates

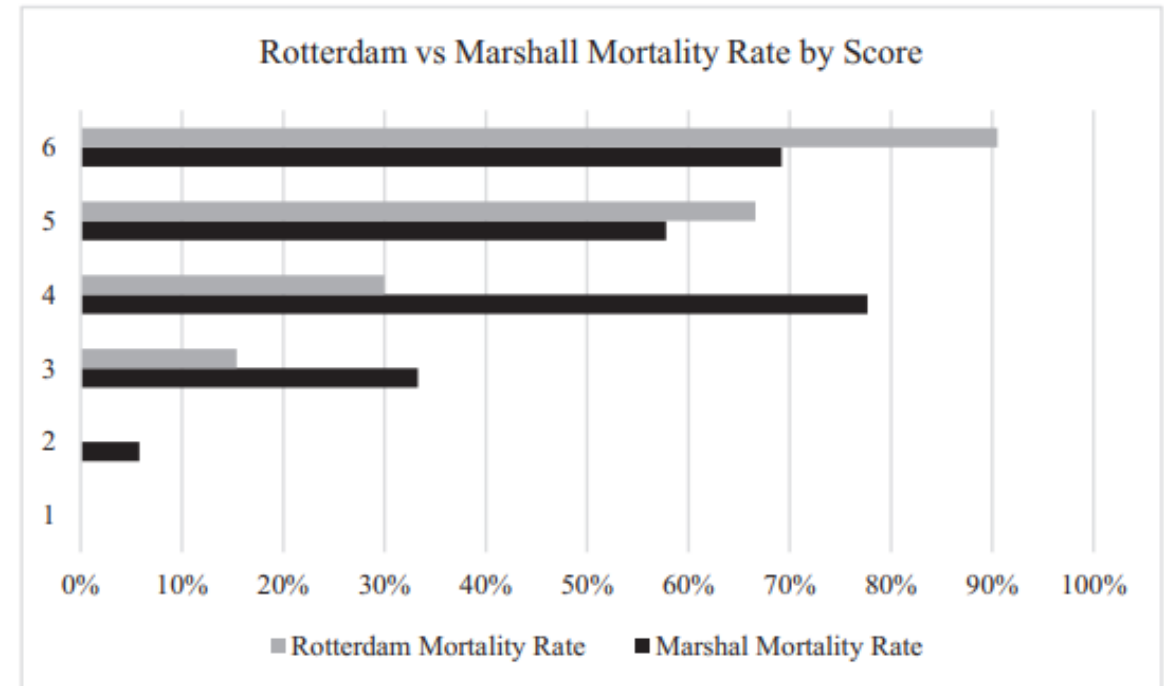
Adel Elkbuli, MD, MPH,^{a,*} Saamia Shaikh, DO, JD,^a Kelly McKenney,^a
Hunter Shanahan,^a Mark McKenney, MD, MBA, FACS,^{a,b} and
Kimberly McKenney, MD,^{a,b}

^aDepartment of Surgery, Division of Trauma and Acute Care Surgery, Kendall Regional Medical Center, Miami, Florida

^bDepartment of Surgery, University of South Florida, Tampa, Florida

conclusion:

- Higher scores on the Marshall CT-based classification system and the Rotterdam CT-based scoring system are associated with increased odds of death in blunt trauma patients who arrive in coma from traumatic brain injury.
- A cut-off score of < 4 was associated with improved survival.



Marshall class = 5

Rotterdam score = 4



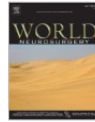
Increase a higher chance
The injury could lead to
death

Prognostication in TBI

CRASH prognosis calculator



World Neurosurgery
Volume 137, May 2020, Pages e159-e165



Original Article

Comparison of the CRASH Score–Predicted and Real Outcome of Traumatic Brain Injury in a Retrospective Analysis of 417 Patients

Excerpts of this work were a poster presentation at the International Symposium on Intracranial Pressure and

- **Good ability to predict 14-day mortality** with high accuracy (AUC 92.1%) and 6-month outcome (AUC of 90.7%)
- CRASH score < 31.5% = high chance of surviving 14 days (sensitivity 0.823, specificity 0.895)
- CRASH score \geq 55.75% = high chance of severe disability at 6 months (sensitivity 0.793, specificity 0.830)

Head injury prognosis



These prognostic models may be used as an aid to estimate mortality at 14 days and death and severe disability at six months in patients with traumatic brain injury (TBI). The predictions are based on the average outcome in adult patients with Glasgow coma score (GCS) of 14 or less, within 8 hours of injury, and can only support - not replace - clinical judgment. Although individual names of countries can be selected in the models, the estimates are based on two alternative sets of models (high income countries or low & middle income countries).

Country	Thailand
Age, years	41
Glasgow coma score	3
Pupils react to light	Both
Major extra-cranial injury?	Yes
CT scan available?	<input checked="" type="checkbox"/>
Presence of petechial haemorrhages	No
Obliteration of the third ventricle or basal cisterns	Yes
Subarachnoid bleeding	Yes
Midline shift	Yes
Non-evacuated haematoma	No

Prediction

Risk of 14 day mortality (95% CI) 60.3% (53.5 - 66.8)

Risk of unfavourable outcome at 6 months 87.9% (84.6 - 90.6)

Prognostication in TBI

IMPACT Head Injury Prognosis Calculator

Prediction models for 6 month outcome after TBI

Admission Characteristics	Value
<i>Core</i>	
Age (14-99 years)	<input type="text" value="41"/>
Motor Score	<input type="text" value="Normal Flexion"/>
Pupils	<input type="text" value="Both reacting"/>
<i>Core+CT</i>	
Hypoxia	<input type="text" value="Yes"/>
Hypotension	<input type="text" value="Yes"/>
CT Classification	<input type="text" value="Evacuated Mass Lesion"/>
tSAH on CT	<input type="text" value="Yes"/>
Epidural mass on CT	<input type="text" value="No"/>
<i>Core+CT+Lab</i>	
Glucose (54-360 mg/dL)	<input type="text" value="126"/> <input type="text" value="mg/dL"/>
Hb (6-17 g/dL)	<input type="text" value="6.2"/> <input type="text" value="g/dL"/>
<input type="button" value="Calculate"/>	<input type="button" value="Reset"/>

Prognostic Results:

Predicted probability of 6 month mortality: Core model: 21%

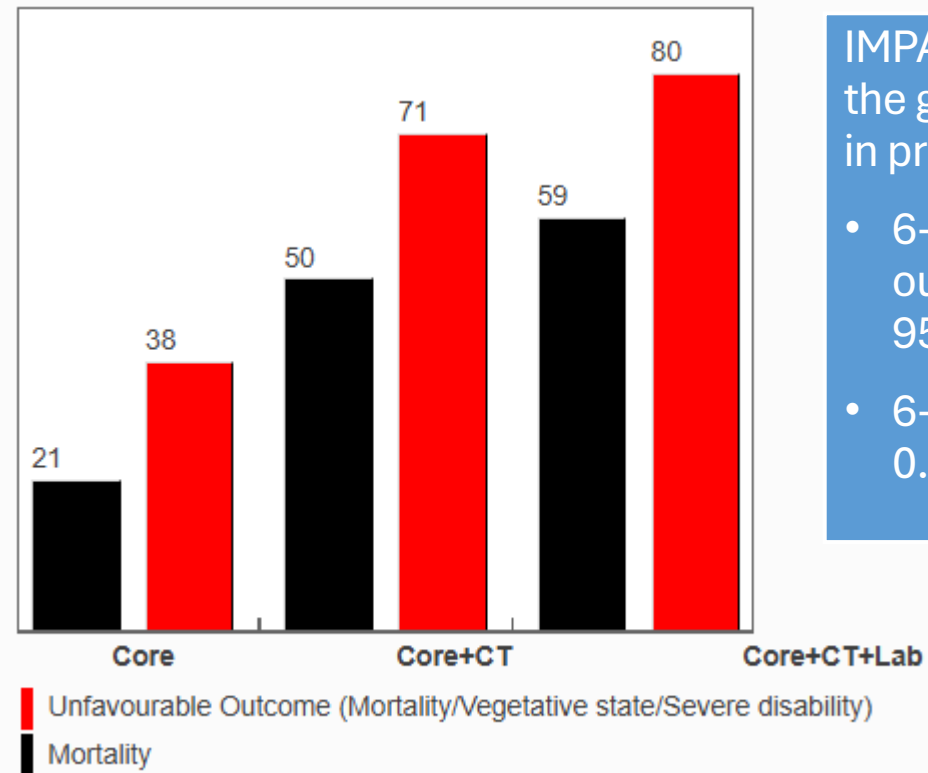
Predicted probability of 6 month unfavourable outcome: **Core model: 38%**

Predicted probability of 6 month mortality: Core+CT model: 50%

Predicted probability of 6 month unfavourable outcome: **Core+CT model: 71%**

Predicted probability of 6 month mortality: Core+CT+Lab model: 59%

Predicted probability of 6 month unfavourable outcome: **Core+CT+Lab model: 80%**



IMPACT model had the greatest accuracy in predicting

- 6-month unfavorable outcome (AUC 0.864 95%CI 0.819-0.909)
- 6-month mortality (AUC 0.902 95%CI 0.862-0.943)

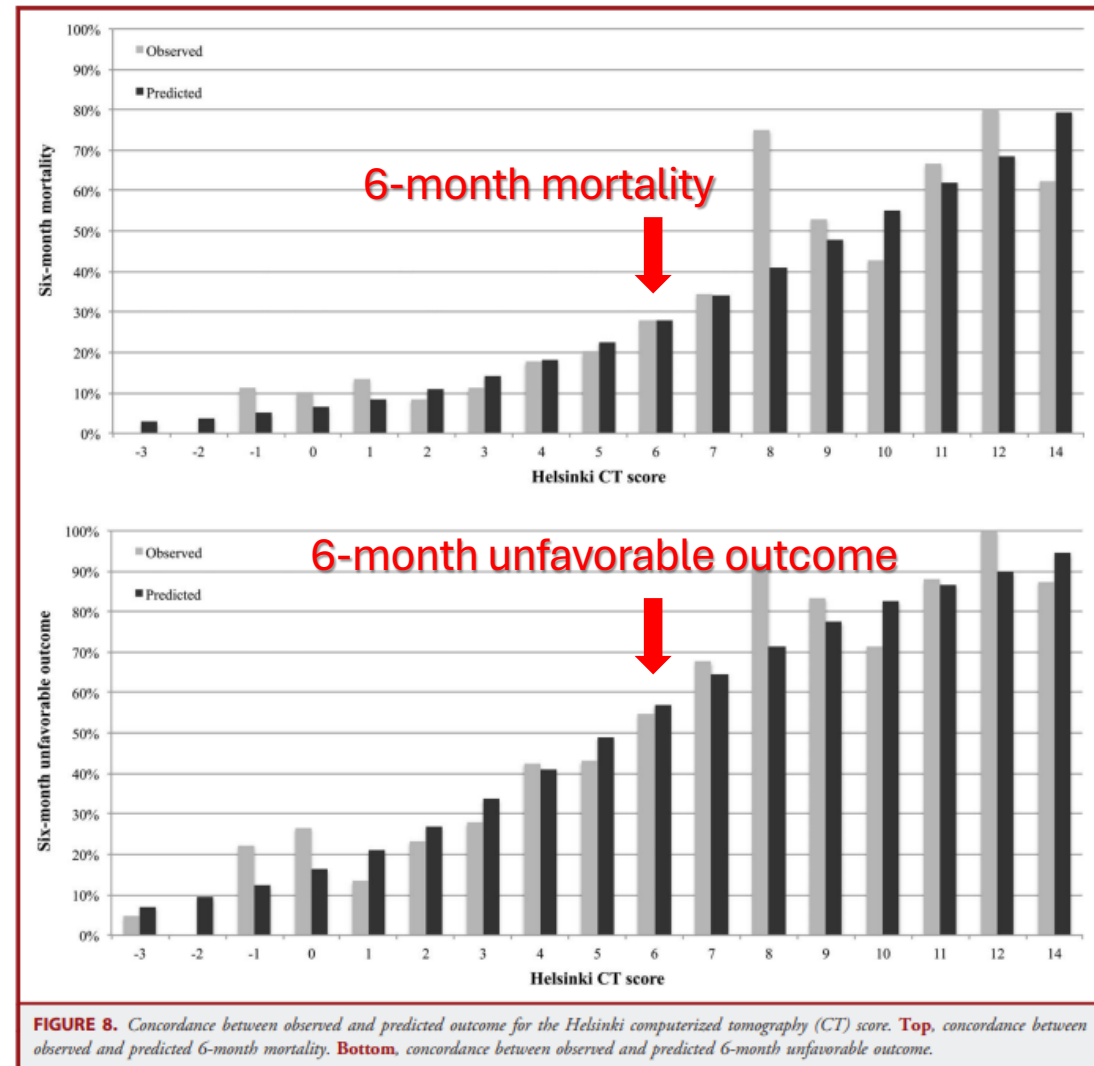
Prognostication in TBI

Helsinki CT Score

TABLE 6. The Helsinki Computerized Tomography Score Chart

Variable	Score
Mass lesion type(s)	
Subdural hematoma	2
Intracerebral hematoma	2
Epidural hematoma	-3
Mass lesion size > 25 cm ³	2
Intraventricular hemorrhage	3
Suprasellar cisterns	
Normal	0
Compressed	1
Obliterated	5
Sum score	-3 to 14

Helsinki CT score = 6



Raj R, Siironen J, Skrifvars MB, Hernesniemi J, Kivisaari R. Predicting outcome in traumatic brain injury: development of a novel computerized tomography classification system (Helsinki computerized tomography score). *Neurosurgery*. 2014;75(6):632-647. doi:10.1227/NEU.0000000000000533

Prognosis assessment

Very early –hour-1days

- Unresponse with intubation and mechanical ventilator
- S/P Craniectomy > GCS : E1VTM3 pupil both SLRT

- Risk of 14 days motility rate 60.3%
- **high-risk unfavorable outcome at 6 month**

Serious illness
conversation triggers

Neurosurgeon
advice

สมองมีอาการบวมและกดเบียด มีโอกาสจะต้องผ่าตัดอีกครั้งสูง

ACP เบื้องต้น

"ญาติตัดสินใจรับการรักษาแบบประคับประคอง ไม่ต้องการผ่าตัดเพิ่ม ไม่ต้องการ Invasive procedural, advise risk ญาติ Accept เรื่อง ชีวมลง และอาจเสียชีวิตได้ Accept การพยุ่งชีพเบื้องต้น Full med ,no CPR"

Palliative Care
consultation



**“ในบทบาทของ Palliative care team
ท่านจะประเมินผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างไร”**

Palliative Care management in sTBI

- Symptom management
- Caregiver support
- Estimating and communication prognosis
- Serious illness Conversation triggers
- Establishing goals of care
- Shared decision-Marking
- End-of-life care

Palliative Assessment

Biological assessment

- Unresponsive (E1VTM4) ไม่ตื่น ไม่ทำตามสั่ง ไม่มีอาการชัก
เกร็งมีกระสับกระส่ายเล็กน้อย
- On ventilator PAC mode
- On OG : BD feed รับประทานได้
- Palliative symptom
 - Mild agitation
 - Behavioral pain scale = 4-5
 - RDOS = 2

Current medication

- On Dilantin 100 mg iv q 8 hr
- On nicardipine(1:5) iv rate 5 ml/hr
keep BP < 140/90 mmHg
- On cefazolin 1 gm iv q 6 hr
- On omeprazole 40 mg iv od
- Fentanyl(10:1) iv rate 5 ml/hr
- Amlodipine (10) 1x1 po pc via NG tube

Palliative Assessment

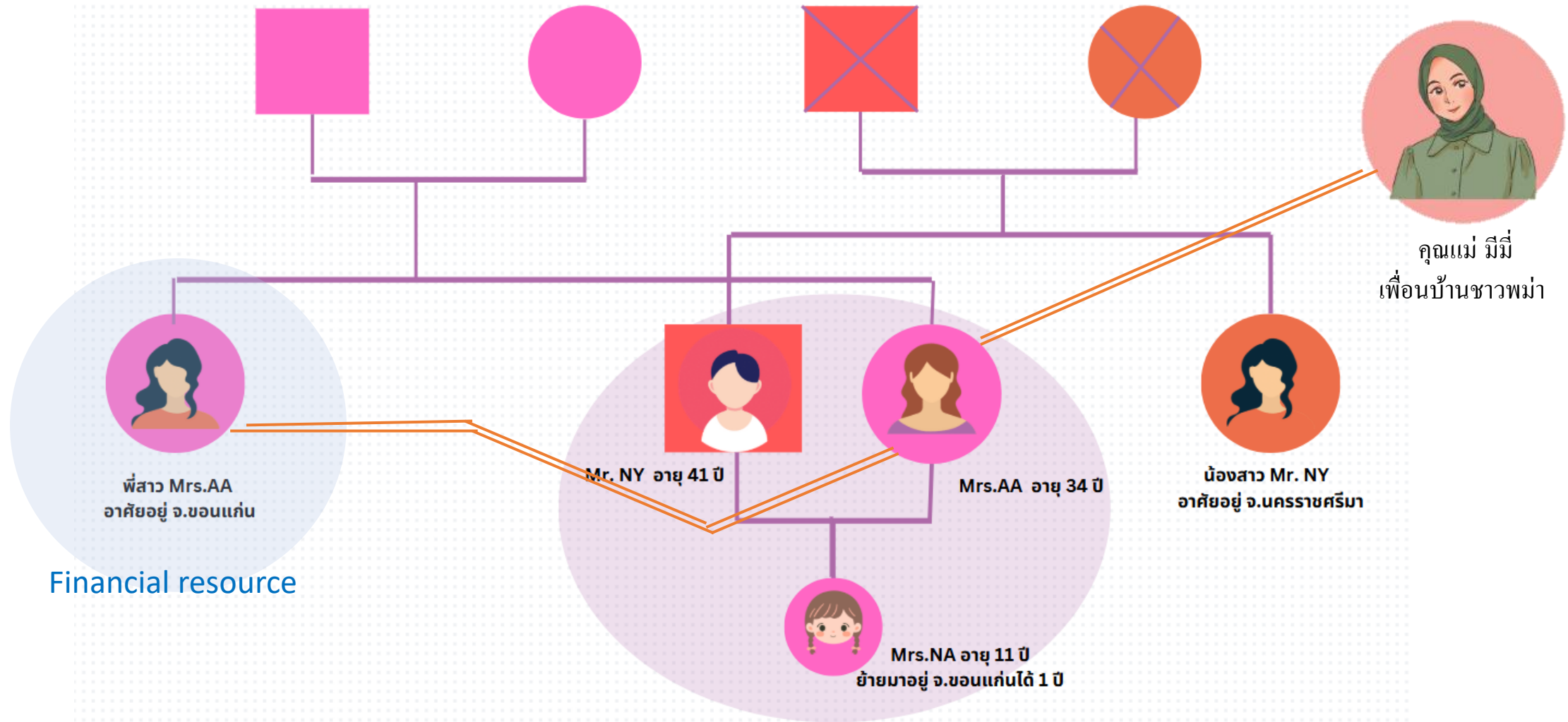
Psychosocial assessment

- ผู้ป่วยสัญชาติพม่า มาทำงานที่จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทยมา 4-5 ปี เปลี่ยนนายจ้างไปเรื่อยๆ ก่อนหน้านี้ทำงานที่โรงงานกระดาษ 1-2 เดือนก่อนถูกคัดออก กำลังดำเนินเรื่องทำงานที่โรงงานใหม่ ทำหนังสือเข้าทำงานผ่านแล้ว อยู่ในช่วงรอไปทำงาน แต่ประสบอุบัติเหตุก่อน ทราบภายหลังจากการตรวจว่าพาสปอร์ตของผู้ป่วยหมดอายุยังไม่ได้ต่อ
- ภรรยาของผู้ป่วยอายุ 34 ปี ขณะนี้ว่างงาน เดิมทำงานที่โรงงานแหวน ต่อมาถูกคัดออก กำลังทำเรื่องจะไปทำงานขายผักและไข่สดที่ตลาด แต่ผู้ป่วยมาประสบอุบัติเหตุก่อน มีลูกสาวด้วยกัน 1 คนอายุ 11 ขวบ พึ่งรับมาอยู่ด้วยประมาณ 1 ปี มาเข้า รร.ที่บ้านสำราญ เป็นโรงเรียนที่ทางขอนแก่นจัดขึ้น ผู้ป่วยมีคนรู้จักชื่อแม่มีมีซึ่งนับถือศาสนาอิสลามเป็นเพื่อนบ้าน เป็นล่ามช่วยคุยกับเจ้าหน้าที่ให้

Family exploration

- เดิมผู้ป่วยเป็นคนนิสัยดี เป็นที่รักของเพื่อนร่วมงาน ชวนวางแผนการดูแลล่วงหน้าญาติต้องการ withhold life support ไปก่อน
- พ่อแม่ของผู้ป่วยเสียชีวิตหมดแล้ว ไม่มีญาติอยู่ที่พม่า
- มีน้องสาวทำงานก่อสร้างอยู่ที่โคราช ญาติส่งข่าวให้รับทราบแล้วแต่น้องสาวยังไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย
- หากผู้ป่วยเสียชีวิตสะดวกให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเนื่องจากทางห้องเช่าไม่อนุญาต

Family genogram



Family meeting 14/2/68

- Perception: ภรรยาและสามี รับทราบว่าผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุขาหัก คอหัก สมองตาย มีโอกาสเสียชีวิต
- คาดหวังว่า คู่กรณีจะรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่าย หากผู้ป่วยติดเตียงกังวลเรื่องการดูแลเนื่องจากตอนนี้ต้งงานต้องจ่ายค่าห้องเดือนละ 2,500 บาท และหากต้องดูแลผู้ป่วยและไม่ได้ทำงานคงจะลำบากมากกว่านี้ แต่ก็คาดหวังว่าอยากให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเต็มที่หากผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม

Family meeting 14/2/68

- **ขณะนี้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย** ประมาณ 170,000 ซึ่งผู้ป่วยทำประกันชีวิตไว้ 150,000 บาท หากได้เงินจากพรบ.อีก 30,000 บาท รวมเป็น 180,000 บาท ขณะนี้กำลังอยู่ในช่วงพูดคุยใกล้เกลี่ยกับคู่กรณี
- ครอบครัวถามหาแนวทางลดค่าใช้จ่าย เช่น ย้ายไป รพ.อื่น เพื่อลดค่าใช้จ่าย
- **ACP** : withhold life support, no inotrope รอคูยกับคู่กรณี และ ตำรวจเรื่องการเยียวยา หากได้ข้อตกลงเรียบร้อยแล้ว ทางครอบครัวจะตัดสินใจเรื่อง withdraw life support อีกครั้ง

เยี่ยมบ้าน



Psychosocial Considerations

- Wife (34 yr old) unemployed, struggling financially
- 11-year-old daughter recently moved to Thailand
- Expired passport, legal concerns?
- No close relatives except a sister in Korat
- Medical expenses: 170,000 THB
 - Life insurance: 150,000 THB
 - Accident insurance: 30,000 THB
- Language and communication barriers
- Family hopes for compensation from the liable party
- Unreachable peaceful death at preferred place
- Bedridden conditions cause significant stress for family.
- Unrealistic family expectation regarding patient recovery



**“ท่านมีหลักการหรือข้อพิจารณาทางจริยธรรมอย่างไรบ้าง
ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้”**



Principle medical ethics

THE PILLAR OF
BENEFACTENCE



THE PILLAR OF
NON-MALEFICENCE



THE PILLAR OF
AUTONOMY



THE PILLAR OF
JUSTICE





Ethical Considerations



Principle	Key consideration
<p>Autonomy : Autonomy gives patients the freedom to make their own choices about their health. It's about respecting each person's right to decide what happens to their body.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Can the patient make their own decisions?• Is there a surrogate decision-maker?• Can they really understand the illness?• Respect right of self government?

- Lack of decision-making capacity
- Proxy-decision making with language barrier
- Difficult in determining patient preferent



Ethical Considerations

Principle	Key consideration
<p>Beneficence (Doing good) : Beneficence means doing what's best for the patient. It's about making sure that the actions of doctors and nurses are aimed at helping the patient as much as possible.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Will treatment realistically improve recovery?• Should we consider Neuro-Palliative Care?
<p>Non-maleficence (Do no harm) : Non-maleficence is a fancy way of saying 'do no harm'. Healthcare providers have a duty to avoid hurting the patient.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Will the treatment prolong dying rather than improve quality of life?• Avoid interventions causing unnecessary suffering.



Ethical Considerations

Beneficence (Doing good)

: Beneficence means doing what's best for the patient. It's about making sure that the actions of doctors and nurses are aimed at helping the patient as much as possible.

Non-maleficence (Do no harm) :

Non-maleficence is a fancy way of saying 'do no harm'. Healthcare providers have a duty to avoid hurting the patient.

Pros

cons





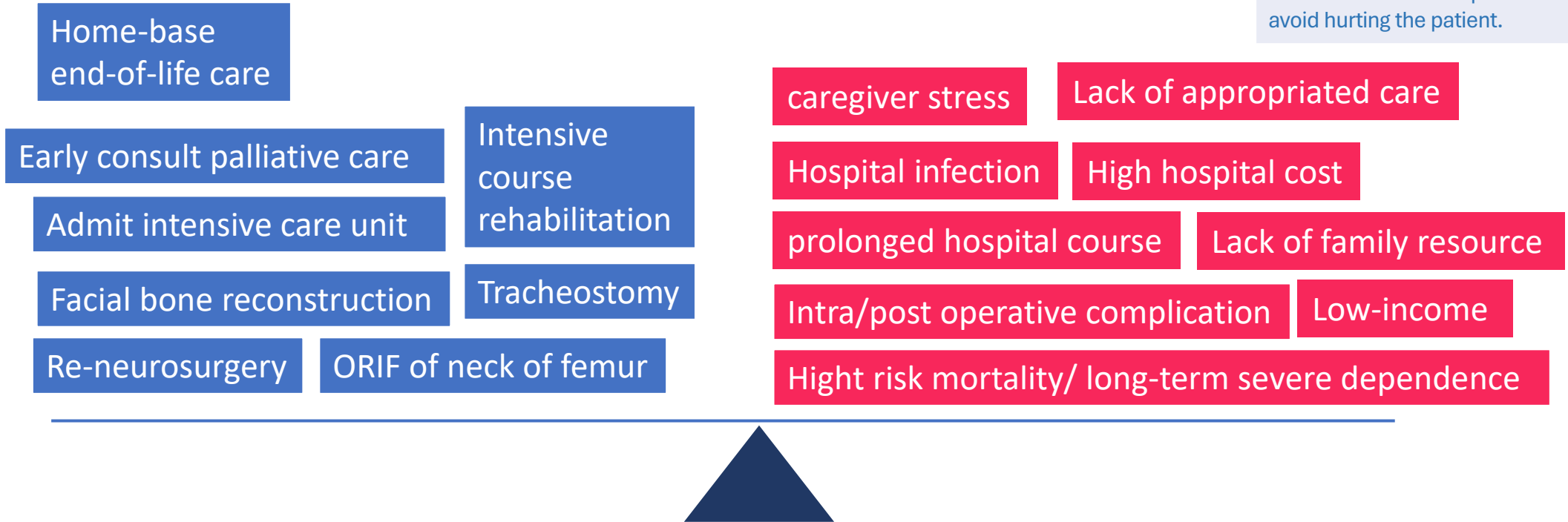
Ethical Considerations

Beneficence (Doing good)

: Beneficence means doing what's best for the patient. It's about making sure that the actions of doctors and nurses are aimed at helping the patient as much as possible.

Non-maleficence (Do no harm) :

Non-maleficence is a fancy way of saying 'do no harm'. Healthcare providers have a duty to avoid hurting the patient.



Ethical Considerations



Principle	Key consideration
Justice : Justice is all about treating everyone fairly in healthcare. It means making sure everyone gets the care they need, without any bias.	<ul style="list-style-type: none">• Do the patient have access to appropriated care ?• Is resource allocation justified for this case ?

For this patient

- Providing standard medication.
- Providing essential resources.
- Addressing healthcare disparity.
- Equal access to Palliative care service.

For other patients

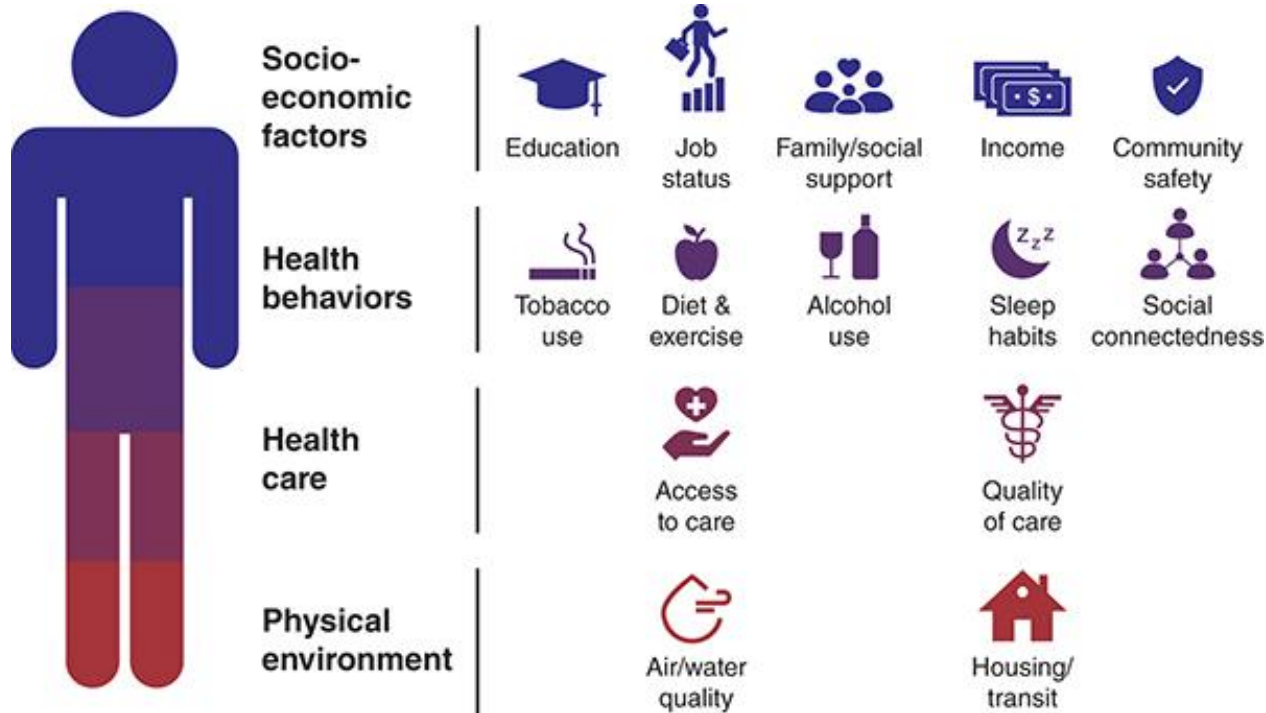
- Equitable distribution
 - ICU bed, Ventilator
 - Workforce
- Balancing curative and palliative care
- Ethical considerations



ยอดอพยพทะลุ 2 พัน

รพ.แม่สอด รับมือคนเจ็บจากเมียนมา

Vulnerable populations



<https://viva.pressbooks.pub/communityhealthnursing/chapter/chapter-three-social-determinants-of-health-and-vulnerable-populations/>

“those that are wounded by social forces placing them at a disadvantage for their health”

Health Disparities

- Preventable difference in burden of disease injury violence or opportunity to achieve optimal health
- Experienced by socially disadvantage population

Disparities of Palliative Care

- Unnecessary suffering: symptoms and futile treatment
- Unmet psychosocial spiritual
- Less patient/family –orientated care
- Financial burden from frequent hospital visit and admission
- Unreachable peaceful death at preferred place

Vulnerable populations

Vulnerable
Underserved
Marginalized

Characteristics

Limited Access to Healthcare : Financial constraints, lack of insurance, or geographic barriers.

Higher Disease Burden: Increased prevalence of chronic diseases, mental health issues, or infectious diseases.

Social and Economic Disparities : Poverty, homelessness, unemployment, and low education levels.

Language and Cultural Barriers : Limited health literacy, mistrust in the healthcare system.

Discrimination and Stigma :Based on race, ethnicity, gender identity, disability, or immigration status.

Examples of Vulnerable Groups

- Elderly individuals
- Low-income families
- People with disabilities
- Racial and ethnic minorities
- Homeless individuals
- Refugees and undocumented immigrants
- Individuals with chronic diseases or mental health disorders
- LGBTQ+ communities

Vulnerable populations

Vulnerable
Underserved
Marginalized

International Agreement

- **Universal Declaration of Human Rights (UDHR) (1948):** ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน โดยสหประชาชาติ (UN)
มาตรา 25: ระบุว่าทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ รวมถึงการดูแลสุขภาพ แม้ว่าจะเป็นผู้ลี้ภัยหรือแรงงานข้ามชาติก็ตาม
- **International Labour Organization (ILO) Conventions** อนุสัญญาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ
ILO Convention No. 97 & 143 → รับรองสิทธิของแรงงานข้ามชาติ รวมถึงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ
Sustainable Development Goals (SDGs) (2030 Agenda) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ
 - **SDG 3: Good Health and Well-being** → เน้นให้ทุกคนเข้าถึงการดูแลสุขภาพโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Universal Health Coverage)
 - กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ลี้ภัยและแรงงานข้ามชาติ ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองหากมีโรคภัยแรง

Vulnerable populations

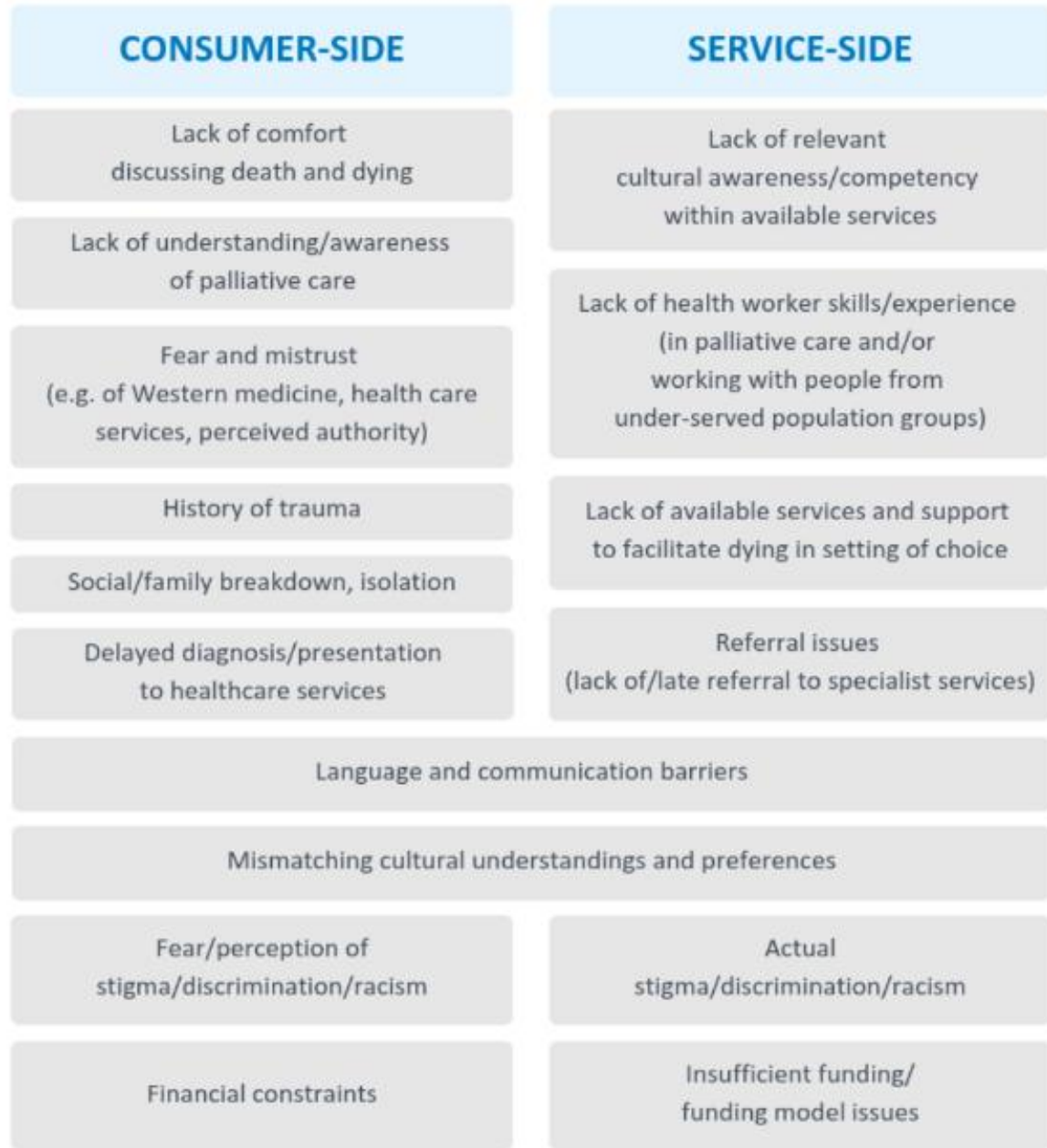
Vulnerable
Underserved
Marginalized

International Agreement

- **WHO Resolution on Palliative Care (WHA 67.19) (2014)** มติขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับ Palliative Care
 - รับรองว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยทุกคน
 - สนับสนุนให้แต่ละประเทศพัฒนานโยบายให้ครอบคลุมถึงกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ลี้ภัยและแรงงานข้ามชาติ
- **The UN Refugee Convention (1951) & The Global Compact on Refugees (2018)** อนุสัญญาว่าด้วยสถานภาพผู้ลี้ภัยระบุว่า
 - ผู้ลี้ภัยต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการเข้าถึง Palliative Care
 - Global Compact on Refugees (2018) เน้นให้ประเทศเจ้าภาพดูแลสุขภาพผู้ลี้ภัย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง

Common barriers to quality palliative care for under-served population groups

Australian Government Department of Health. Exploratory analysis of barriers to palliative care: summary policy paper. Melbourne: Australian Healthcare Associates; 2019. p. 19-32.



CONSUMER-SIDE

Lack of comfort
discussing death and dying

Lack of understanding/awareness
of palliative care

Fear and mistrust
(e.g. of Western medicine, health care
services, perceived authority)

History of trauma

Social/family breakdown, isolation

Delayed diagnosis/presentation
to healthcare services

Language and communication barriers

Mismatching cultural understandings and preferences

Fear/perception of
stigma/discrimination/racism

Financial constraints

SERVICE-SIDE

Lack of relevant
cultural awareness/competency
within available services

Lack of health worker skills/experience
(in palliative care and/or
working with people from
under-served population groups)

Lack of available services and support
to facilitate dying in setting of choice

Referral issues
(lack of/late referral to specialist services)

Actual
stigma/discrimination/racism

Insufficient funding/
funding model issues

Common barriers to quality palliative care for under-served population groups

Barrier issues in this case

Consumer-side

- Language and communication barriers**
- Financial constraints
- Fear and mistrust
- Social/family isolation
- Mismatching cultural understanding and preferences
- Fear/perception and discrimination/racism

Service-side

- Language and communication**
- Mismatching cultural understanding and preferences
- Referral issue

Strategies for optimal care

- Coordinating care: less fragmented , more integrated
- Adequate communication: interpreters, HCP's bias, time, techniques
- Health insurance/charity funds
- Inclusivity and equality
- Network: medical, non-medical, volunteers,
- Culture competency

4/3/68

Team meeting



- **Multidisciplinary team** : PC team, Surgeon team, ward team ,social worker, insurant agent

- **Team assessment:**

- สถานการณ์ของตัวโรคมี่แนวโน้มสูงมากที่ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาวะ **Disability** ต้องพึ่งพิงผู้ดูแล

แม้ว่า จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ เช่น การทำ **Tracheostomy / Gastrostomy**, การผ่าตัดแก้ไขกระดูกหัก, ฟันปลอมอย่างเข้มข้น โดยเมื่อพิจารณาความเสี่ยงอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล ความเสี่ยงจากการผ่าตัด ร่วมกับพิจารณา ความสามารถและภาระในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะยาวของครอบครัว การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวคือ **Best supportive care**

- สื่อสารกับภรรยาผู้ป่วย แจ้งสถานการณ์ที่ตรงจริงว่า

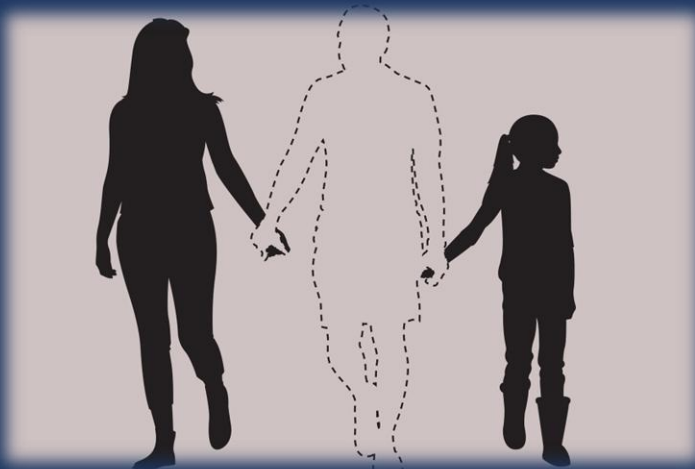
“ผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บที่สมอง กระดูกขาหัก กระดูกโขนหักส่งผลให้ต้องใส่
สายยางให้อาหาร มีแนวโน้มสูงที่จะเป็นผู้ป่วยติดเตียง ”

- ทีม **Palliative Care** เสนอทางเลือกในการดูแลและให้ทางเลือกเกี่ยวกับการเยียวยาประกัน
 1. เจาะคอ ผ่าตัดกระดูก และเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูเพื่อเตรียมการกลับไปดูแลที่บ้าน
 2. ถอดท่อช่วยหายใจตามกระบวนการของทีมแพทย์ หากอาการแยลง จะไม่มีการใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคออีก เน้นการดูแลให้สุขสบาย ยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ ไม่ยืดชีวิต



Caregiver /Family support

- ภรรยาอยู่ในอาการ shock ยังไม่ขอตัดสินใจเรื่อง ACP
- PC plan ให้ภรรยาได้กลับไปทบทวน และตัดสินใจ และจะติดตามผลอีกครั้ง

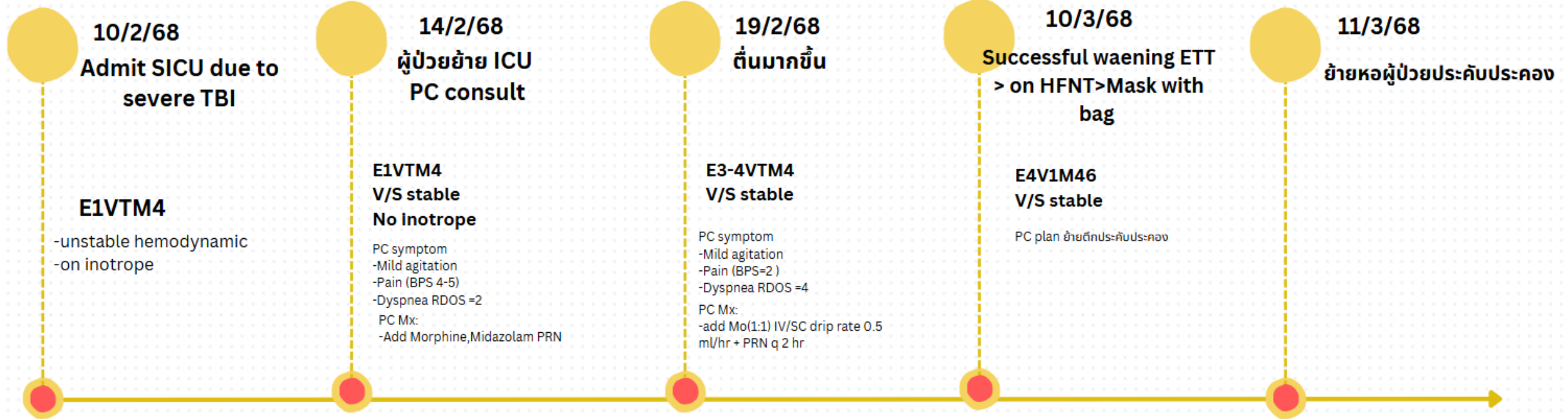


“ท่านมีวิธีการดูแล grief ภรรยาผู้ป่วยอย่างไร”

Family meeting เพื่อสรุปแผนการรักษา

- Plan off ETT ตามกระบวนการ
- ถ้าไหว plan เตรียม home care และ support การดูแลที่บ้าน
- หาก off แล้วคนไข้ไม่ไหว จะ drip ยากลับไปที่ห้องเช่า
- ปฏิเสธการผ่าตัดและการยื้อชีวิต
- แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ รับทราบ plan จะ accept การตัดสินใจของครอบครัว
- แจ้งทีมนิติเวช กรณีคนไข้ off ETT แล้วไปต่อไม่ไหว สามารถกลับไปเสียชีวิตที่ห้องเช่าได้ หากเสียชีวิตแล้วให้แจ้งตำรวจตามกระบวนการปกติ ทีมนิติเวชจะลงไปชันสูตรตามขั้นตอนและแจ้งสถานทูต
- คุยกับ ทีม primary ประเมินแล้วคิดว่าสามารถ off ETT ตามกระบวนการได้
- ก่อนกระบวนการ off ETT แจ้ง PC ก่อน เพื่อเตรียมพร้อม หาก off ETT แล้วคนไข้ไม่ไหวเตรียม drip ยากลับบ้าน

Case progression



10/3/68

Progress Case

Clinical (ก่อน off ETT : Cuff leak test: positive, try wean T-piece ใ้)

- Off ETT ตามกระบวนการ
- ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เสมหะขาวขุ่น ปริมาณมาก ผู้ป่วยไอแรงดี แต่ขับออกไม่ได้
- GCS: E4V1M6
- RR 22-24 /min on mask with bag 10 LPM > O2 sat 100%

Palliative care planning

- ย้ายเตียงปรับระดับประคองเพื่อดูแนวโน้มและเตรียมและฝึกการดูแล Home care
- Rehabilitation
- Psychosocial and financial support : ใช้เงินกองทุนช่วยเหลือค่าห้องที่ติดปรับระดับประคอง,ช่วยเหลือเงินรายเดือน เดือนละ 4,000 บาท*เดือน*6 เดือน

11-17/3/68

At Palliative ward

Clinical (ก่อน off ETT : Cuff leak test: positive, try wean T-piece ใต้)

- ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยและเสมหะเพิ่มมากขึ้น ใต้ Mo และ Mida prn หลายครั้ง
- CXR: Increase lung infiltration
- CBC : Showed Infection

12/3/68 ผู้ป่วยซึมลง หอบเหนื่อยมากขึ้น ร่วมกับ Desaturation > Deteriorate to dying stage

- แจ้งภรรยา ผู้ป่วยถดถอยลง และคาดว่าจะเข้าสู่กระบวนการเสียชีวิต
- ดูแลเพื่อความสบาย ให้อาการเพื่อ control symptom

17/3/68 ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ณ หอผู้ป่วยระดับประคอง



กระบวนการหลังจากเสียชีวิต

- ย้ายร่างเพื่อชันสูตรตามกระบวนการ
- ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ แก่ครอบครัว จำนวนเงิน **5000** บาท
- ร่างของผู้ป่วยได้รับการส่งคืนแก่ครอบครัวเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา วันที่ **23/3/68**
- ครอบครัวเลือกจัดงานศพตามพิธีทางพุทธศาสนา
- **Social worker** ติดตามเพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือ



กระบวนการหลังจากเสียชีวิต

Family Spiritual

- ครอบครัวจัดงานศพและเผาตามพิธีกรรมทางศาสนาในวันที่ **23/3/68**
- นิมนต์พระสงฆ์ทำบุญที่บ้านเช่า หลังการเสียชีวิตวันที่ **5** ตามประเพณีดั้งเดิม





Burmese culture

ชาวเมียนมา: เป็นเชื้อชาติส่วนใหญ่ของประชากรแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

General culture

- ศาสนาประจำชาติ: พระพุทธศาสนานิกายเถรวาท
- ชาวพม่าได้ชื่อว่าเป็นหนึ่งในชนชาติ ที่ยึดมั่นในคำสอนของศาสนาพุทธอย่างเหนียวแน่นและนำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
- ภาษาหลักคือ ภาษาเมียนมา
- ลักษณะครอบครัว นิยมอยู่กันเป็นครอบครัวขยาย





Burmese culture

ชาวเมียนมา: เป็นเชื้อชาติส่วนใหญ่ของประชากรแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

ความเชื่อ ประเพณีเกี่ยวกับการความตาย

- การตาย ถูกแบ่งเป็น 2 แบบ : ตายปกติ (จากโรคร้าย) และตายโหง
- ศพที่ตายโหง จะไม่มีการนำศพกลับเข้าหมู่บ้าน อาจเห็นโลงศพตั้งไว้ริมทางก็มี และจะไม่นิยมตั้งศพนั้นข้ามคืน คือมักฝังหรือเผาในวันตายทันที
- การตั้งศพและวันเผา นิยมตั้งศพทำพิธีได้ 1 วัน 3 วัน หรือ 5 วัน คือจะถือเอาจำนวนวันเลขคี่นับจากวันตาย
- ไม่นิยมตั้งศพในวัด พม่าถือว่ามีแต่ศพระดับเจ้าอาวาสเท่านั้นที่ตั้งในวัดได้
- เมื่อครบ 7 วัน จะนิมนต์พระจำนวนคี่ อาจเป็น 5 รูปหรือ 7 รูป มาทำบุญที่บ้านเพื่อบอกหนทางให้ผู้ตายไปสู่สุคติ





THANK
YOU!