

Reviews in Palliative Care

การประชุมฟื้นฟูวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำปี 2569
วันที่ 19 พฤษภาคม 2569

นพ.อรรถกร รักษาสัตย์

ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศูนย์ความร่วมมือในการวิจัยการดูแลแบบประคับประคองการุณรักษ์

Asia Pacific Hospice Palliative Care Network



Palliative Care

เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในวัยผู้ใหญ่และวัยเด็ก ตลอดจนสมาชิกครอบครัว ซึ่งกำลังเผชิญกับปัญหาจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานผ่านการค้นหาปัญหาแต่เนิ่น ๆ การประเมินอย่างถูกต้องแม่นยำ และการรักษาอาการปวด รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

Palliative Care

การบรรเทาความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุมทุกมิติ อาศัยการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสนับสนุน ประคับประคองผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านความต้องการการดูแล การช่วยเหลือด้านจิตสังคม และการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวภายหลังการสูญเสีย รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต

Hospice & Palliative Care

- Palliative care หมายถึงระบบบริการผู้ป่วยที่อาจมีโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของโรค
- Hospice care คือรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะสุดท้ายของโรคและยุติการรักษาตัวโรคแล้ว

Palliative Care

- Evidence-based treatment
- การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ
- Comfort และ cure สามารถทำควบคู่กัน
- ไม่ใช่การดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ยุติ curative treatment
- ไม่ใช่ “การยอมแพ้”
- ไม่ใช่
 - Care of the elderly
 - Care of chronic diseases
- Palliative care ≠ EOL

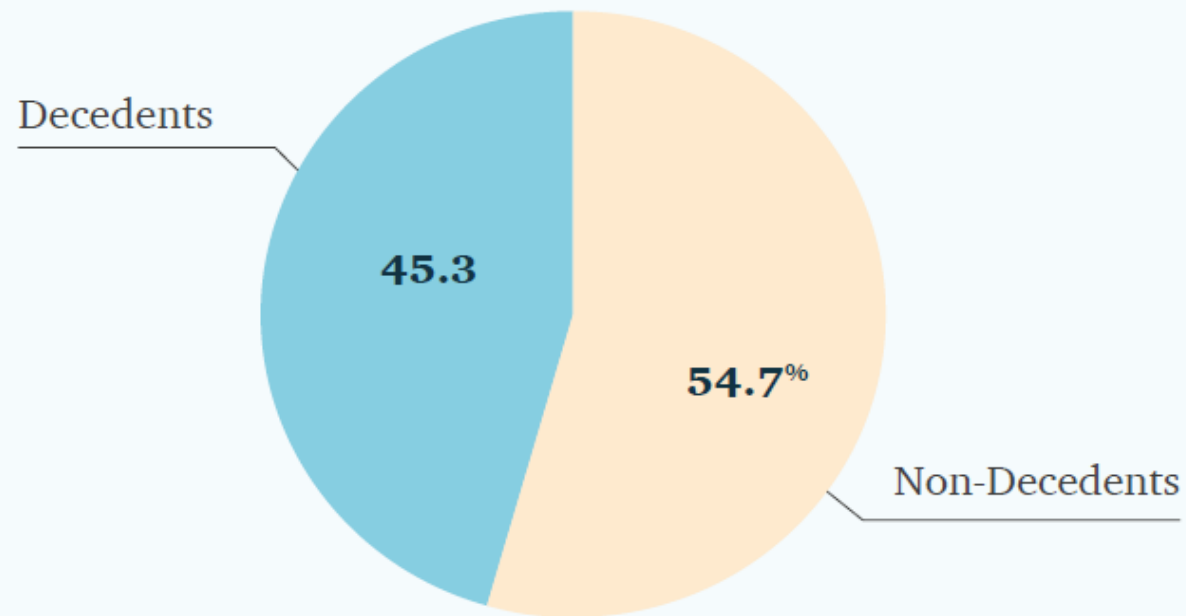
Palliative Care Concepts

- ยอมรับว่าความตายเป็นมิติหนึ่งของชีวิต
- ไม่พยายามเร่งหรือยืดเยื้อความตาย
- ปลดปล่อยอาการปวดและอาการไม่สบายต่าง ๆ
- ให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่าง active ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
- ประสานการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- จัดหาระบบการช่วยเหลือแก่ครอบครัว
- ใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

Estimates of people in need of palliative care worldwide

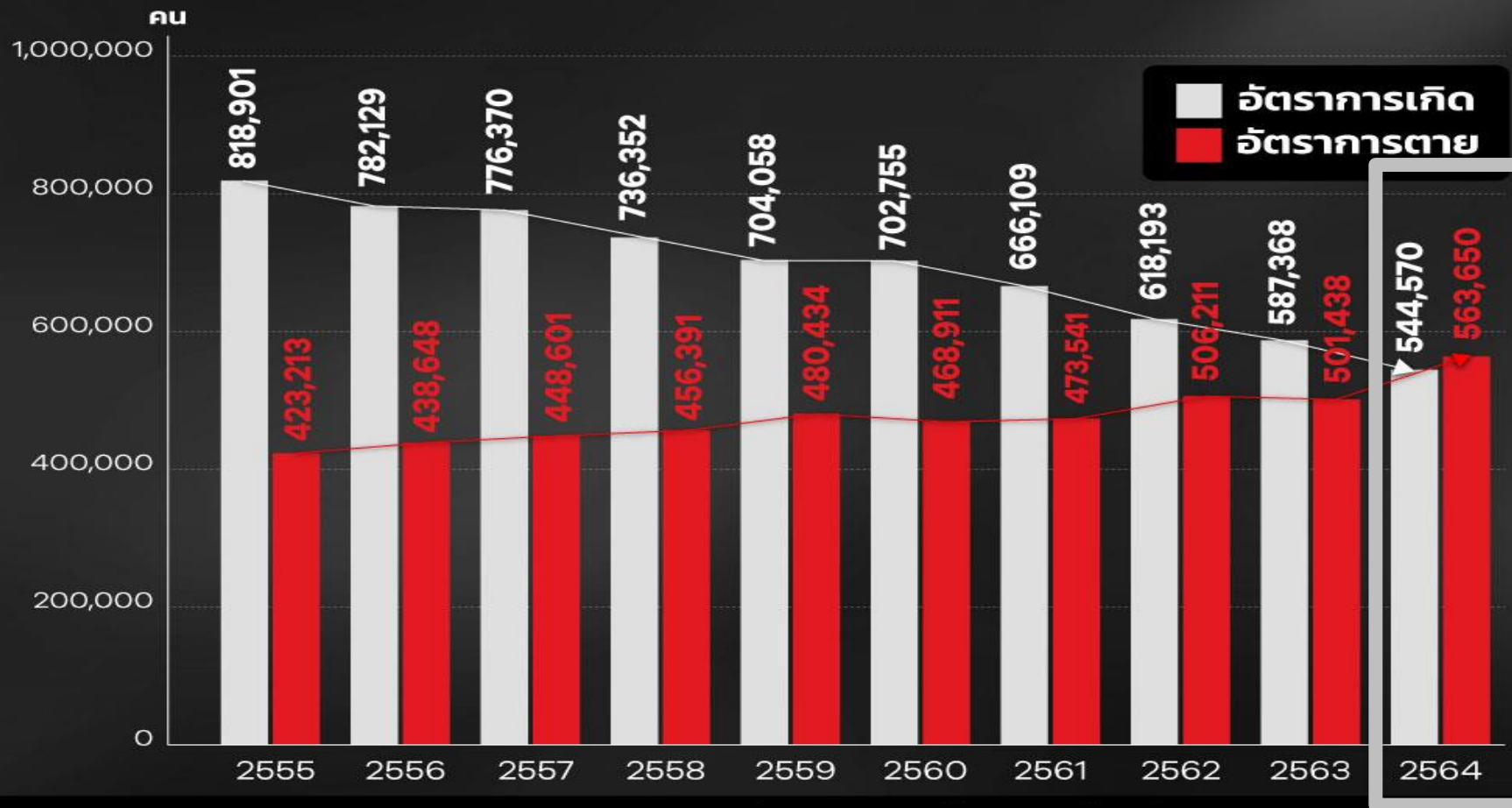
The total, all age, global need for palliative care is 56,840,123 people including both decedents and non-decedents. The need for non-decedents [31,100,719] was higher than for decedents [25,739,404] (Fig 2). Palliative care was needed for 45.3% of all deaths in 2017.

Figure 2
Need for palliative care for decedents and non-decedents, (all ages all sexes; 2017)



N = 56,840,123 people

**'เกิดน้อย ตายเยอะ'
ย้อนดูอัตราการเกิด-ตาย ในรอบ 9 ปี**

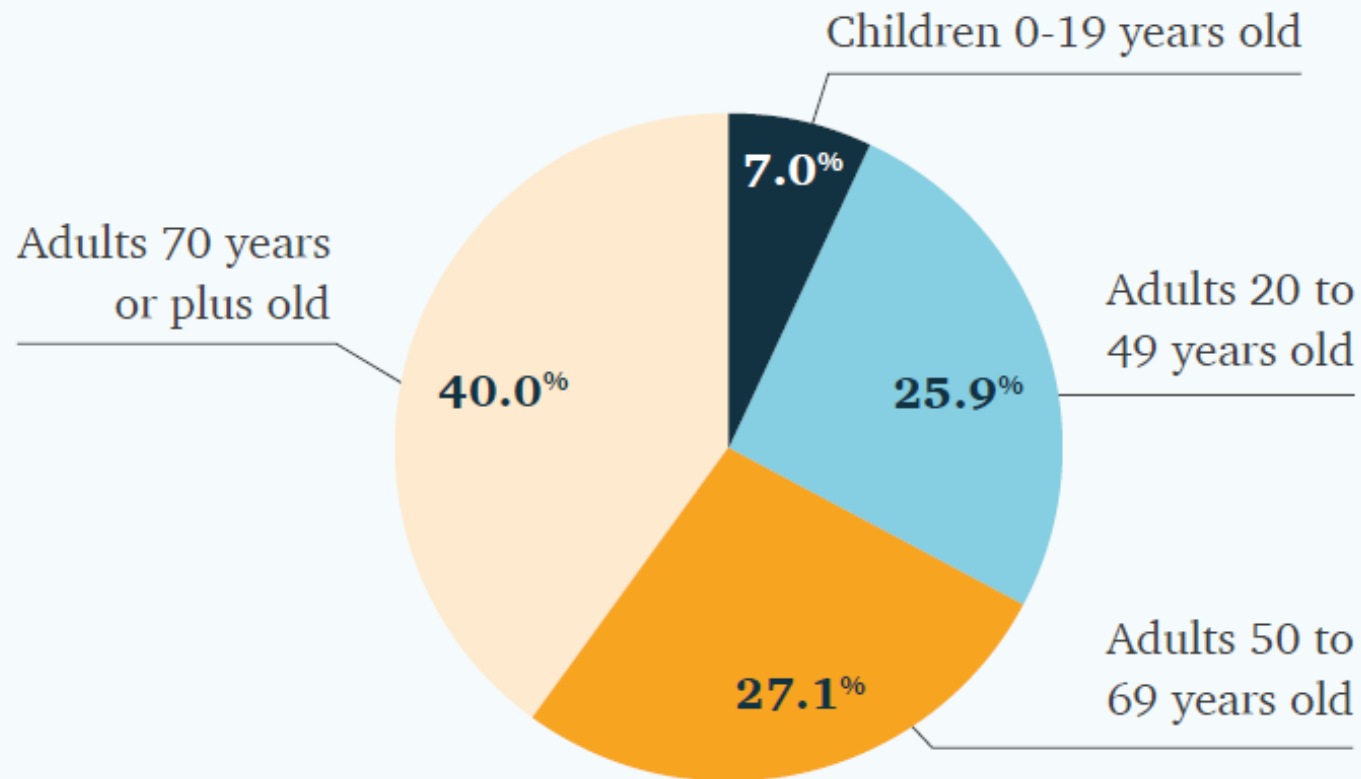


ปี 2564 มีผู้ป่วยเข้าถึง PC159,096 ราย

http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1602&kpi_year=2564

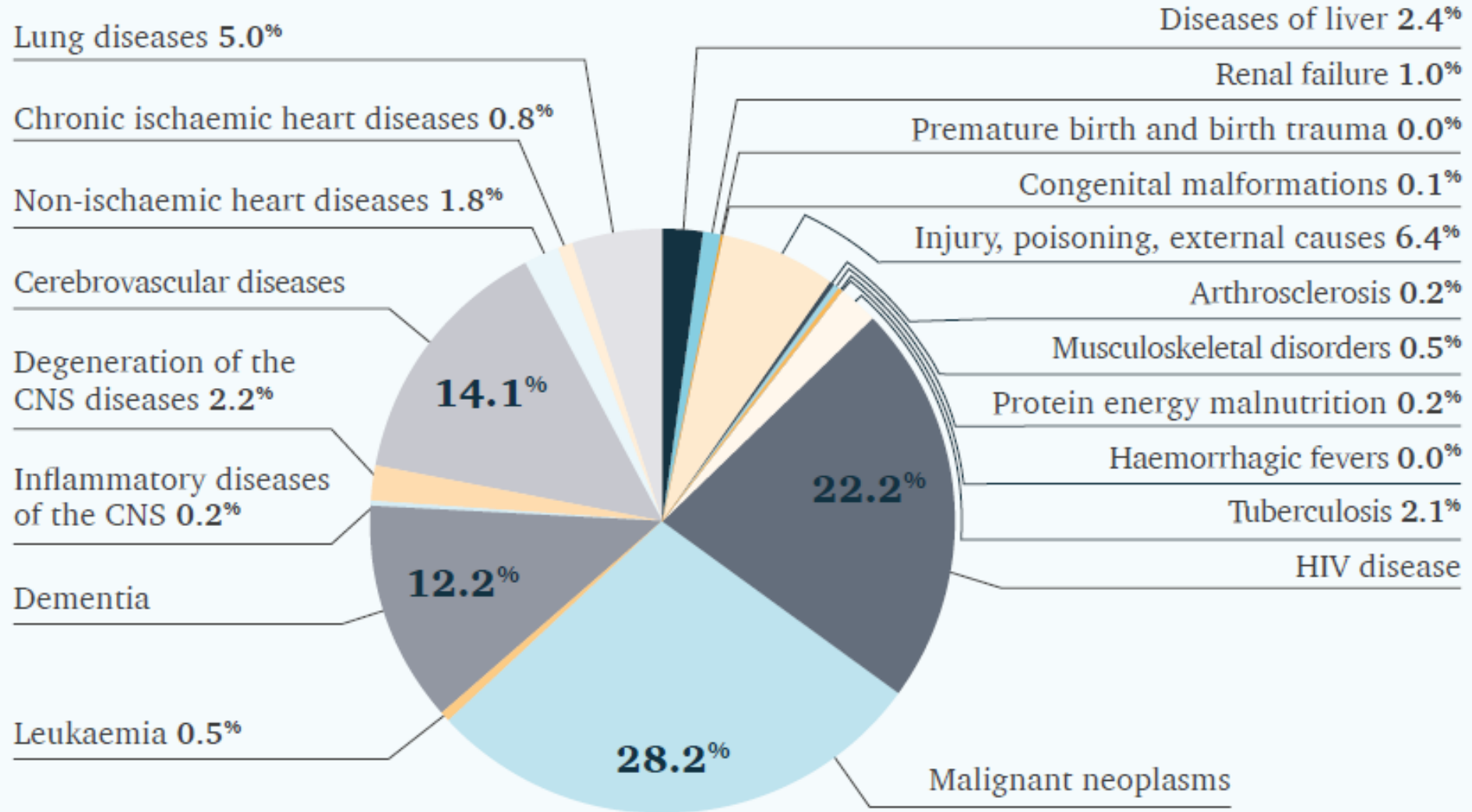
Approximately 40% of patients in need of palliative care are aged 70 years or older, 27% aged 50-69 and, almost 26% aged 20-49 and only 7% are children (0-17 years) (Fig 3).

Figure 3
Worldwide need for palliative care by age group (2017)



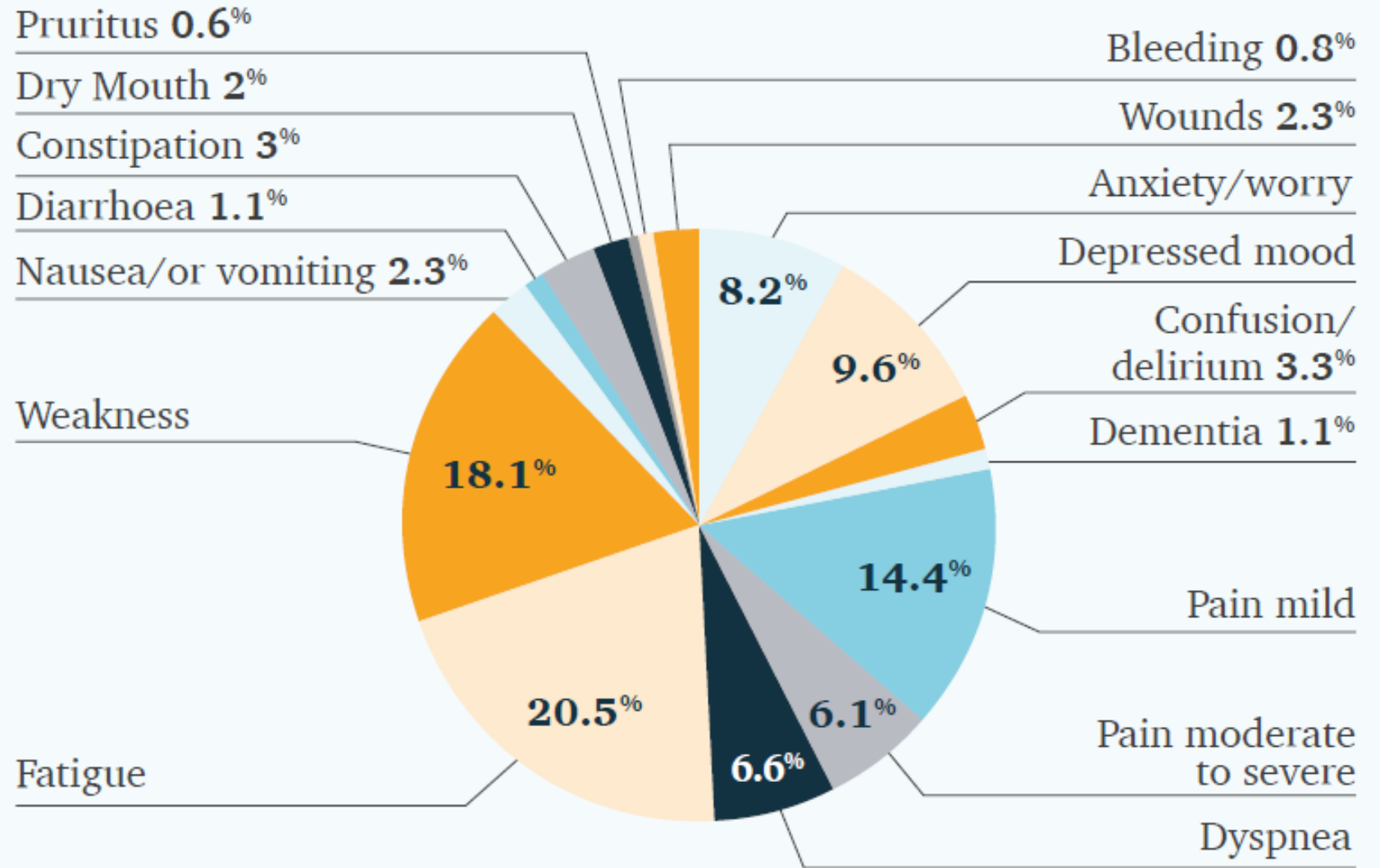
N = 56,840,123 people

Figure 5
Worldwide need for palliative care for adults by disease groups (20+ years 2017)



N = 52,883,093 adults

Figure 14
Percentage of days that adults worldwide experience serious health related suffering for 20 health conditions for 16 symptoms by decedents (20+ years; 2017)



N = 3091.2 millions days

WHO Are Palliative Patients?



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating. Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.

Look for any general indicators of poor or deteriorating health.

- Unplanned hospital admission(s).
- Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility. (eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.)
- Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems.
- The person's carer needs more help and support.
- Progressive weight loss; remains underweight; low muscle mass.
- Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.

Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.

Cancer

Functional ability deteriorating due to progressive cancer.

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

Dementia/ frailty

Unable to dress, walk or eat without help.

Eating and drinking less; difficulty with swallowing.

Urinary and faecal incontinence.

Not able to communicate by speaking; little social interaction.

Frequent falls; fractured femur.

Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.

Neurological disease

Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.

Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing.

Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.

Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability.

Heart/ vascular disease

Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort.

Severe, inoperable peripheral vascular disease.

Respiratory disease

Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations.

Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy.

Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated.

Other conditions

Deteriorating and at risk of dying with other conditions or complications that are not reversible; any treatment available will have a poor outcome.

Kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health.

Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments.

Stopping or not starting dialysis.

Liver disease

Cirrhosis with one or more complications in the past year:

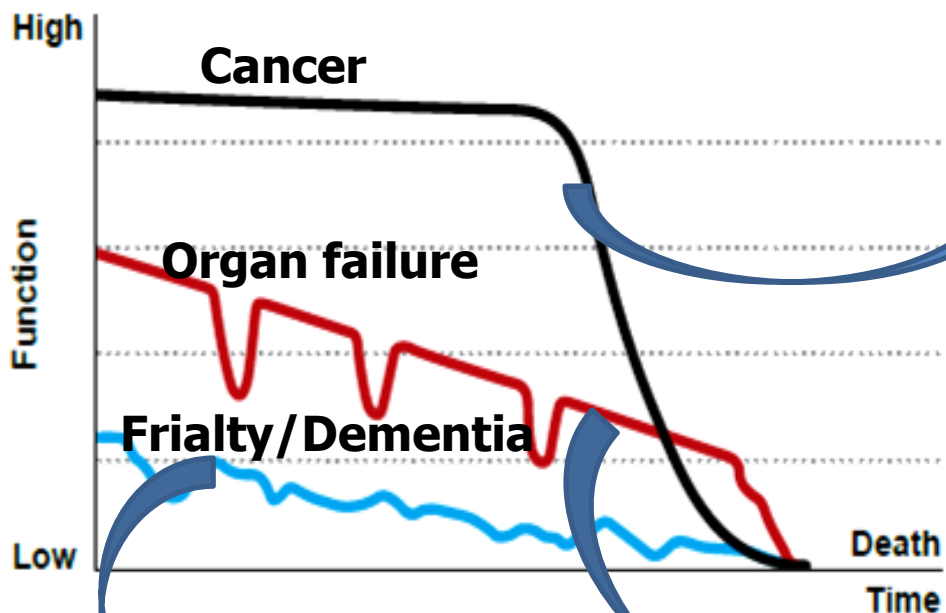
- diuretic resistant ascites
- hepatic encephalopathy
- hepatorenal syndrome
- bacterial peritonitis
- recurrent variceal bleeds

Liver transplant is not possible.

Review current care and care planning.

- Review current treatment and medication to ensure the person receives optimal care; minimise polypharmacy.
- Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage.
- Agree a current and future care plan with the person and their family. Support family carers.
- Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely.
- Record, communicate and coordinate the care plan.

การดำเนินโรคของผู้ป่วย PC



นาง ก. อายุ 54 ปี เป็น CA colon มีการกระจายของมะเร็งไปที่ตับ มีตาเหลืองตัวเหลือง แพทย์แนะนำให้ใส่ stent เพื่อลดอาการตัวเหลือง ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลด

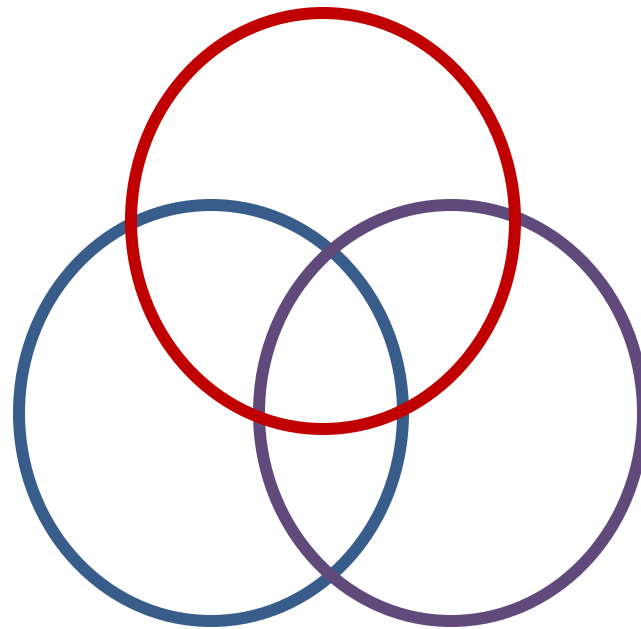
นาง ค. อายุ 81 ปี มี CHF, osteoarthritis มีอาการหลงลืม มี fracture hip จากการหกล้มเมื่อ 3 เดือนก่อน เดินไม่ได้ใช้รถเข็น และต้องมีผู้ดูแลเกือบตลอดเวลา

นาย ข. อายุ 76 ปี เป็น DM มี CHF จาก ischemic heart disease หอบเวลาเดิน ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะและยาขยายหลอดเลือดหลายขนาน เข้าโรงพยาบาลด้วยอาการ CHF 2 ครั้งในปีที่ผ่านมา

องค์ประกอบที่สำคัญของ

Palliative Care

Symptom control



**Disease
management**

**Psychosocial and
spiritual care**

Disease Management

Treat reversible conditions
Symptom management of incurable conditions

Palliative surgery:

- *Debulking surgery*
- *Immobilize fractures*
- *Bowel obstruction: resection, bypass, stents, ostomy*
- *Spinal decompression & stabilization*

Palliative RT:

- *Control of bleeding*
- *Relief of obst: SVC, AW*
- *Pain control: bone mets*
- *Shrinkage of tumor mass: brain metastasis*

Palliative CMT

Manage anxiety, depression
Emergency management

การดูแลด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ

เห็นผู้ป่วยทั้งตัวตน

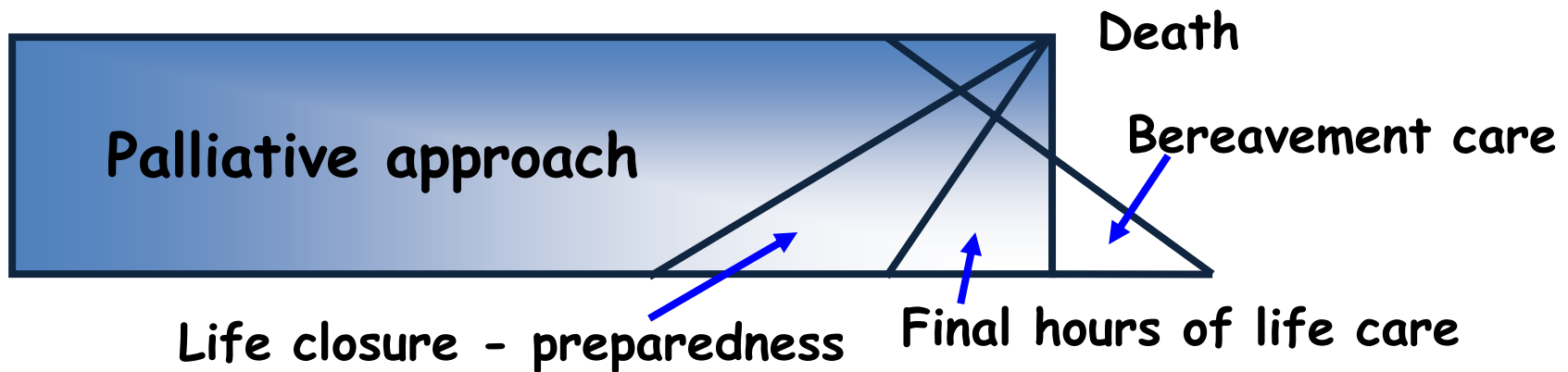
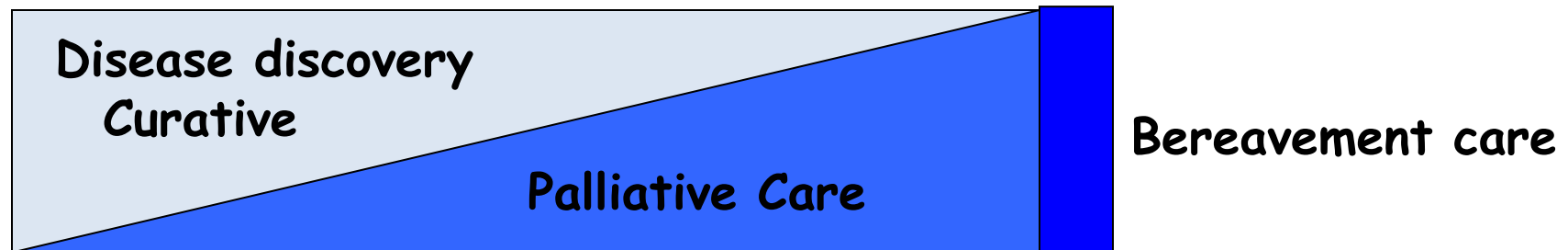
จิตสังคม

- ประเมินความต้องการและ
ประสานความช่วยเหลือ
ด้านสังคม
- รับฟังปัญหา เป็นเพื่อน
คู่คิด

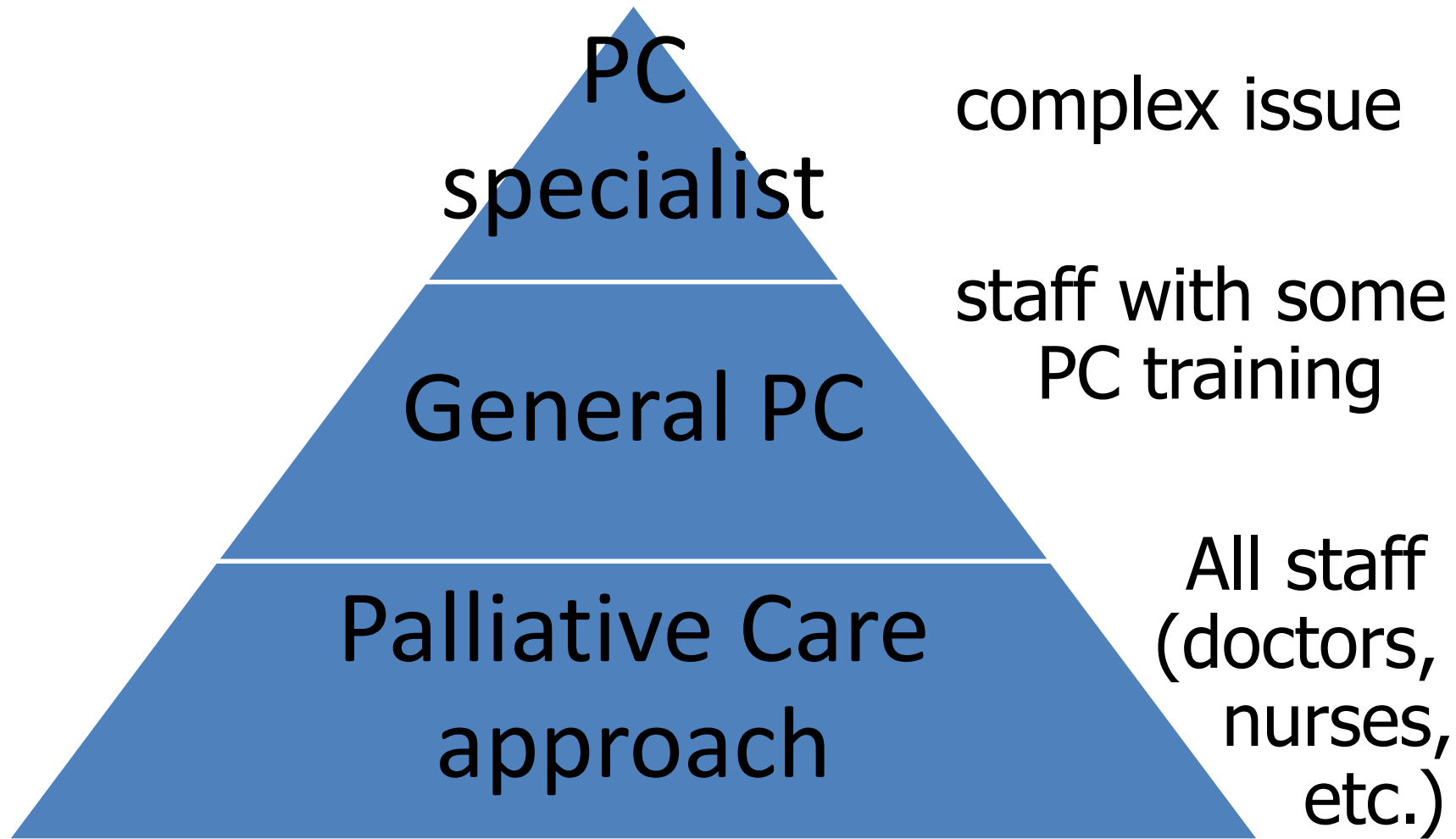
จิตวิญญาณ

- ช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของ
ชีวิต/ความตาย
- การให้มองเห็นคุณค่า
- การจัดการสิ่งค้างคาใจ
- ความรัก ความเข้าใจ
- ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อทาง
ศาสนา

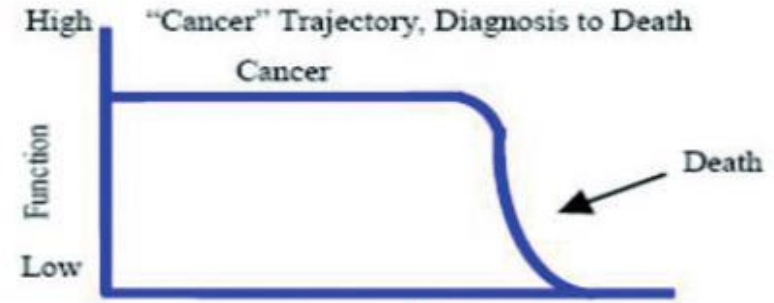
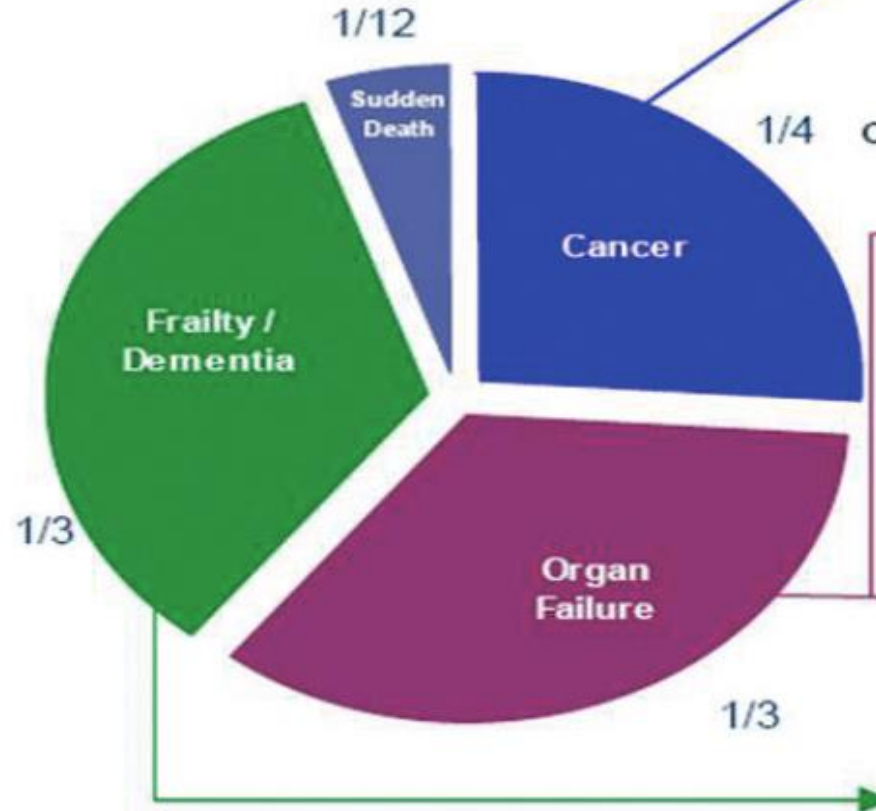
The Cure - Care Model



Level of Palliative care



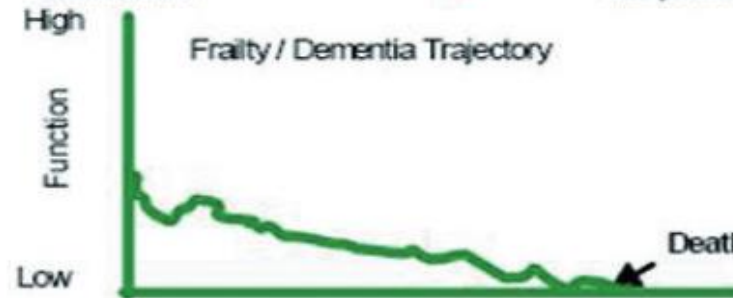
GP's workload - Average 20 deaths/GP/yr (approximate proportions)



Onset of incurable cancer → Time – Often a few years, but decline usually seems <2 months



Begin to use hospital often, self-care becomes difficult → Time ~ 2-5 years, but death usually seems "sudden"



Onset could be deficits in ADL, speech, ambulation → Time ~ quite variable - up to 6-8 years

Model of Integrated Palliative Care

Integrated Palliative Care(IPC)

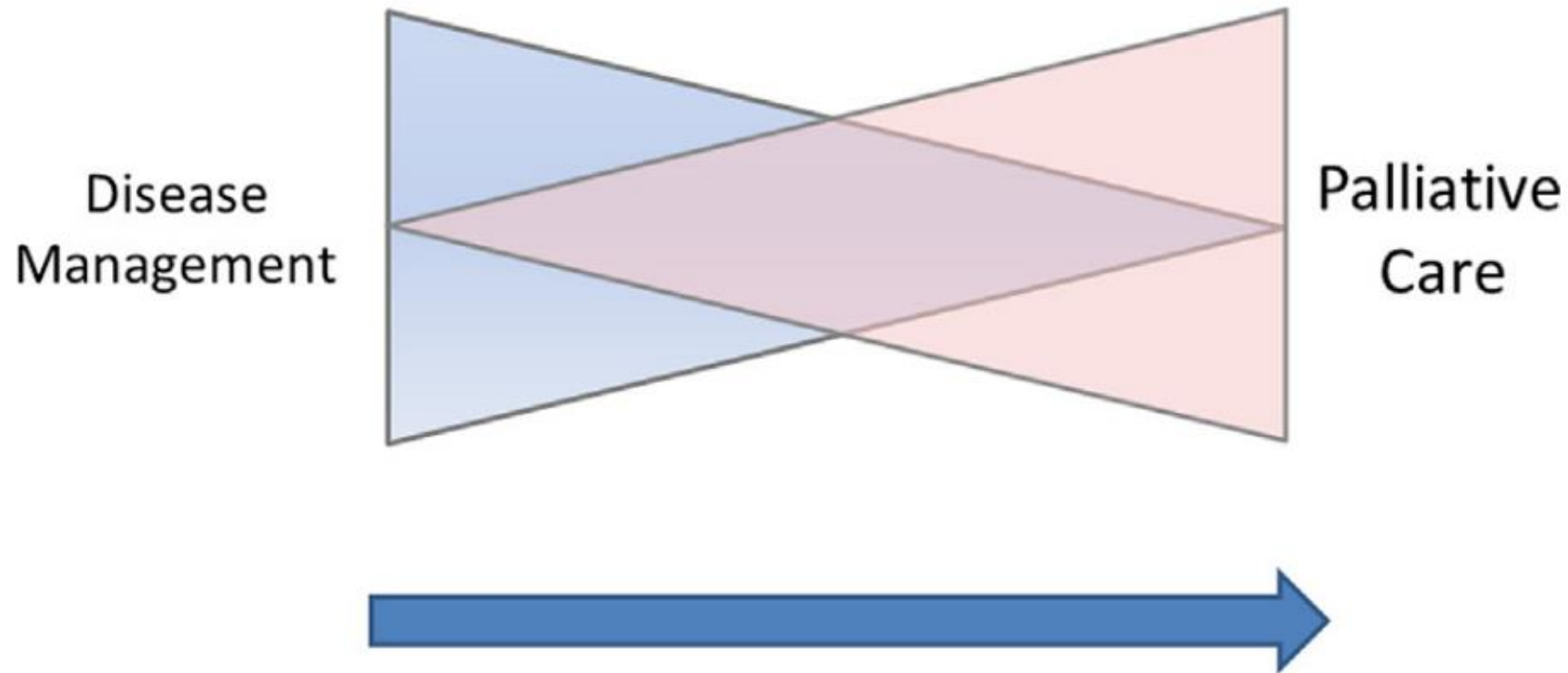


Fig. 2. Basic model of integrated palliative care.

Integrated Palliative Care(IPC)

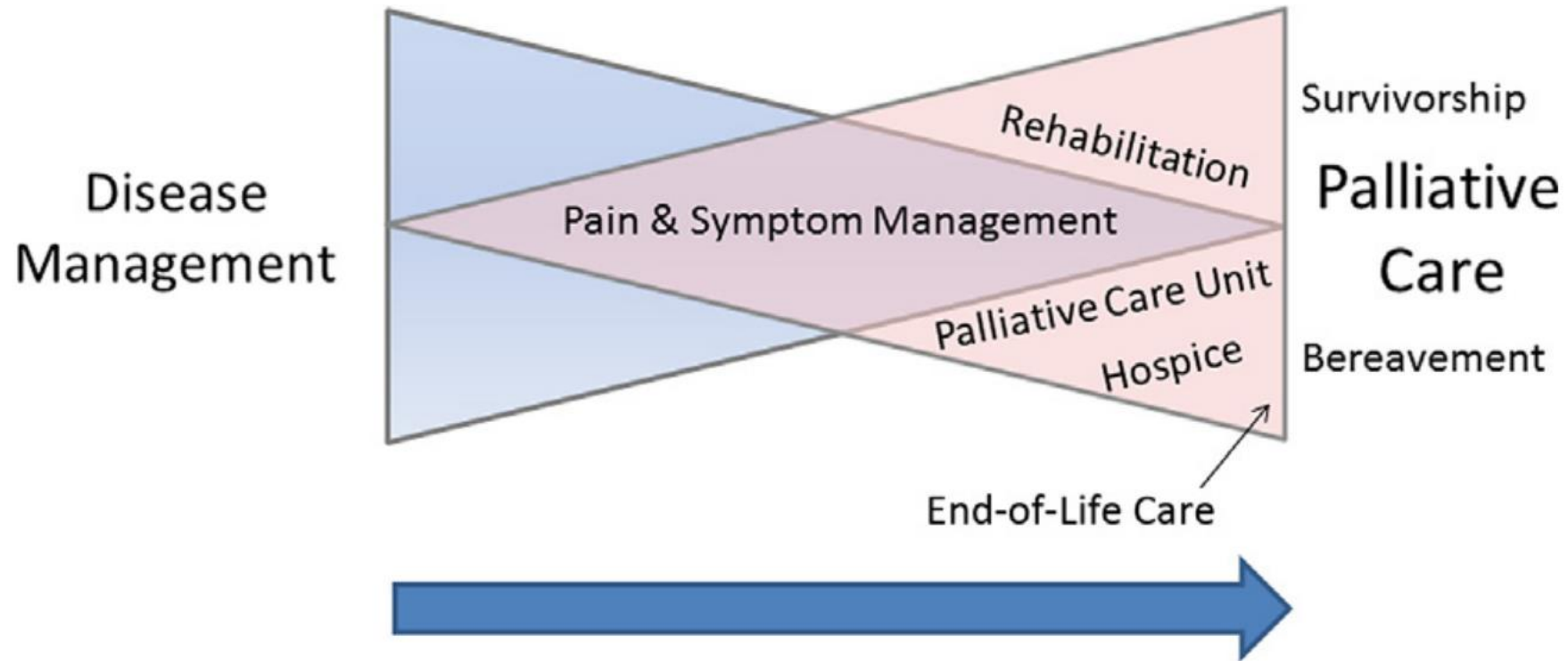


Fig. 4. Palliative care-enhanced model.

Integrated Palliative Care(IPC)

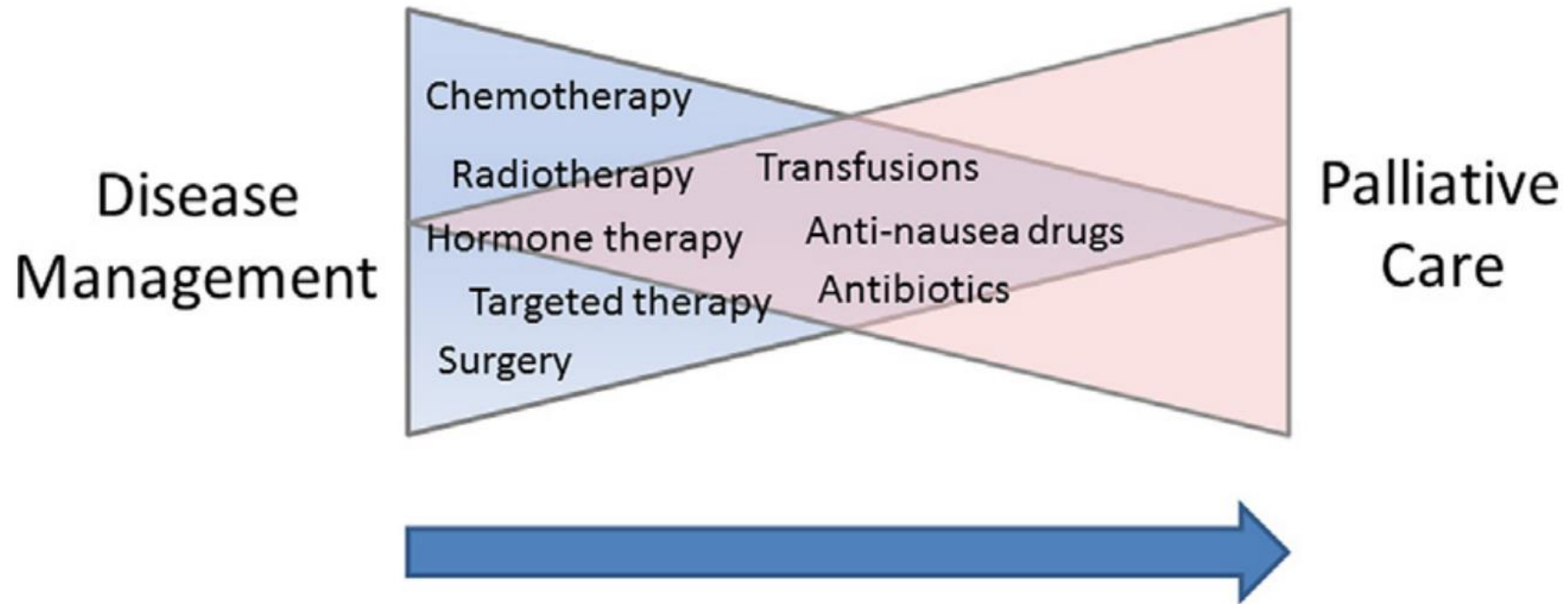


Fig. 3. Disease management-enhanced model.

Integrated Palliative Care(IPC)

■ Cancer treatments ■ Supportive/palliative care ■ Hospice care ■ Bereavement care

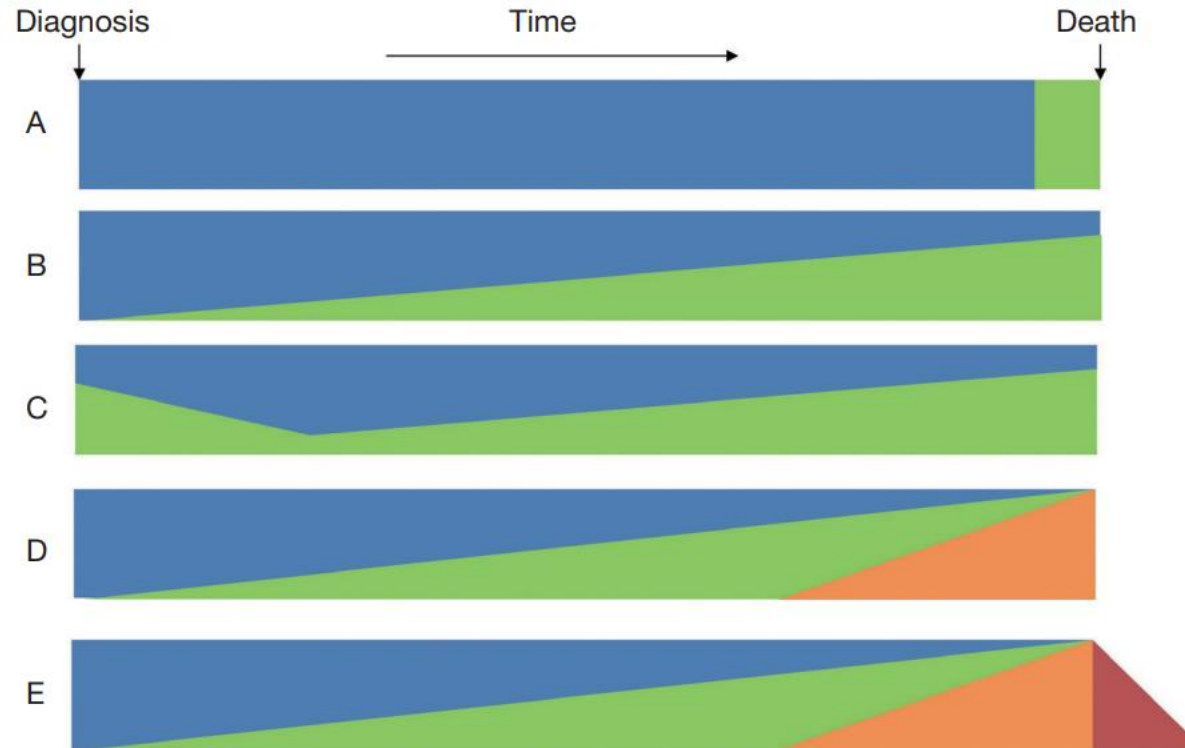


Figure 1 Time based model. (A) Palliative care is introduced only when no more treatments are possible; (B) palliative care is introduced from time of diagnosis and increases its involvement over time; (C) the level of palliative care involvement fluctuates over time; (D) in addition to palliative care, this model includes hospice care introduced in the last months/weeks of life; (E) bereavement care is added.

Integrated Palliative Care(IPC)

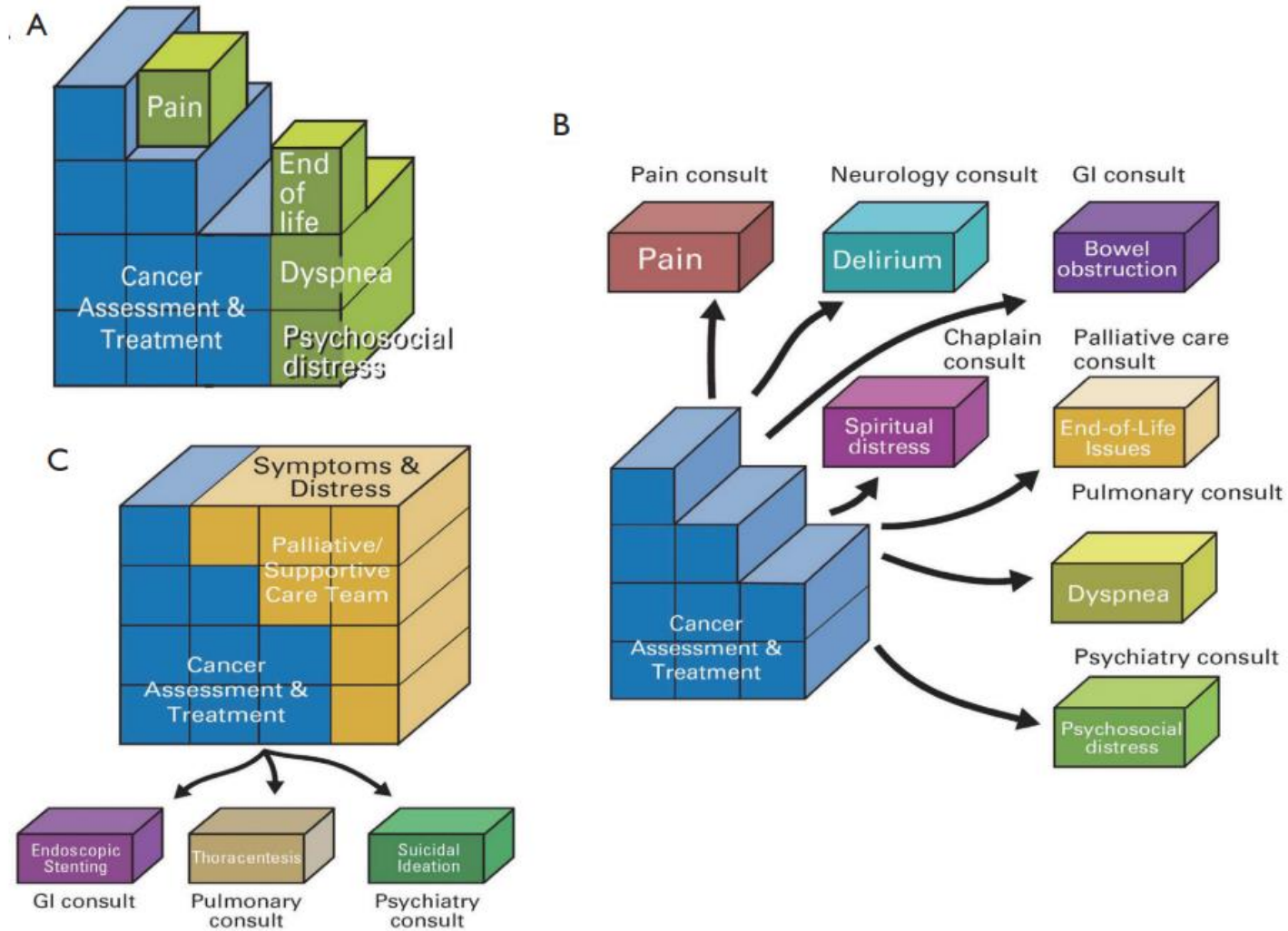


Figure 3 Issue based model. (A) Solo practice; (B) congress approach; (C) integrated care approaches. Reprinted with permission from The University of Texas MD Anderson Cancer Center (19).

Integrated Palliative Care(IPC)

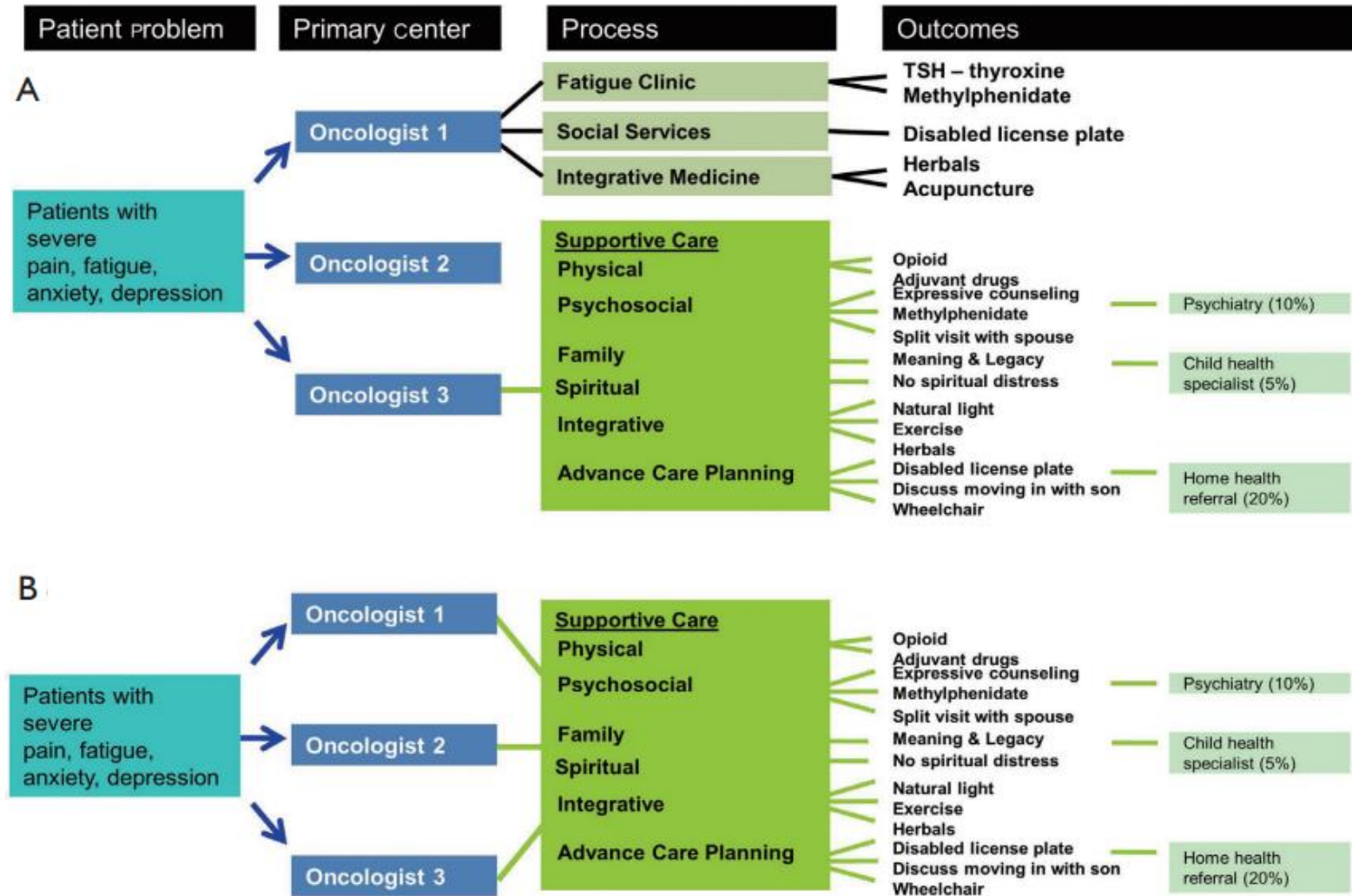
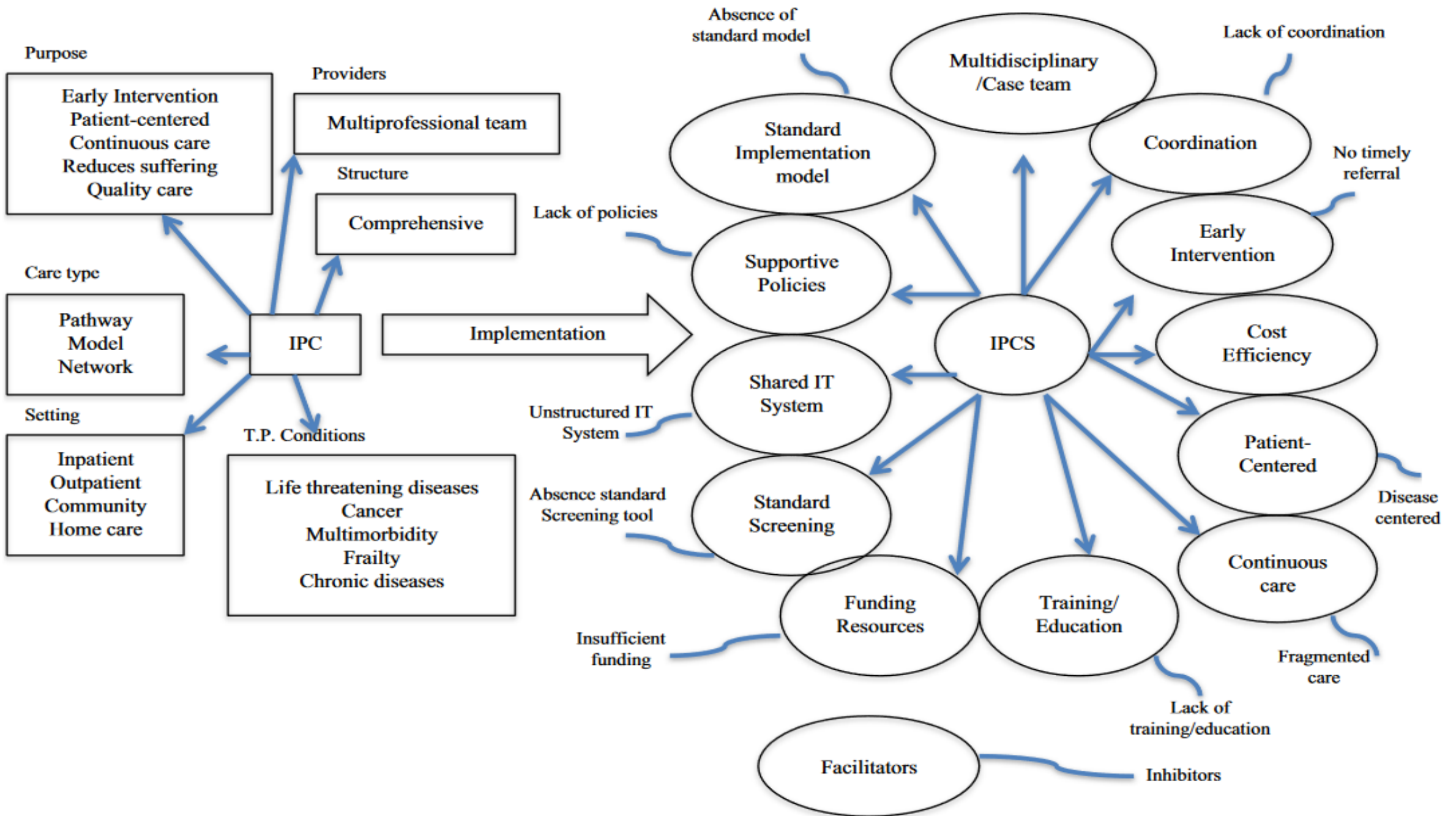
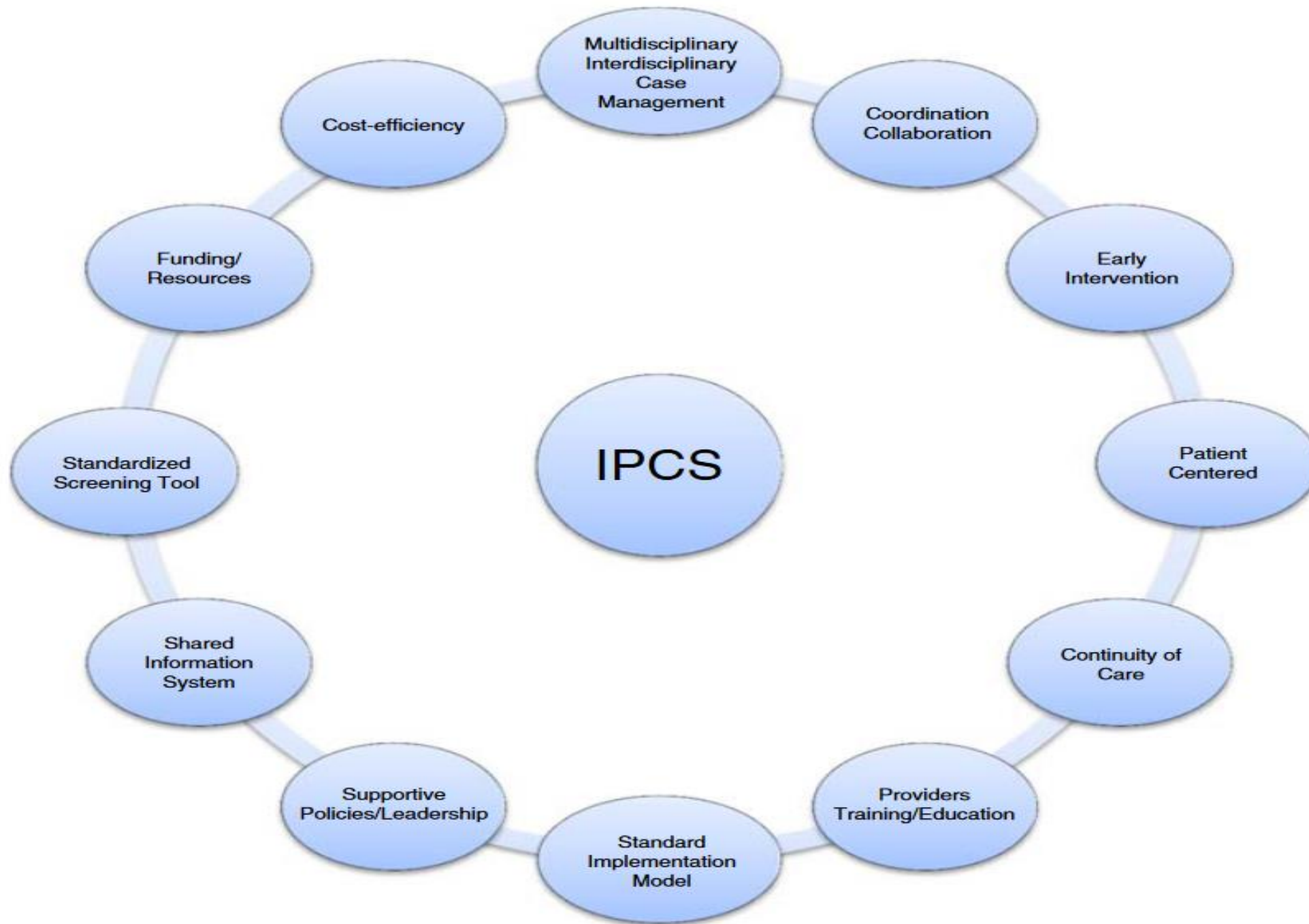


Figure 4 System-based model. (A) Current pattern of supportive care referral; (B) integrated model of supportive care referral (20).





EPEC 9 Dimensions (Assessment)

- 1 ประวัติการเจ็บป่วย
- 2 อาการทางกาย
- 3 อาการด้านจิตใจ
- 4 ความสามารถในการตัดสินใจ
- 5 การสื่อสารข้อมูล
- 6 ความต้องการทางสังคม
- 7 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
- 8 ความต้องการความช่วยเหลือดำรงชีวิต
- 9 การคาดการณ์และเตรียมการกับความตาย



Edmonton System Assessment System: Numerical Scale

กรุณาวางกลมตัวเลขที่ตรงกับระดับอาการตามความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน

ไม่ปวด ปวดที่มากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่อ่อนแรง อ่อนแรงมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่คลื่นไส้ คลื่นไส้อย่างรุนแรง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกเศร้า เศร้าซึมที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล วิตกกังวลอย่างรุนแรง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการง่วงซึม มีอาการง่วงซึมมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

รู้สึกสบายที่สุด ไม่สบายมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการหายใจไม่อึด มีอาการหายใจไม่อึดมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

มีปัญหาคือ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ชื่อผู้ป่วย _____

วันที่ _____

เวลา _____

ผู้ทำแบบประเมิน

ผู้ป่วย

ผู้ดูแล

อื่น.....

Palliative Performance Scale

PPS %	Survival time (in days) Mean (95%CI)
10	3 (1,5)
20	7 (4,11)
30	20 (16,24)
40	39 (34,44)
50	76 (64,88)
60	92 (80,105)
70	141 (92,190)

เป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะ
ผู้ป่วยระยะท้าย
มีระดับตั้งแต่ 0-100%

วัตถุประสงค์

- สื่อสารให้เห็นสมรรถนะของผู้ป่วย และการพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่
- ช่วยประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ

*Lau, Downing et al.
J Pain Symp Manage. 2009 .*

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทาน	ระดับความรู้สึกตัว
100	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ ไม่ปรากฏอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	ปกติ	ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมตามปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ลดลง	ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้าน โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ต้องช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	อยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปากเท่านั้น	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

REVIEW ARTICLE

Originally Published 16 December 2024 | 

 Check for updates

Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association

Claire J. Creutzfeldt, MD, Chair, Julia Bu, MD, Amber Comer, PhD, Susan Enguidanos, PhD, Barbara Lutz, PhD, RN, FAHA, Maisha T. Robinson, MS, MD, Darin B. Zahuranec, MD, FAHA, and Robert G. Holloway, MD, MPH, Vice Chair on behalf of the American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Clinical Cardiology | [AUTHOR INFO & AFFILIATIONS](#)

Stroke • Volume 56, Number 2 • <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000479>



แนวทางการดูแลแบบ ประคับประคองและ ระยะท้ายในโรค หลอดเลือดสมอง

สรุปเนื้อหาสำคัญจาก AHA Scientific Statement
2024 (Palliative and End-of-Life Care in Stroke)

Palliative Care ไม่ใช่แค่การดูแลระยะท้าย แต่คือรากฐานของการดูแลผู้ป่วย Stroke ตั้งแต่วันแรก

The Reality of Stroke (ข้อมูลระบาดวิทยาและปัญหา)



ผู้ป่วย Stroke ในสหรัฐอเมริกา:
800,000 ราย/ปี (เสียชีวิต 140,000 ราย)



ความก้าวหน้าทาง Acute treatment
ลดอัตราการเสียชีวิต แต่เพิ่มจำนวนผู้รอดชีวิตที่ต้องเผชิญกับความพิการรุนแรงและความสูญเสียทางจิตใจ



Stroke เปลี่ยนแปลงชีวิตเสมอ (Life-altering) แม้จะไม่คุกคามถึงชีวิตในทันที (Life-threatening) ก็ตาม

Neuropalliative Care Paradigm (กรอบแนวคิดใหม่)



Primary Palliative Care:
แพทย์ผู้ดูแลหลัก (Primary medical team) ต้องมีทักษะในการประเมินและสื่อสาร

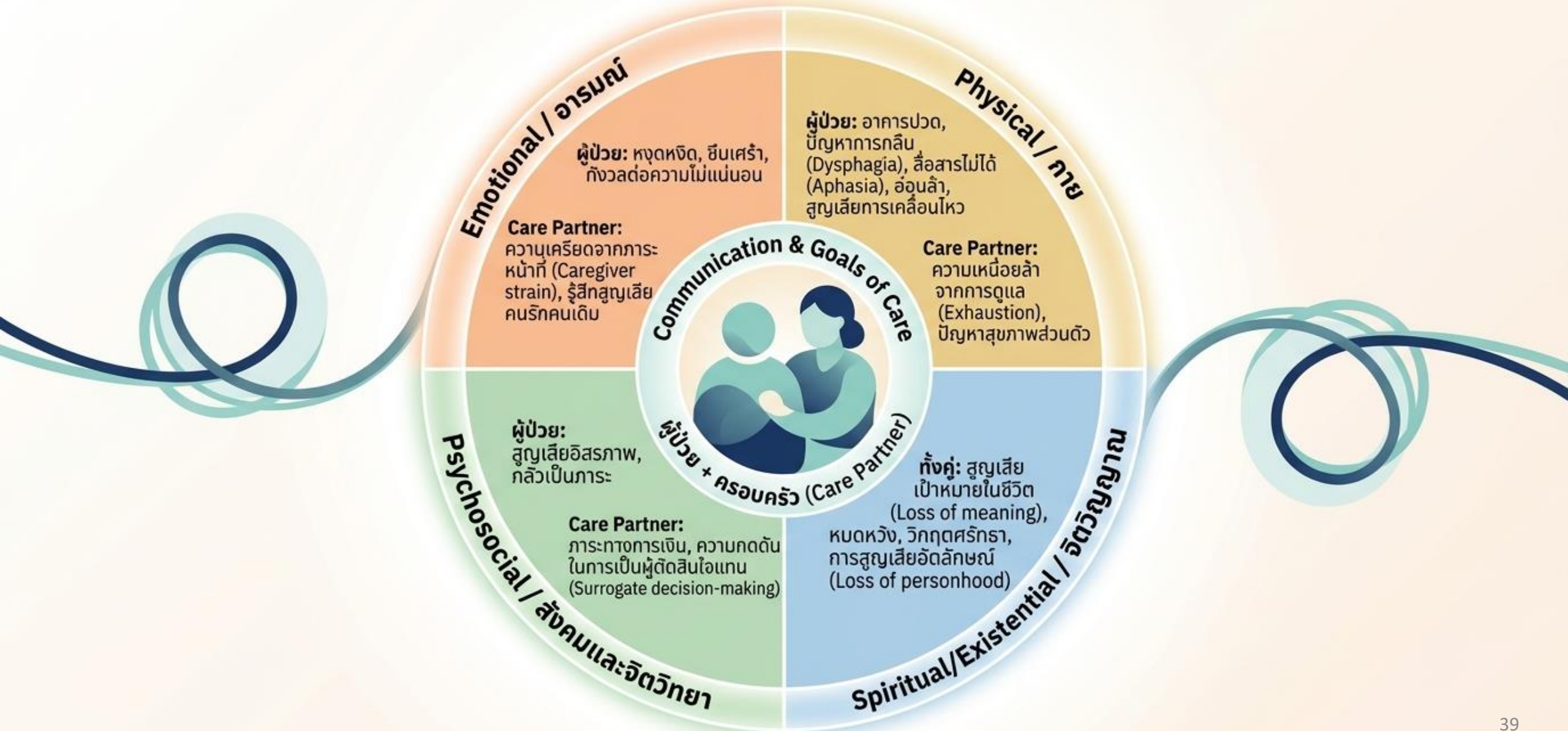


Holistic Approach: เปลี่ยนจุดโฟกัสจากการซ่อมแซมระบบประสาทสู่การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ

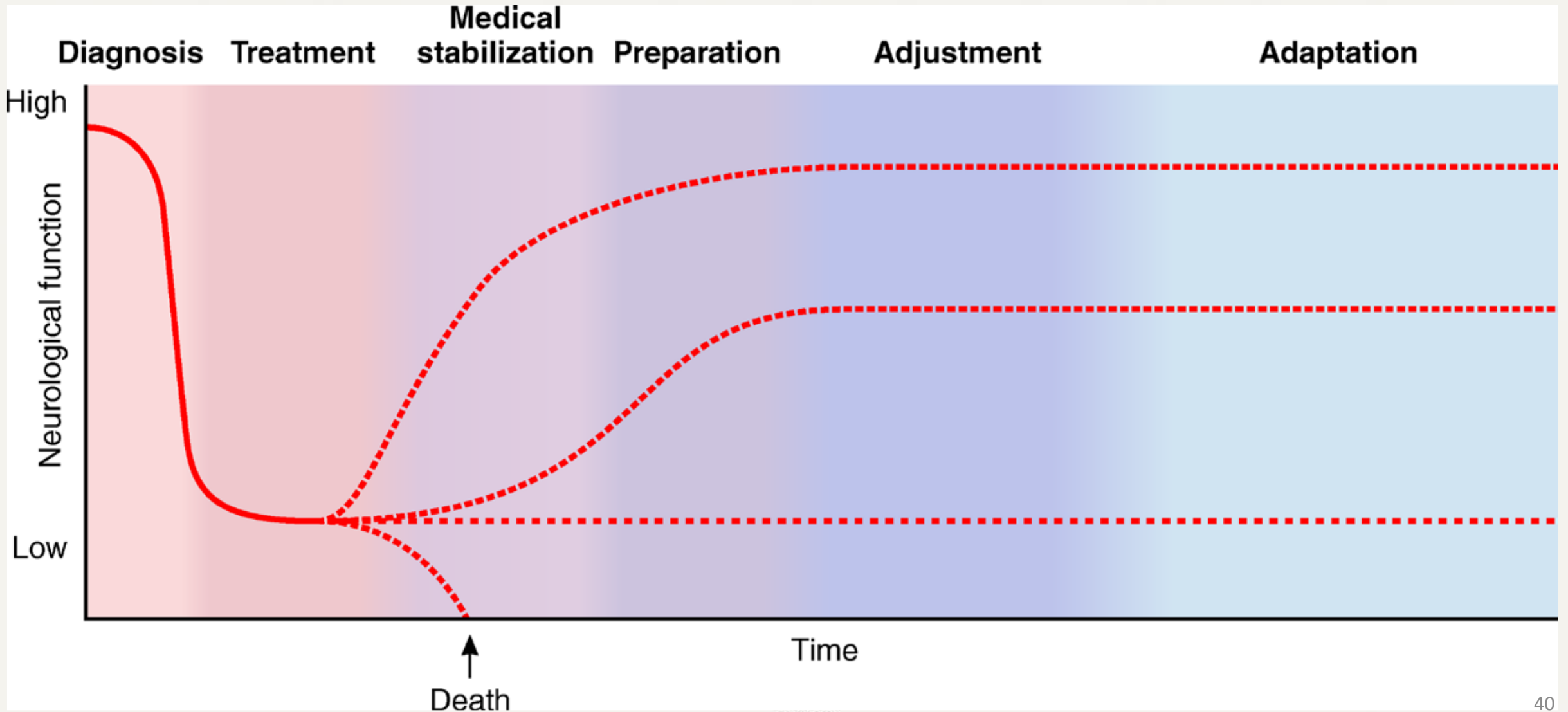


Proactive, not Reactive: บูรณาการ Palliative principles ในทุกระยะของโรค ไม่รอจนกว่าจะหมดทางรักษา

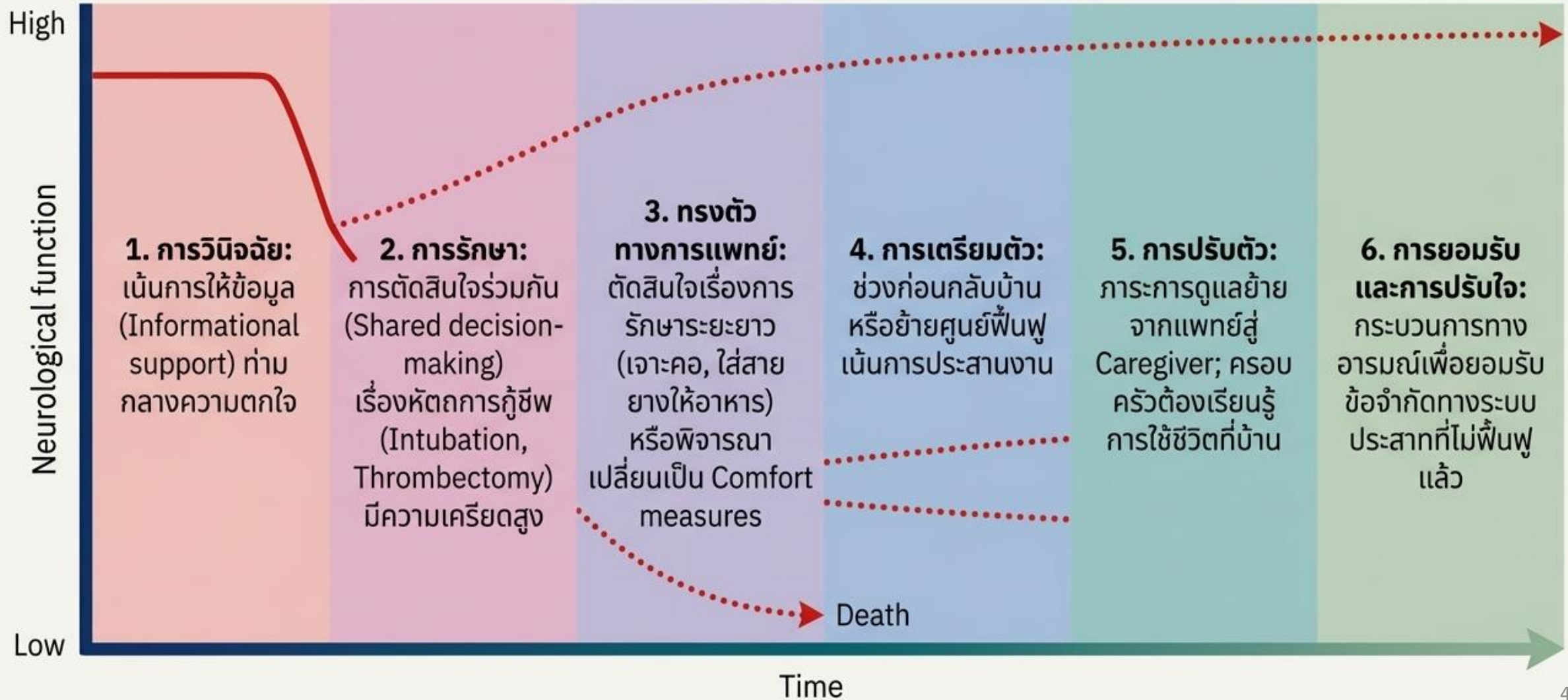
กรอบการประเมินความเจ็บปวดแบบองค์รวม (Total Pain) และการดูแลแบบควบคู่



แผนที่เส้นทางการดำเนินโรค (Stroke Trajectory) สู่การวางแผนการดูแล



แผนที่เส้นทางการดำเนินโรค (Stroke Trajectory) สู่การวางแผนการดูแล



เครื่องมือคัดกรองสัญญาณเตือน (Clinical Triggers) เพื่อเริ่มการสนทนา Goals of Care

The Surprise Question (ประเมินความเสี่ยงและพยากรณ์โรค)

คำถาม: คุณจะแปลกใจหรือไม่ หากผู้ป่วยรายนี้...

- 1. เสียชีวิตภายใน 1 ปีข้างหน้า?
- 2. เสียชีวิตในระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรอบนี้?
- 3. ไม่สามารถฟื้นฟูกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้อีก?

➤ **Action:** หากคำตอบคือ “ไม่แปลกใจ”
→ นริทเกอร์ให้เริ่ม Serious Illness Conversation หรือ Advance Care Planning

SuPPOrTT Checklist (ประเมินความต้องการเชิงประคับประคอง)

Su (Psychosocial/Spiritual): ครอบครัวต้องการความช่วยเหลือด้านการรับมือกับความเครียดและจิตวิทยาหรือไม่?

P (Pain/Symptoms): ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหรืออาการทรมาณทางกายหรือไม่?

PO (Prognosis/Options): ครอบครัวมีคำถามเรื่องพยากรณ์โรคหรือทางเลือกการรักษาหรือไม่?

rTT (Readdress Targets): ถึงเวลาที่ต้องประเมิน Goals of Care ใหม่เพื่อสอดคล้องกับคุณค่าของผู้ป่วยหรือไม่?

➤ **Action:** หากมีข้อใดข้อหนึ่ง
→ พิจารณาบริการจัดการอาการ หรือส่งต่อ Specialist Palliative Care

แนวทางการจัดการอาการทางกายที่พบบ่อย (Physical Symptom Management)

อาการ (Symptom)	การรักษาด้วยยา (Pharmacological)	การจัดการอื่น/ข้อควรระวัง (Considerations)
Central Poststroke Pain (อาการปวดประสาทส่วนกลาง)	ยาแก้ซึมเศร้า: Tricyclics, SSRI, SNRI ยากันชัก: Lamotrigine, Pregabalin, Gabapentin (ใช้บ่อยที่สุด)	ระวังผลข้างเคียงของ Tricyclics ที่อาจทำให้ปากแห้ง หรือเกิดภาวะ Delirium
Hemiplegic Shoulder Pain (ปวดไหล่จากอัมพาต)	NSAIDs (ช่วยลดปวดเพื่อให้ทำกายภาพได้ดีขึ้น)	Non-Pharma: Physical therapy, Range of motion exercises
Spasticity (ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก)	Muscle relaxants, Botulinum toxin	Non-Pharma: Stretching exercises
Depression (ภาวะซึมเศร้า)	Antidepressants	เลือกยาโดยพิจารณาจากโรคร่วมและ Side effect profile ที่ยอมรับได้



Note: ประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ โดยใช้ Nonverbal indicators เช่น Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

- ใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยในไอซียู ที่ไม่สามารถสื่อสารได้
- อาศัยการประเมิน 4 อย่าง
- แต่ละอย่างมีค่าคะแนน 0-2 คะแนน
- รวมมีค่าคะแนนเต็ม 8 คะแนน

ระดับความปวด ที่ยอมรับได้	ไม่ปวดเลย	ปวดเล็กน้อย	ปวดปาน กลาง	ปวดมาก
≤2	0	1-2	3-5	6-8

Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

หมวด	อธิบาย	คะแนน
การแสดงออกทางสีหน้า (Facial expression)	ผ่อนคลายหน้าเรียบเฉย (relaxed, neutral)	0
	หน้านิ่งคิ้วขมวด/ตึงเครียด (tense)	1
	หน้านิ่งคิ้วขมวด/บึ้งตึงมาก เปลือกตาปิดแน่น (grimacing)	2
การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement)	ไม่มีการเคลื่อนไหว (absence of movements)	0
	ปกป้องบริเวณที่ปวด (protection)	1
	กระสับกระส่าย (restlessness)	2
การเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle tension) ประเมินจากการเหยียดและการงอแขน	ผ่อนคลาย (relaxed)	0
	ตึงแข็ง (tense, rigid)	1
	ตึงแข็งเป็นอย่างมาก (very tense or rigid)	2
การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (Compliance with the ventilator) สำหรับผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ <u>หรือ</u> การเปล่งเสียง (Vocalization) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ	หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (tolerating Ventilator)	0
	มีอาการไอ แต่สามารถหายใจขณะที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจได้ (coughing but tolerating)	1
	มีการต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting ventilator)	2
	พูดด้วยน้ำเสียงปกติ (normal tone)	0
	ถอนหายใจ ร้องคราง (sighing, moaning)	1
ร้องไห้ สะอื้น (crying out, sobbing)	2	

การสื่อสารเป้าหมายการรักษา (GoC) ภายใต้ความไม่แน่นอนของพยากรณ์โรค

อุปสรรคสำคัญ: Prognostic Uncertainty (ความไม่แน่นอนของพยากรณ์โรค)

ความไม่แน่นอนทางคลินิก (ระดับการฟื้นฟู) + ความไม่แน่นอนทางอารมณ์ (การปรับตัวรับความพิการ)
บ่อยครั้งทำให้ครอบครัวและแพทย์ประเมินความคาดหวังไม่ตรงกัน (Prognosis discordance)

ความจริง
(Reality)

ความเข้าใจ
(Empathy)

The Continuous Thread

1. Assess (ประเมิน)

ค้นหาความเข้าใจ ค่านิยม และ
'Trade-offs' (สิ่งที่ยอมทนได้
หรือยอมรับไม่ได้เพื่อให้ได้
ผลลัพธ์บางอย่าง)

2. Provide a Road Map (ให้แผนที่นำทาง)

วาดภาพสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
ในขั้นตอนต่อไป
(Anticipated next steps)

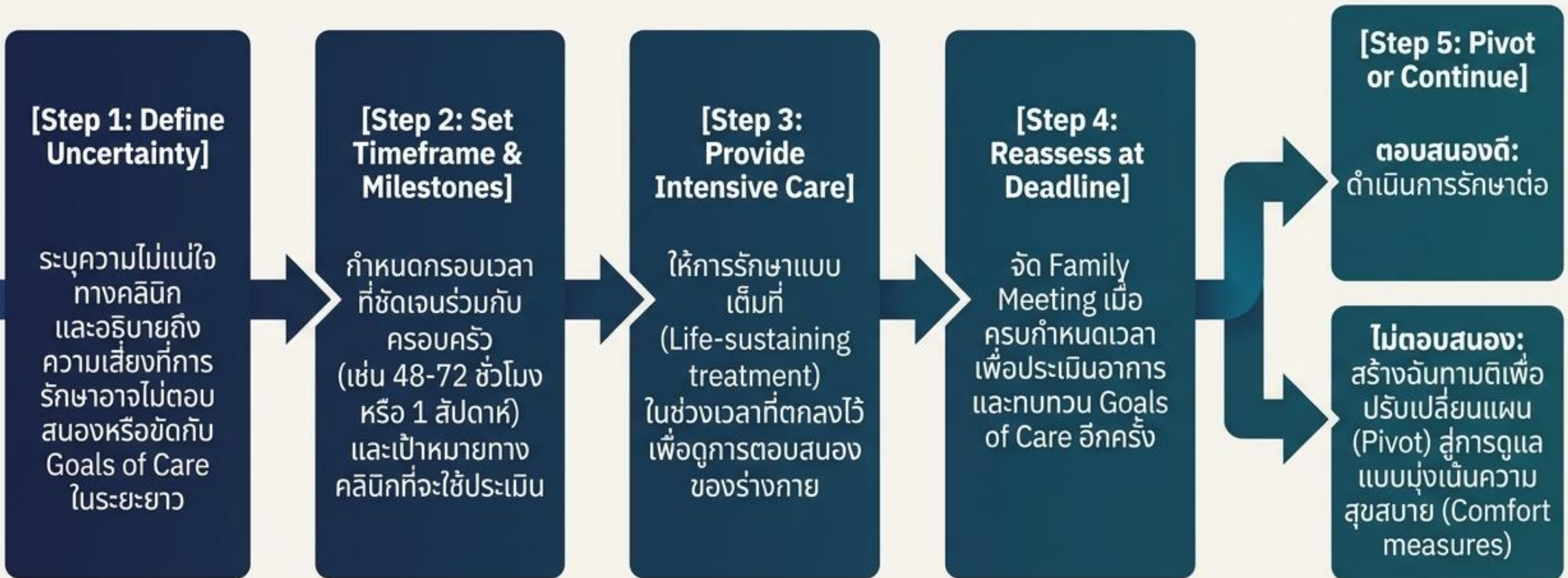
3. Frame Boundaries (ตีกรอบสถานการณ์)

อธิบายฉากทัศน์ Best-case
และ Worst-case scenario
อย่างตรงไปตรงมา

4. Recommend (ให้คำแนะนำ)

เสนอแผนการรักษาที่สอดคล้อง
กับคุณค่าและเป้าหมาย
ของผู้ป่วย

การจัดการความไม่แน่นอนด้วย Time-Limited Trials (TLT)

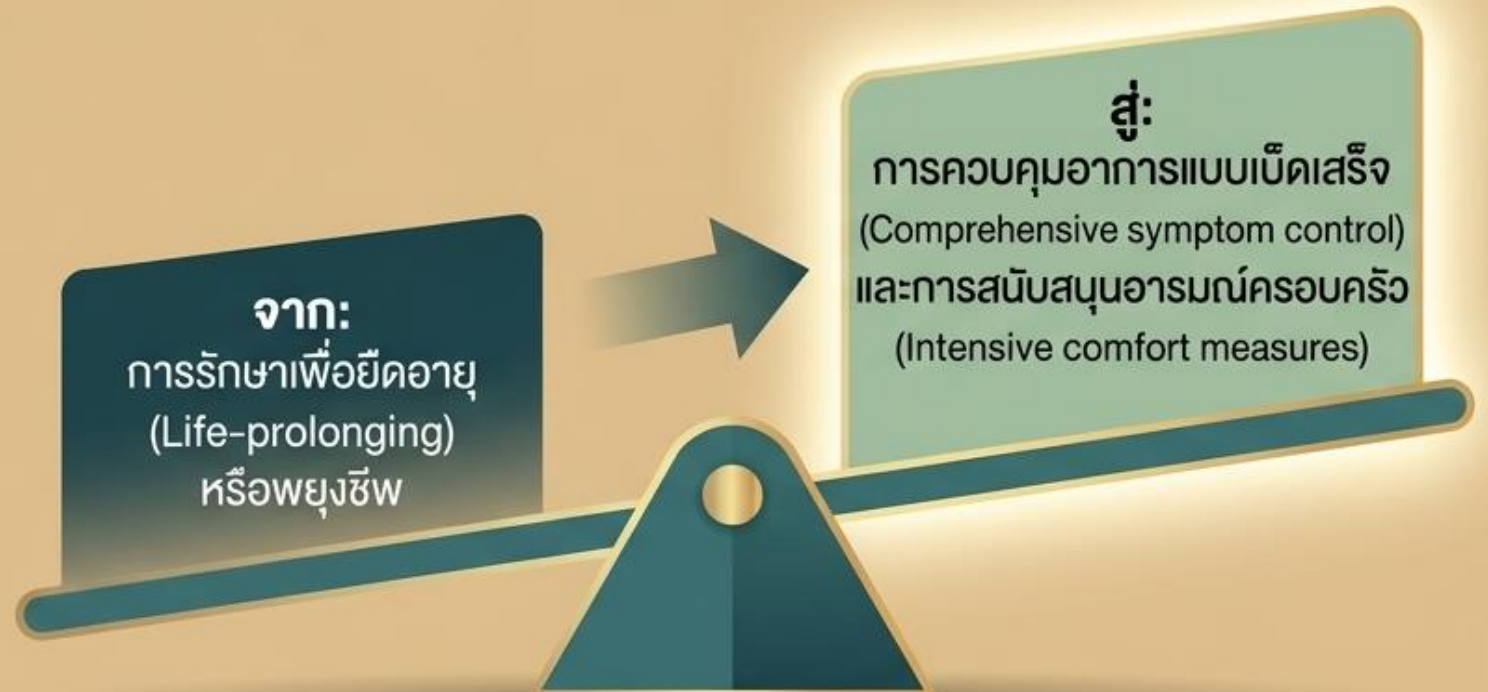


Key Insight: TLT ช่วยลดความรู้สึกผิดของครอบครัวในการตัดสินใจ 'ความเป็นความตาย' โดยเปลี่ยนเป็นการ 'ทดลองเพื่อดูว่าผู้ป่วยสู้ไหวหรือไม่'

การปรับเป้าหมายสู่การดูแลระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life Care Pivot)

บริบทของการเสียชีวิตจาก Stroke:

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล หลังจากการตัดสินใจ Withhold / Withdraw life-sustaining therapy (งดหรือถอนการรักษาพยุงชีพ)
- ผู้ป่วยมักมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้แพทย์ต้องพึ่งพาการประเมินจากอาการแสดง (Nonverbal indicators)



บทบาทสำคัญของแพทย์:

- ลดความวิตกกังวลของครอบครัว โดยการให้ความรู้ล่วงหน้า (Counseling on what to expect)
- อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การกินลดลง, เสียงหายใจเปลี่ยน, หรือความตื่นตัวลดลง เพื่อไม่ให้ครอบครัวตื่นตระหนก

โปรโตคอลการจัดการอาการทางกายในระยะใกล้เสียชีวิต (Actively Dying)



Pain & Restlessness (ความปวดและความ กระสับกระส่าย)

- พบได้ 25% - 65% ของผู้ป่วยระยะท้าย
- Management: ใช้ Opioids และ Benzodiazepines แบบเป็นครั้งคราว (Intermittent use) โดยสามารถปรับเพิ่มขนาดยา (Escalating doses) เพื่อควบคุมอาการและให้ผู้ป่วยสงบ



Dyspnea (อาการหอบเหนื่อย)

- พบได้ 16% - 81% (พบบ่อยที่สุดและสร้างความทรมานสูง)
- Management: ตอบสนองดีต่อการใช้ Opioids เป็นหลัก เพื่อลด Air hunger และลดความกระสับกระส่ายในการหายใจ



'Death Rattle' / Respiratory Secretions (เสียงเสมหะค้างในหลอดลม)

- เกิดจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถไอขับเสมหะได้ (มักสร้างความทรมานใจให้ครอบครัวมากกว่าตัวผู้ป่วย)
- Non-Pharma: อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจกลไก และจัดท่าผู้ป่วย (Repositioning)
- Pharma:

Glycopyrolate, Buscopan

เกณฑ์การพิจารณาส่งต่อเพื่อรับการดูแลแบบ Hospice

นิยามพื้นฐาน: พยากรณ์โรคคาดว่าจะมีชีวิตรอยู่ ≤ 6 เดือน และไม่มีแผนจะดำเนินการรักษาเพื่อยืดอายุ (Life-prolonging measures) อีกต่อไป

เกณฑ์บ่งชี้ทางคลินิก (Clinical Indicators for Hospice in Stroke):

- ความสามารถในการรับประทานอาหารลดลงอย่างมาก และไม่พิจารณาการให้อาหารทางสายยาง (Artificial nutrition)
- เกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำซ้อนรุนแรง เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia), ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis), แผลกดทับที่รักษาไม่หาย, หรือมีไข้ซ้ำซ้อน
- ผลภาพถ่ายรังสีวิทยา (Neuroimaging) บ่งชี้พยาธิโรคที่เลวร้ายอย่างชัดเจน
- ภาวะโคม่าต่อเนื่องเกิน 3 วัน ซึ่งประกอบด้วย:
 - ไม่มีรีเฟล็กซ์ของก้านสมอง (Absent brainstem reflexes)
 - ไม่มีการตอบสนองทางวาจา (Absent verbal response)
 - ไม่มีการชักหนีความเจ็บปวด (Absent withdrawal response to pain)
 - ร่วมกับการทำงานของไตที่แย่ง (Poor renal function)

บทสรุป: การบูรณาการ Palliative Care ในทุกรอยต่อของการดูแล



High-quality stroke care always requires high-quality, person-centered neuropalliative care.
(AHA Scientific Statement 2024)

Palliative Care ในโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะลุกลาม (Advanced CVD)

เปลี่ยนมุมมองใหม่: ไม่ใช่แค่การดูแลระยะสุดท้าย (Not Just End-of-Life Care)

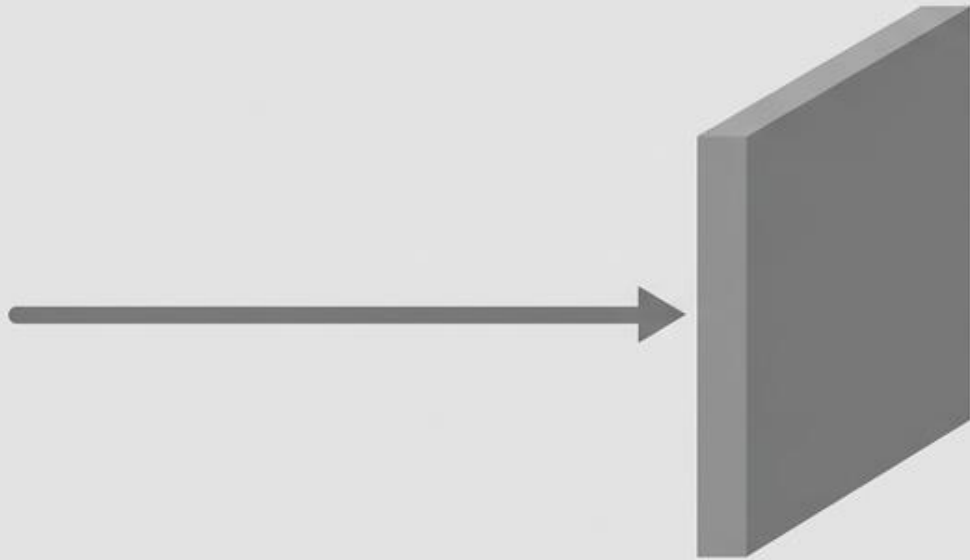


สรุปเนื้อหาสำคัญจาก 2025 AHA Scientific Statement

ลบล้างความเชื่อเดิม: Palliative Care ≠ Hospice Care

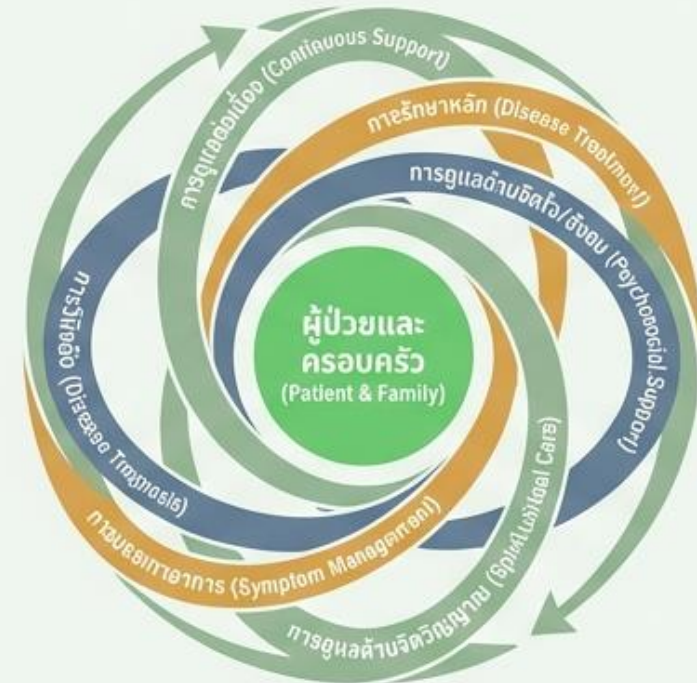
ความเชื่อที่ล้าสมัย / The Myth

ช่วงเวลา: เริ่มต้นเมื่อหมดทางรักษา (End-of-life)
เป้าหมาย: รอคอยเสียชีวิตอย่างสงบ
ผู้ให้บริการ: แพทย์เฉพาะทาง (Specialty PC) เท่านั้น



มาตรฐาน AHA 2025 / The Reality

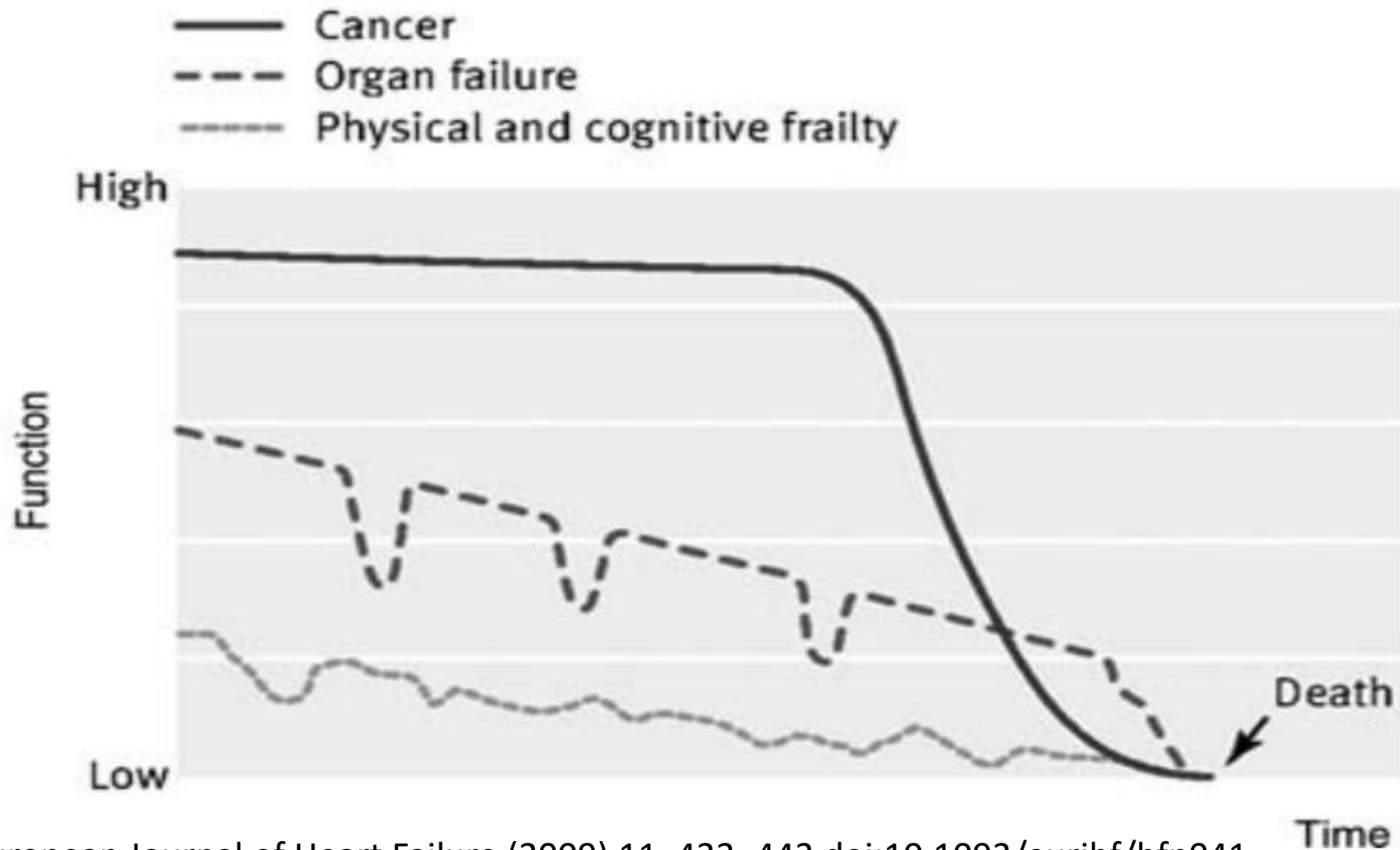
ช่วงเวลา: เริ่มต้นได้ตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย (Throughout the disease trajectory)
เป้าหมาย: ป้องกันและบำบัดความทุกข์ทรมาน (กาย, ใจ, สังคม, จิตวิญญาณ) เพื่อเพิ่ม QOL
ผู้ให้บริการ: ทีมผู้ดูแลรักษาหลัก (Primary PC) ร่วมกับทีมเฉพาะทางเมื่อมีข้อ



PC คือการดูแลแบบองค์รวมที่ควบคู่ไปกับการรักษาโรคหลัก ไม่ใช่สิ่งที่ต้องเลือกว่าจะรักษาหรือจะดูแลแบบประคับประคอง

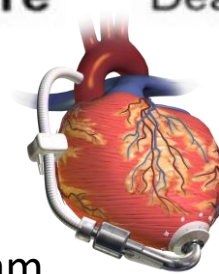
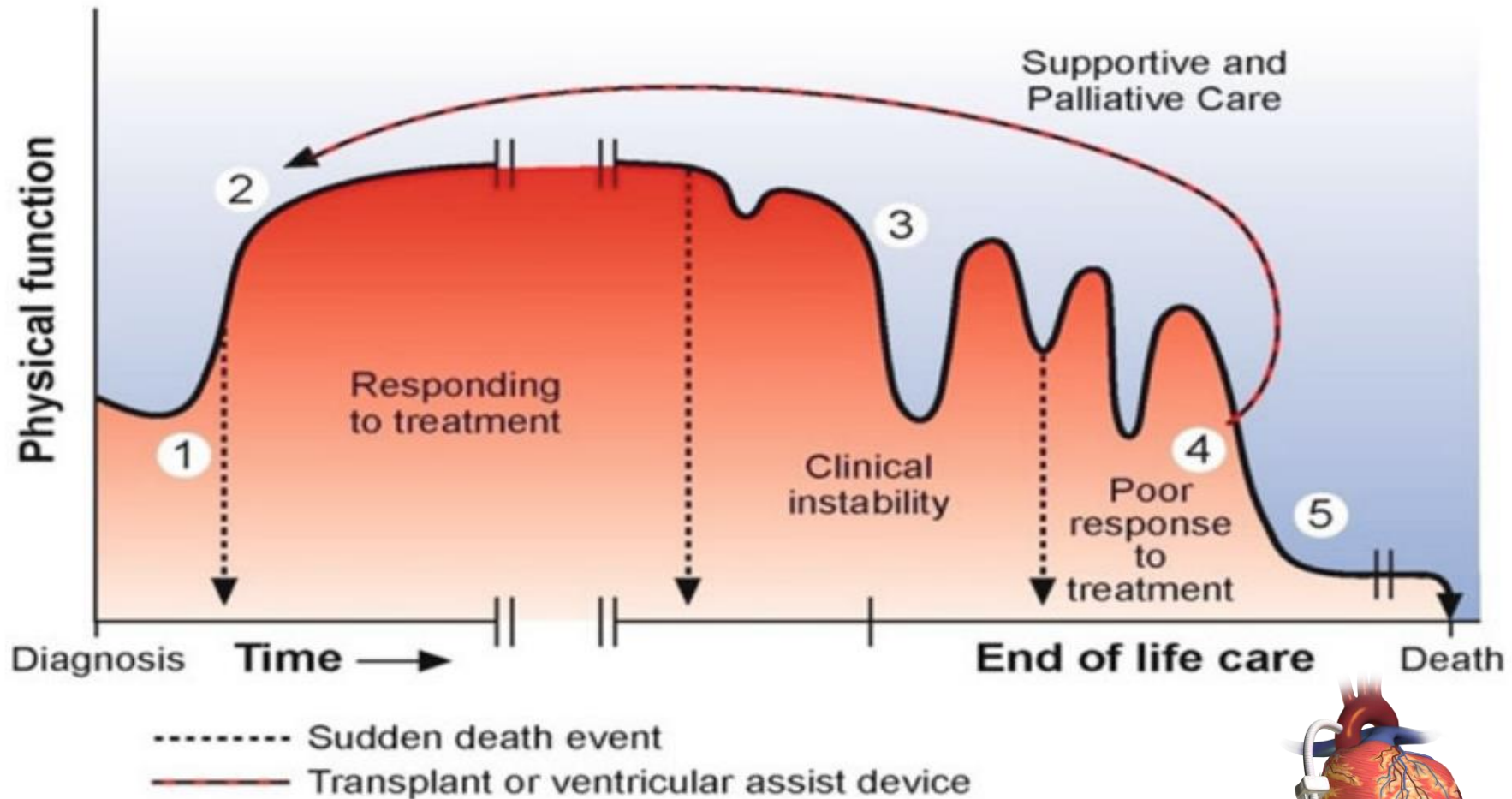
Disease Trajectory

The three main trajectories of decline at the end of life



European Journal of Heart Failure (2009) 11, 433–443 doi:10.1093/eurjhf/hfp041

Disease Trajectory in Heart Failure

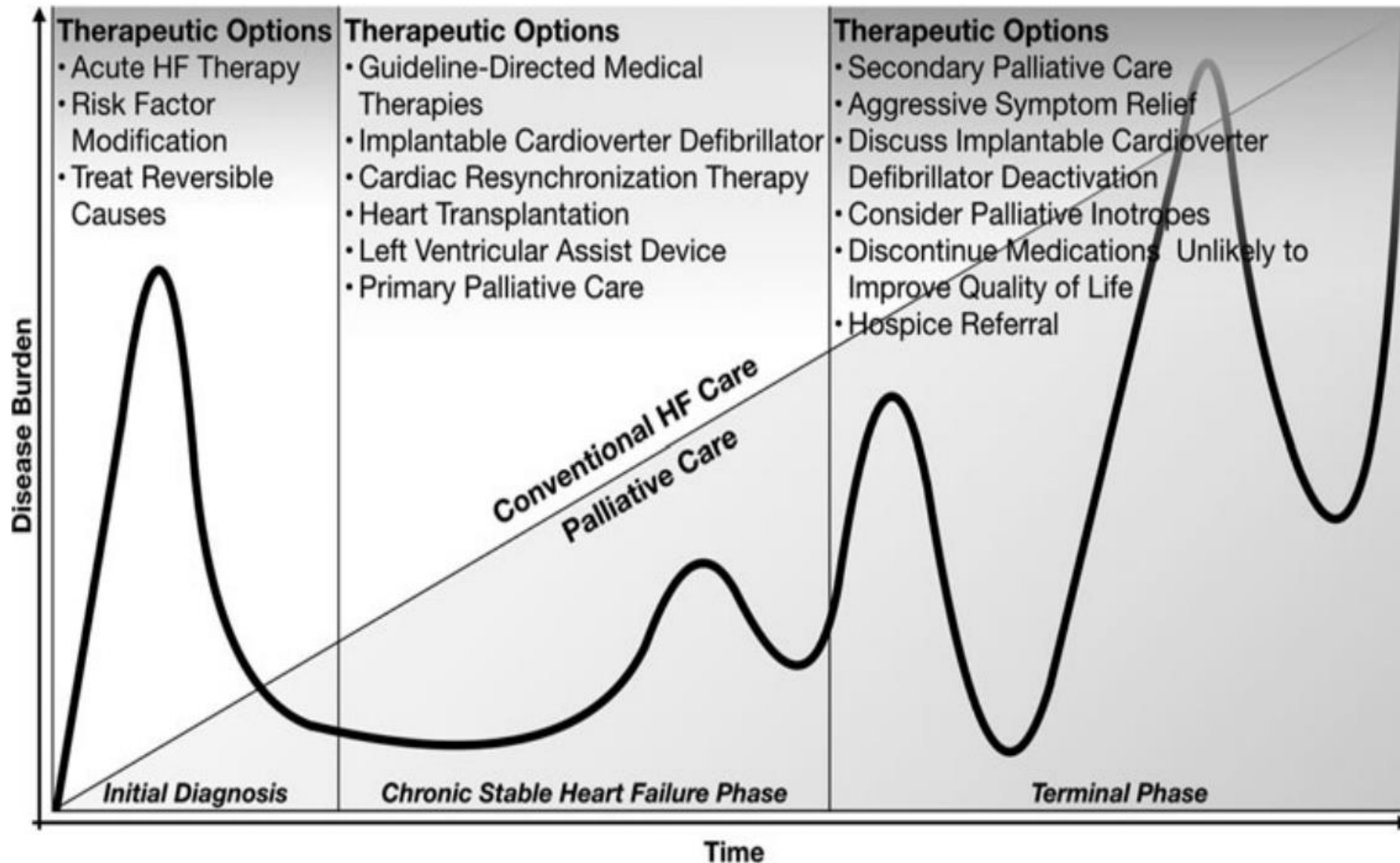


Beattie, J.M., Riley, J.P. (2019). Palliative Care in Heart Failure.

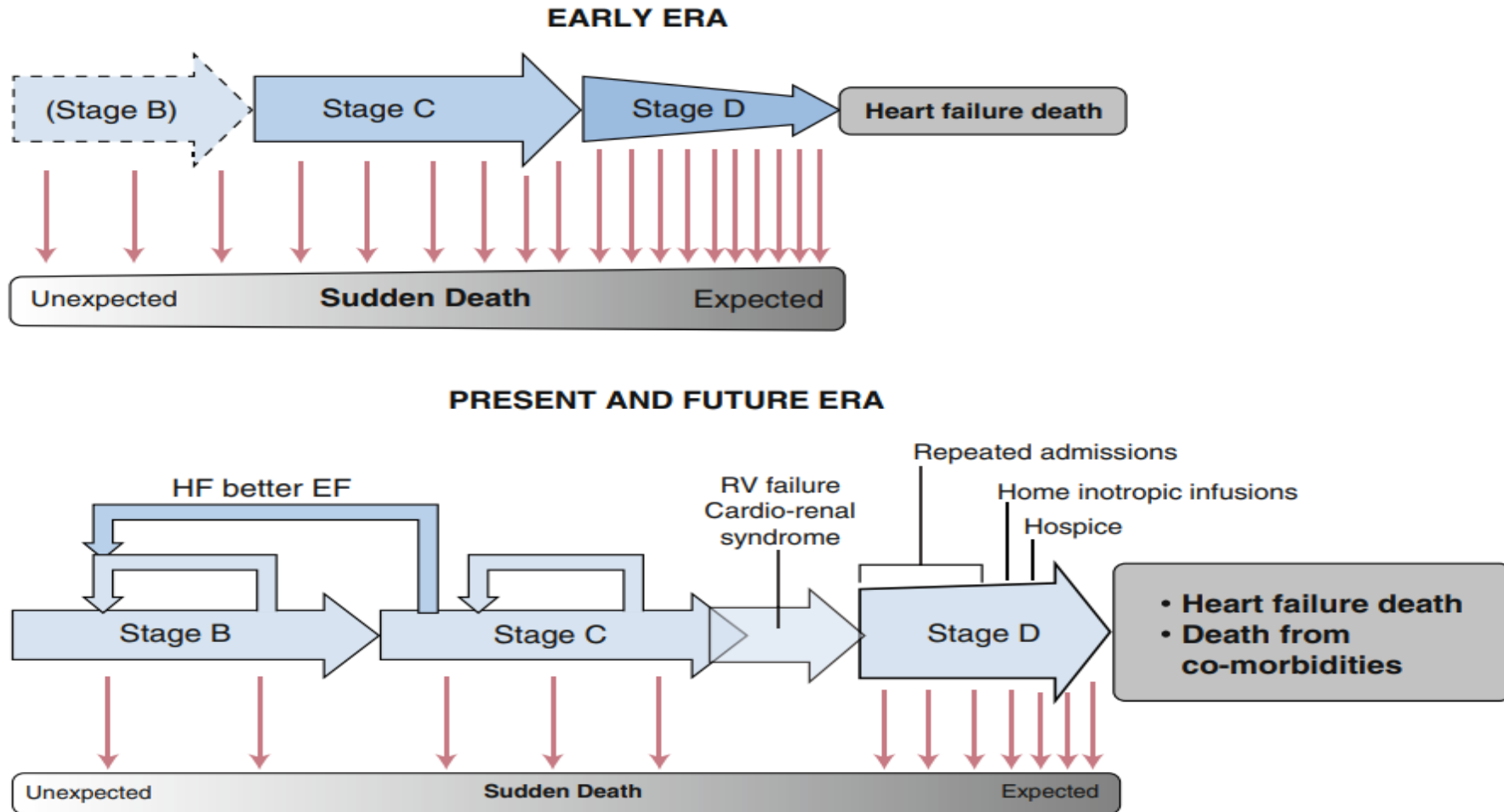
In: MacLeod, R., Van den Block, L. (eds) Textbook of Palliative Care. Springer, Cham.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-77740-5_60

Disease burden over the time



Disease Trajectory in Heart Failure by staging



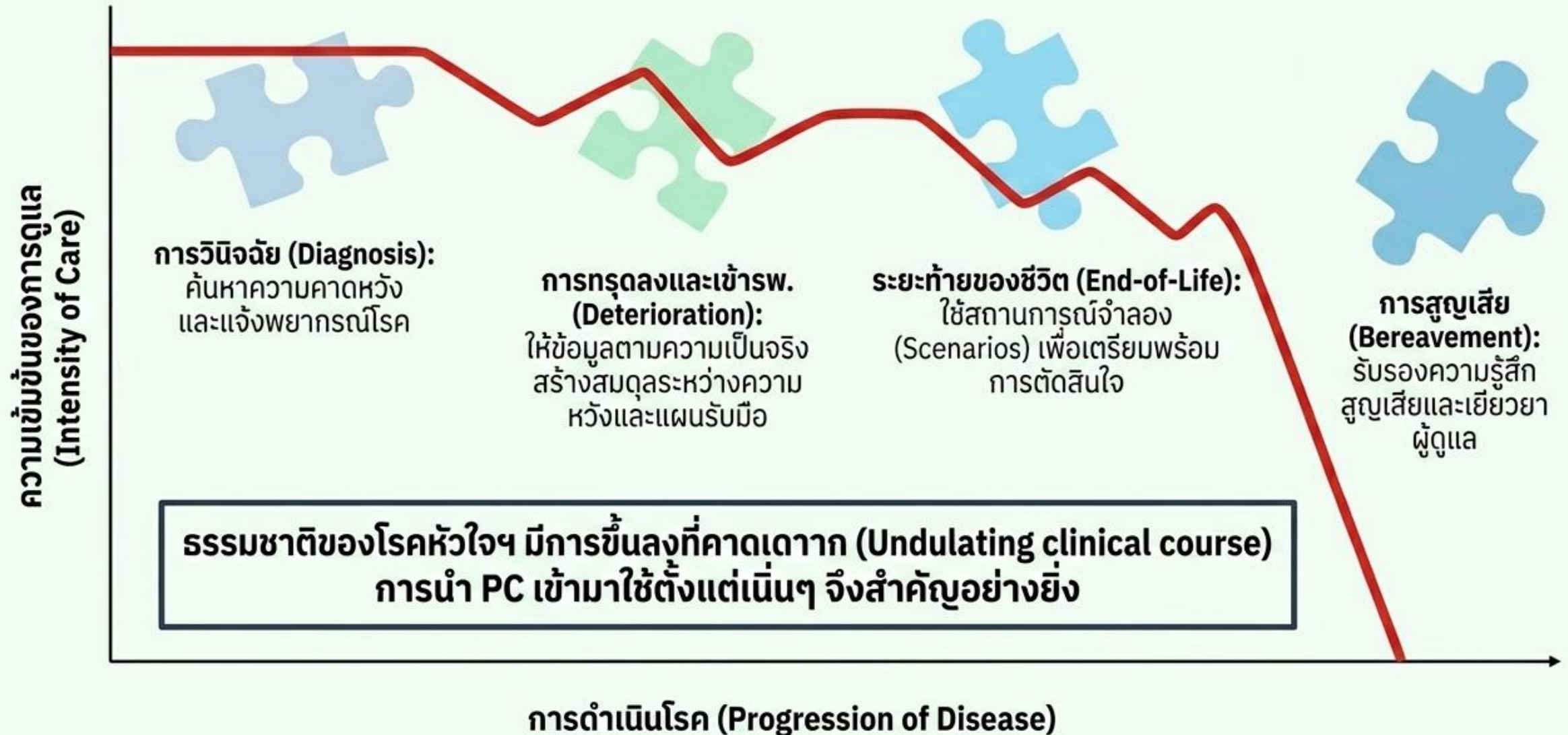
Beattie, J.M., Riley, J.P. (2019). Palliative Care in Heart Failure.
 In: MacLeod, R., Van den Block, L. (eds) Textbook of Palliative Care. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-77740-5_60

Very difficult to prognosticate

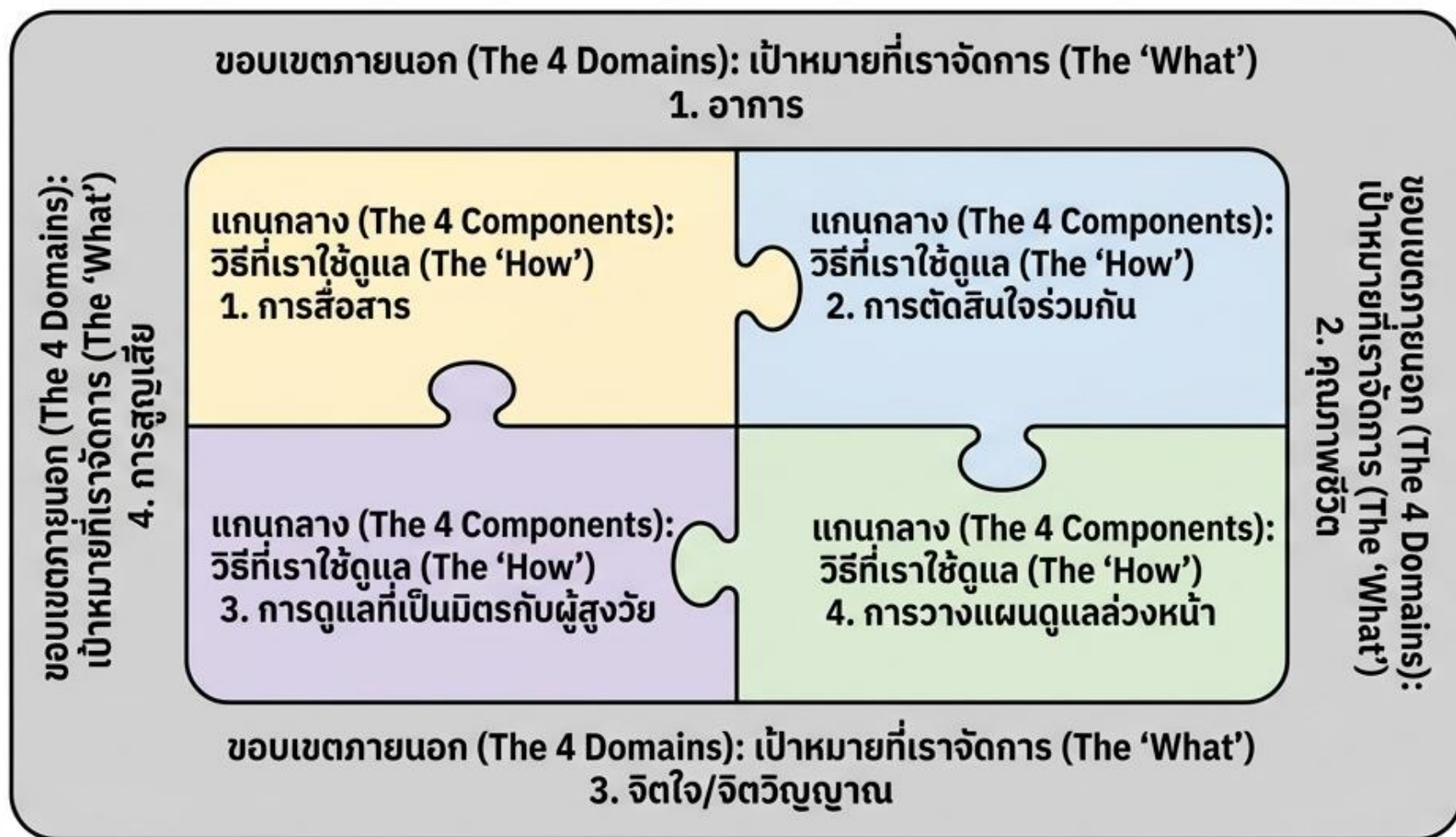
Markers of poor prognosis (< 6 months)

- Liver failure, renal failure, delirium
- Unable to tolerate SE of ACE-I from hypotension
- NYHA Class 4
- EF < 20%
- Frequent admission
- Cachexia

การบูรณาการ Palliative Care ตลอดเส้นทางของโรค (Disease Trajectory)



จิ๊กซอว์แห่งการดูแล: กรอบแนวคิด PC ในโรคหัวใจและหลอดเลือด



ชิ้นส่วนเหล่านี้ไม่สามารถแยกขาดจากกันได้
การขาดองค์ประกอบใดไปจะทำให้การดูแลไม่สมบูรณ์

Spiritual and psychological support

Shared Decision-Making

- Interdisciplinary collaboration
- Open and honest communication
- Mutual trust among the care team
- Supportive environment
- Reciprocal information

Age Friendly Care

- Identifying and incorporating personal values
- Evaluating and managing mental health
- Assessing and addressing polypharmacy
- Ensuring safe mobility

Person with CVD-Family-Clinician Communication

- Culturally competent and holistic conversations
- Include the patient and family in discussions regarding care assessment and advanced CVD management
- Inclusive conversations to help identify and address illness progression effects on quality of life
- Initiate early discussions regarding end-of-life care

Advance Care Planning

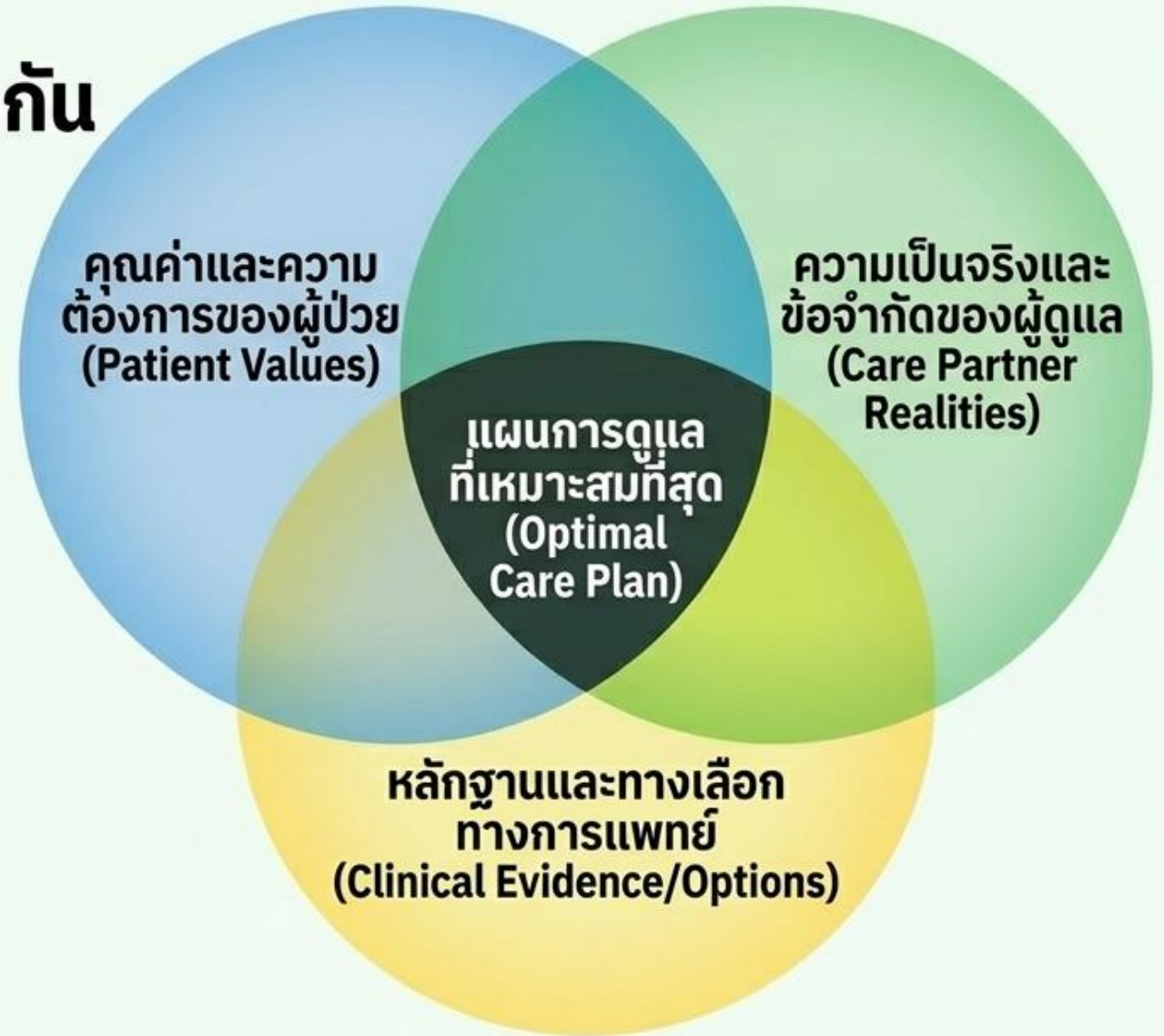
- Identify future health care needs and individual preferences
- Designate a health care surrogate
- Complete an advance directive
- Maintain respect for individual autonomy
- Enhance quality of care
- Collaborative relationships
- Prevent overtreatment

Quality of life

องค์ประกอบที่ 1 & 2: การสื่อสารและกรตัดสินใจร่วมกัน (Communication & SDM)



**การสื่อสาร
(Communication):**
ต้องมีความไว้วางใจ,
คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม
(Cultural sensitivity),
และดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่นั้นๆ



ความล้มเหลวในการสร้างการตัดสินใจร่วมกัน จะนำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งบั่นทอนผลลัพธ์การรักษาในทุกมิติ

องค์ประกอบที่ 3: การดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Care)

การประยุกต์ใช้หลักการผู้สูงอายุในผู้ป่วย CVD ระยะลุกลาม (แม้ผู้ป่วยอาจไม่ใช่ผู้สูงอายุก็ตาม)

What Matters (สิ่งที่ให้ความสำคัญ)

การค้นหาคคุณค่าและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเข็มทิศในการรักษา

Medication (ยา)

การประเมิน Polypharmacy เสี่ยงยาที่อาจลด QOL หรือยาที่หมดความจำเป็นในระยะลุกลาม

Mentation (จิตใจและสมอง)

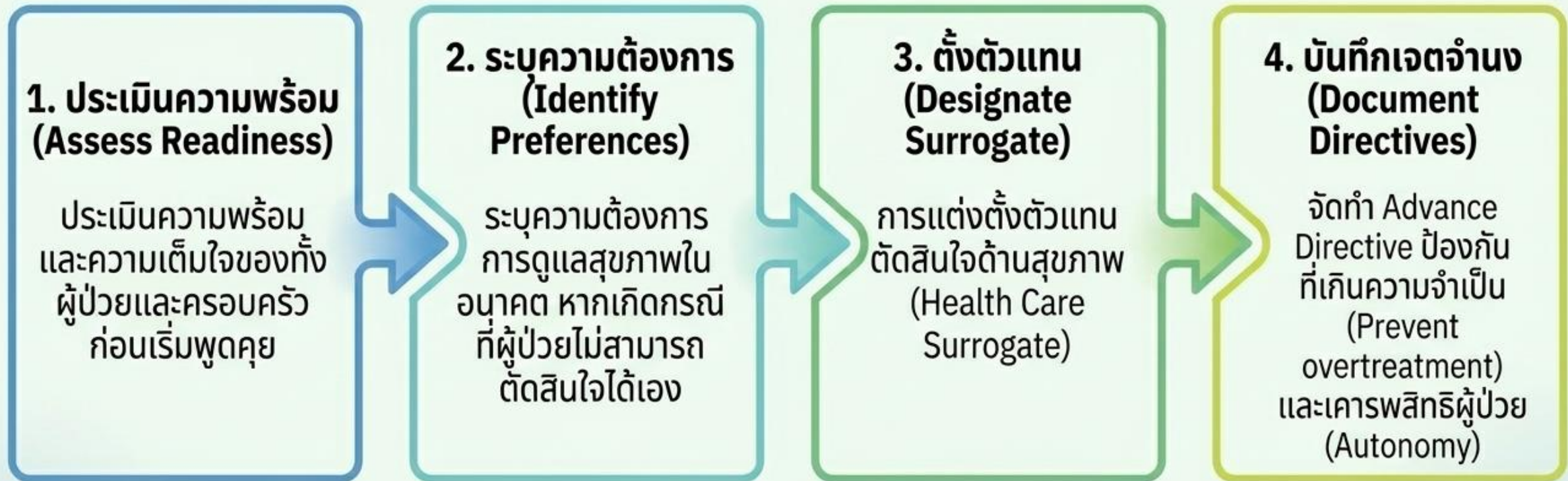
การคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้ป่วย CVD

Mobility (การเคลื่อนไหว)

การรักษาการทำงานของร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองและเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย

หลักการนี้ช่วยเน้นที่ Function (การทำหน้าที่) ของร่างกาย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 4: การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning - ACP)



**รู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร (What matters) ไม่เท่ากับทำ ACP สำเร็จ...
ต้องนำไปสู่การแต่งตั้งตัวแทนและบันทึกความตั้งใจอย่างชัดเจน**

ขอบเขตการดูแลที่ 1 & 2: การจัดการอาการและคุณภาพชีวิต

การจัดการอาการ (Symptom Management)

- ผู้ป่วย Advanced Heart Failure มีความทุกข์ทรมานจากอาการ (เหนื่อยล้า, หอบเหนื่อย, ปวด, บวม) สูงไม่แพ้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บรรเทาอาการอย่างตรงจุด → ยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดในช่วงจำกัดของโรค

- เป้าหมายไม่ใช่รักษาให้หายขาด แต่ใช้ Palliative Pharmacotherapy (เช่น Opioids) หรือ CBT ร่วมกับยาโรคหัวใจ เพื่อบรรเทาอาการที่ดื้อต่อการรักษา (Refractory symptoms)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life - QOL)

- **ภาระจากอาการทางกาย** (Physical symptom burden) คือตัวแปรที่ส่งผลต่อ QOL มากที่สุด

- ความมุ่งหมายสูงสุดของ PC คือลดความทุกข์ทรมาน และรักษาความสามารถในการทำหน้าที่และเข้าสังคมของผู้ป่วย

ขอบเขตการดูแลที่ 3 & 4: จิตใจ/จิตวิญญาณ และการสูญเสีย

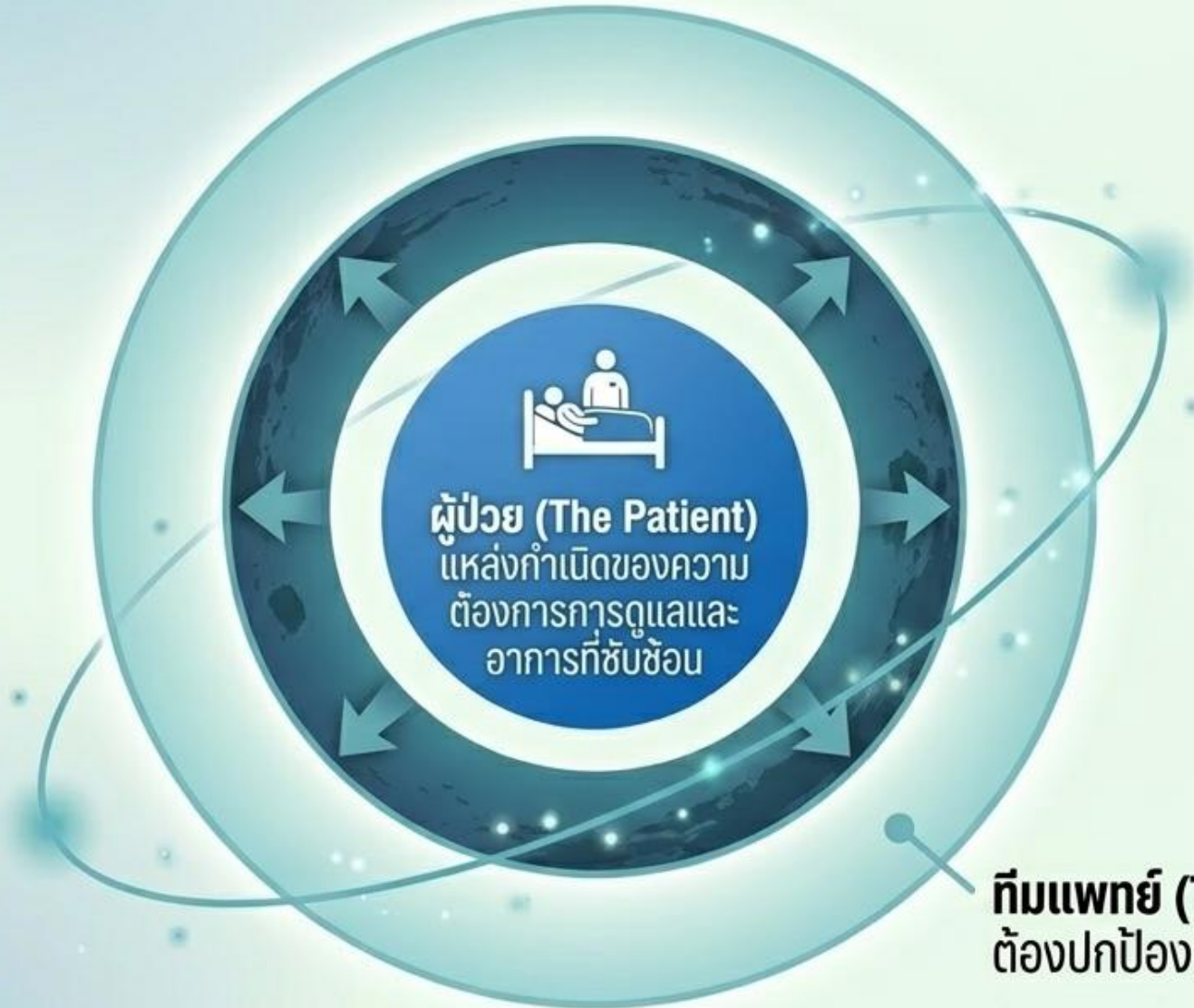
การดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ (Spiritual and Psychological Support)

- **จิตวิญญาณ:** เป็นที่ยึดเหนี่ยวสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับความผันผวนของโรค การสนับสนุนด้านนี้ช่วยลดอัตราการใช้ทรัพยากรสุขภาพ
- **จิตวิทยา:** จัดการกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่มาพร้อมกับโรคที่รักษาไม่หาย ผ่านเทคนิค Mindfulness หรือ Motivational Interviewing

การดูแลหลังการสูญเสีย (Bereavement Support)

- เริ่มต้นที่หลังการเสียชีวิต แต่ปัญหาของผู้ดูแลมักลากยาว (อารมณ์, ครอบครัว, การเงิน)
- **ช่องโหว่:** ปัจจุบันมีการติดตามผู้ดูแลหลังการสูญเสียน้อยมาก (เพียง 25% ที่ 6 เดือน)
- **Public Health Approach:** ต้องอาศัยเครือข่ายทางสังคมและชุมชน (Family, Friends, Neighbors) ร่วมสนับสนุน ไม่ใช่แค่หน้าที่ของโรงพยาบาล

ผู้อยู่เบื้องหลังที่ถูกมองข้าม: ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Partners)



ผลลัพธ์ของ PC จะไม่สำเร็จ หากปราศจากผู้ดูแล (โดยเฉพาะในกลุ่มใส่เครื่อง MCS)

แนวทางปัจจุบันมุ่งเน้น

Intervention (รักษาแบบคู่) เพื่อลด Caregiver Burden และเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งคู่

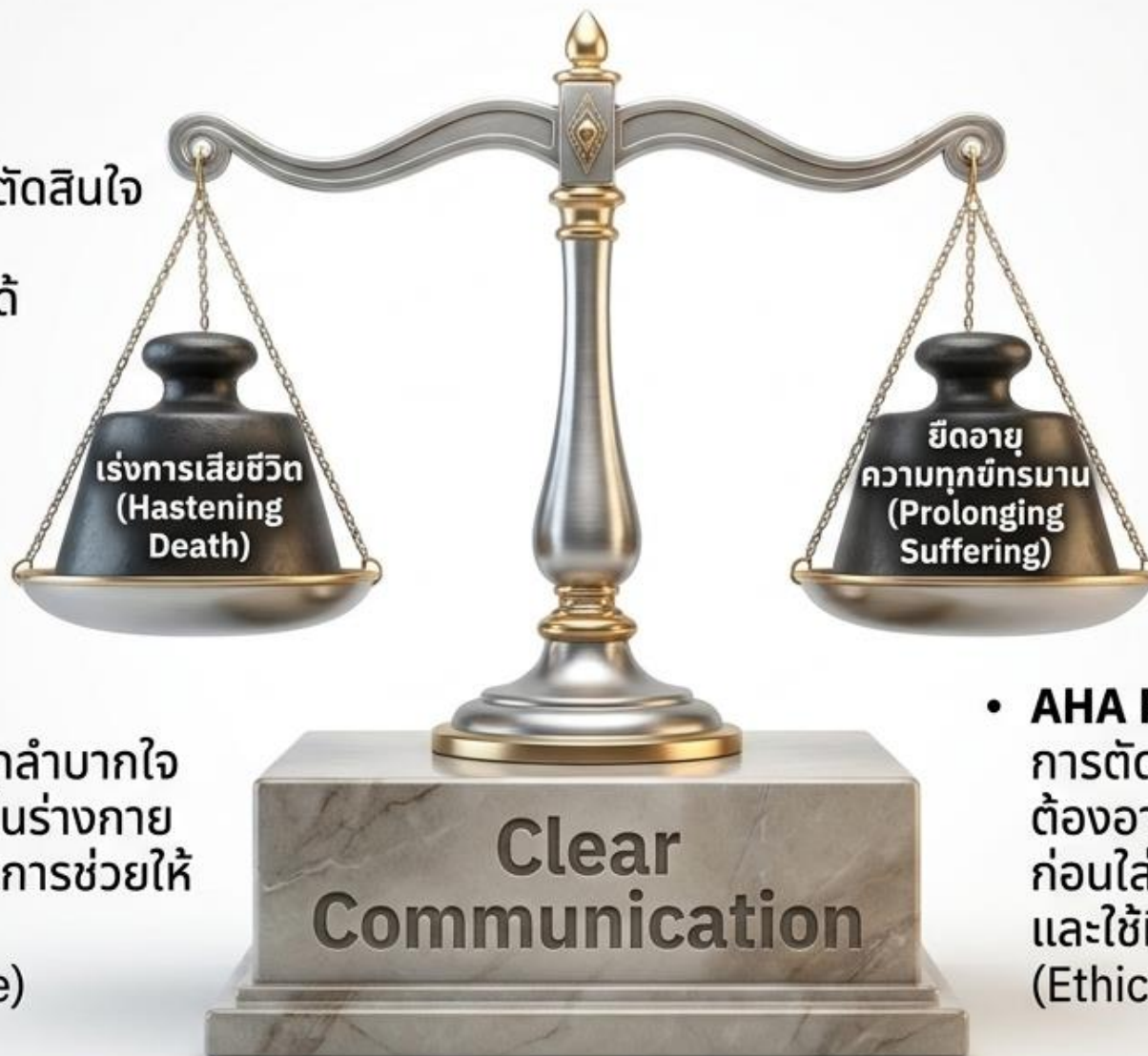
ทีมแพทย์ (The Clinical Team) ต้องปกป้องและโอบอุ้มทั้ง Dyad (ผู้ป่วย + ผู้ดูแล)

พรหมแดนทางจริยธรรม: การปิดเครื่องมือแพทย์ในหัวใจ

(Implanted Cardiac Devices: ICDs, Pacemakers, MCS)

- **ทางกฎหมายและจริยธรรม:**

ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจ
มีสิทธิปฏิเสธหรือขอยุติ
Life-sustaining therapies ได้



- **แต่ในความเป็นจริง:**

แพทย์โรคหัวใจจำนวนมากรู้สึกลำบากใจ
และมองว่าการปิดเครื่องที่ฝังในร่างกาย
(Intracorporeal) อาจเข้าข่ายการช่วยให้
ผู้ป่วยเสียชีวิต
(Physician-assisted suicide)

- **AHA Recommendation:**

การตัดสินใจเหล่านี้มีความซับซ้อนสูง
ต้องอาศัยการวางแผนร่วมกันตั้งแต่
ก่อนใส่เครื่องมือ (At time of implant)
และใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ
(Ethics, PC, EP)

ตารางเปรียบเทียบจรรยาบรรณและผลกระทบของการปิดเครื่องมือ

	ICD (เครื่องกระตุกหัวใจ)	Pacemaker (เครื่องกระตุ้นหัวใจ)	MCS (เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ)
หน้าที่หลัก (Clinical Function)	แก้ไขจังหวะหัวใจ ผิดปกติอันตราย	ควบคุมจังหวะ การเต้นพื้นฐาน	ทดแทนการสูบฉีดเลือด ของหัวใจ
ผลจากการปิดเครื่อง (Consequence of Deactivation)	ป้องกันการถูกกระตุก (Shocks) ที่เจ็บปวด ในช่วงวาระสุดท้าย	อาจทำให้หัวใจล้มเหลว แย่งหรือเกิดอาการ เหนื่อยหอบ โดยอาจไม่ ได้ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น	ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิต ล้มเหลวและเสียชีวิตอย่าง (ต้องคำนึงถึงการไหลเวียน ของยา Palliative ด้วย)
ฉันทามติทาง จรรยาบรรณ (Ethical Consensus)	ยอมรับได้กว้างขวาง (สอดคล้องกับคำสั่ง DNR)	ซับซ้อนและเป็น ข้อถกเถียงสูง (โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วย พึ่งพาเครื่อง 100%)	ถือเป็นการยุติ Life- support ทั่วไป แต่มักกระทบกระเทือนจิตใจ แพทย์และครอบครัวรุนแรง

บทสรุป: เต็มเต็มจิ๊กซอว์แห่งการดูแล (The Complete Picture)

PC ≠ End-of-Life:



เป็นการดูแลควบคู่ไปกับการรักษาโรค เริ่มต้นให้เร็วเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด



Empower Primary Care:



ไม่จำเป็นต้องรอแพทย์เฉพาะทาง ทีมผู้ดูแลรักษา CVD หลักสามารถและต้องเป็นผู้ให้ Primary PC

Support the Dyad:



ผู้ป่วยและผู้ดูแลคือหน่วยเดียวกัน การเยียวยาผู้ป่วยต้องครอบคลุมถึงผู้ดูแลเสมอ

Plan the Unplannable:

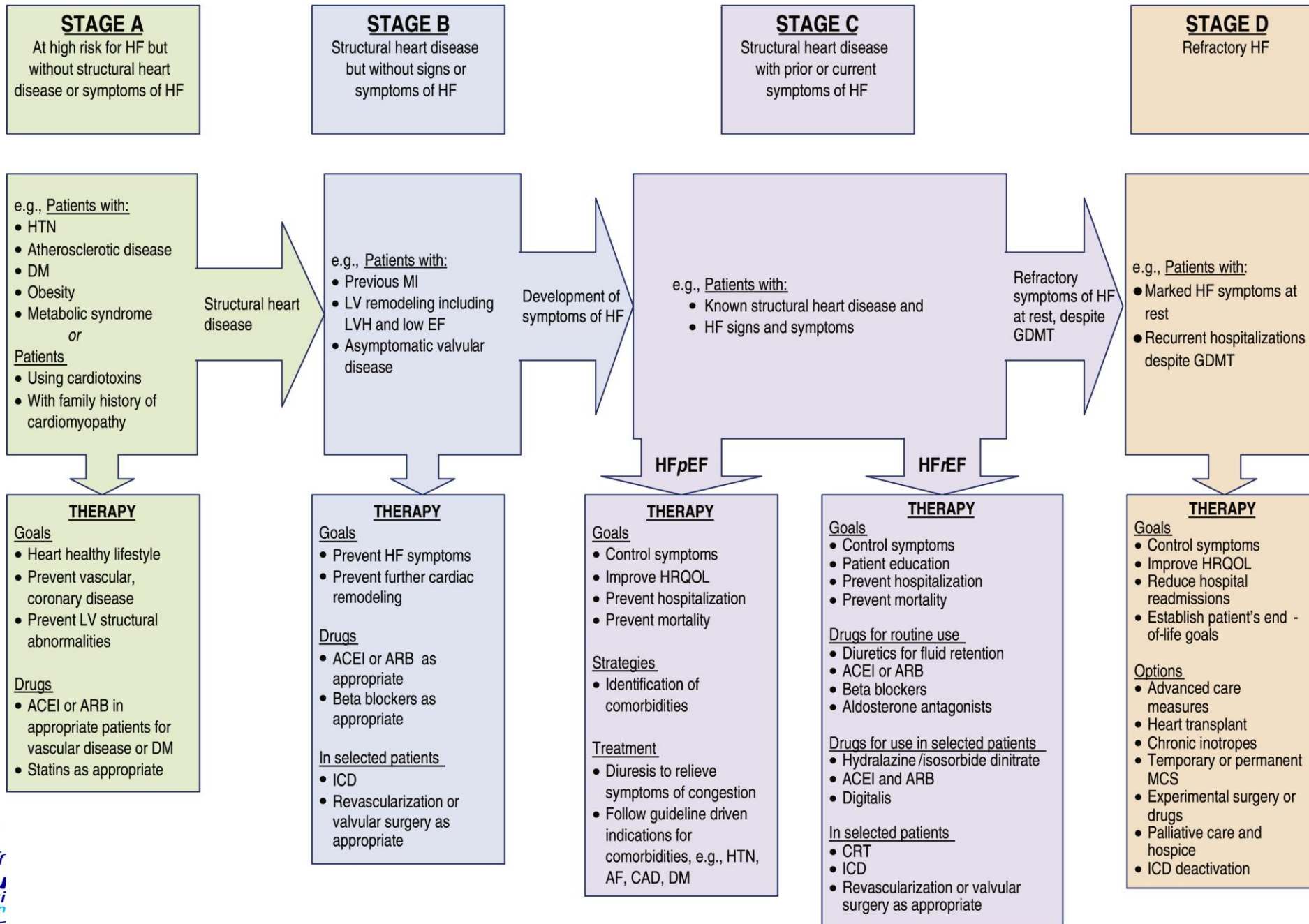


วางแผน ACP และเรื่องอุปกรณ์ฝังในร่างกายตั้งแต่เนิ่นๆ ขณะที่ผู้ป่วยยังตัดสินใจได้

Palliative Care ในโรคหัวใจระยะลุกลาม ไม่ใช่การหยุดรักษา แต่คือการรักษา 'ความเป็นมนุษย์' ของผู้ป่วยไว้อย่างสมบูรณ์ที่สุด

At Risk for Heart Failure

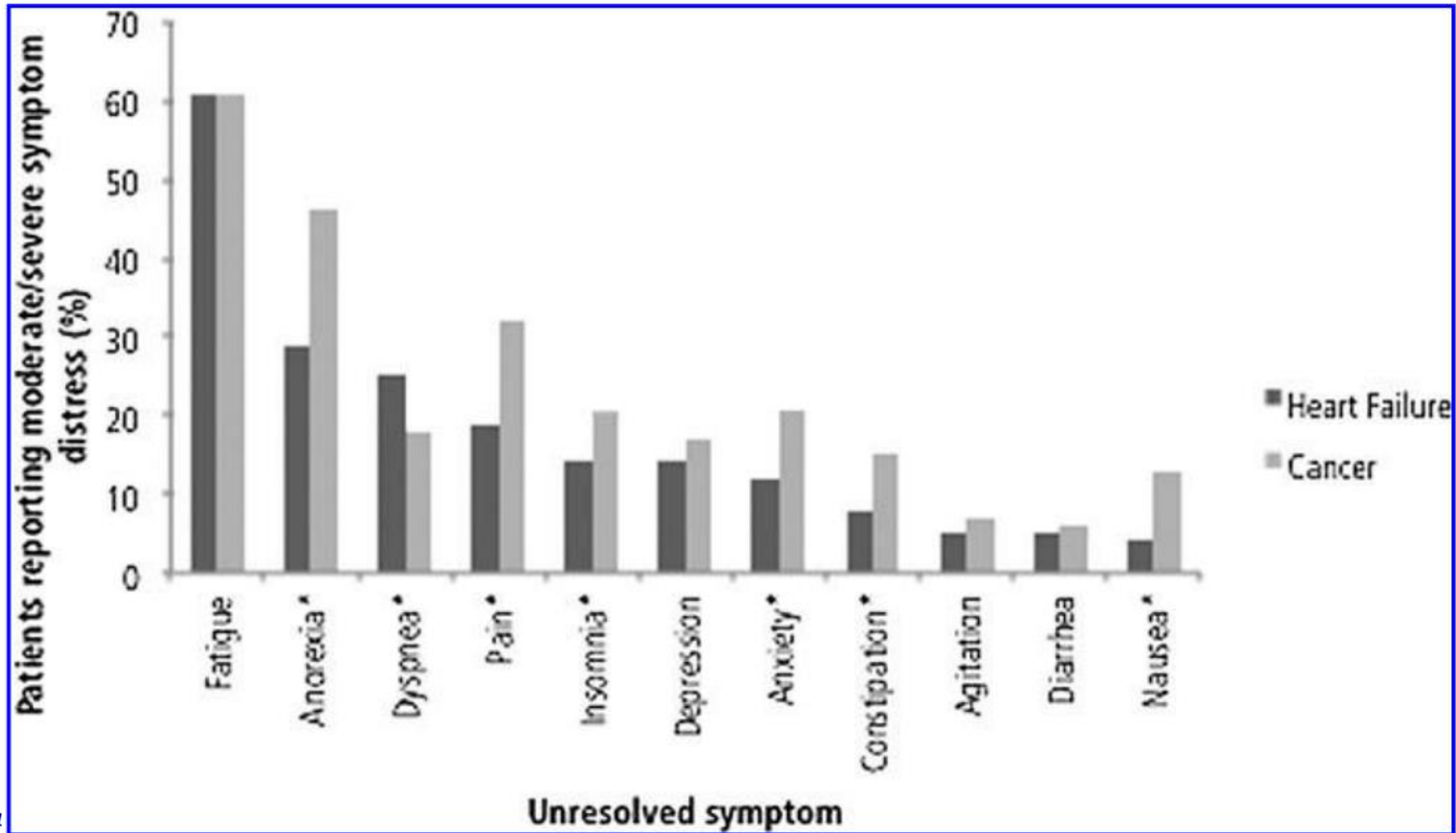
Heart Failure



The Spectrum of Suffering in Cancer and Cardiac Patients

Symptoms	Cancer %	Cardiac %
Pain	75	78
Breathlessness	40	61
Anorexia	75	43
Constipation	75	37
Nausea/vomiting	45	32
Convulsions/fits	45	59
Fungating lesions	10	-

Unresolved mod – severe symptoms



Concepts of Symptom Management in HF

- Holistic assessment
- Optimize cardiac drugs, balance with SE.
- Treat reversible causes
- Symptom management in untreatable causes.

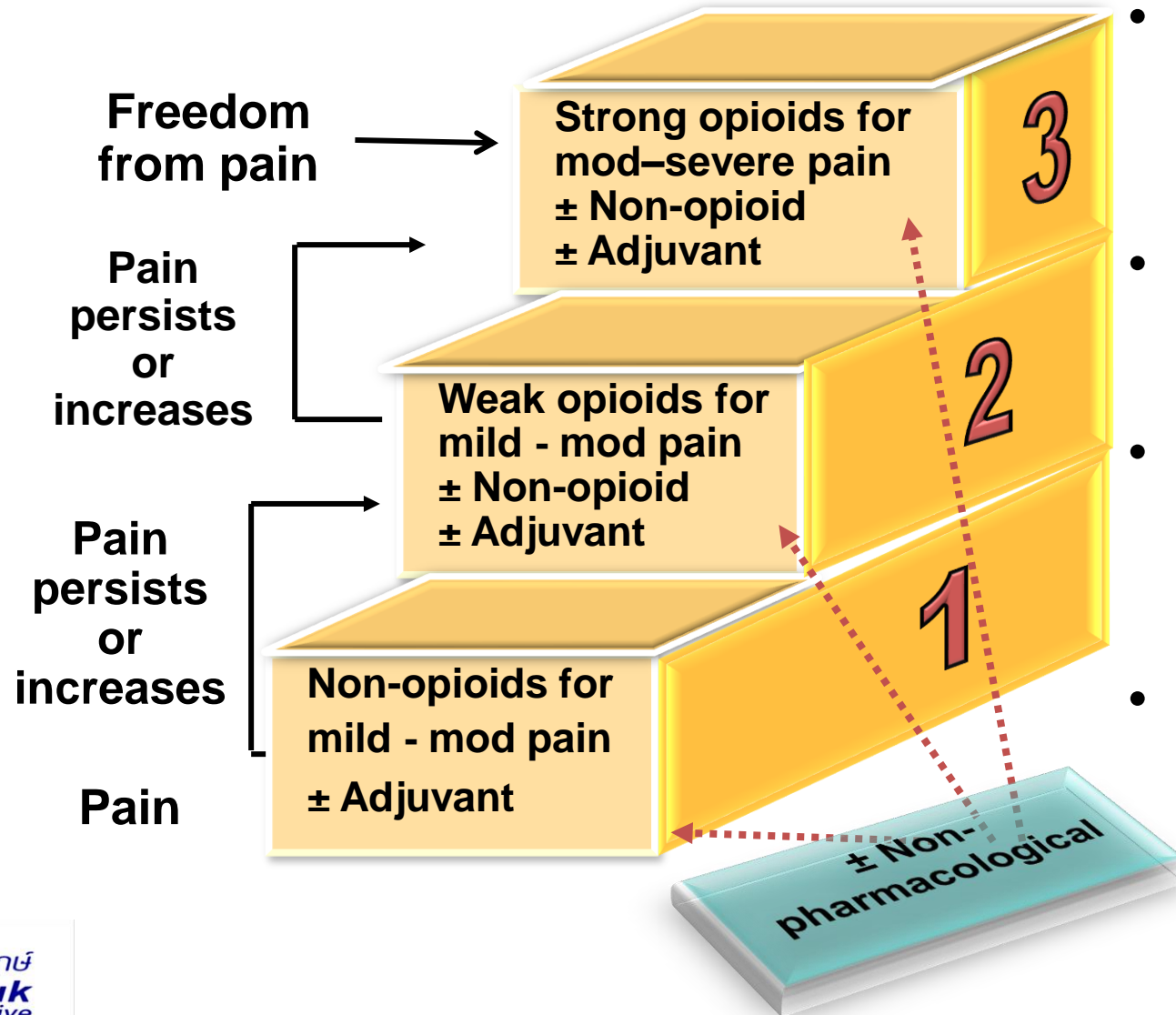
Optimize Cardiac Drugs

- ACE-I or ARB
- B-blocker
- Furosemide & spironolactone
- Maximize diuretics
- Resynchronization, ICD

Non-Cardiac Pain

- Common causes: musculoskeletal pain, dyspepsia, gout, peripheral vascular disease, tense ascites.
- Holistic approach
- Regular administration of analgesics, titrated to achieve control.
- WHO 3-step analgesic ladder.

WHO 3-Step Analgesic Ladder



- **Non-opioids:**
 - Acetaminophen
 - **NSAIDS**
 - **Avoided**
- **Weak opioids:**
 - Codeine
 - Tramadol
- **Strong opioids:**
 - Morphine
 - Fentanyl
 - Methadone
- **Adjuvants:**
 - Anticonvulsants
 - **Antidepressants**
 - **Avoided**
 - **Corticosteroids**
 - **Precaution**

Analgesics

1. Acetaminophen 500-1000 mg. q4-6h, not >4 gm/d

** All NSAIDs should be avoided in HF

→ Water retention

→ GI bleeding

→ Renal toxicity

2. Weak opioids

- Codeine: 30–60 mg q4h.

- Tramadol: 50-100 mg q6-8h.

3. Strong opioids

- Morphine

- Methadone

- Fentanyl

Cardiac Pain

- Acute ischemic cardiac pain → IV morphine.
- Intractable cardiac pain
 - Sustained-release morphine reduced angina and total pain burden, and increase in exercise capacity.

(Douglas CA, et al. Palliat Med 2004;18:740-1.)

- Acute ischemic cardiac pain episode (MON)
- Morphine
- Oxygen if O₂ sat<95
- nitrogreceline

Breathlessness

Pharmacological Management

- Humidified oxygen if O₂ sat<95
- Low dose morphine 2.5 mg q4-6h. Titrate to effects
Reduce dose in renal failure
Prescribe laxative
- Nebulised NSS +/- bronchodilators (2.5 mg sulbutamol/terbutaline 2.5 mg) PRN – QDS
- Sublingual lorazepam 0.5-1 mg PRN (max 4 mg/d) for anxiety. (second line agent - DZP 2 -5 mg BD.)

Drugs to Avoid if Possible in Symptom Control in HF

Drugs	Problem
NSAIDs	Salt & water retention with risk of HF decompensation
Steroids	Same as for NSAIDs
Drugs with significant anticholinergic effect: Tricyclic antidepressants	Pro-arrhythmic, avoid unless patient is in dying phase
Bulk forming laxatives	Risk of exacerbating constipation in patients on fluid restriction
General note: Be aware of potential of drug interactions with patients on warfarin	

Withdrawal of Medication

When the prognosis is few weeks:

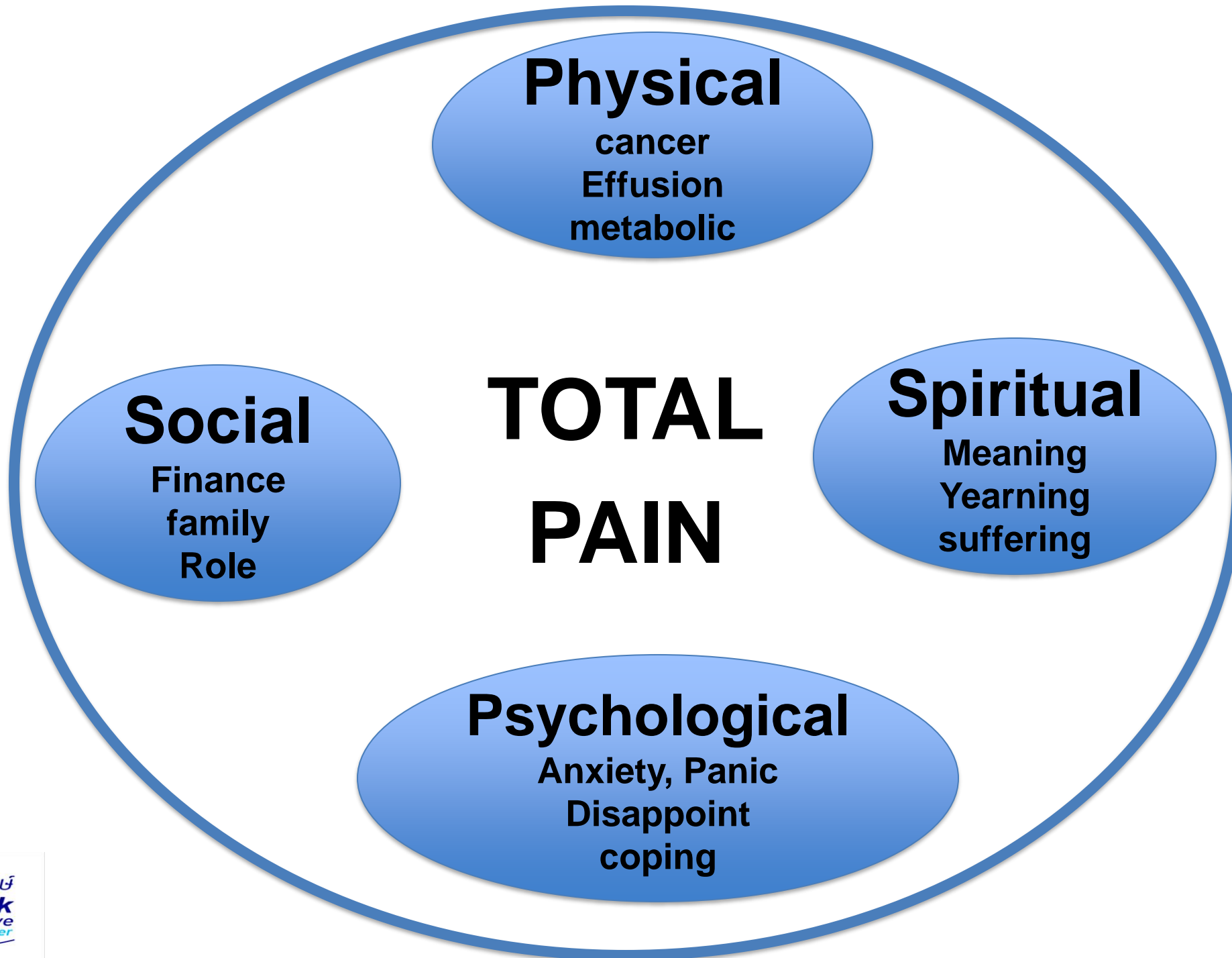
- Stop primary prophylactic drug: statin, aspirin
- Drug with intermediate effects:
 - B-blocker if no arrhythmia → reduce dose/stop - if BP low/poor kidney function consider if ACE-I/ARB should be stopped
 - If no angina → reduce/stop nitrates, anti-anginal drugs, especially if low BP
 - Stop warfarin

Medications to be Continued

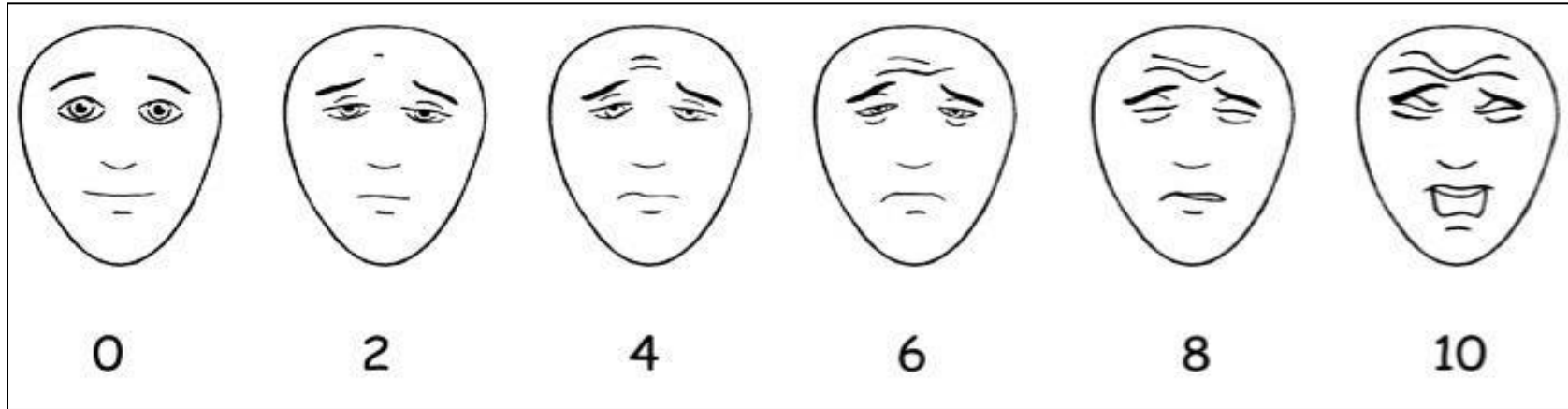
- Opioids for pain/dyspnea, switch from oral to SC
- Diuretics – furosemide should be continued → subcutaneous route PRN. or continuous infusion in 24h. (Not enough information on mixing furosemide inj with other drugs)
- Other symptomatic drugs: N/V, delirium.

Terminal Care Medical Planning Issues

- Place of care
- Discuss goal of care
- ACP and AD
- WH/WDLT:
 - Mechanical ventilation if respiratory failure?
 - Withdrawal of ventilator?
- Cardiac arrest → CPR?

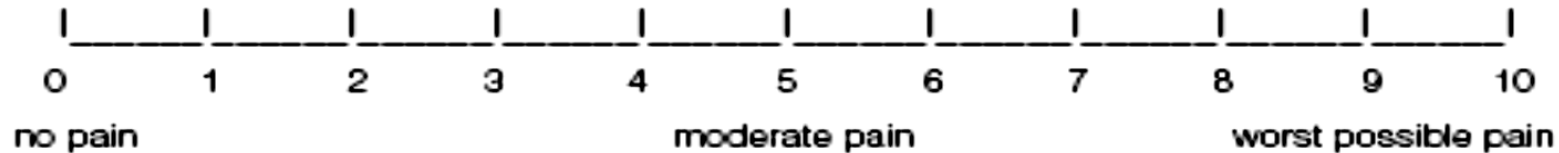


การวัดระดับความปวด



Number score

Ask the patient to show where their pain comes on the scale of 1 – 10



the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Table 2: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Items	0	1	2	SCORE
Breathing (Independent of vocalization)	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations.	
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low level of speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying.	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad, frightened, frown.	Facial grimacing.	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract or reassure.	
TOTAL				

Types of Pain

NOCICEPTIVE

Somatic

- ปวดเป็นพัก ๆ/
ตลอดเวลา
- ปวดตื้อ ๆ/จี๊ด
เหมือนมีดบาด
- บอกตำแหน่งได้
- เกิดจาก
tissue injuries

Visceral

- ปวดเป็นพัก ๆ/
ตลอดเวลา
- ปวดเสียด/บิด
- บอกตำแหน่ง
ได้ไม่ชัดเจน
- ตย gut obst.,
liver capsule
distension

NEUROPATHIC

เกิดจากการบาดเจ็บของ
เส้นประสาท e.g. diabetic
neuropathy, cancer

a) Neuralgic:

- ปวดเหมือนเข็มทิ่ม แสบร้อน
เหมือนถูกไฟช็อต
- ปวดตลอด/หรือเป็นพัก ๆ

b) Dysesthetic:

- hyperalgesia ปวดมากกว่าปกติ
- Allodynia ปวดเมื่อได้รับสิ่ง
กระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้ปวด

DN 4 criteria

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

คำถาม 1. ความปวดมีลักษณะต่อไปนี้หรือไม่ ?

	ใช่	ไม่ใช่
1. ปวดแสบร้อน		
2. ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง		
3. ปวดเหมือนถูกไฟช็อต		

คำถาม 2. ปวดพร้อมกับมีอาการต่อไปนี้ในบริเวณที่ปวดหรือไม่ ?

	ใช่	ไม่ใช่
4. ชูซ่าเหมือนเป็นเหน็บ		
5. แผลบปลาบคล้ายเข็มตำ		
6. ซาใจความรู้สึก		
7. คัน		

การตรวจร่างกาย

คำถาม 3. จากการตรวจร่างกายพบลักษณะต่อไปนี้ในบริเวณที่ปวดหรือไม่

	ใช่	ไม่ใช่
8. รับรู้เมื่อถูกสัมผัสได้น้อยกว่าปกติ		
9. รับรู้เมื่อถูกเข็มทิ่มตำได้น้อยกว่าปกติ		

คำถาม 4. ในบริเวณที่ปวด อาการปวดเกิดขึ้นหรือเพิ่มขึ้นโดย

	ใช่	ไม่ใช่
10. การลูบด้วยแปรงขน		

ใช่ = 1 คะแนน

ไม่ใช่ = 0 คะแนน

คะแนนรวม ____/10

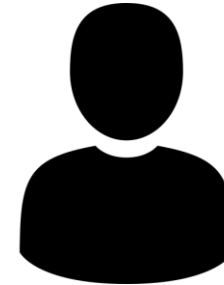
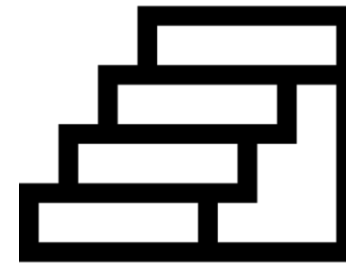
หากผู้ป่วยได้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป จัดเป็น neuropathic pain

Cancer Pain

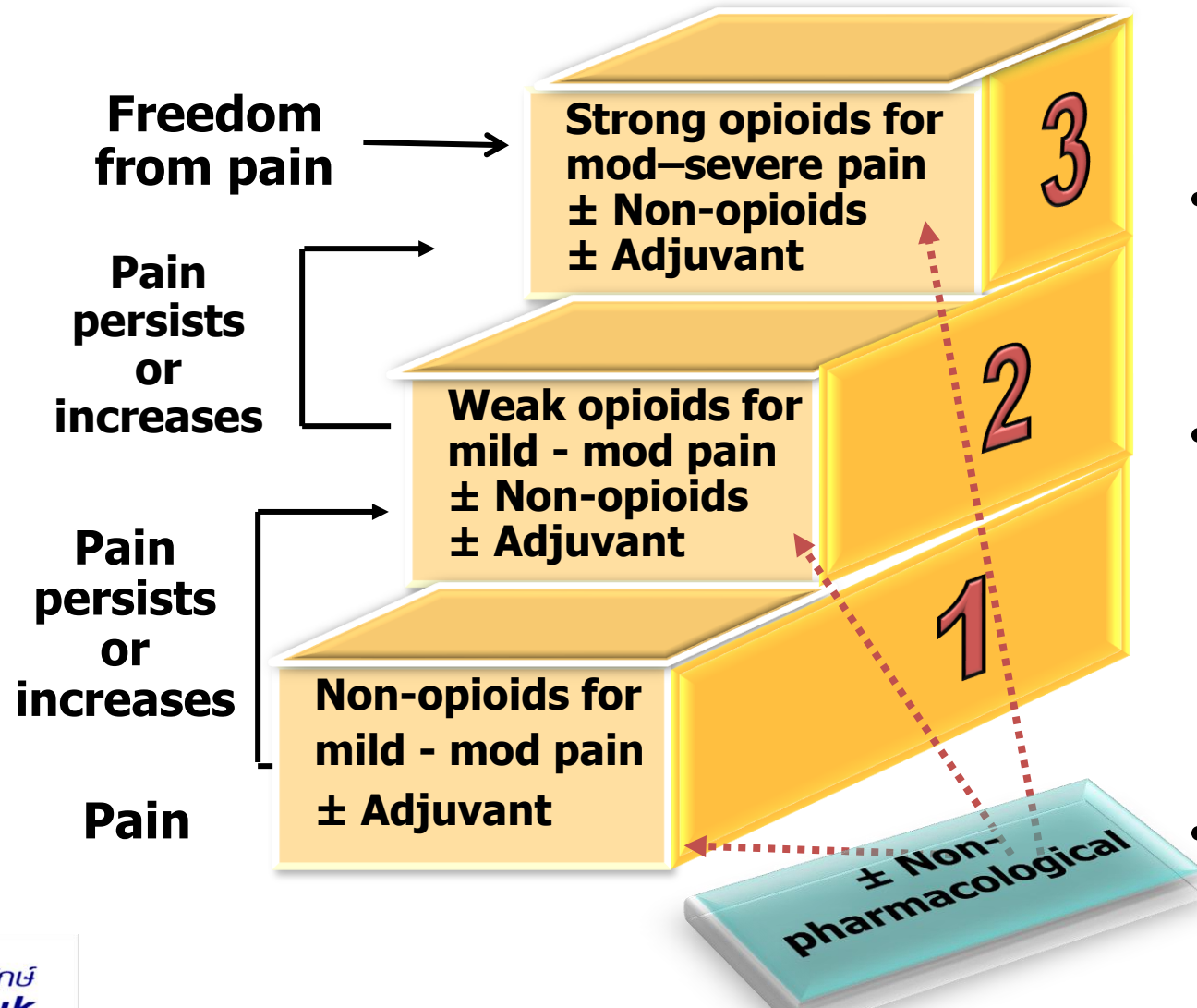
- **Background pain** ปวดพื้นฐาน มักเป็นอยู่ตลอดเวลา → ควบคุมโดยใช้ WHO guideline ให้ยาอย่างต่อเนื่อง
- **Episodic pain** ปวดเป็นครั้งคราว สาเหตุ:
 - **End-of-dose failure** ขนาดยาไม่เพียงพอ ทำให้ปวดก่อนถึงเวลาให้ยาครั้งต่อไป → เพิ่มขนาดยา
 - **Breakthrough pain** ปวดขึ้นอย่างเฉียบพลัน
→ ให้ยาระงับปวดฤทธิ์สั้นแบบ prn.
 - **Incident pain** ปวดเฉียบพลันที่มีสิ่งกระตุ้น เช่น การขยับตัวใน bone metastasis การทำแผล
→ ให้ยาระงับปวดฤทธิ์สั้นป้องกันไว้ก่อน

WHO 5 principle for use analgesia in cancer pain therapy

- By the clock
- By the mouth
- By the ladder
- For the individual
- Attention to detail



WHO 3-Step Analgesic Ladder



- **Non-opioids:**
 - Acetaminophen
 - NSAIDs
- **Weak opioids:**
 - Codeine
 - Tramadol
- **Strong opioids:**
 - Morphine
 - Fentanyl
 - Methadone
 - Oxycodone
- **Adjuvants:**
 - Anticonvulsants
 - Antidepressants
 - Corticosteroids

Don't use strong opioid with weak opioid

Weak Opioids

- **Codeine:** Derivative of morphine
Potency 1/10 of morphine
Dosage: 30–60 mg q 4 h.
- **Tramadol:** μ agonist
Serotonin & NE reuptake inhibitor
Potency 1/20 – 1/5 of morphine
Adverse effect: N/V, constipation
Less respiratory depression
Dosage: 50-100 mg q 6-8 h.

Strong Opioids

- **Morphine:** Full μ agonist
Standard opioids which others are compared
Metabolized by hepatic conjugation
 - MO-3-glucuronide \rightarrow neurotoxic symptoms
 - MO-6-glucuronide \rightarrow analgesic activity
- Methadone
- Oxycodone
- Pethidine **X** ไม่ควรใช้ต่อเนื่องระยะยาว
- **Fentanyl:** μ agonist
Potency 100 X of morphine
Rapid onset, short duration of action

Morphine

Preparations & administration:

- ยาฤทธิ์สั้น (immediate-released) ฤทธิ์ 4 ชม.

MO syrup (2mg/ml)

Immediate released tablet 10 mg (MO-IR)

- ยาฤทธิ์ยาว (slow-released):

MST (10, 30, 60, 100 mg/tab) q 8-12 hr.

Kapanol (20, 50, 100 mg/cap) q 12-24 hr.

- IV injection (10mg/ml)



Slow release ห้ามหัก, บด

Morphine

- ผู้ป่วยแต่ละรายต้องการยาขนาดแตกต่างกัน ขึ้นกับความรุนแรงของความปวดและการตอบสนองต่อยา
- ขนาดยาไม่มีเพดานสูงสุด เพิ่มได้จนกว่าจะหายปวด
- Conversion PO:IV = 3:1
- Severe hepatic impairment –ลดความถี่ (ทุก 6-8 ชม.)
- Renal impairment ควรหลีกเลี่ยงหรือลดขนาดยา

GFR (mL/min)	Morphine	Hydromorphone or Hydrocodone	Oxycodone	Methadone	Fentanyl
>50	100*	50 to 100*	100*	100*	100*
10-50	50 to 75*	50*	50*	100*	75 to 100*
<10	25 to 50*	25*	<i>Do not use</i>	50 to 75*	50*

GFR = glomerular filtration rate. * = % of normal dose. Codeine, meperidine, and propoxyphene are not recommended for use.

Practical point of morphine

- Usual starting dose for severe background pain is 30mg/day
- 50% dose reduction for
 - liver impairment, renal impairment, frailty, moderate pain, dyspnea
- 75% dose reduction for
 - ESRD
- ถ้าอาการไม่ดีขึ้น อาจปรับยาขึ้น 30-100% หรือปรับยาเพิ่มเท่ากับ MO ที่ได้ใน 24h ที่ผ่านมา (background + prn)
- Prn dose = 24-hour dose ÷ 6

Fentanyl

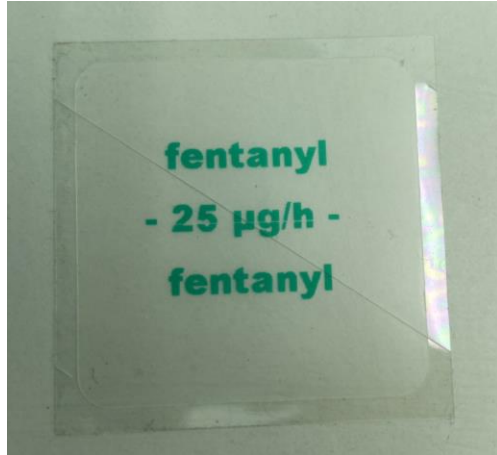
- ฤทธิ์สั้น มักใช้ในการทำหัตถการ
- ใช้ระงับปวดหลังผ่าตัด
- ข้อดีในผู้ป่วยไตวาย
- ขนาดในผู้ใหญ่: 0.05-0.1 mg IV prn ทุก 1 ชม.
เด็ก 2-12 ปี: 2-3 mcg/kg.

Fentanyl pitfall

- Fentanyl 25 mcg iv q 4 hr
- Fentanyl duration is around 0.5-1 hr
- Should start fentanyl (10mcg/1ml) iv/sc 2-5 ml/hr and fentanyl 25 or 50 mcg iv/sc prn q 1 hr

Transdermal Opioids

Fentanyl TTS



ใช้ใน

- ผู้ป่วยที่คุมความปวดได้ดีแล้ว
- ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ได้

- เริ่มด้วยขนาด 12.5-25 mcg/hr → ประเมินหลัง 48-72 ชม.
- ออกฤทธิ์ช้า → ต้องให้ยาระงับปวด 12-24 ชม. หลังปิดยา
- Transdermal patch 25 ug/ hr
= ~60mg oral/24 hr
= ~20mg subcut/24 hr
- เมื่อเปลี่ยน fentanyl TD → MO ใน 24 ชม.แรกควรให้ขนาดครึ่งเดียวก่อน

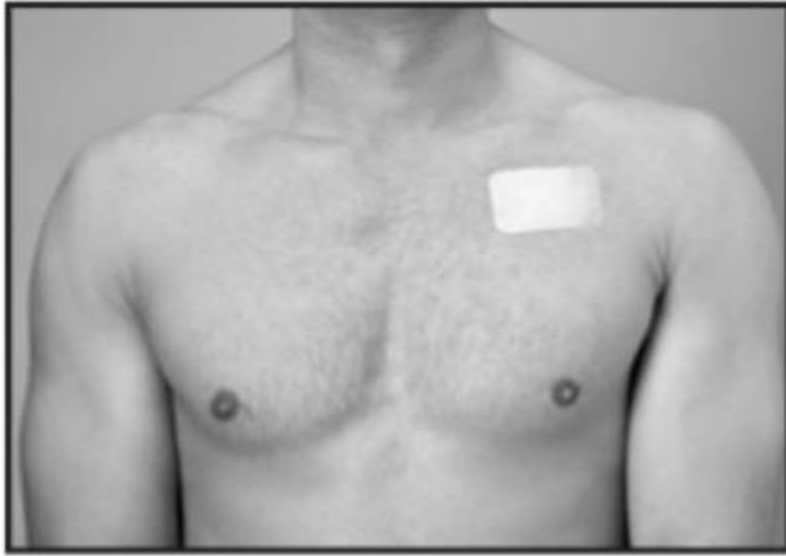


Figure 1



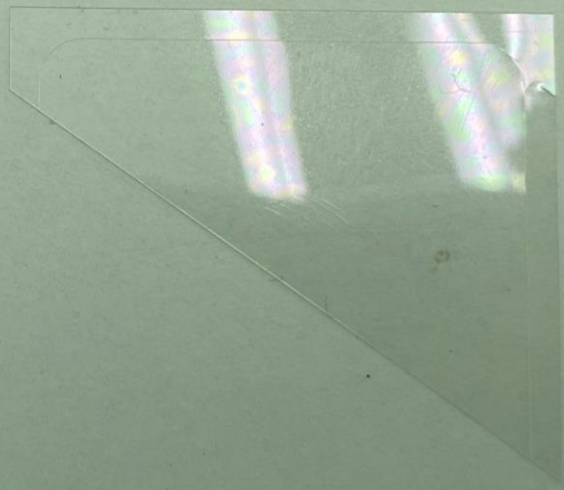
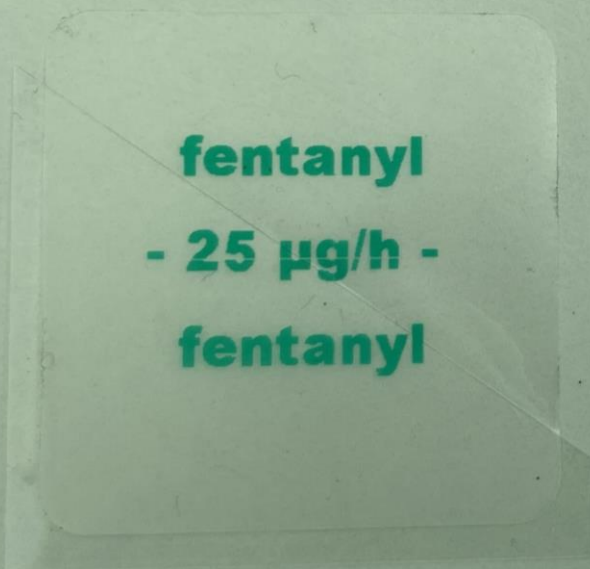
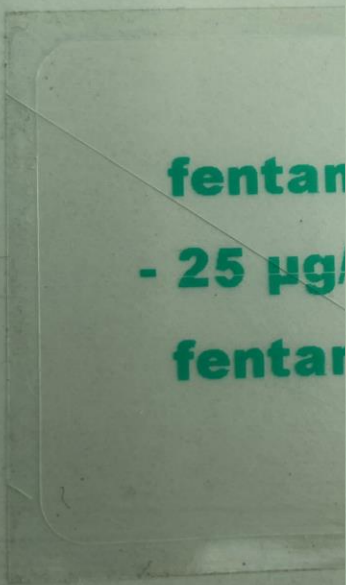
Figure 2

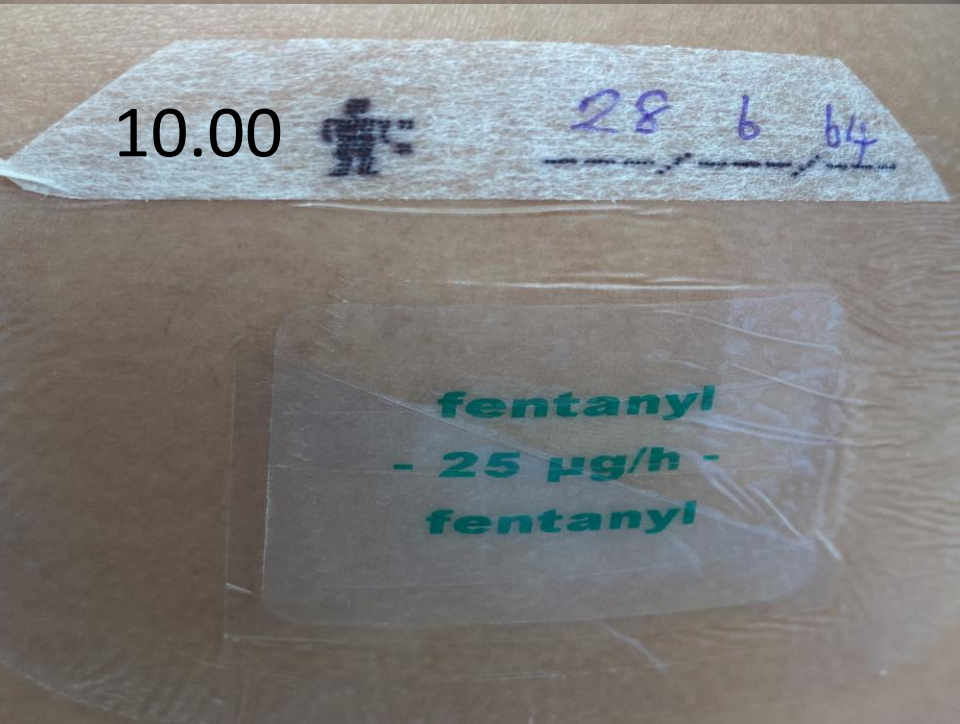
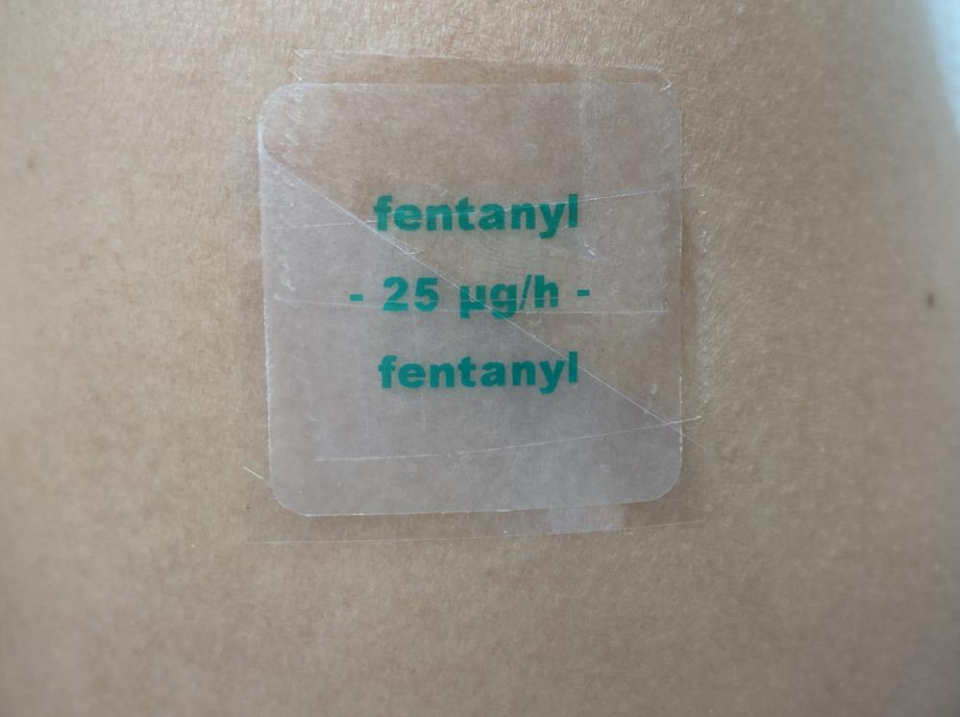


Figure 3





Figure 4





Transdermal Opioids

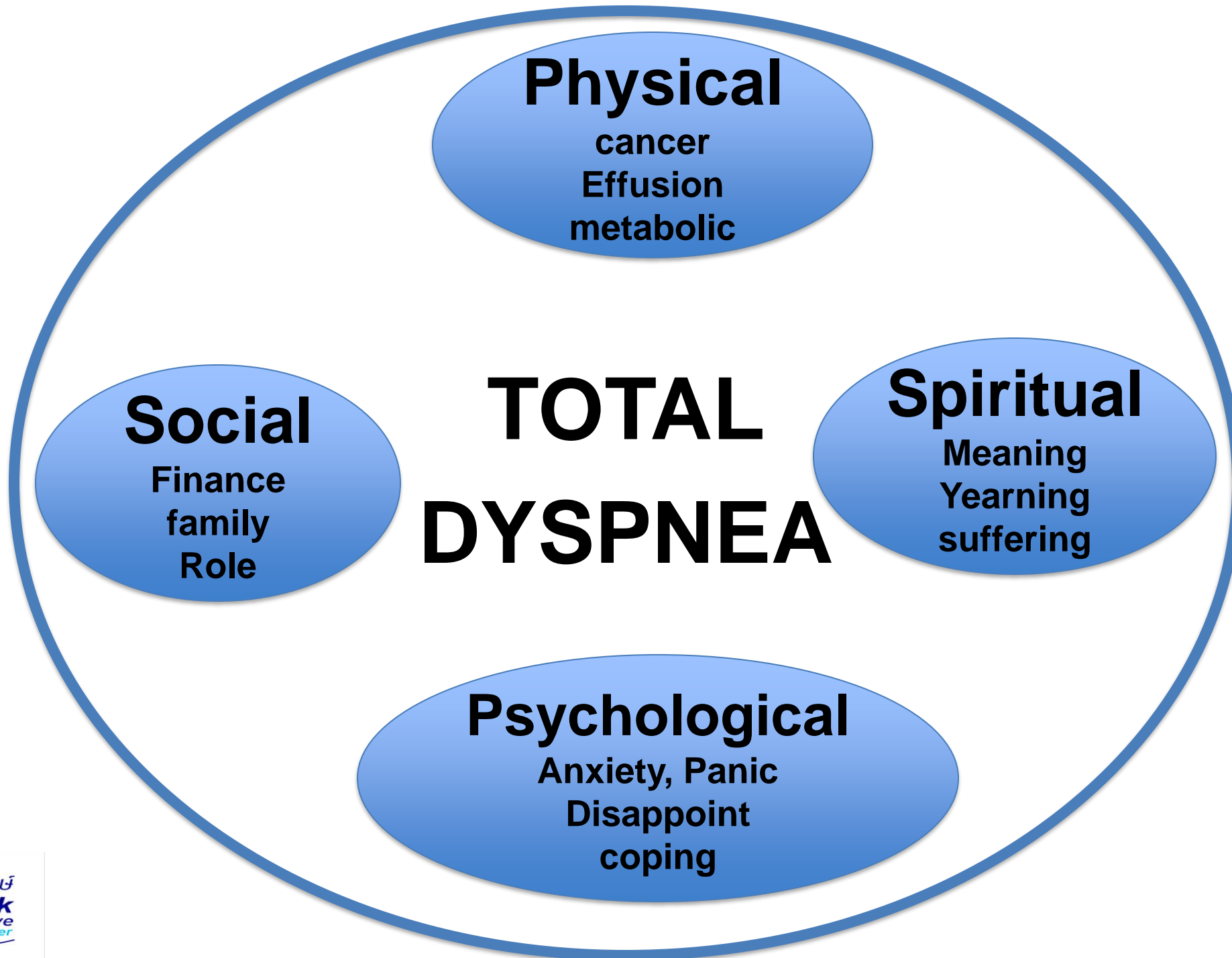
- Advantage 
 - Renal impairment
 - Liver impairment
 - Steady concentration
 - Unswallow patient
- disadvantage 
 - Late onset
 - Complicate when need rotation
 - compliance
 - Adhesive problem
 - Need subcutaneous fat to absorb
 - Need skin preparation
 - Difficult titration
 - Absorption relate with temperature

Pitfall



Pitfall

- Cut
- Site
- Adhesive
- Removal
- Opioid rotation
- Cachexic patient
- Skin preparation problem



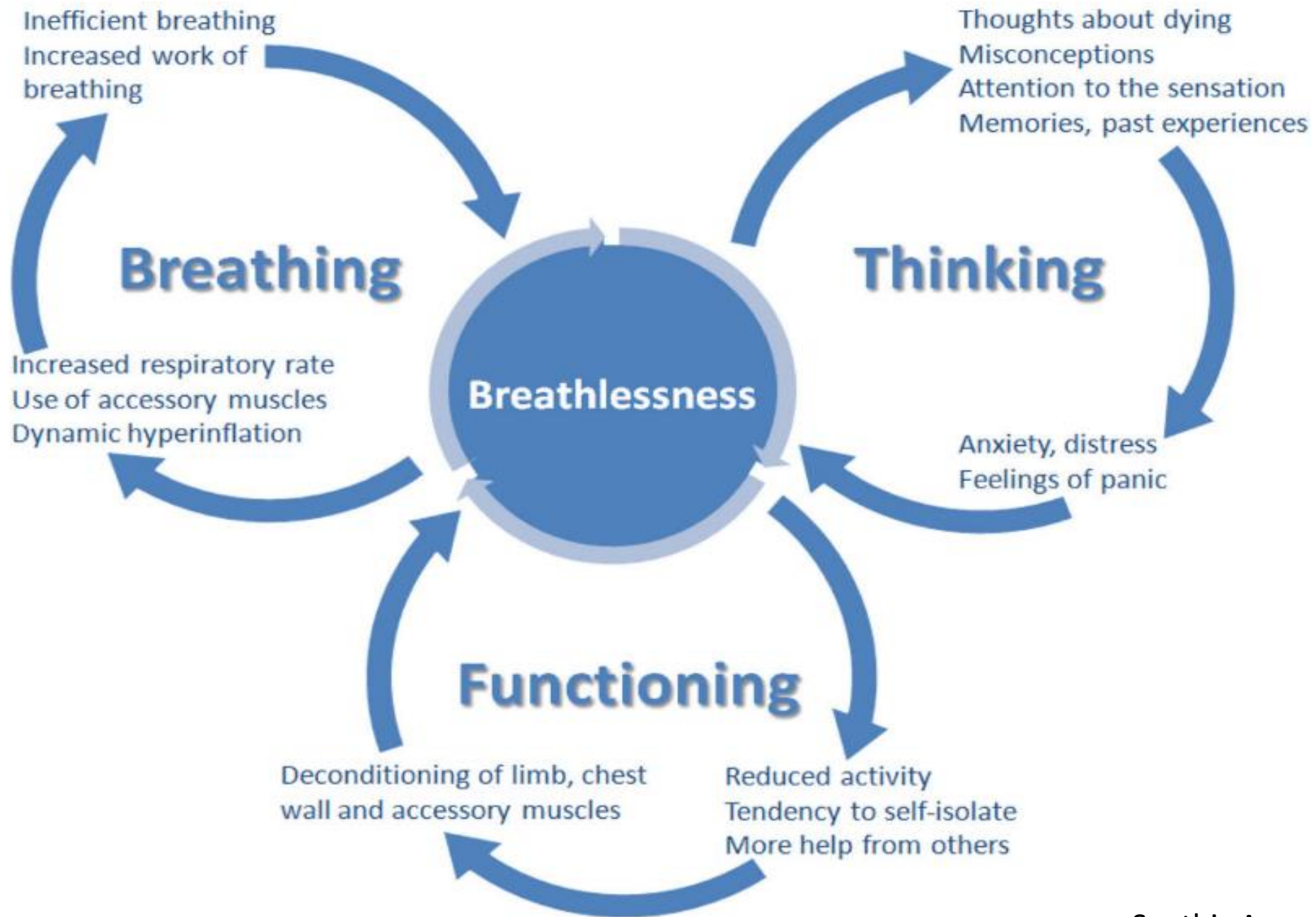


Fig. 1 The Breathing, Thinking, Functioning clinical model

Spathis A

Symptom control

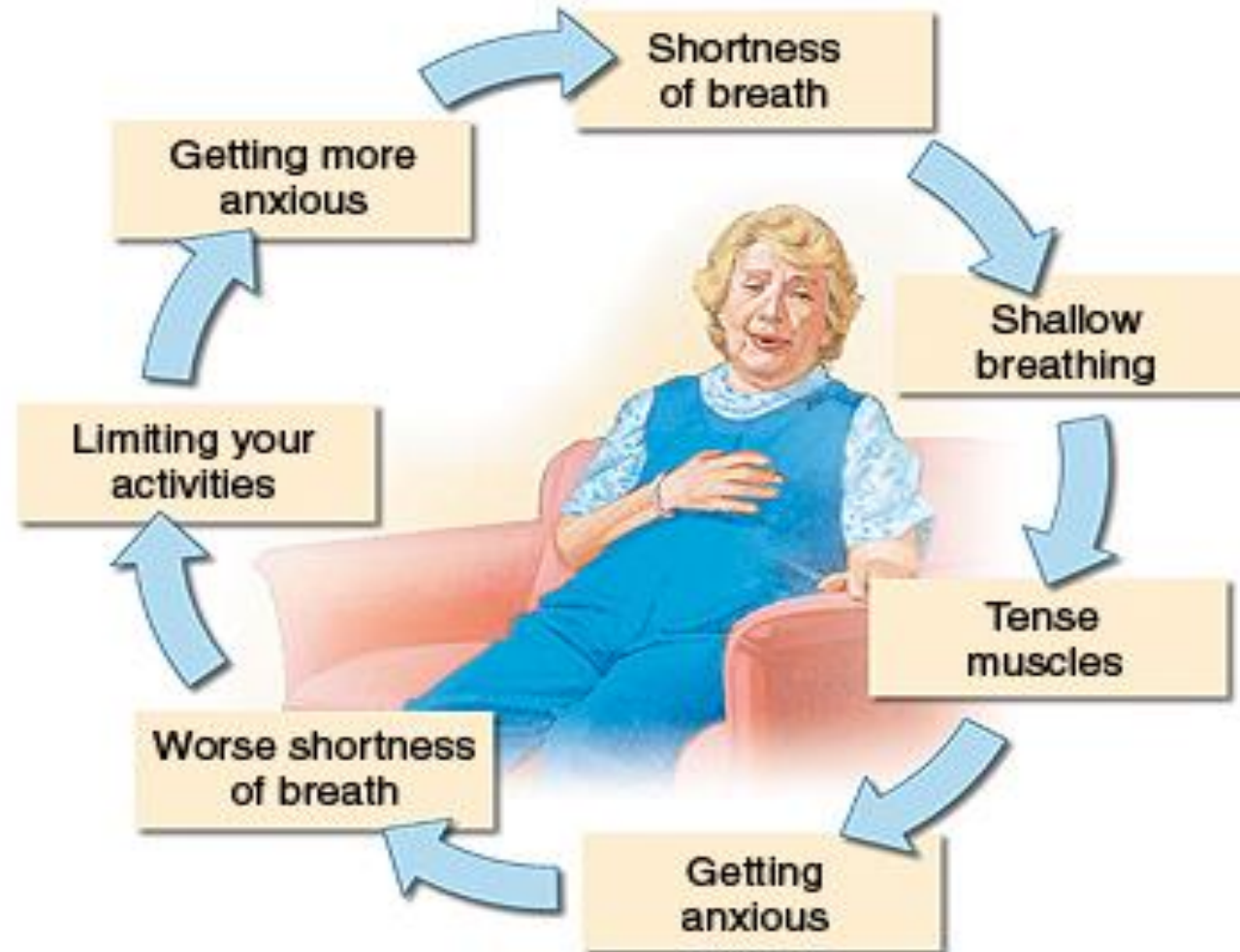
Pharmacological

- Opioids
- Benzodiazepines
- Corticosteroids
- Bronchodilators
- Mucolytics or NSS nebulizer

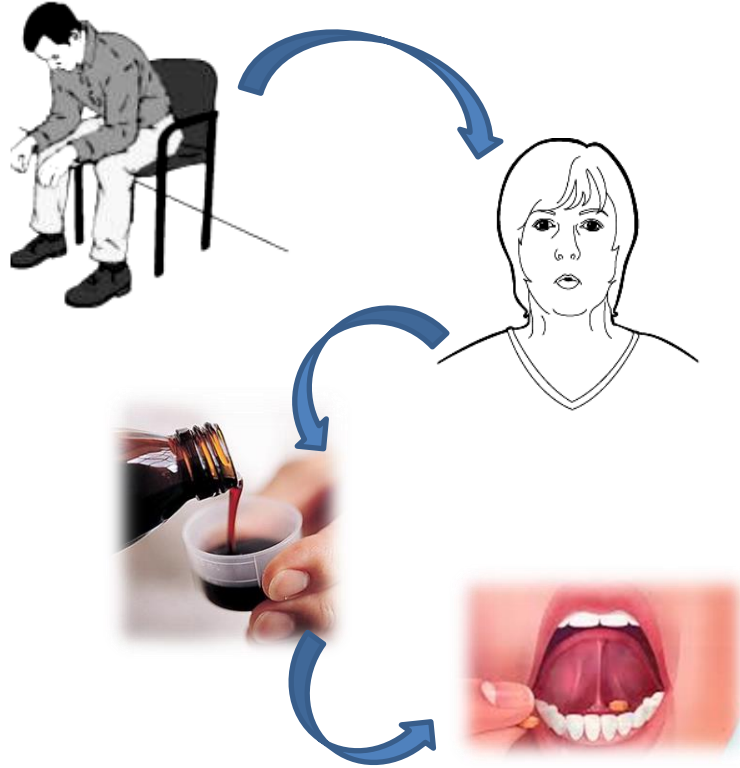
Non – pharmacological

- Positioning
- Exercise
- Relaxation technique: Breathing retraining, Distraction, Guided imagery, Meditation
- Coping strategies : anxiety & panic
- Ambient Airflow: hand held fan, environment
- managing daily activities
- Patient and family education & follow up

Dyspnea Attack



Management of Dyspnea Attack



- Calm down
- Rest on a chair, elbows on thighs
- “Purse lip breathing”
- If not improved take morphine syrup 2 cc. Takes 20-30 min before action.
- Lorazepam (0.5) SL rapid onset.

Purse lips breathing

- Relax your neck and shoulder muscles
- Breathe in slowly through your nose for 2-3 seconds. Keep your mouth closed.
- Pucker your lips, as if you were going to whistle or blow out a candle.
- Breathe out slowly through your lips for 5 seconds or breathe out as long as breathe in.



Opioids for Breathlessness

- Opioids ช่วยลด ventilatory response ต่อ hypercapnia, hypoxia, และ exercise
→ ลด respiratory effort และอาการหายใจลำบาก
- Opioids ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในขณะที่ไม่มีกิจกรรม(dyspnea at rest)
- ในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากเวลาทำกิจกรรม (dyspnea on exertion) ให้ใช้ non-pharmacological management
- ใช้ opioids ขนาดน้อย ไม่มีผลลดการหายใจ

Morphine for Breathlessness

Actions: ↓ perception of dyspnea, anxiety & pain

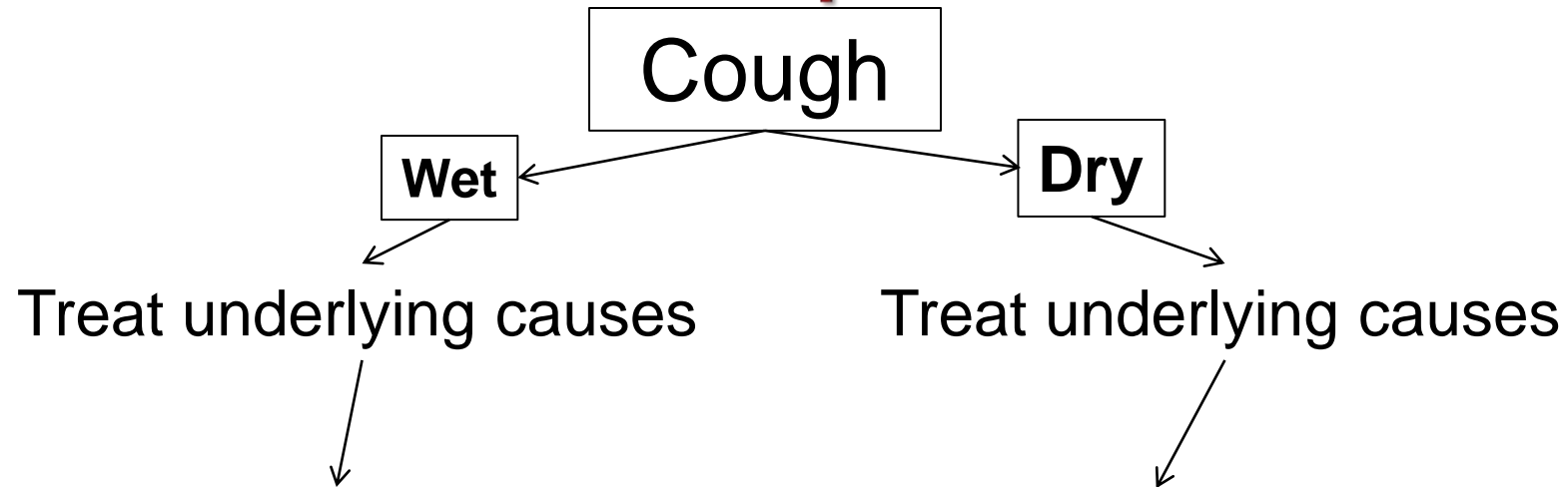
- ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ MO มาก่อน:
 - เริ่มด้วย 2.5-5 mg q4-6h PO PRN ปรึบยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย
 - ถ้าใช้ ≥ 2 ครั้ง/วัน \rightarrow regular long-acting MO
- ผู้ป่วยที่ใช้ MO จัดการความปวดอยู่แล้ว:
 - เพิ่ม MO ที่ใช้อยู่ขึ้นอีก 30%
- การ titrate และให้ prn เหมือนการจัดการความปวด

Benzodiazepines

Actions: Decrease anxiety, act as muscle relaxants, reduce anxiety and panic attacks

Drug	Dose	Comments
Diazepam	2 -5mg PO up to TDS	Long acting ($T_2 = 20-100h$)
Lorazepam	0.5 - 1mg SL/PO q 8h PRN	Shorter acting ($T_2 = 12-15h$) Fast onset of action
Midazolam	2.5 mg SC q 4h	Short acting ($T_2 = 2-5h$) For intractable breathlessness

Management of Cough in Palliative patients



Encourage expectoration

- Physiotherapy
- Steam inhalation
- Menthol, eucalyptus
- Nebulized saline
- Mucolytics

Suppress cough

- Demulcents(glycerine, pectin)
- Weak or derivative opioids
- Strong opioids
- Nebulized local anaesthetics
- Baclofen

Don't prescribe weak opioids with strong opioids

Management of N/V

- รักษาสาเหตุที่รักษาได้ (treat the cause if possible)
 - ไอมีเสมหะ : ยาบรรเทาอาการไอ
 - ท้องผูก: ให้ยาระบาย ส่วนถ่าย ล้วงควักออก
 - IICP: ให้ steroid
 - Anxiety: ให้การดูแลทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา
 - Gastric irritation drugs พิจารณาหยุดหรือเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงกัน
- รักษาอาการ (treat the symptom) ดูแลทำให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

Medication for Nausea & Vomiting

Chemo. trigger zone:

→ Drug: mo, digoxin, CMT, RT
Hypo Na, K, hyper Ca, liver & renal failure, infection

Upper GI tract & throat:

→ Bowel obst., constipation, RT, abd. distention (ascites), gastric stasis & irritation

Serotonin receptor
→ **Ondansetron**
Prokinetic/dopamine
→ **Metoclopramide, haloperidol**

Metoclopramide
corticosteroids
Octreotide, Buscopan

Cortex:

Stress, anxiety, sight
smell, tastes, IICP

Benzodiazepines
Dexamethasone

Vomiting Center

Vestibular app:

Motion, migrain, vertigo

Dimenhydrinate
Promethazine

Upper GI tract

Diaphragm & Abdominal muscle

Mannix, 2010

Antiemetics


Medication Class	Drugs
Dopamine Antagonists	<ul style="list-style-type: none"> metoclopramide 10-20mg po/iv/sc/pr q4-8h haloperidol 0.5-1 mg po/sc/iv q6-12h domperidone 10 mg po q4-8h
Prokinetic	<ul style="list-style-type: none"> metoclopramide 10-20 mg po/sc/pr q4-8h domperidone 10 mg po q4-8h
Serotonin Antagonists	<ul style="list-style-type: none"> ondansetron 4-8 mg bid-tid po/sc/iv granisetron 0.5–1 mg po/sc/iv OD - bid
H1 Antagonists	<ul style="list-style-type: none"> dimenhydrinate 25-100 mg po/iv/pr q4-8h promethazine 25 mg po/iv q4-6h
Miscellaneous	<ul style="list-style-type: none"> dexamethasone 2-4 mg po/sc/iv OD-qid lorazepam 0.5 - 1 mg po/sl/iv q4-12h

Constipation



THE BRISTOL STOOL FORM SCALE (for children)

choose your POO!

type 1		looks like: rabbit droppings Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
type 2		looks like: bunch of grapes Sausage-shaped but lumpy
type 3		looks like: corn on cob Like a sausage but with cracks on its surface
type 4		looks like: sausage Like a sausage or snake, smooth and soft
type 5		looks like: chicken nuggets Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
type 6		looks like: porridge Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
type 7		looks like: gravy Watery, no solid pieces ENTIRELY LIQUID

constipation

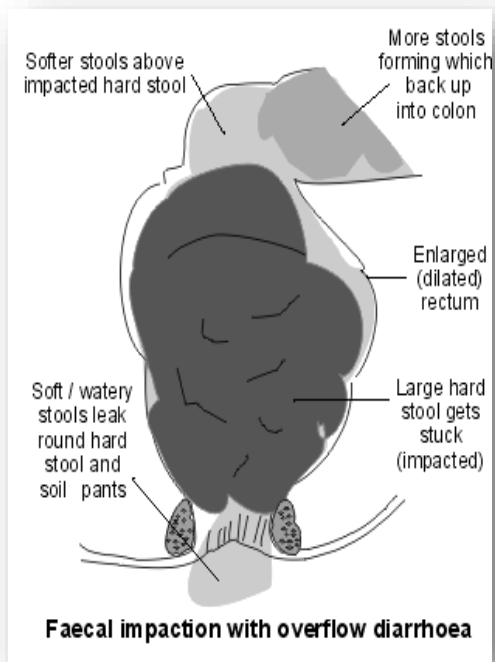
normal

diarrhea

Constipation

- แบบแผนการขับถ่ายผิดปกติไปจากแผนเดิม
- ไม่ถ่ายอย่างน้อย 3 ครั้ง/week
- ถ่ายด้วยความยากลำบาก ต้องออกแรงเบ่งมาก

- ผู้ป่วยมักจะถูกกละเลยจากแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาภาวะนี้ *



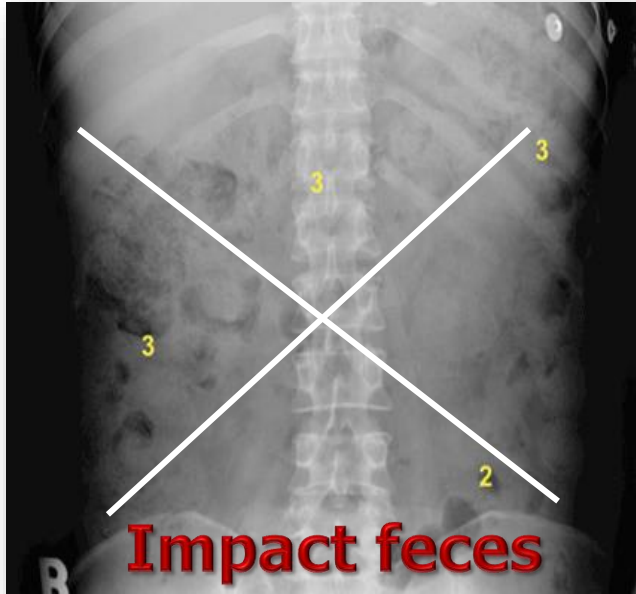
- ผู้ป่วยที่มีถ่ายเหลว กระปริดกระปรอย ต้องระวังอาจเป็น overflow diarrhea ซึ่งเกิดจาก stool impaction
- **PR** → อุจจาระแข็ง → stool softeners
 → อุจจาระนิ่ม → senna, bisacodyl
 → Empty rectum → plain film abdomen
 R/O high impaction/gut obst. รักษาตามการวินิจฉัย
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยา/spinal cord injury → suppository or enema

Investigation

- **Supine & upright abdominal film**



Constipation Score



- 0 = No feces
- 1 = Stool occupy <50% of lumen
- 2 = Stool occupy >50% of lumen
- 3 = Stool completely occupy the lumen

Constipation Score >7 → aggressive treatment

Evacuate ถ้ามี impact feces

ให้ metoclopramide ทำ abdominal massage

SSE, Unison enema

Laxative + stool softener

Management of Impact Stool

- ให้ prokinetic drug : Plasil 40 mg/day 1x4 oral/IV/sc เพื่อเพิ่ม peristalsis
- ก่อนล้างอุจจาระ → ควรให้ยา Fentanyl SL และ/หรือ benzodiazepine เพื่อลด physical & emotional pain
- สวนด้วย Unison edema /SSE และสวนซ้ำ จนกว่าอุจจาระจะออกหมด (ประมาณ 2-3วัน)
- Manual evacuation
- ปรับเพิ่มขนาดยา laxative ทุกวัน

Drugs Used in Constipation

- **Stimulants**

 - Senna (Senokot)

 - Bisacodyl (Dulcolax)

 - Castor oil

- **Softeners**

 - Lactulose

 - Magnesium salts

- **Suppositories & enemas**

 - Glycerin / bisacodyl

 - Unison enema, SSE

- **Fibre***

 - psyllium (Metamucil)

- *หลีกเลี่ยงการใช้ fibre laxatives ในผู้ป่วย palliative care*

- **Lubricant**

 - Mineral oil

 - Castor oil

Bowel Obstruction

Cardinal signs

Nausea, vomiting

Abdominal pain

Abdominal discomfort

Constipation, obstipation

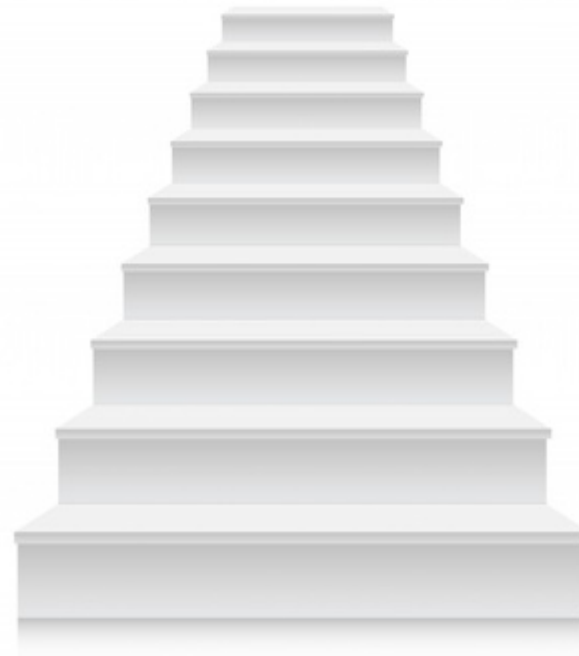
Clinical Feature of Bowel Obstruction

- Partial gut obstruction- ปวดแน่นท้อง มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน ไม่ถ่าย แต่ยังสามารถถ่ายได้
- Complete gut obstruction- ปวดบิดในท้อง (colicky pain) ไม่ถ่าย ไม่ถ่ายลม ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ฟัง bowel sound ไม่ได้

Film abdomen supine



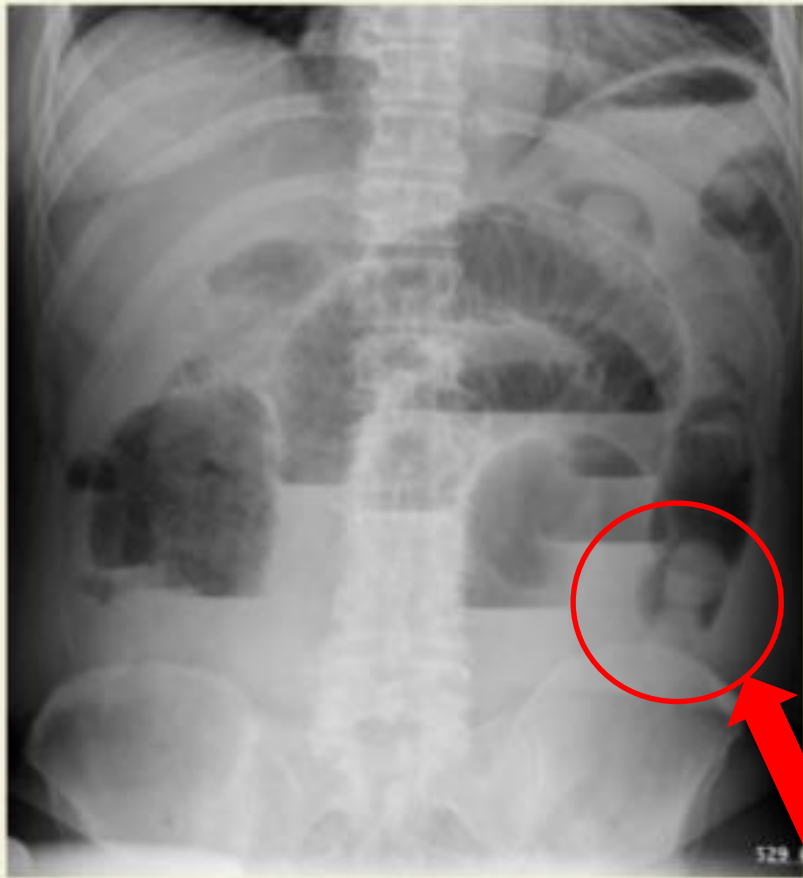
Film abdomen supine



Film abdomen upright



Film abdomen upright



Difference height in same loop

Candy cane

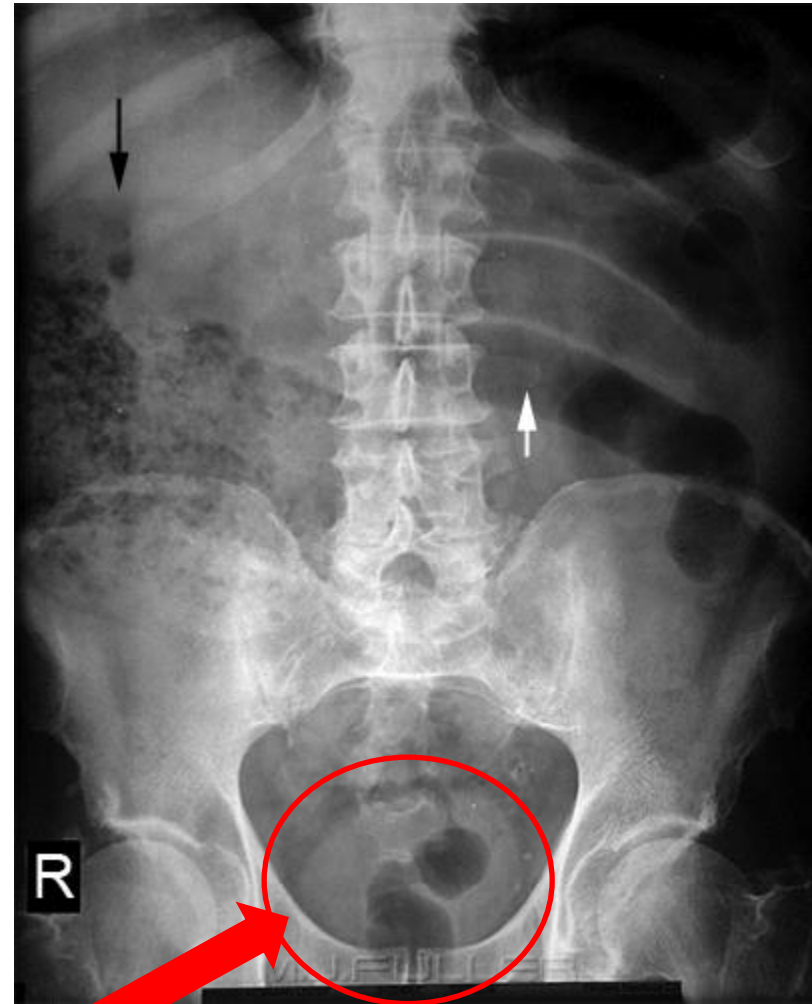


Impact feces

Intestinal Obstruction



Complete gut obstruction



Air in rectum

partial gut obstruction

Management of Malignant Bowel Obstruction

- Surgical options
 - Resection
 - Stoma
 - Stent (Self-expandable metal stents SEMS as an alternative or adjunct to surgery)
- Laser ablation

Poor Prognosis for Surgery

- มี intestinal motility จาก diffused carcinomatosis
- อายุมากกว่า 65 ปี โดยเฉพาะถ้ามี cachexia ร่วมด้วย
- มี ascites ที่ต้องเจาะบ่อยๆ
- Advance cachexia
- เคยฉายแสงบริเวณช่องท้อง/ช่องเชิงกรานมาก่อน
- มี distant metastases, pleural effusion, pulm mets
- การอุดกั้นเป็นหลายตำแหน่ง
- Poor performance status

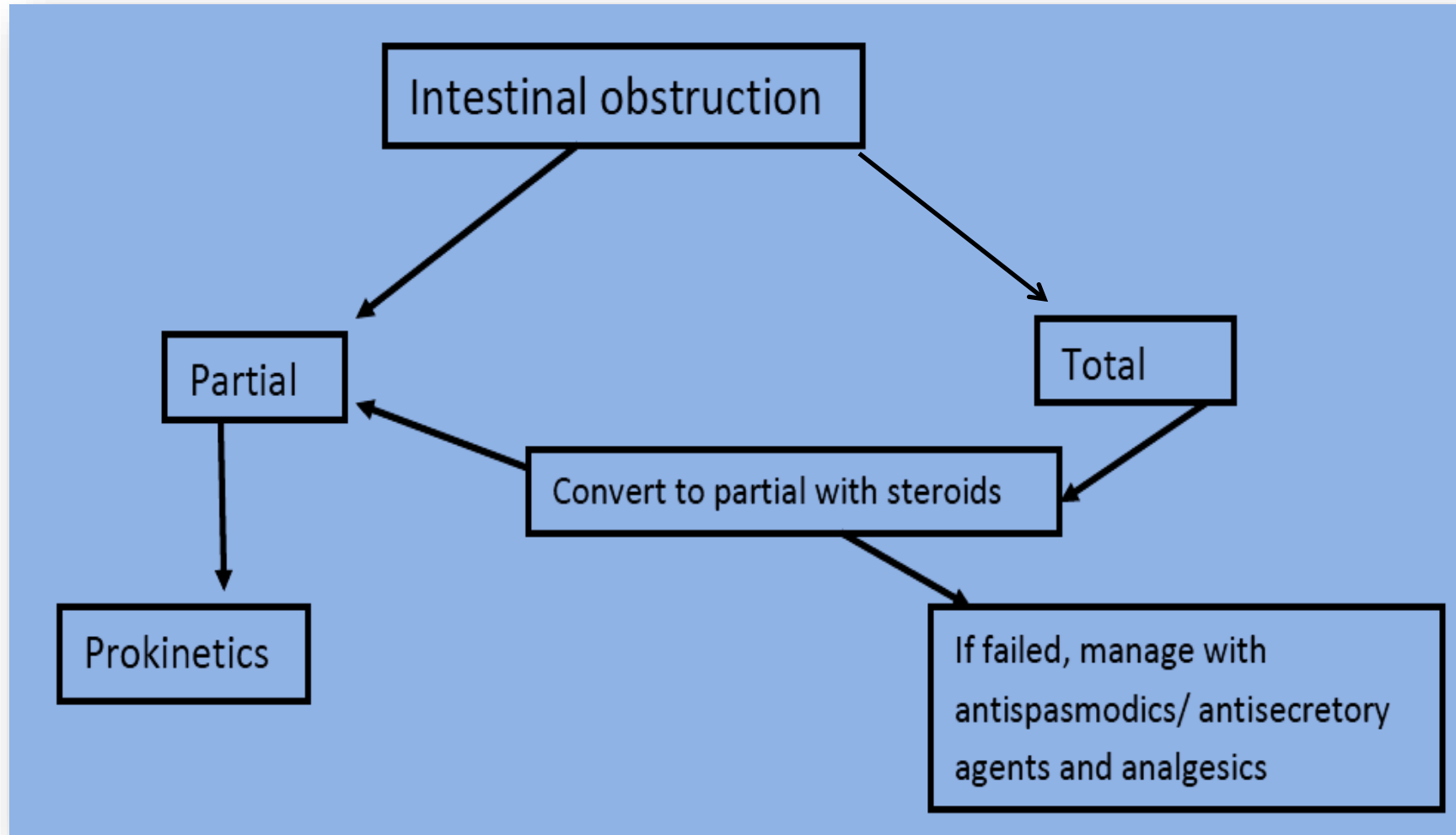
Inoperable Intestinal Obstruction

- Hydration
 - Intravenous
 - Subcutaneous (preferred)
- Prokinetics : Metoclopramide
- Analgesics : Morphine, fentanyl
- Anti-emetics: Haloperidol
- Anti-secretary agents : Buscopan
Octreotide

Drugs Helpful in GI Obstruction

- **Metoclopramide** 40 -120 mg SC over 24hrs
- **Hyoscine butylbromide (Buscopan)** 60-120 mg SC over 24 hrs in the case of total obstruction (Colic)
- **Haloperidol** 5 -10 mg SC over 24 hrs if nausea is a significant symptom
- **Dexamethasone** 8-16 mg IV/SC for recent total obstruction
- **Octreotide** 300 -600 mcg SC over 24 hrs to control frequent large volume vomits
- **Ranitidine** 200-600 mcg/day for reduce GI secretion

Medical Management of Inoperable GI Obstruction



Corticosteroids in Malignant Bowel Obstruction

Cochrane Review 2008

- Dexamethasone 6-16 mg IV/SC may bring about resolution of obstruction
- Incidence of side effects is extremely low
- No impact on length of survival

Communication

- Breaking bad news(tell the truth)
- Collusion
- Withdraw life support in the ICU

SPIKES Protocol: Delivery Bad News

- **S – Setting up** เตรียมตัว
- **P - Perception** ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย
- **I - Invitation** ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้บอกข้อมูลมากน้อยอย่างไร
- **K - Knowledge** การให้ข้อมูล
- **E - Emotions** ตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วย
- **S - Strategy and Summary** การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวและการติดตามดูแล

เมื่อครอบครัวขอให้ปกปิดความจริง(collusion)

- ค้นหาความกังวล ความกลัว และความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
- อธิบายว่าเราจะไม่ให้ข้อมูลเกินกว่าความต้องการของผู้ป่วย แพทย์ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามและตอบคำถามที่ผู้ป่วยต้องการทราบ
- เคารพในการตัดสินใจของครอบครัว
- อธิบายว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักว่าโรคของเขาอยู่ในระยะที่เป็นมากแม้จะไม่มีอาการปวด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกลัว กังวล รู้สึกโดดเดี่ยวที่ไม่สามารถพูดคุยในสิ่งที่วิตกกังวล

Deal with collusion A to F

- **Acknowledge of love** สื่อสารให้ครอบครัวทราบว่าเราเห็นความรักความหวังดีที่มีผู้ป่วย
- **Build up information** หาข้อมูล ทำไมถึงไม่ยากให้บอกความจริง
- **Benefit vs harm** ข้อดีข้อเสียของการบอกความจริง
- **Comparison** หากครอบครัวเป็นผู้ป่วยเองจะอยากรู้หรือไม่

Deal with collusion A to F

- **Deal with patient** ถ้าผู้ป่วยถาม จะให้หมอบอกอย่างไร
- **Ethical** ถ้าผู้ป่วยถาม/อยากรู้ หมอคงต้องบอกความจริง, สิทธิของผู้ป่วย
- **Follow up** ติดตามมาพูดคุยอีกครั้ง แม้ว่าจะคุยสำเร็จหรือไม่สำเร็จ
- **Summary** สรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันมา ตอนไปแจ้งคนไข้จะค่อยๆบอก ค่อยเป็นค่อยไป



Cure sometimes, treat
often, comfort always.

Hippocrates

“ quote fancy