



โรงพยาบาลบ้านนา
(BANNA HOSPITAL)

CPG: Palliative

ผู้จัดทำ : นางสาวจีมาศ สิ้นชัย

รหัส CPG – PCT – 032

แก้ไขครั้งที่ 01 : วันที่บังคับใช้ วันที่ 15/05/68

หน้าที่ 1/7

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตามข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก/แพทย์วินิจฉัย Palliative (Z51.5)

ประเมิน PPS/ESAS

PPS < 30 %

- No ET – Tube, No CPR
- +/- Inotrope
- +/- Strong Opioid

- On ET – Tube, CPR
- + Inotrope
- +/- Strong Opioid

Refer

รักษาตาม CPG ตามรายโรค/
Symptom management/
Release suffering

ส่งปรึกษาทีม PC → ACP
(ทบทวน/วางแผนการดูแล
ตามระดับ PPS (Z71.8) ,
Living will, Psycho-social
counseling

- เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- เสียชีวิตที่บ้าน,
เตรียมความพร้อม ส่ง HHC,
Smart COC

PPS > 30%

รักษาตาม CPG ตามรายโรค / Symptom
management/ Release suffering

- +/- ET-Tube, +/- CPR
- +/- Inotrope
- +/- Strong Opioid

ส่งปรึกษาทีม PC → ACP (ทบทวน/
วางแผนการดูแล ตามระดับ PPS
(Z71.8), Living will, Psycho-social
counseling

- D/C
- ส่ง HHC,
Smart COC

*** หมายเหตุ: ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการรักษา
ได้ตลอดเวลา

เอกสารแนบ - Symptom management

- ข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก

- Palliative Performance Scale (PPS)

- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)



โรงพยาบาลบ้านนา
(BANNA HOSPITAL)

CPG: Palliative	ผู้จัดทำ : นางสาวจีมาส สิ้นชัย	
รหัส CPG – PCT – 032	แก้ไขครั้งที่ 01 : วันที่บังคับใช้ วันที่ 15/05/68	หน้าที่ 2/7

การจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย (Symptom management)

1. การใช้ยาจัดการอาการปวด

การใช้ยา opioid เพื่อคุม back ground pain ควรเริ่มต้นด้วยขนาดน้อย และให้ต่อเนื่องตามกำหนดเวลาออกฤทธิ์ของยา เพื่อคุมอาการต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และให้ PRN สำหรับ break through pain (BTP) q 2 hrs.

1.1 ให้เริ่มต้นด้วย immediate-released morphine (MO IR 10 mg./tab หรือ MO syrup 2 mg./ml.)

- Starting dose 5 mg. q 4 hrs. (ในสูงอายุ หรือไตวายให้ใช้ขนาด 2.5 mg. q 4 hrs. และติดตามอย่างใกล้ชิด)
- ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้ weak opioids มาก่อนและคุมอาการไม่ได้ ควรยุติ weak opioid และเริ่ม immediate-released morphine ในขนาด 10 mg. q 4 hrs.

1.2 ให้ immediate-released morphine สำหรับ BTP 5 mg. PRN q 2 hrs. (ขนาดเท่าที่ให้ทุก 4 ชั่วโมง) และให้ซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมงตามอาการของผู้ป่วย

1.3 Titrate ขนาดยาขึ้นตามอาการผู้ป่วย โดยการปรับยา อาจทำได้โดยเพิ่มยาตามขนาดของ PRN ที่ได้ เช่น ขอ PRN 4 ครั้ง/วัน = 20 mg.

- ยาที่ควรปรับในวันต่อไป = regular dose + PRN = 30 + 20 mg./dl. ปรับยาเพิ่มเป็น 50/6 = 7.5 mg. q 4 hrs. และเพิ่มขนาด PRN เป็น 7.5 mg. PRN q 2 hrs.

ถ้าอาการปวดยังคงควบคุมไม่ดี :

1.4 เพิ่มขนาด Opioid ที่ใช้อยู่ขึ้นร้อยละ 25 - 50 ถ้าอาการปวดยังอยู่ในระดับปานกลาง

1.5 เพิ่มขนาด Opioid ที่ใช้อยู่ขึ้นร้อยละ 50 - 100 ถ้าอาการปวดยังอยู่ในระดับรุนแรง

2. ยาระบายเพื่อป้องกันท้องผูก (Stimulant + softener)

- Senokot 1-2 tab PO BID

3. Inflammatory pain/bone pain:

- Ibuprofen 600 mg. po q 6 hrs.
- Rofecoxib (Vioxx) 12.5- 25 mg. PO OD

4. Neuropathic pain:

- Amitriptyline/nortriptyline 10-25 mg. PO HS
- Gabapentin (Neurontin) 100-300 mg. PO qid - tid ปรับยาเพิ่มทุก 3 วัน ถ้าอาการไม่ดีขึ้น
- Dexamethasone 4-8 mg. OD x 3 วัน

5. อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea)

ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ Opioid มาก่อน (Opioid – naïve patient)

- Morphine sulfate 2.5 – 5.0 mg. PO q 3-4 hrs.
- Morphine sulfate 1-2 mg. SC/IV q 3-4 hrs. PRN

ในผู้ป่วยที่ใช้ Opioid อยู่แล้ว (Opioid – treated patient):

- ถ้าอาการหอบเหนื่อยยังคงควบคุมไม่ดี ให้เพิ่มขนาดของยาที่ใช้อยู่ขึ้นร้อยละ 50
- ถ้าอาการหอบเหนื่อยมีต่อเนื่อง ให้เพิ่ม Lorazepam 0.5 mg. PO หรือ SL q 4 hrs. PRN

ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงอาจพิจารณาให้ morphine sulfate infusion โดยปรับขนาดตามที่ผู้ป่วยใช้อยู่



โรงพยาบาลบ้านนา
(BANNA HOSPITAL)

CPG: Palliative	ผู้จัดทำ : นางสาวจีมาศ สิ้นชัย	
รหัส CPG – PCT – 032	แก้ไขครั้งที่ 01 : วันที่บังคับใช้ วันที่ 15/05/68	หน้าที่ 3/7

6. วิตกกังวล (Anxiety)

- Lorazepam 0.5 to 2.0 mg. PO/SL q 4 hrs. PRN

7. สับสนกระวนกระวาย (Confusion/agitation)

- Haloperidol 0.5 mg. PO/SC/IV ให้ซ้ำได้ทุก 30 นาที จนกว่าอาการจะควบคุมได้ (ในรายที่รุนแรง)
- Haloperidol 0.5 mg – 2 mg. PO/SC/IV BD/HS

8. คลื่นไส้/อาเจียน (Nausea/vomiting)

- Metoclopramide 10 mg. PO/IV q 4 hrs. PRN (ห้ามใช้ใน Complete gut obstruction)
- Haloperidol 1-3 mg. PO/SC/IV BID – QID
- Lorazepam 0.5 -2 mg. PO/SL q 4-6 hrs. PRN

9. ท้องผูก (constipation)

ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วัน PR ถ้ามีอุจจาระ

- Dulcolax /glycerine suppo และเริ่ม Senokot 1-2 เม็ด PO BID หรือ
- Lactulose 30 ml. PO HS จนกว่าอาการท้องผูกจะดีขึ้น

10. อาการคัน (Pruritus)

- Dimenhydrinate 25 – 50 mg. PO/IV q 12 hrs.
- Hydrocortisone 1% cream ทาบริเวณที่คัน q 6 hrs.
- Dexamethasone 1.0 mg. PO ทุกวันร่วมกับยาข้างต้น

11. อาการไข้

- Acetaminophen 650 mg. PO/PR q 4 hrs. PRN

12. สะอึก (Hiccups)

- Metoclopramide (Plasil) 10 mg. PO TID PRN
- Haloperidol 0.5-2 mg. PO/SC/IV TID – QID

13. เจ็บปาก Mouth/Throat soreness

- Viscous lidocain 2% ทาบริเวณที่ปวด PRN
- Clotrimazole 10 mg. troche, dissolve in mouth, 5/ day x 14 days

14. เสมหะในระยะใกล้เสียชีวิต (Death rattle)

- Atropine 1 % oph solution 4 หยด SL ทุก 4-6 hrs.
- Hyoscine hydrobromide 20 mg. SC/IV ทุก 4- 6 hrs.



โรงพยาบาลบ้านนา
(BANNA HOSPITAL)

CPG: Palliative	ผู้จัดทำ : นางสาวจีมาส สิ้นชัย	
รหัส CPG – PCT – 032	แก้ไขครั้งที่ 01 : วันที่บังคับใช้ วันที่ 15/05/68	หน้าที่ 4/7

เกณฑ์ข้อบ่งชี้ทาง Clinic /แนวทางการวินิจฉัย Palliative care โรงพยาบาลบ้านนา

Step 1 The surprise Question: ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน

☐ ไม่แน่ใจ หรือประหลาดใจ → พิจารณา ขั้นตอนต่อไป

☐ ไม่ประหลาดใจ → เริ่มการดูแลแบบประคับประคอง

Step 2 เกณฑ์ข้อบ่งชี้ทั่วไป (General Indicators)

มี co-morbidity ซึ่งเพิ่ม morbidity และ mortality ข้อใดข้อหนึ่งจากสามข้อ

☐ Functional performance status ถดถอย นิ่งนอน > 50% ของวัน ต้องพึ่งพิงการช่วยเหลือมากขึ้น

☐ โรคกลุ่กลามไม่ตอบสนองต่อการรักษา

☐ ผู้ป่วยขอยุติการรักษาหลัก

☐ น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือน

☐ เข้าโรงพยาบาลโดยไม่คาดหมาย/ฉุกเฉิน เช่น ล้มรุนแรง

☐ Serum albumin น้อยกว่า 2.85 mg/ml

Step 3 เกณฑ์เฉพาะกลุ่มโรค (Specific Criteria) ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ

Cancer: Advance Cancer 1) ผู้ป่วยมีการกระจายของมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก หรือ 2) ตัวบ่งชี้ ที่สำคัญคือ functional status

โดยผู้ป่วยหนึ่งๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ต่อวัน หรือ 3) มีพยากรณ์โรคประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า หรือ 4) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง หรือ 5) Uncontrolled symptom

Non-cancer

1. Acute stroke: มีภาวะ Coma ร่วมกับ vegetable stage > 3 วัน หรือ coma ร่วมกับ severe myoclonus > 3 วัน หรือ coma ร่วมกัน

1) มีก้านสมองตอบสนองผิดปกติ 2) ไม่ตอบสนองด้วยการพูด 3) ไม่ตอบสนองต่อความปวด 4) Cr > 1.5 mg/ml และอายุ > 70 ปี

Chronic stroke: vegetable stage หรือภาวะรู้ตัวน้อย หรืออัมพาตรุนแรง > 3 วัน, มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์แย่งลง เช่น aspirate, pneumonia, UTI, sepsis, bedsore stage 3-4, ไม่มีการฟื้นตัวดีขึ้นหลังมีอาการ 3 เดือน

2. ESRD (ผู้ป่วย CKD stage 4-5): (มีอย่างน้อย 2 ข้อ) ผู้ป่วยต้องตัดสินใจไม่ลังเล (severe advance disease & severe



โรงพยาบาลบ้านนา
(BANNA HOSPITAL)

CPG: Palliative	ผู้จัดทำ : นางสาวจีมาส สิ้นชัย
รหัส CPG – PCT – 032	แก้ไขครั้งที่ 01 : วันที่บังคับใช้ วันที่ 15/05/68
	หน้าที่ 5/7

poor prognosis) ประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในที่สุดท้ายของชีวิตเลือกไม่ล้างไต/ยุติการล้างไตเนื่องจากไม่สามารถทำได้ จาก co-morbidity หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย, มีอาการทางจิตใจที่จัดการลำบากแม้ได้รับ Renal Replacement Therapy ที่เหมาะสมอย่างเต็มที่, มีอาการของไตวาย เบื่ออาหาร อาเจียน ค้นตามตัว สมรรถนะถดถอย ภาวะนํ้าเกินที่จัดการลำบาก

3. CHF: (มีอย่างน้อย 2 ข้อ) Advance heart failure (stage D heart failure และมีอาการ NYHA III-IV) มีอาการเหนื่อย หอบขณะอยู่เฉย ๆ หรือมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย, มีการเข้ารับการรักษาน้อย 2 ครั้ง ใน 1 ปีด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง

4. COPD: (มีอย่างน้อย 2 ข้อ) โรคอยู่ในระดับรุนแรง ($FEV_1 < 30\%$ predicted) รักษาอยู่ในโรงพยาบาลบ่อย ๆ อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 1 ปี ที่ผ่านมาจาก COPD exacerbations มีข้อบ่งชี้ ของการใช้ long term oxygen therapy หายใจหอบเหนื่อยหลังการเดิน ระยะ 100 เมตร ในแนวระนาบหรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้าน มีอาการและอาการแสดงของ light failure มีปัจจัยอย่างอื่นเหล่านี้ รวมด้วย ได้แก่ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ได้รับ systemic steroid มากกว่า 6 สัปดาห์ รักษาอาการ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

5. AIDS: ผู้ป่วยได้รับเชื้อ HIV มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ร่างกายอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

6. Dementia: ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้: เดินโดยไม่มีคนพุง กลั่นอุจจาระ/ปัสสาวะ สื่อสารอย่างมีความหมาย และทำกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

น้ำหนักลด, UTI, Bedsore stage 3-4 , มีไข้ เป็น ๆ หาย ๆ , รับประทานอาหารทางปากลดลง/ น้ำหนักลด, Aspiration pneumonia

7. Liver Disease: Advance cirrhosis ร่วมกับ intractable ascites, hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome, bacterial peritonitis, recurrent variceal bleed, alb < 24g/l & PTT or INR prolong, HCC

8. Motor Neuron disease (MND): มีการเสื่อมถอยทางกายอย่างรวดเร็ว, aspiration pneumonia, มีปัญหาการรับรู้เพิ่มมากขึ้น, น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือน มีอาการขับซ่อน และมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก, มี vital capacity < 70% ในเด็ก, มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ลมบ่อ, มีอาการทางจิตเวช



โรงพยาบาลบ้านนา
(BANNA HOSPITAL)

CPG: Palliative	ผู้จัดทำ : นางสาวจีมาส สิ้นชัย
รหัส CPG – PCT – 032	แก้ไขครั้งที่ 01 : วันที่บังคับใช้ วันที่ 15/05/68
	หน้าที่ 6/7

(Palliative Performance scale version 2) (PPS) v2)

ระดับPPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและ การดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรม ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/ งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็นครั้ง คราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วน ใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความ ช่วยเหลือในการ ปฏิบัติกิจกรรม บางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30 %	อยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแล ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	อยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแล ทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	อยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแล ทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต	-	-	-	-

อ้างอิงจาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (Copyright Victoria Hospice Society) PPS adult Suandok

ใช้สำหรับผู้ป่วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
3. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life)



โรงพยาบาลบ้านนา
(BANNA HOSPITAL)

CPG: Palliative	ผู้จัดทำ : นางสาวจีมาส สิ้นชัย	
รหัส CPG – PCT – 032	แก้ไขครั้งที่ 01 : วันที่บังคับใช้ วันที่ 15/05/68	หน้าที่ 7/7

แบบประเมินอาการรบกวนผู้ป่วยแบบระดับประคอง

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System Modified)

คำชี้แจง ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วย

การวัดระดับความรุนแรงของอาการโดยแบ่งเป็นระดับคะแนน 0-10

โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการรุนแรงมากที่สุดในผู้ป่วย ดังนี้

ไม่มีอาการเลย	มีอาการมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

วัน/เดือน/ปี	ความรุนแรงของอาการ				
อาการปวดตำแหน่งที่ปวด					
ระบ					
อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า					
คลื่นไส้					
เหนื่อยหอบ					
กลืนลำบาก					
ง่วงซึม/สับสน/สับสน					
เบื่ออาหาร					
ไม่สบายทั้งกายและใจ*					
ซึมเศร้า*					
วิตกกังวล*					
อาการอื่นๆ.....					
ผู้ประเมิน	☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล	☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล	☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล	☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล	☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล
พยาบาลผู้ดูแล					

หมายเหตุ * ให้ผู้ป่วยประเมินเท่านั้น

1. ประเมินทุกวันหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

2. ถ้าคะแนนความรุนแรงของอาการ > 3/10 ให้เฝ้าระวังติดตามและจัดการตามแนวทางปฏิบัติของ แต่ละอาการรบกวน

ชื่อ.....	อายุ.....ปี	HN.....
-----------	-------------	---------

ผู้จัดทำ	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติ
 (นางสาวจีมาส สิ้นชัย) นายแพทย์ชำนาญการ	 (นายพสุ จันทรเพ็ญ) ประธานคณะกรรมการทีม PCT	 (นายธรรพกร พรประภาศักดิ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา