

นิพนธ์ฉบับ

การจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่องท้อง แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, ญัฐธิดา อารีเปี่ยม

บทคัดย่อ

- บทนำ:** วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดช่องท้อง
- วิธีการศึกษา:** เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖
- ผลการศึกษา:** ศึกษาผู้ป่วย ๑๐๐ ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ขนาด ๕๑๒ เตียง พบว่า ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบมากที่สุด มาตรฐานความปวดที่เป็นตัวเลขถูกใช้มากที่สุดเพื่อประเมินความปวด ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความปวด แต่ด้วยความถี่แตกต่างกัน มีการประเมินความปวด ๓ - ๕ ครั้ง (วันแรกหลังการผ่าตัด) และลดลงเป็นวันละ ๑ - ๒ ครั้ง (วันที่ ๒ และ ๓) คะแนนความปวดเฉลี่ยครั้งแรกหลังผ่าตัด ๖.๔ ± ๒.๓ และลดลงเป็น ๒.๔ ± ๑.๘ คะแนนเมื่อได้รับยาแก้ปวด คะแนนความปวดลดลงเฉลี่ย ๓.๙ ± ๑.๙ ($p < ๐.๐๐๑$) คำสั่งการใช้ยาเพื่อรักษาผู้ป่วยที่ปวดรุนแรงคือ Morphine ๓ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๔ ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบบ่อย คือ ง่วงซึม เกิดจาก Morphine และแก้ไขได้
- วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา:** ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดด้วยยาแก้ปวดเป็นผลให้คะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามความถี่ของการประเมินความปวดควรปรับให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยกำหนดเป็นสัญญาณชีพที่ ๕ เพื่อให้มีการติดตามและรักษาความปวดอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
- คำสำคัญ:** การจัดการความปวด, การผ่าตัดช่องท้อง, ศัลยกรรมทั่วไป

วันที่รับบทความ: ๘ สิงหาคม ๒๕๕๗

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๒๕ กันยายน ๒๕๕๗

บทนำ

ความปวด เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือเสมือนว่าเกิดการบาดเจ็บของร่างกาย^๑ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย การผ่าตัดสามารถก่อให้เกิดความปวดชนิดเฉียบพลันได้ โดยที่ความรุนแรงของความปวดจะสัมพันธ์กับชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดช่องท้องก่อให้เกิดความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง^๒ การศึกษาโดย Apfelbaum และคณะ^๓ พบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ ๘๐ มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดและร้อยละ ๘๖ มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาความปวดในผู้ป่วยยังทำได้ไม่ดีนัก การศึกษาโดย Phillip DM^๔ พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๒๕ เท่านั้นที่ได้รับการรักษาความปวดอย่างเพียงพอ การดูแลควบคุมความปวดภายหลังการผ่าตัดควรได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะหากไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพอและทันเวลาจะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ บาดแผลหายช้าลง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ และอาจเปลี่ยนเป็นอาการปวดแบบเรื้อรังซึ่งทำให้การรักษามีความยุ่งยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น^๕

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดต้องมีการประเมินและบันทึกระดับความปวด (pain score) เป็นระยะเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยอย่างทันทั่วถึงและต่อเนื่อง หน่วยงาน The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ได้ให้ความสำคัญกับอาการปวดและกำหนดให้อาการปวดเป็นสัญญาณชีพที่ ๕ เพิ่มเติมจากสัญญาณชีพที่ใช้อยู่เดิม และแนะนำให้การบันทึกระดับความปวดเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด^๖ นอกจากนี้การรักษาความปวดหลังผ่าตัดจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดหลายกลุ่มและอาจเป็นการใช้ยาเหล่านี้ร่วมกัน ได้แก่ Paracetamol ยากลุ่ม Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ยากลุ่ม Opioids และยาชาเฉพาะที่ โดยยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioids เป็นยาหลักและมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาอาการปวดหลังผ่าตัด^{๗-๙} อย่างไรก็ตามยาในกลุ่มนี้อาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก การเสพติด และการใช้ยาเกินขนาดก็อาจเกิดการหายใจจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ อาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้อาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับ

ยาแก้ปวดน้อยกว่าที่ควรต้องได้รับเพื่อควบคุมระดับความปวดของตนหรืออาจไม่ได้รับการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นๆ การติดตามประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้งการประเมินอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใช้ยาเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เภสัชกรสามารถเข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้ การศึกษาโดย Savoia และคณะ^{๑๐} พบว่า การมีทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ สามารถควบคุมความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียนได้

โรงพยาบาลพรตนาธธานีเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ ขนาด ๕๑๒ เตียง มีการตรวจรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดช่องท้องเป็นจำนวนมาก จากสถิติในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๕ มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน ๑,๔๒๘ ราย และ ๑,๓๘๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๔ และ ๑๓.๑ ของการผ่าตัดทุกชนิดตามลำดับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจถึงการให้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในด้านต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์นี้ ๑) ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความปวด ๒) รูปแบบการสั่งใช้ยาเพื่อควบคุมอาการปวด ๓) ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวด ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะได้นำมาประกอบเพื่อจัดทำแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรตนาธธานี โดยมีเภสัชกรเข้าร่วมในทีมการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในด้านการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน (retrospective data collection from patient medical records) **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพรตนาธธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลพรตนาธธานี และเป็นผู้ป่วยที่มีการบันทึกคะแนนความปวดหลังผ่าตัดอย่างน้อย ๑ ครั้ง ในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา

ขนาดตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง ๑๐๐ ราย โดยอ้างอิงจากการศึกษาของภาณี พงษ์จะโปะ และคณะ^๕ ที่ศึกษาเรื่องการจัดการความปวดในลักษณะที่ใกล้เคียงกันนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถเก็บตัวอย่างได้ครบ ๑๐๐ รายจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖

การเก็บข้อมูล

๑. ค้นหารายชื่อผู้ป่วยตามชนิดการผ่าตัดในช่องท้องของแผนกศัลยกรรมทั่วไป (ไม่รวมแผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ กุมารศัลยกรรมและสูตินรีเวชกรรม) จากข้อมูล ICD 10 โดยใช้ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

๒. นำรายชื่อผู้ป่วยที่ได้ไปค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วย

๓. เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๓.๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และประวัติการได้รับการผ่าตัด

๓.๒ ข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด บริเวณที่ทำการผ่าตัดและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังจากผ่าตัด

๓.๓ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ เครื่องมือประเมินความปวด ความถี่ของการประเมินความปวด ระดับความปวด* และแบบแผนในการใช้ยารักษาความปวด ความสำเร็จจากการใช้ยาแก้ปวด** ตลอดจนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดและแนวทางการแก้ไข

* ระดับความปวด แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

- คะแนนความปวด ๐ คะแนน คือ ไม่ปวด
- คะแนนความปวด ๑ - ๓ คะแนน คือ ปวดน้อย
- คะแนนความปวด ๔ - ๖ คะแนน คือ ปวดปานกลาง
- คะแนนความปวด ๗ - ๑๐ คะแนน คือ ปวดรุนแรง

** ความสำเร็จจากการใช้ยาแก้ปวด หมายถึง ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดน้อยกว่า ๔^๕

แนวทางการจัดการความปวดของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ยึดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก^๖ โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ขั้นที่ ๑ สำหรับความปวดในระดับปวดน้อย (คะแนนความปวด ๑ - ๓) ใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (Non-opioids analgesic) ได้แก่ Paracetamol, Aspirin และ NSAIDs

ขั้นที่ ๒ เมื่อความปวดยังคงอยู่หรือปวดรุนแรงขึ้นเป็นความปวดระดับปานกลาง (คะแนนความปวด ๔-๖) ใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (Weak opioids) ได้แก่ Codeine และ Tramadol โดยใช้เดี่ยวๆ หรือร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม Non-opioids

ขั้นที่ ๓ เมื่อผู้ป่วยปวดมากขึ้นและไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย Weak opioids ในขนาดที่เหมาะสม หรือมีความปวดในระดับรุนแรง (คะแนนความปวด ๗ - ๑๐) ให้ใช้ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (Strong opioids) ได้แก่ Morphine, Fentanyl หรือ Methadone โดยใช้เดี่ยวๆ หรือใช้ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม Non-opioids

การวิเคราะห์ผล

ข้อมูลทั้งหมดถูกรวบรวมและวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรม SPSS for window version 17.0 นำเสนอผลการศึกษาเป็นค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาผลการควบคุมความปวดด้วยยาแก้ปวดโดยเปรียบเทียบคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้ยาโดยใช้สถิติ paired sample t-test การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

มีผู้ป่วยจำนวน ๑๐๐ รายที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเป็นเพศชาย ๖๑ ราย (ร้อยละ ๖๑) เพศหญิง ๓๙ ราย (ร้อยละ ๓๙) อายุเฉลี่ย ๓๘.๑ ± ๑๘.๔ ปี มีโรคประจำตัว ๒๐ ราย (ร้อยละ ๒๐) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ๑๔ ราย (ร้อยละ ๕๔.๒) และโรคเบาหวาน ๓ ราย (ร้อยละ ๑๕.๗) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ๗๖ ราย (ร้อยละ ๗๖) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

๒. ข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบมากที่สุดเป็นจำนวน ๕๖ ราย (ร้อยละ ๕๖) รองลงมาคือ ไส้ติ่งแตก จำนวน ๑๗ ราย (ร้อยละ ๑๗) การผ่าตัดไส้ติ่งเป็นชนิดของการผ่าตัดที่พบได้มากที่สุด คือ ๗๐ ราย (ร้อยละ ๗๐) ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ ๗๔ ราย (ร้อยละ ๗๔) ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องด้านล่างขวา รองลงมาคือ บริเวณกลางท้อง จำนวน ๑๓ ราย (ร้อยละ ๑๓) แสดงในตารางที่ ๑ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดโดยเฉลี่ยนาน ๕.๔ ± ๕.๙ วัน

ตารางที่ ๑ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดของผู้ป่วย

ข้อมูลการผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
๑. สาเหตุของการผ่าตัด		
ไส้ติ่งอักเสบ	๕๖	๕๖
ไส้ติ่งแตก	๑๗	๑๗
ถุงน้ำดีอักเสบ	๗	๗
กระเพาะอาหารทะลุ	๖	๖
ไส้เลื่อน	๓	๓
ลำไส้เล็กทะลุ	๓	๓
อื่นๆ	๘	๘
๒. ชนิดของการผ่าตัด		
การผ่าตัดไส้ติ่ง	๗๐	๗๐
การผ่าตัดเปิดช่องท้อง	๑๙	๑๙
การผ่าตัดตัดถุงน้ำดี	๗	๗
การผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน	๓	๓
การเย็บผนังช่องท้อง	๑	๑
๓. บริเวณที่ทำการผ่าตัด		
ช่องท้องด้านล่างขวา	๗๔	๗๔
กลางท้อง	๑๓	๑๓
ช่องท้องด้านบนขวา	๘	๘
ช่องท้องด้านล่างซ้าย	๓	๓
ช่องท้องส่วนบน	๒	๒

๓. แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

๓.๑ เครื่องมือประเมินความปวดและความถี่ในการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

๓.๑.๑ เครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด พบว่ามีการใช้เครื่องมือ ๓ ชนิด ได้แก่ มาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลข มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย และการสังเกตจากสีหน้าของผู้ป่วย เนื่องด้วยในผู้ป่วยรายหนึ่งๆ อาจมีการใช้มาตรวัดความปวดมากกว่า ๑ ชนิดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนครั้งของการใช้มาตรวัดความปวดชนิดต่างๆ โดยมาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลขมีการใช้มากที่สุดคือ ๖๕๒ ครั้ง (ร้อยละ ๙๔.๑) รองลงมาคือ มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย ๓๘ ครั้ง (ร้อยละ ๕.๖) และการสังเกตจากสีหน้าและพฤติกรรมของผู้ป่วย ๒ ครั้ง (ร้อยละ ๐.๓)

๓.๑.๒ ความถี่ในการประเมินความปวดเป็นหนึ่งในสัญญาณชีพที่ ๕ พบว่า ในวันแรกหลังการผ่าตัดมีการบันทึกระดับความปวดเป็นหนึ่งในสัญญาณชีพที่ ๕ ครบทุก ๔ ชั่วโมง หรือวันละ ๖ ครั้ง จำนวน ๑๕ ราย (ร้อยละ ๑๕) แต่ในวันที่ ๒ และ ๓ พบว่ามีการบันทึกระดับความปวดลดลงคือ

มีเพียง ๑๒ ราย (ร้อยละ ๑๒) และ ๔ ราย (ร้อยละ ๖.๖) ตามลำดับ ทั้งนี้ในวันแรกหลังการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินความปวดวันละ ๓ - ๕ ครั้ง จำนวน ๕๑ ราย (ร้อยละ ๕๑) และในวันที่ ๒ และ ๓ ส่วนใหญ่มีการประเมินความปวดวันละ ๑ - ๒ ครั้ง จำนวน ๕๓ ราย (ร้อยละ ๕๓) และ ๓๘ ราย (ร้อยละ ๕๘.๕) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ ๒

๓.๒ ระดับความปวดและแบบแผนในการใช้ยารักษาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

๓.๒.๑ ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีการประเมินความปวดในครั้งแรกหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย ๙๙ ราย (ผู้ป่วย ๑ รายไม่ได้มีการบันทึกระดับความปวดหลังการผ่าตัด แต่ยังคงได้รับการประเมินความปวดในช่วงเวลาอื่นๆ หลังการผ่าตัด) ส่วนใหญ่มีความปวดปานกลางจำนวน ๔๗ ราย (ร้อยละ ๔๗.๕) และมีความปวดรุนแรงจำนวน ๔๑ ราย (ร้อยละ ๔๑.๔) มีเพียง ๑๑ ราย (ร้อยละ ๑๑.๑) เท่านั้นที่มีความปวดในระดับปวดน้อย ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ ๘๘.๕ มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง และระดับความปวดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยในครั้งแรกหลังผ่าตัด คือ ๖.๔ ± ๒.๓ คะแนน

๓.๒.๒ แบบแผนในการใช้ยารักษาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบแผนการสั่งใช้ยารักษาความปวดหลังผ่าตัดในช่องท้องที่มีการสั่งใช้มากที่สุด ๑๒ อันดับแรกของวันที่ ๑ ถึง ๓ หลังการผ่าตัด แสดงในตารางที่ ๓, ๔ และ ๕ โดยวันแรกหลังการผ่าตัด แบบแผนการสั่งจ่ายยา Morphine ๓ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๔ ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด เป็นแบบแผนที่มีการสั่งใช้มากที่สุด คือ จำนวน ๒๗ ครั้ง (ร้อยละ ๒๗) และในวันที่ ๒ และ ๓ หลังการผ่าตัด แบบแผนการสั่งจ่ายยาได้เปลี่ยนจากการ

ใช้ Morphine ชนิดฉีดเป็นยารับประทาน ได้แก่ Paracetamol ๕๐๐ มิลลิกรัม ครั้งละ ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด โดยมีจำนวน ๑๙ ครั้ง (ร้อยละ ๑๙) และ ๒๔ ครั้ง (ร้อยละ ๓๖.๙) ในวันที่ ๒ และ ๓ ตามลำดับ จากรูปแบบการสั่งจ่ายยาข้างต้นพบว่าผู้ป่วยได้รับยาจริงตามคำสั่งการจ่ายยาเป็นจำนวน ๗๑ ครั้ง (ร้อยละ ๗๑) ๕๖ ครั้ง (ร้อยละ ๕๖) และ ๓๑ ครั้ง (ร้อยละ ๔๗.๗) ตามลำดับ แสดงในตารางที่ ๓, ๔ และ ๕

ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ ๕ ด้วยความถี่ที่แตกต่างกัน ในวันที่ ๑, ๒ และ ๓ หลังการผ่าตัดช่องท้อง

วันที่หลังการผ่าตัด	วันที่ ๑	วันที่ ๒	วันที่ ๓
ความถี่ในการประเมิน	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล	๑๐๐	๑๐๐	๖๕
วันละ ๖ ครั้ง	๑๕ (๑๕)	๑๒ (๑๒)	๔ (๖.๑)
วันละ ๓ - ๕ ครั้ง	๕๑ (๕๑)	๓๕ (๓๕)	๒๑ (๓๒.๓)
วันละ ๑ - ๒ ครั้ง	๓๔ (๓๔)	๕๓ (๕๓)	๓๘ (๕๘.๕)
ไม่มีการบันทึก	๐ (๐)	๐ (๐)	๒ (๓.๑)

ตารางที่ ๓ แบบแผนการสั่งใช้ยารักษาความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องวันที่ ๑

แบบแผนการสั่งยา	จำนวนครั้งที่แพทย์สั่งจ่ายยาในรูปแบบต่างๆ*	ร้อยละ
๑. Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr	๒๗	๒๗
๒. Morphine 5 mg iv prn for pain q 6 hr	๑๖	๑๖
๓. Morphine 4 mg iv prn for pain q 4 hr	๑๒	๑๒
๔. Morphine 3 mg iv prn for pain q 6 hr	๙	๙
๕. Pethidine 30 mg iv prn for pain q 6 hr	๕	๕
๖. Morphine 5 mg iv q 6 hr	๓	๓
๗. Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๓	๓
๘. Morphine 5 mg iv q 4 hr	๒	๒
๙. Morphine 4 mg iv prn for pain q 6 hr	๒	๒
๑๐. Morphine 3 mg iv prn for pain q 3 hr	๒	๒
๑๑. Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr + Tramadol 50 mg iv q 8 hr	๒	๒
๑๒. Parecoxib 40 mg iv q 12 hr	๒	๒
แบบแผนการสั่งยาอื่นๆ**	๑๕	๑๕
มีผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดจริงในวันที่ ๑ รวม ๗๑ ราย		

* ผู้ป่วยอาจได้หรือไม่ได้รับยาตามที่แพทย์มีการสั่งใช้ ทั้งนี้เพราะเป็นการสั่งใช้ยาตามอาการ (prn) iv = ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ q = ทุก prn = เฉพาะเวลามีอาการ

** แบบแผนการสั่งยาอื่น ๆ ได้แก่ Morphine 5 mg iv prn for pain q 4 hr, Morphine 4 mg iv prn for pain q 6 hr, Morphine 5 mg iv q 4 hr, Morphine 5 mg iv q 6 hr, Morphine 3 mg iv prn for pain q 3 hr, Morphine 2 mg iv q 3 hr, Morphine iv drip 2 mg/hr+Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr, Pethidine 50 mg iv q 4 hr, Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr+Tramadol 50 mg iv q 8 hr, Ketolorac 30 mg iv q 8 hr, Morphine 3 mg iv q 4 hr+Parecoxib 40 mg iv q 12 hr, Tramadol 100 mg iv prn for pain q 6 hr, Tramadol 50 mg oral prn for pain q 6 hr, Tramadol 50 mg 1x3 oral pc, Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด q 4-6 hr for pain+Diclofenac 25 mg 1x3 oral pc, Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด q 4 - 6 hr for pain

ตารางที่ ๕ แบบแผนการสั่งใช้ยารักษาความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องวันที่ ๒

แบบแผนการให้ยา	จำนวนครั้งที่แพทย์สั่งจ่ายยาในรูปแบบต่าง ๆ*	ร้อยละ
๑. Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๑๙	๑๙
๒. Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr	๑๑	๑๑
๓. ไม่มีการสั่งยา	๙	๙
๔. Morphine 3 mg iv prn for pain q 6 hr	๘	๘
๕. Morphine 5 mg iv prn for pain q 6 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๘	๘
๖. Morphine 4 mg iv prn for pain q 4 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๖	๖
๗. Morphine 4 mg iv prn for pain q 4 hr	๖	๖
๘. Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๕	๕
๙. Parecoxib 40 mg iv q 12 hr	๕	๕
๑๐. Morphine 5 mg iv prn prn for pain q 6 hr	๓	๓
๑๑. Tramadol 50 mg iv prn for pain q 6 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๒	๒
๑๒. Pethidine 30 mg iv prn for pain q 6 hr	๒	๒
แบบแผนการให้ยาอื่น ๆ**	๑๖	๑๖
มีผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดจริงในวันที่ ๒ รวม ๕๖ ราย		

* ผู้ป่วยอาจได้หรือไม่ได้รับยาตามที่แพทย์มีการสั่งใช้ ทั้งนี้เพราะเป็นการสั่งใช้ยาตามอาการ (prn) iv = ฉีดยาทางหลอดเลือดดำ q = ทุก prn = เฉพาะเวลามีอาการ

** แบบแผนการให้ยาอื่น ๆ ได้แก่ Morphine 5 mg iv prn for pain q 4 hr, Morphine 4 mg iv prn for pain q 6 hr, Morphine 5 mg iv q 4 hr, Morphine 5 mg iv q 6 hr, Morphine 3 mg iv prn for pain q 3 hr, Morphine 2 mg iv q 3 hr, Morphine iv drip 2 mg/hr+Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr, Pethidine 50 mg iv q 4 hr, Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr+Tramadol 50 mg iv q 8 hr, Ketolorac 30 mg iv q 8 hr, Morphine 3 mg iv q 4 hr+Parecoxib 40 mg iv q 12 hr, Tramadol 100 mg iv prn for pain q 6 hr, Tramadol 50 mg oral prn for pain q 6 hr, Tramadol 50 mg 1x3 oral pc, Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด q 4-6 hr for pain+Diclofenac 25 mg 1x3 oral pc, Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด q 4 - 6 hr for pain

ตารางที่ ๕ แบบแผนการสั่งใช้ยารักษาความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องวันที่ ๓

แบบแผนการสั่งยา	จำนวนครั้งที่แพทย์สั่งจ่ายยาในรูปแบบต่าง ๆ*	ร้อยละ
วันที่ ๓ หลังผ่าตัด (ผู้ป่วยกลับบ้าน ๓๕ ราย เหลือผู้ป่วย ๖๕ ราย)		
๑. Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๒๔	๓๖.๙
๒. Morphine 4 mg iv prn for pain q 4 hr	๖	๙.๒
๓. Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr	๖	๙.๒
๔. ไม่มีการสั่งยา	๕	๗.๗
๕. Morphine 3 mg iv prn for pain q 6 hr	๔	๖.๒
๖. Morphine 3 mg iv prn for pain q 4 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๔	๖.๒
๗. Morphine 5 mg iv prn for pain q 6 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๓	๔.๖
๘. Morphine 4 mg iv prn for pain q 4 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๓	๔.๖
๙. Parecoxib 40 mg iv q 12 hr	๒	๓.๑
๑๐. Morphine 5 mg iv prn for pain q 6 hr	๒	๓.๑
๑๑. Morphine 3 mg iv prn for pain q 6 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๒	๓.๑
๑๒. Tramadol 50 mg iv prn for pain q 6 hr + Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เวลาปวด	๒	๓.๑
แบบแผนการสั่งยาอื่น ๆ**	๒	๓.๑
มีผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดจริงในวันที่ ๓ รวม ๓๑ ราย		

* ผู้ป่วยอาจได้หรือไม่ได้รับยาตามที่แพทย์มีการสั่งใช้ ทั้งนี้เพราะเป็นการสั่งใช้ยาตามอาการ (prn) iv = ฉีดทางหลอดเลือดดำ q = ทุก prn = เฉพาะเวลามีอาการ

** แบบแผนการสั่งยาอื่น ๆ ได้แก่ Tramadol 50 mg 1x3 oral pc และ Paracetamol 500 mg ๒ เม็ด q 4-6 hr for pain+Diclofenac 25 mg 1x3 oral pc

๓.๓ ความสำเร็จจากการใช้ยาแก้ปวดในการรักษาความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีการบันทึกระดับคะแนนความปวดครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการใช้ยาแก้ปวด โดยพบว่ามีจำนวน ๑๕๘ ครั้งที่มีการบันทึกครบถ้วน คะแนนความปวดก่อนการรักษาด้วยยาเฉลี่ย ๖.๔ ± ๒.๓ คะแนน (ปวดระดับปานกลาง) และคะแนนความปวดภายหลังการ

รักษาด้วยยาเฉลี่ย ๒.๔ ± ๑.๘ คะแนน (ปวดระดับปวดน้อย) ซึ่งพบว่าการใช้ยาแก้ปวดนั้นสามารถลดระดับความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความปวดลดลงเฉลี่ย ๓.๙ ± ๑.๕ คะแนน ($p < ๐.๐๐๑$) แสดงในตารางที่ ๖ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยยา พบว่ามีระดับคะแนนน้อยกว่า ๔ จำนวน ๑๓๖ ครั้ง (ร้อยละ ๓๓ จากที่ได้รับยาจำนวน ๔๑๒ ครั้ง)

ตารางที่ ๖ ระดับความปวดเฉลี่ย ($\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวด

ระดับความปวด			p-value
ก่อนการรักษาด้วยยาแก้ปวด	หลังการรักษาด้วยยาแก้ปวด	ระดับความปวดที่ลดลง	
๖.๔ $\pm$ ๒.๓	๒.๔ $\pm$ ๑.๘	๓.๙ $\pm$ ๑.๙	< ๐.๐๐๑

๓.๔ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดและแนวทางการแก้ไข

มีการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการใช้ยาบรรเทาปวดจากผู้ป่วยจำนวน ๖ ราย (ร้อยละ ๖) โดยอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่

๓.๔.๑ ง่วงซึม มีการรายงานจำนวน ๑๘ ครั้ง ซึ่งเกิดจากการใช้ยา Morphine แก้ไขโดยการหยุดการใช้ยา ๔ ครั้ง งดการให้ยาในในเวลาต่อไป ๒ ครั้งและลดขนาดยา Morphine ลง ๑ ครั้ง

๓.๔.๒ คลื่นไส้ อาเจียน มีการรายงานจำนวน ๗ ครั้ง แก้ไขโดยการให้ยา Metoclopramide ๑๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง ๕ ครั้ง และให้ยา Domperidone รูปแบบรับประทาน ๒ ครั้ง

๓.๔.๓ ท้องผูก มีการรายงานจำนวน ๖ ครั้ง แก้ไขโดยใช้ยาเหน็บทวารหนัก Bisacodyl ๕ ครั้ง และใช้ยาส่วนทวารหนัก Unison enema ๑ ครั้ง

๓.๔.๔ อาการคัน มีการรายงานจำนวน ๑ ครั้ง แก้ไขโดยใช้ยา Dexamethasone ๘ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที ๑ ครั้ง

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖ และถึงแม้จะเป็นการศึกษาในช่วงเวลาระยะสั้น แต่เนื่องด้วยไม่พบว่ามีชนิดของการผ่าตัดที่แตกต่างกันเมื่อศึกษาจากข้อมูลในอดีตที่มีการบันทึกไว้ของโรงพยาบาลถึงชนิดของการผ่าตัดในระยะเวลาที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้จึงอาจนำไปใช้เพื่อการวางแผนการให้การดูแลหรือให้การจัดทำแนวทางการจัดการความปวดของผู้ป่วยดีขึ้นในอนาคตต่อไป ข้อมูลการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ได้เก็บรวบรวม ได้แก่ การประเมินระดับความปวดด้วยเครื่องมือต่างๆ รูปแบบการสั่งใช้ยาเพื่อควบคุมอาการปวดและลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยาแก้ปวด

ในการเลือกใช้เครื่องมือเพื่อประเมินความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยในขณะที่ทำการประเมิน หากผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีสามารถใช้มาตรวัดที่เป็นตัวเลข^{๒, ๓} โดยการศึกษาพบการใช้มาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลขเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๔.๑) และมีการใช้มาตรวัดความปวดชนิดคำบรรยาย (ร้อยละ ๕.๖) และการสังเกตสีหน้าและพฤติกรรมของผู้ป่วย (ร้อยละ ๐.๓) โดยที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดไม่ได้รับการประเมินความปวดในช่วงเวลาที่พักรักษาภายหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาที่พบนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Yimyaem และคณะ^{๑๑} ที่ใช้มาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลขเป็นส่วนใหญ่ และรองลงมาคือการใช้มาตรวัดความปวดชนิดคำบรรยาย และผลการศึกษาครั้งนี้ก็สอดคล้องกับคำแนะนำของ Savoia และคณะ^{๑๒} ที่แนะนำให้ใช้มาตรวัดทั้ง ๒ ชนิดในการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่สามารถสื่อสารได้ดีและเข้าใจความหมายของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ส่วนในกรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่สามารถสื่อสารด้วยตัวเองได้ แนะนำให้ใช้การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ^{๑๓} ถึงแม้ว่าการประเมินความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลจะเป็นไปในลักษณะเดียวกับที่ได้มีการแนะนำไว้โดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย^{๑๔} แต่ข้อมูลในด้านความถี่การประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ ๕ พบว่าในวันแรกหลังผ่าตัดมีการประเมินและบันทึกมากที่สุด แต่จะลดลงในวันที่ ๒ และ ๓ ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๕๑) จะได้รับการประเมินความปวดและบันทึกไว้จำนวน ๓ - ๕ ครั้ง ในวันแรกหลังการผ่าตัดและลดลงเหลือวันละ ๑ - ๒ ครั้ง ในวันที่ ๒ และ ๓ (ร้อยละ ๕๓ และ ๕๘.๕ ตามลำดับ) ซึ่งน้อยกว่าที่ได้มีการรายงานโดยภาณี พงษ์จะโปะ และคณะ^{๑๕} ที่ทำการศึกษารื่องการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ ๕ ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยพบว่ามีการบันทึกในวันที่ ๑, ๒ และ ๓ หลังผ่าตัดถึงร้อยละ ๙๘, ๙๕.๒ และ ๘๘ ตามลำดับ แต่ข้อมูลการศึกษาของผู้วิจัยมีความใกล้เคียงกับ

ข้อมูลที่รายงานโดยนิตยา ธีรวิโรจน์ และคณะ^{๖๖} ซึ่งศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบการบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ ๕ ในวันที่ ๑, ๒ และ ๓ หลังผ่าตัดร้อยละ ๖๕.๐, ๔๐.๓ และ ๑๔.๐ ตามลำดับ จากที่พบว่าการประเมินความปวดและบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ ๕ สูงที่สุดเฉพาะในวันแรกและลดลงในวันต่อมา มา อาจเป็นเพราะอาการปวดหลังการผ่าตัดจะมีความปวดสูงสุดในวันแรกและลดลงในวันต่อมาได้ และผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีการฟื้นกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วช้าแตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้ลดความจำเป็นที่จะต้องติดตามผู้ป่วยหลังจากที่อาการปวดนั้นได้หายไปแล้วในผู้ป่วยบางราย อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจึงไม่อาจทราบได้แน่ชัดว่าเป็นเพราะผู้ป่วยมีอาการปวดที่ดีขึ้นแล้วหรือเป็นเพราะไม่ได้รับการประเมินและบันทึกความปวดนั้นไว้ ซึ่งหากเป็นกรณีหลังก็จะมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้รับการดูแลด้านความปวดอย่างเหมาะสมได้

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ ๘๘.๙) มีคะแนนความปวดเฉลี่ยหลังการผ่าตัด ($\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) คือ ๖.๓ $\pm$ ๒.๔ คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิรติ ไจกล้ำ^{๖๗} ที่ทำการศึกษาเรื่องประสบการณ์ความปวด การจัดการกับความปวดและผลของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบระดับความปวดในวันที่ ๑ หลังผ่าตัดเท่ากับ ๗.๔ $\pm$ ๒.๐ คะแนน ในด้านรูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ปวด ในวันแรกหลังการผ่าตัดจะมีการสั่งใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids โดยใช้ Morphine ในขนาด ๓ - ๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งขนาดที่ได้มีการสั่งจ่ายยานั้นก็เป็นขนาดที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยและสามารถควบคุมอาการปวดที่อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ สำหรับรูปแบบการสั่งใช้ยาในวันที่ ๒ และ ๓ หลังการผ่าตัด ได้มีแบบแผนการสั่งจ่ายยาเปลี่ยนเป็นยารับประทาน ได้แก่ Paracetamol ๕๐๐ มิลลิกรัม ครั้งละ ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด ทั้งนี้เป็นเพราะระดับความปวดของผู้ป่วยในวันที่ ๒ และ ๓ ที่มีระดับลดลง (อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง) และสามารถควบคุมอาการปวดได้ด้วยยาที่มีความแรงลดลง ซึ่งสอดคล้องเป็นไปตามแนวทางการจัดการความปวดที่ได้กำหนดไว้โดยองค์การอนามัยโลก^{๖๘} และตามแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดโดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย^{๖๙}

เมื่อพิจารณาถึงผลของการใช้ยาแก้ปวด พบว่าสามารถลดคะแนนความปวดเฉลี่ย ($\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ๓.๙ $\pm$ ๑.๙ คะแนน ($p < ๐.๐๐๑$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับรุนแรงจะมีการตอบสนองต่อการรักษาดีกว่าผู้ป่วยในระดับความปวดอื่นๆ เนื่องจากมีคะแนนความปวดลดลงโดยเฉลี่ยมากที่สุด คือลดลง ๕.๑ $\pm$ ๑.๗ คะแนน และมีการเปลี่ยนระดับความปวดได้มากที่สุด ร้อยละ ๔๔.๔ และมีเพียงร้อยละ ๑.๓ เท่านั้นที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความปวด

อย่างไรก็ดียังมีข้อมูลจากการศึกษาบางส่วนที่แสดงถึงการจัดการความปวดที่ยังไม่เหมาะสม ได้แก่ เมื่อพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความปวดและชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อควบคุมอาการปวดนั้น พบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ในระดับน้อยและระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ ๔๑.๘ และ ๓๑.๑ ตามลำดับ) และผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับรุนแรง จะได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Opioids ร้อยละ ๗๔.๔ หรือ Paracetamol ๕๐๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด ร้อยละ ๑๓.๑ ซึ่งจัดว่าเป็นยาที่ไม่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย^{๖๙} และองค์การอนามัยโลก^{๖๘} ได้แนะนำให้ใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม Non-opioids ถึงแม้ว่าผลการประเมินความปวดจะอยู่ในระดับน้อยหรืออาจใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม Weak opioids ในผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลางและให้ใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม Strong opioids หากมีความปวดในระดับรุนแรง

เมื่อพิจารณาอัตราการประสบความสำเร็จจากการได้รับยาแก้ปวด โดยระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยยา หากมีค่าน้อยกว่า ๔ จัดได้ว่าประสบความสำเร็จจากการได้รับยาแก้ปวด พบว่ามีทั้งสิ้นร้อยละ ๓๓ ซึ่งค่อนข้างน้อย โดยข้อมูลที่ได้นี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจากการจัดการความปวดที่อาจยังไม่ดีพอในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สาเหตุที่ทำให้มีการจัดการความปวดไม่เหมาะสมนั้นได้มีการรายงานไว้โดย Bardiau และคณะ^{๗๐} พบว่า สาเหตุของการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการไม่มีแนวทางในการดำเนินงานและเจ้าหน้าที่ที่มีความวิตกกังวลและกลัวการใช้ยา Morphine เช่น อาการไม่พึงประสงค์ การติดยาและการติดยา จึงเป็นสาเหตุทำให้มีการใช้ยาน้อยกว่าระดับความปวดที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ นอกจากนี้ได้มีการศึกษาของ Schechter^{๗๑} พบว่า

เภสัชกรสามารถมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคู่มือการจัดการความปวดซึ่งประกอบด้วยการรักษาโดยใช้ยาในกลุ่ม Non-opioids และ Opioids ทั้งในด้านขนาดยาเริ่มต้นในผู้ใหญ่และเด็ก ข้อควรระวังและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาดังนั้นการมีเภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการให้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจช่วยให้มีการใช้ยาแก้ปวดได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปตามระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นได้

สำหรับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มีประมาณร้อยละ ๖ ส่วนใหญ่เป็นอาการง่วงซึม โดยน่าจะเป็นผลจากการใช้ยาในกลุ่ม Opioids ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มนี้จึงควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

จากการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงแนวทางการจัดการความปวดที่มีการปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาล ซึ่งถึงแม้ว่าจะได้ทำการประเมินความปวดของผู้ป่วยแล้ว แต่หากมีการกระตุ้นเตือนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอและสามารถกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ ๕ โดยเฉพาะในวันที่ ๑, ๒ และ ๓ หลังการผ่าตัด และหากสามารถประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวด ก็จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาด้านความปวดได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ประกอบการจัดทำแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแก่ผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ ๑) ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๒๑ - ๖๐ ปี (ร้อยละ ๖๙) ทำให้ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรในทุกกลุ่มอายุได้ และ ๒) การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัยยังมีข้อจำกัด ทั้งนี้เป็นเพราะลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ง่วงซึม อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น ผลจากการผ่าตัดหรือยานำสลบ นอกเหนือจากการใช้ยา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้คือ การประเมินความปวดถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรเพิ่มความตระหนักและนาระดับคะแนนความปวดมาใช้ประโยชน์ให้มากขึ้นได้เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดที่ดีขึ้น การศึกษาแบบแผนการสั่งใช้ยาแก้ปวด ควรมีการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective study) ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่มี

ความครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แล้วหากพบปัญหาในการใช้ยาสามารถปรึกษากับทีมผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยได้ทันที

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

๑. Merskey H. Taxonomy and classification of chronic pain syndromes. In: Benzon HT, Rathmell JP, Wu CL, et al., editors. *Raj's Practical Management of Pain*. Philadelphia, PA: Mosby; 2008. p.13-18.
๒. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. ๒๕๕๔.
๓. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534-40.
๔. Phillip DM. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) pain management standards are unveiled. *JAMA* 2000;284:428-9.
๕. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth* 2008;101:77-86.
๖. Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) and Faculty of Pain Medicine. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. 3rd ed. 2010.
๗. Savoia G, Alampi D, Amantea B, Ambrosio F, Arcioni R, Berti M, et al. Postoperative pain treatment SIAARTI Recommendations 2010 Short version. *Minerva Anestesiol* 2010;76:657-67.
๘. ภาณิ พงษ์จะโปะ, กชกร พลาชีวะ, ศจีมาศ แก้วโคตร, สุนันทา แผ่นจินดา, นงเยาว์ เรืองสา, สมบูรณ์ เทียนทอง, และคณะ. การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่หาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. *ศรีนครินทร์เวชสาร* ๒๕๕๙;๒๑:๑๘๒-๗.
๙. Jensen MP, Martin SA, Cheung R. The meaning of pain relief in a clinical trial. *J Pain* 2005;6:400-6.

๑๑. Yimyaem PR, Kritsanaprakornkit W, Thienthong S, Horatanaruang D, Palachewa K, Tantanatewin W, et al. Post-operative pain management by acute pain service in a University Hospital, Thailand. *Acute Pain* 2006; 8:161-7.

๑๒. นิตยา ธีรวิโรจน์, อมรรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพร กว้างนอก, สุจิตรา สุขผดุง, ภูวดล กิตติวัฒนาสาร. การศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ๒๕๕๔;๒๙:๓๓-๔.

๑๓. อภิรดี ใจกล้า. ประสบการณ์ความปวด การจัดการกับความปวด และผลของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๕.

๑๔. Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, Boogaerts JG, Stadler. M. An Intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesth Analg* 2003; 96:179-85.

๑๕. Schechter LN. Advances in postoperative pain management: The pharmacy perspective. *Am J Health-Syst Pharm* 2004;61:s15-21.

Abstract

Postoperative pain management in adult abdominal surgical patients in general surgical department, Nopparat Rajathanee Hospital

Jiraporn Kumkaew, Siripan Phattananudee, Nutthada Areepium

Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

Introduction: The research aim was to study the postoperative pain management system in abdominal surgical patients.

Method: Retrospective data collection from patient medical records during January to February 2013.

Result: There were 100 patients from general surgical department, Nopparat Rajathanee Hospital (512 beds) in this study. Appendicitis was the major cause of having surgery. The numerical rating scale was used for assessing pain in most of the patients. All patients received pain evaluation, but with different frequency in each day. The pain evaluation was performed approximately 3 - 5 times/day (1st day after surgery), and decreased to 1 - 2 times/day (2nd and 3rd days after surgery). Pain score evaluated at the first time after surgery was 6.4 ± 2.3 and decreased to 2.4 ± 1.8 ($p < 0.001$) after analgesics treatment (pain score reduction of 3.9 ± 1.9). Analgesic regimen ordered for controlling severe pain was morphine 3 mg intravenous every 4 hrs prn. Sedative was the common reported adverse effect, and resulted from morphine, however it was the manageable adverse effect.

Discussion and Conclusion: Postoperative pain management from analgesics can significantly decrease pain score. However, adjustment for the frequency of pain evaluation is needed for the better pain management system. Pain evaluation as the fifth vital sign can provide the opportunity to monitor and manage the pain with the drug and regimen that suited the pain scores.

Key words: Pain management, Abdominal surgery, General surgery