

Post operative Pain management in post anesthetic care unit in Maha Sarakham Hospital

Niyana Chaiyong , BN.S.

Supapan Chansod, BN.S.

Punyisa Srisan, BN.S.

Supavadee Naulon, MD.

Mahasarakham Hospital

Abstract

Post operative pain usually produces acute pain that it causes suffering in patients. An efficient pain treatment can help decrease physical and psychological damage. Otherwise an inadequate pain treatment can effect decreasing in responding pain stimulation and having complication.

Objective : To determine pain score in patients using post operative pain guideline used in anesthesia unit, Maha Sarakham hospital; and to develop quality improvement pain guideline to improve treatment outcomes for patients with acute pain.

Method : patients were randomized, 10 to 65 years old and over 65 years, during 1 July to 31 December 2009, PACU in Maha Sarakham hospital. The patients were advised the NRS and VRS pain score before induction. After operation, they were cared in PACU for pain relief by using the post operative pain management guideline.

Result : The findings revealed that 242 patients, 10 to 65 years old patients with 50 kgs weight and more, received narcotic with the mean of 0.081 mg/kg/hr. comparing with morphine dose; and the mean of pain score is 5.10. Also, in 91 patients with less 50 kgs weight received narcotic showing the mean of 0.99 mg/kg/hr. and pain score is 4.85. In addition, in 16 patients of age group over 65 years with 50 kgs and more, had the mean of receiving narcotic and pain score, 0.89 mg/kg/hr. and 5.31 in order. Moreover, in 7 patients with less 50 kgs weight had the mean of 0.07 mg/kg/hr. in receiving narcotic and 6.16 in pain score.

Conclusion : This study showed that narcotic dose in this guideline was inadequate analgesia of the two age groups in PACU, having pain score more than 4 in 60 minutes. Consequently, an improvement further pain guideline should be done.

Keywords : Post operative Pain management in post anesthetic care unit.

รูปแบบการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัว โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2551

นัยนา ไชยวงศ์, พย.บ.

สุภาพรณ จันสด, พย.บ.

ปณณิสรา ศรีสาร, พย.บ.

สุภาวดี นวลอ่อน, พ.บ.

งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

โดยปกติความปวดที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ทำให้เกิดความปวดชนิดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน การดูแลรักษาความปวดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดผลเสียที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกด้านหนึ่ง หากการดูแลรักษาความปวดที่ด้อยประสิทธิภาพ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่หายปวดแล้ว ยังทำให้ลดการตอบสนองต่อความปวดลดลงนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์ : การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อในการค้นหาระดับความปวด ที่ใช้ใน Post operative pain management guideline ที่ใช้ในแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม และเพื่อศึกษาแนวทางการดูแลความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้การบริหารมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยจำนวน 365 ราย โดยการสุ่มผู้ป่วยอายุ 10 ถึง 65 ปี และอายุมากกว่า 65 ปี ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2551 - 31 ธันวาคม 2551 ที่ห้องพักรักษาตัว โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวด ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังผ่าตัดผู้ป่วย จะได้รับการดูแลตามรูปแบบ การให้ยาระงับปวดที่ห้องพักรักษาตัว

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 242 รายในกลุ่มอายุ 10 ปีถึง 65 ที่มีน้ำหนัก ≥ 50 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ยการได้รับยาระงับปวดเท่ากับ 0.81 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับความแรงเป็น Morphine และ มีค่า pain score เฉลี่ยเท่ากับ 5.10 ส่วนกลุ่มที่มีน้ำหนัก < 50 กิโลกรัมจำนวน 91 ราย มีค่าเฉลี่ยของการได้รับยาระงับปวดเท่ากับ 0.99 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง และมีค่า pain score เฉลี่ยเท่ากับ 4.8 นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี น้ำหนัก ≥ 50 กิโลกรัม จำนวน 16 ราย พบว่ามีค่าเฉลี่ยของการได้รับยาระงับปวดเท่ากับ 0.89 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง และค่า pain score เฉลี่ยเท่ากับ 5.31 ส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก < 50 กิโลกรัมจำนวน 7 ราย พบว่าได้รับยาระงับปวดเฉลี่ย 0.07 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง และมีค่า pain score เฉลี่ยเป็น 6.16

สรุป : การศึกษาครั้งนี้ พบว่าปริมาณยาระงับปวดที่ใช้ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ตามรูปแบบการที่กำหนดขึ้นนี้ พบว่ายังไม่เพียงพอ คือ มีค่า pain score มากกว่า 4 ในการดูแลผู้ป่วยภายใน 1 ชั่วโมง ด้วยเหตุนี้ ควรมีการพัฒนา รูปแบบการให้ยาแก้ปวดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : รูปแบบการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัว.

ความปวดหลังผ่าตัดจัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดเป็นการรักษาโรคชนิดหนึ่ง ซึ่งมีผลให้ร่างกายเกิดบาดแผลและรู้สึกปวดซึ่งเป็นธรรมชาติของร่างกาย^{1,2} เพื่อเตือนให้รู้ถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือโรค อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในห้องพักรักษา ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน การรักษาการปวดอย่างเหมาะสมจะช่วยลดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ส่วนการระับปวดที่ดีอยู่ประสิทธิภาพ^{3,4} นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่หายปวดแล้วยังจะทำให้ผู้ป่วยลดการตอบสนองของร่างกายต่อความปวด อันอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบหายใจ เช่น หายใจน้อยลง หรือไม่ยอมไอเอาเสมหะออก ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และแรงต้านปลายทางของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ในขณะที่ปอดทำงานน้อยลง มีผลทำให้ออกซิเจนในเลือดน้อยลง ดังนั้นในระยะหลังผ่าตัดจึงอาจเกิดภาวะ myocardial ischemia^{5,6} ได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว ความปวดมักทำให้ผู้ป่วยนอนอยู่นิ่งๆ ไม่ยอมขยับ จึงทำให้หลอดเลือดดำไหลเวียนได้ไม่ดี เมื่อมีปัจจัยอื่นเสริม เช่น เลือดมี Coagulability เพิ่มขึ้นจากการวางยาสลบและการผ่าตัด จึงทำให้เกิด deep vein thrombosis และ pulmonary embolism ได้การกระตุ้นระบบ Sympathetic ทำให้ regional blood flow ที่ไปเลี้ยงอวัยวะดังกล่าวได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอและอาจทำให้แผลหายช้าเป็นต้น^{5,11} ความปวดมีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ อันทำให้เกิดภาวะเครียดของร่างกาย โดยการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดออกมา^{12,13,14} ฮอร์โมนดังกล่าวมีผลทำให้เกิดภาวะผิดปกติขึ้นในร่างกาย เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น การสลายตัวของโปรตีนเพิ่มขึ้น มีการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย บาดแผลหายช้า และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง นอกจากนี้ ยังมีผลต่ออารมณ์จิตใจของผู้ป่วย มีความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า มีผลต่อระบบทางเดินอาหารและทางเดิน

ปัสสาวะ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืด ทำให้เกิดการคลื่นไส้อาเจียน และปัสสาวะลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องนอนบนเตียงนานๆ และมีบาดแผลบริเวณท้องน้อยหรือบริเวณอุ้งเชิงกราน จะเห็นได้ว่าอาการปวดมีผลกระทบต่ผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผลกระทบดังกล่าวเกี่ยวเนื่องกัน ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น⁸ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาโรงพยาบาลมหาสารคามนั้น ได้มีการจัดทำแผนภูมิขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เริ่มใช้แผนภูมิครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2543 และเนื่องจากทางโรงพยาบาลมหาสารคามกำลังจะจัดตั้งทีมบริหารความเจ็บปวดขึ้นในปีงบประมาณ 2552 จึงได้มีการสำรวจการใช้แผนภูมิการระับปวดแบบเก่า ในเดือนมิถุนายน 2551 พบว่ายังมีผู้ป่วยประมาณ 70 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงแต่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จึงได้สัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาลที่หมุนเวียนกันปฏิบัติหน้าที่ในห้องพักรักษา เพื่อหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคทำให้การระับปวดไม่เป็นไปตามแนวทางการระับปวดที่กำหนดขึ้นได้แก่ วิสัญญีพยาบาลผู้ให้บริการในห้องพักรักษา ร้อยละ 70 มีความรู้สึกเกรงใจผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะที่ไม่ถึงกับหลับแต่พักได้ จึงไม่ยอมปลุกผู้ป่วยเพื่อประเมินความเจ็บปวด ร้อยละ 90 เห็นว่าอัตราการกำลังไม่เพียงพอ ร้อยละ 90 เห็นว่าการประเมินความปวดทุก 5 นาที เป็นเรื่องยาก ร้อยละ 80 เป็นเรื่องยากต่อการรายงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเนื่องจากวิสัญญีแพทย์มีอัตราการกำลังไม่เพียงพอ จึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาปรับปรุงแผนภูมิการให้ยาระับปวด ในห้องพักรักษาอีกครั้ง

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษารูปแบบการระับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาโรงพยาบาลมหาสารคาม

สมมติฐานในการวิจัย

การให้ยาระับปวดในห้องพักรักษาตามแผนภูมิที่ปรับปรุงใหม่ สามารถบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยได้

แผนภูมิการระงับปวด

แผนภูมิที่มีการปรับปรุงใหม่ มีความแตกต่างจากแผนภูมิเดิม ดังนี้

1. การใช้เครื่องมือประเมินอาการปวด แผนภูมิเก่าประเมินอาการโดยใช้ Numeric Rating Scales (NRS) เพียงอย่างเดียว โดยให้ประเมินเป็น 0-10, 0 = ไม่ปวด, 10 = ปวดมากที่สุด ในขณะที่แผนภูมิแบบใหม่ให้ประเมินอาการปวด ด้วย NRS ก่อนถ้าผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ ให้ประเมินด้วย Verbal Rating Scales (VRS) โดยประเมินแยกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ปวด, ปวดเล็กน้อย, ปวดปานกลาง หรือปวดมากที่สุด

2. ปรับขนาดยาระงับปวดตามน้ำหนักตัว ผู้ป่วย

อายุ $\geq 10-65$ ปี	น้ำหนักตัว ≥ 50 kg. เก้า MO 1 mg.IV/ ใหม่ MO 3 mg.IV
	น้ำหนักตัว < 50 kg. เก้า MO 2 mg.IV/ ใหม่ MO 2 mg.IV
อายุ > 65 ปี	น้ำหนักตัว ≥ 50 kg. เก้า MO 1 mg. IV/ ใหม่ MO 2 mg.IV
	น้ำหนักตัว < 50 kg. เก้า MO 0.5 mg.IV/ ใหม่ MO 1 mg.IV

โดยผู้ป่วยที่มีระดับการปวด NRS ≥ 5 หรือปานกลางถึงมาก เป็นกลุ่มที่ควรได้รับยาแก้ปวด โดยประเมินทุก 5 นาที ถ้าผู้ป่วยหลับให้ประเมินทุก 15 นาที ทั้งนี้ อ้างอิงความสัมพันธ์ระหว่าง NRS หรือ VRS

NRS	VRS
0 - 1	ไม่ปวด
2 - 4	ปวดเล็กน้อย
5 - 6	ปวดปานกลาง
7 - 10	ปวดมาก

แผนภูมิการระงับปวดที่ปรับปรุงใหม่ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากวิสัญญีแพทย์ทุกท่านและได้มีการประชาสัมพันธ์ให้วิสัญญีพยาบาลในหน่วยงานได้รับทราบแล้ว¹² (ดังแผนภูมิที่ 1) โดยประกาศให้รับทราบวันที่ 25 มิถุนายน 2551

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระดับความปวดแรกพบไว้ดูแลในห้องพักฟื้น การได้รับยาระงับปวดและระดับความปวดนาที่ 60 ของผู้ป่วยจำนวน 356 ราย³ ที่ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตั้งแต่ อายุ 10 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ได้รับการสอนเรื่องการประเมินความปวดของตนเองและได้รับการดูแล

ต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม 2551

ผลการศึกษา

จากการศึกษารูปแบบการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้รวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2551 สุ่มเก็บตัวอย่างจำนวน 356 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการสอนวิธีประเมินความปวดของตัวเอง มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ถอดท่อช่วยหายใจ และได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น โดยมีอายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ประเภท (N = 356)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	142	214
	หญิง	39.9	60.1
อายุ (ปี)	10 - 65	330	92.7
	>65	26	7.3
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	30 - 50	98	27.5
	>50	258	72.5
แผนก	ศัลยกรรมทั่วไป	148	41.6
	ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	40	11.2
	ตา	4	1.1
	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	58	16.8
	สูติกรรม	19	5.3
	นรีเวชกรรม	73	20.5
	ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า	14	3.9

จากผลของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแรกเริ่ม จำนวน 344 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.62 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินแรกเริ่ม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.37 (ระบุสาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยนอนหลับ เจ้าหน้าที่ไม่ต้องการรบกวนผู้ป่วย จำนวน 7 ราย อยู่ในช่วงเปลี่ยนพักรับประทานอาหารกลางวัน ซึ่งมีบุคลากรน้อย จำนวน 3 ราย และไม่ระบุสาเหตุ จำนวน 2 ราย) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแรกเริ่มมีระดับความปวด numerical rating

scales คะแนน 0-1 จำนวน 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.10 คะแนน 2 - 4 จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.95 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถพักผ่อนได้และไม่ต้องการยาระงับปวดเพิ่ม ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดคะแนน 5 - 6 จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.89 คะแนน 7 - 10 จำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.68 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาอาการปวดเพิ่มเติม ผลการศึกษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละระดับความปวดแรกวันที่ห้องพักฟื้น แยกตามแผนกผู้ป่วยที่รับบริการ

ระดับ ความปวด แรกวันที่ห้อง พักฟื้น	แผนกที่ผู้ป่วยได้รับการประเมิน								ร้อยละ
	ศัลยกรรม ทั่วไป	ศัลยกรรม ทางเดิน ปัสสาวะ	ตา	ศัลยกรรม กระดูก และข้อ	สูติกรรม	นรี เวชกรรม	ศัลยกรรม ช่องปาก และ ใบหน้า	รวม	
0-1	66	21	3	16	5	39	7	157	44.10
2-4	30	3	1	9	8	18	2	71	19.95
5-6	5	3	0	7	3	2	1	21	5.89
7-10	41	13	0	24	2	14	1	95	26.69
ไม่ได้รับการ ประเมินแรกวัน	6	0	0	2	1	0	3	12	3.37
รวม	148	40	4	58	19	73	14	356	100

จากผลของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่เวลานาทีที่ 60 ในห้องพักฟื้น จำนวน 271 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.12 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินที่เวลานาทีที่ 60 ในห้องพักฟื้น จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.88 (ระบุสาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยนอนหลับเจ้าหน้าที่ไม่ยกรับกวานผู้ป่วย จำนวน 42 ราย อยู่ในช่วงเปลี่ยนพักรับประทานอาหารกลางวัน ซึ่งมีบุคลากรน้อย จำนวน 10 ราย ประเมินไม่ทันจำนวน 18 ราย และไม่ระบุสาเหตุ จำนวน 15 ราย)

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินที่เวลานาทีที่ 60 ในห้องพักฟื้น มีระดับความปวด numerical rating scales คะแนน 0 - 1 จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.55 คะแนน 2 - 4 จำนวน 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.49 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถพักผ่อนได้และไม่ต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่ม ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดคะแนน 5 - 6 จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.99 คะแนน 7 - 10 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.08 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาอาการปวด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละระดับความปวดนาที่ 60 ในห้องพักฟื้น แยกตามแผนกผู้ป่วยที่รับบริการ

ระดับ ความปวด นาที่ 60 ในห้องพักฟื้น	แผนกที่ผู้ป่วยได้รับการประเมิน								ร้อยละ
	ศัลยกรรม ทั่วไป	ศัลยกรรม ทางเดิน ปัสสาวะ	ตา	ศัลยกรรม กระดูก และข้อ	สูติกรรม	นรี เวชกรรม	ศัลยกรรม ช่องปาก และ ใบหน้า	รวม	
0-1	17	6	0	6	1	3	1	34	9.55
2-4	76	21	3	29	10	45	10	194	54.49
5-6	8	1	0	10	4	9	0	32	8.99
7-10	4	4	0	2	0	1	0	11	3.08
ไม่ได้รับ การประเมิน นาที่ 60	43	8	1	11	4	15	3	85	23.87
รวม	148	40	4	58	19	73	14	356	100

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วย อายุ 10 - 65 ปี ที่มีน้ำหนัก ≥ 50 kg. จำนวน 242 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.97 มีระดับความปวดแรกรับ อยู่ในระดับเฉลี่ย 3.63 ค่าเฉลี่ยยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับขนาดเทียบความแรงเป็น morphine คือ 0.081 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง แต่เมื่อได้รับการดูแลรักษาที่ห้องพักฟื้นภายใน 60 นาทีแรก และประเมินระดับคะแนนปวด พบว่าค่าเฉลี่ย 5.10 ส่วนกลุ่มผู้ป่วย อายุ 10-65 ปี จำนวน 91 ราย น้ำหนัก < 50 kg. คิดเป็นร้อยละ 25.57 ที่มีระดับความปวดแรกรับอยู่ในระดับเฉลี่ย 4.16 ค่าเฉลี่ยยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับเทียบความแรงเป็น morphine คือ 0.099 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง แต่เมื่อได้รับการดูแลรักษา ที่ห้องพักฟื้นภายใน 60 นาที และประเมินระดับคะแนนปวด พบว่าค่าเฉลี่ย 4.85 ส่วน

กลุ่มผู้ป่วย อายุ > 65 ปี ที่มีน้ำหนัก ≥ 50 kg. จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.49 มีระดับความปวดแรกรับอยู่ในระดับเฉลี่ย 4.87 ค่าเฉลี่ยยาระงับปวด ที่ผู้ป่วยได้รับเทียบความแรงเป็น morphine คือ 0.089 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง แต่เมื่อได้รับการดูแลรักษาที่ห้องพักฟื้นภายใน 60 นาที และประเมินระดับคะแนนปวด พบว่าค่าเฉลี่ย 5.31 ส่วนกลุ่มผู้ป่วย อายุ > 65 ปี ที่มีน้ำหนัก < 50 kg. จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.97 มีระดับความปวดแรกรับอยู่ในระดับเฉลี่ย 4.25 ค่าเฉลี่ยยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับเทียบความแรงเป็น morphine คือ 0.070 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง แต่เมื่อได้รับการดูแลรักษาที่ห้องพักฟื้นภายใน 60 นาที และประเมินระดับคะแนนปวด พบว่าค่าเฉลี่ย 6.16 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบ น้ำหนัก ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดแรกรับ ค่าเฉลี่ยระดับความปวดนาที่ 60 และค่าเฉลี่ยยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับเทียบความแรงเป็น morphine (mg/kg/hr)

อายุ (ปี)	น้ำหนัก (kg)	จำนวน ผู้ป่วย	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยระดับ ความปวด แรกรับ	ค่าเฉลี่ยยาระงับปวด ที่ผู้ป่วยได้รับขนาด เทียบเคียงให้เป็น morphine (mg/kg/hr)	ค่าเฉลี่ยระดับ ความปวด นาที่ 60
10 - 65	50	242	67.97	3.63	0.081	5.10
	< 50	91	25.57	4.16	0.099	4.85
> 65	50	16	4.49	4.87	0.089	5.31
	< 50	7	1.97	4.25	0.070	6.16

ค่าเฉลี่ยของอายุทั้งหมด 41.07

ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักผู้ป่วยทั้งหมด 57.0

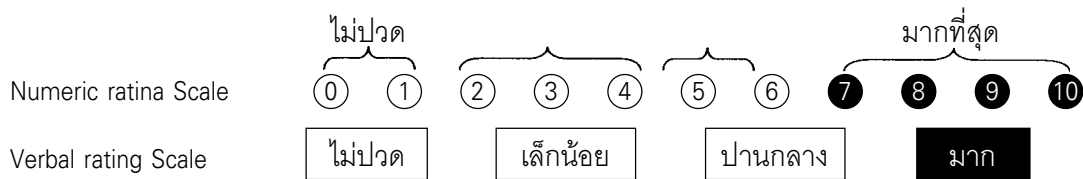
สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการระงับปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม ฉบับปี พ.ศ. 2551 ที่จัดทำขึ้นสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดีขึ้นอีกระดับหนึ่ง เนื่องจากช่วยดูแลให้ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดแรกรับในห้องพักฟื้นที่มีคะแนนมากกว่า 4 ขึ้นไป ลดจำนวนลงจาก 116 ราย เป็น 43 ราย แต่เนื่องจากระดับความปวดเฉลี่ยที่นาที่ 60 หลังเข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้นมากกว่า ในทุกกลุ่มทำให้ผู้ดูแลในห้องพักฟื้นต้องดูแลผู้ป่วยนานขึ้นเพื่อให้ยาระงับปวดปริมาณมากขึ้น จนกระทั่งระดับความ

ปวด มีคะแนนลดลงไม่เกิน 4 จึงส่งกลับหอผู้ป่วย ควรมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยเพิ่มปริมาณยาที่ให้ในแต่ละครั้งให้มากกว่าปริมาณยาเฉลี่ยที่ได้รับอยู่เดิม ซึ่งกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้นำผลการศึกษามาสรุปและวิเคราะห์ แล้วปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลมหาสารคาม ฉบับปี พ.ศ. 2552 ดังแผนภูมิที่ 2

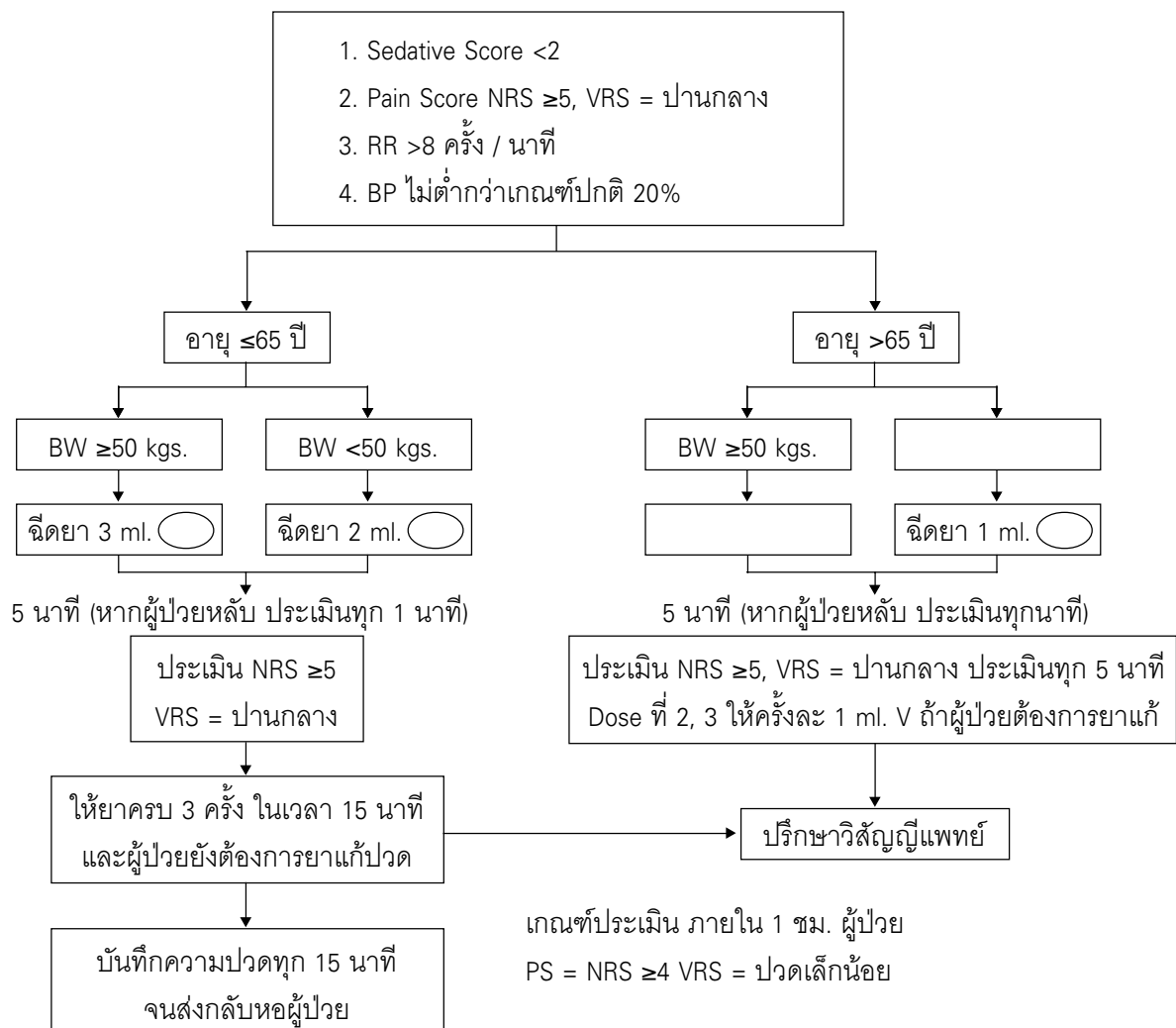
แผนภูมิที่ 1 การให้ยาระงับปวดเข้าหลอดเลือดดำในห้องพักฟื้นอายุ ≥10 ปี

Sedation score 0 : รู้ตัวดี, 1 : ง่วงบางครั้ง, 2 : ง่วงมากแต่เรียกรู้ตัว, 3 : หลับเรียกไม่รู้ตัว



- ยาที่ใช้
1. MO 10 mg. หรือ
 2. Fentanyl 100 mg. หรือ ผสมเป็น 10 มล.
 3. Pethidine 100 mg. เมื่อมี shivering ร่วมด้วย

ผู้ป่วยที่พิจารณาให้ยาระงับปวดใน RR



แผนภูมิที่ 2 การให้ยาระงับปวดเข้าหลอดเลือดดำในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยอายุมากกว่า 10 ปี (ปี 2552)

Sedation score 0 : รู้ตัวดี, 1 : ง่วงบางครั้ง, 2 : ง่วงมากแต่เรียกรู้ตัว, 3 : หลับเรียกไม่รู้ตัว

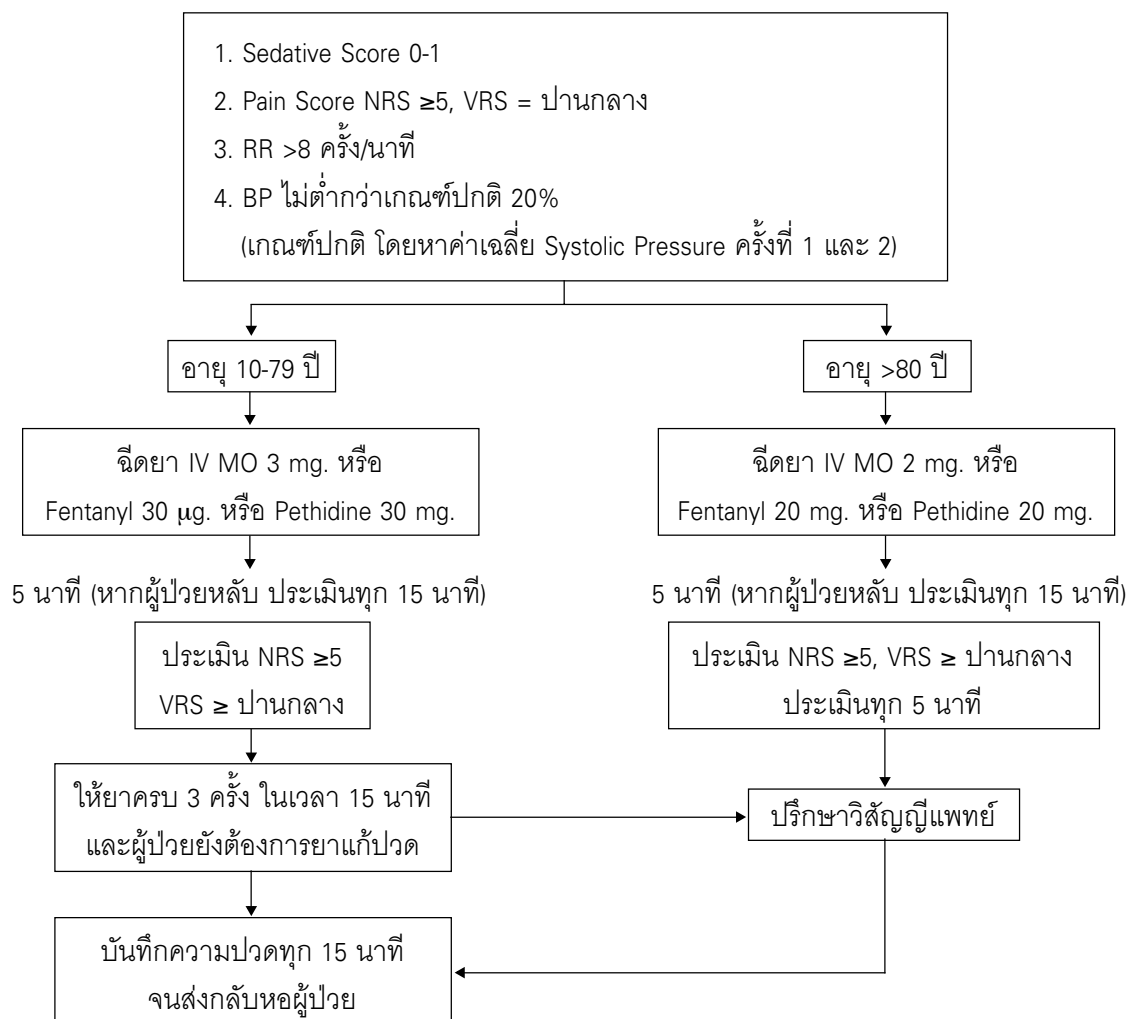
	ไม่ปวด						
Numeric rating Scale	①	②	③	④	⑤	⑥	
	⑦	⑧	⑨	⑩	ปวดมากที่สุด		
Verbal rating Scale	ไม่ปวด		เล็กน้อย		ปานกลาง		มากที่สุด
สัญลักษณ์ในใบ RR	(No)	(น)	(ป)	(ม)	(มส)	S (หลับ)	

ยาที่ใช้

1. MO 10 mg. หรือ
2. Fentanyl 100 µg. หรือ
3. Pethidine 100 mg. เมื่อมี shivering ร่วมด้วย

ผสมเป็น 10 ml.

ผู้ป่วยที่พิจารณาให้ยาระงับปวดใน RR



เกณฑ์ประเมิน ภายใน 1 ชม. ผู้ป่วย
PS = NRS ≥4 VRS = ปวดเล็กน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. สมบูรณ์ เทียนทอง. การระงับปวดหลังผ่าตัด. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2544.
2. สมบูรณ์ เทียนทอง. การระงับปวดหลังผ่าตัด (Acute Pain Management) ขอนแก่น; โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2548.
3. สถาพร ลีลำนันทกิจ. การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์แอสมีโก้; 2550.
4. วราภรณ์ เชื้ออินทร์ และ สิริรัตน์ ตริพุทธรัตน์. วิสัญญีวิทยาคลินิก. ขอนแก่น; คลังนานาวิทยา; 2544.
5. Kehleth. Principle of postoperative pain relief : Postoperative pain, Guideliness of management. Basel : Reinhardt Druch 1995 : 25-7.
6. Wang Ju, Nauoss LA, Thomas JE. Pain relief by intrathecally applied morphine in man, Anesthesiology 1997; 50 : 149-51.
7. เทวรักษ์ วีระพัฒน์กานนท์. การทำวิจัยทางวิสัญญี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
8. วิชัย อธิชัยกุลกล และคณะ. ตำราพื้นฟูวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ ฯ; ทองพูนการพิมพ์, 2546.
9. วิชัย อธิชัยกุลกล และคณะ. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ ฯ; ส.เอเซียเพรส; 2548.
10. วรณา สมบูรณ์วิบูลย์ และคณะ. วิสัญญีวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ; เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2543.
11. Ready LB. Acute Postoperative Pain. In : Miller RD, ed. Anaesthesia, 4th ed N Livingstone 1994; 2327-2344.
12. Durbin CG Jr. Problems with analgesia in the postanesthesia care unit. Problems in Aneathesia 2000; 12 : 254-64.
13. Chapman CR. Assessment Of pain. In : Nimmo WS,ed. Anaesthesia. London : The Eden Press, 1994 : 1536-56.
14. อังกาบ ประการรัตน์ และคณะ. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2542.

