

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดเฉียบพลันแบบรุนแรงหลังผ่าตัด1ชั่วโมงระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมและแบบใหม่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

พัทยา สมใจเพ็ง, พย.บ.*

วันเพ็ญ กันกา, พย.บ.*

ชนิษฐา พันธุ์สุวรรณ, พย.บ.**

เพชรประภา ทองศรีจันทร์, พบ., ว.ว.***

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรงในนาที่ที่ 60 หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมกับแบบใหม่ การทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม เปรียบเทียบ 2 กลุ่มและอำพรางฝ่ายเดียว ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและได้รับการระงับความรู้สึกด้อยด้วยวิธีการดมยาสลบในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลในห้องพักฟื้น ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561 จำนวน 204 คน โดยแบ่งกลุ่มแบบสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เป็นกลุ่มแนวทางการระงับปวดแบบเดิม (102 ราย) ผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีน 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 10 นาที เมื่อคะแนนปวดมากกว่า 3 คะแนน และกลุ่มแนวทางการระงับปวดแบบใหม่ (102 ราย) ผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีน 2, 4 และ 6 มิลลิกรัม ตามคะแนนปวด 1-3, 4-6 และ 7-10 คะแนนตามลำดับ บันทึกคะแนนปวดที่นาที่ที่ 5, 30, 45 และ 60 นาทีเครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แบบข้อมูลการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัด และแบบบันทึกข้อมูลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโคสแควร์

ผลการศึกษา ภายหลังผ่าตัดนาที่ที่45กลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบใหม่ มีระดับความปวดน้อย ร้อยละ 56.9 ปวดปานกลางร้อยละ17.6 กลุ่มที่ได้รับการระงับปวดแนวทางเดิมมีระดับความปวดน้อย ร้อยละ 38.2 ปวดปานกลางร้อยละ 37.5.ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p=0.009$) ส่วนนาที่ที่ 5, 30 และ 60 ทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความปวดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญโดยนาที่ที่60 พบอาการปวดระดับรุนแรงในกลุ่มใหม่และเก่าคือ ร้อยละ 7.8 และ5.9ตามลำดับพบอาการคลื่นไส้อาเจียนเพียง 1 รายในกลุ่มแนวทางใหม่ ไม่พบอาการข้างเคียงอื่นๆที่รุนแรง เช่น กดการหายใจในทั้ง 2 กลุ่ม

สรุป แนวทางการระงับปวดแบบใหม่เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการระงับปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในห้องพักฟื้นที่มีความปวดระดับรุนแรง เพราะสามารถลดอาการปวดที่ 45 นาที่หลังผ่าตัดได้ดีกว่าแนวทางการระงับปวดแบบเดิม โดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ : ความปวดเฉียบพลัน แนวทางการระงับปวดหลังผ่าตัด ผ่าตัดทางช่องท้อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี

***พ.บ.ว.ว. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

A Comparison of Traditional and New Acute Postoperative Pain Guideline on Severe Postoperative Pain Score at 1 Hour in Patients Undergoing Abdominal Surgery at Chaoprayayommarat Hospital

Pataya somjaipheng

Wenpen Kunka

Khanistha Pansuwan

Phetprapa Thongsrichan

Abstracts

Objective: To compare the proportion of the patients with severe pain score at 60 minutes after the surgery between the group that received a conventional and new postoperative pain management guideline.

Materials and methods: A randomized, single-blind clinical trial was done in patients receiving abdominal surgery and general anesthesia at Chaoprayayommarat hospital Suphanburi. The data were collected in the recovery room, between January, 1 2017 and October, 31 2018. The samples were randomized by using the computer-based random number generators to a conventional postoperative pain management guideline group (n=102) received intravenous morphine 3 mg every 10 minutes when pain scores (numeric rating scale; NRS) >3 and a new postoperative pain management guideline (n=102) group received 2, 4 and 6 mg of morphine if NRS 1–3, 4–6 and 7–10, respectively. NRS at 5, 30, 45 and 60 minutes were recorded. The instrument used recording the basic information. Information to anaesthesia during surgery. Save the information in the recovery room after surgery. Data were analysed with a chi-square test.

Results: At 45 minutes postoperative surgery, mild NRS in the new group (56.9 %) Moderate pain 17.6%, was statistically significant greater than the conventional group (38.2 %) Moderate pain 37.5%, $p=0.009$. At 5, 30 and 60 minutes postoperative surgery, there were not statistically significant difference of NRS between 2 groups. Severe NRS in the new and conventional group was 7.8% and 5.9%, respectively. We found only one person had nausea and vomiting. No other adverse events such as respiratory depression were found in both group.

Conclusion: A new postoperative pain management guideline is an alternative in severe acute pain treatment in patients undergoing abdominal surgery due to better pain control at 45 minutes than an old one in the recovery room without severe adverse event.

Key words: acute pain postoperative pain guideline abdominal surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลันที่เป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยต้องเผชิญเมื่อฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีการทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจำนวนมาก(บุญญภัทร ชาติพัฒนานันท์, 2560) ผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงถึงร้อยละ 88 โดยร้อยละ 95 จะปวดมากในวันแรกและลดลงเหลือร้อยละ 76 และ 49 ในวันต่อมา(จุฑารัตน์ สว่างชัย , ศรีสุดา งามขำ , 2560) การระงับปวดเฉียบพลันด้วยยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์อย่างมีประสิทธิภาพในห้องพักรฟื้น สามารถลดการเกิดความปวดเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน เช่น ออกซิเจนในเลือดต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปอดติดเชื้อ หัวใจขาดเลือด เป็นต้น การให้ยาแก้ปวดอย่างทันทั่วถึงแก่ผู้ป่วยด้วยปริมาณที่เหมาะสมช่วยทำให้ร่างกายฟื้นตัวเร็ว ลดจำนวนวันและค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลได้(นัทธมน วุฒานนท์, วัชรภรณ์ หอมดอก, สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, นงนุช บุญอยู่, นาทฤดี พงษ์เมธา และลลารัตน์ ลาภินันท์, 2551), (ยศพล เหลืองโสมนภาและศรีสุดา งามขำ, 2556) แต่การให้ยาแก้ปวดในปริมาณมากเกินไปเพื่อหวังผลระงับปวดอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น หายใจลำบาก หดความสามารถรู้สึกได้เช่นกัน (ปิยะดา บุญทรง, 2559) โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ มีการนำแนวทางการระงับปวดแบบเดิมซึ่งวิสัญญี

แพทย์และวิสัญญีพยาบาลกำหนดร่วมกันในการดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้นตั้งแต่พ.ศ. 2550 ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักในห้องพักรฟื้น คือ วิสัญญีพยาบาล (สุกัญญา เดชอาคม, อังศุมาศ หวังดี และอัญชลา จิระกุลสวัสดิ์, 2557) จากมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล วิสัญญีพยาบาลสามารถตัดสินใจให้ยาแก่ผู้ป่วยได้เอง ในการระงับความรู้สึกทั่วไปและการบริหารความปวดหลังผ่าตัด โดยอยู่ในการควบคุมของวิชาชีพเวชกรรม (มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล, 2550) พบว่า ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับยาแก้ปวดตามแนวทางระงับปวดแบบเดิมแล้วยังมีอาการปวดรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีน 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับความปวดน้อยหรือมากก็ตาม จึงไม่สามารถลดความปวดระดับรุนแรงได้ และจากสถิติห้องพักรฟื้นโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ มาช้านาน ปี พ.ศ. 2556 , 2557 และ 2558 พบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด คือ คลื่นไส้ อาเจียน จำนวน 27, 11 และ 185 รายตามลำดับ ผู้วิจัยและคณะจึงสร้างแนวทางการระงับปวดแบบใหม่ขึ้นโดยนำหลักการหรือแนวคิดมาจาก ขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ขนาดยาตามระดับของความเจ็บปวด (วิชัย อธิธิชัยกุลทล, 2554), (หรือกิติยะ บุญไธยะ, สุมาลี ฉันทวิลาส และมาริสสา สุวรรณราช, 2557) และนำผลมาเปรียบเทียบกับแนวทางการระงับปวดแบบเดิม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยตามระดับความปวดในนาที่ที่ 60 หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบใหม่
2. เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยตามระดับความปวดในนาที่ที่ 15, 30 และ 45 หลังผ่าตัด อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษารักษาเพิ่มเติม ปริมาณยาระงับปวดทั้งหมดที่ได้รับใน 60 นาทีแรกหลังการผ่าตัด และระดับความพึงพอใจในการระงับปวดเฉียบพลันในวันที่ 1 หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบใหม่

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม และอำพรางฝ่ายเดียว (Randomize clinical trial) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยตามระดับความปวดในนาที่ที่ 60 หลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบใหม่

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมและสูติรีเวช และได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561 จำนวน 204 คน

เกณฑ์คัดเข้าของผู้ร่วมวิจัยคือ 1. อายุ 18 – 60 ปี 2. น้ำหนัก 45 - 80 กิโลกรัม 3. แนวทางการประเมินความเสี่ยงของ (American society of anesthesiologist, ASA) I – III 4. ผ่าตัดทางช่องท้องแผนกศัลยกรรมและสูติรีเวช รวมทุกโรค 5. ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

เกณฑ์คัดออกของผู้ร่วมวิจัยคือ 1. ไม่สามารถให้คะแนนความปวดได้ 2. ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนร่วมด้วย 3. ได้รับการระงับปวดด้วยเครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ 4. มีการทำงานของตับ ไต และหัวใจบกพร่อง มีโรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง 5. ประวัติแพ้ยาหรือยาอื่นๆ ที่ต้องใช้ในการศึกษานี้ เช่น มอร์ฟีน เมเพอริดีน เฟนทานิล ออนเดนซิทรอน เมโทโคลพลาไมด์ คลอเฟนิรามีน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน คือ อายุ เพศ ความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก (ASA status) ประเภทผู้ป่วย(ศัลยกรรมหรือสูตินรีเวช) ตำแหน่งผ่าตัด (เหนือสะดือ ใต้สะดือหรือเหนือและใต้สะดือ) เวลาเริ่มผ่าตัด (8.00-16.00 น. หรือ 16.00-8.00 น.) แบบบันทึกข้อมูลการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัด คือ ปริมาณยาระงับปวดที่ได้รับ (มอร์ฟีน เมเพอริดีน และเฟนทานิล) ระยะเวลาในการผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นคือคะแนนปวดนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 หลังผ่าตัด ระงับปวดทั้งหมดที่ได้รับใน 60 นาทีแรกหลังการผ่าตัด (มอร์ฟีน เมเพอริดีน เฟนทานิล และอื่นๆ) ระดับความพึงพอใจในการระงับปวดเฉียบพลันในวันที่ 1 หลังผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการคันภายใน 60 นาทีหลังการผ่าตัด

การตรวจสอบเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ คือ วิทยาลัยแพทย์ 3 ท่านและวิทยาลัยพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ 2 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยหลักจริยธรรมการทำวิจัยในคนทั่วไป หรือ Belmont Report ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลข YM 005/2559

การดำเนินการวิจัย

1 วันก่อนผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย ในสภาพแวดล้อมที่สงบและเป็นส่วนตัว เมื่อผู้วิจัยและคณะคือวิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการจัดการความปวดได้ประชุมชี้แจงข้อมูลงานวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกันเพื่ออธิบายข้อมูลการศึกษาและขอความยินยอมให้ผู้ป่วยลงชื่อเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายวิธีการให้คะแนนความปวดอย่างถูกต้องโดยจะนำเครื่องมือวัดความปวดมาใช้ (Numeric Rating Scale; NRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความปวด ให้ผู้ป่วยบอกคะแนนปวดเป็นตัวเลข กำหนดให้ 0 คะแนนหมายถึงไม่ปวด 1-9 คะแนนหมายถึงปวดมากขึ้นตามลำดับ และ 10 คะแนนหมายถึงปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ (ดังแสดงในรูปที่ 1) ความปวดระดับน้อยหมายถึง คะแนนปวด 1 – 3 คะแนน ความปวดระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนปวด 4 – 6 คะแนน ความปวดระดับรุนแรง หมายถึง คะแนนปวด 7 – 10 คะแนน (วิชัย อิทธิชัยกุลทล, 2554) ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปตามมาตรฐานภายใต้การดูแลของวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลโดยผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีนไม่เกิน 0.2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม เมเพอริดีนไม่เกิน 1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม เฟนทานิลไม่เกิน 3 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม และพาราลิมิตินไม่เกิน 40 มิลลิกรัม ทั้งนี้สามารถให้ยาระงับปวดหลายชนิดร่วมกันได้ยกเว้นการให้มอร์ฟีนร่วมกับเมเพอริดีนและจะไม่ได้รับออนเดนซ็ตรอนหรือ

เมโทโคลพลามาซด์ตรวจวัดสัญญาณชีพให้ความ
ดันโลหิตชีพจรคลื่นไฟฟ้าหัวใจและค่าความ
อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

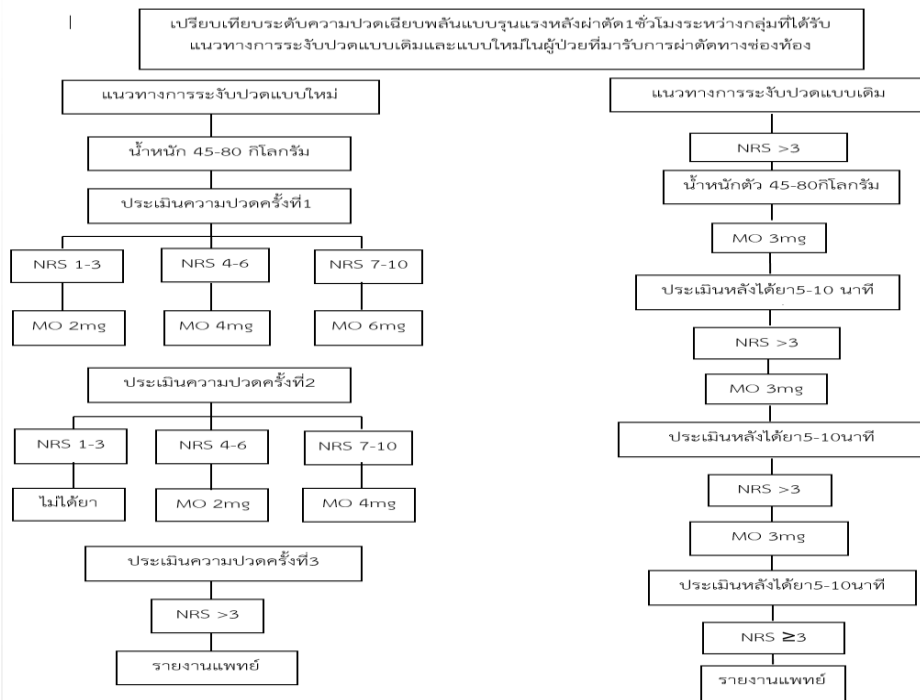
ตลอดการผ่าตัดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นแบ่ง
ผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม



รูปที่ 1 เครื่องมือวัดความปวด (Numeric Rating Scale)

ด้วยวิธีสุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Research Randomizer) ซึ่งโปรแกรมคอมพิวเตอร์จะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มไว้ล่วงหน้า โดยผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มใด คือ กลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมกับแบบใหม่ โดยแนวทางการระงับปวดแบบเดิม ผู้ป่วย น้ำหนักตัว 45 –80 กิโลกรัม จะได้รับมอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำได้ ทุก 10 นาทีเมื่อคะแนนปวดมากกว่า 3 คะแนน รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยได้รับมอร์ฟีนครบ 3 ครั้งแล้วยังมีคะแนนปวดมากกว่า 3 คะแนนเพื่อพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติม ส่วนแนวทางการระงับปวดแบบใหม่ผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีน 2, 4 และ 6 มิลลิกรัม ตามคะแนนปวด 1 – 3, 4 - 6 และ

7 – 10 คะแนนตามลำดับทางหลอดเลือดดำเมื่อเริ่มปวดครั้งแรกหรือได้รับมอร์ฟีนในครั้งแรกผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีน 2 และ 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามคะแนนปวด 4 – 6 และ 7– 10 คะแนนตามลำดับ เมื่อต้องการมอร์ฟีนในครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 15 นาทีรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยได้รับมอร์ฟีน 2 ครั้งแล้วยังมีคะแนนปวดมากกว่า 3 เพื่อพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติมผู้ป่วยจะได้รับยาออนแดนซิตรอน 4 มิลลิกรัม หรือเมโทโคลพลามาซด์ 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ตามความต้องการได้ ทุก 8 ชั่วโมงและจะได้รับยาคลอเฟนิรามีน 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ บรรเทาอาการคันตามความต้องการได้ ทุก 6 ชั่วโมง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการระงับปวดแบบเดิมและแบบใหม่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมงในห้องฟักฟื้น

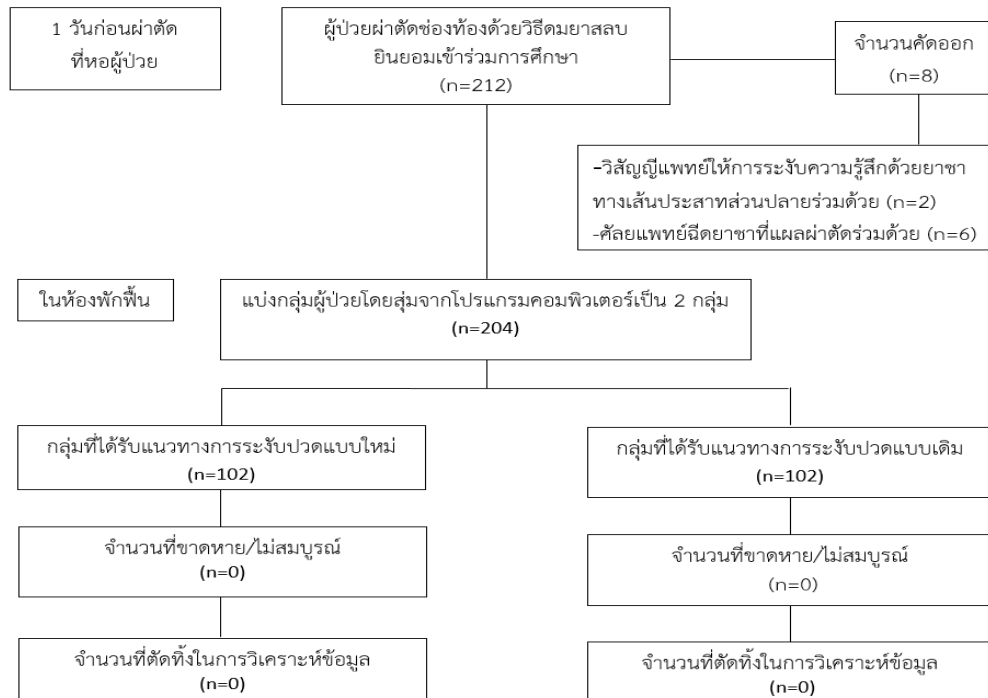
คำนวณขนาดตัวอย่าง จากผลการศึกษานำร่องโดยนำค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรงในนาที่ที่ 60 หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมและแบบใหม่มาคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูปตามสูตร Randomized controlled trial for binary data จาก n4studies(ระบบ ios, 2562) และ((ระบบ android, 2562) โดยกำหนดค่า $P_1 = 0.3$, $P_2 = 0.1$ - Beta = 0.1 และ alpha = 0.05 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ กลุ่มละ 92 ราย เพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดตัวอย่าง คือ 204 ราย

นำเสนอข้อมูลแบบต่อเนื่องโดยแจกแจงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ากลางและค่าพิสัยควอไทล์และทดสอบความแตกต่างด้วย Independent sample t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามลักษณะการกระจายของข้อมูลนำเสนอข้อมูลไม่ต่อเนื่อง โดยแจกแจงเป็นจำนวนและร้อยละและทดสอบความแตกต่างด้วย Chi square test หรือ Fisher exact test กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
204 ราย เป็นกลุ่มแนวทางใหม่ 102 ราย กลุ่ม

แนวทางเดิม 102 ราย รายละเอียดอื่นๆ ดังแผนภูมิ
2 และแสดงข้อมูลพื้นฐานตามตารางที่ 1



แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในห้องพักฟื้นที่นำเข้าสู่การศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ตัวแปร	กลุ่มแนวทางใหม่ (จำนวน=102)		กลุ่มแนวทางเดิม (จำนวน=102)		p-value
	ค่าเฉลี่ย	±ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย	±ส่วนเบี่ยงเบน	
		มาตรฐาน		ย	
อายุ(ปี)	40.80	±10.08	40.25	±9.32	0.68 ^a
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	62.64	±9.81	61.20	±9.01	0.28 ^a
เพศ	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	1 ^b
ชาย	2	(2)	2	(2)	
หญิง	100	(98)	100	(98)	
ASA status					1 ^b
I	61	(59.8)	61	(59.8)	
II	40	(39.2)	41	(40.2)	
III	1	(1)	0	(0)	
ประเภท					0.28 ^b
ศัลยกรรม	10	(9.8)	5	(4.9)	
สูตินรีเวช	92	(90.2)	97	(95.1)	
ตำแหน่งที่ผ่าตัด					0.72 ^b
เหนือสะดือ	1	(1)	2	(2)	
ใต้สะดือ	98	(96.1)	99	(97.1)	
เหนือและใต้	3	(2.9)	1	(1)	
เวลาที่เริ่มผ่าตัด					1 ^b
8.00-16.00 น.	100	(98)	101	(99)	
16.00-8.00 น	2	(2)	1	(1)	

a=Independent Samples T Test, b=fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปพบว่ากลุ่มแนวทางใหม่อายุเฉลี่ย 40.80 ปี น้ำหนัก 62.64 กิโลกรัมเพศชาย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 เพศหญิงจำนวน 100 รายคิดเป็นร้อยละ 98 ASA status I จำนวน 61 รายคิดเป็นร้อยละ 59.8 ASA status II จำนวน 40 รายคิดเป็น

ร้อยละ 39.2 ASA status III จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1 ประเภทผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 9.8 ประเภทผู้ป่วยสูตินรีเวช จำนวน 92 รายคิดเป็นร้อยละ 90.2 ตำแหน่งที่ผ่าตัดเหนือสะดือจำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1 ใต้สะดือจำนวน 98 รายคิดเป็นร้อยละ 96.1 เหนือ

และได้สะดือจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 ช่วงเวลาที่เริ่มผ่าตัด 8.00 - 16.00 น. จำนวน 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 , 16.00-8.00 น. จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 กลุ่มแนวทางเดิมอายุเฉลี่ย 40.25 ปี น้ำหนัก 61.20 กิโลกรัม เพศชาย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 เพศหญิง จำนวน 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 ASA status I จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.8 ASA status II จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.2 ประเภทผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.9 ประเภทผู้ป่วย สูติรีเวช จำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.1 ตำแหน่งที่ผ่าตัดเหนือสะดือ จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2 ได้สะดือจำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.1 นี้อและได้สะดือจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 ตารางที่ 2 ข้อมูลยาแก้ปวดที่ได้รับระหว่างผ่าตัด

ละ 1 ช่วงเวลาที่เริ่มผ่าตัด 8.00 - 16.00 น. จำนวน 101 ราย คิดเป็นร้อยละ 99 , 16.00-8.00 น. จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1

กลุ่มแนวทางใหม่ผู้ป่วย เพศชาย 2 ราย กลุ่มแนวทางเดิมผู้ป่วย เพศชาย 2 ราย ซึ่งมีจำนวนแตกต่างจากเพศหญิงเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยเพศชาย ที่เข้ารับการผ่าตัดใน เวลาเช้าการส่วนมากเป็นการผ่าตัดใหญ่มีการ ระวังปวดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยจึงอยู่ในเกณฑ์คัด ออก เพศหญิงในกลุ่มแนวทางใหม่ ประเภท ศัลยกรรม 8 ราย เพศหญิงในกลุ่มแนวทางเดิม ประเภทศัลยกรรม 3 ราย

ตัวแปร	กลุ่มแนวทางใหม่ (จำนวน=102)		กลุ่มแนวทางเดิม (จำนวน=102)		p-
	ค่าเฉลี่ย	± ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย	± ส่วนเบี่ยงเบน	
มอร์ฟิน (มิลลิกรัม)	9.19	±1.73	9.50	±1.75	0.21
เฟนทานิล	59.09	±20.23	54.44	±17.40	0.59

จากตารางที่ 2 พบว่า ยาแก้ปวดที่ได้รับ ระหว่างผ่าตัดคือมอร์ฟินและเฟนทานิล กลุ่ม แนวทางใหม่ ได้รับมอร์ฟิน ค่าเฉลี่ย 9.19

มิลลิกรัม เฟนทานิล 59.09 ไมโครกรัม กลุ่ม แนวทางเดิมมอร์ฟิน ค่าเฉลี่ย 9.50 มิลลิกรัม เฟนทานิล 54.44 ไมโครกรัม

ตารางที่ 3 ระดับความปวดที่เวลาต่าง ๆ ภายใน 60 นาทีหลังผ่าตัด

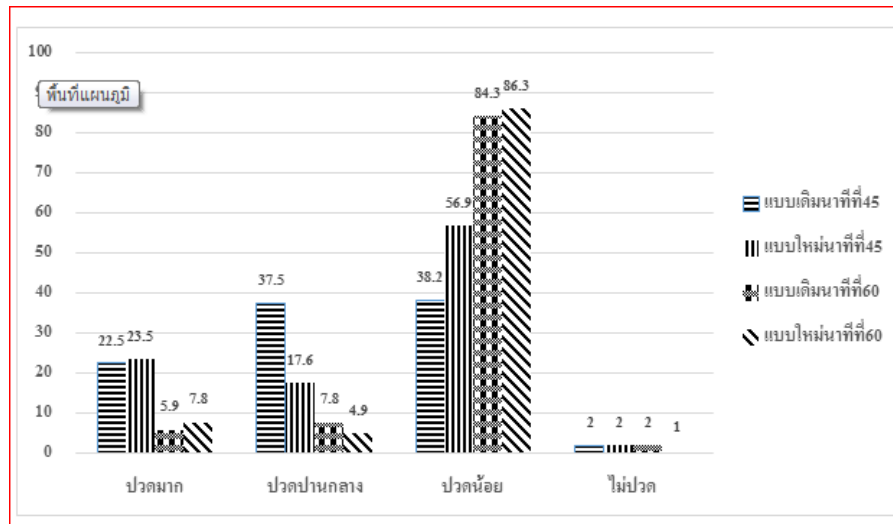
ตัวแปร	กลุ่มแนวทางใหม่ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มแนวทางเดิม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ระดับความปวดนาที่ที่ 15 หลังผ่าตัด			0.322
ปวดระดับรุนแรง	49 (48.5)	50 (49)	
ปวดระดับปานกลาง	27 (26.5)	32 (31.4)	
ปวดระดับน้อย	11 (10.8)	13 (12.7)	
ไม่มีความปวด	15 (14.7)	7 (6.9)	
ระดับความปวดนาที่ที่ 30 หลังผ่าตัด			0.584
ปวดระดับรุนแรง	47 (46.1)	47 (46.1)	
ปวดระดับปานกลาง	32 (31.4)	39 (38.2)	
ปวดระดับน้อย	21 (20.6)	15 (41.7)	
ไม่มีความปวด	2 (2)	1 (1)	
ระดับความปวดนาที่ที่ 45 หลังผ่าตัด			0.009
ปวดระดับรุนแรง	24 (23.5)	23 (22.5)	
ปวดระดับปานกลาง	18 (17.6)	38 (37.5)	
ปวดระดับน้อย	58 (56.9)	39 (38.2)	
ไม่มีความปวด	2 (2)	2 (2)	
ระดับความปวดนาที่ที่ 60 หลังผ่าตัด			0.731
ปวดระดับรุนแรง	8 (7.8)	6 (5.9)	
ปวดระดับปานกลาง	5 (4.9)	8 (7.8)	
ปวดระดับน้อย	88 (86.3)	86 (84.3)	
ไม่มีความปวด	1 (1)	2 (2)	

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความปวดที่เวลาต่าง ๆ ภายใน 60 นาทีแรกหลังผ่าตัด พบว่านาที่ที่ 45 กลุ่มที่ได้รับการระงับปวดแนวทางใหม่มีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการระงับปวดแนวทางเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนนาที่ 5, 30 และ 60 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของระดับความปวดระหว่าง

2 กลุ่ม โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงในนาที่ที่ 60 เมื่อสังเกตอาการต่ออีก 15 นาที่ พบว่า ผู้ป่วย 13 ราย นอนหลับได้ มีอัตราการหายใจ ความดันโลหิตและชีพกติ จึงจำหน่ายออกจากห้องพักรักษา เมื่อติดตามเย็บต่อที่หอผู้ป่วย พบว่ามีระดับความปวดน้อยและไม่ได้รับยาแก้ปวดเพิ่ม มีผู้ป่วย 1 รายในกลุ่มที่

ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิม มีระดับความปวดรุนแรงต่อเนื่องจากการประเมินระดับความปวดทั้ง 3 ครั้ง หลังได้ยาแก้ปวด วิสัญญี

แพทย์จึงให้ใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (Patient controlled analgesia; PCA) แล้วจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น



แผนภูมิที่ 3 แผนภูมิแท่งแสดงระดับความปวดระหว่างการใช้นโยบายการระงับปวดแบบเดิม

และแบบใหม่ เปรียบเทียบกัน ในนาที่ที่ 45 และ 60

ตารางที่ 4 ปริมาณยาระงับปวดทั้งหมดที่ได้รับใน 60 นาทีหลังผ่าตัด และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรายงานแพทย์

	กลุ่มแนวทางใหม่		กลุ่มแนวทางเดิม		p-
	ค่าเฉลี่ย	± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	± ส่วนเบี่ยงเบน	
ยาระงับปวดที่ได้รับ					
มอร์ฟีน(มิลลิกรัม)	8.04	±2.74	7.99	±2.41	0.892 ^a
เฟนทานิล	52.5	±18.45	58.33	±19.46	0.482 ^a
เมเพอร์ดีน	26.25	±2.5	0		NA
พาราลูมิบ	40		40		NA
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ	25	(24.50)	26	(25.49)	0.409 ^b
มอร์ฟีน(มิลลิกรัม)					.186 ^b
2	3	(2.9)			
3			1	(1)	
4	4	(3.9)	1	(1)	
5	1	(1)	2	(2)	
6			1	(1)	
เฟนทานิล					.787 ^b
25	1	(1)			
50	8	(7.8)	10	(9.8)	
100	1	(1)	2	(2)	
เมเพอร์ดีน					.121 ^b
25			3	(2.9)	
30	1	(1)			
พาราลูมิบ	6		6		

a=Independent Samples T Test, b=fisher's exact test, NA คือ ไม่ได้คำนวณ

จากตารางที่ 4 พบว่า ปริมาณและชนิดของยาระงับปวดทั้งหมดที่ได้รับใน 60 นาทีหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นกลุ่มแนวทางใหม่ ได้มอร์ฟีนค่าเฉลี่ย 8.04 มิลลิกรัม เฟนทานิล 52.5

ไมโครกรัมเมเพอร์ดีน 26.25 มิลลิกรัม พาราลูมิบ 40 มิลลิกรัมกลุ่มแนวทางเดิม มอร์ฟีนค่าเฉลี่ย 7.99 มิลลิกรัม เฟนทานิล 58.33 ไมโครกรัม พาราลูมิบ 40 มิลลิกรัมจำนวนผู้ป่วยที่ต้อง

รายงานแพทย์ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
โดยวิสัญญีแพทย์ กลุ่มแนวทางใหม่จำนวน 25
รายคิดเป็นร้อยละ 24.50 ยาแก้ปวดที่ใช้คือ
มอร์ฟีนจำนวน 3 มิลลิกรัม 3 รายคิดเป็นร้อยละ
2.9 , 4 มิลลิกรัม 4 รายคิดเป็นร้อยละ 3.9, 1
มิลลิกรัม 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1 เฟนทานิล
จำนวน 25 ไมโครกรัม 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1 ,
50ไมโครกรัม 8 รายคิดเป็นร้อยละ 7.8100
ไมโครกรัม 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1 เมเพอร์ดิ้น
30 มิลลิกรัม 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1 และ
พริคิออบซิบ 40 มิลลิกรัม 6 ราย กลุ่มแนวทาง

ตารางที่ 5 คะแนนระดับความรู้ตัวในนาทิตี่ 60 หลังผ่าตัดและคะแนนความพึงพอใจในวันที่ 1 หลังผ่าตัด

ตัวแปร	กลุ่มแนวทางใหม่ (จำนวน=102)		กลุ่มแนวทางเดิม (จำนวน=102)		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ระดับความรู้สึกตัว					0.498
2	100	(98)	102	(100)	
3	2	(2)	0	(0)	
ความพึงพอใจ					0.085
4	95	(93.1)	100	(98)	
5	7	(6.9)	2	(2)	

จากตารางที่ 5 พบว่า 1. คะแนนระดับ
ความรู้ตัวในนาทิตี่ 60 หลังผ่าตัดและคะแนน
ความพึงพอใจในวันที่ 1 หลังผ่าตัดกลุ่มแนวทาง
ใหม่ ระดับความรู้สึกตัว 2. คือตื่นรู้ตัวร่วมมือดี
ง่วงเล็กน้อย จำนวน 100 รายคิดเป็นร้อยละ 98
ระดับความรู้สึกตัว 3. ง่วงแต่ยังทำตามสั่งได้
จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2 กลุ่มแนวทางเดิม
ระดับความรู้สึกตัว ตื่นรู้ตัวร่วมมือดี ง่วง
เล็กน้อย จำนวน 102 รายคิดเป็นร้อยละ 100

เดิมจำนวน 26 รายคิดเป็นร้อยละ 25.49 ยาแก้
ปวดที่ใช้คือ มอร์ฟีนจำนวน 3 มิลลิกรัม 1 ราย
คิดเป็นร้อยละ 1, 4 มิลลิกรัม 1 มิลลิกรัม 1 ราย
คิดเป็นร้อยละ 1, 5 มิลลิกรัม 2 รายคิดเป็นร้อย
ละ 2, 6 มิลลิกรัม 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1 เฟนทา
นิล 50 ไมโครกรัม 10 รายคิดเป็นร้อยละ 9.8100
ไมโครกรัม 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2 เมเพอร์ดิ้น
25 มิลลิกรัม 1 รายคิดเป็นร้อยละ 2.9 และ พริคิ
ออบซิบ 40 มิลลิกรัม 6 ราย ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่าง
กัน

ความพึงพอใจ กลุ่มแนวทางใหม่คะแนนความ
พึงพอใจดีจำนวน 95 รายคิดเป็นร้อยละ 93.1
คะแนนความพึงพอใจดีมากจำนวน 7 รายคิด
เป็นร้อยละ 6.9 กลุ่มแนวทางเดิม คะแนนความ
พึงพอใจดีจำนวน 100 รายคิดเป็นร้อยละ 98
คะแนนความพึงพอใจดีมากจำนวน 2 รายคิด
เป็นร้อยละ 2 ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

ผลการศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 1 ชั่วโมงตามระดับความปวด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมและแบบใหม่พบว่าระดับความปวดนาที่ที่ 45 หลังผ่าตัดในกลุ่มแนวทางใหม่มีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มแนวทางเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มแนวทางใหม่มีระดับความปวดน้อยมากถึงร้อยละ 56.9 ซึ่งมากกว่า กลุ่มแนวทางเดิมที่มีระดับความปวดน้อยแค่เพียงร้อยละ 38.2 เพราะกลุ่มแนวทางใหม่ผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีนตามระดับคะแนนปวดคือ 2, 4 และ 6 มิลลิกรัม ตามคะแนนปวด 1 – 3, 4 – 5 และ 6 – 10 ตามลำดับ กลุ่มแนวทางเดิมผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีน ขนาดมอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ทุก 10 นาที เมื่อคะแนนปวดมากกว่า 3 คะแนน มอร์ฟีนเป็นยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์โดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลางใช้ได้ทั้งกับอาการปวดแบบเฉียบพลันและปวดแบบรุนแรง นิดทางหลอดเลือดดำ ออกฤทธิ์ ใน 5 นาที และออกฤทธิ์สูงสุดที่ 20 นาที (วิชัย อธิชัยกุลทล, 2554) หากกลุ่มโอปิออยด์ เมื่อยาจับกับตัวรับ จะพบว่าการออกฤทธิ์ของยาเต็มที่ไม่พบเพดานในการออกฤทธิ์คือยิ่งให้ยาในขนาดที่สูงขึ้น จะได้ฤทธิ์ที่มากขึ้นไปด้วย (ปิยะดา บุญทรง, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่องท้อง แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับรุนแรง จะได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์โดยใช้มอร์ฟีน ในขนาด 3 – 5 มิลลิกรัม นิดเข้า

หลอดเลือดดำ ซึ่งยึดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก พบว่าสามารถลดคะแนนความปวดเฉลี่ยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 3.9 ± 1.9 คะแนน (จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, ณัฐธิดา อารีเปี่ยม, 2558) กลุ่มแนวทางใหม่ผู้ป่วยจะได้รับมอร์ฟีนตามระดับคะแนนปวดจึงได้รับมอร์ฟีนขนาดสูงตั้งแต่แรกหลังผ่าตัดจึงพบว่านาที่ที่ 45 หลังผ่าตัดกลุ่มแนวทางใหม่มีระดับความปวดน้อยมากกว่ากลุ่มแนวทางเดิม เพราะมีระดับยาในเลือดสูงเพียงพอแล้ว และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น กดหายใจพบอาการคลื่นไส้อาเจียนเพียง 1 รายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงในกลุ่มแนวทางใหม่ผู้ป่วยจะมีระดับความปวดลดลงเร็วกว่ากลุ่มแนวทางเดิม ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดทำให้สามารถลดระยะเวลาการอยู่ห้องพักรักษาในลดภาระงานของวิสัญญีพยาบาล บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายอื่นในห้องพักรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับญาติได้เร็วขึ้นสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยและญาติ

นาที่ที่ 60 หลังผ่าตัด พบว่าความปวดระดับน้อยและไม่ปวดทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปริมาณของมอร์ฟีนที่ได้รับทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการสำรวจผลการระงับปวดหลังผ่าตัดช่องท้องที่ห้องพักรักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คือ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางและไม่พบผู้ป่วย

ที่มีความปวดระดับมาก (ปิยะดา บุญทรง, นุชนารถ บุญจึงมงคล, ดันหยง พิพานเมฆาภรณ์, วรวิธ ลาภพิเศษพันธุ์ และสุรัตน์ อุงเคนดิวิติ, 2559) ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์หลักของการดูแลเรื่องการระงับปวดในห้องพักฟื้น คือ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดในระดับที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปวดหรือปวดน้อยและเกิดผลข้างเคียงจากการให้ยา ระงับปวดน้อยที่สุด (สุกัญญา เดชอาคม, อังศุมาศ หวังดี และอัญชลา จิระกุลสวัสดิ์, 2557) การศึกษานี้ นานิตี 60 หลังผ่าตัด พบความปวดระดับรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิม 6 คน และกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบใหม่ 8 คน ซึ่งตามเกณฑ์การจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นควรมีระดับความปวดน้อยกว่า 4 คะแนน (ความปวดระดับน้อยหรือไม่ปวด) กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงในนาทิตี 60 เมื่อสังเกตอาการต่ออีก 15 นาที พบว่าผู้ป่วย 13 คน นอนหลับได้ มีอัตราการหายใจ ความดันโลหิตและชีพจรปกติ จึงจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น เมื่อติดตามเยี่ยมต่อที่หอผู้ป่วย พบว่ามีระดับความปวดน้อยและไม่ได้รับยาแก้ปวดเพิ่ม เนื่องจากการประเมินระดับความปวดเป็นนามธรรม บางครั้งผู้ป่วยให้คะแนนความปวดไม่ตรงตามระดับความปวดที่แท้จริง ดังนั้นก่อนให้ยาแก้ปวดเพิ่ม ควรประเมินอาการและอาการแสดงอื่นร่วมด้วยตามอาการแสดงของภาวะการได้รับยาแก้ปวดเกินขนาด (วิชัย อิทธิชัยกุลทล, 2554), 2018) เช่น ระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ชีพจร เป็นต้น และมีผู้ป่วย 1 คนในกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิม มี

ระดับความปวดรุนแรงต่อเนื่องจากการประเมินระดับความปวดทั้ง 3 ครั้ง หลังได้ยาแก้ปวด วิตัญญีแพทย์จึงให้ใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง Patient controlled analgesia (PCA) แล้วจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น

นอกจากนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ในด้านจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษารักษาอื่น ปริมาณยาระงับปวดทั้งหมดที่ได้รับใน 60 นาทีแรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ไม่มีความปวด มีความปวดระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรงในนาทิตี 15, 30 หลังผ่าตัด และคะแนนความพึงพอใจมาก โดยไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงหลังได้ยาแก้ปวด พบเพียงอาการคลื่นไส้ อาเจียน 1 รายในกลุ่มแนวทางใหม่เท่านั้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำแนวทางการระงับปวดแบบใหม่ ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและเข้ารับบริการในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ในการผ่าตัดตำแหน่งอื่นที่มีอาการปวดรุนแรง เช่น ผ่าตัดกระดูก เพราะสามารถลดระดับความปวดได้เร็วและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาผลการระงับความปวดรุนแรงหลังผ่าตัดด้วยยาชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาเฟนทานิล (ซึ่งออกฤทธิ์เร็วกว่ามอร์ฟีน) ในช่วง 15 นาทีแรกหลังผ่าตัด ตามด้วยยามอร์ฟีน กับกลุ่มที่

ได้รับยามอร์ฟีนชนิดเดียว โดยปริมาณยาที่ให้
มากหรือน้อยตามระดับความปวด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิสัญญีแพทย์และวิสัญญี
พยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัด
สุพรรณบุรีทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จ
ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี และณัฐดา
อารีเปี่ยม. (2558). การจัดการความปวด
ของผู้ป่วย ผู้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่อง
ท้องแผนกศัลยกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.

ธรรมชาติ

เวชสาร, 15, 80-90.

จุฑารัตน์สว่างชัย และศรีสุดางามขำ. (2560).
ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์.
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ,
11, 1-11.

นัทธมน วุฒานนท์, วัชรารักษ์ หอมดอก, สุ
พรรณิ เจริญวิศิษฐ์, นงนุชบุญอยู่,
นาทฤดี พงษ์เมธา และลดารัตน์
ลาภินันท์. (2551). การพัฒนาการ
จัดการความปวดทางการพยาบาลใน
ผู้ป่วยศัลยกรรม,วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(4), 1-
11.

วิชัย อภิรัชย์กุลทล. (2554). แนวทางการพัฒนา

การระงับปวดเฉียบพลัน . [ม.ป.ป.]

บุญญภัทร ชาติพัฒนานันท์. (2560). การจัดการ

ความปวดเฉียบพลันและเฉียบพลัน

จากหลักฐานเชิง

ประจักษ์ต่อการปฏิบัติ. วารสารพยาบาลสงขลา

นครินทร์, 37(3), 144-152.

ปิยะดา บุญทรง. OPIOIDS. สืบค้นเมื่อ 10

มกราคม 2562 จากวิกิพีเดีย

<http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/Opioids.pdf>.

ปิยะดา บุญทรง และคณะ . (2559). การสำรวจ

ผลการระงับปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพัก

ฟื้นของโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิสัญญีสาร, 42,
21-32.

มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.

(2550).พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรง

พิมพ์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดางามขำ.

(2556). ความสนใจต่อความปวด.

วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์

คลินิกพระปกเกล้า, 30, 83-93.

สุกัญญา เดชอาคม, อังศุมาศ หวังดี และอัญชล

จิระกุลสวัสดิ์. (2557). การพยาบาล

ผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. วิสัญญีสาร, 40,

46-62.

หรรณภิระ บุญโสภา, สุมาลี ฉันทวิลาส และมาริ

สา สุวรรณราช. (2557). การพัฒนาและ

ประเมินผลความ เป็นไปได้ในการนำ

แนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการกับความ

ปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น.วารสาร

เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ

สาธารณสุขภาคใต้, 1, 43-64