

ประสิทธิผลการใช้แนวทางการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางเดิมกับแนวทางใหม่

ศศิวิมล พงศ์จรรย์ยากุล, อมรศิริ โคตรสมบัติ, ฟ้างาม เจริญผล, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น 40002 ประเทศไทย

The Effectiveness of Revised Clinical Practice Guideline for Postoperative Pain Management in the Recovery Room Compared with the Previous Guideline

Sasiwimon Pongjanyakul, Amornsiri Kotesombut, Fa-ngam Charoenpol, Panaratana Ratanasuwan

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002 Thailand

บทนำ: การให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นตามแนวทางเดิม โดยจำกัดขนาด opioids ตามน้ำหนัก คือ 30-50 กิโลกรัม ให้ยา morphine 2 mg ทางหลอดเลือดดำ ถ้า 50 กิโลกรัมขึ้นไปให้ยา morphine 3 mg (หรือใช้ fentanyl 10 mcg แทน morphine 1 mg) ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงปวดมาก และไม่ได้รับยาระงับปวดก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยถึงร้อยละ 67.4 จึงได้ปรับปรุงแนวทางฯ ใหม่โดยปรับขนาดยาตามระดับความปวด ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ≥ 7 ในช่วงแรกเริ่ม สามารถให้ยา morphine ในครั้งแรกจากเดิม 3 เป็น 5 mg

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางการระงับปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยา opioids ตามแนวทางใหม่เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาตามแนวทางเดิม

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ analytic historical control เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกของห้องพักฟื้น ในผู้ป่วยอายุ 10-65 ปี มีคะแนนความปวดช่วงแรกเริ่ม NRS ≥ 7 และต้องระงับปวดด้วยยา opioids ในขนาดยา fixed dose ตามระดับความปวด เก็บข้อมูลช่วงเดือน ต.ค.-ธ.ค. 2561 และ ม.ค.-มี.ค. 2560 สำหรับกลุ่มที่ได้รับยาตามแนวทางใหม่และตามแนวทางเดิมตามลำดับ ข้อมูลหลักคือ ระดับความปวดปานกลางถึงปวดมาก (NRS ≥ 4) ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการระงับปวด

Background: The postoperative pain guideline has been implemented, but two-third of moderate to severe pain patients were discharged from the recovery room untreated. The pain guideline was revised dosages of opioids depending on pain intensity instead of body weight (BW), morphine was injected 2 mg for BW 30-50 kg and 3 mg for more than 50 kg (fentanyl 10 mcg instead of morphine 1 mg). New guidelines, a maximum first dose of morphine for pain scores ≥ 7 was increased from 3 mg to 5 mg.

Objective: To evaluate the effectiveness of the revised guideline for postoperative pain management in recovery room compared to the previous one.

Methods: A retrospective study with analytic historical control was used to collect and analyses patients' data from the record. The inclusion criteria were; age 10-65 years, pain scores ≥ 7 at the admission time to the recovery room. Outcomes were pain scores ≥ 4 before discharged from the recovery room and complications. Data from January-March 2017 was used for the previous guideline and October-December 2018 for a new guideline.

Results: Seventy-two patients in each group were selected. Pain scores before discharged of the revised guideline were not different from the previous guideline;

Correspondence to: Sasiwimon Pongjanyakul, E-mail: spongja@gmail.com

Received 24 April 2020, Revised 9 May 2020, Accepted 10 May 2020

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยกลุ่มละ 72 ราย ทั้งสองกลุ่มระดับความปวดก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยไม่ต่างกันคือ กลุ่มแนวทางใหม่ร้อยละ 45.8 (95%CI =34.5-57.6) และกลุ่มแนวทางเดิมร้อยละ 55.6 (95%CI=55.6-66.8) ได้ยาระงับปวดไม่ต่างกัน (morphine ร้อยละ 25.0, 26.4, fentanyl ร้อยละ 40.3, 41.7) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้แนวทางใหม่

สรุป: การเพิ่มขนาดยา opioids ในการฉีดครั้งแรก สำหรับผู้ป่วยที่ปวดมากในแนวทางการระงับปวดในห้องพักรับฟื้นไม่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางขึ้นไปก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: การประเมินอาการปวด, การระงับปวดในห้องพักรับฟื้น, แนวทางการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด

45.8% (95% CI, 34.5-57.6) and 55.6% (95% CI, 55.6-66.8). Patients in the two groups received morphine and fentanyl in a comparable dose (morphine 25.0%, 26.4% and fentanyl 40.3, 41.7%, respectively). Complications were not found.

Conclusion: Increasing a maximum first dose of opioids is not a factor that strong enough to improved postoperative pain management in the recovery room.

Keywords: anesthesia recovery period, clinical practice guideline for postoperative pain management, pain assessment

วิทย์ฐิติสาร 2563; 46(4): 227-33. • Thai J Anesthesiol 2020; 46(4): 227-33.

บทนำ

ห้องพักรับฟื้น (Post Anesthesia Care Unit: PACU) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะหลังเสร็จผ่าตัดโดยมีผู้ป่วยเฉลี่ย 1,239 รายต่อเดือน ผู้ป่วยทุกรายในห้องพักรับฟื้น จะได้รับการประเมินดูแลหลังการให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการประเมินความปวด และการดูแลการระงับปวดอย่างเหมาะสมตามแนวทางที่กำหนดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง จากนั้นจึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักรับฟื้นตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยบางรายได้รับการระงับปวดด้วยเทคนิคพิเศษมาจากห้องผ่าตัด เช่น intravenous patient controlled analgesia (IV PCA), patient controlled epidural analgesia (PCEA), continuous epidural infusion, peripheral nerve block, opioids intravenous infusion, caudal block หรือ spinal morphine ซึ่งแต่ละวิธีให้ผลระงับปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อให้การจัดการความปวดในห้องพักรับฟื้นเป็นมาตรฐานเดียวกัน ภาควิชาวิสัญญีวิทยา จึงได้มีการกำหนดแนวทางการให้ยาระงับปวดขึ้นตั้งแต่ปี 2544¹ และได้ปรับปรุงแนวทางนี้ในปี 2547 แต่ยังคงพบปัญหาผู้ป่วยที่มีความปวดปานกลางถึงปวดมากไม่ได้รับยาระงับปวดก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยร้อยละ 67.4² จึงได้ปรับปรุงแนวทางฯ อีกครั้งในปี 2561 (Appendix) โดยแนวทางฯ ใหม่มีรายละเอียดเพิ่มเติมคือ ผู้ป่วยแรกกับถ้ามีอาการปวดมากหรือคะแนนความปวดประเมินโดยใช้ numeric rating scale: (NRS) ≥ 7 คะแนน พยาบาลผู้ดูแลสามารถให้ยา morphine 0.1 mg/kg IV (ไม่เกิน 5 mg) หรือให้ยา fentanyl 1 mcg/kg IV (ไม่เกิน 50 mcg) เลือกใช้กรณีผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ยา morphine) ในครั้งแรกได้ ซึ่งต่างจาก

แนวทางฯ เดิม ที่ขนาดยา morphine หรือ fentanyl ไม่ขึ้นกับระดับความปวด (ปวดปานกลางหรือปวดมาก ก็ให้ยา morphine/ fentanyl ขนาดไม่เกินที่กำหนดตามแนวทาง) แต่ขึ้นกับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเป็นหลัก (ขนาดยา morphine ไม่เกิน 3 mg/ fentanyl ไม่เกิน 30 mcg) ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ ต้องการศึกษาศักยภาพผลการจัดการความปวดในห้องพักรับฟื้น โดยเปรียบเทียบผลการระงับปวดในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางใหม่เทียบกับแนวทางเดิม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่โครงการ HE621254) เป็นการศึกษาแบบ analytic historical control โดยกลุ่มที่ต้องการศึกษา (exposure) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาตามแนวทางใหม่ และกลุ่มควบคุม (control) คือ กลุ่มที่ได้รับยาตามแนวทางเดิม ทำการศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกของห้องพักรับฟื้น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยกลุ่มที่ได้รับยาตามแนวทางใหม่ (ข้อมูลเดือน ต.ค.-ธ.ค. 2561) จำนวน 72 ราย และกลุ่มที่ได้รับยาตามแนวทางเดิม (ข้อมูลเดือน ม.ค.-มี.ค. 2560) จำนวน 72 ราย ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษาดังนี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการดูแลในห้องพักรับฟื้น อายุ 10 ปีขึ้นไป และช่วงแรกกับที่ห้องพักรับฟื้น มีระดับความปวดมากหรือ NRS ≥ 7 กลุ่มที่ไม่เข้าเกณฑ์ศึกษาคือ น้ำหนักน้อยกว่า 30 กิโลกรัม ไม่รู้สึกตัว/ ไม่สามารถประเมินความปวดได้คาทอช่วยหายใจ และก่อนส่งกลับไม่ประเมินความปวด ข้อมูลที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ผลลัพธ์หลัก

(primary outcome) คือสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงมากก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย (ใช้วิธีการประเมินความปวด: NRS โดยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ถ้าตัวเลขมากขึ้นหมายถึง มีความปวดมากขึ้น จนถึงเลข 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ถ้าผู้ป่วยบอกระดับความปวดเป็นตัวเลขไม่ได้ ให้ใช้วิธีประเมินแบบ verbal rating scale: VRS ดังนี้ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง และปวดมาก โดยที่ NRS = 0 หมายถึงไม่ปวด NRS 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย NRS 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง NRS 7-10 หมายถึง ปวดมาก) และผลลัพธ์รอง (secondary outcome) ได้แก่ อาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยาระงับปวดตามแนวทางฯ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน (แบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้ mild คือ มีอาการเล็กน้อยหรือมีอาการเมื่อถาม moderate คือ มีอาการและต้องการการรักษา severe คือ มีอาการและได้รับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง) ระดับง่วงซึม (sedation scores): 0 = รู้ตัวดี 1 = ง่วงบางครั้ง 2 = ง่วงมาก/หลับเรียกตัว 3 = หลับเรียกไม่ตื่น SL = หลับปกติ การกดการหายใจ (อัตราการหายใจ < 8 ครั้ง/นาที ถือว่ามี respiratory depression) และความดันเลือดต่ำ (ความดันเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ 20 mmHg = 2 ความดันเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ 20-50 mmHg = 1 ความดันเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ 50 mmHg = 0) รวมทั้งเก็บข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ วิธีการระงับปวด ชนิดและจำนวนครั้งยาระงับปวดที่ได้รับ เป็นต้น

สถิติที่ใช้และการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางเดิม 22 ราย พบผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลาง

ถึงปวดมากก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 59.1) นำข้อมูลนี้มาคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม N4 Studies (for a case control study) โดยกำหนด p_1 (exposure/control) = 0.59, p_2 (exposure/case) = 0.35, ratio (n2/n1) = 1, alpha = 0.05, beta = 0.20 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ = 67 ราย คำนวณเผื่อกลุ่มละ 7% ได้กลุ่มละ 72 ราย นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแสดงเป็นจำนวน ร้อยละ สำหรับตัวแปรที่เป็นจำนวนนับและแสดงด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สำหรับตัวแปรต่อเนื่องที่มีการกระจายปกติ หรือแสดงด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัย สำหรับตัวแปรต่อเนื่องที่มีการกระจายไม่ปกติ ผลลัพธ์หลักของการวิจัยแสดงด้วย different of proportion (95% confidence interval) เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์หลักด้วย Odds ratio ผลลัพธ์รองใช้ chi square test โดยใช้ค่า $p < 0.05$ แสดงนัยสำคัญทางสถิติโดยโปรแกรม SPSS (version 19.0)

ผลการศึกษา

ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ที่มีระดับความปวดรุนแรงในช่วงแรก (NRS ≥ 7) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางเดิมจำนวน 72 ราย และกลุ่มที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางใหม่จำนวน 72 ราย (Table 1) ผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา (pain treatment compliant with the CPG หมายถึงถูกต้องทั้งขนาดและระยะเวลาที่ให้ยา) ได้ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม

Table 1 Demographic data

Data	Control group N (%)	Exposure group N (%)	P-value
Gender			
Male	28 (38.9)	29 (40.3)	0.9
Female	44 (61.1)	43 (59.7)	
Age (years)	43.0 $\pm$ 16.0	43.9 $\pm$ 13.4	0.9
Body weight (kg)	59.3 $\pm$ 9.0	60.2 $\pm$ 11.7	1.0
Pain treatment compliant with the CPG	52 (72.2)	50 (69.4)	0.7
Type of surgery			
General surgery	30 (41.7)	23 (31.9)	
Orthopedic	22 (30.6)	25 (34.7)	
Gynecology	9 (12.5)	14 (19.4)	
ENT	8 (11.1)	8 (11.1)	
Eye	3 (4.2)	2 (2.8)	

CPG: Clinical practice guideline

สัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางขึ้นไป (NRS 4-10) ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน กลุ่มที่ได้รับการยาระงับปวดตามแนวทางเดิมพบร้อยละ 55.6 (95%CI 55.6-66.8) และแนวทางใหม่พบร้อยละ 45.8 (95%CI 34.5-57.6) และจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดตามแนวทางฯ ของทั้ง 2 กลุ่ม ภายใน 15 นาที ไม่แตกต่างกัน (Table 2)

ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางขึ้นไปก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย ในกลุ่มที่ได้รับการยาระงับปวดตามแนวทางเดิม ได้รับยา

ก่อนกลับร้อยละ 70 โดยร้อยละ 53.6 ได้รับเป็นยา fentanyl และส่งกลับหอผู้ป่วยหลังได้รับยาครั้งสุดท้าย 15 นาที ร้อยละ 46.4 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการยาตามแนวทางใหม่ ได้รับยาระงับปวดก่อนส่งกลับร้อยละ 30.3 โดยร้อยละ 60.0 ได้รับเป็นยา morphine และส่งกลับหอผู้ป่วยหลังได้รับยา 15 นาที ร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยกลุ่มที่ได้รับการยาระงับปวดตามแนวทางใหม่ เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเล็กน้อยร้อยละ 1.4 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการยาตามแนวทางเดิม ไม่มีอาการข้างเคียง

Table 2 Pain scores before discharge to surgical ward

Pain scores	Control group N (%)	Exposure group N (%)	P-value
NRS 0-3 (none to mild pain)	32 (44.4)	39 (54.2)	0.2
NRS 4-10 (moderate to severe pain)	40 (55.6)	33 (45.8)	
Type of analgesic injection (within 15 minutes)			
Morphine	18 (25.0)	19 (26.4)	1.0
Fentanyl	30 (41.7)	29 (40.3)	0.9
Morphine + Fentanyl*	23 (31.9)	23 (31.9)	0.8
Opioid + NSAIDs	1 (1.4)	1 (1.4)	1.0
Number of analgesic injection (within 15 minutes)			
1	18 (25.0)	16 (22.2)	0.6
2	36 (50.0)	32 (44.5)	
3	18 (25.0)	24 (33.3)	
Moderate to severe pain received opioids before discharge to ward			
Yes	28 (70.0)	10 (30.3)	0.001
No	12 (30.0)	23 (69.7)	
Type of opioids before discharge to ward			
Morphine	13 (46.4)	6 (60.0)	0.5
Fentanyl	15 (53.6)	4 (40.0)	

* การเลือกใช้ยา morphine+fentanyl ขึ้นกับดุลยพินิจของผู้ดูแล เช่น ช่วงแรกรับผู้ป่วยมีอาการปวดมาก พิจารณาให้ fentanyl เพื่อให้ยาออกฤทธิ์เร็ว จากนั้นให้ยา morphine เพื่อให้ยาออกฤทธิ์นานขึ้น

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดในระดับปานกลางถึงมาก (NRS 4-10) ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย ในกลุ่มที่ได้รับการยาระงับปวดตามแนวทางใหม่ร้อยละ 45.8 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการยาระงับปวดตามแนวทางเดิมร้อยละ 55.6 ซึ่งในแนวทางใหม่มีสัดส่วนที่น้อยกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางปฏิบัตินั้นการที่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากแม้แต่หนึ่งรายจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยญาติ และผู้ให้การรักษาด้วย

เหตุผลที่ทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงมาก ในการศึกษาใหม่มากกว่าการศึกษาอื่นๆ²⁻⁷ อาจเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น 1) การศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับความปวดมาก (NRS $\geq$ 7) ในช่วงแรกรับทุกราย และระดับความปวดปานกลางขึ้นไปก่อนส่งกลับที่ NRS $\geq$ 4 ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ระดับความปวดปานกลางขึ้นไป NRS $\geq$ 5^{2, 7, 9} 2) แนวทางการให้ยาระงับปวดแบบใหม่ที่กำหนดขึ้นให้วิสัญญีพยาบาลผู้ดูแลให้ยาระงับปวดในขนาดที่มากขึ้นในครั้งแรก คือให้ยา morphine 0.1 mg/kg IV (ไม่เกิน 5 mg) หรือยา fentanyl 1 mcg/kg IV

(ไม่เกิน 50 mcg) เป็นการให้ยาระงับปวดด้วย opioids เพียงกลุ่มเดียวโดยเฉพาะยา fentanyl ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น อาจไม่ครอบคลุมการระงับปวดหลังผ่าตัด ที่ต้องการให้ยาออกฤทธิ์ตลอดระยะเวลาในห้องพักฟื้นไปจนถึงหอผู้ป่วย (ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมง) การให้ยาระงับปวดจึงไม่เป็นไปตามหลักการให้ยาระงับปวดแบบ multimodal analgesia^{10,11} 3) การศึกษานี้เลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปอย่างเดียว และไม่ได้ทำหัตถการอื่นๆ ที่ช่วยในการระงับปวด ถึงแม้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป หรือศัลยกรรมกระดูกที่สามารถทำหัตถการอื่นๆ ร่วมด้วยก็ตาม 4) วิสัยทัศน์พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการให้ยาระงับปวดแบบใหม่เพียงร้อยละ 69.4 ซึ่งอาจทำให้ผลการระงับปวดไม่เป็นตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากแบบบันทึกข้อมูลในห้องพักฟื้น ทำให้ไม่ทราบเหตุผลในการไม่ปฏิบัติตามแนวทางใหม่ แต่จากการสอบถามวิสัยทัศน์พยาบาลผู้ดูแลส่วนใหญ่ (สอบถามย้อนหลังจากการเก็บข้อมูลแล้ว) เห็นว่าผู้ป่วยหลับ และขนาดยาที่ให้ตามแนวทางใหม่ มีขนาดสูงจึงไม่กล้าฉีดเพิ่ม เป็นต้น สอดคล้องกับสัดส่วนการได้รับยาระงับปวดก่อนส่งกลับเพียงร้อยละ 30.3 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางเดิมร้อยละ 70.0 อาจเป็นไปได้ว่าแนวทางใหม่ทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางถึงมาก มีโอกาสได้รับยาแก้ปวดก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยลดลง เนื่องจากตามแนวทางใหม่เพิ่มขนาดยาเฉพาะครั้งแรกที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก อย่างไรก็ตามการให้ยาระงับปวดตามแนวทางใหม่ก็ไม่เกิดอาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ระดับการง่วงซึมมาก หรือกดการหายใจ มีเพียงอาการคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 1.4 ซึ่งเหมือนกับการศึกษาอื่นๆ^{3,4, 7-9,12}

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ซึ่งไม่ครอบคลุมทุกช่วงอายุ ไม่ได้เก็บข้อมูลระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักฟื้นนานกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ที่สาเหตุจากผู้ป่วยยังปวดมาก ไม่ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้ปรึกษาแพทย์ กรณีที่ได้รับยาตามแนวทางใหม่แล้วอาการปวดยังไม่ทุเลา patient underlying, addiction/ tolerance/psychological patient, ชนิดของการผ่าตัด และเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังซึ่งทำให้ไม่ทราบเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้ การให้ยาระงับปวดตามแนวทางเดิมกับแนวทางใหม่ ให้ผลการระงับปวดก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยไม่

แตกต่างกัน จึงควรพัฒนาแนวทางการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ดังนี้

1. มีการวางแผนจัดการความปวด ตามชนิดของการผ่าตัดที่คาดว่าจะมีระดับความปวดปานกลางถึงมากตั้งแต่มก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด

2. ใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs, paracetamol แบบฉีดทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามใช้

ไม่เน้นใช้ยาในกลุ่ม opioids อย่างเดียวตามหลักการให้ยาระงับปวดแบบ multimodal analgesia รวมถึงการทำหัตถการฉีดยาเฉพาะที่เพิ่มเติมในห้องพักฟื้นกรณีผู้ป่วยปวดมาก

3. ควรมีการให้ความรู้และทัศนคติกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการระงับปวดหลังผ่าตัดเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงและยืนยันผลการใช้แนวทางฯ

สรุป

แนวทางการระงับปวดในห้องพักฟื้นที่เพิ่มขนาดยา opioids ในการฉีดครั้งแรกสำหรับผู้ป่วยที่ปวดมาก จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางขึ้นไป ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยไม่แตกต่างจากแนวทางเดิม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ สมบูรณ์ เทียนทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาในการศึกษานี้ และขอขอบคุณนายฉลองพล สารทอง นักวิชาการเวชสถิติ หน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ

References

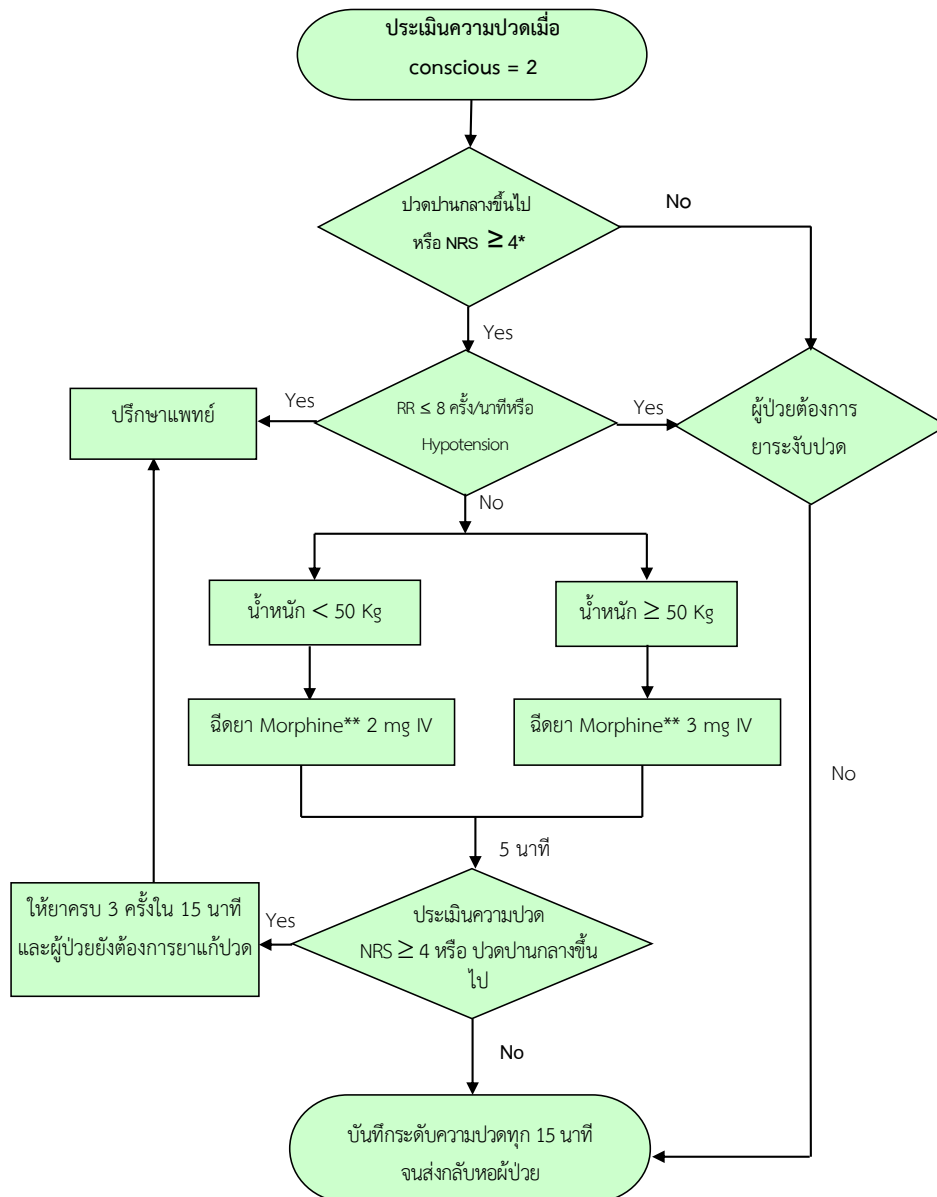
1. Kamhom R, Wongswadiwat M, Krisanaprakornkit W, Thienthong S, Palachewa K, Malasai P. The treatment of patients with moderate to severe pain in the recovery room using the pain algorithm. *Srinagarind Med J* 2001; 16: 251-6.
2. Huntula Y, Yimyaem RP, Thienthong S, Horatanaruang D, Kamhom R. An audit of pain management in the post anesthesia care unit after revision of the pain algorithm at Srinagarind Hospital. *Thai J Anesthesiol* 2005;31:144-52.
3. Rattanapathumwong P, Yooujaiyen M. Development of clinical practice guidelines for pain management among postoperative patients in the post anesthesia care unit in Ranong Hospital. *J Boromarajonani College of Nursing* 2014;30:86-98.

4. Boonsong P, Bunchungmongkol N, Pipanmekaporn T, Lapisatepun W, Suratda U. A survey of postoperative pain management at post anesthesia careunit in MaharajNakorn Chiang Mai Hospital. *Thai J Anesthesiol* 2016;42:21-32.
5. Sirisakulwiroj M. The effects of clinical practice guideline for post operative pain management on patients receiving general anesthesia at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. *J health science* 2009;3:22-30.
6. Boosoh R, Chanthawilas S, Suwanraj. Development and feasibility evaluation of clinical nursing practice guidelines of postoperative pain management in recovery room. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2014;1:43-64.
7. Yommana P, Intawong U. The effectiveness of clinical practice guideline for post operative pain management on patients receiving general anesthesia at a recovery room. *Reg 11 Medical Journal* 2013;27:497-502.
8. Payomyam C. The effectiveness of an implementation of adult postoperative pain order for postoperative pain management in recovery room in HuaHin Hospital. *Regional 11 Medical Journal* 2018;37:262-72.
9. Lerdpong S. Evaluation of postoperative pain management in recovery room, department of Anesthesiology in Surin Hospital. *Medical Journal of SrisaketSurinBuriramHospitals* 2014;29:94-101.
10. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, Thai Association for the Study of Pain (TASP). Clinical guidance for acute postoperative pain management. [Internet]. Available form: <https://www.tasp.or.th/cpg/acute.php>. Access on Feb 20, 2020.
11. 11. Graff V, Grosh T. Multimodal analgesia and alternatives to opioids for postoperative analgesia. *Anesthesia Patient Safety Foundation Newsletter* 2018;33:46-8. *Circulation* 122,210
12. 12. Mei W, Seeling M, Franck M, et al. Independent risk factors for postoperative pain in need of intervention early after awakening from general anaesthesia. *Eur J Pain* 2010; 14:149.e1-7.

Appendix: the revised guideline for postoperative pain management in recovery room

แนวทางการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น

สำหรับผู้ป่วยอายุ 10 – 65 ปีและน้ำหนัก ≥ 30 Kg



หมายเหตุ

* กรณีแรกเริ่ม มีระดับความปวดมาก/ NRS ≥ 7 (RR > 8 ครั้ง/ นาทีและไม่มี hypotension) ให้ยา Fentanyl 1 mcg /kg IV แต่ไม่เกิน 50 mcg หรือ Morphine 0.1 mg/kg IV แต่ไม่เกิน 5 mg จากนั้นจึงพิจารณาตามแนวทาง

** Morphine 1 mg = Fentanyl 10 mcg = pethidine 10 mg

1. ถ้าประเมินความปวดแบบ NRS ไม่ได้ ให้ประเมินความปวดแบบ VRS (mild, moderate, severe) โดย NRS ≥ 4 เท่ากับปวดปานกลางขึ้นไป

2. ผู้ป่วยอายุ > 65 ปี ให้ยา MO 2 mg IV, dose ที่ 2 และ 3 ให้ยาครั้งละ 1 mg IV