

การจัดการความปวดและข้อควรพิจารณาในการให้ยาระงับความรู้สึก สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง

ยุวรินทร์ โฆษิตวรกิจกุล

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

บทคัดย่อ

การจัดการความปวดและการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์ (opioid) เรื้อรัง เป็นเรื่องที่ท้าทายเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการปวดเรื้อรังเกิน 3 เดือนขึ้นไป โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความดื้อต่อยาโอปิออยด์ (opioid tolerance) และประสบภาวะ opioid-induced hyperalgesia (OIH) หรือภาวะที่ยาโอปิออยด์ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจเผชิญการติดยาเกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์ในทางที่ผิด นำไปสู่การประเมินอาการปวดที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการจัดการความปวดจะสามารถประเมินและจัดการความปวดหลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม โดยบทความนี้จะกล่าวถึงแนวทางในการรักษาโดยใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (multimodal analgesia) และแนวทางตามหลักฐานเพื่อรักษาอาการปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง, ภาวะดื้อต่อยาโอปิออยด์, ภาวะที่ยาโอปิออยด์ทำให้รู้สึกปวดมากขึ้น

ติดต่อ: ยุวรินทร์ โฆษิตวรกิจกุล

สถานที่ติดต่อ: กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

อีเมล: stamp_leo@hotmail.com

Pain management and Anesthetic considerations for patients with chronic Opioid Use

Yuwarin Kositworakitkun
Anesthesiology Uttaradit hospital

ABSTRACT

Effective pain management and anesthetic consideration for patients with chronic opioid use defined as continuous opioid consumption for more than three months remains a major clinical challenge. These patients often experience chronic pain, opioid tolerance, and opioid-induced hyperalgesia (OIH), a condition where opioids increase sensitivity to pain. Additionally, they may face stigmatization related to opioid misuse, leading to underestimation of their pain and inadequate treatment. Therefore, healthcare professionals with expertise in pain management play a critical role in appropriately assessing and managing postoperative pain for this population. This article discusses evidence-based approaches, including multimodal analgesia, to effectively treat pain in these patients.

Keywords: Chronic opioid use, Opioid tolerance, Opioid induced hyperalgesia

Contact: Yuwarin Kositworakitkun

Address: Anesthesiology Uttaradit hospital

E-mail: stamp_leo@hotmail.com

บทนำ

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาโอปิออยด์ (opioids) ในขนาดสูง และต้องเข้ารับการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการใช้ยาโอปิออยด์ได้รับความนิยมมากขึ้นในการรักษาอาการปวดเรื้อรัง ทั้งผู้ป่วยโรคกระดูกและผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคกระดูก ความสุขของอาการปวดเรื้อรังเป็นสาเหตุนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการสั่งจ่ายยาโอปิออยด์ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคในสหรัฐอเมริกา (Centers for disease control and prevention: CDC) รายงานว่าในปี 2016 มีประชากรผู้ใหญ่ประมาณ 10.1 ล้านคน ได้รับยาโอปิออยด์ระยะยาว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่อยา (opioid tolerance) และภาวะพึ่งพาทางกายภาพ (physical dependence) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการผ่าตัดมีความซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการถอนยา (opioid withdrawal) และภาวะที่ยาโอปิออยด์ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (opioid induced hyperalgesia หรือ OIH) ผลกระทบจากการใช้ยาโอปิออยด์ในระยะยาวไม่ได้จำกัดอยู่เพียงทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงภาระทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การลดลงของคุณภาพแรงงาน และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ซึ่งอาการ physical dependence และ opioid withdrawal เกิดได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาโอปิออยด์ขนาดสูง เช่น

- ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อน (weak opioids) เช่น codeine มากกว่า 120 มก. หรือ ยา tramadol มากกว่า 400 มก. ต่อวัน
 - ยาโอปิออยด์ชนิดแรง (strong opioids) เช่น morphine หรือ oxycodone ที่ใช้ต่อเนื่องเกินกว่า 2 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด
- บทความนี้มุ่งเน้นการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรังที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด โดยให้ความสำคัญทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคกระดูกและไม่ใช่โรคกระดูก โดยเนื้อหาแบ่งออกเป็น การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การดูแลระหว่างและหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมอาการปวดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง

คำศัพท์ ที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดตามคำจำกัดความของสมาคมศึกษาความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain) รวมถึงสมาคมแพทย์ด้านการติดยา

แห่งอเมริกา (American Society of Addiction Medicine), สถาบันแพทยด้านความปวดแห่งอเมริกา (American Academy of Pain Medicine) และ American Pain Society (2001) และ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for disease control and prevention: CDC) มีดังนี้¹⁻²

- ความเจ็บปวด (Pain): ประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริงหรือเสมือนว่าเกิดขึ้น หรือที่อธิบายถึงในแง่ของความเสียหายนั้น
- อาการปวดเรื้อรัง (Chronic pain): ความเจ็บปวดที่คงอยู่เกินกว่า 3 เดือน และเลยระยะเวลาปกติของการหายของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ
- การรักษาแบบผสมผสาน (Multimodal analgesia): การใช้วิธีการรักษาต่างๆ ที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันในการรักษาอาการปวด เช่น การใช้ยา Pregabalin และยา opioid เพื่อควบคุมอาการปวด หรือการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ร่วมกับยา paracetamol
- การใช้ยาโอปิออยด์ระยะยาว (Long-term opioid use): การใช้ยาโอปิออยด์เกือบทุกวันเป็นระยะเวลานานกว่า 3 เดือน
- การเสพติด (Addiction): โรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่มีปัจจัยทางพันธุกรรม จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการพัฒนาและแสดงออกของโรค ลักษณะสำคัญของโรคนี้รวมถึงพฤติกรรมดังต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอย่าง: การควบคุมการใช้ยาไม่ได้ การใช้ต่อเนื่องแม้จะเกิดอันตราย และความอยากยา
- การพึ่งพาทางกายภาพ (Physical dependence): ภาวะที่ร่างกายปรับตัวจนเกิดการแสดงอาการถอนยาที่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มยานั้น ๆ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากการหยุดยาอย่างกะทันหัน การลดขนาดยาอย่างรวดเร็ว การลดระดับยาในเลือด หรือการใช้ยาด้านฤทธิ์
- ภาวะดื้อต่อยา (Tolerance): ภาวะที่ร่างกายปรับตัวเมื่อได้รับยา ทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลงในการรักษา หรือต้องเพิ่มขนาดยาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เท่าเดิม

การจัดการความปวดจากการผ่าตัด

การวางแผนระงับปวดทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด (Preoperative preparation)

ใช้แนวทางแบบสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) ในการดูแลผู้ป่วยปวดเรื้อรัง ได้แก่ ทีมดูแลอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain team) ร่วมกับทีมดูแลอาการปวดเฉียบพลัน (acute pain team) เพื่อวางแผนระงับความเจ็บปวดในการผ่าตัด (perioperative analgesic plan) ควรมีการประเมินผู้ป่วยถึงโรคประจำตัวเดิม อาการปวดเรื้อรังเดิมก่อนการผ่าตัด ประวัติการใช้ยา ระงับปวด และการประเมินประสิทธิภาพรวมถึงผลข้างเคียงของยา ระงับปวดที่ได้รับก่อนการผ่าตัด หากมีอาการปวดรุนแรงให้ยา ระงับปวดหรือหัตถการระงับปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดก่อนการผ่าตัด ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความปวด ได้แก่ Numeric Rating Scales (NRS) และ Visual Analog Scales (VAS) ควรคำนวณปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ต่อวันของผู้ป่วย (Morphine Milligram Equivalent: MME) เพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะติดยา และอาการถอนยา นอกจากนี้มีการประเมินทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการพึ่งพายาในเชิงพฤติกรรม โดยผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอาจใช้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง

(strong opioids) ได้แก่ มอร์ฟีนซัลเฟต (morphine sulphate continus) แผ่นแปะเฟนทานิล (transdermal fentanyl) หรือแผ่นแปะบูพรีนอร์ฟีน (transdermal buprenorphine) หรือในรูปแบบปลดปล่อยทันที (immediate release) เช่น มอร์ฟีนชนิดรับประทาน³⁻⁴

- ผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์ชนิดรับประทาน (ทั้ง immediate และ modified release) ควรรับประทานยาต่อเนื่องก่อนการผ่าตัด รวมถึงเข้าวันผ่าตัด
- ผู้ป่วยที่ใช้แผ่นแปะยา fentanyl (transdermal opioid patches) ควรลอกแผ่นแปะออกก่อนการผ่าตัด เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาระหว่างและหลังผ่าตัด เช่น การดูดซึมยาล่าช้าหรือดูดซึมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่ได้ขนาดยาตามความต้องการโดยควรปรับมา ใช้ยาโอปิออยด์ชนิดฉีดแทนระหว่างผ่าตัด หรือชนิดรับประทานที่มีฤทธิ์เทียบเท่า (equianalgesic doses) หลังผ่าตัดแทน
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาโอปิออยด์ผ่านเครื่องให้ยาแก้ปวดเข้าช่องไขสันหลัง (Intrathecal drug delivery system, IDDS) ควรใช้วิธีการให้ยาแบบนี้ต่อเนื่องระหว่างการผ่าตัด เพื่อให้ควบคุมอาการปวดเดิมได้อย่างเหมาะสม (ตามคำแนะนำของผู้ผลิต) หากการปวดเฉียบพลันควบคุมไม่ได้ อาจต้องมีการปรับความเข้มข้นของยา หรือเพิ่มความเร็วในการให้ยา หรืออาจใช้ยาโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์สั้นแบบปรับขนาดได้ง่ายได้แก่ fentanyl (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงขนาดยาโอปิออยด์ในรูปแบบแผ่นแปะเฟนทานิล (fentanyl transdermal patch) และมอร์ฟีน (morphine) ชนิดรับประทานที่มีฤทธิ์เทียบเท่ากัน (Equianalgesic dose)

ขนาดยา morphine ชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมง (มิลลิกรัม)	ขนาดยา fentanyl transdermal patch (ไมโครกรัมต่อชั่วโมง)
20 - 44	12
45 - 134	25
135 - 224	50
225 - 314	75
315 - 404	100
405 - 494	125
495 - 584	150
585 - 674	175
675 - 764	200

ตารางที่ 2 แสดงการปรับขนาดยาโอปิออยด์เป็น (Morphine Milligram Equivalent: MME)

ยาโอปิออยด์	ขนาดยา (มก.) ที่เทียบเท่ามอร์ฟิน 10 มก. (oral)	MME Conversion Factor
Morphine (oral)	10	1
Oxycodone (oral)	6.7	1.5
Hydromorphone (oral)	2.5	4
Fentanyl patch	25 mcg/hr = 45 - 134 morphine/day	ประมาณ 2.4

การดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Intraoperative management)

ผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์ต่อเนื่องนานกว่า 2 สัปดาห์ อาจเกิดภาวะดื้อต่อยา (opioid tolerance) ซึ่งหมายถึง “การที่ร่างกายได้รับยาขนาดเดิมแต่ผลของยาลดลง หรือจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เท่าเดิม” ขนาดยาโอปิออยด์ที่ใช้หลังการผ่าตัดตามมาตรฐานทั่วไปนั้น ออกแบบมาเพื่อผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยาโอปิออยด์มาก่อน (opioid-naïve patients) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะดื้อต่อยาโอปิออยด์ (opioid-tolerant patients) จะต้องการขนาดยาโอปิออยด์ที่มากขึ้นเพื่อให้บรรเทาอาการปวดได้อย่างเพียงพอ

การพึ่งพายาโอปิออยด์ทางกายภาพ (physical dependence) ในผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์ก่อนการผ่าตัด จำเป็นต้องมีการให้ยาโอปิออยด์เดิม (baseline opioid administration) ในช่วงระหว่างและหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันอาการถอนยา (withdrawal reaction) ซึ่งมีลักษณะเด่น เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป (adrenergic hyperactivity) อาการอ่อนเพลีย (generalized malaise) ปวดท้อง หาวบ่อย และมีเหงื่อออก¹¹

ความต้องการยาโอปิออยด์พื้นฐานหลังการผ่าตัด คำนวณจากปริมาณยาโอปิออยด์ที่ใช้ก่อนการผ่าตัด ซึ่งเป็นเพียงการประมาณการเท่านั้น ความต้องการจริงอาจมากกว่าหรือน้อยกว่านี้ได้ หลักฐานในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่า ยาโอปิออยด์ในขนาดที่ค่อนข้างน้อย (<50% ของขนาดยาก่อนการผ่าตัด) เพียงพอที่จะป้องกันอาการถอนยาได้ ผลของการผ่าตัดอาจทำให้ความต้องการยาโอปิออยด์เพิ่มหรือลดลง โดยในบางกรณี ความต้องการยาโอปิออยด์อาจเพิ่ม

ขึ้นมากกว่า 20% จากขนาดพื้นฐาน เนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัดร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง การผ่าตัดอาจช่วยลดความเจ็บปวดได้ เนื่องจากมีการกำจัดเนื้อเยื่อมะเร็งที่กดทับอวัยวะต่างๆ เหล่านั้น หรือกดทับเส้นประสาทลดลง ทำให้อาการปวดจากระบบประสาท (neuropathic pain) ลดลง⁵⁻⁸

การให้การระงับปวดระหว่างผ่าตัดเพื่อลดการใช้ยาโอปิออยด์ ควรใช้ยาหลากหลายชนิดเพื่อเสริมฤทธิ์ในการระงับปวดได้แก่ ketamine, dexmedetomidine, ร่วมกับการใช้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) ร่วมด้วย เช่น nerve blocks, epidural block หรือ spinal anesthesia การติดตามระดับความลึกของการระงับความรู้สึกโดยใช้ BIS monitoring เพื่อปรับยาอย่างระมัดระวัง

การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (Postoperative Management)

ต้องประเมินอาการต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอ เช่น อาการปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทา หรืออาการถอนยา (withdrawal phenomena) อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป (opioid overdose) เช่น อาการง่วงซึม (sedation) หรือภาวะกดการหายใจ (respiratory depression) โดยการแยกภาวะ opioid withdrawal, opioid tolerance และ opioid induced hyperalgesia (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การแยกภาวะ opioid induce Hyperalgesia (OIH) กับ opioid Tolerance และ Withdrawal

	Opioid Induced Hyperalgesia (OIH)	Opioid Tolerance	Opioid Withdrawal
กลไก	NMDA activation, Sensitization	Receptor desensitization	Sympathetic overdrive
อาการ	อาการปวดมากขึ้นหลังได้รับยาโอปิออยด์	ต้องเพิ่มขนาดยาจึงบรรเทาอาการปวด	กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย เหงื่อออก อาเจียน
การตอบสนองต่อโอปิออยด์	อาการแฉ่ง ปวดมากขึ้น	อาการปวดดีขึ้น	อาการดีขึ้นเมื่อให้ baseline dose

การปรับกลับมาใช้ยาแบบรับประทาน เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับมารับประทานยาได้ ยาโอปิออยด์ในรูปแบบฉีดควรถูกเปลี่ยนเป็นขนาดที่เทียบเท่ากันสำหรับรับประทาน (equianalgesic oral dose) โดยยาโอปิออยด์ที่ให้ขนาดพื้นฐานต่อเนื่องเทียบเท่าขนาดยาก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 75-100% เพื่อป้องกันอาการถอนยา (opioid withdrawal) และประเมินอาการปวดที่เกิดจากการผ่าตัดเพิ่มเติม โดยพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ ใช้การรักษาแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) อย่างการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยาด้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) และ clonidine มีผลช่วยลดปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ (opioid-sparing effects) ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยยาลดปวดชนิดต่างๆ (ตารางที่ 4) นอกจากนี้ พิจารณาการให้ยาเพิ่มควบคุมอาการปวดเฉียบพลัน (Breakthrough pain) โดยคิดเป็น 10% ของปริมาณ

โอปิออยด์ต่อวันที่ผู้ป่วยได้รับ (Total morphine milligram per day) การใช้ยาโอปิออยด์หลังการผ่าตัด สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ทางารฉีด (parenterally) การให้ช่องเหนือไขสันหลัง (epidurally) การให้ยารับประทาน (orally) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ สภาพร่างกายของผู้ป่วย ลักษณะและขอบเขตของการผ่าตัด การทำงานของระบบทางเดินอาหารหลังการผ่าตัด ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น อาเจียนหรือภาวะลำไส้ทำงานช้า (bowel ilius) อาจมีการให้ยาโดยให้ผู้ป่วยควบคุมการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง (PCA patient control analgesia) โดยมีการตั้งค่าต่างๆ ดังนี้ Basal rate 75-100% ของ opioid basal dose PCA bolus 10% ของ total dairy dose Lockout interval 5-10 นาที โดยมีการปรับตามอาการปวดของผู้ป่วย ที่สำคัญต้องมีการประเมินติดตามอาการซ้ำหลังการรักษา

ตารางที่ 4 กลุ่มยาที่ใช้สำหรับ Multimodal analgesia

กลุ่มยา	ตัวอย่าง	กลไกการออกฤทธิ์	จุดเด่น	ข้อควรระวัง
Paracetamol	Oral ,IV	กลไกยังไม่แน่ชัด	แก้ปวด, ลดไข้	ตับวายหากได้รับยาเกินขนาด
NSAIDs	cNSAID: naproxen COXIB: celecoxib	ยับยั้ง COX-1/2	ลดอาการปวด, ลดการอักเสบ	เลือดออกในกระเพาะอาหาร (cNSAIDs) ไตเสื่อม
Gabapentinoids	Gabapentin, Pregabalin	ยับยั้ง calcium channel	ลดอาการปวด และ การใช้ยา opioid	อาการง่วง มึนงง
Ketamine	IV, infusion	NMDA receptor antagonist	ลดภาวะ OIH, ลดการใช้ยา opioid	อาการหลอน ฝันร้าย ความดันโลหิตสูง
Alpha-2 agonists	Clonidine, Magnesium sulfate, Dexmedetomidine	Alpha-2 agonists	ลดอาการปวด ลดการใช้ยา opioid	ความดันต่ำ bradycardia
Lidocaine	IV Infusion	Sodium channel blocker	ลดอาการปวด ลดการใช้ยา opioid	Cardiac arrythmia ต้อง monitor EKG
Regional	Nerve block, epidural block	ปิดกั้นการส่งสัญญาณความปวด	ลดอาการปวด ลดการใช้ยา opioid	ต้องทำโดยผู้มีความชำนาญ

ข้อควรพิจารณาเนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง มักเผชิญการตีตราว่าเป็นผู้ติดยา หรือดูแลอาการปวดได้ยาก แม้ว่าการใช้ยาของผู้ป่วยมีเหตุผลชอบธรรมทางการแพทย์ เช่น การรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็ง หรืออาการปวดเรื้อรังอื่นที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น เช่น อาการปวดแบบ neuropathic pain นำไปสู่การประเมินอาการปวดต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้มีโอกาสได้รับยาโอปิออยด์ที่ไม่เพียงพอ และไม่กล้ารายงานอาการที่แท้จริง ดังนั้นจึงควรมีการสื่อสารที่ปราศจากอคติในการสื่อสารกับผู้ป่วย และให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประเมินและดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงแนวทางการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อบรรเทาอาการปวดและเกิดความปลอดภัยในการรักษา ส่วนแนวทางการวิจัยในอนาคตอาจต้องหาปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิด Opioid induced hyperalgesia รวมถึงการพัฒนาารุ่นใหม่ หรือยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะดังกล่าว หรือบทบาทการนัดติดตาม รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่าง Telehealth เพื่อติดตามการใช้ยา opioid และอาการปวดอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัด

สรุป

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการยาโอปิออยด์หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังหรือปวดจากมะเร็งที่ได้รับยาโอปิออยด์ขนาดสูงก่อนการผ่าตัด มีความท้าทายในการจัดการความปวดเนื่องจากมักถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เนื่องจากความกังวลเรื่องการติดสารเสพติดและการพึ่งพายาทางกายภาพ แนวทางการรักษา ควรรักษาระดับยาโอปิออยด์เดิม (daily dose opioid) ของผู้ป่วย และให้ยาแก้ปวดเพิ่มเติม โดยแนะนำให้ใช้วิธีแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) เช่น opioid ชนิดออกฤทธิ์สั้นสำหรับอาการปวดเฉียบพลัน (breakthrough pain) ร่วมกับยาชนิดอื่น ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) และพาราเซตามอล การใช้เครื่องควบคุมยาโดยผู้ป่วยเอง (PCA) นอกจากนี้แผ่นแปะ opioid (Fentanyl patch) และเครื่องให้ยาแก้ปวดเข้าช่องไขสันหลัง (Intrathecal drug delivery system, IDDS) สามารถใช้ต่อเนื่องได้หลังผ่าตัดร่วมกับยาชนิดอื่น การเข้าใจความซับซ้อนเฉพาะเหล่านี้จะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น การจัดการดูแลที่ครอบคลุม เช่น การสร้างความไว้วางใจและการจัดการความคาดหวังของผู้ป่วย การรักษาและปรับขนาดยา opioid การให้ยาแก้ปวดเสริม ลดความวิตกกังวล และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในช่วงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหลากหลายกลุ่มนี้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, American Society of Addiction Medicine. Consensus statement: definitions related to the use of opioids for the treatment of pain. Glenview, IL: American Pain Society; 2001.
2. Chou R, Gordon D, de Leon-Casasola O, Rosenberg J, Bickler S, Brennan T, et al. Guidelines on the management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*. 2016;17(2):131–57.
3. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(1):1–49. doi:10.15585/mmwr.rr6501e1.
4. Hilliard P, Waljee J, Moser S, Metz L, Mathis M, Goesling J, et al. Prevalence of preoperative opioid use and characteristics associated with opioid use among patients presenting for surgery. *JAMA Surg*. 2018;153(10):929–37.
5. Jackman C. Perioperative pain management for the chronic pain patient with long-term opioid use. *Orthop Nurs*. 2019;38(2):157–64. doi:10.1097/NOR.0000000000000526.
6. Lewis NL, Williams JE. Acute pain management in patients receiving opioids for chronic and cancer pain. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*. 2005;5(1):1–4. doi:10.1093/bjaceaccp/mki004.
7. Miculescu A. Chronic pain patient and anaesthesia. *Rom J Anaesth Intensive Care*. 2019;26(1):59–66. doi:10.2478/rjaic-2019-0009.
8. Vadeghani AT, Grant M, Forget P. Perioperative pain management interventions in opioid user patients: an overview of reviews. *BMC Anesthesiol*. 2024;24:310. doi:10.1186/s12871-024-02110-x.
9. Gammaitoni AR, Fine P, Alarez N, McPherson ML, Bergmark S. Clinical application of opioid equianalgesic data. *Clin J Pain*. 2003;19(4):286–97.
10. de Leon-Casasola O, Yarussi A. Pathophysiology of opioid tolerance and clinical approach to the opioid-tolerant patient. *Curr Rev Pain*. 2000;4(3):203–5.
11. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain-Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med*. 2016;374(13):1253–63.
12. Hayhurst CJ, Durieux ME. Differential Opioid Tolerance and Opioid-Induced Hyperalgesia: A Clinical Reality. *Anesthesiology*. 2016;124(2):483–8.