

อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

Incidence and Factors Associated with Analgesic Drugs Administration in Recovery Room at Chaoprayayomraj Hospital

วันเพ็ญ กันกา พย.บ.,

พัทยา แพทองคำ พย.บ.,

ชนิษฐา พันธุ์สุวรรณ พย.บ.,

อนุมัติบัตรสาขาการพยาบาลด้านการระงับความรู้สึก อบ., Diploma in APAN

Wenpen Kunka B.N.S.,

Pataya Paethogkum B.N.S.,

Khanistha Pansuwan B.N.S.,

รติกร อนสุรธนาวัฒน์ พ.บ.,

ว.ว. วิสัญญีวิทยา

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา

โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

จังหวัดสุพรรณบุรี

Ratikorn Anusornatanawat M.D.,

Thai Board of Anesthesiology

Division of Anesthesiology

Chaoprayayomraj Hospital

Suphan Buri

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: วัตถุประสงค์หลักคือ ศึกษาอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวด วัตถุประสงค์รองคือ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง และศึกษาความสมบูรณ์ของการบันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์จากเหตุไปหาผล โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จำนวน 752 ฉบับ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2557 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบถดถอยโลจิสติกพหุนามในการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดจำนวน 193 ราย (ร้อยละ 25.7) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ตำแหน่งที่ผ่าตัด โดยตำแหน่งที่ผ่าตัดได้สะดือมีโอกาสได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นน้อยกว่า 0.44 เท่า เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเหนือสะดือ (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 0.25, 0.76, $p=0.003$) 2) ระยะเวลาที่ทำผ่าตัดเมื่อเทียบกับระยะเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง พบว่าที่ 1-2 และ 2-3 ชั่วโมง มีโอกาสได้ยาแก้ปวดมากกว่า 2.36 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 1.56, 3.57, $p<0.001$) และ 6.06 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 2.50, 14.67, $p<0.001$) ตามลำดับ 3) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น โดยช่วงนอกเวลาราชการ (16.00-8.00 น.) มีโอกาสได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในห้องพักฟื้นในช่วงเวลาราชการ (8.00-16.00 น.) 0.41 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 0.27, 0.61, $p<0.001$) และ 4) การลงบันทึกคะแนนปวดเมื่อเทียบการลงบันทึกทุกครั้งพบว่า การลงบันทึกบางครั้งและ

ไม่บันทึกเลยมีโอกาสดูรับยาแก้ปวดน้อยกว่า 0.54 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 : 0.37, 0.79, $p=0.001$) และ 0.11 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 0.01, 0.89, $p=0.04$) ตามลำดับ และพบความสมบูรณ์ของการบันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น จำนวน 433 ราย (ร้อยละ 57.6)

สรุป : พบอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นต่ำ เนื่องจากขาดการบันทึกลงในเวชระเบียนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ปัจจัยอื่นๆ ที่เพิ่มอุบัติการณ์ ได้แก่ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นในเวลาราชการ ระยะเวลาที่ทำผ่าตัดนานกว่า และตำแหน่งที่ผ่าตัดเหนือสะดือ

คำสำคัญ : ยาแก้ปวด ผ่าตัดช่องท้อง ห้องพักฟื้น

วารสารแพทย์ เขต 4-5 2560; 36(2) : 59-70.

ABSTRACT

Objective: To study the incidence of analgesic drugs administration, the associated factors and the completeness of post anesthetic record in patients undergoing abdominal surgery in recovery room at Chaoprayayomraj Hospital.

Materials and methods: A retrospective cohort study was conducted from January 1, 2012 to December, 31 2014 on 752 medical records. Data were analyzed using multivariable logistic regression.

Results: The number of patients given analgesic drug administration was 193 (the incidence was 25.7%). The associated factor was site of operation, lower abdomen decreased the incidence 0.44 time (95%: 0.25, 0.76, $p=0.003$) as compared with upper abdomen. The other factors were; the surgery duration, as compared with duration < 1 hour, the incidence increased to 2.36 times (95% CI 1.56, 3.57, $p<0.001$) and 6.06 times (95% CI 2.50, 14.67, $p<0.001$) in 1-2 hours and 2-3 hours, respectively; time interval when patients were in a recovery room, the probability decreased with after hours (4 pm–8 am) as compared with office hours (8 am–4 pm) (adjusted OR 0.41, 95% CI 0.27, 0.61, $p<0.001$) and; the pain score recording as compared with complete recording, the incidence decreased in some parts recording and none of recording to 0.54 time (95% CI 0.37, 0.79, $p=0.001$) and 0.11 time (95% CI 0.01, 0.89, $p=0.04$), respectively. The completeness of recording in the post anesthetic record forms was 433 (57.6%)

Conclusion: The incidence of analgesic drug administration was low due to incompleteness of recording in the post anesthetic record forms. Surgery during office hours, upper abdominal surgery and longer surgery duration increased the incidence.

Keywords : Analgesic drugs, abdominal surgery, recovery room

Reg 4-5 Med J 2017; 36(2) : 59-70.

บทนำ

การจัดการความปวดในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดเป็นงานบริการทางวิสัญญีที่มีความสำคัญ เพราะร้อยละ 80 ของผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดช่องท้องส่วนบน มีอาการปวดระดับปานกลางถึงมาก โดยเฉพาะช่วง 1-3 วันแรก ส่วนการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีอาการปวดระดับมาก และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีอาการปวดน้อยถึงปานกลาง¹ ซึ่งระดับความปวดหลังผ่าตัดสัมพันธ์กับชนิดของการผ่าตัดหรือระดับการทำลายของเนื้อเยื่อ² ความปวดทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย^{3,4} ผลต่อร่างกาย เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด⁵ ภาวะปอดแฟบและปอดติดเชื้อจากการหายใจไม่ลึกหรือไอไม่แรงพอจากการผ่าตัดช่องท้อง ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ผลต่อจิตใจ เช่น ความไม่สุขสบาย ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล⁶ และค่าใช้จ่าย อีกทั้งยังความปวดแบบเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่ความเจ็บปวดเรื้อรังได้^{7,8} ดังนั้นความปวดจึงเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องมีการประเมินติดตาม และรักษาอย่างเหมาะสม^{9,10}

โดยทั่วไปความปวดระดับปานกลางถึงมากจะได้รับการจัดการด้วยการให้ยาแก้ปวด แต่จากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังของงานวิสัญญี ในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยามราช พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเพียง ร้อยละ 11.67, 14.22 และ 17.53 ตามลำดับ เท่านั้น ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่าปกติ¹ และจากการสุ่มสำรวจเวชระเบียน พบว่าการบันทึกเรื่องการจัดการความปวดและระดับความปวด ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นยังขาดความสมบูรณ์ มีการศึกษาจำนวนไม่มากที่ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดในระดับโรงพยาบาลศูนย์

ดังนั้น วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้ คือ ศึกษาอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง วัตถุประสงค์รอง คือ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องและศึกษาความสมบูรณ์ของการบันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยามราช จังหวัดสุพรรณบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์จากเหตุไปหาผล โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (retrospective cohort study) หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการงานวิจัยในมนุษย์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้อง และเข้ามารับบริการที่ห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยามราช ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2557 โดยข้อมูลเหล่านี้ถูกบันทึกตามการปฏิบัติงานปกติของงานวิสัญญี

เกณฑ์คัดเข้าคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี น้ำหนัก 45-80 กิโลกรัม ASA status I-III และได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เกณฑ์คัดออกคือ ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนร่วมด้วยหรือได้รับการผ่าตัดส่วนอื่นนอกจากช่องท้องร่วมด้วย

การดูแลโดยปกติเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยเข้ามาในห้องพักฟื้นจะได้รับการดูแลเบื้องต้นโดยวิสัญญีพยาบาลและผู้ช่วยวิสัญญีพยาบาล โดยได้รับออกซิเจน 6 ลิตร/นาที ผ่านทางหน้ากากออกซิเจนและถุง (mask with bag) ติดเครื่องมือตรวจวัดความดันโลหิตทุก 5 นาที วัดระดับออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วตลอดเวลา ติดเครื่องตรวจไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยบางรายที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติตามคำสั่งของวิสัญญีแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวด วิสัญญีพยาบาลจะสอบถามคะแนนความปวดและให้ยาแก้ปวดเบื้องต้น 2-3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยยังปวดมาก วิสัญญีพยาบาลจะรายงาน

วิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติมต่อไป และบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นตามการปฏิบัติงานปกติ

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น โดยสร้างแบบบันทึกข้อมูลขึ้นมาใหม่สำหรับงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานคือ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ASA status สาขาที่ทำการผ่าตัด (ศัลยกรรม หรือสูติ-นรีเวช) ตำแหน่งผ่าตัด (เหนือสะดือ ใต้สะดือ หรือเหนือและใต้สะดือ) เวลาเริ่มผ่าตัด (ในเวลาราชการ คือ 8.00-16.00 น. หรือนอกเวลาราชการ คือ 16.00-8.00 น.) ข้อมูลระหว่างการผ่าตัดคือ ชนิด และปริมาณยา แก้วปวดที่ได้รับ (มอร์ฟีน เมเพอร์ดีน หรือเฟนทานิล) และระยะเวลาในการผ่าตัด ส่วนที่ 2 การจัดการความปวดในห้องพักฟื้น ได้แก่ เวลาที่ผู้ป่วยเข้าและออกจากห้องพักฟื้น คะแนนความปวด นาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 หลังผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรายงานแพทย์ ปริมาณยาแก้ปวดทั้งหมดที่ได้รับใน 60 นาที แรกหลังการผ่าตัด (มอร์ฟีน เมเพอร์ดีน เฟนทานิล และอื่นๆ) ชนิดและจำนวนของยาาระงับปวดที่ได้รับในห้องพักฟื้น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักฟื้น คะแนนความปวดเมื่อจำหน่ายจากห้องพักฟื้น และความสมบูรณ์ของการลงบันทึกคะแนนความปวด คำนวณขนาดตัวอย่างจากสมการ Infinite population proportion ด้วยค่า $p=0.8$, $d=0.03$ และ $\alpha=0.05$ เพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างคือ เวชระเบียน 752 ฉบับ

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบต่อเนื่อง นำเสนอข้อมูลโดยแจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ากลาง และค่าพิสัยควอไทล์ ทดสอบความแตกต่างด้วย unpaired t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล ส่วนข้อมูลแบบไม่ต่อเนื่อง นำเสนอข้อมูลโดยแจกแจงเป็นจำนวน และ

ร้อยละ ทดสอบความแตกต่างด้วย chi square test หรือ Fisher exact test วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นและปัจจัยต่างๆ ที่มีโอกาสเกี่ยวข้องกับการได้ยาแก้ปวด โดยใช้การวิเคราะห์เชิงถดถอยโลจิสติกเอกนามและพหุนาม รายงานผลเป็นสัดส่วนแถมต่อปรับแล้ว ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS รุ่น 20 กำหนดค่า $p < 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทั้งหมด 752 ฉบับ พบอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องจำนวน 193 ราย (ร้อยละ 25.7) ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ข้อมูลการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดและอาการข้างเคียงในห้องพักฟื้น พบว่าชนิดยาแก้ปวดที่ใช้ ได้แก่ มอร์ฟีน เฟนทานิล และเมเพอร์ดีน (ร้อยละ 60.6, 44.0 และ 6.7 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการยาแก้ปวด 1 ครั้ง จำนวน 147 ราย (ร้อยละ 76.2) โดยมีช่วงคะแนนปวดปานกลาง (4-7 คะแนน) ปวดมาก (8-10 คะแนน) และปวดน้อย (1-3 คะแนน) คือ ร้อยละ 76.2, 22.0 และ 1.6 ตามลำดับ พบว่าร้อยละ 93.2 และ 2.7 ของผู้ป่วย มีคะแนนปวดก่อนจำหน่ายจากห้องพักฟื้น 0-3 และ 4-7 คะแนน ตามลำดับ พบอาการคลื่นไส้อาเจียนเพียง 2 ราย โดยไม่พบการกตกรหายใจ คัน หรืออาการข้างเคียงอื่นๆ จากการให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในห้องพักฟื้น รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วย (n=752)

ตัวแปร	ได้รับยาแก้ปวดในท้องพักฟื้น (n=193)	ไม่ได้รับยาแก้ปวดในท้องพักฟื้น (n=559)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)	X= 40.9 S.D.= 10.9	X= 36.9 S.D.= 12.0	<0.001
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	X= 60.5 S.D.= 9.2	X= 61.0 S.D.= 9.2	0.54
เพศ			
ชาย	59 (30.6)	170 (30.4)	0.97
หญิง	134 (69.4)	389 (69.6)	
ASA status			
I	73 (38.0)	254 (45.4)	0.007
II	90 (46.9)	262 (46.9)	
III	29 (15.1)	43 (7.7)	
ประเภทการผ่าตัด			
ศัลยกรรม	118 (61.1)	341 (61.0)	0.97
สูติ-นรีเวช	75 (38.9)	218 (39.0)	
ตำแหน่งผ่าตัด			
เหนือสะดือ	39 (20.2)	43 (7.7)	<0.001
ใต้สะดือ	112 (58.0)	457 (81.8)	
เหนือและใต้สะดือ	42 (21.0)	59 (10.6)	
เวลาเริ่มผ่าตัด			
ในเวลาราชการ	146 (75.6)	283 (50.6)	<0.001
นอกเวลาราชการ	47 (24.4)	276 (49.4)	
ระยะเวลาผ่าตัด			
<1 ชั่วโมง	77 (39.9)	407 (72.8)	<0.001
1-2 ชั่วโมง	91 (47.2)	135 (24.2)	
2-3 ชั่วโมง	21 (10.9)	11 (2.0)	
>3 ชั่วโมง	4 (2.1)	6 (1.1)	
เวลาเข้าท้องพักฟื้น			
ในเวลาราชการ	121 (62.7)	227 (40.6)	<0.20
นอกเวลาราชการ	55 (28.5)	307 (54.9)	
เวลาออกจากท้องพักฟื้น			
ในเวลาราชการ	121 (62.7)	230 (41.1)	<0.001
นอกเวลาราชการ	72 (37.3)	329 (58.9)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วย (n=752) (ต่อ)

ตัวแปร	ได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น	ไม่ได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น	P-value
	(n=193)	(n=559)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ช่วงเวลาที่อยู่ห้องพักฟื้น			
ในเวลาราชการ	121 (62.7)	227 (40.6)	<0.001
นอกเวลาราชการ	55 (28.5)	307 (54.9)	
คาบเกี่ยวระหว่าง ในเวลา ราชการ กับนอกเวลาราชการ	17 (8.8)	25 (4.5)	
ระยะเวลาอยู่ในห้องพักฟื้น			
0-30 นาที	51 (26.0)	320 (57.2)	<0.001
35-60 นาที	129 (66.9)	235 (42.0)	
65-90 นาที	9 (4.7)	4 (7.0)	
>95 นาที	4 (2.1)	0 (0)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดและอาการข้างเคียงในห้องพักฟื้น

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
ชนิดยาแก้ปวด		
มอร์ฟีน (morphine)	117 (60.6)	4.11 (1.6)
เมเพอริดีน (meperidine)	13 (6.7)	26.5 (11.6)
เฟนทานิล (fentanyl)	85 (44)	55.2 (20.4)
จำนวนครั้งที่ได้รับยาแก้ปวด	193 (100)	
1 ครั้ง	147 (76.2)	
2 ครั้ง	35 (18.1)	
3 ครั้ง	10 (5.2)	
4 ครั้ง	1 (0.5)	
รายงานแพทย์เพื่อให้ยาแก้ปวด	5	
จำนวนครั้งที่รายงานแพทย์เพื่อให้ยาแก้ปวด		
1 ครั้ง	4 (2.1)	
2 ครั้ง	1 (0.5)	
3 ครั้ง	0 (0)	
คะแนนปวดครั้งที่ 1 ที่ได้ยาแก้ปวด	181 (100)	
1-3 คะแนน	3 (1.6)	
4-7 คะแนน	138 (76.2)	
8-10 คะแนน	40 (22.0)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดและอาการข้างเคียงในหอพักฟื้น (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
คะแนนปวดก่อนออกจากหอพักฟื้น	752	
0-3 คะแนน	701 (93.2)	
4-7 คะแนน	20 (2.7)	
8-10 คะแนน	0 (0)	
อาการข้างเคียง	2 (1)	
กตการหายใจ	0 (0)	
คลื่นไส้	0 (0)	
คลื่นไส้อาเจียน	2 (1)	
อื่นๆ	0 (0)	

ข้อมูลความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน
พบการบันทึกคะแนนปวดครบทุกครั้ง จำนวน 433 ราย
(ร้อยละ 57.6) และบันทึกคะแนนปวดก่อนออกจากห้อง
พักฟื้น จำนวน 721 ราย (ร้อยละ 95.6) รายละเอียด
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (n=752)

ตัวแปร	การได้รับยาแก้ปวด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การบันทึกคะแนนปวด		
บันทึกคะแนนปวดทุกครั้ง	433 (57.6)	133 (68.9)
บันทึกคะแนนปวดบางครั้ง	15 (2.0)	1 (0.5)
ไม่บันทึกคะแนนปวดเลย	304 (40.4)	59 (30.6)
การบันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยา		
บันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยาครั้งที่ 1	193 (25.7)	
บันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยาครั้งที่ 2	44 (22.8)	
บันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยาครั้งที่ 3	9 (4.7)	
บันทึกคะแนนปวดก่อนให้ยาครั้งที่ 4	4 (2.1)	
การบันทึกคะแนนปวดก่อนออกจากหอพักฟื้น	721 (95.6)	

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเอกนาม
แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้ยาแก้ปวดคือ อายุ ASA
status ตำแหน่งผ่าตัด เวลาเริ่มผ่าตัด ช่วงเวลาที่อยู่หอ
พักฟื้น เวลาออกจากหอพักฟื้นระยะเวลาผ่าตัดและ
ความสมบูรณ์ของการลงบันทึกคะแนนปวด ($p<0.05$)

วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนาม โดยวิธี
การเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการในขั้นตอนเดียว (enter
method) แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ระหว่างตำแหน่งผ่าตัดกับการได้ยาแก้ปวด โดยตำแหน่ง
ที่ผ่าตัดได้สะดวกมีโอกาสดังกล่าวได้รับยาแก้ปวดในหอพักฟื้น

น้อยกว่าคือ 0.44 เท่า เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเนื้อสะดือ (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 0.25, 0.76, $p=0.003$) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นช่วงนอกเวลาราชการ (16.00-8.00 น.) มีโอกาสได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในห้องพักฟื้นในเวลาราชการ (8.00-16.00 น.) คือ 0.41 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 0.27, 0.61, $p<0.001$) ระยะเวลาที่ทำผ่าตัดโดยเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง พบว่าที่ 1-2 และ 2-3 ชั่วโมง มีโอกาสได้ยาแก้ปวดมากกว่าคือ 2.36 เท่า (ช่วงความ

เชื่อมั่นร้อยละ 95: 1.56, 3.57, $p<0.001$) และ 6.06 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 2.50, 14.6, $p<0.001$) ตามลำดับ และการลงบันทึกคะแนนปวดเมื่อเทียบการลงบันทึกทุกครั้งพบว่า การลงบันทึกบางครั้งและไม่บันทึกเลยมีโอกาสดังกล่าวต่ำกว่าคือ 0.54 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 0.37, 0.79, $p=0.001$) และ 0.11 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95: 0.01, 0.89, $p=0.04$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนามแสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้ยาแก้ปวด

ตัวแปร	Crude OR	95%CI	P-value	Adjusted OR	95%CI	P - value
อายุ	1.03	1.02, 1.04	<0.001			0.87
ASA status			0.007			0.13
I	1	อ้างอิง				
II	1.20	0.84, 1.70	0.32			
III	2.35	1.37, 4.02	0.002			
ตำแหน่งผ่าตัด			<0.001	1		0.01
เนื้อสะดือ	1	อ้างอิง		0.44	อ้างอิง	
ใต้สะดือ	0.27	0.17, 0.44	<0.001	0.68	0.25, 0.76	0.003
เนื้อและใต้สะดือ	0.79	0.44, 1.41	0.42		0.36, 1.31	0.25
เวลาเริ่มผ่าตัด						0.56
ในเวลาราชการ						
นอกเวลาราชการ						
ช่วงเวลาที่อยู่ห้องพักฟื้น			<0.001	1		<0.001
ในเวลาราชการ	1	อ้างอิง		0.41	อ้างอิง	
นอกเวลาราชการ	0.34	0.23, 0.48	<0.001	1.34	0.27, 0.61	<0.001
คาบเกี่ยวระหว่างในเวลาราชการ กับนอกเวลาราชการ	1.28	0.67, 2.46	0.47		0.66, 2.72	0.42
เวลาออกจากห้องพักฟื้น			<0.001			0.19
ในเวลาราชการ	1	อ้างอิง				
นอกเวลาราชการ	0.42	0.30, 0.58	<0.001			

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนามแสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้ยาแก้ปวด (ต่อ)

ตัวแปร	Crude OR	95%CI	P-value	Adjusted OR	95%CI	P - value
ระยะเวลาผ่าตัด			<0.001	1		<0.001
<1 ชั่วโมง	1	อ้างอิง		2.36	อ้างอิง	
1-2 ชั่วโมง	3.56	2.48, 5.11	<0.001	6.06	1.56, 3.57	<0.001
2-3 ชั่วโมง	10.09	4.68, 21.77	<0.001	2.28	2.50, 14.67	<0.001
>3 ชั่วโมง	3.52	0.97, 12.78	0.05		0.56, 9.29	0.25
การลงบันทึกคะแนนปวด			0.001	1		0.001
ทุกครั้ง	1	อ้างอิง		0.54	อ้างอิง	
บางครั้ง	0.54	0.38, 0.77	0.001	0.11	0.37, 0.79	0.001
ไม่ลงบันทึก	0.16	0.02, 1.24	0.08		0.01, 0.89	0.04

ข้อมูลเปรียบเทียบเปรียบเทียบช่วงเวลากการได้รับยาแก้ปวด (ในและนอกเวลาราชการ) กับระยะเวลาที่ผ่าตัดและตำแหน่งที่ผ่าตัด พบว่าในเวลาราชการมีระยะเวลาที่ใช้ทำผ่าตัดที่ 1-2 ชั่วโมงมากที่สุด คือ จำนวน 83 ราย

ส่วนตำแหน่งที่ผ่าตัดทั้งเหนือและใต้สะดือมากที่สุด คือ 146 ราย ส่วนนอกเวลาราชการ ระยะเวลาที่ใช้ทำผ่าตัดน้อยกว่า 1 ชั่วโมงมากที่สุด คือ จำนวน 36 ราย ตำแหน่งที่ผ่าตัดใต้สะดือ 31 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการได้รับยาแก้ปวดระหว่างในและนอกเวลาราชการ

ตัวแปร	ในเวลาราชการ 8.00 -16.00 น. (คน)	นอกเวลาราชการ 16.00 - 8.00 น. (คน)
ระยะเวลาผ่าตัด		
< 1 ชั่วโมง	41	36
1-2 ชั่วโมง	83	8
2-3 ชั่วโมง	19	2
ตำแหน่งที่ผ่าตัด		
เหนือสะดือ	34	5
ใต้สะดือ	81	31
เหนือและใต้สะดือ	146	11

วิจารณ์

พบอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นหลังจากผ่าตัดช่องท้องจำนวน 193 ราย (ร้อยละ 25.7) ขณะที่การศึกษาของอรพรรณ ไชยชาติ และคณะ¹¹ รายงานผลการได้ยาแก้ปวด 3 วันแรกในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ 2 แห่ง คือ ร้อยละ 96.97, 73.94 และ 36.97 ตามลำดับ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับเดียวกับโรงพยาบาลในการศึกษาคครั้งนี้แต่ไม่ได้ศึกษาเฉพาะในส่วนห้องพักฟื้น ส่วนเสาวนันทา เลิศพงษ์ และคณะ¹² ศึกษาเรื่องผลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 83.9 มีคะแนนความปวด (numeric rating scale) มากกว่า 5 และมนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์¹³ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การระงับปวดหลังผ่าตัด ต่อการบรรเทาปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในสถาบันบำราศนราดูร พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 80 ซึ่งไม่ได้นำเสนอข้อมูลโดยตรงถึงการให้ยาแก้ปวด แต่โดยทั่วไปถ้าผู้ป่วยมีคะแนนปวดปานกลางถึงรุนแรงมักจะได้รับยาแก้ปวดในการรักษา การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นที่ชัดเจนเหมือนในการศึกษานี้ สาเหตุที่พบอุบัติการณ์ต่ำในการศึกษานี้อาจเกิดจากการขาดความสมบูรณ์ของการลงบันทึกข้อมูลเพราะเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากไบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด โดยการศึกษาพบการบันทึกคะแนนปวดครบทุกครั้งเพียงร้อยละ 57.6 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี และคณะ⁹ ศึกษาการประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามธิบดี พบผลการบันทึกการประเมินความปวดของพยาบาลครบถ้วน สูงถึงร้อยละ 98.8 ส่วนจำนวนครั้งที่ได้รับยาแก้ปวด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการยาแก้ปวดเพียงครั้งเดียว คือ ร้อยละ 76.2 ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดได้จนถึง

เวลาจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนันทา เลิศพงษ์ และคณะ¹² อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดที่ค่อนข้างเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณระหว่างการผ่าตัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดในการศึกษาคครั้งนี้ คือ ตำแหน่งที่ผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ช่วงเวลาที่อยู่ห้องพักฟื้น และความสมบูรณ์ของการลงบันทึกคะแนนปวด โดยตำแหน่งผ่าตัดได้สะดวกมีโอกาสได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเหนือสะดือ เช่นเดียวกับการผ่าตัดทั้งเหนือและใต้สะดือ เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเหนือสะดือซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจือกุล อนุธารมณ¹ คือร้อยละ 80 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องส่วนบนมีความปวดระดับปานกลางถึงมาก และร้อยละ 40 ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องส่วนล่างมีความปวดระดับมาก เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของระบบหายใจต้องใช้กล้ามเนื้อยึดชายโครงและกล้ามเนื้อกระบังลมในการหายใจเข้าออก จึงทำให้ตำแหน่งแผลผ่าตัดช่องท้องส่วนบนต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาตามการหายใจ ส่งผลให้เกิดความปวดมากกว่าการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง¹⁴ ส่วนระยะเวลาผ่าตัดเมื่อเทียบกับระยะเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง พบว่า ที่ 1-2 และ 2-3 ชั่วโมง มีโอกาสได้รับยาแก้ปวดมากกว่าเป็น 2.36 และ 6.06 เท่า ตามลำดับ เนื่องจากระยะเวลาที่ทำผ่าตัดนานมักเป็นการผ่าตัดใหญ่ เนื้อเยื่อถูกทำลายมาก จึงมีความเจ็บปวดรุนแรง ทำให้มีโอกาสได้ยาแก้ปวดมากกว่า¹⁵ ส่วนช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นจากการศึกษานี้พบว่าช่วงนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยมีโอกาสได้ยาแก้ปวดน้อยกว่าในเวลาราชการเป็น 0.41 เท่า ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเพราะในเวลาราชการทำผ่าตัดเหนือสะดือมากกว่าและทำผ่าตัดนานกว่านอกเวลาราชการ และปัจจัยสุดท้าย คือ ความสมบูรณ์ของการลงบันทึกคะแนนปวดเมื่อเทียบการลงบันทึกทุกครั้งพบว่าการลงบันทึกบางครั้ง และไม่ลงบันทึกเลย มีโอกาสได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่าคือ 0.54 เท่า และ 0.11 เท่า

ตามลำดับ เพราะการศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลย้อน
หลังจากไปบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด
การไม่ลงบันทึกคะแนนปวดอาจจะสอดคล้องกับการไม่
ลงบันทึกการได้ยาแก้ปวด การบันทึกคะแนนปวดครบ
ทุกครั้งทำให้ข้อมูลการบันทึกการได้ยาแก้ปวดเพิ่มขึ้น

สรุป

พบอุบัติการณ์การได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วย
ผ่าตัดช่องท้องในห้องพักฟื้น ร้อยละ 25.7 ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่อง
ท้องในห้องพักฟื้น ได้แก่ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น
ระยะเวลาที่ทำผ่าตัด ตำแหน่งที่ลงมีดผ่าตัด และความ
สมบูรณ์ของการบันทึกคะแนนปวด โดยพบการบันทึก
ครบถ้วนเพียงร้อยละ 57.6

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังจาก
เวชระเบียนทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ควรวิเคราะห์
หาสาเหตุการขาดความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล
ในห้องพักฟื้น เช่น ด้านบุคคลที่เป็นผู้บันทึก ด้านรูปแบบ
ของแบบบันทึก และด้านระบบที่อาจไม่เอื้อต่อการ
ลงบันทึกข้อมูล แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขและทำวิจัย
ต่อยอดต่อไป ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา
แก้ปวด สามารถนำไปใช้อธิบายกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
ถ้าเป็นการผ่าตัดเหนือสะดือหรือใช้เวลาผ่าตัดนาน จะมี
โอกาสปวดแผลมากขึ้น ซึ่งอาจให้การระงับปวดโดย
วิธีอื่นเพิ่มเติมในการผ่าตัดที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เช่น
การฉีดยาชาที่เส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral
nerve block) เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล
โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี
ทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เจือกุล โอนธารมณ. บทบาทของพยาบาลใน
การป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ 2550;25(1):14-23.
2. อนงค์ สุทธิพงษ์ และคณะ. การพัฒนาศักยภาพ
พยาบาลเพื่อการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย
โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารสมาคมพยาบาลสาขา
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(4):181-8.
3. สุพิตา สงคง, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, วิภา
แซ่เชื้อ. การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความ
ปวดหลังผ่าตัดและพฤติกรรมจัดการกับ
ความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล. สงขลา
นครินทร์เวชสาร 2551;26(5):459-67.
4. ยศพล เหลืองโสมนภา, ศรีสุดา งามขำ. ความสนใจ
ต่อความปวด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์
คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2556;30(1):
83-93.
5. สุธันนี สิมะจาริก และคณะ. ประสิทธิผลการระงับ
ปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดช่อง
ท้องส่วนบนโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์
เวชสาร 2557;29(3):269-75.
6. นันทมน วุฒานนท์และคณะ. การพัฒนาการจัดการ
ความปวดทางการพยาบาลในผู้ป่วยศัลยกรรม.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา
2551;16(4):1-11.
7. นิตยา ธีรวิโรจน์, อมรรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพร
กว้างนอก และคณะ. การศึกษาสภาพการจัดการ
ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขา
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554;29(4):1-39.
8. บุขรา ดาวเรือง, นิโรบล กนก สุทธรัตน์, ดรุณี
ขุนหะวัด. ผลของโปรแกรมการจัดการความ
ปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ ต่อความรู้
ของพยาบาลการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ
พยาบาลและต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด.
รามธิบดีพยาบาลสาร 2555;18(3):358-71.

9. จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, สุธีรา จักรกุล เหลือง สุขเจริญ. การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามธิบดี. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2552;15(3):303-14.
10. จันทรา อรัญโชติ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้นโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557;7(1):28-38.
11. อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ศศิธร พุ่มดวง. ศึกษาความรุนแรงของความปวดปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมนุสสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549;24(2):101-9.
12. เสาวนันทา เลิศพงษ์ และนงลักษณ์ สุสร. การศึกษาผลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้น ในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์ 2557;29(2):93-101.
13. มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การระงับปวดหลังผ่าตัด ต่อการบรรเทาปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในสถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2552;3(2):22-31.
14. สรชัย ศรีสุขะ. สรีรวิทยาระบบหายใจ. (ออนไลน์). ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2560]. เข้าถึงได้จาก URL : http://www.ps.si.mahidol.ac.th/courseware/storerresources/51_SS_Resp1.pdf
15. พงศ์ภารดี เจาะทะเกษตริณ และคณะ. บำบัดความปวด. กรุงเทพฯ: หน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.