

การศึกษาผลการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งในคลินิกเจ็บปวด และการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหัวหิน The Outcomes of Cancer Pain Management in Pain and Palliative Clinic, Hua Hin Hospital

เชิญพร พยอมนัย พ.บ.,
วว. วิทยาลัยวิทยา
กลุ่มงานวิสัญญี
โรงพยาบาลหัวหิน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Chernporn Payomyam M.D.,
Dip., Thai Board of Anesthesiology
Division of Anesthesiology
Hua Hin Hospital
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

ปัจจุบันคลินิกเจ็บปวดและการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลหัวหิน ได้มีการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเริ่มใช้แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา และการติดตามอาการอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการดูแลความปวดจากโรคมะเร็งและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ 1 เดือนหลังจากเริ่มรักษา แสดงโดยจำนวนร้อยละของผู้ป่วยในกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาจะมีการลดลงของระดับความรุนแรงของอาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จากค่าระดับความรุนแรงที่ประเมินในครั้งแรก

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงสังเกต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและมีความปวดที่มารับการรักษาที่คลินิกรายใหม่ 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินอาการต่างๆ ที่รับกวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารักษาและที่ 2 และ 4 สัปดาห์หลังจากเริ่มรักษา สถิติที่ใช้ในการวิจัยสำหรับการวิเคราะห์ผลลัพธ์คือ ระดับความปวดและระดับความรุนแรงของอาการต่างๆ ที่รับกวนผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วย dependent t test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยร้อยละ 22 ตอบสนองต่อการรักษาความปวดที่ 1 เดือนหลังเริ่มรักษาและค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการปวดลดลง (5.83 ± 2.06 กับ 6.18 ± 2.58 , $p = .085$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนต่าง ๆ แย่ลงที่ระยะเวลาติดตามอาการ 1 เดือน (อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 5.39 ± 1.89 กับ 3.92 ± 1.75 , $p = .045$; อาการคลื่นไส้ 1.63 ± 2.23 กับ 0.68 ± 2.11 , $p = .049$; อาการซึมเศร้า 4.85 ± 2.63 กับ 3.60 ± 2.38 , $p = .014$; อาการวิตกกังวล 4.92 ± 2.27 กับ 3.85 ± 2.35 , $p = .001$; อาการง่วงซึม 2.46 ± 1.88 กับ 0.44 ± 1.14 , $P < .001$; อาการเบื่ออาหาร 5.57 ± 2.30 กับ 4.22 ± 2.29 , $p = .002$;

ความสบายดีทั้งกายและใจ 5.77 ± 1.92 กับ 4.86 ± 2.18 , $p = .019$; และอาการเหนื่อยหอบ 3.34 ± 2.03 กับ 1.13 ± 1.59 , $p = .002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ในอนาคตควรมีการปรับปรุงการรักษาอาการรบกวนต่างๆ แก่ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์รวมถึงพัฒนาระบบการใช้การแพทย์ทางไกลในการติดตามอาการ

คำสำคัญ: การจัดการความปวดจากโรคมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคอง การตอบสนองต่อการรักษา

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(1) : 71-81.

Abstract

Hua Hin Hospital's pain and palliative clinic had developed a new approach to improve treatment for cancer patients including using Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) to assess discomfort symptoms, multidisciplinary team, and telephone follow-ups.

Objective: The aim of this study was the outcomes of cancer pain and discomfort symptoms management at 1 month after treatment as the percentage of patients achieved favorable response. The favorable response was defined as decreasing of severity score more than 30% from baseline.

Methods: This study was a prospective observational study including 100 patients who received new consultation for cancer pain at Hua Hin Hospital's pain and palliative clinic. The pain and other symptoms were evaluated using ESAS tool at first visit, 2 weeks, and 1 month visits. Numerical rating scale for pain and discomfort symptoms were analyzed by dependent t test.

Results: It was found that 22% of patients achieved favorable response to pain treatment at 1 month follow-ups. Mean pain intensity reduced (5.83 ± 2.06 vs 6.18 ± 2.58 , $p = .085$) without a statistical significance. Mean intensity of discomfort symptoms increased (activity 5.39 ± 1.89 vs 3.92 ± 1.75 , $p = .045$; nausea 1.63 ± 2.23 vs 0.68 ± 2.11 , $p = .049$; depression 4.85 ± 2.63 vs 3.60 ± 2.38 , $p = .014$; anxiety 4.92 ± 2.27 vs 3.85 ± 2.35 , $p = .001$; drowsiness 2.46 ± 1.88 vs 0.44 ± 1.14 , $P < .001$; appetite 5.57 ± 2.30 vs 4.22 ± 2.29 , $p = .002$; well-being 5.77 ± 1.92 vs 4.86 ± 2.18 , $p = .019$; and shortness of breath 3.34 ± 2.03 vs 1.13 ± 1.59 , $p = .002$) significantly at 1 month visit.

Conclusion: The future plan for cancer symptoms management should focus on providing knowledge to medical personnel and using telemedicine follow-up program to improve treatment outcomes.

Keywords: cancer pain management, clinical response, palliative care

Received: Oct 14, 2023; Revised: Nov 2, 2023; Accepted: Nov 30, 2023

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(1) : 71-81.

บทนำ

ในสังคมยุคปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและโรคเรื้อรังมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรโลก โดยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ของโลกและในประเทศไทย¹ โรงพยาบาลหัวหินได้มีการจัดตั้งคลินิกระดับปวดและการดูแลแบบประคับประคองมาประมาณ 6 ปี และได้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในระยะท้ายจะมีอาการต่างๆ ที่รบกวนคุณภาพชีวิตและทำให้รู้สึกไม่สุขสบายได้หลายอาการเช่น ความปวด อาการเหนื่อยหายใจลำบาก หรือท้องผูก เป็นต้น ซึ่งความปวดจะเป็นอาการที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุดและพบได้บ่อยที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบความปวดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ถึงประมาณร้อยละ 66.4 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะลุกลาม¹ โดยยังมีผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 50 ที่ยังคงควบคุมความปวดได้ไม่ดีพอ อาจเนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกที่ซับซ้อนและประกอบด้วยหลายมิติทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงสาเหตุของความปวดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็เกิดได้หลากหลายทั้งความปวดจากตัวโรคเรื้อรัง จากการรักษาโรคเรื้อรังเช่นยาเคมีบำบัดบางตัว²⁻⁴

ปัจจุบันคลินิกระดับปวดและการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลหัวหินได้มีการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยใช้แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย⁵ ซึ่งได้รับการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น⁶ และครอบคลุมอาการรบกวนต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงเป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแลทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและครบถ้วน จึงได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการดูแลอาการรบกวนแก่ผู้ป่วยแบบประคับ

ประคอง^{1,5-7} ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา (multidisciplinary) ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และแพทย์แผนไทยร่วมกันให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น และการติดตามอาการอย่างเป็นระบบทั้งที่คลินิกและทางโทรศัพท์ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลจากการดูแลแบบเดิมที่ใช้การประเมินระดับความปวดด้วย numerical rating scale (NRS) เพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้มีแบบประเมินอาการอื่นๆ อย่างครอบคลุมในการรักษาและติดตามอาการ ไม่มีระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) รองรับ รวมถึงผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและให้คำแนะนำการรักษาจากแพทย์ประจำคลินิกเท่านั้นเนื่องจากขาดแคลนบุคลากรสาขาอื่นๆ ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนหน้านี้

การวิจัยนี้จึงได้ศึกษาผลการดูแลความปวดจากโรคเรื้อรังและอาการรบกวนต่างๆ หลังจากการเริ่มการใช้แนวทางดังกล่าวที่ 1 เดือนหลังจากเริ่มรักษา โดยมีวัตถุประสงค์รอง คือการประเมินผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หรือง่วงซึมจากการใช้ยาโอปิออยด์ และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความปวดประเมินด้วย numerical rating scale (0-10) ที่ระยะเวลา 1 เดือนหลังจากเริ่มการรักษาควรจะมีการลดลงของระดับความรุนแรงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จากค่าระดับความรุนแรงที่ประเมินในครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกซึ่งจากการศึกษาของ Farrar และคณะ⁸ พบว่าการลดลงดังกล่าวแสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกของระดับความปวด
2. เพื่อศึกษาระดับอาการต่างๆ ที่รบกวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยประเมินด้วย numerical

rating scale ในแบบประเมิน ESAS ที่ระยะเวลาติดตาม
อาการ 1 เดือนควรจะมีการลดลงของระดับความรุนแรง
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จากค่าระดับความรุนแรง
ที่ประเมินในครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิก

3. เพื่อศึกษาผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา
แก้ปวดโดยเฉพาะโอปิออยด์ที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการ
ท้องผูกว่ามีหรือไม่

4. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย
โดยประเมินเป็น 5 ระดับตาม Likert scale คือ
5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย,
1 = น้อยที่สุด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาประเด็น
จริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของ
โรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHH013/2565
เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงสังเกต กลุ่มตัวอย่างคือ
ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีความปวดทั้งจากตัวโรคมะเร็ง
หรือจากการรักษาโรคมะเร็งที่ส่งปรึกษาคลินิกเร่ง
ปวดและการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาล
หัวหินระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือน
เมษายน พ.ศ. 2566 เกณฑ์คัดเข้าคืออายุ 18 ปีขึ้นไป
และเป็นผู้ป่วยนอกรายใหม่ของคลินิก สำหรับเกณฑ์
คัดออกคือผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารทั้งการได้ยิน
หรือการพูดภาษาไทย หรือไม่สามารถให้คะแนนในแบบ
ประเมิน ESAS ได้และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาความปวด
ที่สถานพยาบาลอื่นร่วมด้วย

ผู้ป่วยจะได้รับกรอประวัติเกี่ยวกับการวิจัยและ
ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และบันทึกข้อมูล
ทางด้านประชากร ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการที่
รบกวนคุณภาพชีวิตต่างๆ ด้วย ESAS และทำการรักษา
อาการดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านความปวด
จะให้การรักษาดูแลตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁹⁻¹¹
คือเมื่อคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 1-3 คะแนนเป็น

ความปวดระดับน้อย จะให้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์
(non-opioids) เช่น พาราเซตามอล ยาด้านการอักเสบ
ที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory
drugs) ร่วมกับยาเสริม (adjuvants) คะแนนความปวด
อยู่ในช่วง 4-6 คะแนนเป็นความปวดระดับปานกลาง
จะให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดอ่อน (weak opioids)
ได้แก่ ทรามาโดลหรือโคเดอีนร่วมกับยาเสริม ถ้าคะแนน
ความปวดอยู่ในช่วง 7-10 คะแนนเป็นความปวดระดับ
รุนแรง จะให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรง (strong
opioids) ได้แก่ มอร์ฟีนหรือเฟนทานิลร่วมกับยาเสริม
ส่วนอาการอื่นๆ จะรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคองของกรมการแพทย์¹² เช่น บรรเทา
อาการคลื่นไส้ด้วยยาแก้คลื่นไส้จำพวกออนดาเซทรอน
หรือเมโทโคลปราไมด์ เป็นต้น รวมถึงส่งปรึกษาพยาบาล
ประจำคลินิกและแพทย์แผนไทยเพื่อร่วมให้การดูแล
ผู้ป่วยแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological
approach) เช่น การสอนวิธีนวดบรรเทาความปวด
เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แล้วติดตาม
อาการหลังจากเริ่มการรักษาที่ 2 และ 4 สัปดาห์โดย
ถ้าไม่สามารถมาได้ก็จะติดตามอาการทางโทรศัพท์หรือ
วิดีโอคอลเพื่อประเมินอาการด้วย ESAS พร้อมทั้ง
บันทึกค่าคะแนนและให้การรักษาที่เหมาะสม
บันทึกปริมาณยาต่างๆ ที่ใช้ และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น
พร้อมทั้งให้การรักษาอาการดังกล่าวเช่น รักษาอาการ
ท้องผูกจากยาโอปิออยด์ด้วยยาระบายมะขามแขก
ที่ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ เป็นต้น และประเมิน
ความพึงพอใจในการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบ
ประเมินอาการต่างๆ ที่รบกวนผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วย
Edmonton Symptom Assessment System
(ESAS) ฉบับภาษาไทยดัดแปลงภาพที่ 1 ทั้งหมด 9 อาการ
ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย
อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการ

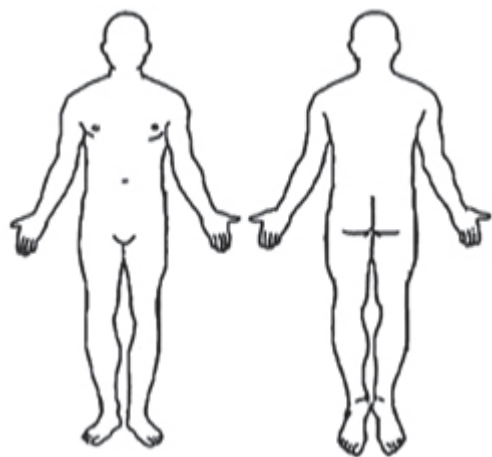
ง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ และปัญหาเฉพาะอื่นๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ

และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด แบบบันทึกปริมาณยาต่างๆ ที่ใช้รวมถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นและแบบบันทึกระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด						มีอาการปวดรุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผนภาพด้านหลัง)										
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย						มีอาการอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้						มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า						มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่วิตกกังวล						วิตกกังวลมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/งง						มีอาการง่วงซึม/สับสน/งงมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เบื่ออาหาร						เบื่ออาหารมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ						ไม่สบายกายและใจเลย				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ						มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่						(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



รูปภาพที่ 1 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย⁵

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร จำนวน
ผู้ป่วย = $Z_{1-\alpha}^2 P(1 - P)/ d^2$ โดยอ้างอิงจากงานวิจัย
ก่อนหน้า¹ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 61 ตอบสนองดีต่อการ
รักษา ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะมีผู้ป่วยที่ระดับความปวดลด
ลงจากระดับความปวดเริ่มต้นที่เวลา 1 เดือนมากกว่า
หรือเท่ากับร้อยละ 30 เท่ากับร้อยละ 61 (rate of
proportion = 0.61) ที่ระดับความเชื่อมั่น (confidence
level) ร้อยละ 95 (0.95) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ
ได้ (allowable error) ร้อยละ 10 (0.1) แล้วจะต้องใช้
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 92 ราย และสำรองผู้ป่วย
ที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้จน
ครบระยะเวลา 1 เดือนอีก 8 ราย รวมกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งสิ้น 100 ราย

การวิเคราะห์ผลการวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
ทางสถิติ SPSS รุ่น 21.0 ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
ใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณ
ได้แก่ระดับความปวดและอาการรบกวนต่างๆ ด้วย
dependent t test (normality) หรือ Wilcoxon
signed rank test (non-normality) การมีนัยสำคัญ
ทางสถิติเมื่อ p-value < .05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเข้าร่วมการวิจัย
จำนวน 100 คน ไม่มีผู้ที่ถูกถอนหรือยุติการเข้าร่วมงาน
วิจัย ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างเป็นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 100)

ตัวแปร	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	60.7 (15.97)	
เพศ		
ชาย		45 (45)
หญิง		55 (55)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 100) (ต่อ)

ตัวแปร	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะของโรคมะเร็ง		
เฉพาะที่		30 (30)
ลุกลาม		70 (70)
มะเร็งปฐมภูมิ (primary tumor)		
ระบบทางเดินอาหาร		38 (38)
ระบบหายใจ		16 (16)
เต้านม		15 (15)
โสต คอ นาสึก		13 (13)
นรีเวช		10 (10)
ระบบทางเดินปัสสาวะ		8 (8)
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย (เดือน)	10.1 (7.8)	
การรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับก่อนหน้า		
ไม่ได้รับการรักษาใดๆ		31 (31)
ผ่าตัดและเคมีบำบัด		35 (35)
ผ่าตัด		18 (18)
ผ่าตัดและฉายรังสี		10 (10)
ผ่าตัด เคมีบำบัดและฉายรังสี		6 (6)

สำหรับผลการดูแลความปวดจากโรคมะเร็งและอาการรบกวนต่างๆ หลังจากเริ่มการใช้แนวทางดังกล่าวที่ 1 เดือนหลังจากเริ่มรักษา ในด้านความปวดมีเพียงร้อยละ 22 ของจำนวนผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาแต่ก็เพิ่มขึ้นจากการติดตามอาการที่ 2 สัปดาห์ ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาเพียงร้อยละ 13 แต่ผลการ

รักษาอาการอื่นๆ มีการตอบสนองต่อการรักษาที่แยลงที่ 1 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับที่ 2 สัปดาห์ โดยการตอบสนองต่อการรักษาคือมีการลดลงของระดับความรุนแรงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จากค่าระดับความรุนแรงของอาการที่ประเมินในครั้งแรก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆ จากโรคมะเร็งที่ 1 เดือน

ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษา	จำนวน	(ร้อยละ)
	การติดตามที่ 2 สัปดาห์	การติดตามที่ 1 เดือน
ความปวด	13 (13)	22 (22)
เหนื่อย/อ่อนเพลีย	15 (15)	10 (10)
คลื่นไส้	20 (20)	12 (12)
ซีมีเศร้า	24 (24)	16 (16)
วิตกกังวล	23 (23)	18 (18)
ง่วงซึม	14 (14)	10 (10)
เบื่ออาหาร	26 (26)	20 (20)
ความสบายดีทั้งกายและใจ	33 (33)	24 (24)
เหนื่อยหอบ	22 (22)	15 (15)

ในส่วนของการเปรียบเทียบ NRS ของความปวดและอาการรบกวนต่างๆ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนต่างๆ แย่ลงที่ระยะเวลาติดตามอาการ 1 เดือนจากระดับความรุนแรงที่ประเมินในครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความปวดที่มีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงดีขึ้นแต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 และได้ผลเช่นเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบทั้งการติดตามอาการที่ 2 สัปดาห์และ 1 เดือนด้วย Friedman Two-Way Analysis of Variance by Ranks ดังตารางที่ 4 นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49 และ 34 ตามลำดับ) ที่ 1 เดือนหลังได้รับการรักษาดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของ numerical rating scale; NRS ของอาการที่เวลา 1 เดือนเปรียบเทียบกับเมื่อมารักษาครั้งแรก

NRS	Mean $\pm$ SD		p-value
	BL	FU2	
ความปวด	6.18 (2.58)	5.83 (2.06)	.088
เหนื่อย/อ่อนเพลีย	3.92 (1.75)	5.39 (1.89)	.040*
คลื่นไส้	0.86 (2.11)	1.63 (2.23)	.042*
ซึมเศร้า	3.60 (2.38)	4.85 (2.63)	.008*
วิตกกังวล	3.85 (2.35)	4.92 (2.27)	.001*
ง่วงซึม	0.44 (1.14)	2.46 (1.88)	.000*
เบื่ออาหาร	4.22 (2.29)	5.57 (2.30)	.001*
ความสบายดีทั้งกายและใจ	4.86 (2.18)	5.77 (1.92)	.015*
เหนื่อยหอบ	1.13 (1.59)	3.34 (2.03)	.002*

BL=ระดับอาการเมื่อมารักษาครั้งแรก, FU2=ระดับอาการเมื่อติดตามการรักษาครั้งที่ 2

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของ numerical rating scale; NRS ของอาการที่เวลาต่างๆ

NRS	Mean $\pm$ SD			p-value
	BL	FU1	FU2	
ความปวด	6.18 (2.58)	5.82 (2.21)	5.83 (2.06)	.085
เหนื่อย/อ่อนเพลีย	3.92 (1.75)	4.46 (1.76)	5.39 (1.89)	.045*
คลื่นไส้	0.86 (2.11)	1.01 (1.94)	1.63 (2.23)	.049*
ซึมเศร้า	3.60 (2.38)	4.15 (2.54)	4.85 (2.63)	.014*
วิตกกังวล	3.85 (2.35)	4.02 (2.34)	4.92 (2.27)	.001*
ง่วงซึม	0.44 (1.14)	0.99 (1.54)	2.46 (1.88)	.000*
เบื่ออาหาร	4.22 (2.29)	4.85 (2.19)	5.57 (2.30)	.002*
ความสบายดีทั้งกายและใจ	4.86 (2.18)	5.18 (2.21)	5.77 (1.92)	.019*
เหนื่อยหอบ	1.13 (1.59)	2.14 (2.06)	3.34 (2.03)	.002*

BL = ระดับอาการเมื่อมารักษาครั้งแรก, FU1 = ระดับอาการเมื่อติดตามการรักษาครั้งที่ 1, FU2 = ระดับอาการเมื่อติดตามการรักษาครั้งที่ 2

ตารางที่ 5 ระดับความปวดของผู้ป่วยที่พบที่เวลาต่างๆ

ระดับความปวด	จำนวน (ร้อยละ)		
	BL	FU1	FU2
น้อย	22 (22)	24 (24)	17 (17)
ปานกลาง	37 (37)	38 (38)	49 (49)
รุนแรง	41 (41)	38 (38)	34 (34)

BL = เมื่อมารักษาครั้งแรก, FU1 = เมื่อติดตามการรักษาครั้งที่ 1, FU2 = เมื่อติดตามการรักษาครั้งที่ 2

ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาแก้ปวด โดยเฉพาะโอปิออยด์ที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการท้องผูก พบร้อยละ 62 และ 69 ที่ 2 สัปดาห์และ 1 เดือนที่ติดตามอาการตามลำดับ และผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการดังกล่าวจะได้รับการรักษาด้วยยาระบายกลุ่มที่ช่วย

กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้เช่น มะขามแขกหรือกลุ่มที่ช่วยเพิ่มน้ำในลำไส้ เช่น แล็กทูโลส เพื่อบรรเทาอาการจนอยู่ในระดับที่ไม่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สำหรับผลข้างเคียงจากยาโอปิออยด์อื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียนหรือง่วงซึม ไม่พบในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 6 ผลข้างเคียงจากการรักษาที่พบที่เวลาต่างๆ

ผลข้างเคียง	จำนวน (ร้อยละ)		
	BL	FU1	FU2
ท้องผูก	52 (52)	62 (62)	69 (69)

BL = เมื่อมารักษาครั้งแรก, FU1 = เมื่อติดตามการรักษาครั้งที่ 1, FU2 = เมื่อติดตามการรักษาครั้งที่ 2

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจปานกลางและมาก (ร้อยละ 44 และ 44 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับการติดตามผล 1 เดือน

ระดับความพึงพอใจ		จำนวน (ร้อยละ)		
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
0 (0)	1 (1)	44 (44)	44 (44)	11 (11)

วิจารณ์

ในงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาความปวดจากโรคเมเร็งโดยมีการลดลงของระดับความรุนแรงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จากค่าระดับความรุนแรงที่ประเมินในครั้งแรกที่ 1 เดือนหลังจากเริ่มรักษาร้อยละ 22 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้¹

ที่มีผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาร้อยละ 61 ที่การติดตามผล 1 เดือน น่าจะเกิดจากการขาดศักยภาพในการดูแลความปวดด้วยวิธีการต่างๆ ร่วมกันเช่นการใช้วิธีการฉีดยาชาที่เส้นประสาทเพื่อระงับปวด หรือการได้รับรังสีรักษาในการจัดการความปวดเช่น ความปวดกระตุกจากการลุกลามของตัวโรค ซึ่งจากการศึกษา

ดังกล่าวเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมในด้านต่างๆ และพบว่าการได้รับรังสีรักษาร่วมในการดูแลความปวดเป็นตัวทำนายการตอบสนองต่อการรักษาความปวดที่มีนัยสำคัญทางสถิติ รวมไปถึงการขาดแคลนบุคลากรในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือการติดตามอาการทางโทรศัพท์ที่อย่างใกล้ชิด และการขาดแคลนการเข้าถึงสัญญาณโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอหัวหิน จึงไม่สามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้บ่อยๆ ทำให้การปรับแนวทางการรักษาให้บรรเทาอาการอย่างมีประสิทธิภาพล่าช้าเกินไป การตอบสนองต่อการดูแลความปวดและอาการรบกวนต่างๆ จึงยังไม่ได้เท่าที่ควร

นอกจากนี้ผู้ป่วยมักได้รับการส่งปรึกษาคลินิกระงับปวดและการดูแลแบบประคับประคองเมื่อตัวโรคลุกลามไปมากแล้ว โดยงานวิจัยนี้พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นระยะเวลามากกว่า 9 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ทำให้ระดับความรุนแรงของอาการต่างๆ ค่อนข้างมากตั้งแต่แรกเริ่มรักษา อาจเนื่องจากความไม่เข้าใจแนวทางหรือหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากการศึกษา¹³พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วยตั้งแต่ช่วงต้นจะสามารถควบคุมอาการรบกวนต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของการดำเนินโรค

สรุป

ในการพัฒนาการจัดการความปวดและการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งในอนาคต ควรมีการปรับปรุงและเพิ่มศักยภาพในการรักษาอาการรบกวนต่างๆ แก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมยิ่งขึ้นเช่น การให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงรังสีรักษาหรือหัตถการระงับปวดอย่างเหมาะสม จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มความเข้าใจในแนวคิด

และหลักการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงพัฒนาระบบการติดตามอาการของผู้ป่วยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) เข้ามาดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Wangnamthip S, Panchoowong S, Donado C, et al. The effectiveness of cancer pain management in a tertiary hospital outpatient pain clinic in Thailand: A prospective observational study. *Pain Res Manag* 2021;5599023. doi: 10.1155/2021/5599023.
2. Euasobhon P, Wangnamthip S, Payomyam C, et al. Cancer pain management: is it still problematic?. *Siriraj Med J* 2019;71(1):38–43. doi:10.33192/Smj.2019.07.
3. Yennurajalingam S, Kang HJ, Hui D, et al. Clinical response to an outpatient palliative care consultation in patients with advanced cancer and cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44(3):340–50. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.09.014.
4. Caraceni A, Shkoda M. Cancer pain assessment and classification. *Cancers (Basel)* 2019;11(4): 510. doi: 10.3390/cancers11040510.
5. กิตติพล นาควิโรจน์. วิธีการประเมินอาการต่างๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.ramamahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative2th>.

6. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, et al. Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage* 2011;42(6): 954–60. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020.
7. Preechakoon B, Pakdevong N, Kongwattanakul S, et al. Symptom experience and symptom management of patients with advanced cancer and family caregivers. *APHEIT J Nurs Health* 2019;1(1):50–66. doi: 10.14456/ajnh.2019.4.
8. Farrar JT, Young Jr JP, LaMoreaux L, et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 2001; 94(2):149–58. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00349-9.
9. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, et al. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 1995;63(1):65–76. doi: 10.1016/0304-3959(95)00017-M.
10. Carlson CL, Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review. *J Pain Res* 2016;9:515–34. doi: 10.2147/JPR.S97759.
11. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
12. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
13. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard Oncology care: American society of clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2017;35(1):96–112. doi: 10.1200/JCO.2016.70.1474.

