

ความเป็นมาและงานของ หน่วยระงับปวดเฉียบพลัน (Acute Pain Service)

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ตอนที่ 2)

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700

งานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดเฉียบพลันของโรงพยาบาลศิริราช ร่วมกับหน่วยระงับปวดเฉียบพลันภาควิชาวิสัญญีวิทยา

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา มีอาจารย์และพยาบาลหลายท่านที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดเฉียบพลันของโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ก่อตั้ง (2546) จึงได้ดำเนินการหลายอย่างร่วมกันมาก่อนที่จะตั้งเป็นหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน (2549) คณะกรรมการฯ ได้ประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเดือนละครั้งมาตั้งแต่ครั้งก่อตั้งจนกระทั่งบัดนี้ และมีการดำเนินการ ดังนี้

1. จัดทำแผนการดูแลสหสาขา (multidisciplinary care path) สำหรับการระงับปวดหลังผ่าตัด (management of postoperative pain) โดยได้กำหนดเป้าหมายของการระงับปวดหลังผ่าตัดอย่างชัดเจนในแผน เมื่อ พ.ศ. 2546 เริ่มใช้ในปี 2547
2. จัดทำแนวทางสำหรับการดูแลเกี่ยวกับการระงับปวดหลังผ่าตัดร่วมกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีการแก้ไขปรับปรุงตามกำหนดระยะให้มีการทบทวนเอกสาร
 - 2.1 วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง “การสั่งการรักษาเพื่อระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก” (พ.ศ. 2547)
 - 2.2 วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง “การสั่งการรักษาเพื่อให้

- ยาระงับปวดในกลุ่ม opioids ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผู้ใหญ่” (พ.ศ. 2547)
- 2.3 วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง “การให้ยาระงับปวดในกลุ่ม opioids ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผู้ใหญ่” (พ.ศ. 2547)
- 2.4 ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง “การให้ยาระงับปวดในกลุ่ม opioids ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผู้ใหญ่” (พ.ศ. 2547)
- 2.5 ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง “การระงับปวดหลังการผ่าตัด ในผู้ใหญ่และเด็ก โดยใช้คำสั่งชนิดพิมพ์ล่วงหน้า (preprinted order)” (พ.ศ. 2557)
3. จัดทำหนังสือคำแนะนำสำหรับการระงับปวดหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลศิริราช (CPG) (พ.ศ. 2552) และมีแผนเริ่มการปรับปรุงแก้ไขในปี 2559
 4. จัดทำใบคำสั่งระงับปวดหลังผ่าตัดชนิดพิมพ์ล่วงหน้า (preprinted order, standing order) สำหรับแพทย์ผ่าตัดใช้เขียนคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับการระงับปวดหลังผ่าตัด โดยพยาบาลหอผู้ป่วยจะประเมินความปลอดภัยและคะแนนปวดก่อนการให้ยาแก้ปวดแต่ละครั้ง และให้ยาโอปิออยด์ครั้งละน้อยร่วมกับการประเมินซ้ำ
 - 4.1 สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ เริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ใช้ฉบับแก้ไขปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. 2557
 - 4.2 สำหรับผู้ป่วยเด็ก เริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ใช้ฉบับแก้ไขปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. 2557
 5. จัดทำใบคำสั่งการรักษาชนิดพิมพ์ล่วงหน้า (preprinted order, standing order) สำหรับวิสัญญีแพทย์ใช้เขียนคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับการระงับปวดหลังผ่าตัด ได้แก่
 - 5.1 Epidural-Spinal Analgesia สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับปวดทาง epidural หรือ spinal เริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2547
 - 5.2 คำสั่งการรักษาในห้องพักฟื้น (Recovery room order) เริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 และปรับปรุงเป็นภาษาอังกฤษ เมื่อ พ.ศ. 2557
 - 5.3 คำสั่งการรักษาในรายที่ใช้วิธี Patient-Controlled Analgesia (PCA) และ nerve block เริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ซึ่งแก้ไขใหม่ในปี 2558 เพื่อให้รองรับวิธี Patient-Controlled Epidural Analgesia (PCEA) ที่เริ่มใช้เนื่องจากได้รับเครื่องมือในปี
 6. สนับสนุนให้ทุกหอผู้ป่วยมีการติดตามการบันทึกคะแนนปวด (pain score) และคะแนนความง่วงซึม (sedation score) หลังผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งฝ่ายการพยาบาล โดยงานการพยาบาล ศัลยศาสตร์ ได้มีบทบาทเป็นอย่างมากในการเริ่มปฏิบัติก่อน จนกระทั่งมีการดำเนินการทั่วทั้งโรงพยาบาล ดังนี้
 - 6.1 กำหนดวิธีปฏิบัติงาน เรื่อง “การประเมินระดับความเจ็บปวดแผลภายหลังผ่าตัด” สำหรับการบันทึกคะแนนปวดและคะแนนความง่วงซึมอย่างสม่ำเสมอ คู่ไปกับการวัดสัญญาณชีพ และลงในแบบบันทึกหลังการผ่าตัด (ใบ พ.05)
 - 6.2 บันทึกคะแนนปวด เป็น 5th vital sign^{1,2} ลงในใบบันทึก graphic record sheet จนมีการบันทึกอย่างเป็นทางการทุกหอผู้ป่วย เมื่อ พ.ศ. 2552 ในปี 2556 คณะกรรมการฯ ได้ขอให้กรรมการที่มาจากฝ่ายการพยาบาลพิจารณาปรับปรุงใบบันทึก ให้สามารถบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมจากเดิมเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวด ช่องสำหรับลงคะแนนปวดขณะพักและขณะขยับเคลื่อนไหว และช่องสำหรับบันทึกผลการประเมินซ้ำหลังให้ยาแต่ละครั้ง ช่วยให้สะดวกในการติดตามผลการระงับปวดว่าเพียงพอหรือไม่ เพื่อให้สอดคล้องกับคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดชนิดพิมพ์ล่วงหน้า (ข้อ 4) เอกสารใหม่นี้เริ่มใช้ใน พ.ศ. 2557
 7. งานที่ได้ดำเนินการร่วมกับฝ่ายการพยาบาลแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2553 ได้แก่
 - 7.1 โครงการจัดทำแนวทางการระงับปวดผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ เพื่อประเมินและกระตุ้นการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้
 - 7.2 โครงการติดตาม บันทึก วิเคราะห์ข้อมูลความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อติดตามผลการระงับปวด เฝาระวังคุณภาพให้ได้ผลดี ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย กระตุ้นให้มีการบันทึกคะแนนปวดก่อนและหลังการบริหารยา
 - 7.3 โครงการประเมินผลและแนะนำการปฏิบัติ

งานของหอผู้ป่วยด้านการระงับปวดหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผลการระงับปวดและเพื่อให้คำแนะนำ และความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

8. โครงการทั้งสามในข้อ 7 เป็นที่มาของการทำ เอกสารประกอบในการให้ความรู้ผู้ป่วย ได้แก่
 - 8.1 ใบคำแนะนำผู้ป่วยผู้ใหญ่ (ภาษาไทยและ อังกฤษ) เรื่อง “ปวดแผลหลังผ่าตัด จะทำอย่างไร” เริ่มใช้ พ.ศ. 2554
 - 8.2 ใบคำแนะนำผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก (ภาษาไทยและอังกฤษ) เรื่อง “หลังผ่าตัดจะทำอย่างไรให้ลูกปวดแผลน้อยที่สุด” เริ่มใช้พ.ศ. 2555
 - 8.3 สนับสนุนให้มีการวัดคะแนนปวดทั้งขณะพัก (pain score at rest) และขณะมีการขยับ เคลื่อนไหว (pain score on movement) เพื่อ ประเมินว่าการระงับปวดนั้นเพียงพอที่จะทำให้ ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกาย หายใจลึก ๆ หรือไอได้ เต็มที่หรือไม่ ไม่ใช่เฉพาะแต่ความปวดในขณะพัก
9. ร่วมมือกับฝ่ายเภสัชกรรม ในการผลิตยาพร้อมใช้ ต่าง ๆ ได้แก่
 - 9.1 ยามอร์ฟิน (1 มก./มล.) และเพติดีน (10 มก./มล.) เจือจางพร้อมใช้บรรจุใน vial (พ.ศ. 2547- ปัจจุบันหยุดผลิตแล้ว)
 - 9.2 ยาชา 0.0625% bupivacaine แบบถุง 280 มล. (พ.ศ. 2547)
 - 9.3 ยามอร์ฟิน แบบถุง (0.5 มก./มล.) ขนาด ถุงละ 50 มก. และ 100 มก. พร้อมใช้ (พ.ศ. 2554) เพื่อให้ได้มาตรฐานและอำนวยความสะดวกให้ทีม APS กรณีที่ต้องรับผู้ป่วยใหม่เป็นจำนวนมากใน เวลาใกล้เคียงกัน
 - 9.4 ยามอร์ฟิน, เพติดีน และเฟนทานิล แบบบรรจุ ในกระบอกฉีดยา (prefilled syringe) ขนาด ต่าง ๆ สำหรับให้เล็อกบริหารแต่ละครั้งในขนาด น้อย (พ.ศ. 2554) มีที่ใช้มากในห้องพักฟื้น เพื่อ ลดการสูญเสียยา ที่ต้องทิ้งยาส่วนที่เหลือตาม นโยบายของโรงพยาบาล
10. เพื่อตอบสนองนโยบายของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ภาควิชาฯ ได้จัดตั้งหน่วยระงับ

ปวดเฉียบพลัน (Acute Pain Service, APS) ในปี พ.ศ. 2549 ให้เป็นหน่วยจำเพาะสำหรับการระงับปวดเฉียบพลันในรายที่ได้รับรักษา จากวิสัญญีแพทย์และแพทย์ผ่าตัด การที่ผู้ป่วย หลังผ่าตัดมีจำนวนมาก ภาควิชาฯ จึงตั้งเป็น หน่วยงานใหม่แยกจากหน่วยระงับปวดที่มีอยู่ เดิม บุคลากรประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ แพทย์ ประจำบ้าน และพยาบาล มีหน้าที่ให้การดูแล เรื่องความปวดเฉียบพลันตลอด 24 ชั่วโมง จนกว่า จะควบคุมความปวดได้ดี

การกำหนดเป้าหมายคุณภาพของ หน่วยระงับปวดเฉียบพลัน

ในการก่อตั้งหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ของ สถาบันใดก็ตาม ควรกำหนดทั้งเป้าหมายเพื่อการ พัฒนา พร้อมกันกับเครื่องชี้วัดคุณภาพของการปฏิบัติ งาน นอกเหนือจากการกำหนดบทบาทของบุคลากร ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการระงับปวด ดังนี้

- คือให้ผู้ป่วยมีความปวดหลังการผ่าตัดน้อย ที่สุดหรืออยู่ในระดับที่ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ทำให้ความเครียดหลังการผ่าตัดลดลง เพื่อให้ ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว และส่งเสริมการหายของ บาดแผล
 - สามารถเคลื่อนไหวขยับร่างกายได้ดี ไอหรือหายใจ ลึก ๆ ได้เต็มที่ โดยปวดน้อยหรือไม่ปวดเลย เพื่อ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดใน ระบบต่างๆ โดยเฉพาะระบบหายใจ และระบบ หัวใจและหลอดเลือด
 - นอนหลับได้ดีอาจหลับ ๆ ตื่น ๆ บ้างแต่คืนที่ผ่านมา พักผ่อนได้เพียงพอ และ
 - ควบคุมให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากวิธีระงับปวด ที่ใช้อยู่ หรือเกิดน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้
- เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความปวด มาก จะได้รับการดูแลเรื่องการระงับปวดจากหน่วย ระงับปวดเฉียบพลัน โดยตรง ดังนั้นกลุ่มที่มีความ

ปวดรอลงมา จึงต้องอาศัยศัลยแพทย์และพยาบาล
หอผู้ป่วยเป็นหลัก หน่วยระงับปวดเฉียบพลันและคณะ
กรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดฯ จึงได้ร่วม
กันวางแผนทางเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้
โดยมีฝ่ายการพยาบาลฯ ทำหน้าที่ติดตามการปฏิบัติ
งานและผลของการระงับปวดในหอผู้ป่วยเป็นระยะ

เป้าหมายของคุณภาพการระงับปวดเฉพาะ
ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน
ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ซึ่งหลาย
หน่วยงานนำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยของตน (ตารางที่ 1)
ดังนี้

ตารางที่ 1 เป้าหมายและดัชนีชี้วัดคุณภาพการระงับปวดผู้ป่วยในความดูแลของหน่วยระงับปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

ประเด็นคุณภาพ	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย*
ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยถึงปานกลาง หลังการผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่มีคะแนนปวด 7 ขึ้นไป 2 ครั้งติดกันใน 24 ชม. หลังการผ่าตัด ¹	<10
	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่มีคะแนนปวด 6 ขึ้นไป เป็นจำนวน 2 ครั้ง ขึ้นไปใน 24 ชม. หลังการผ่าตัด ¹	<20
	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่มีคะแนนปวด 6 ขึ้นไป เป็นจำนวน 2 ครั้ง ขึ้นไปใน 24 ชม. หลังการผ่าตัด เมื่อนับแบบทุก 4 ชม. ²	<15
ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ หลังการผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่นอนไม่หลับเพราะปวด ในคืนแรกหลัง การผ่าตัด	<10
ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิด จากวิธีที่ใช้ระงับปวดน้อยที่สุด	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่มีภาวะความดันเลือดต่ำ ใน 24 ชม. หลังการผ่าตัด ³	<5
	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่มีภาวะกุดการหายใจ (คะแนนความง่วงซึม เป็น 3 หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที) ใน 24 ชม. หลังการผ่าตัด ³	<1
	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่มีภาวะชาอ่อนแรง ใน 24 ชม. หลังการ ผ่าตัด ³	<10
ผู้ป่วยมีความพึงพอใจการระงับปวดที่ ได้อย่างต่อเนื่องจากหน่วยฯ	จำนวนผู้ป่วยในความดูแล ที่พึงพอใจการดูแลโดยหน่วยระงับปวด เฉียบพลัน เป็นอย่างมาก (สอบถามเมื่อสิ้นสุดการให้บริการระงับปวด)	>90

* ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน

1 นับจากใบบันทึกของหอผู้ป่วย (ใบ พ.05) ซึ่งประเมินตามเวลา เป็นเวลา 24 ชม. คือ ทุก 1 ชม. X 4 ครั้ง; ทุก 2 ชม. X 4 ครั้ง
และทุก 4 ชม. X 3 ครั้ง รวม 11 ครั้ง เป็นอย่างน้อย ก่อนหน้า พ.ศ.2558 เป็นการบันทึกเฉพาะคะแนนปวดขณะพัก

2 นับจากใบจุดปรอทของผู้ป่วย

3 จากวิธีที่ใช้ระงับปวด

ขอข่ายการบริการระงับปวดของหน่วย ระงับปวดเฉียบพลัน/ ข้อบ่งชี้ในการ ปรึกษา หรือกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ซึ่งมีผลให้เกิดอาการปวดปานกลางจนถึงรุนแรงหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับปวดด้วยวิธีที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิผลเต็มที่ ได้แก่วิธี Patient-Controlled Epidural Analgesia (PCEA), Continuous Epidural Analgesia (CEA), Intermittent Epidural Analgesia, IV-Patient-Controlled Analgesia (IV-PCA), IV continuous infusion ทั้งด้วยโอปิออยด์หรือเคตามีน, Continuous Peripheral Nerve/ Plexus Blockade (CPNB), Patient-Controlled Regional Analgesia (PCRA) และ Transversus Abdominis Plane (TAP) Block รวมถึงวิธีรับประทาน
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรคเดิม โรคประจำตัว (เช่น ASA class 3 เป็นต้น) มีปัญหาการเสพยา หรือใช้ยาแก้ปวดในปริมาณมากตั้งแต่มีก่อนการผ่าตัด
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความปวดด้วยการระงับปวดแบบปกติที่ให้การรักษาเต็มที่แล้วสามารถปรึกษาในภายหลังได้ ซึ่งขณะนี้ กำลังมีการร่างเกณฑ์การส่งปรึกษาอยู่เพื่อให้มีความชัดเจน

หมายเหตุ ผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการระงับปวดหลังการผ่าตัดด้วยการบริหารยาเข้าไขสันหลังหรือรอบเส้นประสาทเพียงครั้งเดียว ได้แก่ การระงับปวดด้วยวิธี spinal analgesia หรือ peripheral nerve/plexus block แบบไม่มีการคาสาจะไม่อยู่ในบริการของหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ยกเว้นเมื่อเข้าข่ายข้อ 3 และ 4 ข้างต้น

การเรียนการสอนที่มีผลต่อการระงับ ปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช

หน่วยระงับปวดเฉียบพลันมีบทบาทในด้านการศึกษาเพื่อเสริมสร้างบุคลากรให้มีความรู้และเจตคติที่ดีต่อการระงับปวดหลังผ่าตัด ดังนี้

1. จัดการเรียนการสอนสำหรับแพทย์ประจำบ้าน วิทยาลัยวิทยา ก่อนที่แพทย์ประจำบ้านวิทยาลัยปีที่ 1 ขึ้นปฏิบัติงานในหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน จะได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยฟังการบรรยายและฝึกปฏิบัติโดยหมุนเวียนผ่านแต่ละสถานี เพื่อให้เรียนรู้หลักการของการระงับปวด การเลือกวิธีที่เหมาะสม ฝึกวิธีระงับปวด และการป้องกันแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการระงับปวด ในฐานะผู้ให้การระงับปวดตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ได้เริ่มอบรมเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2549
2. จัดการเรียนการสอนสำหรับแพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดจากภาควิชาต่างๆ ได้แก่ ศัลยศาสตร์ทุกสาขา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา จักษุวิทยา และ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ประโยชน์คือนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มที่อยู่นอกการบริการของหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ได้รับการดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้เรื่องการดูแลความปวดเฉียบพลันให้กับแพทย์ผ่าตัด เพื่อให้นำความรู้ด้านนี้ไปใช้เป็นประโยชน์กับประเทศชาติต่อไป

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ตั้งแต่มีการก่อตั้งหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ได้จัดให้แพทย์ประจำบ้านสาขาที่เกี่ยวข้อง หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ในช่วงที่ถูกกำหนดให้ผ่านวิชาวิสัญญีฯ เพื่อให้เรียนรู้วิธีการระงับปวดต่างๆ ในบทบาทของแพทย์ผ่าตัด

สำหรับแพทย์ประจำบ้านภาควิชาศัลยศาสตร์ ปีที่ 1 ทุกสาขา ให้ผ่าน APS เป็นเวลา 2-5 วัน; สูติ-นรีเวช ปีที่ 3 ผ่าน 3-4 วัน; จักษุ ปีที่ 1 ผ่าน 2 วัน และ โสตฯ ปีที่ 1 ผ่าน 4-5 วัน หลังจากเดือนมกราคม 2557 ได้ปรับให้แพทย์ประจำบ้าน โสตฯ ผ่าน APS เพียง 2 วัน อีก 3 วันให้ผ่านหน่วยระงับปวดเพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากมะเร็ง

นอกจากนี้ ยังได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับภาควิชาศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา จักษุวิทยา และ โสตฯ นาสิก ลาริงซ์วิทยา สำหรับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สำหรับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 (ภายหลังเปลี่ยนเป็นตั้งแต่ปีที่ 1) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยการบรรยาย และการฝึกปฏิบัติให้มีเนื้อหาตามความเหมาะสมกับแต่ละสาขา โดยฝึกอบรมช่วงเริ่มปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราชเป็นประจำทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา

3. จัดฝึกอบรมเกี่ยวกับการระงับปวดหลังผ่าตัด ร่วมกับฝ่ายการพยาบาล ให้กับพยาบาลอย่างสม่ำเสมอทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ปีละหลายรุ่น โดยมีเป้าหมายให้พยาบาลประจำการที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ได้รับการอบรมทุกคน เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการฉีดยาแก้ปวดเข้าหลอดเลือดดำได้ด้วยความปลอดภัย ในปี พ.ศ. 2553 ได้ขยายผู้เข้ารับการอบรมจากเดิมที่เน้นเฉพาะหอผู้ป่วยของงานศัลย์ และงานสูติ-นรีเวช ไปยังงานโสตฯ งานอายุรศาสตร์ และงานกุมารฯ หลังจากนั้นจึงเริ่มขยายไปยังงานผู้ป่วยนอก งานรังสี จนในปี พ.ศ. 2555 จึงพูดได้ว่าศิริราชสามารถฉีดยาแก้ปวดทางหลอด

เลือดดำได้ทั่วโรงพยาบาลแล้ว การฉีดยาแก้ปวดเข้ากล้ามเนื้อกลับไม่เป็นที่นิยมอีกต่อไป ในปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมาฝ่ายการพยาบาลฯ ได้ส่งพยาบาลจบใหม่ทั้งรุ่นมารับการอบรมโดยมีพยาบาลรุ่นพี่ๆ มาอบรมเป็นส่วนน้อยเพื่อเป็นการทบทวนด้วย

4. จัดเก็บ รวบรวมข้อมูล รวมทั้งความรู้ต่าง ๆ เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลเกี่ยวกับการระงับปวดหลังผ่าตัด เพื่อ
 - 4.1 ให้สามารถค้นหา และเผยแพร่ในการอ้างอิง
 - 4.2 ใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการและพัฒนา งานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานและดัชนีชี้วัดเป็นประจำทุกเดือน
 - 4.3 ให้เป็นประโยชน์ทางการวิจัย โดยเฉพาะส่งเสริมสำหรับบุคลากรของหน่วยฯ
5. จัดหาครุภัณฑ์ และอุปกรณ์เพื่อให้บริการการระงับปวดหลังผ่าตัดได้อย่างทั่วถึง เช่น เครื่อง Patient-Controlled Analgesia (PCA), disposable pump เป็นต้น ทั้งนี้ ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Veterans Health Administration National Pain Management Strategy, 1998.
2. Cleeland C, Reyes-Giby CC, Schall M, Nolan K, Paice J, Rosenberg J, et al. Rapid improvement in pain management: the Veterans Health Administration and the Institute for Healthcare Improvement Collaborative. Clin J Pain 2003;19:298-305.