

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ตามแผนภูมิการระงับปวดที่กำหนดขึ้น

รัตดา กำหอม, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ, สมบูรณ์ เทียนทอง,
กชกร พลาชีวะ, พิกุล มะลาไสย์
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

The Treatment of Patients with Moderate to Severe Pain in the Recovery Room Using the Pain Algorithm

Radda Kamhom, Malinee Wongswadiwat, Wimonrat Krisanaprakornkit, Somboon Thienthong,
Khochakorn Palachewa, Pikul Malarsai
Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, KhonKaen University, KhonKaen 40002

หลักการและเหตุผล: อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในห้องพักฟื้น การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องสามารถประเมินอาการปวดและให้การรักษาอย่างเหมาะสมปัจจุบันในห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้มีการนำแผนภูมิการระงับปวดของ Auckland Hospital มาประยุกต์ใช้โดยประเมินอาการปวดด้วย numeric rating scale (NRS) โดยผู้ป่วยที่มี NRS $\geq$ 5 ถือว่ามีความปวดที่ควรได้รับการรักษา ยกเว้นผู้ป่วยไม่ต้องการ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการประเมินความปวดในห้องพักฟื้นและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่กำหนด

รูปแบบการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการศึกษา: ห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง: PACU record ของผู้ป่วยที่รับเข้าไว้ในห้องพักฟื้นตั้งแต่ 1-30 เมษายน 2544

การวัดผล: รวบรวมข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับ อายุ ระดับความปวดที่ประเมินได้ ระดับการง่วงซึม จำนวนและชนิดของยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยรับเข้าในห้องพักฟื้นในช่วงเวลาดังกล่าว 474 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินระดับความปวดตามแนวทางที่กำหนด 338 ราย แต่ได้รับการประเมินจริง 246 ราย (72.8%, 95%CI: 68-77%) ที่เหลือไม่ระบุเหตุผลที่ไม่ได้รับการประเมิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการประเมิน (95%) สามารถระบุ NRS ได้ และมี 156 ราย (66.4%, 95%CI: 60-72%) ที่มี NRS $\geq$ 5 ในจำนวนนี้มี 40 ราย (25.6%, 95%CI: 19-33%) ที่ไม่ได้รับยาระงับปวดใดๆ โดยผู้ป่วย 10 รายไม่ต้องการยาและอีก 30 ราย ไม่ได้ยาระงับปวดเนื่องจากพยาบาลที่ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยนอนพักได้และไม่บ่นเรื่องปวดแผล นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่มี NRS $\geq$ 5 ก่อนย้ายออกจากห้อง

Background: Postoperative pain remains a common complaint among PACU patients so we developed guidelines for better pain control. Patients rated their pain using a numeric rating scale (NRS, from 0 to 10). According to the guidelines, PACU nurses knew that patients with a NRS score $\geq$ 5 were in severe pain and required medication.

Objective: To determine the proportion of patients not receiving treatment according to the guidelines.

Design: Descriptive study

Setting: PACU at Srinagarind Hospital

Subjects: April 2001 PACU records

Measurement: The PACU records were reviewed retrospectively for age, NRS score, sedation score, number of treatments given and types of medication used.

Results: the PACU admitted 474 patients in the month of April and 338 of them were included in our study. Pain assessment was performed on 246 of the sample (72.8%, 95%CI: 68-77%) although 92 were not documented. Most of the patients (95.5%) were able to rate their pain using the NRS. NRS scores $\geq$ 5 were reported by 156 patients (66.4%, 95%CI: 60-72%) but 40 of them (25.6%, 95%CI: 19-33%) did not receive any treatment because 10 refused it and 30 gave no outward sign of needing it. Prior to discharge, 54 patients (29.8%, 95%CI: 23-37%) still had NRS score $\geq$ 5.

Conclusion: Pain assessment according to the guidelines was performed on 72.8% of the sample. About 60% of patients had a NRS score $\geq$ 5 but 25.6% did not

พักฟื้นอยู่จำนวน 54 ราย (29.8%, 95%CI: 23-37%)

สรุป: การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นตามแผนภูมิการระงับปวดสามารถทำได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ และพบมีผู้ป่วยที่มีความปวดที่ควรได้รับการรักษาอยู่ถึง 66.4% แต่ 25.6% ไม่ได้รับการรักษา การศึกษาถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินตามแนวทางที่กำหนดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดในห้องพักฟื้นให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิมได้

receive any treatment. We concluded that the guidelines were useful for PACU pain management. For greater improvement in the quality of PACU care, a prospective study should determine provider compliance.

Keywords: 1. Postoperative Pain
2. PACU
3. Pain algorithm

ศรีนครินทร์เวชสาร 2544; 16(4), 251-256 • Srinagarind Med J 2001; 16(4), 251-256

บทนำ

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน การดูแลเรื่องการระงับปวดนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะประเมินระดับความปวดและให้ยาระงับปวดที่เหมาะสมตามระดับความปวดที่ประเมินได้ ปัจจุบันการดูแลเรื่องการระงับปวดในห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีเจ้าหน้าที่เป็นวิสัญญีพยาบาลหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานทุกวัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการกำหนดแนวทางการดูแลเรื่องความปวดที่ถูกต้องชัดเจน และเป็นไปในทางเดียวกัน ดังนั้นภาควิชาวิสัญญีวิทยาจึงได้เริ่มกำหนดแนวทางการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยอาศัยแผนภูมิ เนื่องจากมีรายงานว่าการใช้แผนภูมิมีส่วนช่วยให้การรักษาอาการปวดหลังผ่าตัดดีขึ้น^{1,2} จึงได้นำแผนภูมิของ Auckland Hospital³ ประเทศนิวซีแลนด์มาดัดแปลง (แผนภูมิที่ 1) โดยใช้เกณฑ์ระดับความปวดซึ่งประเมินโดยวิธี Numeric rating Scale (NRS) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ใน 10 (NRS≥5) ซึ่งหมายถึง ระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับยาระงับปวดเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การหายใจน้อยลง ผู้ป่วย ambulate ได้ช้า เกิดความเครียดขึ้น เป็นต้น จากการประเมินผลการนำแผนภูมิมาใช้ในระยะแรกโดยไม่ได้ทำการดัดแปลงพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ Visual Analogue Scale (VAS) > 5 ที่ไม่ได้รับการรักษามีมากถึง 50%⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่าแผนภูมิที่กำหนดขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ดีเพียงใด โดยดูจากจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความปวด NRS ≥ 5 ที่ไม่ได้รับการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการควบคุมคุณภาพการให้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอัตราการประเมินความปวดในห้องพักฟื้นและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามแนวทาง

ที่กำหนด

รูปแบบการศึกษา

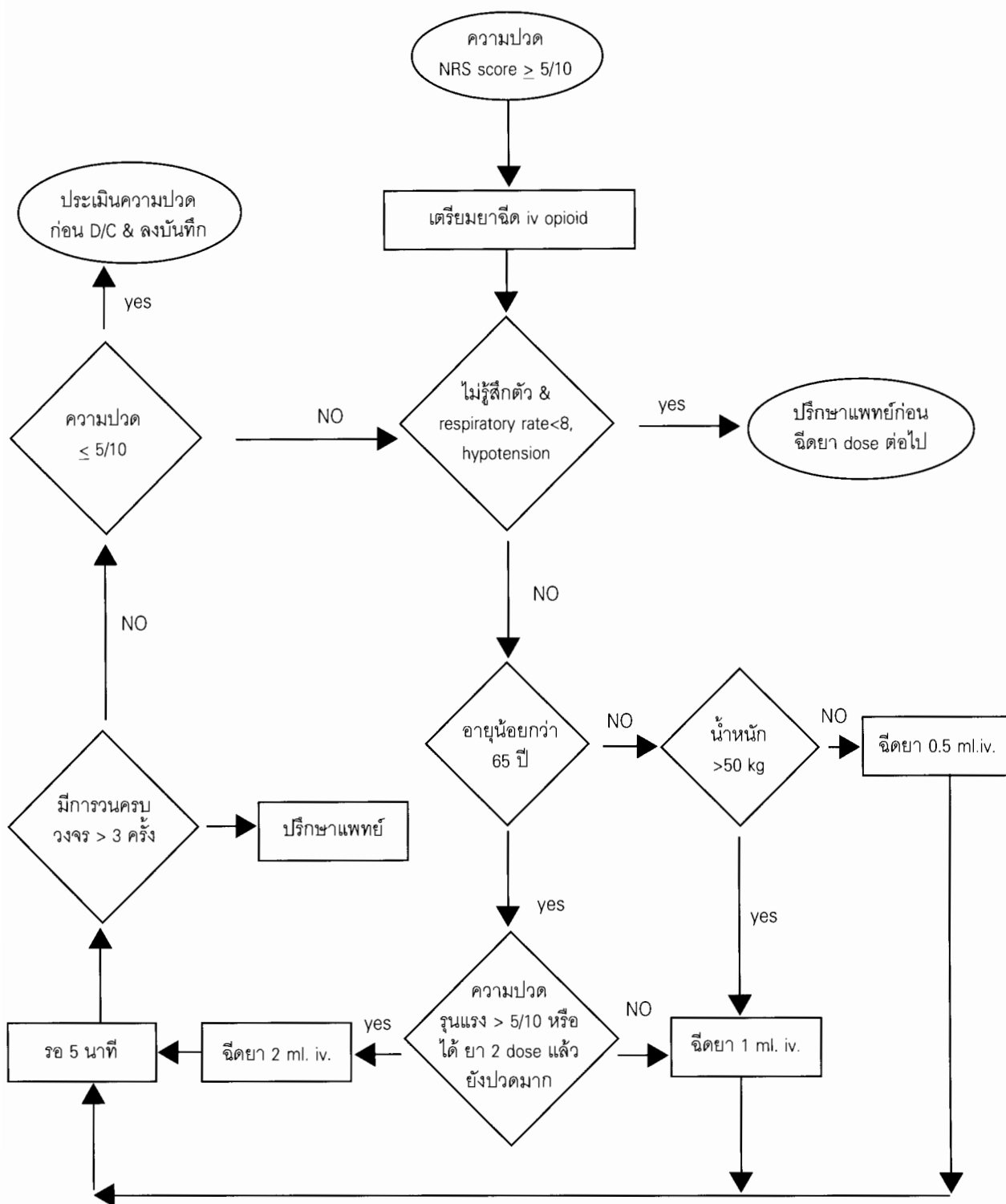
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ระหว่าง วันที่ 1-30 เมษายน 2544 ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ระดับความปวดที่ประเมินได้ด้วย NRS ชนิดยาระงับปวดที่ให้ผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัวซึ่งประเมินโดยใช้ sedation score 0-3 (0 = รู้สึกตัวดี, 1 = ง่วงเล็กน้อย, 2 = หลับแต่ปลุกตื่นด้วยเสียงหรือสัมผัส, 3 = หลับปลุกไม่ตื่น) ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก และสาเหตุที่ไม่ได้รับการรักษาอาการปวดโดยกำหนดลักษณะผู้ป่วยที่ควรจะต้องทำการประเมินระดับความปวดคืออายุ 10 ปี 1 วันขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี และเป็นผู้ป่วยที่ถอดท่อช่วยหายใจแล้ว การประเมินระดับความปวดครั้งแรกจะทำเมื่อผู้ป่วยมีระดับ sedation score < 2 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษานำร่องโดยยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่าต้องใช้ ขนาดตัวอย่าง 303 ราย ข้อมูลที่ได้นำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย และเปอร์เซ็นต์

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยรับเข้ามาในห้องพักฟื้นในช่วงเวลาที่กำหนดจำนวน 474 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ควรประเมินระดับความปวดตามข้อกำหนดจำนวน 338 ราย เป็นเพศชาย 153 ราย เพศหญิง 185 ราย อายุระหว่าง 10-83 ปี (เฉลี่ย 37.9 ปี) น้ำหนักระหว่าง 20-121 กิโลกรัม (เฉลี่ย 54.3 กิโลกรัม) ได้รับการวางยาสลบ 268 ราย ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่ 70 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้ทำการประเมินระดับความปวด 246 ราย (72.8%, 95%CI: 68-77%) ไม่ได้ทำการประเมินระดับความปวด 92



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการให้ยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำในผู้ใหญ่โดยให้ความเข้มข้นของยาดังต่อไปนี้ Morphine 10 mg หรือ Fentanyl 100 mcg หรือ Pethidine 100 mg หรือ Tramadol 100 mg ละลายใน 0.9% NSS เป็น 10 ml

(27.2%) ซึ่งไม่ได้ระบุสาเหตุที่ไม่ทำการประเมิน ส่วนผู้ป่วยที่ได้ทำการประเมินพบว่า มีผู้ป่วยที่สามารถระบุระดับความปวดด้วย NRS 235 ราย (95.5%) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ด้วย NRS มี 11 ราย (4.5%) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินพบว่า มี NRS ≥ 5 ในช่วงใดช่วงหนึ่งระหว่างที่อยู่ในห้องพักฟื้น จำนวน 156 ราย (66.4%, 95% CI 60-72%) ในจำนวนนี้มี 116 ราย (74.4%, 95% CI 67-81%) ที่ได้รับการรักษา ส่วนอีก 40 ราย (25.6%, 95% CI 19-33%) ไม่ได้ได้รับการรักษา สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการยา 10 ราย (25%) และที่เหลืออีก 30 ราย (75%) เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยนอนพักได้และไม่บ่นเรื่องปวดแผลจึงไม่ได้ให้ยา ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานั้นพบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาระงับปวดเพียง 1 ครั้ง ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยที่ประเมิน NRS ได้ และจำนวนครั้งของการให้ยาระงับปวด แสดงในตารางที่ 1

ในการประเมินความปวดครั้งแรกมีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวดทั้งหมด 246 ราย พบว่า 111 ราย (44.9%) มี sedation score 2 และ 135 ราย (55.1%) มี sedation score 0-1 ระดับ NRS ของผู้ป่วยที่ประเมินได้ครั้งแรกแสดงในตารางที่ 2

การประเมินระดับความปวดก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นในผู้ป่วยทั้งหมด 246 ราย พบว่า 91.5% มีระดับความรู้สึกตัวดี มีเพียง 8.5% ที่ยังคงมี sedation score 2 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินระดับความปวดจำนวน 181 ราย (73.6%) อีก 65 ราย ไม่ระบุสาเหตุที่ไม่ได้รับการประเมิน ระดับความปวดที่ประเมินก่อนย้ายออกแสดงใน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดแยกตามจำนวนครั้งของการได้รับยาและระดับความปวด

จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) N=246			
จำนวนครั้งของการ ได้ยาระงับปวด	ระดับความปวด NRS ≥ 5	ระดับความปวด NRS < 5	ระดับความปวด ประเมินด้วย NRS ไม่ได้
0	40(25.6)	78(98.7)	1(9.1)
1	61(39.1)	1(1.3)	7(63.6)
2	37(23.7)	-	3(27.3)
3	12(7.7)	-	-
4	5(3.2)	-	-
5	1(0.6)	-	-
รวม	156(100)	79(100)	11(100)

ตารางที่ 2 ระดับความปวดในผู้ป่วยที่ประเมินครั้งแรก N=246

ระดับความปวด	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
NRS ≥ 5	134(54.5)
NRS < 5	101(41.0)
ระบุ NRS ไม่ได้	11(4.5)
รวม	246(100)

ตารางที่ 3 มีผู้ป่วยที่มี NRS ≥ 5 ก่อนย้ายออกจำนวน 54 ราย (29.8%, 95% CI 23-37%) ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับยาระงับปวดเลย จำนวน 20 ราย และเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับยาระงับปวดแล้ว 1-4 ครั้ง จำนวน 34 ราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ระดับความปวดในผู้ป่วยที่ประเมินก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น N=181

ระดับความปวด	จำนวนผู้ป่วย(ร้อยละ)
NRS ≥ 5	54(29.8)
NRS < 5	123(68)
ระบุ NRS ไม่ได้	4(2.2)
รวม	181(100)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยซึ่งมี NRS ≥ 5 ก่อนย้ายออกและจำนวนครั้งของการรักษาที่ได้รับ N=54

จำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด	จำนวนผู้ป่วยยังมี NRS ≥ 5 (ร้อยละ)
0	20(37.0)
1	14(25.9)
2	12(22.2)
3	5(9.3)
4	3(5.6)
รวม	54(100)

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 127 ราย ที่ได้รับยาระงับปวดพบว่า morphine เป็นยาที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดรองลงมาคือ fentanyl ส่วนยา opioids อื่น ๆ มีการใช้น้อยมาก ชนิดของ

ยาระงับปวดที่ได้รับจำแนกตามระดับความปวดที่ประเมินได้แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ชนิดยาระงับปวด opioids ที่ให้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวด

ชนิดยาระงับปวด	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	NRS $\geq$ 5	NRS < 5	ระบุ NRS ไม่ได้
morphine	85(73.3)	-	4(40)
fentanyl	16(13.8)	1(100)	6(60)
fentanyl ร่วมกับ tramal	1(0.9)	-	-
morphine ร่วมกับ fentanyl	12(10.3)	-	-
pethidine	1(0.9)	-	-
tramal	1(0.9)	-	-
รวม	116(100)	1(100)	10(100)

วิจารณ์

แผนภูมิการระงับปวดที่กำหนดขึ้นมามีหลายประเด็นที่ได้มีการดัดแปลงมาจากของเดิม³ ซึ่งควรจะต้องกล่าวถึงในการศึกษานี้ ซึ่งมีด้วยกัน 5 ประเด็นคือ

1. การศึกษาในครั้งนี้เลือกใช้วิธีการประเมินระดับความปวดด้วย NRS แทน Visual analog scale (VAS) เพราะจากประสบการณ์ในการประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยในห้องพักพบว่า NRS ใช้สะดวกและง่ายกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่เริ่มฟื้นจากยาสลบส่วนใหญ่ยังมีอาการง่วงซึมจากฤทธิ์ของยาสลบทำให้มองเห็นไม่ชัด และลำบากในการใช้มือลากเส้นให้ได้ตามต้องการในการวัดด้วยเครื่องมือ VAS

2. การเลือกใช้ระดับความปวด NRS $\geq$ 5 ในการศึกษาครั้งนี้แทนการใช้ VAS $\geq$ 3 เหมือนในต่างประเทศนั้น เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในเบื้องต้นของห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความปวด VAS $\geq$ 5 ที่ไม่ได้รับการรักษามีจำนวนมากถึง 50%⁴ จึงต้องการที่จะปรับปรุงการรักษาในส่วนนี้ให้ดีที่สุดก่อน ในขณะที่พบผู้ป่วยที่มีระดับความปวด VAS 3-5 มีความต้องการยาระงับปวดไม่มากนัก

3. ข้อกำหนดในการประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยเป็นข้อกำหนดที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากแผนภูมิเดิมเช่นเดียวกันคือ เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แม้ว่าข้อกำหนดนี้จะช่วยแยกให้เห็นชัดเจนว่ากลุ่มเป้าหมายในการ

ประเมินคือใคร แต่อาจมีข้อเสียเช่น เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีบางคนอาจบอกระดับความปวดได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจบางคนอาจมีระดับความรู้สึกตัวที่สามารถบอกระดับความปวดได้เช่นกัน ดังนั้นข้อกำหนดดังกล่าวอาจทำให้จำนวนผู้ป่วยที่สามารถประเมินความปวดได้มีจำนวนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

4. การปรึกษาแพทย์หลังจากให้การรักษาด้วยยาระงับปวด 3 ครั้งแล้วไม่ดีขึ้น ก็เป็นอีกข้อหนึ่งที่แตกต่างจากแผนภูมิเดิมที่เคยกำหนดไว้ 10 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาได้ประสิทธิภาพมากขึ้นและเหมาะสมกับสภาพของทางโรงพยาบาล เพราะในแผนภูมิเดิมของต่างประเทศนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา 10 ครั้งแล้วไม่ดีขึ้นจะได้รับการดูแลโดยการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า PCA pump ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวดต่อไป แต่ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์มี PCA pump ไม่เพียงพอ

5. เวลาในการให้ยาระงับปวดซ้ำจากของเดิมซึ่งให้ซ้ำได้ทุก 3 นาทีนั้น ที่ประชุมร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นให้เปลี่ยนเป็นทุก 5 นาทีแทนเนื่องจากต้องการให้ยาซึ่งให้ไปครั้งแรกได้ออกฤทธิ์เต็มที่ก่อนและการประเมินซ้ำทุก 3 นาทีอาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้ผู้ปฏิบัติมากเกินไป

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าข่ายประเมินความปวดได้แต่ไม่ได้รับการประเมินมีจำนวนลดลงจากเดิมที่เคยสำรวจไว้ซึ่งมีอยู่ 50%⁴ เหลือเพียง 27.2% เมื่อหักลบผู้ป่วยที่ได้ทำการประเมินแต่ประเมินไม่ได้ออกไปอีก 4.5% จะเหลือผู้ป่วยที่ไม่ได้ประเมินจริงๆ 22.7% ซึ่งเป็นที่น่าพอใจเพราะลดลงจากเดิมมากกว่าครึ่งหนึ่ง ส่วนการประเมินก่อนส่งผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นยังมีผู้ป่วยที่ระดับความปวด NRS $\geq$ 5 ค่อนข้างมาก (29.8%) แม้ว่าจะลดลงจากเดิม (37%) ก็ตามซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้มีผลต่อการให้การรักษาผู้ป่วยสำหรับสาเหตุของการไม่ประเมินระดับความปวดนั้นอาจมีได้หลายอย่าง เช่นเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจเรื่องการประเมิน^{5,6} หรือมีผู้ป่วยในห้องพักฟื้นในช่วงเวลาดังกล่าวจำนวนมากทำให้ประเมินไม่ทัน หรืออาจมีสาเหตุมาจากแผนภูมิที่ใช้ก็ได้ แต่เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลังทำให้ไม่ได้ข้อมูลในส่วนนี้

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและมีระดับ NRS $\geq$ 5 ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางยาสลบ (95.5%) มากกว่าได้รับการฉีดยาเฉพาะที่ (4.5%) ดังนั้นการวางแผนระงับปวดให้ได้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในอนาคตอาจจะต้องพิจารณาเรื่องเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกด้วย เพราะการรักษาอาการปวดหลังผ่าตัดนั้นต้องอาศัยวิธีการรักษาหลายวิธีด้วยกัน⁷ หรือที่เรียกว่า multimodal therapy จึงจะได้ผลดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

ได้ทำการสำรวจการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางจนถึงรุนแรง (NRS ≥ 5) ในห้องพักรักษาตามแผนภูมิที่กำหนด พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินระดับความปวด 72.8% และมีผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางจนถึงรุนแรง 66.4% โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนภูมิที่กำหนด 25.6% ซึ่งเป็นเป้าหมายที่เจ้าหน้าที่ห้องพักรักษาต้องมีการปรับปรุงต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดให้ดีกว่าก่อนที่จะส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในการประเมินและให้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับระดับความปวดตามแผนภูมิที่กำหนด และควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อหาสาเหตุของการที่ไม่ได้ทำการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ควรทำการประเมิน รวมทั้งสาเหตุของการไม่ได้ให้การรักษาอาการปวดในผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาซึ่งหากพบว่ามีสาเหตุจากแผนภูมิก็จะได้ปรับปรุงต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้การบริการที่ดีมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในห้องพักรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Devine EC, Bevssek SA, Brubakken K, Johnson BP, Ryan P, Sliefert MK, et al. AHCPR clinical practice guideline on surgical pain management: adoption and outcomes. *Res Nurs Health* 1999;22(2):119-30.
2. Heindel L. Acute pain management clinical practice guideline: implications for nurse anesthetists. *CRNA* 1997;8(3):94-100.
3. Schug SA. The acute pain service at Auckland Hospital: Guideline. Auckland: University of Auckland; 1999.
4. Thientong S. Pain management in Srinagarind Hospital, Khonkaen University. In: Prateepavanich P, editor. *Diversity in pain management*; 2001; Bangkok: IASP (Thai); 2001:12-14.
5. al-Hassan M, Alkhalil MS, al Ma'aitah R. Jordanian nurses' roles in the management of postoperative pain in the postanesthesia care unit. *J Perianesth Nurs* 1999;14(6):384-9.
6. Knowles R. Standardization of pain management in the postanesthesia care unit. *J Perianesth Nurs* 1996; 11(6):390-8.
7. Heffline MS. Exploring nursing interventions for acute pain in the postanesthesia care unit. *J Post Anesth Nurs* 1990;5(5):321-8.

