

ภายในเล่ม / Inside SMJ

กองบรรณาธิการ

จากการประชุมของกองบรรณาธิการครั้งที่แล้ว ได้ปรึกษากันเกี่ยวกับการปรับปรุงวิธีการเขียนเอกสารอ้างอิงในคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ทางกองบรรณาธิการเห็นว่าศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล อาจารย์ได้เขียนไว้ในแพทยสภาสาร ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 อย่างละเอียดแล้ว ทางกองบรรณาธิการจึงได้ติดต่อขออนุญาตอาจารย์เพื่อทำการตีพิมพ์ซ้ำในศรินครินทร์เวชสารซึ่งพวกเราก็ได้รับอนุญาตให้ตีพิมพ์ได้ ทางกองบรรณาธิการต้องกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงในความกรุณาของอาจารย์ในครั้งนี้

ในระยะหลังนี้มีบทความและงานวิจัยส่งมาตีพิมพ์ในศรินครินทร์เวชสารมากขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าสำหรับผู้ส่งบทความมาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะพยายามให้วารสารออกได้ตามกำหนดและตีพิมพ์บทความให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ซึ่งในฉบับนี้มีบทความและงานวิจัยหลายเรื่อง ประกอบด้วย

นิพนธ์ต้นฉบับ มี 4 เรื่อง โดยสองเรื่องเป็นงานวิจัยทางด้านการใช้สื่อประกอบการสอน คือ การใช้ ซีเอไอ ในการช่วยสอนการฝึกเจาะเลือด โดย วิโรจน์ ไวกวนิชิก และการใช้สไลด์ประกอบการเรียนการสอนวิชาเซลล์พยาธิวิทยา โดย ดุษฎี มุกสิกโปดก และคณะ ส่วนอีกสองเรื่องเป็นด้านการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรินครินทร์ คืออัตราและสาเหตุการเลื่อนการผ่าตัดผู้ป่วย โดย วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ และคณะ และเรื่องการสำรวจคำสั่งยาระงับปวดหลังผ่าตัด โดย มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์ และคณะ

บทฟื้นฟูวิชาการ มี 4 เรื่อง เป็นบทความทางด้านสูติเวชวิทยา โดย สุพัญญ์ สีนะวัฒน์ สองเรื่อง คือ วิทยาการช่วยการเจริญพันธุ์ และข้อดีข้อด้อยของการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดและแบบบางส่วน ส่วนอีกสองเรื่องคือ

การดูแลรักษาก่อนเดี่ยวในปอด โดย วิชาญ พิชิตกุล และเรื่อง การใช้ยาลดน้ำหนักในการรักษาโรคอ้วน โดย จัตุรเลิศ พงษ์ไชยกุล ซึ่งทั้งหมดนี้มีรายละเอียดที่น่าสนใจมาก

การศึกษาต่อเนื่อง ในฉบับนี้ได้เลือกบทความประกอบหัวข้อการศึกษาต่อเนื่อง 2 เรื่อง คือ 1. การดูแลรักษาก่อนเดี่ยวในปอด และ 2. การใช้ยาลดน้ำหนักในการรักษาโรคอ้วน โดยฉบับนี้มีคำถามเพียง 8 ข้อเท่านั้น ท่านที่สนใจ CME ลองตอบดูได้ หรือจะส่งเพื่อขอรับคะแนนก็ได้

รายงานผู้ป่วย ในฉบับนี้เป็นเรื่องของเด็กที่เป็นโรค leukemia ชนิด acute promyelocytic ที่มีอาการแทรกซ้อนทางตา โดย พัชรีย์ คำวิสัยศักดิ์ และคณะ

บทบรรณาธิการ ในฉบับนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการสังยาระงับปวดหลังผ่าตัดของ มาลินี และคณะ ผมจึงได้เขียนเกี่ยวกับการสังยาระงับปวด opioids เข้ากล่ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยร้องขอ ว่าสมควรจะใช้ต่อไปหรือไม่

แถมท้ายด้วยเกร็ดความรู้เล็ก ๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์เช่นเคย ในฉบับนี้อาจารย์ไชยยุทธ ธนไพศาล ได้เขียนประวัติของนายแพทย์ Joseph Lister ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากท่านหนึ่งทางด้านการป้องกันการติดเชื้อ รายละเอียดเชิญติดตามอ่านได้ครับ

สุดท้าย ขอแจ้งให้ทราบว่าขณะนี้ทางศรินครินทร์เวชสารได้จัดทำ web site ไปบางส่วนแล้ว ซึ่งท่านสามารถเข้าไปชมและแสดงความคิดเห็นได้ ตามที่อยู่ในด้านในของปกหลังฉบับนี้ ความสำเร็จนี้ต้องยกความดีให้ ผศ.นพ. ชลธิป พงศ์สกุล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการที่ได้พยายามจัดทำจนสำเร็จ

ในฉบับต่อไปคือ ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 ซึ่งจะตีพิมพ์ตามกำหนดคือ มิถุนายน ยังมีที่ว่างไม่มากนัก ท่านที่ส่งบทความมาช้าอาจจะต้องรอคิวของฉบับที่ 3 นะครับ

สมบูรณ์ เทียนทอง
บรรณาธิการ



การฉีดยาบรรเทาปวด opioids เข้ากล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยร้องขอ : ถึงเวลาที่จะคิดทบทวนใหม่ได้แล้ว

สมบูรณ์ เทียนทอง

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Intramuscular Injection of Opioids as demand (prn) : A Time to Reconsider

Somboon Thienthong

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

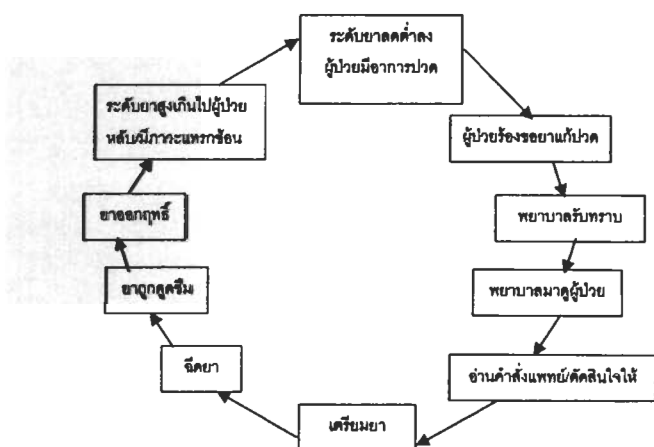
ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์เกิดขึ้นมากมาย รวมทั้งความก้าวหน้าในการรักษาอาการปวดแบบเฉียบพลัน หรืออาการปวดหลังการผ่าตัดด้วย เช่น มียาบรรเทาปวดให้เลือกใช้มากขึ้น และมีเทคนิคใหม่ ๆ ที่ช่วยบรรเทาปวดได้ดีขึ้น แต่จากการสำรวจในโรงพยาบาลศูนย์นครินทร์พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากถึง 50-66% ที่ยังมีอาการปวดปานกลางถึงปวดมากหลังการผ่าตัด^{1,2} สาเหตุที่สำคัญเกิดจากปัจจัยทั้งสองด้านด้วยกัน อย่างที่หนึ่งคือผู้ให้การรักษา และอย่างที่สองคือตัวผู้ป่วยเอง^{3,4} ด้านผู้ให้การรักษาซึ่งได้แก่แพทย์และพยาบาลอาจมีความเคยชินกับวิธีการรักษาที่ให้อยู่มาก คือการให้ยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการหรือเมื่อผู้ป่วยร้องขอ หรืออาจมีทัศนคติและความรู้ที่เกี่ยวกับการบรรเทาปวดไม่ถูกต้อง ส่วนปัจจัยจากตัวของผู้ป่วยอาจเกิดจากความเกรงใจเจ้าหน้าที่ หรือมีความเชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เช่น กลัวการติดยาเสพติด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้การบรรเทาปวดหลังผ่าตัดไม่ได้รับความสนใจหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม

การสั่งให้ยาบรรเทาปวดโดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยร้องขอ เช่น “morphine 10 mg im prn q 4-6 hr.” แม้ว่าวิธีนี้จะใช้มานาน มีความสะดวกและปลอดภัย⁵ แต่พบว่าผลในการบรรเทาปวดนั้นมีประสิทธิภาพไม่ค่อยดี และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบรรเทาปวดด้วยวิธีนี้มีน้อย⁶ ในคำสั่งดังกล่าวมีสององค์ประกอบที่ต้องแยกพิจารณา คือ

1. การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาวิธีนี้ไม่เหมาะที่จะใช้ในการบรรเทาปวดแบบเฉียบพลัน หรืออาการปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์ช้ากว่าการฉีดทางหลอดเลือดดำ นอกจากยาออกฤทธิ์ช้าแล้ว การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

ยังทำให้เกิดการระคายเคืองหรือความปวดจากการฉีดยาโดยตรง และอาจเกิดการอักเสบหรือการติดเชื้อบริเวณที่ฉีดยาได้ นอกจากนั้นในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น เด็ก จะไม่ชอบหรือกลัวการให้ยาวิธีเป็นอย่างมาก

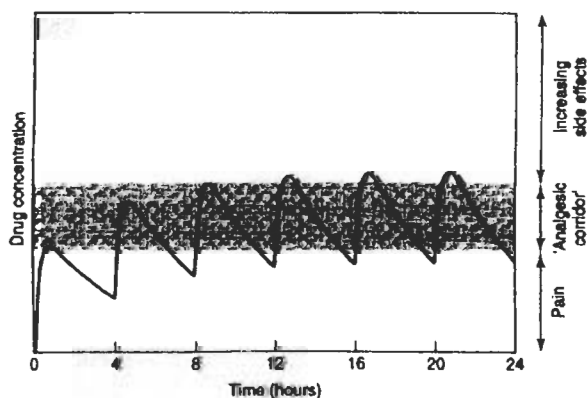
2. การให้ยาเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (prn q 4-6 hr.) การให้ยาบรรเทาปวดโดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะได้ยาหรือไม่ขึ้นอยู่กับสองปัจจัย คือหนึ่งการตัดสินใจของผู้ป่วย และสองการตัดสินใจของพยาบาล การที่ผู้ป่วยจะร้องขอยาจากพยาบาลแต่ละครั้งนั้นผู้ป่วยมักจะต้องอดทนรอจนกระทั่งมีอาการปวดมากจริง ๆ จึงกล้าร้องขอ ส่วนพยาบาลนั้นเมื่อรับทราบผู้ป่วยต้องการยาแล้วจะต้องตรวจสอบและตัดสินใจว่าเมื่อไรจึงควรให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยจึงมักจะเลือกเวลาที่ห่างไว้ก่อน เช่น จะรอให้ครบ 6 ชั่วโมงก่อนจึงค่อยให้ยาอีกครั้ง ดังนั้นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับยาต่อวันจึงค่อนข้างน้อย เมื่อพิจารณาในรายละเอียดขั้นตอนการให้ยาบรรเทาปวดทางกล้ามเนื้อแล้วพบว่ามันขั้นตอนมากมายที่ทำให้เกิดการเสียเวลาในการให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า เป็นเหตุให้การให้ยาบรรเทาปวดวิธีนี้ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร (รูปที่ 1) พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยร้องขอยาจนกระทั่งยาออกฤทธิ์บรรเทาปวดได้เต็มที่นั้นใช้เวลาค่อนข้างนานบางแห่งอาจใช้เวลาถึง 30 นาที ในระหว่างเวลานั้นผู้ป่วยจำต้องทนต่ออาการปวดที่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดแล้วระยะหนึ่งจะเริ่มมีอาการที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องอืด ฯลฯ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ยาวิธีนี้แต่ละครั้ง แพทย์มักจะสั่งยาในขนาดเดิม โดยไม่ปรับขนาดตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จึงมักจะสั่งยาในขนาดสูงเกินความต้องการใน



รูปที่ 1 ขั้นตอนที่มีผลต่อการให้ยาระงับปวดทางกล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยร้องขอหรือแบบ prn.⁹

การระงับปวดของผู้ป่วยในขณะนั้นทำให้ระดับยาในร่างกายผู้ป่วยในแต่ละช่วงของวันไม่คงที่มีทั้งน้อยเกินไปและสูงเกินไป (รูปที่ 2) ซึ่งโดยรวมแล้วปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อครั้งจะค่อนข้างมากแต่ปริมาณยาเฉลี่ยต่อวันจะค่อนข้างน้อยกว่าความต้องการในการระงับปวด จะเห็นว่าการสั่งยาระงับปวดแบบ prn มีส่วนทำให้การระงับปวดไม่ได้ผลเป็นอย่างมาก ดังนั้นคำสั่งนี้จึงควรพิจารณาใช้เฉพาะการรักษาอาการปวดในบางกรณีเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ถอดสายน้ำเกลือออกแล้ว

มาลินี และคณะ⁷ ได้ศึกษาคำสั่งการให้ยาระงับปวดเข้ากล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยร้องขอ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า สัดส่วนการสั่งยาวิธีนี้แตกต่างกันไปในแต่ละหน่วยงานหรือภาควิชา โดยที่บางหน่วยงานยังคงใช้วิธีการให้ยาเข้ากล้ามเนื้อในผู้ป่วยทุกรายหรือ 100 %



รูปที่ 2 แสดงระดับยาในเลือดโดยวิธีการให้ยาทางกล้ามเนื้อ¹⁰

ดังนั้นแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดควรทบทวนว่าการให้ยาระงับปวดทางกล้ามเนื้อยังมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการระงับปวดหลังผ่าตัดต่อไปอีกหรือไม่ เพราะในหลายประเทศได้เลิกใช้แล้ว⁸ สำหรับภาควิชาวิสัญญีวิทยาได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและได้เลิกใช้วิธีการให้ยาทางกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วยในห้องพักฟื้น โดยใช้วิธีฉีดทางหลอดเลือดดำ หรือวิธี patient-controlled analgesia (PCA) แทน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความเห็นของวิสัญญีแพทย์ในประเทศอังกฤษที่ยอมรับว่าการฉีดยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำและทาง epidural space เป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด⁵ และได้พยายามนำวิธีการระงับปวดดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ด้วยโดยคาดว่าต้นปี 2545 นี้จะมีการขยายบริการในด้านนี้ให้มากขึ้นกว่าที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. Thientong S. Pain management in Srinagarind Hospital, Khonkaen University. In: Prateepavanich P, editor. Diversity in pain management. Bangkok: IASP (Thai); 2001. 12-14.
2. Radda Kamhom, Somboon Thienthong, Malinee Wongswadiwat, Wimonrat Kritsanaprakornkit, Khochakron Palachewa, Pikul Malarsai. The treatment of patients with moderate to severe pain in the recovery room using the pain algorithm. Srinagarind Medical J 2001; 16: 251-6.
3. Oates JDL. Failure of pain relief after surgery. Attitudes of ward staff and patients to postoperative analgesia. Anesthesia 1994; 49: 755-8.
4. Cohen FL. Postoperative pain relief: patients' status and nurses' medication choices. Pain 1980;9: 265-74.
5. Semple P, Jackson IJB. Postoperative pain control a survey of current practice. Anesthesia 1991 ; 46: 1074-6.
6. Macintyre PE, Ready LB. Acute pain management a practice guides. Toronto: W.B. Saunders com., Ltd, 1996: 1-186.
7. Malinee Wongswadiwat, Somboon Thienthong, Wimonrat Kritsanaprakornkit, Sasiwimon Pongjanyakul, Worranut Taesiri. Survey of the orders for postoperative pain management in Srinagarind hospital. Srinagarind Medical J 2002; 17: 20-5.
8. Schug SA. The Acute pain service at Auckland Hospital. Auckland;1999.
9. Graves DA, Foster TS, Batenhorst RL. Patient-controlled analgesia. Ann Intern Med 1983;99:360-3.
10. White PF. Use of a patient-controlled analgesia infuser for the management of postoperative pain. In: Harmer M, Rosen M, Vickers MD, eds. Patient-controlled analgesia. St Louis, Blackwell Scientific. 1985:140-8.