นิพนธ์ต้นฉบับ • Original Article

การประเมินคุณภาพการระงับปวดผู้ป่วยปวดเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

พนารัตน์ รัตนสุวรรณ*, วิมลรัตน์ ศรีราช, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, ฟ้างาม เจริญผล, สุธันนี สิมะจารึก, ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล, สมบูรณ์ เทียนทอง
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

Quality Assessment of Chronic Pain Management in Srinagarind Hospital

Panaratana Ratanasuwan*, Wimonrat Sriraj, Malinee Wongsawasdiwat, Fa-ngam Charoenpol, Suthannee Simajareuk, Sasiwimol Pongjanyakul, Somboon Thienthong
Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002

หลักการและวัตถุประสงค์: ความปวดเรื้อรังมีสาเหตุทั้งจากมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจะพบมีอาการปวดร่วมด้วยเสมอ อาการปวดทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายในหลายระบบและส่งผลกระทบต่อจิตใจ ด้วยการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการระงับปวดเรื้อรังจากแพทย์เจ้าของไข้และหน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา: ศึกษาย้อนหลังจากแบบบันทึกผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและปรึกษาหน่วยระงับปวดทุกรายในช่วงระยะเวลา 7 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนธันวาคม 2553 โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ข้อมูลความปวด (สาเหตุและชนิด ลักษณะความปวด ตำแหน่งที่ปวด) คุณภาพการจัดการความปวดเรื้อรังโดยแพทย์เจ้าของไข้ประเมินจากค่าดัชนีการจัดการความปวด (pain management index; PMI) และคุณภาพการระงับปวดโดยหน่วยระงับปวดประเมินจากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังรักษา ภาวะแทรกซ้อนและสภาวะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบโดยใช้ dependent T-test และ one-way ANOVA multiple comparisons (ค่า p ที่น้อยกว่า 0.05 ถือเป็นนัยสำคัญ) โดยโปรแกรม SPSS (version 19.0)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.4 จากจำนวนทั้งหมด 352 ราย และอายุเฉลี่ย 41.5 ± 19.2 ปี ส่วนใหญ่ปวดเรื้อรังจากมะเร็งร้อยละ 47.2 โดยเฉพาะมะเร็งของระบบทางเดินอาหารและลำไส้ร้อยละ 16.2 ปวดแสบปวดร้อนเป็นลักษณะความปวดที่มากที่สุดร้อยละ 13.4 คุณภาพการระงับปวดโดยแพทย์เจ้าของไข้จากค่า PMI ที่ให้

Background and Objective: Chronic pain could be caused from both cancer and non-cancer in origin. Pain is the common symptom in patients with advanced cancer. Pain can affect many organ systems and also interference with a psychological problem. Effective pain management improved the quality of life in chronic pain patients. This study aims to assess the quality management of chronic pain control from primary physicians and pain unit from the department of Anesthesiology, faculty of Medicine, Khon Kaen university.

Methods: We retrospectively studied the chronic pain records of pain unit in all admitted and consulted patients for a peried of seven years during January 2004 to December 2010. The demographic data, pain characteristics (causes and types of pain, pain symptoms and locations of pain), quality of chronic pain management use pain management index (PMI) for primary physicians and using the quality of life assessment for pain unit, pain intensities before and after treatment, side effects and status of patient before discharge were assessed. We used descriptive analysis and compared the data with dependent T-test and one-way ANOVA multiple comparisons (statistical significance at the $p < 0.05$) with SPSS (version 19.0).

Results: Totally, 51.4% were females out of 352 patients and the mean age were about 41.5 ± 19.2 years old. The most of chronic pain was cancer (47.2 %) especially in gastrointestinal tract (GI tract) cancer

***Corresponding author:** Panaratana Ratanasuwan, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002 Thailand. Email: rpanar@kku.ac.th

ผลลบ (PMI -1 ถึง-3) ร้อยละ 16.2 และพบมากที่สุดในกลุ่มปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่จากมะเร็งร้อยละ 40.3 ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงสุดและต่ำสุดลดลงรวมถึงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทุกด้านใน 1 สัปดาห์ หลังรักษาโดยหน่วยระงับปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับปวดก่อนรับปรึกษาร้อยละ 49.4 และลดลงหลังรับการรักษา 1 สัปดาห์เหลือร้อยละ 17.3 ภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษามากที่สุดคือ ท้องผูกร้อยละ 5.4 สภาวะหลังจำหน่ายผู้ป่วยที่มากที่สุดคือ ปวดดีขึ้นร้อยละ 76.1

สรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการระงับปวดเรื้อรังโดยหน่วยระงับอาการปวดทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและอาการปวดลดลงภายใน 1 สัปดาห์

(16.2%). Burning pain was the most complaint of the pain symptoms (13.4%). Negative PMI (PMI -1 to –3) was 16.2% and mostly found in non-cancer pain patients (40.3%). The chronic pain patients were significantly improved both their highest and lowest pain scores and also a better quality of life in 1 week after treated by the pain unit (p<0.001). Before pain consults, 49.4% of total patients had medication side effects and then decreased to 17.3% after consulted for 1 week. The most side effect was constipation (5.4%). The pain improvement was the most common of the status before discharge.

Conclusion: This study suggests that quality of chronic pain management from pain unit improves the quality of life and pain relief within one week.

Keywords: Quality assessment, Chronic pain management, Pain management index

ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31 (2): 151-158. ♦ Srinagarind Med J 2016; 31 (2): 151-158.

บทนำ

ความปวดเรื้อรังมีสาเหตุทั้งที่เกิดจากมะเร็งและที่ไม่ใช่มะเร็ง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจะพบมีอาการปวดร่วมด้วยร้อยละ 70[1] อาการปวดทำให้เกิดผลกระทบต่อทั้งร่างกายในหลายระบบและยังส่งผลกระทบอย่างมากต่อจิตใจ เช่น ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และอาจรุนแรงมากจนถึงขั้นต้องการฆ่าตัวตายได้ เป็นต้น[2] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดมากในระยะเวลาที่ยาวนานจนกว่าจะเสียชีวิต[3] ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอาการปวดแต่ยังคงมีผลกระทบรุนแรงต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ[4-6] จากการศึกษาพบว่าทั้งผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษามีความเห็นตรงกันว่าการรักษาอาการปวดผู้ป่วยปวดเรื้อรังยังคงไม่มีประสิทธิภาพ[5,7,8] ได้มีการศึกษาการรักษาอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งที่ยังได้ผลไม่ดี สาเหตุหนึ่งที่สำคัญเกิดจากการขาดความรู้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง[9] ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยประเมินผู้ป่วยปวดเรื้อรังมากมาย เครื่องมือที่ใช้บ่อย เช่น Brief Pain Inventory ชนิด short form (BPI-SF)[10] และถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยแล้ว[11] ทำให้การประเมินความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าแม้จะมีแนวทางการระงับอาการปวดเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ประสิทธิภาพของการรักษาความปวดเรื้อรังที่ประเมินด้วยค่าดัชนีการจัดการความปวด (pain management index: PMI) ยังคงไม่เพียงพอถึงร้อยละ 40[12] สาเหตุหลักของการรักษาที่ไม่เหมาะสมที่พบบ่อยที่สุด คือ การเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยากลุ่ม opioids[13]

หน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รับปรึกษาผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังในรายที่มีความปวดรุนแรงไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีปัญหาความปวดที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการความปวดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จากการดำเนินการที่ผ่านมาของหน่วยระงับอาการปวดยังไม่เคยมีการวิเคราะห์และรายงานข้อมูลด้านประสิทธิภาพการระงับปวดในผู้ป่วยปวดเรื้อรังดังกล่าว ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพการระงับปวดในผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เจ้าของไข้และหน่วยระงับปวด เพื่อพัฒนาการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการระงับปวดในผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เจ้าของไข้และหน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 541196 ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกข้อมูลของหน่วยระงับปวดในผู้ป่วยปวดเรื้อรังและเป็นผู้ป่วยที่รับปรึกษาโดยอยู่รักษาในโรงพยาบาลทุกรายและข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพิ่มเติมในกรณีข้อมูลที่ศึกษาไม่ครบถ้วน เป็นระยะเวลา 7 ปี นับตั้งแต่เดือน มกราคม 2547 ถึงธันวาคม 2553

ข้อมูลที่ศึกษาได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ได้แก่ สาเหตุ ชนิด ลักษณะของความปวด ตำแหน่งของมะเร็ง ข้อมูลคุณภาพการระงับปวดก่อนรับปรึกษา (ได้รับการรักษาโดยแพทย์เจ้าของไข้) โดยวัดจากค่าดัชนีการจัดการความปวด PMI[12] ซึ่งคำนวณจากระดับของการให้ยาระงับปวด (ระดับ 0-3; 0 = ไม่ได้รับยาระงับปวด, 1= ยากลุ่ม non-opioid, 2= ยากลุ่ม weak opioids, 3= ยากลุ่ม strong opioids) เทียบกับระดับความปวดของผู้ป่วย (ระดับ 0-3; 0= ไม่ปวด, 1= ปวดเล็กน้อย, 2= ปวดปานกลาง, 3= ปวดรุนแรง) ซึ่งค่า PMI หาได้จากการนำระดับของยาระงับปวดลบด้วยระดับความปวดของผู้ป่วย มีค่าตั้งแต่ -3 ถึง +3

ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากแบบสอบถามการประเมินความปวด Brief pain inventory (BPI) short form ที่เป็นภาษาไทย[11] ในด้านของผลกระทบของความปวดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การทำกิจกรรมต่างๆ อารมณ์ การนอนหลับ และความสุขในชีวิต ซึ่งจะประเมินในช่วงแรกรับและที่ 1 สัปดาห์หลังรับปรึกษา เพื่อประเมินคุณภาพการระงับปวดโดยหน่วยระงับปวด วัดจากการให้ค่าคะแนนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจะใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 แทนระดับผลกระทบ (โดยค่า 0 หมายถึง ไม่มีผลกระทบเลย และค่า 10 หมายถึงมีผลกระทบมากที่สุด) และประเมินคะแนนความปวดที่มากที่สุดและน้อยที่สุดและความปวดโดยเฉลี่ยแรกรับและหลังปรึกษาหน่วยระงับปวดในทุกสัปดาห์จนกว่าจะจำหน่ายจากหน่วยระงับปวด ซึ่งจะบันทึกเพียง 4 สัปดาห์ หากอยู่รักษานานกว่า 4 สัปดาห์ นอกจากนี้บันทึกภาวะแทรกซ้อนของยาระงับปวดและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากหน่วยระงับปวด (กรณีที่มีการประเมินมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์จะบันทึกค่าคะแนนที่มากที่สุดในแบบบันทึก)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานค่า mean ± SD จำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบคุณภาพการระงับปวดก่อนและหลังรับปรึกษาโดยหน่วยระงับปวดใช้ dependent T-test และ one-way ANOVA multiple comparisons (ค่า p ที่น้อยกว่า 0.05 ถือเป็นนัยสำคัญทาง สถิติ) โดยโปรแกรม SPSS (version 19.0)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่รับปรึกษาจำนวน 352 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 181 ราย (ร้อยละ 51.4) อายุระหว่าง 15-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.5 ± 19.2 ปี ปวดเรื้อรังจากมะเร็งร้อยละ 47.2 รองลงมาได้แก่ ปวดทั้งจากมะเร็งร่วมกับปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ร้อยละ 29.0 (ตารางที่ 1) โรคมะเร็งที่พบมาก ได้แก่ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งที่ศีรษะ/ใบหน้า/คอ และระบบทางนรีเวชร้อยละ 16.2, 15.6 และ 14.5 ตาม ลำดับ (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยแต่ละรายมีลักษณะอาการปวดได้หลายรูปแบบในเวลาเดียวกันที่พบมากที่สุด คือ ปวดแสบปวดร้อน ปวดตื้อ และปวดแน่นร้อยละ 13.4, 12.5 และ 11.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

คุณภาพการระงับปวดก่อนรับปรึกษา (รักษาโดยแพทย์เจ้าของไข้) พิจารณาจากค่าดัชนีการจัดการความปวด PMI ที่ให้ผลลบ (PMI -1 ถึง -3) พบ 57 ราย ในผู้ป่วย 352 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มที่ปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่จากมะเร็งร้อยละ 40.3 รองลงมาได้แก่ ปวดจากมะเร็งในระบบนรีเวชร้อยละ 19.3 และปวดจากมะเร็งบริเวณ ศีรษะ/ใบหน้า/คอ ร้อยละ 15.8 (ตารางที่ 2)

คุณภาพการระงับปวดหลังรับปรึกษา (รักษาโดยหน่วยระงับปวด) ของทุกสาเหตุความปวดเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดในทุกระดับทั้งปวดสูงสุด ต่ำสุดรวมถึงปวดโดย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	171 (48.6)
หญิง	181 (51.4)
อายุ (ปี)	
< 15	42 (13.1)
15 - 44	144 (40.9)
45 - 64	127 (36.4)
65 - 74	28 (6.5)
≥ 75	11 (3.1)
สาเหตุของความปวด	
- ปวดมะเร็ง	166 (47.2)
- ปวดมะเร็งร่วมกับปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท	102 (29.0)
- ปวดไม่ใช่จากมะเร็ง	43 (12.2)
- ปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท	22 (6.2)
- ปวดไม่ใช่จากมะเร็งร่วมกับปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท	19 (5.4)
รวม	352 (100)

ตารางที่ 2 ตำแหน่งที่ปวดและค่าดัชนีการจัดการความปวด

ตำแหน่งที่ปวด	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าดัชนี PMI* ที่มีผลลบ จำนวน (ร้อยละ)
ปวดจากมะเร็ง		
- กระดูก	37 (10.5)	2 (3.5)
- เต้านม	8 (2.3)	0 (0.00)
- ระบบทางเดินอาหาร	57 (16.2)	5 (8.8)
- ระบบทางเดินปัสสาวะ	7 (2.0)	2 (3.5)
- ระบบทางนรีเวช	51 (14.5)	11 (19.3)
- ศีรษะ/ใบหน้า/คอ	55 (15.6)	9 (15.8)
- ระบบเลือด	33 (9.4)	4 (7.0)
- ปอด	10 (2.8)	0 (0.00)
- ตำแหน่งอื่นๆ	10 (2.8)	1 (1.8)
ปวดไม่ใช่จากมะเร็ง	84 (23.9)	23 (40.3)
รวม	**352 (100)**	**57 (100)**

*PMI (pain management index) = ค่าดัชนีการจัดการความปวด

ตารางที่ 3 ลักษณะของอาการปวด

ลักษณะอาการปวด	ร้อยละ
ปวดแสบร้อน	13.4
ปวดตื้อ	12.5
ปวดแน่น	11.8
ปวดตุ้บ	9.8
ปวดร้าว	8.2
ปวดแปลบ	6.7
ปวดหนัก	6.3
ปวดจี๊ด	5.5
ปวดเกร็ง	4.6
ปวดเหมือนถูกแทง	4.5
ปวดเหมือนถูกไฟช็อต	3.6
ปวดหน่วง	3.3
ปวดบิด	2.8
ปวดจุกเสียด	2.4
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	2.2
ปวดเหมือนถูกแทะ	1.3
ปวดชา	0.5
ปวดลึก	0.3
ปวดตึง	0.2
ปวดเมื่อย	0.2
รวม	**100**

เฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังรับปรึกษาใน 1 สัปดาห์ พบว่าคะแนนความปวดสูงสุดก่อนและหลังรับปรึกษาจาก 9.25 ± 1.42 ลดลงเหลือ 6.26 ± 3.26 ในส่วนของคะแนนความปวดต่ำสุดก่อนและหลังรับปรึกษาจาก 4.03 ± 2.80 ลดลงเหลือ 2.27 ± 2.29 และคะแนนความปวดโดย เฉลี่ยก่อนและหลังรับปรึกษาจาก 5.68 ± 2.85 ลดลงเหลือ 2.87 ± 2.53 ซึ่งพบว่าคะแนนความปวดในทุกระดับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) ในส่วนของคุณภาพการระงับปวดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดเรื้อรังของทุกสาเหตุความปวดพิจารณาจากแบบประเมิน BPI โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังรับปรึกษาใน 1 สัปดาห์ พบว่า ผลกระทบจากความปวดที่มีต่อคุณภาพชีวิตในทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

คุณภาพการระงับปวดเฉพาะในกลุ่มสาเหตุการปวดจากมะเร็งซึ่งพบมากที่สุด โดยเปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนกับหลังรับปรึกษาใน 1 สัปดาห์ พบว่าทั้งระดับความปวดสูงสุด ต่ำสุด และปวดโดยเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 5) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความปวดที่สูงสุดก่อนรับปรึกษากับสัปดาห์

ตารางที่ 4 คุณภาพการระงับอาการปวดในภาพรวมโดยหน่วยระงับปวด

คุณภาพการระงับอาการปวด	BPI แรกรับปรึกษา (mean ± SD)	BPI หลังรับปรึกษา 1 สัปดาห์ (mean ± SD)	p-value*
1. คะแนนความปวด			
1.1 ความปวดสูงสุด (0-10)	9.25 ± 1.42	6.26 ± 3.26	<0.001
1.2 ความปวดต่ำสุด (0-10)	4.03 ± 2.80	2.27 ± 2.29	<0.001
1.3 ความปวดโดยเฉลี่ย (0-10)	5.68 ± 2.85	2.87 ± 2.53	<0.001
2. ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต			
2.1 กิจกรรมทั่วไป (0-10)	7.74 ± 2.40	4.83 ± 3.07	<0.001
2.2 อารมณ์ (0-10)	7.04 ± 2.68	4.54 ± 2.75	<0.001
2.3 นอนหลับ (0-10)	6.72 ± 3.03	4.00 ± 3.08	<0.001
2.4 ความสุขในชีวิตประจำวัน (0-10)	4.75 ± 2.47	4.40 ± 3.09	<0.001

หมายเหตุ * เปรียบเทียบระหว่างแรกรับและหลังรับปรึกษา 1 สัปดาห์ โดยใช้ dependent T-test

ตารางที่ 5 คุณภาพการระงับอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งโดยหน่วยระงับอาการปวด

คุณภาพการระงับอาการปวด	แรกรับปรึกษา (mean ± SD)	หลังรับปรึกษา (สัปดาห์ที่) (mean + SD)							
		1	p-value*	2	p-value*	3	p-value*	4	p-value*
1. คะแนนความปวด									
1.1 ความปวดสูงสุด (0-10)	9.35 ± 1.43	6.14 ± 3.28	<0.001	5.83 ± 3.72	<0.001	5.62 ± 3.63	<0.001	4.67 ± 3.42	<0.001
1.2 ความปวดต่ำสุด (0-10)	3.97 ± 3.03	2.13 ± 2.38	<0.001	1.83 ± 2.49	<0.001	2.27 ± 2.78	0.1	2.27 ± 1.98	0.25
1.3 ความปวดโดยเฉลี่ย (0-10)	5.82 ± 3.11	2.88 ± 2.83	<0.001						
2. ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต									
2.1 กิจกรรมทั่วไป (0-10)	7.83 ± 2.43	5.08 ± 3.29	<0.001						
2.2 อารมณ์ (0-10)	7.02 ± 2.84	4.89 ± 2.88	<0.001						
2.3 นอนหลับ (0-10)	6.98 ± 3.14	4.30 ± 3.31	<0.001						
2.4 ความสุขในชีวิตประจำวัน (0-10)	7.64 ± 2.43	4.53 ± 3.32	<0.001						

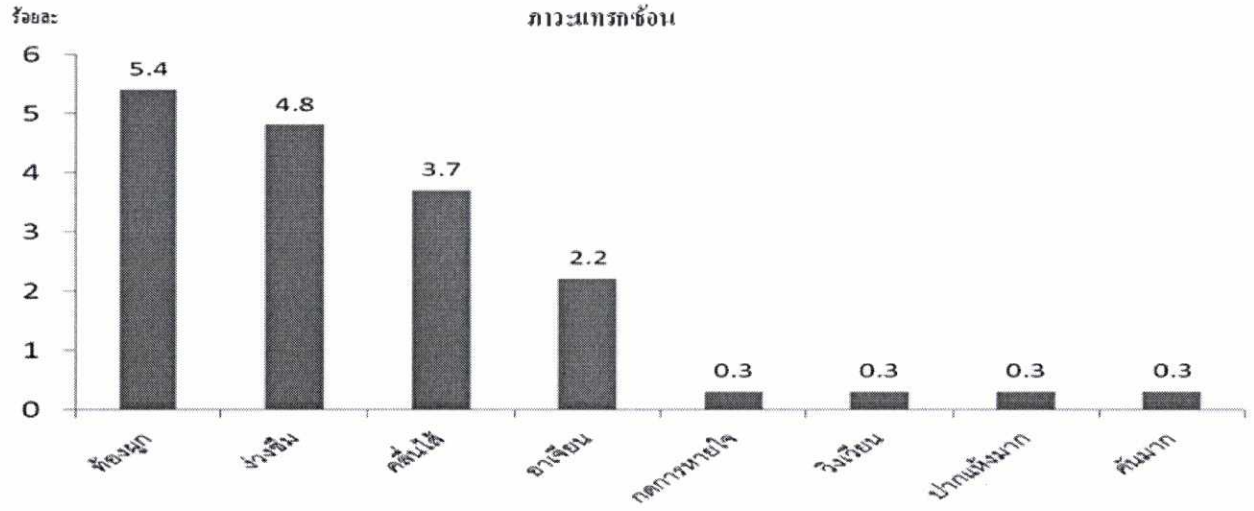
หมายเหตุ * คะแนนความปวด เปรียบเทียบระหว่างแรกรับและหลังรับปรึกษา 1 ถึง 4 สัปดาห์โดยใช้ one way ANOVA multiple comparisons
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบระหว่างแรกรับและหลังรับปรึกษา 1 สัปดาห์ โดยใช้ dependent T-test

ที่ 1 ถึง 4 พบว่าคะแนนความปวดลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 4 สัปดาห์ แต่สำหรับคะแนนความปวดที่ต่ำสุดก่อนรับปรึกษากับสัปดาห์ที่ 1 ถึง 4 พบว่า ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในระหว่างก่อนรับปรึกษากับสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เท่านั้น (ตารางที่ 5) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปวดจากมะเร็งในด้านต่างๆ พิจารณาจากแบบประเมิน BPI โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังรับปรึกษาใน 1 สัปดาห์ พบว่าผลกระทบจากความปวดที่มีต่อคุณภาพชีวิตในทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

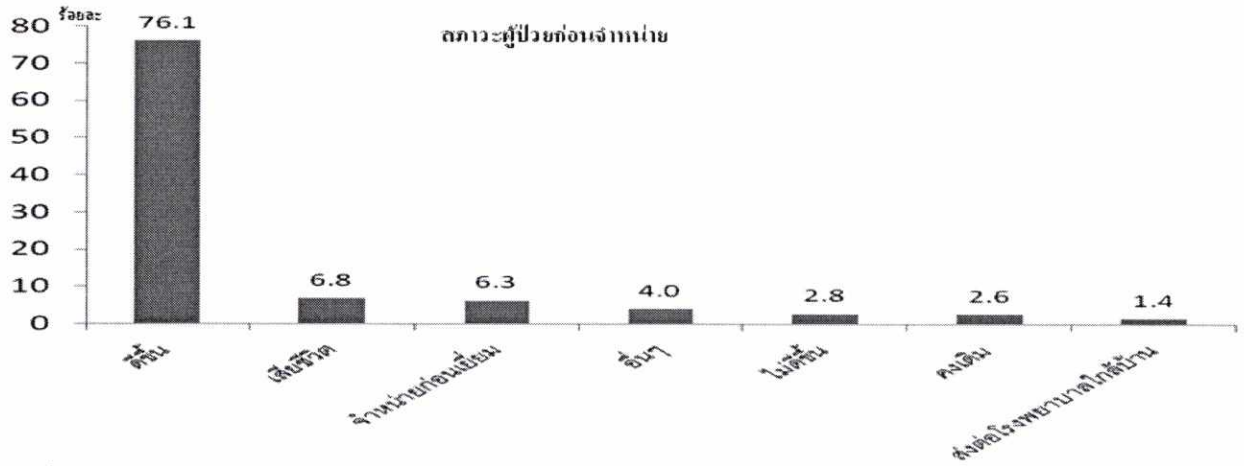
ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับปวดก่อนรับปรึกษา 174 ราย (ร้อยละ 49.4) และลดลงหลังรับปรึกษาใน 1 สัปดาห์เหลือ 61 ราย (ร้อยละ 17.3) ภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษาที่พบมากที่สุดคือ ท้องผูก 19 ราย (ร้อยละ 5.4) (รูปที่ 1) สภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากหน่วยระงับปวดที่พบมากที่สุดคือ ปวดดีขึ้น 268 ราย (ร้อยละ 76.1) (รูปที่ 2)

วิจารณ์

คุณภาพการระงับปวดเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยภาพรวมส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดที่เหมาะสมกับระดับความปวด โดยค่าดัชนีการจัดการความปวดที่มีผลลบ (PMI -1 ถึง -3) ซึ่งหมายถึงได้รับการรักษาที่ไม่ได้ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกมีเพียงร้อยละ 16.2 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบจากหลายการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ Apolone และคณะ[14] ในปี ค.ศ. 2009 ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาอาการปวด ในประเทศอิตาลี พบว่า PMI ที่มีผลลบร้อยละ 25.3 Mitera และคณะ[15] ในปี ค.ศ. 2010 ศึกษาในประเทศแคนาดา รายงานค่า PMI ที่มีผลลบร้อยละ 25 Fisch และคณะ[16] ในปี ค.ศ. 2012 ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานค่า PMI ที่มีผลลบร้อยละ 33 และ Greco และคณะ[17] ในปี ค.ศ. 2014 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 ถึง 2013 พบว่า PMI ที่มีผลลบโดยเฉลี่ยร้อยละ 25 (ร้อยละ 31.8 - 43.4) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนปี ค.ศ. 2007 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 43 (ร้อยละ 8-82) โดยประมาณการพบว่าค่า PMI ที่มีผลลบ



รูปที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาโดยหน่วยระงับปวดที่ 1 สัปดาห์



รูปที่ 2 สภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยหน่วยระงับปวด

ลดลงร้อยละ 5 ในทุก 5 ปี แสดงให้เห็นว่าจากอดีตจนถึงปัจจุบันผู้ป่วยที่มีอาการปวดได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมากขึ้นตามลำดับ

อย่างไรก็ตามค่า PMI เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถบอกคุณภาพการระงับปวดได้เนื่องจากมีข้อจำกัดของค่า PMI ที่บอกเฉพาะความเหมาะสมของยาระงับปวดต่อระดับของความปวด แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอาการปวดที่มีคุณภาพ เพราะยังมีหลายปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยจากคุณลักษณะทางพันธุกรรมของผู้ป่วยต่อการตอบสนองต่อยาแต่ละคน ชนิดของความปวดซึ่งบางชนิดตอบสนองไม่ดีต่อยากลุ่ม opioids วิธีการรักษาร่วม ได้แก่ วิธีการและรูปแบบการได้รับยา เช่น การให้ยาตามเวลาหรือแบบเฉพาะเมื่อผู้ป่วยขอยาเท่านั้น หรือการได้รับกลุ่มยาเสริม (adjuvant analgesic drug) หรือการได้รับวิธีการระงับปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพการระงับปวดทั้งสิ้น[17]

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดเรื้อรัง จากการศึกษาของ Boveldt และคณะ[18] ในปี ค.ศ. 2013 พบว่าระดับความปวดที่สูงจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในทุกๆ ด้านตามการประเมิน BPI อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 10 ถึง 33) ก็ยังคงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน จากการศึกษานี้ด้านคุณภาพการระงับปวดโดยหน่วยระงับปวดที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปวดเรื้อรังในภาพรวมทุกสาเหตุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกๆ ด้านภายใน 1 สัปดาห์เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนรับปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์

กับคุณภาพการระงับปวด พบว่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยลดลงภายใน 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญในทุกระดับ ทั้งความปวดสูงสุดต่ำสุดและปวดโดยเฉลี่ย สอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากหน่วยระงับปวดในภาพรวมผู้ป่วยปวดดีขึ้น (ร้อยละ 76.1) มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับปวดลดลงเปรียบเทียบจากก่อนรับปรึกษาเหลือเพียงร้อยละ 17.3 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือท้องผูก อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนนี้พบในอัตราส่วนที่น้อย (ร้อยละ 5.4) เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Kumar และคณะ[19] ที่พบอัตราการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ได้รับยา opioids สูงถึงร้อยละ 40 ถึง 95 ภาวะแทรกซ้อนด้านการกดการหายใจพบน้อยมากเพียงร้อยละ 0.3 และไม่มีอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วย ให้การรักษาโดยการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและลดขนาดยาระงับอาการปวดลง

สภาวะก่อนจำหน่ายส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดดีขึ้น (ร้อยละ 76.1) ไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 2.8) และคงเดิม (ร้อยละ 2.6) เกิดจากปัญหาขาดแคลนยาระงับอาการปวดในโรงพยาบาลเป็นบางช่วงเวลา ทำให้ไม่สามารถให้ยาระงับปวดตามแนวทางได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการระงับปวด ทางหน่วยระงับปวดได้ปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมเภสัชกรของโรงพยาบาล บางปัญหาสามารถแก้ไขได้และได้ดำเนินการปรับปรุงแล้ว เช่น ระบบการตรวจนับจำนวนยา opioids ที่คงเหลือ เพื่อป้องกันการขาดแคลนยา ระบบการสั่งยา opioids ต่อปี ซึ่งทางองค์การอาหารและยา ได้ยกเลิกการจำกัดปริมาณยาต่อโรงพยาบาลต่อปี เป็นต้น สำหรับปัญหาผู้ป่วยถูกจำหน่ายก่อนเยี่ยม (ร้อยละ 6.3) ทางหน่วยระงับปวดได้แจ้งปัญหานี้แก่แพทย์เจ้าของไข้ แต่เนื่องจากมีหลายแผนกที่ส่งปรึกษา ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ทั่วถึง ซึ่งต้องการแนวทางแก้ไขผ่านทางโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อไป

สรุป

คุณภาพการระงับปวดผู้ป่วยปวดเรื้อรังโดยหน่วยระงับปวดสามารถลดความรุนแรงของความปวด เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ภายใน 1 สัปดาห์หลังรับปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวดได้ สำหรับคุณภาพการระงับอาการปวดโดยแพทย์เจ้าของไข้ยังคงเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ธิดารัตน์ บุญมาศ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสถิติและฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ (เลขที่โครงการ I54130)

เอกสารอ้างอิง

1. Hearn J, Higginson IJ. Cancer pain epidemiology: a systematic review. In: Bruera E, Portenoy RK (Eds.). Cancer pain. Assessment and management. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:19-37.
2. Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM, Pahal J, Saar P, Kelly KD. Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. J Epidemiol Community Health 2008; 62:138–46.
3. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982; 50: 1913-8.
4. Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JC. The multidimensional nature of cancer-related pain. Pain 1983; 17: 277-88.
5. Cleeland CS. The impact of pain on the patient with cancer. Cancer 1984; 58 (Suppl): 2635-41.
6. Ferrell B, Grant M, Padilla G, Vemuri S, Rhiner M. The experience of pain and perceptions of quality of life: validation of a conceptual model. Hosp J 1991; 7: 9-24.
7. Bonica JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F, eds. Advances in Pain Research and Therapy. Vol. 9. Proceedings of the Fourth World Congress on Pain. Raven Press, New York, 1986: 589.
8. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Intern Med 1993; 119: 121-6.
9. พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, ธิตินัฐ ทัศคร, วิมลรัตน์ ศรีราช, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล, ระรื่น แสนโคตร, อัครวัฒน์ สินเกื้อกูลกิจ, สมบูรณ์ เทียนทอง. ความรู้และทัศนคติต่อการระงับอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งของแพทย์เพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2555; 27: 279-87.
10. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. Ann Acad Med Singapore 1994; 23: 129-38.
11. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in Cancer Patients. J Med Assoc Thai 2009; 92: 34-40.

12. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994; 330: 592-6.
13. Zenz M, Willweber-Strumpf A. Opiophobia and cancer pain in Europe. Lancet 1993; 341: 1075-6.
14. Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, Montanari M, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management: results from the cancer pain outcome research study group. Br J Cancer 2009; 100: 1566-74.
15. Mitera G, Fairchild A, DeAngelis C, Emmenegger U, Zurawel-Balaura L, Zhang L, et al. A multicenter assessment of the adequacy of cancer pain treatment using the pain management index. J Palliat Med 2010; 13: 589-93.
16. Fisch MJ, Lee JW, Weiss M, Wagner LI, Chang VT, Cella D, et al. Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer. J Clin Oncol 2012; 30: 1980-8.
17. Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. J Clin Oncol 2014; 32: 4149-54.
18. Te Boveldt N, Vernooij-Dassen M, Burger N, Ijsseldijk M, Vissers K, Engels Y. Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. Pain Physician 2013; 16: 379-89.
19. Kumar L, Barker C, Emmanuel A. Opioid-induced constipation: pathophysiology, clinical consequences, and management. Gastroenterol Res Pract 2014; 2014: 141737.