

ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) หมายถึงความปวดที่เกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน เป็นมานานไม่เกิน 6 เดือน สาเหตุของความปวดเฉียบพลันส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ การผ่าตัด หรือโรคต่างๆ ทั้งทางด้านศัลยกรรม อายุรกรรมและสูติกรรม ตัวอย่างเช่น ความปวดที่เกิดจากโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น การระงับปวดเฉียบพลันให้ได้ผลดีจะต้องหาสาเหตุและให้การรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดนั้น ความปวดเฉียบพลันมักจะมีระดับความปวดที่รุนแรงสูงจึงจำเป็นต้องให้การรักษาร่วมกันกับการระงับปวดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

Postoperative pain management

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นหนึ่งในความปวดเฉียบพลันที่อยู่ในความสนใจของโรงพยาบาลหลายแห่งที่ต้องการการรับรองคุณภาพมาตรฐานตามหลักสากล เนื่องด้วยการระงับปวดหลังผ่าตัดเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการรักษาแบบครบวงจรและสหสาขาวิชาชีพ ปัจจุบันได้มีการสังเคราะห์ยาระงับปวดชนิดใหม่เกิดขึ้น ได้แก่ COX-2 inhibitors, การค้นพบวิธีการบริหารยากกลุ่ม opioids ในรูปแบบใหม่ เช่น Intraspinal opioids หรือการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง (patient controlled analgesia) รวมถึงการทำหัตถการสกัดประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve block) ที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในหมู่วิสัญญีแพทย์ เนื่องจากการทำ peripheral nerve block ประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้นจากการใช้อุปกรณ์ช่วยค้นหาเส้นประสาท ได้แก่ เครื่องกระตุ้นประสาท (nerve stimulator) คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound guidance) เหล่านี้ จึงทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ของการระงับปวดหลังผ่าตัด เป็นไปอย่างก้าวกระโดด ทำให้เกิดการระงับปวดในรูปแบบใหม่หลายวิธี ได้แก่ multiphase analgesia, multimodal analgesia, patient controlled analgesia นอกจากนี้ยังพบว่ามีหลายสถานพยาบาลที่เห็นความสำคัญของการระงับปวดหลังผ่าตัดจึงได้มีการจัดทำแนวทางพัฒนาการระงับปวดหลังผ่าตัดขึ้นมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา

Multiphase analgesia

คือการระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีการวางแผนระงับปวดตั้งแต่ ก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัดแบบ

ครบวงจร จากความรู้เรื่องกลไกการเกิดความปวดทำให้รู้ว่าการระงับปวดหลังผ่าตัดจะได้ผลดีมากขึ้นเมื่อสามารถป้องกันหรือลดความปวดได้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จึงทำให้เกิดการระงับปวดแบบ preemptive และ preventive analgesia ซึ่งหมายความถึงการให้ยาระงับปวดหรือการทำหัตถการที่จะช่วยระงับปวดก่อนจะลงมีดผ่าตัด จากการศึกษาพบว่ามียาหลายชนิดที่สามารถทำให้เกิดผลของ preemptive analgesia ได้แก่ COX-2 inhibitors, gabapentin, pregabalin, NMDA antagonist และยาชาเฉพาะที่

Multimodal analgesia

หมายถึงรูปแบบการระงับปวดแบบผสมผสาน โดยการนำยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ระงับปวดแตกต่างกัน นำมาใช้ร่วมกันโดยหวังผลให้มีการเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกันเพื่อลดผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดที่ใช้ แนวทางการระงับปวดในรูปแบบนี้ได้มีการกล่าวถึงมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 และมีความนิยมใช้วิธีนี้กันเพิ่มขึ้น ตัวอย่างของการใช้ multimodal analgesia ที่เห็นชัดได้แก่ การบริหาร NSAIDs หรือ coxibs ร่วมกับการใช้ morphine เพื่อลดผลข้างเคียงของ morphine ลง หรือให้ NSAIDs หรือ coxibs ร่วมกับการทำ peripheral nerve block, continuous epidural analgesia เป็นต้น

Patient controlled analgesia

คือการควบคุมความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยอาศัยเครื่องมือที่ประดิษฐ์มาให้ผู้ป่วยสามารถฉีดยาได้เองเมื่อมีความปวดเพิ่มขึ้นและมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ตั้งไว้ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้ยามากเกินไปจนเป็นอันตรายได้ ในปัจจุบันได้มีการนำเครื่องควบคุมนี้มาใช้กับการให้ยาทางอื่นๆ นอกจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำได้แก่

Preemptive drugs COX-2 inhibitor Gabapentine Peripheral NB	Intra operative narcotics	COX-2 inhibitor Peripheral NB NSAIDs
Pre-incision LA	Intra operative narcotics	COX-2 inhibitor Narcotics NSAIDs
Epidural LA	COX-2 inhibitor	Epidural opioid +LA COX-2 inhibitors
Spinal opioid	COX-2 inhibitor	COX-2 inhibitor NSAIDs
ก่อนผ่าตัด	ระหว่างผ่าตัด	หลังผ่าตัด

รูปที่ 1. แสดงตัวอย่างของ multimodal and multiphase regimen

1) Patient controlled epidural analgesia (PCEA) คือการให้ผู้ป่วยควบคุมการฉีดยาทาง ซึ่ง epidural

2) Patient controlled regional analgesia (PCRA) เนื่องด้วยการทำ peripheral nerve block เป็นอีกหนึ่งวิธีของการระงับปวดหลังผ่าตัดและเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในหมู่วิสัญญวิทยา แพทย์ แต่การ ฉีดยาเฉพาะที่เพียงครั้งเดียวจะได้ผลระงับปวดช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งไม่พอเพียงสำหรับการผ่าตัดที่มีความ ปวดรุนแรงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง เช่นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จึงทำให้มีการหดยาเฉพาะที่เข้าไป ในสายที่สอดไว้ได้เยื่อหุ้มกลุ่มประสาทที่ต้องการเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้นานเท่าที่ต้องการ ปัจจุบัน วิธีการหดยาได้พัฒนากันมากขึ้นกว่าเดิมโดยใช้ร่วมกับเครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง โดยให้ ผู้ป่วยสามารถฉีดยาเพิ่มเติมเองเมื่อมีความปวดรุนแรงมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าถ้าใช้เครื่องควบคุม นี้ผู้ป่วยจะใช้ยาเฉพาะที่ลดลงและสามารถเคลื่อนไหวในระยะหลังผ่าตัดได้เร็วกว่าการใช้ยากลุ่ม opioids เพียงอย่างเดียว

แนวทางปฏิบัติของการระงับปวดหลังผ่าตัด

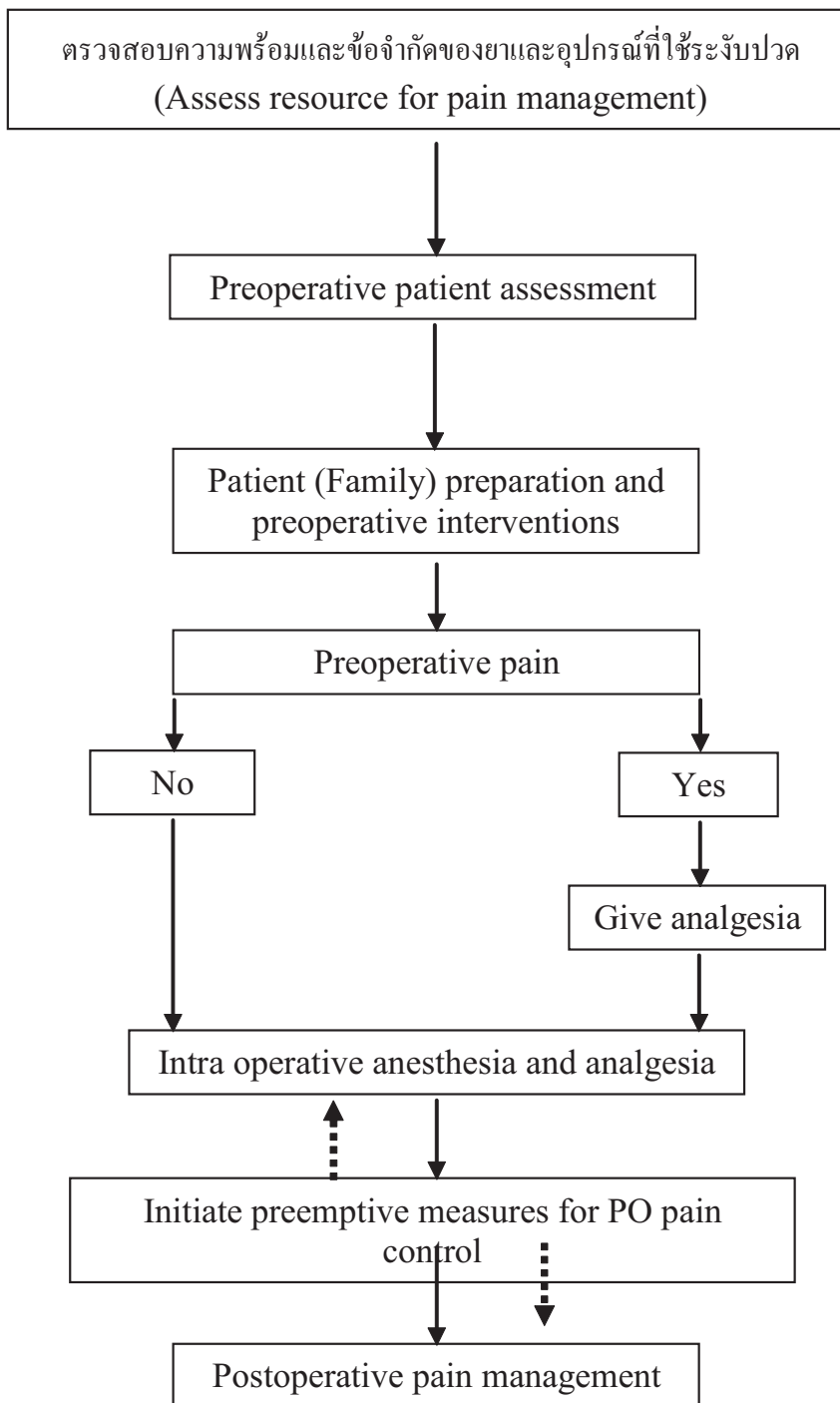
การจัดทำแนวทางปฏิบัติหรือแนวทางพัฒนาการระงับปวดหลังผ่าตัดตามบริบทของแต่ละสถาน พยาบาลเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ก่อให้เกิดการรักษาที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลในทิศ ทางเดียวกัน การระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิผลจะต้องมีการวางแผนตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ซึ่งสามารถ เขียนเป็น flow chart ได้ตามรูปที่ 2 และ 3

แนวทางพัฒนาการระงับปวดหลังผ่าตัดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการระงับ ปวดได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากวิธีการระงับปวดมีหลายรูปแบบ บางวิธีอาจจะเหมาะกับการผ่า ตัดแต่ละชนิด ปัจจุบันจึงมีหลายสถาบันจัดทำแนวทางระงับปวดสำหรับการผ่าตัดเฉพาะโรคที่เรียกว่า specific procedure protocol ตัวอย่างเช่น แนวทางพัฒนาการระงับปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นต้น

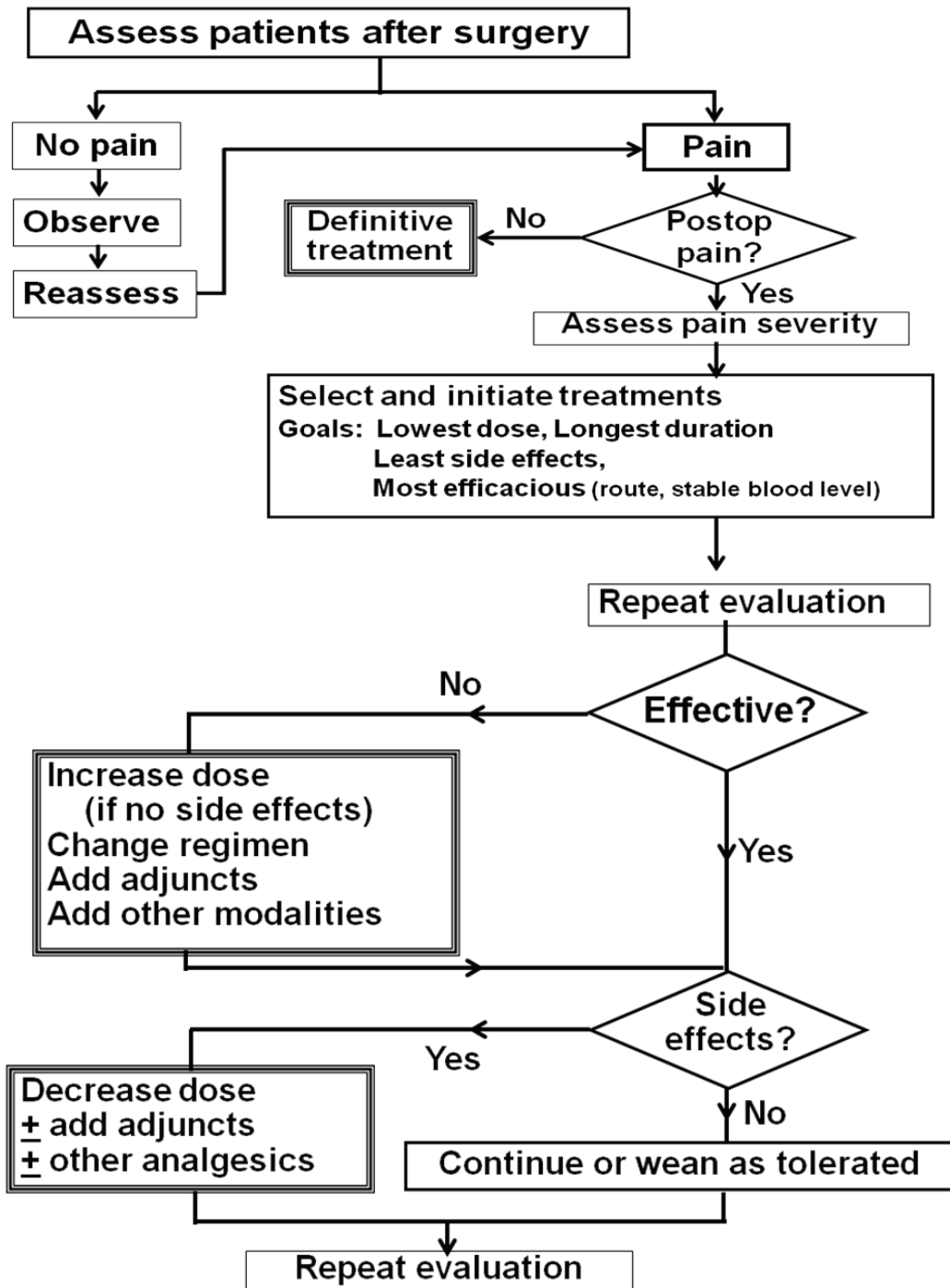
บทสรุป

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการผ่าตัดได้มีการพัฒนาวิธีการต่าง ๆ ที่ทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก การผ่า ตัดโดยใช้กล้องส่องหรือใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความปวดหลังผ่าตัดอยู่และ ต้องการการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพโดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด ดังนั้นการระงับปวดหลังผ่าตัดจึงต้อง การการพัฒนาความคิดค้นกันต่อไปอย่างไม่หยุดยั้งทั้งการคิดค้นยาระงับปวดชนิดใหม่ที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า ที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน และการพัฒนาอุปกรณ์ที่ช่วยในการทำหัตถการเพื่อการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

Postoperative pain treatment flow chart



รูปที่ 2. แสดง Postoperative pain treatment flow chart



รูปที่ 3. แสดง Postoperative pain treatment in postoperative phase (คัดลอกจากเอกสารประกอบการสอนของ รศ พญ วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์โดยได้รับอนุญาต)

เอกสารอ้างอิง

1. Buvanendran A, Kroin Js. Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain. *Current Opinion in Anesthesiology* 2009; 22: 588–93.
2. White PF, Kehlet H. Improving postoperative pain management. What are the unresolved issues? *Anesthesiology* 2010; 112: 220–5.
3. White PF, Kehlet H, Neal JM, Schricker T, Carr DB, Carli F. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery; From multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesth Analg* 2007; 104: 1380–96
4. White PF, Kehlet H, Liu SS. Perioperative analgesia: What do we still know? *Anesth Analg* 2009; 108: 1364–7
5. Moniche S, Kehlet H, Dahl JB. The qualitative and quantitative systemic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief: The role of timing analgesia. *Anesthesiology* 2002; 96: 725–41
6. Ong CK, Lirk P, Seymour RA, Jenkins BJ. The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: A meta-analysis. *Anesth Analg* 2005; 100: 757–73.