

## ปัญหาการให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บ

สุปราณี นิรุติศาสตร์\*

ในโลกปัจจุบันที่เจริญด้วยเทคโนโลยี ทำให้เกิดปัญหาของอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในอัตราสูง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะบาดเจ็บอย่างรุนแรงไม่มีโอกาสทราบล่วงหน้า แพทย์ผู้ดูแลนอกจากให้การรักษาเพื่อช่วยชีวิตและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายแล้วยังต้องพิจารณาให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บ ซึ่งนับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในแผนการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน และการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติกอย่างรุนแรง<sup>(1-2)</sup> ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไม่ได้รับการระงับปวดพบว่าเกิดปัญหา post-traumatic stress disorder ตามมาภายหลัง<sup>(1-4)</sup> อย่างไรก็ตามการบาดเจ็บเองก่อให้เกิดปัญหาเฉพาะสำหรับการวางแผนระงับปวด กล่าวคือ

- การบาดเจ็บที่รุนแรงมีผลกระทบทางสรีรวิทยา โดยเฉพาะเมื่อมีการสูญเสียเลือดมาก หรือบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญต้องมีการประเมินผู้ป่วย ทำให้ยากต่อการให้ยาระงับปวดซึ่งอาจบดบังอาการของผู้ป่วย และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในระยะฉุกเฉินของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ความสำคัญของการช่วยเหลือระดับประคองเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

- การบาดเจ็บอาจมีผลต่อกายวิภาค ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับเทคนิคพิเศษของการระงับปวด เช่น ผู้ป่วยกระดูกแขนหักไม่สามารถกดใช้เครื่อง PCA เอง การบาดเจ็บบริเวณหลังทำให้ไม่สามารถใช้เทคนิคของการใส่สาย epidural

- ระดับของความปวดแต่ละเวลาของวันมีความแตกต่างกันมากโดยเฉพาะขณะได้รับการรักษา หรือทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การทำแผล การทำกายภาพบำบัด

การตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว รวมทั้งความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยาของความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้การวางแผนระงับปวดเข้ามามีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ทั้งนี้ควรมีความเข้าใจถึงลักษณะความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ตามการดำเนินทางคลินิกตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนสามารถกลับไปมีชีวิตตามปกติ การวางแผนระงับปวดจำเป็นต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะ และระหว่างการเปลี่ยนเข้าสู่ระยะต่าง ๆ หลังการบาดเจ็บ ระยะการบาดเจ็บทางคลินิกแบ่งดังนี้คือ<sup>(7)</sup>

### 1. ระยะฉุกเฉิน (emergency phase)

เริ่มตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงระยะเวลาของการช่วยเหลือระดับประคองรักษาบาดแผลหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงเรียบร้อยแล้ว

### 2. ระยะเฉียบพลัน หรือระยะหายจากบาดแผล (acute or healing phase)

เริ่มจากการช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินสิ้นสุดลง จนถึงระยะที่แผลปิด หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง และแผลหาย

### 3. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation phase)

เริ่มตั้งแต่เมื่อการผ่าตัดรักษาการบาดเจ็บเรียบร้อยแล้วถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาทำงานในระดับที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาลักษณะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ อาจแบ่งความปวดเป็นดังนี้

### 1. ความปวดเฉพาะที่ (regionalized pain) เป็น

ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น ขา เข่า

\*ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ความปวดเฉพาะที่อย่างกว้างขวาง (broadly regionalized pain) เป็นความปวดจากการบาดเจ็บทั้ง 2 ข้างของร่างกาย หรือบาดเจ็บของลำตัว เช่น หน้าอก ท้อง หรือบาดเจ็บเฉพาะที่แยกกันหลาย ๆ แห่ง เช่น กระดูก สะบัก และกระดูกเชิงกรานหัก

3. ความปวดทั้งตัว (generalized pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บในบริเวณกว้าง ซึ่งซับซ้อน เช่น แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง

นอกจากนี้ความปวดจากการบาดเจ็บยังแบ่งตามสถานการณ์ในแต่ละวัน เป็นดังนี้

1. ความปวดที่มีตลอดเวลาขณะเคลื่อนไหวเล็กน้อย (background pain)

2. ความปวดที่เกิดขึ้นเมื่อมีการทำกิจกรรมมากขึ้น เช่น เดิน ออกกำลังกายเล็กน้อย (breakthrough pain)

3. ความปวดขณะทำกิจกรรมเฉพาะเกี่ยวกับการรักษา เช่น การทำแผล การทำกายภาพบำบัด (incident pain)

จากมุมมองของความปวดจากการบาดเจ็บในลักษณะต่าง ๆ ช่วยให้การวางแผนการรักษาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บด้วยยาแก้ปวด และเทคนิควิธีการต่าง ๆ เป็นไปอย่างเหมาะสมทั้งยังเกื้อกูลให้การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บ รอดชีวิต และลดความทุกข์ทรมาน หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลงได้

### อ้างอิง

1. Buckingham JC. Hypothalamo-pituitary responses to trauma. Br Med Bull 1985 Jul;41(3): 203 - 11

2. Jaattela A, Alho A, Avikainen V, Karaharju E, Kataja J, Lahdensumm M, Lepisto P, Rokkanen P. Plasma catecholamines in severely injured patients: a prospective study on 45 patients with multiple injuries. Br J Surg 1975 Mar; 62(3): 177 - 81

3. Taal LA, Faber AW. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. Burns 1997 Nov-Dec; 23(7-8): 545 - 9

4. Difede J, Jaffe AB, Musngi G, Peny S, Yurt R. Determinants of pain expression in hospitalized burn patients. Pain 1997 Aug; 72(1-2): 245 - 51

5. Geisser ME, Roth RS, Bachman JE, Eckert TA. The relationship between symptoms of post-traumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and non-accident related pain. Pain 1996 Aug; 66(2-3): 207 - 14

6. Schreiber S, Galai-Gat T. Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stress disorder. Pain 1993 Jul;54 (1): 107 - 10

7. Edwards WT. Posttrauma pain. In : Loeser JD, ed. Bonica's Management of Pain. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 788 - 93