

การจัดการความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล ในการเปลี่ยนผ่านการดูแลความปวดจากความปวดเฉียบพลันสู่ความปวดเรื้อรัง สิริลักษณ์ ทองห้วย พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาว หากไม่ได้รับการจัดการที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกพยาธิสรีรวิทยาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านจากความปวดเฉียบพลันสู่ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดในทุกระยะของการดูแล และส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการคัดกรองความเสี่ยงและจัดการความปวดแบบบูรณาการ เพื่อลดอุบัติการณ์ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการ: จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลไกการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีลักษณะเป็นพหุปัจจัย มีปัจจัยเสี่ยงครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (ด้านจิตสังคมและทัศนคติ ด้านลบต่อความปวด) ระยะระหว่างผ่าตัด (ประเภทการผ่าตัด การบาดเจ็บของเส้นประสาท และวิธีการให้ยาบรรเทาปวด) และระยะหลังผ่าตัด (ความรุนแรงของความปวดใน 72 ชั่วโมงแรก) แนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด การจัดการความปวดแบบผสมผสาน และการดูแลแบบองค์รวมที่บูรณาการในทุกมิติ

ผลการศึกษา: พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและท้าทายในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ค้นหาสัญญาณเตือนของความปวดพยาธิสภาพประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน การจัดการความปวด การเป็นผู้ประสานงาน รวมถึงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย และคงไว้ซึ่งการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสู่คุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

สรุป: การจัดการความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะฟื้นฟูที่บ้าน โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการพยาบาลเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด การเปลี่ยนจากความปวดเฉียบพลันสู่ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด บทบาทพยาบาล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก

ติดต่อผู้พิมพ์: สิริลักษณ์ ทองห้วย; e-mail: siraluk@bcnt.ac.th

วันรับ: 12 เม.ย. 2569 วันแก้ไข: 24 ก.ค. 2569 วันตอบรับ: 27 ก.ค. 2569

Management of Chronic Post-Surgical Pain (CPSP): The Challenging Role of Nurses in Transitioning Pain Care from Acute to Chronic Pain

Siraluk Tonghui M.N.S.*

Abstract

Introduction: Chronic postsurgical pain is a significant complication with lasting effects on patients. Poor management of this condition can negatively affect patients' quality of life and rehabilitation processes. This academic article aims to explain the pathophysiological mechanisms and risk factors that contribute to the transition from acute to chronic postsurgical pain throughout all phases of care. Additionally, it highlights the importance of nurses in conducting risk screening and implementing integrated pain management strategies to reduce the incidence of chronic postsurgical pain.

Methods: A literature review has identified that the mechanisms underlying chronic postsurgical pain are complex and multifactorial. Risk factors span various phases: preoperative (including psychosocial aspects and negative attitudes toward pain), intraoperative (encompassing the type of surgery, nerve injury, and methods of analgesic administration), and postoperative (notably the severity of pain within the first 72 hours). Effective management should begin with an assessment of the risk for developing chronic postsurgical pain, incorporate multimodal pain management strategies, and provide comprehensive holistic care across all dimensions.

Results: Nurses play a crucial and demanding role in screening high-risk patients, identifying neuropathic pain warning signs during the transition phase, managing pain, coordinating care, educating patients for self-management, and maintaining continuous follow-up. These interventions help reduce the incidence of chronic postsurgical pain and support sustainable recovery and quality of life for patients.

Conclusion: Effective management of chronic postsurgical pain requires interdisciplinary collaboration and continuous care, beginning in the preoperative phase and extending through home rehabilitation. Nurses play a crucial role in this process by systematically implementing proactive nursing strategies that reduce the incidence of chronic postsurgical pain and consistently improve patients' quality of life.

Keywords: pain management, chronic post-surgical pain, transitioning from acute to chronic post-surgical pain, nursing role

*Lecture, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding Author: Siraluk Tonghui; e-mail: siraluk@bcnt.ac.th

บทนำ

ความปวดเป็นอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยศัลยกรรมเกือบทุกรายต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากกระบวนการจัดการความปวดในระยะเฉียบพลันขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เรียกว่า ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด (Chronic Post-Surgical Pain: CPSP) ซึ่งไม่เพียงแต่จะขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย แต่ยังลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (International Association for the Study of Pain [IASP]) ได้ให้คำนิยามของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด ว่าเป็นความปวดที่เกิดขึ้นใหม่หรือมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ภายหลังการผ่าตัด และมีอาการต่อเนื่องยาวนานอย่างน้อย 3 เดือน โดยต้องไม่ใช่ความปวดจากสาเหตุอื่น เช่น การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคเดิม ปัจจุบันความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นและถูกบรรจุอยู่ในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International classification of Disease [ICD-11])²

อุบัติการณ์ของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดมีความผันแปรตามประเภทของการผ่าตัด การตัดรยางค์แขนขา (amputation) พบสูงสุดได้ถึงร้อยละ 85 การผ่าตัดทรวงอก พบได้ถึงร้อยละ 71 การผ่าตัดไส้เลื่อน พบได้ถึงร้อยละ 63 และการผ่าตัดเต้านม พบได้ถึงร้อยละ 57³ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก พบว่ามีอุบัติการณ์ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด ร้อยละ 53.6⁴ ซึ่งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นสูงนี้ นำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยในหลากหลายมิติ ด้านกายภาพและการทำหน้าที่ พบว่าความปวดเรื้อรังรบกวนการกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง¹ ด้านสุขภาพจิตและสังคม ความปวดที่ยาวนานส่งผลต่อความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ รบกวนการนอน และผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ ด้านเศรษฐกิจและระบบสุขภาพ ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งสร้างภาระทางการเงินมหาศาลในการดูแลสุขภาพ¹

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด พบว่ามีหลายปัจจัย และในหลายระยะของการดูแล โดยใน ระยะก่อนผ่าตัด หลักฐานเชิงประจักษ์เน้นความสำคัญไปที่ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความปวดก่อนผ่าตัด และทัศนคติด้านลบต่อความปวด (pain catastrophizing) ซึ่งเป็นตัวทำนายที่สำคัญของการพัฒนาความปวดไปสู่ระยะเรื้อรัง⁵ ขณะที่โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการฟื้นตัวของระบบประสาท⁶ สำหรับระยะระหว่างผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด และการบาดเจ็บของเส้นประสาท เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด^{3-4,7} และการเลือกใช้เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) ร่วมกับการบริหารยา กลุ่ม NMDA Antagonists มีบทบาทในการยับยั้งการเกิดความไวต่อสัญญาณความปวดมากเกินไป^{3,8} ส่วนในระยะหลังผ่าตัด พบว่าระดับความรุนแรงของความปวดเฉียบพลันใน 72 ชั่วโมงแรกเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดการความปวดในระหว่างและหลังผ่าตัด^{4,9}

แม้ปัจจุบันจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับอุบัติการณ์ ผลกระทบ และปัจจัยเสี่ยงทางสรีรวิทยาของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดในระยะต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม วรรณกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการวิเคราะห์พยาธิสภาพของความปวดและการเปลี่ยนผ่านจากความปวดเฉียบพลันสู่ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดในมิติทางสรีรวิทยาเป็นหลัก ส่งผลให้ขาดการบูรณาการกลไกทางสรีรวิทยาร่วมกับปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคมในทุกระยะของการดูแล ยิ่งไปกว่านั้น ยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการนำกลไกพยาธิสภาพที่ซับซ้อนเหล่านี้มาประยุกต์สู่บทบาทพยาบาลเชิงรุก เพื่อคัดกรองสัญญาณเตือนทางคลินิก และการจัดการความปวดแบบบูรณาการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้สมัยใหม่

เกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวดเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงทุกมิติในลักษณะองค์รวม พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและการจัดการความปวดแบบผสมผสาน เพื่อเป็นแนวทางในการยับยั้งวงจรความปวดและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างองค์รวม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกพยาธิสรีรวิทยาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านจากความปวดเฉียบพลันสู่ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดในทุกระยะของการดูแล
2. เพื่อส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการคัดกรองความเสี่ยงและจัดการความปวดแบบบูรณาการเพื่อลดอุบัติการณ์ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

พยาธิสรีรวิทยาความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

บทความนี้ใช้กรอบแนวคิด Transitional Pain Service Model¹⁰ เป็นแนวทางในการวิเคราะห์องค์ความรู้ โดยมองกระบวนการเปลี่ยนผ่านความปวดเป็นระบบที่เชื่อมโยงปัจจัยชีวภาพ จิตสังคม และพฤติกรรมเข้าด้วยกันอย่างเป็นพลวัต ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามระยะยาวในชุมชน กรอบแนวคิดดังกล่าวช่วยระบุจุดแทรกแซงของพยาบาลในแต่ละระยะ และอธิบายว่าเหตุใดการดูแลแบบบูรณาการจึงเป็นกลไกสำคัญในการยับยั้งวงจรความปวดเรื้อรัง เพื่อเป็นรากฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและบทบาทพยาบาลในลำดับถัดไป เนื้อหาในส่วนแรกนี้จึงมุ่งวิเคราะห์พยาธิสรีรวิทยาความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลไกการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มิใช่เพียงการคงอยู่ของความรู้สึกเจ็บปวดตามระยะเวลาที่ผ่านมาเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และโครงสร้างของระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง (pathophysiological remodeling) โดยสามารถอธิบายผ่านปรากฏการณ์ทางชีววิทยาที่สำคัญ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงที่ระบบปลายประสาทส่วนปลาย (peripheral sensitization) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ร่างกายจะตอบสนองด้วยกระบวนการอักเสบ ซึ่งทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทและสารอักเสบจำนวนมาก เช่น พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) แบรดีไคนิน (bradykinin) ไซโตไคน์ (cytokines) ฮิสตามีน (histamine) และสารอื่นๆ มารวมตัวกันบริเวณบาดแผล สารเหล่านี้กระตุ้นให้ปลายประสาทรับความปวดตอบสนองไวขึ้น ส่งผลให้เกิดความปวดรุนแรงและต่อเนื่องแม้ได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ความปวดจากการอักเสบนี้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง (central sensitization) ส่งผลให้เกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดได้^{8,11}

2. การเพิ่มความไวต่อความปวดส่วนกลาง (central sensitization) ในกรณีที่ความปวดในระยะเฉียบพลันไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ กระแสประสาทจากส่วนปลายจะถูกส่งเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณฮอร์นฮอว์น (dorsal horn) อย่างรุนแรง ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า "วินด์-อัพ" (wind-up phenomenon) ซึ่งเป็นภาวะที่เซลล์ประสาทในไขสันหลังตอบสนองต่อสัญญาณความปวดรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามความถี่ของสัญญาณที่ได้รับ กระบวนการนี้ส่งผลให้เซลล์ประสาทส่วนกลางเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับรู้สัญญาณ (functional remodeling) จนเกิดสภาวะไวเกินต่อการกระตุ้นแม้ในเวลาต่อมาแผลผ่าตัดภายนอกจะหายดีแล้ว แต่ระบบประสาทส่วนกลางยังคงจดจำและตอบสนองต่อสัญญาณความปวดเสมือนว่ายังมีการบาดเจ็บอยู่ตลอดเวลา^{8,11}

3. บทบาทของตัวรับเอ็นเอ็มดีเอและพยาธิสภาพการปรับตัวของระบบประสาท (NMDA receptors and maladaptive neuroplasticity) สิ่งสำคัญที่ทำให้ความปวดกลายเป็นสภาวะเรื้อรังคือการกระตุ้นตัวรับเอ็นเอ็มดีเอ (N-methyl-D-aspartate [NMDA] receptors) บนเซลล์ประสาทในไขสันหลัง เมื่อมีการส่งสัญญาณความปวดอย่างรุนแรงซ้ำ ๆ จะส่งผลให้แคลเซียมไอออน (calcium ion) ไหลเข้าสู่เซลล์ประสาทจำนวนมาก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางชีวเคมีภายในเซลล์อย่างถาวร กระบวนการนี้มักมาพร้อมกับการทำงานที่ผิดปกติของเซลล์เกลีย (glial cells) ซึ่งหลั่งสารสื่ออักเสบออกมาโดยตรงในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การยับยั้งความปวดตามธรรมชาติ (descending inhibitory pathway) ทำงานบกพร่อง ในขณะที่การกระตุ้นความปวดกลับทำงานได้โดยอิสระ ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการปวดจากตัวกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้เกิดปวด (allodynia) เช่น การปวดจากการสัมผัสเบา ๆ การสวมใส่เสื้อผ้า หรือมีการตอบสนองต่อความปวดที่รุนแรงกว่าปกติจากตัวกระตุ้นที่ทำให้ปวดเพียงเล็กน้อย (hyperalgesia)^{8,11} นอกจากนี้ ปัจจัยทางจิตใจมีบทบาทสำคัญในการคงสภาวะความปวดเรื้อรัง โดยเฉพาะ ทัศนคติด้านลบต่อความปวด (pain catastrophizing) ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ในระบบประสาท ซึ่งจะไปขัดขวางการทำงานของระบบยับยั้งความปวดจากส่วนกลาง (descending inhibitory control) และส่งผลย้อนกลับผ่านระบบประสาทเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของการรับรู้ความปวด ทำให้ความปวดคงอยู่และกลายเป็นอาการเรื้อรังในที่สุด^{5,8}

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

ปัจจัยเสี่ยงของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด มีรายละเอียดในแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative period) หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าสภาวะทางจิตวิทยาของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการรับรู้ความปวดในระยะยาว เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า¹³ โดยเฉพาะภาวะ ทัศนคติด้านลบต่อความปวด ซึ่งเป็นลักษณะทางจิตวิทยาที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปวดเป็นเรื่องเลวร้ายเกินจริง ควบคุมไม่ได้ และหมกมุ่นอยู่กับความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ภาวะนี้ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความไวของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดสูงกว่าปกติ⁵ นอกจากนี้ การประเมินโรคร่วมเดิม เช่น เบาหวาน ที่มีผลต่อการฟื้นตัวของระบบประสาท⁶ ไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia) โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปวดมากกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยทั่วร่างกาย และผู้ป่วยที่มีความปวดก่อนการผ่าตัด ทั้งในบริเวณที่จะผ่าตัดหรือบริเวณอื่น รวมถึงความรุนแรงและระยะเวลาของความปวด ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความปวดเรื้อรัง^{3,7} รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์เป็นประจำมาก่อน จะทำให้ระบบประสาทไวต่อความปวดมากขึ้น จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดได้³

2. ระยะระหว่างผ่าตัด (intra-operative period) ลักษณะและขอบเขตของการผ่าตัดเป็นปัจจัยต้นทางที่กำหนดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ โดยประเภทการผ่าตัดที่เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บในวงกว้าง เช่น การผ่าตัดทรวงอก (thoracotomy) มีอุบัติการณ์ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 71 หรือการตัดแขนขา (amputation) และการผ่าตัดเต้านม (mastectomy) การผ่าตัดไส้เลื่อน (herniorrhaphy) ล้วนเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บเส้นประสาท (nerve injury)^{3-4,7} นอกจากนี้ เทคนิคการผ่าตัดแบบเปิด (open approach) ยังสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด

(tissue ischemia) จากการดิ่งและการใช้เครื่องจีไฟฟ้า ซึ่งส่งเสริมให้เกิดกระบวนการอักเสบในระดับรุนแรงกว่าการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic)¹¹

การเลือกเทคนิคระงับความรู้สึกมีผลโดยตรงต่อการลดแรงกระตุ้นจากบาดแผลที่จะเข้าสู่ไขสันหลัง การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) เช่น การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (epidural anesthesia) การฉีดยาชาเข้าเส้นประสาท (peripheral nerve block) มีประสิทธิภาพในการสกัดกั้นสัญญาณปวด (afferent input) ไม่ให้เดินทางไปถึงระบบประสาทส่วนกลาง ลดความเสี่ยงที่ระบบประสาทส่วนกลางจะเกิดความจำเรื่องความปวด (central sensitization) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดความปวดเรื้อรังในเวลาต่อมา^{3,13} ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) แม้จะทำให้หมดสติและไม่รู้สึกตัว แต่สัญญาณปวดอาจยังส่งถึงระบบประสาทส่วนกลาง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความปวดเรื้อรังมากกว่าหากไม่มีการจัดการปวดหลังผ่าตัดที่ดีพอ

การบริหารยา กลุ่ม NMDA Antagonists ในระหว่างการผ่าตัด เช่น Ketamine ในขนาดต่ำ (subanesthetic dose) ร่วมกับเทคนิคการระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มไขสันหลัง (epidural analgesia) ช่วยยับยั้งตัวรับ NMDA ซึ่งเป็นกลไกหลักในการขยายสัญญาณความปวดที่ไขสันหลัง^{8,14} จึงมีบทบาทช่วยลดความปวดเฉียบพลันและปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันยังพบว่า ประสิทธิภาพของ Ketamine ในการป้องกันความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดระยะยาวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ยังไม่มีผลชัดเจน จึงต้องอาศัยการจัดการความปวดแบบผสมผสานควบคู่กัน

3. ระยะหลังผ่าตัด (post-operative period) ปัจจัยทำนายที่สำคัญในการพยากรณ์การเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดทรวงอก คือ ความรุนแรงของความปวดในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด งานวิจัยในปัจจุบัน เน้นย้ำว่า หากในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดให้อยู่ในระดับเล็กน้อยได้ ระบบประสาทจะถูกกระตุ้นจนเกิดปรากฏการณ์ wind-up ที่นำไปสู่ความปวดเรื้อรังอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้^{4,10} ยิ่งไปกว่านั้น การปล่อยให้ผู้ป่วยทนความปวดเป็นเวลานานสัมพันธ์กับการเกิดความปวดเรื้อรังมากกว่าระดับความปวดสูงสุดที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว³ การจัดการความปวดในระยะเฉียบพลันจึงมีความสำคัญและควรต่อเนื่องกับระหว่างการผ่าตัด เพราะหากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดระยะเฉียบพลันที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ จะนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง¹¹

จากการทบทวนองค์ความรู้ สามารถสรุปปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดในแต่ละระยะของการดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

ระยะเวลา	ปัจจัยเสี่ยง	กลไกสำคัญทางพยาธิสรีรวิทยา
1. ระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative)	- ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า - ทศนคติด้านลบต่อความปวด - โรคร่วม (เบาหวาน, ไฟโบรไมอัลเจีย) - มีความปวดเดิมอยู่ก่อนแล้ว - ประวัติการใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง	- กระตุ้นความไวของระบบประสาทส่วนกลาง ตั้งแต่ก่อนรับการผ่าตัด - การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท
2. ระยะระหว่างผ่าตัด (intra-operative)	- การผ่าตัดที่เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บในวงกว้าง - การบาดเจ็บของเส้นประสาท (Nerve injury) - เทคนิคผ่าตัดแบบเปิด (Tissue Ischemia) - การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพียงอย่างเดียว	- การหลังสัญญาณความปวดที่รุนแรงอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ไขสันหลัง ก่อให้เกิดความจำต่อความปวด

ระยะเวลา	ปัจจัยเสี่ยง	กลไกสำคัญทางพยาธิสรีรวิทยา
3. ระยะหลังผ่าตัด (post-operative)	- ความปวดรุนแรงในระยะ 72 ชั่วโมงแรก - ระยะเวลาที่ทนปวดยาวนาน - การจัดการความปวดเฉียบพลันไม่มีประสิทธิภาพ	- เกิดปรากฏการณ์ Wind-up และการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเซลล์ประสาทอย่างถาวร

แนวทางการจัดการความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

แนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด คือการป้องกันความเสี่ยงในแต่ละระยะ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและการดูแลที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด จนถึงระยะพักฟื้นที่บ้าน แต่เมื่อการเปลี่ยนผ่านจากความปวดเฉียบพลันสู่เรื้อรังหลังการผ่าตัด เป้าหมายของการรักษาจะเปลี่ยนจากการบรรเทาปวดชั่วคราว สู่การยับยั้งกลไกการส่งสัญญาณประสาทที่ผิดปกติและการฟื้นฟูคุณภาพชีวิต โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพผ่านแนวทางหลัก ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) การเลือกใช้ยาควรพิจารณาตามลักษณะของความปวด (pain phenotype) โดยผู้ป่วย CPSP จำนวนมากมีองค์ประกอบของ neuropathic pain จึงอาจพิจารณาใช้ยาที่มีข้อบ่งใช้สำหรับ neuropathic pain ร่วมกับยาแก้ปวดชนิดอื่นตามความเหมาะสม ดังนี้^{4,13}

1.1 ยากลุ่มกาบาเพนตินอยด์ (gabapentinoids) เช่น pregabalin หรือ gabapentin อาจใช้ในผู้ป่วยที่มีองค์ประกอบของ neuropathic pain โดยออกฤทธิ์ลดการหลั่งสารสื่อประสาทกระตุ้นความปวดในไขสันหลัง อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้ใช้ gabapentinoids เป็นกิจวัตรในช่วงรอบการผ่าตัด เพื่อป้องกัน chronic postsurgical pain เนื่องจากหลักฐานปัจจุบันไม่พบประโยชน์ที่ชัดเจน และอาจเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ จึงควรพิจารณาใช้เป็นรายบุคคล

1.2 ยากลุ่มต้านเศร้า (Antidepressants) เช่น amitriptyline หรือ duloxetine เพื่อเสริมการทำงานของระบบยับยั้งความปวดตามธรรมชาติ (descending inhibitory pathway) โดยยาจะไปยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ในไขสันหลัง ทำให้มีสารทั้งสองตัวคงอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาทมากขึ้น

1.3 ยาใช้เฉพาะที่ (topical agents) เช่น lidocaine patch หรือ capsaicin cream สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากตัวกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้ปวด หรือเจ็บเสียวบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อลดการกระตุ้นจากส่วนปลาย

1.4 ยากลุ่มอื่นๆที่ถูกเลือกใช้รองลงมา เช่น ยากลุ่มไอบูโพรเฟน ใช้ในกรณีที่มีความปวดระดับรุนแรง กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ได้แก่ ไอบูโพรเฟน (ibuprofen) นาโพรเซน (naproxen) หรือยาพาราเซตามอล⁴

2. หัตถการระงับปวดเฉพาะจุด (Interventional Pain Management) ในกรณีที่กระบวนการเปลี่ยนผ่านความปวดดำเนินไปจนยารับประทานไม่สามารถควบคุมได้ แพทย์อาจพิจารณาใช้ การฉีดยารอบเส้นประสาทหรือปมประสาท (targeted injections) เป็นการให้ยาชาผสมสเตียรอยด์ฉีดรอบเส้นประสาทที่บาดเจ็บเพื่อลดการอักเสบเฉพาะที่ การจี้ด้วยคลื่นวิทยุความถี่สูง (Radiofrequency Ablation: RFA) เพื่อระงับการนำสัญญาณของเส้นประสาทที่มีพยาธิสภาพอย่างถาวร หรือการกระตุ้นไขสันหลัง (Spinal Cord Stimulation: SCS) ในกรณีความปวดเรื้อรังมีความรุนแรงและดื้อต่อการรักษา (refractory pain)¹³

3. การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมบำบัด (psychosocial and cognitive-behavioral therapy) มีจิตสังคมไม่ใช่เพียงเรื่องของอารมณ์ แต่ส่งผลโดยตรงต่อพยาธิสรีรวิทยาของสมอง การจัดการความปวดเรื้อรังจึงต้องครอบคลุมมิตินี้ เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เพื่อลดทัศนคติด้านลบต่อความปวด และการใช้ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) เพื่อปรับทัศนคติให้ผู้ป่วยเรียนรู้ยอมรับที่จะอยู่กับความปวดได้อย่างมีคุณภาพ¹⁵

4. การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การดูแลบริเวณแผลผ่าตัด โดยการลดหรือไม่ใช้แรงกล้ามเนื้อบริเวณที่มีแผลผ่าตัด เพื่อเป็นการพักกล้ามเนื้อและลดการกระแทกกระเทือนบริเวณที่ปวด ซึ่งช่วยลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กไม่ให้ส่งสัญญาณความปวด การเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่การทำกิจกรรมที่ชอบ เพื่อลดความสนใจต่อความปวด ซึ่งส่งผลไปยังการควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลังและสมอง รวมถึงการได้ระบายความรู้สึกหรือการได้รับความสนใจจากครอบครัว ซึ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และมีกำลังใจในการเผชิญความปวด⁴

บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

การจัดการความปวดตามแนวทางของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งชาติ (International Association for the Study of Pain: IASP) ในปัจจุบัน ไม่ได้มุ่งเป้าเพียงการบรรเทาความทุกข์ทรมานชั่วคราวในระยะเฉียบพลัน แต่มีเป้าหมายเชิงรุกเพื่อหยุดยั้งและฟื้นฟูระบบประสาทไม่ให้จดจำความปวดผิดปกติ อันเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด¹⁶ การขับเคลื่อนเป้าหมายดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยสมรรถนะของพยาบาลในการบูรณาการองค์ความรู้สู่กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองในระยะก่อนผ่าตัดไปจนถึงการติดตามผลระยะยาวในชุมชน เพื่อยับยั้งวงจรการเปลี่ยนผ่านความปวดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยมีบทบาทสำคัญในแต่ละระยะดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative phase) พยาบาลมีบทบาทหลักในการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง ดังนี้

1.1 การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง โดยการประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เช่น มีความปวดเดิมอยู่ก่อนแล้ว การมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือทัศนคติด้านลบต่อความปวด รวมถึงการมีประวัติใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง¹⁵ ปัจจุบันมีการใช้แบบประเมิน PCS (pain catastrophizing scale) สำหรับคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคมในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อระบุผู้ป่วยที่มีกลไกการรับมือกับความปวดที่บกพร่อง⁵

1.2 การเตรียมความพร้อมด้านจิตปัญญา (psychological & spiritual priming) การให้ความรู้ ข้อมูลที่ถูกต้อง และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความปวดที่จะเกิดขึ้นและแผนการรักษา จะช่วยลดความกังวลและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ^{13,17} และการนำความเชื่อทางศาสนามาเป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มความทนทานต่อความปวด (pain tolerance) เพื่อลดความวิตกกังวลล่วงหน้า

2. ระยะระหว่างผ่าตัด (intra-operative phase) ในระยะนี้แพทย์และวิสัญญีอาจเป็นผู้มีบทบาทหลักในการผ่าตัดและการระงับปวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกลับมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ประสานความต่อเนื่องของการจัดการความปวดผ่านบทบาทเฉพาะดังนี้

2.1 การจัดการข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุก พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยนานที่สุดก่อนเข้าผ่าตัด จึงมีหน้าที่วิเคราะห์และสรุป ข้อมูลสำคัญ เพื่อส่งต่อให้ทีมห้องผ่าตัด เช่น หากพบว่าผู้ป่วย

มีความกังวลสูงหรือมีทัศนคติลบต่อความปวด หรือมีประวัติการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ต้องบันทึกและแจ้งทีมวิสัญญีเพื่อพิจารณาการใช้ยาช่วยระงับปวดได้อย่างเหมาะสม

2.2 การเตรียมความพร้อมของระบบประสาทส่วนปลาย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีบทบาทช่วยในการระงับปวดล่วงหน้า (preemptive analgesia) เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดก่อนเข้าห้องผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด หรือทำหัตถการระงับปวดก่อนผ่าตัด เพื่อยับยั้งการส่งสัญญาณปวดที่รุนแรงไปยังระบบประสาทส่วนกลาง¹³

2.3 การเตรียมพร้อมรับช่วงต่อจากห้องผ่าตัด ข้อมูลที่พยาบาลควรพิจารณาจากการส่งต่อ เช่น ชนิดการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก และการบริหารยาบรรเทาปวดในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด รวมถึงการตรวจสอบแผนการรักษา และการเตรียมอุปกรณ์ระงับความปวดให้พร้อมใช้งานทันทีที่ผู้ป่วยกลับมา

3. ระยะหลังผ่าตัด (post-operative phase) เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการประเมินและจัดการความปวด เพื่อป้องกันการเปลี่ยนผ่านจากความปวดเฉียบพลันไปสู่ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด

3.1 การประเมินและติดตามความรุนแรงและความผันผวนของความปวด (pain variability) อย่างใกล้ชิดในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์สำคัญของการเกิดความปวดเรื้อรัง พยาบาลจะต้องเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเอง เครื่องมือมาตรฐานสากลที่นิยมใช้ เช่น มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) มาตรวัดความปวดแบบภาพ (Visual Analogue Scale: VAS) แบบประเมินความปวดด้วยวาจา (Verbal Rating Scale: VRS) เป็นต้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ปัจจุบันนิยมใช้เครื่องมือ CPOT (critical-care pain observation tool)¹⁸ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงในการประเมินความปวดในผู้ป่วยไอซียูที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ โดยแสดงให้เห็นถึงความแม่นยำและความน่าเชื่อถือที่เหนือกว่าเมื่อเทียบกับเครื่องมืออื่น ๆ

3.2 การประเมินเชิงคุณภาพ ในระยะหลังผ่าตัดพยาบาลควรสังเกตและประเมินลักษณะเฉพาะที่บ่งชี้ถึงความปวดพยาธิสภาพประสาท (neuropathic component) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนสำคัญของความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด โดยลักษณะอาการที่พบบ่อยได้แก่ ความรู้สึกปวดแปลบคล้ายไฟช็อต (electric shock-like) ปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือความรู้สึกเสียวซ่าคล้ายเข็มทิ่ม (prickling) ร่วมกับภาวะรับรู้ความรู้สึกผิดปกติบริเวณรอบแผลผ่าตัด เช่น การปวดจากสิ่งกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้ปวด หรือการปวดมากกว่าปกติ^{4,19} ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว พยาบาลควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาจัดการความปวดอย่างเหมาะสม

3.3 การจัดการความปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) เป็นการใช้ยาบรรเทาปวดหลายชนิดที่มีกลไกออกฤทธิ์ต่างกัน เช่น โอปิออยด์ ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) พาราเซตามอล และยากลุ่มกาบาเพนตินอยด์ (gabapentinoids) ร่วมกับเทคนิคการระงับปวดเฉพาะที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวด ลดปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ ซึ่งเป็นการหยุดยั้งกลไกการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลางไม่ให้เกิดพัฒนาไปสู่ความปวดเรื้อรัง^{7,17}

3.4 การจัดการความปวดแบบองค์รวม (holistic care) พยาบาลต้องก้าวข้ามการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียว สู่การบูรณาการวิธีจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยมีจุดเน้นที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยส่งเสริมให้ญาติและผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และการความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ

เชื่อมโยงวิธีการจัดการความปวดเข้ากับความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย (cultural and spiritual connection) เพื่อสร้างพลังใจและเพิ่มความทนทานต่อความปวด²⁰

4. ระยะก่อนจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง (discharge & follow-up phase) พยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และการติดตามอาการต่อเนื่อง

4.1 จัดทำแผนการจัดการความปวดร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการสร้างความรู้เข้าใจในความแตกต่างระหว่างความปวดแผลผ่าตัดปกติและความปวดเรื้อรัง หรือการอธิบายถึงลักษณะความปวดที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด เนื่องจากการได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและคลายความกังวลได้²⁰ รวมถึงการสอนการใช้กลวิธีผสมผสานระหว่างวิธีการใช้ยา เช่น การให้ข้อมูลเรื่องการรับประทานกลุ่มการบาเพนดินอยด์ และวิธีการไม่ใช้ยาตามความเหมาะสม เช่น การจัดทำเพื่อลดการกดทับบริเวณรอยแผล การสัมผัสเพื่อลดสัญญาณความปวด การใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การปรับตัวและยอมรับความปวด รวมไปถึงการสนับสนุนทางสังคม⁴ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการและลดความเสี่ยงจากการใช้ยาแก้ปวดในระยะยาว

4.2 การติดตามอาการต่อเนื่องเชิงรุก บทบาทพยาบาลไม่ได้สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แต่ต้องให้ความสำคัญกับการติดตามอาการอย่างเป็นระบบในช่วง 4-12 เดือนแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ความปวดเรื้อรังมักแสดงอาการชัดเจน⁴ โดยพยาบาลควรมีการคัดกรองเบื้องต้น โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบประเมิน Douleur Neuropathique 4 (DN4)¹³ หากตรวจพบสัญญาณเตือนที่บ่งชี้ถึงความปวดจากพยาธิสภาพประสาท เช่น อาการปวดแปลบเหมือนไฟช็อต ปวดแสบปวดร้อน พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (coordinator) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกเจ็บปวด เพื่อรับการรักษาเฉพาะทางก่อนที่อาการจะลุกลาม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการทบทวนองค์ความรู้ พบองค์ประกอบสำคัญของพยาบาลในการจัดการความปวดต่อเนื่องในแต่ละระยะเพื่อป้องกันการเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดต่อเนื่อง

ระยะเวลา	บทบาทและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ	เป้าหมายและเหตุผลทางคลินิก
1. ระยะก่อนผ่าตัด	- คัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคมด้วยแบบประเมิน PCS - ประเมินประวัติความปวดเดิมและการใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง - เตรียมความพร้อมด้านจิตใจและจิตปัญญา	- เพื่อระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและเพิ่มความทนทานต่อความปวด ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดพยาธิสภาพประสาท
2. ระยะระหว่างผ่าตัด	- สรุปรวบรวมและส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุกให้ทีมวิสัญญี - ดูแลการบริหารยาแก้ปวดล่วงหน้า (Preemptive Analgesia) - เตรียมความพร้อมรับช่วงต่อ (อุปกรณ์ระงับปวด และแผนการรักษา)	- เพื่อรักษาระดับยาในกระแสเลือดให้เพียงพอต่อการยับยั้งสัญญาณปวดรุนแรงไม่ให้ไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง

ระยะเวลา	บทบาทและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ	เป้าหมายและเหตุผลทางคลินิก
3. ระยะหลังผ่าตัด	- ติดตามความผันผวนของความปวด ใน 24-72 ชม. แรก - ใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม เช่น NRS, VAS หรือ VRS ในผู้ป่วยที่รายงานความปวดได้ด้วยตนเอง และ CPOT ในผู้ป่วยวิกฤต - คัดกรองสัญญาณความปวดพยาธิสภาพประสาท (ปวดแปลบ, แสบร้อน) - บริหารจัดการความปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) และองค์รวม	- เพื่อหยุดยั้งกลไกการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง (sensitization) และลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโอปิออยด์เพียงอย่างเดียว
4. ระยะก่อนจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง	- จัดทำแผนจัดการความปวดร่วมกับครอบครัว (ผสมผสานวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา) - ติดตามอาการต่อเนื่องเชิงรุกในช่วง 4-12 เดือนหลังผ่าตัด - คัดกรองด้วยแบบประเมิน DN4 และประสานงานส่งต่อคลินิกเจ็บปวด	- เพื่อประเมินการคงอยู่ของความปวดในระยะยาว และแก้ไขพยาธิสภาพประสาทก่อนส่งผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิตอย่างถาวร

บทสรุป

ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด มิใช่เพียงอาการปวดที่หลงเหลือตามระยะเวลา แต่เกิดจากกระบวนการปรับตัวที่ผิดปกติของระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและเป็นพลวัตเชื่อมโยงกันระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ จิตสังคม และพฤติกรรมในลักษณะพหุปัจจัย ซึ่งส่งผลกระทบและลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรง ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ตามกรอบแนวคิด Transitional Pain Service (TPS) Model ยืนยันว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนผ่านความปวดดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง จนถึงหลังผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลจึงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ดูแลตามอาการสู่การใช้สมรรถนะเชิงรุกในทุกระยะและทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เพื่อขัดขวางวงจรการเปลี่ยนผ่านจากความปวดเฉียบพลันไปสู่ความปวดเรื้อรัง โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ เริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงทางจิตสังคมล่วงหน้าก่อนผ่าตัด ควบคู่กับการติดตามความผันผวนของความปวดเฉียบพลันอย่างเข้มงวดใน 72 ชั่วโมงแรก นำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล ที่แม่นยำเพื่อระบุแนวโน้มการเปลี่ยนผ่านจากความปวดเฉียบพลันไปสู่ระยะเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยในการวางแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคลและการประสานส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบคลินิกเจ็บปวดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างทันท่วงที จากนั้นจึงนำไปสู่การ ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการจัดการความปวดแบบผสมผสาน ร่วมกับการดูแลเชิงองค์รวมที่บูรณาการ มิติจิตสังคมและความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นจุดแทรกแซงสำคัญในการยับยั้งกลไกความปวด และสิ้นสุดด้วย การประเมินผลเชิงรุกผ่านระบบติดตามระยะยาวในชุมชน การขับเคลื่อนกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบนี้ นอกจากจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดแล้ว ยังเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม บทความนี้มีข้อจำกัดในด้านบริบท เนื่องจากหลักฐานส่วนใหญ่มาจากการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะยุโรปและอเมริกาเหนือ ซึ่งระบบบริการสุขภาพและบริบทวัฒนธรรมอาจแตกต่างจากประเทศไทย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยในบริบทไทยเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาระบบการดูแลทางคลินิกเพื่อป้องกันและจัดการความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดอย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่แรกรับ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท ร่วมกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติความปวดเรื้อรัง การใช้ยาโอปิออยด์เป็นประจำ หรือมีคะแนนทัศนคติด้านลบต่อความปวด (pain catastrophizing scale) ตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป สำหรับระยะหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยมีระดับความปวดตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไปในช่วง 72 ชั่วโมงแรก หรือตรวจพบลักษณะความปวดพยาธิสภาพประสาท เช่น อาการปวดแปลบคล้ายไฟช็อต หรือปวดแสบร้อน พยาบาลควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา และในระยะติดตามอาการ หากประเมินพบคะแนนแบบวัด DN4 ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป พยาบาลควรประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่คลินิกเจ็บปวด พร้อมทั้งติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือนหลังผ่าตัด ทั้งนี้ การบริหารหรือปรับเปลี่ยนยาบรรเทาปวดทุกชนิดต้องดำเนินงานตามคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Moka E, Aguirre JA, Sauter AR, Lavand'homme P. Chronic postsurgical pain and transitional pain services: a narrative review highlighting European perspectives. *Reg Anesth Pain Med* 2025;50:205-12.
2. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* 2019;160:45-52.
3. Rosenberger DC, Pogatzki-Zahn EM. Chronic post-surgical pain—update on incidence, risk factors and preventive treatment options. *BJA Educ.* 2022;22(5):190-6.
4. สิริลักษณ์ ทองห้วย. ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดทรวงอก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังจำหน่าย: การศึกษาภาคตัดขวาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.
5. Yuan Y, Schreiber K, Flowers KM, Edwards R, Azizoddin D, Ashcraft L, et al. The relationship between emotion regulation and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Pain Med* 2024;25:468-77.
6. Kar P, Sudheshna KD, Padmaja D, Pathy A, Gopinath R. Chronic pain following thoracotomy for lung surgeries: Its risk factors, prevalence, and impact on quality of life-A retrospective study. *Indian J Anaesth* 2019;63:368-74.
7. พิมพ์พร พันธุ์คงทรัพย์. ความปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์* 2564;3:60-70.

8. Karcz M, Abd-Elseyed A, Chakravarthy K, Aman MM, Strand N, Malinowski MN, et al. Pathophysiology of pain and mechanisms of neuromodulation: a narrative review (a neuron project). *J Pain Res* 2024;17:3757-90.
9. Fiorelli S, Cioffi L, Menna C, Ibrahim M, De Blasi RA, Rendina EA, et al. Chronic pain after lung resection: risk factors, neuropathic pain, and quality of life. *J Pain Symptom Manage* 2020;60:326-35.
10. Katz J, Weinrib AZ, Clarke H. Chronic postsurgical pain: from risk factor identification to multidisciplinary management at the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. *Can J Pain* 2019;3:49-58.
11. Fregoso G, Wang A, Tseng K, Wang J. Transition from acute to chronic pain: evaluating risk for chronic postsurgical pain. *Pain Physician* 2019;22:479-88.
12. McCowat M, Fleming L, Vibholm J, Dixon D. The psychological predictors of acute and chronic pain in women following breast cancer surgery: a systematic review. *Clin J Pain* 2019;35:261-71.
13. Kim BR, Yoon SH, Lee HJ. Practical strategies for the prevention and management of chronic postsurgical pain. *Korean J Pain* 2023;36:149-62.
14. Ye Y, Gabriel RA, Mariano ER. The expanding role of chronic pain interventions in multimodal perioperative pain management: a narrative review. *Postgrad Med*. 2022;134:449-57.
15. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* 2021;397:2082-97.
16. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. การป้องกันความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tasp.or.th/factsheet/factsheet_thai.php
17. Akhtaruzzaman AKM. Multimodal approach to prevent chronic pain development. *Bangladesh J Pain* 2024;4:1-3.
18. Afenigus AD. Evaluating pain in non-verbal critical care patients: a narrative review of the critical care pain observation tool and its clinical applications. *Front Pain Res (Lausanne)* 2024;5:1481085.
19. Sahni S, Patel R, Wang L, Miles S, Dana E, Khan JS. Characteristics and perioperative risk factors for persistent pain after breast cancer surgery: a prospective cohort study. *Surgeries* 2023;4:301-16.
20. สิริลักษณ์ ทองห้วย, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, วรวิทย์ จิตติถาวร. ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดทรวงอก และการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังจำหน่าย: การศึกษาภาคตัดขวาง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2566;34:18-30.