

การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

กาญจนา คงเป็ย* จันจิรา จินาพร**

กิงกานต์ จันทาคม*** สุธิสา เต็มทับ****

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นประสบการณ์อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง การจัดการความปวดเป็นบทบาทสำคัญและท้าทายสำหรับพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์กรณีศึกษาจากประสบการณ์ของผู้เขียน มีวัตถุประสงค์ประสงค์เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

ความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีสาเหตุที่สำคัญ คือ 1) ระบบประสาท 2) แร่งตันในท่อและเนื้อตับอ่อน 3) ภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง 4) หัตถการและการรักษา และ 5) สภาวะอารมณ์และจิตใจ การจัดการความปวดเป็นบทบาทสำคัญและท้าทายที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทั้งภายใต้การรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์และบทบาทอิสระ การจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความปวด 2) การจัดการความปวดโดยใช้ยา 3) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 4) การชี้แนะและให้ข้อมูล 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ 6) การเป็นตัวแทนผู้ป่วย และ 7) การสนับสนุนทางอารมณ์

กรณีศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีอุปสรรคสำคัญคือการจัดการความปวดของบุคลากรสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับระดับความปวด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

คำสำคัญ: การจัดการความปวด/ ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

*** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

**** ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Nursing Care for Pain Management in Chronic Pancreatitis

Karnchana Kongpia* Janjira Jinaporn**

Kingkarn Junthakam*** Suthisa Temtap****

ABSTRACT

Chronic pancreatitis patient's, like many other patients, experience pain, and this experience of suffering adversely affects their quality of life. Pain management is an important and challenging role for nurses. The study was done by using a literature review and a case study from direct experience of the author. This article aimed to enhance care knowledge for nurses related to causes and management of pain in chronic pancreatitis patients.

Chronic pancreatitis pain patients has 5 important causes including; 1) wiring problems 2) plumbing problems 3) pancreatic and extra-pancreatic complication 4) procedures and treatments and 5) emotional and mental conditions. Hence, pain management is an important and challenging role for nurses both administrating medical treatment and their independent roles, which consists of in 7 activities including; 1) pain assessment and measurement 2) medication 3) non-medication treatment 4) introductions and giving information 5) empowerment 6) patient representation and 7) emotional support.

Based on the case study, it was found that the main barriers to effective pain management was inappropriate pain management for pain levels among health care providers. Nurses play key roles in effective pain management for patients with chronic pancreatitis. Effective pain management helps reduce suffering from pain and increase a quality of life for patients with chronic pancreatitis.

Key word: Pain Management/ Chronic Pancreatitis Patient

Article info: Received September 6, 2018; Revised August 14, 2019; Accepted May 8, 2019.

* Registered nurse, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital

** Registered nurse, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital

*** Registered nurse, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital

**** Corresponding Author, Advanced nurse practitioner, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังร้อยละ 80-90 มีประสบการณ์ความปวด และเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาพบแพทย์¹ ความปวดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตลดลงกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำงาน^{2,3} แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ความคิดความจำลดลง ผู้ป่วยบางรายมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่ได้รับยาแก้ปวดและมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์⁴ ความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นอาการที่มีความยุ่งยากในการจัดการ เนื่องจากต้องจัดการให้สอดคล้องกับสาเหตุหรือกลไกความปวด และต้องใช้การจัดการความปวดหลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อจัดการอาการปวดตั้งแต่ 7-20 วัน โดยมีค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่ 40,000-100,000 บาท ค่ารักษาที่สำคัญคือ ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าหัตถการ ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด

การจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นบทบาทท้าทายสำหรับพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดจะมีความไวต่อความปวดสูงขึ้น การพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจึงเป็นอีกประเด็นที่พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทฤษฎี

ความปวด การประเมินความปวด และการจัดการความปวด เพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือในการจัดการความปวดผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

อาการปวดท้องจากตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (chronic pancreatitis) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเซลล์ตับอ่อนอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจเกิดต่อเนื่องจากการอักเสบเฉียบพลันที่รักษาไม่หาย เนื่องจากสาเหตุยังคงอยู่ สาเหตุสำคัญของการเกิดตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พันธุกรรม และไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มีอาการที่สำคัญคือ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ ภาวะเบาหวานจากตับอ่อนอักเสบ และอาการปวดท้อง³

อาการปวดท้องเป็นอาการแสดงสำคัญในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ตำแหน่งปวดท้องที่พบได้บ่อยคือด้านบนและตรงกลาง ลักษณะอาการปวดท้อง ผู้ป่วยมักมีอาการปวดแบบตื้อๆ ที่บริเวณลิ้นปี่หรือท้องส่วนบน และอาจร้าวไปบริเวณกลางหลัง อาการปวดจะดีขึ้นถ้านั่งเอนตัวมาข้างหน้าหรือนอนคว่ำ แต่จะรุนแรงขึ้นเมื่อนอนหงาย^{5,6}

พยาธิสภาพ

ปัจจุบันมีผู้ศึกษาพยาธิสภาพของความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังไว้หลายทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

1. ความปวดจากระบบประสาท ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย⁵ การศึกษา

ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดรุนแรงเซลล์ระบบประสาทมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น มีความหนาแน่นของระบบประสาท มากกว่าผู้ป่วยตับอ่อนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁷

2. ความปวดจากแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อน ผู้ป่วยมีแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อนสูง การเพิ่มแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อนส่งผลให้ความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ลดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงตับอ่อน เกิดการตกผลึกของก้อนแคลเซียม ส่งผลให้เซลล์ตับอ่อนกลายเป็นพังพืดและท่อตับอ่อนตีบและอุดตันตามมาได้⁸

3. ความปวดจากภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือภาวะถุงน้ำทึบตับอ่อน การอุดตันท่อน้ำดีในน้ำดี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากก้อนนิ่ว และตับอ่อนกดเบียดหรือตีงรั้งลำไส้เล็ก⁵

4. ความปวดจากหัตถการและการรักษา ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือการทำหัตถการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้น เช่น การส่องกล้องตับอ่อนและท่อน้ำดี การเจาะระบายน้ำถุงน้ำทึบตับอ่อน และการผ่าตัด เป็นต้น

5. ความปวดจากสภาวะอารมณ์และจิตใจ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจเป็นอีกสาเหตุของความปวดในผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังมีผลต่อการปรับสัญญาณกระแสประสาทรับความรู้สึกภายในสมองส่วนที่

แสดงออก ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์เมื่อมีความปวด⁹

การวินิจฉัยอาการปวดท้องจากตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

การวินิจฉัยอาการปวดท้องจากตับอ่อนอักเสบเรื้อรังในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การตรวจระดับอะไมเลสหรือไลเพสในเลือด การเอกซเรย์ ซึ่งจะพบว่า มีหินปูนเกาะอยู่บริเวณตับอ่อน การอัลตราซาวด์ มีข้อจำกัดเรื่องอากาศในลำไส้ มารบกวน หรือผนังหน้าท้องที่หนาส่งผลให้การแปลผลผิดได้ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วิธีนี้มีประโยชน์ในการช่วยหาสาเหตุของอาการปวดท้องจากสาเหตุอื่นๆ ด้วย แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพที่มีขนาดเล็กน้อยกว่า 1 เซนติเมตร และการส่องกล้องตับอ่อนและท่อน้ำดี (endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) ซึ่งวิธีวินิจฉัยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังด้วยภาพเอกซเรย์ที่ได้มาตรฐานสากล ซึ่งในบางกรณีสามารถให้การรักษาไปพร้อมกับการวินิจฉัยได้ แต่การทำมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นวิธีการตรวจที่มีการรุกรานร่างกายมากกว่าวิธีอื่นๆ และการแปลผลต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ทำ ซึ่งทำให้ผลมีความแตกต่างกันได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งการตรวจวิธีนี้มีความไวร้อยละ 75-95 และความจำเพาะร้อยละ 90⁶

การรักษาอาการปวดท้องในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

การรักษาอาการปวดท้องในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังประกอบด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้

ยา โดยมีการประเมินระดับคะแนนความปวด (Numerical Rating Scale: NRS) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การใช้ยา การใช้ยาแก้ปวดเป็นการรักษาความปวดลำดับแรกในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการตีบ/ตันของท่อและเนื้อตับอ่อน² ซึ่งกลุ่มยาที่ใช้มี ดังนี้

1.1 กลุ่มยาแก้ปวด โดยบริหารยาตามลำดับขั้น (by ladder) 3 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก คือ ขั้นที่ 1 ความปวดเล็กน้อย (NRS = 1-3 คะแนน) เลือกใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ ที่สำคัญคือยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ยา Acetaminophen และยาเสริม ขั้นที่ 2 ความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (NRS = 4-7 คะแนน) เลือกใช้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อน เช่น Codeine และ Tramadol ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์และยาเสริม ขั้นที่ 3 ความปวดปานกลางถึงมาก (NRS = 7-10 คะแนน) เลือกใช้ยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรง เช่น Morphine และ Fentanyl เป็นต้น¹⁰⁻¹¹

1.2 ยา กลุ่ม น้ำย่อยตับอ่อน (pancreatic enzymes) ที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังคือ Enteric coated enzyme (Creon) ยา Creon สามารถช่วยทำลายคอเลซิสโทไคนิน (cholecystokinin: CCK) ส่วนเกิน และส่งผลให้อาการปวดลดลงได้¹¹ การให้ยา Creon

ต้องการให้ยาออกฤทธิ์ที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง (Potential of Hydrogen ion: pH) เท่ากับ 6 เนื่องจากยาจะถูกทำลายในสถานะเป็นกรดในกระเพาะอาหารที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 5.0-5.5 ดังนั้นผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบที่รับประทานยา Creon จำเป็นต้องรับประทานยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารร่วมด้วยเพื่อป้องกันยาลูกกลืนถูกทำลายในกระเพาะอาหาร¹²

2. การไม่ใช้ยา การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบที่มีสาเหตุความปวดมาจากการอุดตัน/หรือตีบแคบของท่อตับอ่อน รวมทั้งภาวะถุงน้ำในตับอ่อน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการส่องกล้องเพื่อถ่างขยายท่อตับอ่อนหรือใส่สายระบาย จากการรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992- ค.ศ. 2006 จำนวน 10 เรื่อง พบว่าการส่องกล้องเพื่อถ่างขยายหรือใส่ขดลวดท่อตับอ่อนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบมีอาการปวดลดลงร้อยละ 50-100¹³ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่ลดลงหลังให้การรักษาด้วยยาและการส่องกล้องมีความจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด จากการรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973- ค.ศ. 1978 จำนวน 8 เรื่อง พบว่าการผ่าตัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีความปวดลดลงร้อยละ 63-93¹⁴

ผลกระทบจากอาการปวดท้อง

อาการปวดท้องเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง หากอาการ

ปวดไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย นอนหลับไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร เกิดเป็นภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ หงุดหงิดง่าย ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานของผู้ป่วยได้^{2,4}

เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้เขียนจึงขอยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

ผู้ป่วยชายวัยกลางคน อายุ 51 ปี อาชีพพนักงานการไฟฟ้า ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ วันละ 1 แบน เกือบทุกวันนาน 13 ปี หูดดื่ม 10 ปี และสูบบุหรี่ วันละ 10 มวน เป็นระยะเวลา 6 ปี และได้หยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 12 ปี แพทย์วินิจฉัยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ถุงน้ำทึบตับอ่อน และนิ่วในท่อตับอ่อน มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำด้วยเรื่องปวดท้อง โดยจะเริ่มปวดบริเวณลิ้นปี่และท้องด้านซ้ายบนร้าวทะลุหลังและปวดบิ๊ๆ ตลอดเวลา ระดับคะแนนความปวด NRS 8-10 คะแนน ซึ่งอาการปวดเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนปวดมากที่สุด อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทาง มีอาการปวดแปล็บๆ ร่วมด้วย ในเวลาที่เอี้ยวตัวหรือขยับตัว โนมัตัวไปข้างหน้าแล้วดีขึ้น รู้สึกแน่นท้อง มีเหงื่อแตกใจ สิ้น คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้ลดลงเนื่องจากหลังรับประทานอาหารจะปวดท้องมากขึ้น บางวันปวดท้องมากต้องไปฉีดยาแก้

ปวดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการปวดทุเลาลงเล็กน้อยครั้งนี้ และมารับการตรวจรักษาอนโรพยาบาลระหว่างวันที่ 18 พ.ย. - 12 ธ.ค. 58 ด้วยเรื่องปวดท้องบริเวณลิ้นปี่มากขึ้น 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล

วันที่ 18 พ.ย.- 19 พ.ย. 58 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องระดับมาก NRS 7-10 คะแนน การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรงแบบฉีดตามเวลาทุก 3 ชั่วโมงและเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 2 ชั่วโมง หลังได้ยาแก้ปวดความปวดลดลงเล็กน้อย และผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวดก่อนเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลรับประทานอาหารได้น้อย

“ปวดท้องมาก ต้องงอตัวตลอด นอนราบไม่ได้เลย ปวดมากขึ้น พยาบาลมาจัดทำให้ บอกให้หายใจเข้า-ออกลึกๆอาการปวดก็ไม่ดีขึ้น ปวดตลอดเวลา พอได้ยาแก้ปวดก็นอนหลับได้สักชั่วโมง หลังจากนั้นปวดขึ้นมาอีก มันทรมานมาก”

วันที่ 20 พ.ย. 58 แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบถุงน้ำทึบตับอ่อน แพทย์ใส่สายระบายน้ำในถุงน้ำทึบตับอ่อน และส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน วันที่ 21 พ.ย. 58 พบว่าขดลวดที่ถ่างขยายท่อตับอ่อนเดิมเลื่อนออก ส่งผลให้น้ำตีรั่วเพิ่มขึ้น แพทย์ใส่ขดลวดถ่างขยายท่อน้ำดีและตับอ่อนใหม่ และส่งน้ำดีเพาะเชื้อพบว่าติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อ ภายหลังการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเพิ่มขึ้น แพทย์จึงปรับยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิด

แรงแบบฉีดยาตามเวลาเป็นทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 1 ชั่วโมง

วันที่ 23 พ.ย. 58 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องระดับปานกลาง NRS 4-6 คณะแผนก แพทย์คลินิก ระบุปวดได้เข้าร่วมรักษา โดยปรับยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรงแบบกินร่วมกับยาเสริมประกอบด้วย ยาต้านอาการซึมเศร้า ยาแก้คลื่นไส้และยาน้ำย่อยตับอ่อน หลังจากนั้นอาการปวดท้องลดลงในระดับน้อยจนกระทั่งจำหน่ายในวันที่ 12 ธ.ค. 58 ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 24 วัน ค่ารักษาพยาบาล 115,600 บาท

“ช่วงนี้นอนหลับได้ตลอดคืน ได้ย้ายเตียงมามุมนี้ก็สบายดี นอนหลับได้มากขึ้น ปวดลดลง ขอยาแก้ปวดน้อยลง ข้าวกินได้มากขึ้น เพราะกินแล้วไม่ปวดท้อง”

“พยาบาลคอยมาบอกผลการรักษา ให้กำลังใจ และให้ยาแก้ปวด ตอนนี้อาการปวดลดลงมากแล้วคะแนนไม่ถึง 5”

จากกรณีศึกษาพบความยุ่งยากในการพยาบาลเนื่องจากความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง เป็นความปวดที่เกิดจากหลายสาเหตุรวมกันทั้งจากพยาธิสภาพจากตัวโรคสภาวะจิตใจของผู้ป่วยผู้ป่วย หัตถการ และการรักษา พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้วิธีการจัดการความปวดหลายๆ วิธีร่วมกันเพื่อช่วยบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วย จากกรณีศึกษามีประเด็นคำถามที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ เหตุใดภายหลังได้รับการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยยาแก้ปวดและการไม่ใช้ยาแก้

ปวดระดับความปวดยังคงอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก จึงนำมาสู่การศึกษาครั้งนี้

ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะความปวดทั้ง 5 ชนิดรวมกัน คือ ความปวดจากระบบประสาท โดยมีอาการปวดแปลบๆ เป็นเวลาที่เอี้ยวตัว หรือขยับตัว หากโน้มไปข้างหน้าความปวดลดลง ความปวดจากแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อน เนื่องจากผู้ป่วยมีนิ่วในท่อตับอ่อน ส่งผลให้เกิดความปวดจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นในท่อตับอ่อน และความปวดจากภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง พบได้จากผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบถุงน้ำเทียมตับอ่อน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดตลอดเวลา

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความปวดจากการทำหัตถการ คือ การส่องกล้องตับอ่อนและท่อน้ำดี และการใส่สายระบายน้ำในถุงน้ำเทียมตับอ่อนหลังทำหัตถการ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยมีความปวดในระดับรุนแรง NRS 7-10 คณะแผนก นอนไม่หลับ มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาคูคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรงบริหารยาตามเวลาทุก 3 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งความปวดจากความรุนแรงของตัวโรคซึ่งพบว่าน้ำดีติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้น สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยรายนี้คือ ความวิตกกังวลเนื่องจากความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอร่วมกับความปวดที่ยังคงอยู่ถึงแม้จะได้รับยาแก้

ปวดในขนาดสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวด เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยต้อ่อนอักเสบเรื้อรัง

การช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดและลดอาการเจ็บปวดเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทั้งภายใต้การรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์และบทบาทอิสระ พยาบาลควรมีการจัดการความปวดโดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความปวด และให้ความช่วยเหลือทันที การจัดการความปวดในผู้ป่วยต้อ่อนอักเสบเรื้อรังประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินความปวด 2) การจัดการความปวดโดยใช้ยา 3) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 4) การสอนและให้ข้อมูล 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ 6) การเป็นตัวแทนผู้ป่วย และ 7) การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

การประเมินความปวด

การประเมินความปวดเป็นบทบาทสำคัญลำดับแรกในการจัดการความปวด การประเมินความปวดโดยการรับฟังและให้ความสนใจกับประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย การรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจประสบการณ์ความปวด การจัดการความปวดของผู้ป่วย และสามารถใช้เป็นกรอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁵ ผู้ป่วยต้อ่อนอักเสบเรื้อรังต้องประเมินความปวดอย่าง

เป็นระบบและครอบคลุมในประเด็นเกี่ยวกับชนิดและคุณลักษณะ ความถี่ และความรุนแรงของความปวด เนื่องจากความปวดในผู้ป่วยต้อ่อนอักเสบเรื้อรังแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยผู้ป่วยบางรายมีความปวดต่อเนื่อง แต่บางรายมีความปวดแบบเป็นๆ หายๆ¹⁶

การประเมินความปวดในผู้ป่วยต้อ่อนอักเสบเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม สำหรับเครื่องมือประเมินความปวดในปัจจุบันที่นิยมใช้ คือ มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) คะแนน 0-10 ซึ่งเป็นมาตรวัดที่ใช้ได้ง่ายมีความตรงเหมือนและความเที่ยงในการวัดซ้ำระดับดีมาก¹⁷ แต่มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขไม่สามารถบอกคุณลักษณะความถี่ รูปแบบ และปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นการประเมินความปวดในผู้ป่วยต้อ่อนอักเสบเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินมากกว่า 1 เครื่องมือ เครื่องมือประเมินความปวดฉบับย่อภาษาไทย (Brief Pain Inventory-Thai: BPI-T) เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่สามารถประเมินความปวดได้หลากหลายมิติ ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงและผลกระทบของความปวด ประเมินโดยให้คะแนน 0-10 (0 = ไม่กระทบ ถึง 10 = กระทบมาก) มาใช้ควบคู่กับมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และต้องกำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5¹⁸

พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรับรู้ต่อความปวดและการจัดการความปวดร่วมด้วย เพื่อให้สามารถประเมินความปวด

ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบเรื้อรังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของผู้ป่วยที่สำคัญคือภาวะจิตสังคม จากการศึกษาภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบจำนวน 692 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสถานะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความปวดที่เพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบเรื้อรัง¹⁹

ผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบเรื้อรังมีความจำเป็นต้องเข้ารับการทำหัตถการต่างๆ ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้น พยาบาลจะต้องประเมินความปวดทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง พยาบาลควรประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง แต่ในกรณี que ผู้ป่วยมีความปวดในระดับมาก พยาบาลจำเป็นต้องประเมินความปวดถี่ขึ้น เพื่อการจัดการความปวดที่เหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบเรื้อรังที่ได้รับยาแก้ปวด พยาบาลจำเป็นต้องประเมินความปวดก่อนได้รับยาแก้ปวดและหลังได้รับยาแก้ปวด 30-60 นาที นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะความปวดว่าเป็นความปวดพื้นฐาน หรือความปวดเป็นครั้งคราว หากมีความปวดเป็นครั้งคราวต้องประเมินสาเหตุความปวดว่าเกิดจากยาแก้ปวดมีขนาดไม่เพียงพอ ความปวดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือความปวดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่มีสิ่งกระตุ้น เนื่องจากความปวดที่

เกิดขึ้นแต่ละรูปแบบมีการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน¹⁰

2) การจัดการความปวดโดยการให้ยา
การให้ยาในผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดเป็นการจัดการความปวดที่ได้ผลดีและเป็นการรักษาความปวดลำดับแรกในผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการตีบหรือตันของท่อและเนื้อด้อยอ่อน² พยาบาลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยาตามลำดับชั้น 3 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก^{10,11} ผู้ป่วยด้อยอ่อนอักเสบเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักมีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก พยาบาลควรบริหารยาแก้ปวดตามเวลาและใช้หลักการบริหารยาแก้ปวดตามลำดับชั้น 3 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก โดยหลังให้ยาแก้ปวดพยาบาลต้องประเมินความปวดหลังได้ยาแก้ปวด 30-60 นาที หากพบว่าความปวดไม่ลดลง หรือ NRS \geq 7 คะแนน พยาบาลดำเนินการขั้นต่อไปคือ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนหรือให้ยาเพิ่มทันที หากผู้ป่วยมีความปวดลดลงบ้าง NRS 4-6 คะแนน พิจารณาบริหารยาแบบผู้ป่วยร้องขอ และหากความปวดลดลงเหลือระดับน้อย NRS \leq 3 คะแนน พยาบาลสามารถบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์¹⁰

นอกจากนี้ต้องสังเกตและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นที่สำคัญคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน²⁰ อาการท้องผูก พยาบาลควร

ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาว่ามีการสั่งใช้ยาครบถ้วนหรือไม่ หากไม่มีคำสั่งใช้ยาควรรายงานแพทย์ และต้องติดตามการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยทุกวัน การกวดการหายใจพยาบาลจำเป็นต้องติดตามระดับความง่วงซึมและอัตราการหายใจ หากผู้ป่วยมีระดับความง่วงซึม >2 คะแนน หรือหายใจ <10 ครั้งต่อนาที ต้องรายงานแพทย์เพื่อหยุดยา ปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และหากมีการกวดการหายใจรุนแรง จำเป็นต้องใช้ยาแก้พิษภายใต้คำสั่งการใช้ยาของแพทย์ เป็นต้น²¹

3) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นการบำบัดความปวดทางเลือกที่เป็นบทบาทอิสระสำคัญของพยาบาลมี 2 หลักการสำคัญคือ การบรรเทาความปวดด้วยหลักกลศาสตร์และการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม¹⁵ การเลือกใช้การบำบัดความปวดทางเลือกชนิดใดขึ้นอยู่กับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การนำหลักกลศาสตร์มาใช้บำบัดความปวดผู้ป่วยตัวอ่อนอีกเสบเรื้อรังโดยใช้หลายวิธีร่วมกันประกอบด้วย การนวดท้อง การทำซีกิง การกดจุด และการฝังเข็ม สามารถช่วยให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของม้าม ระบบไหลเวียนเลือด ระบบขับถ่าย และระบบเผาผลาญสารอาหาร ซึ่งสามารถช่วยควบคุมความปวดของผู้ป่วยตัวอ่อนอีกเสบได้²² นอกจากนี้การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและลดสิ่งรบกวน

ที่ไม่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน หรือจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยนอนหงายหรือก้มหน้ามาด้านหน้า และใช้หมอนประคองบริเวณท้อง ในท่าศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว เนื่องจากผู้ป่วยจะปวดมากในท่านอนหงาย⁶

4) การชี้แนะและให้ข้อมูล ข้อมูลสำคัญที่พยาบาลสอนและให้ข้อมูลผู้ป่วยตัวอ่อนอีกเสบเรื้อรังเพื่อช่วยบรรเทาความปวดคือ การใช้ยาแก้ปวดและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

4.1. การใช้ยาแก้ปวด ชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อุปสรรคต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยาแก้ปวดคือ กลัวตัวยาแก้ปวด กลัวติดยาแก้ปวด และกลัวไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้²³ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความปวด การรายงานความปวด การทำบันทึกความปวด การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด และผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลควรติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ หรือติดตามซ้ำในผู้ป่วยบางรายที่ยังคงมีคะแนนความปวดในระดับปานกลางถึงมาก¹⁰

4.2. การรับประทานอาหาร ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ที่เหมาะสมเนื่องจากสามารถช่วยลดความปวดได้ โดยผู้ป่วยดื่บอ่อนอีกเสบเรื้อรังควรรับประทานอาหารม้อเล็กๆ วันละ 4-8 ม้อ เนื่องจากสามารถช่วยลดความผิดปกติจากการหลังเอนไข่มจากดื่บอ่อนได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องจำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เพราะอาจส่งผลให้โรคมมีความก้าวหน้ามากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยดื่บอ่อนอีกเสบเรื้อรังมีการดูดซึมไข่มบกพร่อง จากการผลิตน้ำดีลดลง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับไข่มชนิดสายปานกลาง (Medium Chain Triglyceride: MCT) เนื่องจากการดูดซึมไข่มชนิดสายปานกลางสามารถผ่านเข้าสู่กระแสเลือดโดยไม่ต้องอาศัยน้ำดี ต่างจากไข่มธรรมดาซึ่งเป็นกรดไข่มสายยาวที่ต้องอาศัยน้ำดีในการย่อยและดูดซึม²⁴

4.3. หลีกเลี้ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในปริมาณมากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดดื่บอ่อนอีกเสบถึงแม้ว่ากลไกความปวดในผู้ป่วยดื่บอ่อนอีกเสบที่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ยังไม่แน่ชัด แต่การหยุดดื่มแอลกอฮอล์และหยุดสูบบุหรี่สามารถทำให้อาการปวดในผู้ป่วยดื่บอ่อนอีกเสบลดลงได้²⁵

5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยดื่บอ่อนอีกเสบเรื้อรังที่มีความปวดจะมีการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีศักยภาพ (powerlessness) หรือการกระทำของตนเองไม่เกิดผลตามที่มุ่งหวัง รู้สึกสูญเสียความรู้สึกในการควบคุมตนเองซึ่งเกิดจากความปวดที่รุนแรง กลไกความปวดที่ซับซ้อนไม่

สามารถจัดการแก้ไขได้ทันที และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย เป็นต้น ในระยะนี้หากพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยใช้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด เช่น การฝึกหายใจ การจัดทำ และการผ่อนคลาย อาจไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยมีแรงจูงใจต่ำ ในการปฏิบัติพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการจัดการความปวด พยาบาลช่วยชี้แนะและฝึกทักษะการจัดการความปวดและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการความปวดได้ หลังจากนั้นพยาบาลคอยพูดให้กำลังใจสนับสนุนการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยเพื่อช่วยลดความคับข้องใจซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างแรงจูงใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดเรื้อรัง สามารถช่วยให้ระดับความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการความปวดด้วยตนเองได้มากขึ้น²⁶

6) การเป็นตัวแทนผู้ป่วย ผู้ป่วยดื่บอ่อนอีกเสบเรื้อรังที่มีความปวด มีความทุกข์ทรมานจากความปวดเป็นอย่างมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก ที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาแก้ปวดอย่าง

เหมาะสมเป็นลำดับแรก² หากพยาบาลประเมินพบว่าหลังให้ยาแก้ปวดความปวดของผู้ป่วยไม่ลดลง หรือ NRS \geq 7 คะแนน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนผู้ป่วยโดยการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนหรือให้ยาเพิ่มทันที นอกจากนี้พยาบาลต้องสังเกตและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และการกดการหายใจ เป็นต้น หากมีผลข้างเคียงดังกล่าวพยาบาลต้องบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลพร้อมทั้งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการรายงานแพทย์เพื่อจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดก่อนและหลังการทำหัตถการโดยการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามความเหมาะสม เป็นต้น¹⁰

7) การสนับสนุนทางอารมณ์ ความปวดในผู้ป่วยระดับอ่อนแอกเสบเรื้อรังเป็นความปวดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าถึงคน ชีวิตครอบครัว และผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และแบบแผนการนอนหลับผิดปกติ¹ พยาบาลจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติถามข้อสงสัย ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการรับฟังประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ไม่ตีความ ให้การยอมรับและเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า รวมทั้งแสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย คอยอยู่เป็นเพื่อน ประเมินและติดตามความปวด ผลของการ

จัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยระดับอ่อนแอกเสบเรื้อรัง

จากกรณีศึกษา (Table 1) พบว่า ในช่วงวันที่ 18-22 พ.ย. 58 ผู้ป่วยมีความปวดระดับมาก NRS 7-10 คะแนน สาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบในน้ำดี ทำให้ความปวดของผู้ป่วยรุนแรง ถึงแม้จะให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรง แต่พบว่า หลังให้ยากกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรงแบบฉีด บริหารยาแบบตามเวลาทุก 3 ชั่วโมงและเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 2 ชั่วโมง คะแนนความปวดยังคงอยู่ในระดับมาก จากการวิเคราะห์พบว่าหลังฉีดยากกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรงตามเวลา ผู้ป่วยสามารถพักหลับได้ช่วงสั้นๆประมาณ 1 ชั่วโมง และเริ่มมีความปวด NRS 5-7 คะแนน แต่ยาแก้ปวดที่บริหารแบบผู้ป่วยร้องขอจะให้ทุก 2 ชั่วโมง นั้นแสดงให้เห็นว่าปริมาณยาในแต่ละครั้งอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย

จากกรณีศึกษาในช่วงแรกผู้ป่วยมีระดับคะแนนความปวดในระดับมาก พยาบาลได้ใช้บทบาทอิสระในการจัดการความปวดโดยการจัดทำและฝึกให้ผู้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด แต่ระดับคะแนนความปวดยังคงอยู่

ระดับมาก อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีความปวดในระดับมาก การจัดการความปวดที่เหมาะสม คือ การจัดการกับสาเหตุของความปวดร่วมกับการให้ยาแก้ปวดอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับระดับความปวด บทบาทของยาบรรเทาอาการใช้ร่วมกับการจัดการความปวดด้านอื่นๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยพบว่า ช่วงวันที่ 23 พ.ย.-3 ธ.ค. 58 ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อดีขึ้น และระบายน้ำถุงน้ำทียมตับอ่อน ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง NRS 4-6 คะแนน แพทย์ได้ปรับเปลี่ยนยาแก้ปวดเป็นกลุ่มโอปิออยด์ชนิดอ่อน ร่วมกับการใช้ยาเสริม หลังให้ยาระดับคะแนนความปวดลดลงในระดับน้อย การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามบทบาทอิสระของพยาบาลจึงมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง

นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องจัดการปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปวด ได้แก่ ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างครอบคลุม โดยการให้ข้อมูล การจัดสิ่งแวดล้อม พุดคุยให้กำลังใจและอธิบายผลการรักษาให้ผู้ป่วยรับทราบเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เต็มที่ จากการประเมินผลการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากหัวข้อการประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ การให้ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการความปวด การให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ของยาแก้ปวด และการจัดการความปวดโดยรวม มีความพึงพอใจระดับปานกลางในหัวข้อการมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาความปวดร่วมกับแพทย์/พยาบาล

Table 1 Factors of pain and pain management in case study.

Date	factors of pain	pain management	Numerical Rating Scale	
			Before pain management	After pain management
18-22	-Inserted	-Strong opioids	7-10	5-7
Nove	percutaneous	intravascular		
mber	pancreatic	around the clock		
2015	pseudocys	every 3 hours		
	-Endoscopic	and prn every 2		
	retrograde cholangio	hours		
	pancreatography	- Position		
	- Infected with gram-	management		

Date	factors of pain	pain management	Numerical Rating Scale	
			Before pain management	After pain management
23	negative bacteria in the bile - Insomnia - Anxiety - Environment	- Relaxation technique		
23	- Infected with gram-	- Weak opioids	4-6	0-3
November - 3	negative bacteria in the bile - Insomnia - Anxiety - Environment	oral around the clock every 6 hours - Adjuvant drugs including: 1) antidepressant and 2) anticonvulsants - Position management - Environmental management - Encouragement talk and explain the results of treatment for patients to acknowledge		
December 2015				

สรุป

ความปวดเป็นประสบการณ์อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังซึ่งมีกลไกที่ยุกยากซับซ้อน ยากในการจัดการ และต้องใช้การจัดการความปวดหลายวิธีด้วยกันทั้งบทบาทร่วมกับแพทย์ผู้รักษาและบทบาทอิสระของพยาบาล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในการจัดการความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย และพยายามตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในการบรรเทาความปวดให้มากที่สุด การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดโดยรวมในระดับมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Goulden MR. The pain of chronic pancreatitis: A persistent clinical challenge. *Br J Pain*. 2013; 7(1): 8-22.
2. Anderson MA, Akshintala V, Albers KM, Amann ST, Belfer I, Brand R, et al. Mechanism, assessment and management of pain in chronic pancreatitis: recommendations of a multidisciplinary study group. *Pancreatology*. 2016; 16(1): 83-94.

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการปรับเปลี่ยนการพยาบาลเพื่อจัดการอาการปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีอาการปวด โดยมีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อการจัดการอาการปวดให้เหมาะสมกับระดับความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

กรณีศึกษาการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบ คณะผู้เขียนขอขอบพระคุณ รศ.ดร. กิตติกร นิลมานันต์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. Gardner TB, Kennedy AT, Gelrud A, Banks PA, Vege SS, Gordon SR, et al. Chronic pancreatitis and its effect on employment and health care experience: Results of a prospective American multicenter study. *Pancreas*. 2010; 39(4): 498-501.
4. Jongsma ML, Postma SA, Souren P, Arns M, Gordon E, Vissers K, et al. Neurodegenerative properties of chronic pain: cognitive decline in patients with chronic pancreatitis. *PLoS One*. [serial on

- the internet] 2011 [cited 2015 May 15]; 6(8): e23363. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21876748>
5. Poulsen JL, Olesen SS, Malver LP, Frokjaer JB, Drewes AM. Pain and chronic pancreatitis: a complex interplay of multiple mechanisms. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(42): 7282-91.
 6. Sunthorn C, Rangas R. *gastrointestinal disorders and Treatment 3*. Bangkok: Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2006. (in Thai)
 7. Ceyhan GO, Bergmann F, Kadihasanoglu M, Altintas B, Demir IE, Hinz U, et al . Pancreatic neuropathy and neuropathic pain: a comprehensive pathomorphological study of 546 cases. *Gastroenterology.* 2009; 136(1): 177-86.
 8. Bornman P C, Marks IN, Girdwood AW, Berberat PO, Gulbinas A, Buchler MW, et al. Pathogenesis of pain in chronic pancreatitis: ongoing enigma. *World J Surg.* 2003; 27(11): 1175-82.
 9. Simons LE, Elman I, Borsook D. Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014; 39(2): 61-78.
 10. Wongchan P. *Best Nursing Practice in cancer*. Songkhla: Chan Muang Printing. 2554. (in Thai)
 11. Paisley P, Kinsella J. Pharmacological management of pain in chronic pancreatitis. *Scott Med J.* 2014; 59(1): 71-9.
 12. Sikkens EC, Cahen DL, Kuipers EJ, Bruno MJ. Pancreatic enzyme replacement therapy in chronic pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010; 24(3): 337-47.
 13. Goodman AJ, Gress FG. The endoscopic management of pain in chronic pancreatitis. *Gastroenterol Res Pract.* [serial on the internet] 2012 [cited 2015 Oct 15];2012: 860879. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/grp/2012/860879/30>
 14. Duffy JP, Rebe HA. Surgical treatment of chronic pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2002; 9(6): 659-68.
 15. Kittikorn N. *The end of life care*. Songkhla: Chan Muang Printing. 2555. (in Thai)
 16. Mullady DK, Yadav D, Amann ST, O'Connell MR , Barmada MM, Elta GH, et al. Type of pain, pain-associated complications, quality of life, disability and resource utilisation in chronic pancreatitis: a prospective cohort study. *Gut.* 2011; 60(1): 77-84.
 17. Suparp S. Psychometric properties of pain intensity scales comparing among

postoperative adult patients, elderly patients without, and with early cognitive impairment. [M.N.S. Thesis in Adult Nursing]. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, 2008. (in Thai)

18. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai version of brief pain inventory (BPI-T) in cancer patients. *J Med Assoc Thai*. 2009; 92(1): 34-40. (in Thai)

19. Balliet WE, Edwards-Hampton S, Borckardt JJ, Morgan K, Adams D, Owczarski S, et al. Depressive symptoms, pain, and quality of life among patients with non-alcohol-related chronic pancreatitis. *Pain Res Treat*. [serial on the internet] 2012 [cited 2016 May 10] 2012: e978646. Available from <https://www.hindawi.com/journals/prt/2012/978646/>

20. Ewan M, Nathalie H, Ruth AF, Kyle B, Maria G, Priscilla WC, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. *J Pain*. 2003; 4(5): 231-56.

21. Ramsin B, Andrea MT, Sukdeb D, Ricardo B, Rajive A, Nalini SL, et al. Opioid

complications and side effects. *Pain Physician*. 2008;11(2 Suppl): S105-20.

22. Cormack CM. A multifaceted integrative approach to healing chronic pancreatitis. [Internet]. 2008 [cited 2015 Mar 5]. Available from http://www.acupuncture.com/news_letters/m_aug08/pancreatitis.htm

23. Wimukda W, Wongchan P, Kittikorn N. Barriers to pharmacological management of cancer pain: a comparison of beliefs between patients and caregivers. *Thai J of Nursing Council*. 2008; 23(2): 70-81. (in Thai)

24. Drewes AM. Understanding and treatment of chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2013; 19(42): 7219-21.

25. Chauhan S, Forsmark CE. Pain management in chronic pancreatitis: a treatment algorithm. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2010; 24(3): 323-35.

26. Tse MM, Vong SK, Tang SK. Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomized controlled study. *J Clin Nurs*. 2013; 22(13-14): 1843-56.