



- FACT SHEET No.6

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมและการรักษา สำหรับทั้งภาวะปวดเฉียบพลันและปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด

วงการแพทย์มีข้อสังเกตมานานแล้วว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังต่อการรักษาอาการปวดหลังการเจ็บป่วยหรือผ่าตัดว่าจะหายดีเร็วขึ้น ก็มักจะหายจากอาการปวดได้เร็ว [3] ต่อมา เมื่อการดูแลรักษาอาการปวดเฉียบพลันแยกออกมาจากการดูแลอาการปวดหลังการผ่าตัดแล้ว การศึกษาวิจัยในทุกวันนี้ก็ยังคงยืนยันผลว่า ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและจิตใจมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแลรักษาอาการปวดเฉียบพลัน [15] ดังนี้

- การศึกษาวิจัยแบบ Controlled trials ตั้งแต่ 50 ปีก่อน รายงานว่า ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมของกลุ่มสังคมมากกว่าหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อทีมผู้รักษามากกว่า จะตอบสนองต่อยาหลอกที่ให้เพื่อลดปวดหลังผ่าตัดได้มากกว่า สะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลทางจิตใจสำหรับการลดปวด [10]
- หลายปีต่อมา มีการศึกษาวิจัยความปวดหลังการผ่าตัดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดต่างๆ รวมทั้งระดับของอาการปวดและความยาวนานของอาการปวดที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มที่ไม่ได้ข้อมูล พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนจะลดความจำเป็นในการใช้ยา morphine analgesia [4]
- นอกจากนี้ยังพบปัจจัยก่อนหน้าการผ่าตัดและปัจจัยในการเตรียมการผ่าตัด ส่งผลต่อประสบการณ์อาการปวดของคนไข้หลังผ่าตัดต่างๆกัน ความหลากหลายมีตั้งแต่สบายใจดี ไล่ไปจนวิตกกังวลถึงเครียดอย่างที่สุด คนไข้แต่ละรายจะอยู่ใน spectrum นี้ดีมากบ้างน้อยบ้าง กล่าวคือ
- ทางซ้ายฝั่งหนึ่งเป็นคนไข้วิตกกังวลสูง ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาว่าจะเกิดอะไรขึ้น มีคนเป็นที่พึ่งได้น้อย ไม่มั่นใจต่อทีมผู้รักษาหรือวงการแพทย์

มักจะคิดวิตกกังวลไปเกินเหตุอย่างรุนแรง(catastrophizing) เกี่ยวกับอาการปวด
ไม่เชื่อมั่นว่าจะควบคุมสถานการณ์ได้ อีกทั้งไม่แน่ใจเรื่องร่างกาย
จะฟื้นฟูดพจนกลับไม่ทำงานได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงกลุ่มคนไข้ที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดในกลุ่ม opioid (ขนาดที่สูงและใช้เป็นระยะเวลาานาน) มาก่อนผ่าตัด

- ทางอีกขั้วหนึ่งที่สุขภาพจิตดี เป็นผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพดีกับครอบครัวและผู้ดูแล มีความหวังที่ดีในการรักษา เชื่อว่าสถานการณ์ควบคุมจึงผ่อนคลาย และมีแรงจูงใจที่จะพยายามกลับไปใช้ชีวิตได้ดีเหมือนก่อนผ่าตัด

คุณสมบัติที่กล่าวมาบางชนิดเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ติดตัวมาแต่เดิม (traits) แต่ส่วนใหญ่เป็นคุณลักษณะที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ การศึกษาวิจัยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(และความคิด)เป็นปัจจัยลดภาวะปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัด รวมทั้งปัญหาอื่นๆเช่นความวิตกกังวลลงได้ [6,12,20]

สำหรับการรักษาเชิงพฤติกรรม นอกจากการให้สุขศึกษาแก่คนไข้ ยังรวมถึง

- เอกสารหรือบทสนทนาที่มีเนื้อหาและถ้อยคำซึ่งช่วยให้คนไข้ปรับมุมมองให้ลดความสยดสยองน่ากลัวของหัตถการ เช่น ใช้คำว่า “จะรู้สึกไม่สบายตัว ตรงจุดนี้” แทน “เจ็บตรงที่เข็มทิ่มลงไป”
- เทคนิค “สะกดจิต” ซึ่งในที่นี้หมายถึง บทพูดด้วยน้ำเสียงที่ลอบประโลมเพื่อสร้างความเชื่อมั่น(Hypnotic suggestion) หรืออาจจะสอนบทพูดให้คนไข้ใช้ลอบตัวเองเพิ่มความเชื่อมั่น(autosuggestion) [9]
- เทคนิคของจิตบำบัด เช่น Cognitive behavioral techniques และ guided imagery
- เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ชวนให้สนใจสิ่งอื่น (distraction) การฟังเพลง ดูภาพเคลื่อนไหว ฯลฯ
- เทคนิคเพื่อความผ่อนคลาย (Relaxation) เช่น biofeedback หรือ breathing exercises ที่ควบคุมลมหายใจ
-

ภาวะปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด Chronic Postsurgical Pain (CPSP)

ภาวะนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วย10-20%ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด โดยค่าสถิติที่ได้นี้แปรผันตามวิธีเก็บข้อมูล หัตถการที่ทำและกลุ่มประชากรที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลให้อาการปวดหลังผ่าตัดแบบเฉียบพลันกลายเป็นแบบเรื้อรังนั้นเป็นเครื่องซับซ้อนเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม [5] กระแสสัญญาณความปวดถูกส่งจากเนื้อเยื่อที่เกิดปัญหาผ่านเข้าระบบประสาทส่วนกลางซึ่งปัจจัยทางจิตใจส่งผลปรับเปลี่ยนสัญญาณนี้รวมเข้ากับเรื่องอารมณ์และความคิดความจำกลายเป็นประสบการณ์ของการปวด และประสบการณ์นี้เกิดเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล แตกต่างกันในแต่ละคน

ปัจจัยทางจิตใจที่พยากรณ์ภาวะปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด ได้แก่

- 1 ภาวะซึมเศร้าที่มีก่อนผ่าตัด (Preoperative depression) [11]
- 2 ภาวะวิตกกังวลที่มีก่อนผ่าตัด (Preoperative anxiety) [17]

- 3 ความคิดแง่ลบเกินเหตุที่มีก่อนผ่าตัด (Preoperative pain catastrophizing) [16,17]
 - 4 เคยเกิดปัญหาทางใจหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มากก่อนผ่าตัด (Preoperative posttraumatic stress disorder symptoms) [8]
 - 5 หวาดกลัวการผ่าตัดเป็นอย่างมาก (Preoperative fear of surgery) [13,18]
 - 6 ภาวะกลัวการต้องขยับเคลื่อนไหวตัว (Early postsurgical kinesiophobia) [2,14]
- ภาวะที่กล่าวถึงนี้อาจพบได้ร่วมกันและเสริมปัจจัยเสี่ยงต่ออาการปวดนอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่พบอีกคือ อายุที่น้อย และเป็นเพศหญิง ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดยังขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด ส่วนปัจจัยทางสังคมส่งผลเสียผ่านปัจจัยทางจิตใจทำให้เพิ่มปัญหามากขึ้น

การรักษาและป้องกันภาวะปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด (Evidence-Based Treatments to Prevent CPSP)

ปัจจุบันการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรักษาภาวะนี้ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันผลได้ชัดเจน แต่มีการรักษาที่เรียกว่า **cognitive-behavioral-based physical therapy** ใช้เวลา 6 สัปดาห์ รายงานผลการรักษาในองค์กรรวมที่ได้ผลดี[1] นอกจากนี้ การบำบัดรักษาแบบอื่นๆ ที่เน้นความสัมพันธ์เชิงองค์รวมระหว่างจิตใจกับร่างกาย เช่น mind-body interventions [19] หรือ hypnosis [7] ก็รายงานว่า ให้ผลลดอาการปวด ลดความพิการ ปรับอารมณ์ให้สมดุลขึ้น ทั้งในกรณีที่เป็นอาการปวดเฉียบพลันและปวดหลังการผ่าตัด การบำบัดรักษาเหล่านี้ยังเป็นที่ต้องการเพื่อตอบสนองผู้ป่วยภาวะนี้เพราะแต่ละปีมีการผ่าตัดเกิดขึ้นหลายล้านครั้ง โอกาสเกิดภาวะปวดภายหลังการผ่าตัดขึ้นจึงพบได้มากมาย นอกจากการใช้ยาแล้ว การรักษาโดยปรับเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมและความคิดจึงจำเป็นสำหรับการบริการอย่างมาก

REFERENCES

- [1] Archer KR, Devin CJ, Vanston SW, Koyama T, Phillips SE, George SZ, McGirt MJ, Spengler DM, Aaronson OS, Cheng JS, Wegener ST. Cognitive-behavioral-based physical therapy for patients with chronic pain undergoing lumbar spine surgery: a randomized controlled trial. *J Pain* 2016;17:76–89.
- [2] Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley LH, 3rd, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *Spine J* 2014;14:759–67.
- [3] Benedetti F. *The patient's brain*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- [4] Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor-patient rapport. *N Engl J Med* 1964;270:825–7.
- [5] Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev Neurother* 2009;9:723–44.
- [6] Kay E. Hypnosis and the relaxation response. In: Ferrante FM, VadeBoncoeur TR, editors. *Postoperative pain management*. New York: Churchill Livingstone; 1993. p. 477–84.
- [7] Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y, Johnson A, Fisher W, Kekecs Z, Elkins G. Hypnosis for acute procedural pain: a critical review. *Int J Clin Exp Hypn* 2016;64:75–115.

- [8] Kleiman V, Clarke H, Katz J. Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Res Manag* 2011;16:169–77.
- [9] Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355:1486–90.
- [10] Lasagna L, Mosteller F, von Felsinger JM, Beecher HK. A study of the placebo response. *Am J Med* 1954;16:770–9.
- [11] Lewis GN, Rice DA, McNair PJ, Kluger M. Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2015;114:551–61.
- [12] Peck CL. Psychological factors in acute pain management. In: Cousins MJ, Phillips GD, editors. *Acute pain management*. New York: Churchill Livingstone; 1986. p. 251–74.
- [13] Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, Marcus MA, Vlaeyen JW, van Kleef M. Somatic and psychological predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg* 2007;245:487–94.
- [14] Roelofs J, van Breukelen G, Sluiter J, Frings-Dresen MH, Goossens M, Thibault P, Boersma K, Vlaeyen JW. Norming of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and various countries. *Pain* 2011;152:1090–5.
- [15] Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. *Acute pain management: scientific evidence*, 4th ed. Melbourne: ANZCA & FPM; 2015.
- [16] Sullivan M. The Pain Catastrophizing Scale user manual. Available at: http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pccs/PCSMannual_English.pdf. 2009.
- [17] Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain* 2012;28:819–41.
- [18] Theunissen M, Peters ML, Schouten EG, Fiddelaers AA, Willemsen MG, Pinto PR, Gramke HF, Marcus MA. Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLoS One* 2014;9:e100225
- [19] Vranceanu AM, Hageman M, Strooker J, ter Meulen D, Vrahas M, Ring D. A preliminary RCT of a mind body skills based intervention addressing mood and coping strategies in patients with acute orthopaedic trauma. *Injury* 2015;46:552–7.
- [20] Williams DA. Acute pain (with special emphasis on painful medical procedures). In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. New York: Guilford Press; 1999. p. 151–63.

AUTHORS

Beth Darnall, PhD Clinical Associate Professor
Stanford University School of Medicine Department of Anesthesiology, Perioperative and Pain Medicine Palo Alto, Calif., USA
Robert I. Cohen, MD
Pain Medicine Consulting
Newton Center, Mass., USA

REVIEWERS

Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)
Professor of Public Health and Community Medicine



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

Professor of Anesthesiology and Medicine
Founding Director, Tufts Program on Pain Research, Education, and Policy
Boston, Mass., USA

Martin D. Cheatle, PhD
Associate Professor and Director, Pain and Chemical Dependency Program
Department of Psychiatry
Perelman School of Medicine
University of Pennsylvania
Philadelphia, Pa., USA

ผู้แปล
ภชงค์ เหล่าจิสวัสดิ์ พ.บ. ว.ว.(สาขาจิตเวชศาสตร์)
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกี่ยวกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ
(International Association for the Study of Pain®)

IASP
เป็นแหล่งชั้นนำที่มีบุคคลหลายอาชีพเพื่อเสนองานวิชาการวิทยาศาสตร์ การปฏิบัติ และการศึกษาในวิชาการด้านความปวด [เปิดรับสมาชิกสำหรับทุกอาชีพ](#) ที่เกี่ยวข้องในการวิจัย การวินิจฉัย หรือรักษาความปวด IASP มีสมาชิกมากกว่า 7,000 คนใน 133 ประเทศ 90 สมาคมแห่งประเทศไทย และ 20 กลุ่มที่สนใจเรื่องเฉพาะด้านของความปวด

ในฐานะของปีสากลแห่งการต่อต้านความปวดหลังการผ่าตัด IASP มีชุดของเอกสารข้อเท็จจริง (Fact Sheets) ครอบคลุมหัวข้อที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด เอกสารเหล่านี้ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆและสามารถดาวน์โหลดได้ฟรี เยี่ยมชม www.iasp-pain.org/globalyear สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.