



• FACT SHEET No. 8

การจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ

จำนวนผู้ป่วยสูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว และโอกาสที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะเข้ารับการผ่าตัดมักจะมีสูงกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มอายุอื่นๆ แต่อย่างไรก็ดี การให้การระงับปวดหลังการผ่าตัด อย่างมีคุณภาพมักได้รับการมองข้ามในผู้ป่วยเหล่านี้ สาเหตุอาจเนื่องมาจากการรายงาน ที่ผิดพลาด หรือความเข้าใจผิด และ พื้นฐานความรู้ที่ไม่มากพอในกลุ่มบุคลากร ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มอายุนี้ บางส่วนมีความผิดปกติของการรับรู้ (Cognitive impairment) อาการอื่นๆจากการรับรู้ความรู้สึกปวดและผลพวงจากความปวด ที่ไม่ปกติเหมือนกลุ่มอายุอื่นๆ [1,8]

นอกเหนือจากนั้น การให้การระงับปวดหลังการผ่าตัดที่ไม่ดีพอ อาจมีผลกระทบต่อ การรับรู้ อารมณ์ การทำงานของร่างกาย และ ผลต่อการเข้าสังคมได้ [5,6,8]

แนวทางการให้การระงับปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence-guided

ถึงแม้จะมีหลักฐานความรู้อีกมากมายที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อปรับใช้ในการปฏิบัติได้ แต่ประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงความสนใจในเรื่องนี้ จากผู้มีส่วนร่วมหลายๆกลุ่ม ทำให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาความปวดโดยหลักฐานเชิงประจักษ์ขยายวงกว้างขึ้นอย่างรวดเร็ว และถูกนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติของผู้ป่วยกลุ่มอายุนี้ ตัวอย่างความรู้ เช่น ผู้สูงอายุมีการลดลงของ descending inhibitory pathways ที่ช่วยลดอาการปวดจากการกระตุ้นต่อเนื้อหรือซ้ำๆของ peripheral nociceptive

หลักฐานจากประชากรทุกเพศทุกวัยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุสามารถช่วยให้แพทย์ประเมินและรักษาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิมและนำไปสู่ระบบการบริหารที่ดีเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลความปวดที่เหมาะสม [5,6]

การประเมินผู้ป่วย

- การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา การซักประวัติที่เป็นมาตรฐาน การทบทวนระบบต่างๆของร่างกาย (Review of systems) เพื่อที่จะทราบถึงความปวดที่มีก่อนหน้า และโรคของผู้ป่วยทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดนั้นๆ แต่อาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกการรักษาแบบทั้งเทคนิค ุ้ช้ำ และไม่ใช้ช้ำ (เช่น psychobehavioral) [8,9]
- การทบทวนระบบการรับรู้ (cognitive) รวมถึง ความจำ และระบบอื่นๆที่อาจมีผลต่อ เกสัชจลศาสตร์ และ เกสัชพลศาสตร์ เช่น การหายใจ การทำงานของหัวใจ ตับ ไต และ ต่อมไร้ท่อ การประเมินเหล่านี้จะทำให้มีการชั่งเรื่องประโยชน์และโทษจากการได้รับยาต่างๆ ควรทบทวนถึงโรคอื่นที่ได้รับการรักษา อยู่ โดยเฉพาะ การรักษาประเภทเคมีบำบัด จะทำให้การทำงานของปอด และ หัวใจเปลี่ยนไป ช้ำยังอาจมีผลต่อการรับรู้ของเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) เหมือนในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาหรือการผ่าตัดมาก่อนหน้า อาจมีภาวะปวดจาก neuropathic
- ประวัติการรักษาเป็นส่วนสำคัญที่ต้องใช้ในการวางแผนให้การระงับปวดหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยสูงอายุ ประวัติการใช้ยา opioid มาก่อนอาจเกิดภาวะดี้อ จึงต้องวางแผนในการปรับใช้ยา opioid นี้ [6,8] Fact Sheets อื่นๆ มีการกล่าวถึง
- ในกรณีผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวใดๆ การตรวจเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และภาพรังสีที่เป็นตามช่วงอายุ อาจบ่งชี้ให้เห็นถึงการทำงานของอวัยวะต่างๆ และความผิดปกติที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการให้และปรับยาแก้ปวด
- อายุตามจริงของผู้ป่วย การทำงานของระบบการรับรู้ของสมอง การทำงานของร่างกาย และ อาการปวดเรื้อรังของผู้ป่วย ควรมีการประเมินอย่างถูกต้อง ดังนั้น การตรวจร่างกายจึงไม่ใช่เป็นเพียงแค่ผู้ป่วยสามารถถามตอบหรือแค่เดินไปมาได้ แต่เป็นการมองหาความผิดปกติของระบบประสาทที่ผิดปกติเฉพาะที่หรือทั่วไป

การประเมินหลังการผ่าตัด

- นอกเหนือจากการวัดความปวดเป็นคะแนนชนิด Numerical pain intensity หรือ Visual analogue scores ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ยังแนะนำให้ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้เพิ่มเติมหรือทดแทนได้
 - การประเมินจากการสังเกต และการประเมินจากพฤติกรรม รวมทั้งอาการแสดงของความปวดที่ไม่ใช่คำพูด [11,13,15]
 - การประเมินโดย Verbal descriptive categorical scales หรือ การประเมินจาก faces scales [4,16]
- ควรมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ [9]
 - ไม่ควรปลุกผู้ป่วยมาเพื่อการประเมินระดับความปวด ยกเว้นมีความจำเป็นที่จะประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อป้องกันการกดการหายใจจากยา opioid ที่มากเกินไป

- ประเมินความปวด ขณะมีการขยับ หรือ ทำงานของร่างกายที่จำเป็น เช่น การไอ ว่าทำได้ลดลงจากความปวดหรือไม่

การให้การรักษา

การรักษาความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการวางแผน แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับ ปัจจัยต่างๆ ไม่แตกต่างกับการวางแผนการรักษาคนไข้กลุ่มอายุอื่น การวางแผนการรักษาควรประกอบด้วย:

- ควรมีการจดบันทึก หรือจดแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยให้บุคลากรที่ร่วมรักษาทุกฝ่าย สามารถอ่านได้ [5,9]
- ตั้งเป้าหมายการรักษาที่น่าจะเป็นไปได้จริง จากการประชุมกันระหว่าง แพทย์ ผู้ป่วย และ ญาติ [5]
- รักษาโดยวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา ร่วมกันทุกครั้งถ้าทำได้ [5,9]

การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Nonpharmacological modalities) ประกอบไปด้วย:[9]

- การให้ความรู้ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสิ่งใดในแต่ละขั้นตอนของการพักฟื้น
- ใช้การสื่อสารแบบประคับประคองและเห็นใจ
- เทคนิค psychobehavioral ประกอบด้วย การทำ cognitive behavioral therapy, mindfulness การผ่อนคลาย และการสะกดจิต
- การสัมผัสเพื่อการรักษา supportive, soothing touch
- การรักษาด้วยการประคบเย็น และร้อน
- การรักษาด้วยเสียงเพลง
- การรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นปลายประสาท Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)
- การนวดเพื่อการรักษา
- กายภาพบำบัด
- การฝังเข็ม

การรักษาแบบใช้ยา ประกอบไปด้วย:

- การเริ่มยาควรเป็นแบบ “Start low and go slow” คือเริ่มยาขนาดต่ำ และค่อยๆเพิ่มซ้ำๆ [5,6] ในขณะที่เดียวกันต้องไม่ให้ยาน้อยเกินไป
- พยายามคิดถึงโรค กลุ่มอาการ หรืออาการที่เกิดจากการใช้ยาที่พบบ่อย เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษา เช่น การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทจาก การนอนหลับไม่พอ การนอนแปลกที่ หรือผลจากภาวะสมดุลเกลือแร่ที่ผิดปกติจากยา
- พยายามใช้การฉีดยาเข้าหลอดเลือดมากกว่าการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ [5]
- เปลี่ยนจากการฉีดยา เป็นยารับประทาน ทันทีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้อย่าง ปลอดภัย (ไม่อาเจียน) [5]
- ฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และยาเกินขนาดอย่างใกล้ชิด [9]
- ฝ้าระวังการทำงานของตับและไตอย่างใกล้ชิด เนื่องจาก ช่วงหลังผ่าตัดอาจมีการเสียเลือด ขาดน้ำ หรือการให้ยาในกลุ่ม NSAIDs มาก่อนการให้หลังผ่าตัดจึงทำให้เกิดปัญหาต่อไต
- เลือกใช้ยาในกลุ่ม opioid สำหรับความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และใช้ยาในกลุ่มอื่นในความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง [5,9]

- นึกถึงการให้ preemptive analgesia
- ให้ยาแก้ปวดในปริมาณที่เพียงพอก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด [5,9]

ยาแก้ปวดที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ

- **Acetaminophen** [1,3,5,6,10,12,14]
 - เป็นยากลุ่มแรกที่ควรเลือกใช้ เนื่องจากได้ผลดีและปลอดภัย โดยเฉพาะเมื่อใช้รักษาความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง
 - ไม่ควรใช้ยาเกินขนาดสูงสุด 4 กรัม ใน 24 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยขาดสารอาหาร อายุมากกว่า 80ปี ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง ไม่ควรใช้เกิน 2-3 กรัมใน 24 ชั่วโมง
 - ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคตับ

NSAIDs [6,9,10,12]

- ถึงแม้ว่าจะเป็นยาที่ได้ผลดีแต่เป็นยาที่ต้องระวังผลข้างเคียงจากการใช้
- ใช้ในปริมาณที่น้อยและในระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- ฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ถึงผลข้างเคียงระบบทางเดินอาหาร ไต และภาวะหลง สับสน delirium

Opioids [2,6,8]

- มักใช้ในรูปแบบฉีด หรือใช้ทางช่องไขสันหลังในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด
- ใช้เครื่องบริหารยาด้วยตนเอง (patient controlled analgesia) ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ปกติ
- ในผู้ป่วยสูงอายุ จะมีความไวต่อผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ โดยเฉพาะ อาการง่วงซึม เนื่องจากผลของเภสัชจลศาสตร์ที่เปลี่ยนไป ทำให้ยาถูกขับออกช้า และ เภสัชพลศาสตร์ที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางการรับรู้อยู่แล้ว หรืออาจเกิดจากโรคอื่น ๆ ทำให้ไวต่อยา เช่น โรคปอด หรือ ความผิดปกติของเกลือแร่
- ฝ้าระวังการง่วงซึมและการกดการหายใจ ท้องผูกและปัสสาวะไม่ออก
- พยายามลดการใช้เมื่อไม่จำเป็น เพื่อป้องกันการใช้ระยะยาว หรือการนำกลับไปใช้ที่บ้าน

Regional analgesia [6,7,12]

- การให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่นการให้การระงับความรู้สึกทางช่อง ไขสันหลัง ทำให้สามารถระงับปวดได้ตรงจุด
- ใช้การระงับความรู้สึกที่เส้นประสาทส่วนปลายเมื่อมีโอกาส
- การให้ยาชาร่วมกับ opioid เป็นการให้ multimodal analgesia
- บุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเช่น พยาบาล ควรได้รับการสอนให้ดูแล เครื่องให้ยาชา สำหรับการให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน

Multimodal analgesia [6,12]



© 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.

- เป็นวิธีการรักษาโดยให้ยาหลายกลุ่ม เช่น ketamine ในปริมาณต่ำ ยากันชัก เพื่อให้มีการระงับความปวดที่ดีขึ้น ทั้งจากการ additive หรือ synergist ทั้งยังทำให้ใช้ยากกลุ่มอื่น โดยเฉพาะ opioid น้อยลง และผลข้างเคียงจึงน้อยลงตามมา

การวางแผนการระงับปวดเมื่อให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

- ควรมีการสื่อสารกับทั้งผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลหลัก
- มีการให้เอกสารแสดงยาแก้ปวดที่ใช้ทั้งหมดและวิธีใช้รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดแยกกันอย่างละเอียด
- ใช้ การรักษาแบบไม่ใช้ยาาร่วมด้วย
- ให้ชื่อที่ติดต่อได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดและไม่บรรเทาด้วยยาที่นำกลับบ้าน

REFERENCES

- [1] Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson L, Schofield P; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42(Suppl 1):i1–57.
- [2] Aubrun F. Management of postoperative analgesia in elderly patients. *Reg Anesth Pain Med* 2005;30:363–79.
- [3] Bollinger AJ, Butler PD, Nies MS, Sietsema DL, Jones CB, Endres TJ. Is scheduled intravenous acetaminophen effective in the pain management protocol of geriatric hip fractures? *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2015;6:202–8.
- [4] Brown D. Pain assessment with cognitively impaired older people in the acute hospital setting. *Rev Pain* 2011;5:18–22.
- [5] Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016;17:131–57.
- [6] Falzone E, Hoffmann C, Keita H. Postoperative analgesia in elderly patients. *Drugs Aging* 2013;30:81–90.
- [7] Halaszynski TM. Pain management in the elderly and cognitively impaired patient: the role of regional anesthesia and analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22:594–9.
- [8] Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med* 2001;17:457–78.
- [9] Horgas AL, Yoon SL, Grall M. Pain management. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editors. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice, 4th ed. New York: Springer; 2012. p. 246–67.
- [10] Karani R, Meier DE. Systemic pharmacologic postoperative pain management in the geriatric orthopaedic patient. *Clin Orthop Relat Res* 2004;425:26–34.
- [11] Licht E, Siegler EL, Reid MC. Can the cognitively impaired safely use patient-controlled analgesia? *J Opioid Manag* 2009;5:307–12.
- [12] McCartney CJ, Nelligan K. Postoperative pain management after total knee arthroplasty in elderly patients: treatment options. *Drugs Aging* 2014;31:83–91.

[13] McDonald DD, Molony SL. Postoperative pain communication skills for older adults. West J Nurs Res 2004;26:836–52.

[14] McNicol ED, Ferguson MC, Haroutounian S, Carr DB, Schumann R. Single dose intravenous paracetamol or intravenous propacetamol for postoperative pain. Cochrane Database Syst Rev 2016;5:CD007126.

[15] Rakel B, Herr K. Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. J Perianesth Nurs 2004;19:194–208.

[16] Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2005;53:319–26.

AUTHOR

Babita Ghai, MD, DNB, MAMS
Professor, Department of Anaesthesia
Post Graduate Institute of Medical Education and Research
PGIMER Campus
Chandigarh, India

REVIEWERS

Mary Korula, Prof., Dr. Med.
Dept. of Anesthesia & Pain, Christian Medical College, Vellore
Academic Head, Dept. of Anesthesia & Pain Services,
Rural Development Trust Hospital, Bathlapalli, Ananthpur
Andhra Pradesh, India

Baraa O. Tayeb, MS, MD
Department of Anesthesia
Faculty of Medicine
King Abdulaziz University
Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia

ผู้แปล
มารวิณ เทพโสพรรณ พ.บ.ว.ว.(สาขาวิสัญญีวิทยา)
ฝ่ายวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เกี่ยวกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain®)

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



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.

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.