

เพ็ญภา บุบผา หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1 (MICU1)

หลักการและเหตุผล ความปวดถือเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องได้รับการประเมินอยู่เสมอ ผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 50 ต้องเผชิญความปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆเข้าสู่ร่างกาย ระดับความรู้สึกตัวลดลงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับความปวดเองได้ ดังนั้นการประเมินความปวดโดยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต เช่น critical care pain observation tool (CPOT) จะทำให้ทราบความปวดที่แท้จริง และจัดการความปวดได้เหมาะสม MICU1 มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 97 และจำเป็นต้องใส่อุปกรณ์ต่างๆเพื่อประเมินอาการและให้การรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยเผชิญความปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าจะมีการประเมินความปวดอยู่เสมอ แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจออก 5 คน พบว่า 3 ใน 5 คน บอกว่า “ตื่นต้อออกเพราะเจ็บคอ” ในขณะที่พยาบาลประเมิน pain score=0 คะแนน และจากการใช้เครื่องมือ CPOT สุ่มประเมินความปวดเทียบกับกับการประเมินความปวดตามปกติ ในผู้ป่วย 10 คน ประเมินความปวด 45 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดไม่ตรงกับการประเมินด้วย CPOT ร้อยละ 57.5 โดยคะแนนความปวดที่ประเมินได้น้อยกว่าความปวดที่ประเมินโดย CPOT และผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดเหมาะสมร้อยละ 42.5 สะท้อนว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการประเมินความปวดตรงกับความเจ็บจริง และไม่ได้การจัดการความปวดอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาวิธีการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจให้เหมาะสม

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษา descriptive prospective study ประเมินความปวดโดยใช้ เครื่องมือ CPOT เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกและจัดการความปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินความปวดวันละ 9 ครั้ง/คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ GCS <15 ในหอผู้ป่วยMICU1 ที่เข้ารับการรักษาระหว่าง 1มี.ค. 62- 1 เม.ย.62 จำนวน 30 คน ประเมินความปวด 537 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา จากการประเมินความปวด 537 ครั้ง พบมีความปวดร้อยละ 41.5 โดยมีระดับความปวดเล็กน้อยร้อยละ78.76 ปวดระดับปานกลางร้อยละ 19.02 ปวดระดับรุนแรง ร้อยละ 2.21 สาเหตุการปวดคือ การ suction ร้อยละ 68.36 รองลงมาคือ การใส่สาย TLC,DLC ร้อยละ 22.44 อื่นๆ ร้อยละ 9.18 ผู้ป่วยปวดแต่ไม่ได้รับการจัดการความปวดร้อยละ 37.86 ได้รับยาไม่เหมาะสมกับระดับความปวดร้อยละ 58.89 โดยผู้ป่วยที่ปวดเล็กน้อยได้ยา paracetamol หรือ non phamacologic ร้อยละ 54 ผู้ป่วยที่ปวดปานกลางได้ weak opioid ร้อยละ 11.36 และผู้ป่วยที่ปวดรุนแรงได้ strong opioid ร้อยละ 60 และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 5 คน หลังถอดท่อช่วยหายใจ โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงความปวดขณะใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ระดับความปวดที่ประเมินโดย CPOT มีค่าเท่ากับระดับความปวดที่ได้จากการสัมภาษณ์ร้อยละ 81.5

สรุปและข้อเสนอแนะ การใช้ CPOT สามารถประเมินความปวดได้ใกล้เคียงกับความปวดจริงของผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการจัดการความปวดที่เหมาะสม การศึกษานี้ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ