

3-1-2002

Problems in the management of post - traumatic pain

S. Niruthisard

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Niruthisard, S. (2002) "Problems in the management of post - traumatic pain," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 46: Iss. 3, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol46/iss3/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัญหาการให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บ

สุปราณี นิรุติศาสตร์*

ในโลกปัจจุบันที่เจริญด้วยเทคโนโลยี ทำให้เกิดปัญหาของอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในอัตราสูง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะบาดเจ็บอย่างรุนแรงไม่มีโอกาสทราบล่วงหน้า แพทย์ผู้ดูแลนอกจากให้การรักษาเพื่อช่วยชีวิตและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายแล้วยังต้องพิจารณาให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บ ซึ่งนับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในแผนการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน และการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติกอย่างรุนแรง⁽¹⁻²⁾ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไม่ได้รับการระงับปวดพบว่าเกิดปัญหา post-traumatic stress disorder ตามมาภายหลัง⁽¹⁻⁴⁾ อย่างไรก็ตามการบาดเจ็บเองก่อให้เกิดปัญหาเฉพาะสำหรับการวางแผนระงับปวด กล่าวคือ

- การบาดเจ็บที่รุนแรงมีผลกระทบทางสรีรวิทยา โดยเฉพาะเมื่อมีการสูญเสียเลือดมาก หรือบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญต้องมีการประเมินผู้ป่วย ทำให้ยากต่อการให้ยาระงับปวดซึ่งอาจบดบังอาการของผู้ป่วย และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในระยะฉุกเฉินของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ความสำคัญของการช่วยเหลือระดับประคองเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

- การบาดเจ็บอาจมีผลต่อกายวิภาค ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับเทคนิคพิเศษของการระงับปวด เช่น ผู้ป่วยกระดูกแขนหักไม่สามารถกดใช้เครื่อง PCA เอง การบาดเจ็บบริเวณหลังทำให้ไม่สามารถใช้เทคนิคของการใส่สาย epidural

- ระดับของความปวดแต่ละเวลาของวันมีความแตกต่างกันมากโดยเฉพาะขณะได้รับการรักษา หรือทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การทำแผล การทำกายภาพบำบัด

การตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว รวมทั้งความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยาของความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้การวางแผนระงับปวดเข้ามามีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ทั้งนี้ควรมีความเข้าใจถึงลักษณะความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ตามการดำเนินทางคลินิกตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนสามารถกลับไปมีชีวิตตามปกติ การวางแผนระงับปวดจำเป็นต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะ และระหว่างการเปลี่ยนเข้าสู่ระยะต่าง ๆ หลังการบาดเจ็บ ระยะการบาดเจ็บทางคลินิกแบ่งดังนี้คือ⁽⁷⁾

1. ระยะฉุกเฉิน (emergency phase)

เริ่มตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บถึงระยะเวลาของการช่วยเหลือระดับประคองรักษาบาดแผลหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงเรียบร้อยแล้ว

2. ระยะเฉียบพลัน หรือระยะหายจากบาดแผล (acute or healing phase)

เริ่มจากการช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินสิ้นสุดลง จนถึงระยะที่แผลปิด หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง และแผลหาย

3. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation phase)

เริ่มตั้งแต่เมื่อการผ่าตัดรักษาการบาดเจ็บเรียบร้อยแล้วถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาทำงานในระดับที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาลักษณะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ อาจแบ่งความปวดเป็นดังนี้

1. ความปวดเฉพาะที่ (regionalized pain) เป็น

ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น ขา เข่า

*ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ความปวดเฉพาะที่อย่างกว้างขวาง (broadly regionalized pain) เป็นความปวดจากการบาดเจ็บทั้ง 2 ข้างของร่างกาย หรือบาดเจ็บของลำตัว เช่น หน้าอก ท้อง หรือบาดเจ็บเฉพาะที่แยกกันหลาย ๆ แห่ง เช่น กระดูก สะบัก และกระดูกเชิงกรานหัก

3. ความปวดทั้งตัว (generalized pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บในบริเวณกว้าง ซึ่งซับซ้อน เช่น แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง

นอกจากนี้ความปวดจากการบาดเจ็บยังแบ่งตามสถานการณ์ในแต่ละวัน เป็นดังนี้

1. ความปวดที่มีตลอดเวลาขณะเคลื่อนไหวเล็กน้อย (background pain)

2. ความปวดที่เกิดขึ้นเมื่อมีการทำกิจกรรมมากขึ้น เช่น เดิน ออกกำลังกายเล็กน้อย (breakthrough pain)

3. ความปวดขณะทำกิจกรรมเฉพาะเกี่ยวกับการรักษา เช่น การทำแผล การทำกายภาพบำบัด (incident pain)

จากมุมมองของความปวดจากการบาดเจ็บในลักษณะต่าง ๆ ช่วยให้การวางแผนการรักษาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บด้วยยาแก้ปวด และเทคนิควิธีการต่าง ๆ เป็นไปอย่างเหมาะสมทั้งยังเกื้อกูลให้การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บ รอดชีวิต และลดความทุกข์ทรมาน หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลงได้

อ้างอิง

1. Buckingham JC. Hypothalamo-pituitary responses to trauma. Br Med Bull 1985 Jul;41(3): 203 - 11

2. Jaattela A, Alho A, Avikainen V, Karaharju E, Kataja J, Lahdensumm M, Lepisto P, Rokkanen P. Plasma catecholamines in severely injured patients: a prospective study on 45 patients with multiple injuries. Br J Surg 1975 Mar; 62(3): 177 - 81

3. Taal LA, Faber AW. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. Burns 1997 Nov-Dec; 23(7-8): 545 - 9

4. Difede J, Jaffe AB, Musngi G, Peny S, Yurt R. Determinants of pain expression in hospitalized burn patients. Pain 1997 Aug; 72(1-2): 245 - 51

5. Geisser ME, Roth RS, Bachman JE, Eckert TA. The relationship between symptoms of post-traumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and non-accident related pain. Pain 1996 Aug; 66(2-3): 207 - 14

6. Schreiber S, Galai-Gat T. Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stress disorder. Pain 1993 Jul;54 (1): 107 - 10

7. Edwards WT. Posttrauma pain. In : Loeser JD, ed. Bonica's Management of Pain. 3rd ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 788 - 93