ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง

การจัดการความปวดเรื้อรัง

System Procedure for Chronic Pain Management

โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จัดเตรียมเอกสารโดย (Originator by)	ทบทวนเอกสารโดย (Reviewed by)	อนุมัติใช้เอกสารโดย (Approved by)
คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฟ้างาม เจริญผล	ศาสตราจารย์สมศักดิ์ เทียมเก่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์
วันที่ 22 สิงหาคม 2568	วันที่ 5 กันยายน 2568	วันที่ 8 กันยายน 2568

เลขที่เอกสาร (Document No.)	แก้ไขครั้งที่ (Number of Revision)	สำเนาฉบับที่ (Number of Copy)	วันที่เริ่มใช้ (Issued Date)
SP-H-087-01	- วันที่แก้ไข (Date of Revision) -	-	วันที่ 8 กันยายน 2568

<table>
<tr><td colspan="3">โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)
เรื่อง : การจัดการความปวดเรื้อรัง
System Procedure for Chronic Pain Management</td><td>เอกสารเลขที่ SP-H-087-01</td><td>หน้า 1/15</td></tr>
<tr><td colspan="2">วันที่เริ่มใช้ 8 กันยายน 2568</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้จัดทำ : คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด</td><td>แก้ไขครั้งที่
-</td><td>วันที่แก้ไข
-</td></tr>
<tr><td colspan="2">ผู้อนุมัติ ศาสตราจารย์สมศักดิ์ เทียมเก่า
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์</td></tr>
<tr><td>ผู้ตรวจสอบ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฟ้างาม เจริญผล</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

สารบัญ

ตอนที่	หัวข้อ	หน้า
1	วัตถุประสงค์	2
2	ขอบเขต	2
3	คำจำกัดความ	2
4	หน้าที่รับผิดชอบ	3
5	ขั้นตอนการปฏิบัติ	3
6	แผนผังการปฏิบัติ	8
7	ผู้รับผิดชอบ	9
8	เอกสารอ้างอิง	9
9	บันทึกคุณภาพ/เอกสารแนบ	11
10	ตัวชี้วัดคุณภาพ	14
11	บันทึกการแก้ไข	15

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังได้รับการจัดการความปวดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพได้ตามมาตรฐาน ลดความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตดีขึ้น และพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

1.2 เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการจัดการความปวดเรื้อรัง

1.3 เพื่อประเมินตัวชี้วัดทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการจัดการความเรื้อรัง

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติการจัดการความปวดเรื้อรังนี้ ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เช่น บำบัดพิเศษ สูติ-นรีเวช จักษุ-โสต ผู้ป่วยพิเศษ อายุรกรรม ศัลยกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นต้น

3. คำจำกัดความ

3.1 ความปวด (pain) หมายถึง ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากการความเสียหายทางเนื้อเยื่อหรือเสมือนหนึ่งมีความเสียหายทางเนื้อเยื่อ ความปวดเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมีทั้งความรู้สึก อารมณ์ ประสบการณ์ส่วนตัว ตลอดจนปัจจัยทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย

3.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) หมายถึง ความปวดที่เป็นอย่างต่อเนื่อง หรือกลับเป็นซ้ำมามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน

3.3 ความปวดมะเร็ง (cancer pain) หมายถึง ความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง การลุมลามของโรค โดยเฉพาะในระยะลุกลามที่ไม่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้ หรือเป็นผลจากการรักษามะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นจากการผ่าตัด ฉายแสง หรือเคมีบำบัด ความปวดมะเร็งมักเป็นความปวดเรื้อรัง ปวดขึ้นเองโดยไม่มีอะไรมากระตุ้น และเป็นความปวดที่จัดการได้ยาก แต่อาจมีความปวดเฉียบพลัน (acute pain) ซึ่งเกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อเป็นระยะๆ เกิดจากก้อนมะเร็งลุกลามไปยังเซลล์ปกติอื่นๆ หรือเกิดจากการรักษาก็ได้ (นุช ตันติศิรินทร์, 2564)

3.4 ความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) หมายถึง ความปวดที่เป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพหรือโรคของระบบประสาทรับความรู้สึกทางกาย (somatosensory system) ส่วนใหญ่มักจะเป็นความปวดเรื้อรัง

3.5 การประเมินความปวดเรื้อรังอย่างครอบคลุม (comprehensive chronic pain assessment) หมายถึง การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี การค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวด ผลของการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ที่เคยได้รับ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วย แพทย์ และทีมการรักษาพยาบาล และนำมาใช้ในการวินิจฉัยสาเหตุ กลไกของความปวด อันจะนำไปสู่การรักษา ให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

3.6 การประเมินความรุนแรงของความปวดเรื้อรัง (chronic pain severity assessment) หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความรู้สึกปวดมากหรือน้อย โดยระดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยการรายงานความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง (self-report) นับเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด และสิ่งสำคัญคือผู้ประเมินความปวดต้องเชื่อตามที่ผู้ป่วยรายงานด้วย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความปวดได้ด้วยตัวเอง เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สับสน สื่อสารไม่ได้ ให้เลือกใช้เครื่องมือที่เป็นการสังเกตอาการ อาการแสดง สีหน้า และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม มีประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลและดูแนวโน้มผลของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง

3.7 การจัดการกับความปวดเรื้อรัง (chronic pain management) หมายถึง การปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัด บรรเทา ควบคุมอาการปวด และผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด โดยผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการจัดการความปวด เกิดความสุขสบาย ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาตามความต้องการของผู้ป่วย ลดผลข้างเคียงหรืออันตรายจากการรักษาความปวด สร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.8 การบันทึกการจัดการความปวดเรื้อรัง หมายถึง การบันทึกสาเหตุ ประเภท ลักษณะ ผลกระทบจากความปวด อาการไม่สุขสบายที่เกิดร่วมกับอาการปวด ปัญหาด้านจิตสังคม ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ระดับความรุนแรงของความปวด ประเมินระดับปวดซ้ำ ลงในบันทึกทางการพยาบาล สัญญาณชีพที่ 5 แบบบันทึกตัวชี้วัดการจัดการความปวดเรื้อรัง และในระบบสารสนเทศทางการพยาบาล (IT-nurse system)

3.9 ประสิทธิผลในการจัดการความปวดเรื้อรัง หมายถึง ผลสำเร็จ (effectiveness) ของการบรรเทาอาการปวดภายหลังผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดด้วยวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะระดับความปวดที่ลดลงในระดับที่ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจภายหลังได้รับการดูแล

4. หน้าที่รับผิดชอบ

4.1 พยาบาล มีหน้าที่

4.1.1 ประเมินความปวดอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.1.2 จัดการความปวดตามระดับความรุนแรง และให้การดูแลครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสม

4.1.3 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด

4.1.4 รายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยยังมีระดับความปวดรุนแรงหลังจัดการความปวด

4.1.5 บันทึกการประเมินและจัดการความปวดให้ถูกต้อง ครบถ้วน

4.2 ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล มีหน้าที่

4.2.1 ช่วยประเมินระดับปวดเบื้องต้น และรายงานพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีความปวด

4.2.2 ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด ภายใต้การกำกับติดตามของพยาบาล

5. ขั้นตอนปฏิบัติในการจัดการความปวดเรื้อรัง

5.1 การประเมินผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

5.1.1 ซักประวัติความปวดที่ผ่านมา

5.1.2 ประเมินชนิด สาเหตุ และลักษณะความปวด

5.1.3 ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็น การรักษาโรคที่ได้รับ

5.1.4 ประเมินผลกระทบจากความปวด

5.1.5 ประเมินอาการไม่สุขสบายที่เกิดร่วมกับอาการปวด

5.1.6 ประเมินปัญหาด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

5.1.7 ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวด

5.1.8 ประเมินความถี่ของอาการปวด

5.1.9 ประเมินตำแหน่งปวด

5.1.10 ประเมินความรุนแรงของความปวด และการใช้เครื่องมือในการประเมิน

(รายละเอียดในการประเมินความปวดในข้อ 5.1.1- 5.1.10 อยู่ในภาคผนวก ก)

5.1.11 ระยะเวลาในการประเมินความปวด ดังนี้

5.1.11.1 ประเมินแรกรับเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (fifth vital sign)

5.1.11.2 ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความปวด ให้ประเมินค้นหาความปวดอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง

5.1.11.3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวด ให้ประเมินความปวดดังนี้

1) ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง

2) ประเมินความปวดทุกครั้ง ก่อนและหลังการจัดการความปวด

3) ประเมินความปวดซ้ำหลังจัดการความปวด ดังนี้

- ประเมินความปวดซ้ำ 10-15 นาที หลังจากได้รับยาลดปวดชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ
- ประเมินความปวดซ้ำ 30 นาที หลังจากได้รับยาลดปวดชนิดรับประทาน
- ประเมินความปวดซ้ำ 30-60 นาที หลังได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา

(ประวีณา อัศวพลไพศาล และจุฬาวรีชัยวงค์นาคพันธ์, 2564)

5.3 วิธีการจัดการความปวดเรื้อรัง

5.3.1 การจัดการความปวดเรื้อรังแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological therapy) เป็นวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ปวดในระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน) และควรใช้ร่วมกับการใช้ยาระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของยาระงับปวด และลดการใช้ยาระงับปวดลง สรุปแล้วการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นวิธีการจัดการความปวดที่ใช้ได้กับความปวดทุกระดับจากเล็กน้อยไปมาก มีหลายวิธีการ (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

5.3.1.1 การจัดการความปวดด้านจิตใจ เป็นการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความปวด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความปวดได้ดีขึ้น เช่น การให้ข้อมูล การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ ฟังธรรมะ การหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ เป็นต้น

5.3.1.2 การจัดการความปวดด้านสรีระ ช่วยให้ผู้ป่วยสบาย แก้ไขความผิดปกติในการทำงานของร่างกายทางกายภาพ โดยการทำกายภาพบำบัด เช่น การจัดท่า การนวด การสัมผัส การใช้ความร้อน ความเย็น เป็นต้น

5.3.1.3 การสื่อสารและให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการความปวด มีความสำคัญไม่น้อยกว่ายาระงับปวดที่แพทย์สั่ง ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับคำอธิบายจากพยาบาลเกี่ยวกับความหมาย การประเมิน และการจัดการความปวดเมื่อเริ่มต้นให้การดูแลเมื่อมีความปวด (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

5.3.2 การจัดการความปวดมะเร็งแบบใช้ยา (pharmacological therapy for cancer pain)

5.3.2.1 ปัจจุบันแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวดมะเร็งแบบใช้ยา คือ "บันไดสามขั้นขององค์การอนามัยโลก" (WHO analgesic ladder) ซึ่งกำหนดวิธีการรักษาสอดคล้องกับระดับความปวด 3 ระดับได้แก่

1) บันไดขั้นที่ 1 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับน้อย (1-3 คะแนน) ให้ใช้ยาในกลุ่ม non-opioids ได้แก่ conventional NSAIDs, COX-2 inhibitors และ acetaminophen

2) บันไดขั้นที่ 2 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ หลังได้รับยาในบันไดขั้นที่ 1 แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม weak opioids เช่น tramadol และ codeine เป็นต้น

3) บันไดขั้นที่ 3 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) และผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่หลังได้รับยาในบันไดขั้นที่ 2 ให้ใช้ยาในกลุ่ม strong opioids เช่น morphine, pethidine, fentanyl, methadone เป็นต้น

5.3.2.2 กลุ่มยาที่ใช้จัดการความปวดมะเร็ง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ยาชาเฉพาะที่ (local anesthesia) เช่น lidocaine, bupivacaine เป็นต้น สามารถให้ได้หลายวิธี เช่น local infiltration, epidural analgesia เป็นต้น

2) ยาระงับปวด (analgesic drug) สามารถบริหารได้หลายวิธี เช่น รับประทาน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ฉีดใต้ผิวหนัง แปะผิวหนัง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ผ่านช่องไขสันหลังหรือช่องเหนือไขสันหลัง แบ่งได้ดังนี้

ก. ยาระงับปวดปวดกลุ่มไม่เสพติด (non-opioid analgesia) ประกอบด้วย conventional NSAIDs, COX-2 inhibitors และ acetaminophen

ข. ยาระงับปวดปวดกลุ่มยาเสพติด (opioid analgesia) แบ่งเป็นยากลุ่ม weak opioids เช่น tramadol, codeine และ strong opioids เช่น morphine, pethidine, fentanyl, methadone เป็นต้น

ค. ยาที่ส่งเสริมการระงับปวด (adjuvant analgesic drugs) เป็นยาระงับปวด กลุ่มที่นำมาใช้ร่วมกับยานะงับปวดกลุ่มไม่เสพติดและยาระงับปวดกลุ่มเสพติด เพื่อให้ระงับปวดได้ดีขึ้น ลดปริมาณการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยาระงับปวดกลุ่มดังกล่าวลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ anxiolytic, antihistamine, corticosteroid, antipsychotic, anticonvulsant และ antidepressant

5.3.2.3 หลักการในการเลือกใช้ยาในการจัดการความปวดมะเร็ง

1) สามารถเพิ่มยาที่ส่งเสริมการระงับปวด ได้ในทุกขั้นบันได และเพิ่มยาระงับปวดปวดกลุ่มไม่เสพติดได้ในบันไดขั้นที่ 2 และ 3

2) ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม weak opioids คู่กับกลุ่ม strong opioids เพราะจะควบคุมความปวดได้ไม่ดีเนื่องจากยาทั้ง 2 กลุ่มจับกับ receptor ตัวเดียวกัน จึงส่งผลให้แย่งกันจับ receptor และออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ

3) ไม่ควรใช้ยา pethidine สำหรับลดความปวดมะเร็ง (หากจำเป็นต้องใช้ ควรให้ไม่เกิน 48 ชม. และไม่ควรให้ยามากกว่า 600 mg/day) เนื่องจากการให้ยานานหรือในขนาดสูงจะเกิดผลข้างเคียงต่อระบบประสาท จาก active metabolite คือ norpethidine ทำให้เกิดอาการ สับสน กระวนกระวาย หูแว่ว อาการทางจิตประสาท เกร็ง กระตุก และอาจชักได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตหรือผู้ป่วยสูงอายุ

5.3.2.4 การรักษาความปวดมะเร็ง แพทย์จะสั่งยารักษาความปวดตามชนิดและลักษณะของความปวด ดังนี้

1) ปวดตลอดเวลา (background pain) แพทย์จะสั่งยา long-acting opioids เพื่อให้สามารถควบคุมความปวดได้ตลอดทั้งวัน เช่น morphine sustained-release (MST) ทุก 8-12 ชั่วโมง หรือ kapanol ทุก 12-24 ชั่วโมง ส่วนในผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ได้หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พิจารณาให้ fentanyl แผ่นแปะทุก 72 ชั่วโมง (ยาออกฤทธิ์ช้า จะออกฤทธิ์เต็มที่ภายหลังแปะยา 12-24 ชั่วโมง สามารถให้ยาระงับปวดกลุ่ม rapid and short-acting opioid เพื่อควบคุมความปวดระหว่างที่รอยาออกฤทธิ์ได้)

2) ปวดเป็นครั้งคราว (episodic pain) แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

ก. ปวดปะทุขึ้นอย่างเฉียบพลัน (breakthrough pain) แพทย์จะสั่งยา rapid and short-acting opioids หรือ "ยาระงับปวดเสริม" เช่น morphine syrup, Morphine immediate-released tablet (MOIR), intravenous fentanyl injection โดยผู้ป่วยสามารถขอซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดอาการปวดปะทุระหว่างวัน

ข. ความปวดเมื่อมีกิจกรรม (incident pain) เช่น การทำแผล, การทำกายภาพบำบัด อาจให้ยา rapid and short-acting opioids ก่อนที่จะมีกิจกรรมดังกล่าว เพื่อให้อาการปวดลดลง สามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

5.3.2.5 หัตถการระงับปวด (pain intervention) ได้แก่ celiac plexus neurolysis, peripheral nerve ablation, intrathecal morphine infusion เป็นต้น

5.3.3 การจัดการความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทแบบใช้ยา (pharmacological therapy for neuropathic pain)

5.3.3.1 กลุ่มยาที่ใช้จัดการความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) First-line medications ได้แก่ tricyclic antidepressants (เช่น amitriptyline, nortriptyline), calcium channel blocker (เช่น gabapentin, pregabalin), serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (เช่น duloxetine, venlafaxine)

2) Second-line medications ได้แก่ weak opioids (เช่น tramadol), sodium channel blockers (เช่น carbamazepine, oxcarbazepine)

3) Third-line medications ได้แก่ strong opioids (เช่น morphine)

5.3.3.2 หลักการจัดการความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทแบบใช้ยา มีหลักการดังต่อไปนี้

1) เลือกใช้ยากลุ่ม first-line ก่อน โดยพิจารณาเลือกยาตามลักษณะอาการ และ/หรือตามโรคที่เป็นสาเหตุ

2) ถ้าหากยา first-line ตัวแรก ได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ อาจเพิ่มยา first-line อีก 1 ตัว ที่มีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกับยาเดิม

3) ถ้าหากยา first-line ตัวเดียว หรือร่วมกันแล้วไม่ได้ผล อาจเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่ม second-line ได้

4) ไม่แนะนำให้ใช้ strong opioids เช่น morphine เป็นยาอันดับแรกหรือลำดับที่สอง ในการรักษาความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท

5) ผู้ป่วยที่มี localized neuropathic pain อาจใช้ topical lidocaine หรือ capsicin ชนิดเดียว หรือร่วมกับยารับประทานชนิดอื่น ๆ

6) ผู้ป่วยที่มี acute neuropathic pain, neuropathic cancer pain หรืออาการปวดรุนแรงและต้องได้รับยาการระงับปวดอย่างรวดเร็ว อาจใช้ opioids ร่วมกับ first-line ในระหว่างที่ปรับยา

5.3.3.3 กลุ่มยาที่ไม่แนะนำให้ใช้จัดการความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (ยกเว้น ในกรณีที่มีความปวดประเภทอื่นร่วมด้วย ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์) ได้แก่

1) NSAIDS, COX-2 inhibitors และ acetaminophen เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท

2) Pethidine เนื่องจากมีผลข้างเคียงมาก และเกิดการติดยาได้ง่าย

3) สารสกัดจากกัญชา เนื่องจากยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการลดความปวดได้ดีกว่าการรักษาตามมาตรฐาน และพบว่าสารสกัดจากกัญชามีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงต่อจิตและประสาทสูงกว่า

5.3.3.4 หัตถการระงับปวด (pain intervention) เช่น peripheral nerve block, sympathetic block, epidural steroid injection, radiofrequency therapy เป็นต้น

5.3.4 การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวด

5.3.4.1 กรณีได้รับยากลุ่ม opioids ครั้งแรก อาการที่ควรเฝ้าระวังมีดังนี้

1) อาการคลื่นไส้/อาเจียน มักพบอาการในช่วง 3-4 วันที่เริ่มได้รับยา opioids ครั้งแรก พบได้ร้อยละ 30 แก้ไขได้โดยรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้อาการคลื่นไส้/อาเจียน เช่น metoclopramide, ondansetron เป็นต้น

2) อาการสับสน (delirium) ปัสสาวะลำบาก และอาการคัน มักพบอาการในช่วง 1-5 วันที่เริ่มได้รับยา opioids ครั้งแรก หลังจากนั้นผู้ป่วยจะปรับตัวได้และอาการดีขึ้น แก้ไขได้โดยรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาในการให้ยาบรรเทาอาการ *แต่ไม่แนะนำให้หยุดยา opioids

3) อาการง่วงซึม มักพบอาการเมื่อเริ่มได้รับยา opioids ครั้งแรก หรือเมื่อปรับยาเพิ่มจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะใช้เวลาปรับตัวจนอาการดีขึ้นในช่วง 2-3 วัน พยาบาลควรบันทึก ระดับความง่วงซึม (sedation score) ถ้า sedation score > 2 ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาลดขนาดยาลง 25-50% (รายละเอียดการประเมิน sedation score ในภาคผนวก ช)

5.3.4.2 กรณีได้รับยา opioids ต่อเนื่อง อาการที่ควรเฝ้าระวังมีดังนี้

1) อาการปากแห้ง พยาบาลควรให้การดูแลช่องปากให้สะอาด แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ รับประทานผลไม้รสเปรี้ยว จะช่วยบรรเทาอาการได้

2) อาการท้องผูก พบได้มากที่สุดร้อยละ 90 พยาบาลควรประเมินการขับถ่ายทุกวัน และให้คำแนะนำผู้ป่วยเคร่งครัดในการรับประทานยาระบายทุกวันตามแผนการรักษาของแพทย์

5.3.4.3 กรณีสงสัยว่าได้รับยา opioids เกินขนาด อาการที่ควรเฝ้าระวัง คือ กดการหายใจ เป็นอาการที่พบได้น้อย แต่มีความรุนแรงมาก พยาบาลสามารถป้องกันได้โดยบันทึก ระดับความง่วงซึม (sedation score) ถ้า sedation score > 2 ร่วมกับ การตรวจการขยายของรูม่านตาแล้วพบ pin point pupils ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา naloxone ตามแผนการรักษา (รายละเอียดการเตรียมยา naloxone ในภาคผนวก ช)

5.3.4.4 กรณีได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs ให้เฝ้าระวังผลข้างเคียงต่อไต ตับ ทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด การมีเลือดออกง่าย และการแพ้ยา

5.3.4.5 กรณีได้รับยาจัดการความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท ให้เฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น ง่วงนอน หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก ปลายมือปลายเท้าบวม วิงเวียนศีรษะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ อาจทำให้ผลัดตกหกล้มได้ง่าย

5.3.5 ข้อบ่งชี้ในการส่งปรึกษาหน่วยระงับปวด สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา ได้แก่

1) มีความปวด เป็นระยะเวลานานมากกว่า 3 เดือน ร่วมกับได้รับการรักษาเบื้องต้นตาม WHO analgesic ladder จนได้รับ strong opioids อย่างเพียงพอ แต่ยังคงมีอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (ระดับความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป)

2) ความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท ที่แพทย์เจ้าของไข้ไม่สามารถจัดการความปวดได้

3) ต้องการทำหัตถการระงับปวด เพื่อช่วยในการวินิจฉัยหรือรักษา เช่น peripheral nerve block, sympathetic block, epidural steroid injection, radiofrequency therapy เป็นต้น

5.4 การบันทึกการจัดการความปวดเรื้อรัง

5.4.1 ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่ประเมินแรกรับได้ว่ามีปัญหาความปวด ให้บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล กระบวนการพยาบาล (nursing care process) ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) หลังจากนั้นให้บันทึกกิจกรรมการพยาบาลให้ครอบคลุมหลักการบันทึก A-I-E (Assessment-Intervention-Evaluation) สม่ำเสมอทุกเวร และกรณีการลงบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดให้ปฏิบัติดังนี้

5.4.1.1 บันทึกระดับความปวดในช่อง pain score รวมทั้งระบุเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด และระบุเวลาที่ประเมินความปวดด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน

5.4.1.2 บันทึกการจัดการความปวดแบบ time series รายละเอียดการรายงานแพทย์ และการจัดการความปวดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยบันทึกด้วยปากกาหมึกสีแดง

5.4.2. การบันทึกความปวดลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic Sheet)

5.4.2.1 บันทึกระดับความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5

5.4.2.2 กรณีใช้เครื่องมือ NRS ให้บันทึกค่าคะแนน 0-10 และเครื่องมือ BPS ให้บันทึกค่าคะแนน 3-12 โดยใช้ปากกาสีแดงจุดตำแหน่งกึ่งกลางช่องเวลาและลากเป็นเส้นกราฟ

5.4.2.3 กรณีตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยหลับ ให้บันทึกเป็น SL ในช่องบนสุดเหนือระดับ 10 แต่ไม่ต้องลากเส้นผ่าน

5.4.3 การบันทึกการจัดการความปวดในช่อง treatment ให้ปฏิบัติ ดังนี้

5.4.3.1 กรณีมีการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยา ให้บันทึกโดยใช้สัญลักษณ์ P (pharmacological treatment) ด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน

5.4.3.2 กรณีมีการจัดการความปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ให้บันทึกโดยใช้สัญลักษณ์ NP (non-pharmacological treatment) ด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน

5.4.3.3 กรณีประเมินผู้ป่วยไม่มีความปวด ไม่ต้องบันทึกการจัดการความปวด

5.4.4 หากเป็นความปวดมะเร็ง ให้ลงบันทึกผลการประเมินและการจัดการความปวดลงใน “แบบเก็บตัวชี้วัดการจัดการความปวดจากมะเร็ง (cancer Pain)” ของชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล (ปรับใหม่ ธันวาคม 2566)

5.5 การวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการความปวดเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

5.5.1 ทบทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องการประเมินความปวด

5.5.2 แนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการใช้ยาบรรเทาปวด

5.5.2.1 ก่อนใช้ยาแนะนำให้ตรวจสอบชนิด ขนาดของยา วิธีการใช้ และเวลาที่ระบุหน้าซองยาอย่างเคร่งครัด

5.5.2.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้ยาแต่ละตัวโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถาม ดังนี้

1) หากเป็นยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาวให้รับประทานยาต่อเนื่อง ตามเวลาที่แพทย์สั่ง ไม่ควรลด เพิ่มยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนปรับขนาดยา

2) ยาออกฤทธิ์ระยะสั้น หรือ “ยาระงับปวดเสริม” ใช้เมื่อมีอาการปวดปะทุขึ้นอย่างเฉียบพลัน รับประทานซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง จดบันทึกวัน เวลา ที่รับประทานยาระงับปวดเสริมในสมุดบันทึก นำมาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เพื่อให้แพทย์พิจารณาปรับยาแก้ปวดได้อย่างเหมาะสม ถ้ารับประทานมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดเพื่อปรับขนาดยา

3) ยาระงับปวดที่ช่วยเสริมฤทธิ์ยาแก้ปวด ควรรับประทานอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้อาการปวดจะดีขึ้น

5.5.3 แนะนำการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด พร้อมทั้งวิธีการป้องกันหรือลดอาการข้างเคียง เช่น อาการท้องผูก วิงเวียน อาเจียน ง่วง ปวดท้อง หรือ ปัสสาวะลาบาก

5.5.4 แนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่ใช้อยู่ประจำมาด้วยทุกครั้งที่พบแพทย์

5.5.5 เนื่องจากยาโอพิออยด์เป็นยาเสพติดประเภทควบคุม ดังนั้นแพทย์จะจ่ายยาผู้ป่วยให้เท่าที่จำเป็น แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเก็บรักษายาให้ดี เพื่อป้องกันผู้อื่นนำยาไปใช้ในทางที่ผิด

5.5.6 แนะนำวิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรคและแต่ละรายและระดับของความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกใช้

5.5.7 กรณีผู้ป่วยประคับประคอง ส่งต่อเครือข่ายโรงพยาบาลใกล้บ้านร่วมดูแล โทรศัพท์ติดตาม และให้เบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงคำปรึกษาได้เมื่อมีปัญหาฉุกเฉินที่บ้าน

5.5.8 หากมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ ควรรีบมาพบแพทย์

5.5.8.1 ไม่สามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ หรือยาแก้ปวดหมด

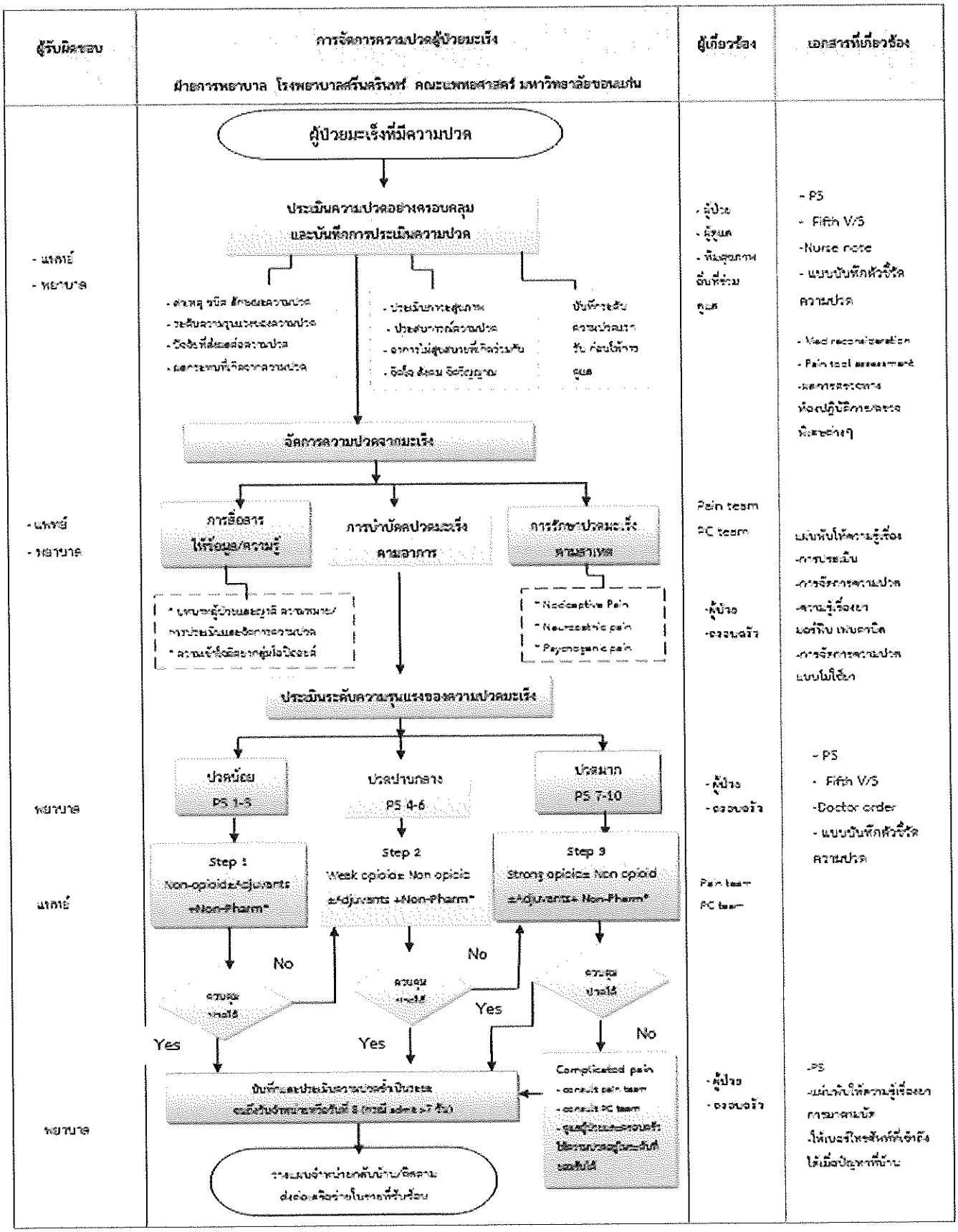
5.5.8.2 มีอาการปวดใหม่ที่แตกต่างจากอาการปวดเดิม ปวดรุนแรงขึ้น ไม่ตอบสนองต่อ“ยาระงับปวดเสริม”

5.5.8.3 คลื่นไส้ อาเจียนมาก ไม่สามารถรับประทานได้นานเกิน 1 วัน

5.5.8.4 ไม่ถ่าย ไม่ผายลม เกิน 3 วัน

5.5.8.5 หลับมาก ปลุกไม่ตื่น หรือมีอาการเพ้อ สับสน

6. แผนผังการปฏิบัติ


ผู้รับผิดชอบ
การจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็ง
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้เกี่ยวข้อง
เอกสารที่เกี่ยวข้อง
ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด
ประเมินความปวดอย่างครอบคลุม และบันทึกการประเมินความปวด
- แพทย์
- พยาบาล
- ผู้ป่วย
- ผู้ดูแล
- ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
- PS
- Pain V/S
-Nurse note
- แบบบันทึกตัวชี้วัดความปวด
- ประเมินการสูบบุหรี่
- ประเมินภาวะซึมเศร้า
- อาการไม่สุขสบายที่เกิดร่วมกับ
- ปัญหาและความต้องการ
- ประเมินการใช้สารเสพติด
- ประเมินการนอนหลับ
- ประเมินการรับประทานอาหาร
- ประเมินการขับถ่าย
- ประเมินการเคลื่อนไหว
- ประเมินการใช้ชีวิตประจำวัน
- ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- ประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ประเมินความเชื่อทางจิตวิญญาณ
- ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ
- ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด
- ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดให้โทษ

7. ผู้รับผิดชอบ

7.1 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

7.2 หัวหน้างานการพยาบาล

7.3 หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วย

7.4 คณะทำงานพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวด

7.5 พยาบาลผู้รับผิดชอบการจัดการความปวดประจำหอผู้ป่วย

7.6 บุคลากรทางการพยาบาล

8. เอกสารอ้างอิง

8.1 กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2562). *แนวปฏิบัติการจัดการความปวด.* ค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2566, จาก https://nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-017.pdf

8.2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่. (2555). *นโยบายและแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เรื่อง การจัดการความปวด.* ค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2566, จาก https://w2.med.cmu.ac.th/

8.3 นุช ตันติศิรินทร์. (2564). *ความรู้พื้นฐานในการบำบัดความปวด (basic pain control).* ค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2566, จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/graded/sites/default/files/public/High_Diploma /handout_HD/handout_HD701/handout_HD64/Basic_pain180821.pdf.

8.4 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2560). *นโยบายและแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด.* ค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2566, จาก https://medinfo.psu.ac.th/nurse/nawpatibut.php

8.5 รัชนีวรรณ คูตระกูล, วณิชชา เรืองศรี, อำภาพร นามวงศ์พรหม, & พัชรี ยิ้มแย้ม. (2561). การพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36*(1), 189-197.

8.6 วิยะดา ปัญจรัก, กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง, & โกสินทร์ วิระษร. (2558). มะเร็งในโรงพยาบาลศรีนครินทร์: ข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 30*(2), 129-136.

8.7 วัชรี ต่อนี. (2561). ระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วิสัญญีสาร, 44*(1), 1-4.

8.8 วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2552). การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว. (บรรณาธิการ). *ความปวดและการระงับปวด: Pain & Pain Management 2.* (หน้า 195-224). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

8.9 วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

8.10 สมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติความปวดมะเร็ง.* ค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2566, จาก https://www.tasp.or.th

8.11 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2565). *คำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง.* กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด.

8.12 สมบูรณ์ เทียนทอง. (2550). การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร.(บรรณาธิการ). *ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มที่มีปัญหาพิเศษ.* (หน้า 87-100). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

8.13 El-Jawahri, A., Greer, J.A., & Temel, J.S. (2011). Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *The Journal of supportive oncology 2011, 9*(3), 87-94.

8.14 Lovell MR., et al. (2022). Effect of Cancer Pain Guideline Implementation on Pain Outcomes Among Adult Outpatients With Cancer-Related Pain A Stepped Wedge Cluster Randomized Trial. *JAMA Network Open, 5*(2), 1-10.

8.15 Naivarat Prasongsook. (2566). *Cancer pain management.* Retrieved June 11, 2023, from http://thethaicancer.com/Webdocument/GP_article/GP_article_003.html

8.16 World Health Organization. (2020). World health statistics All cancers. Retrieved June 1, 2023, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

9. บันทึกคุณภาพ/เอกสารแนบ

9.1 แบบบันทึกกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดมะเร็ง (ปรับมาจากแบบบันทึกการเก็บตัวชี้วัดการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็ง ของชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล, 2566)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

1.2 อายุ .....ปี

1.3 สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่

1.4 สิทธิการรักษา ☐ ต้นสังกัด ☐ ชำระเงินเอง ☐ ประกันสุขภาพ
☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

1.5 การวินิจฉัยโรคมะเร็ง (กลุ่มโรค)
☐ เต้านม ☐ ปอด ☐ ระบบทางเดินอาหาร ☐ นรีเวช ☐ ศีรษะและลำคอ ☐ โรคเลือด
☐ ตับและระบบทางเดินน้ำดี ☐ เนื้องอกสมอง ☐ ระบบทางเดินปัสสาวะ ☐ มะเร็งกระดูก
☐ CA unknown primary ☐ มะเร็งอื่นๆ ระบุ.....

1.6 การรักษาปัจจุบัน
☐ รังสีรักษา ☐ เคมีบำบัด ☐ ยามุ่งเป้า ☐ การรักษาร่วม ระบุ.....
☐ รักษาอื่น ๆ ระบุ ..... ☐ รักษาแบบประคับประคอง

1.7 จากข้อ 1.4 กรณีผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคอง
1.7.1 ดูแลโดย PCWN (Palliative care ward nurse) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
1.7.2 ปรึกษาทีมประคับประคอง (ศูนย์การุณรักษ์) ร่วมดูแล ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1.8 ผู้ป่วยได้รับการรักษาความปวดจากมะเร็งโดยหน่วย Pain Clinic ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1.9 <u>ระดับความปวดแรกรับ</u> โดยพยาบาลสอบถามจากผู้ป่วยเอง หรือ ตรวจสอบจากแฟ้มประวัติในสัญญาณชีพที่ 5 (ทำเครื่องหมาย X ลงในข้อหรือตัวเลขที่ตรงกับระดับความปวดของผู้ป่วย)

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกระบวนการการจัดการความปวดภายใน 48-72 ชั่วโมง
พยาบาลกรอกข้อมูลในข้อ 2.1 2.2 และ 2.3 โดยตรวจสอบจากเวชระเบียนและสอบถามผู้ป่วย ดังนี้

2.1 มีการบันทึกความรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง ☐ มี ☐ ไม่มี

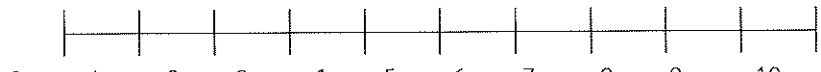
2.2 มีการประเมินความปวดซ้ำภายใน 15-30 นาทีภายหลังจากผู้ป่วย ☐ มี ☐ ไม่มี
ได้รับการรักษา/บำบัดความปวด ในกรณีมี Breakthrough pain

2.3 ในระยะเวลา 48-72 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านได้รับการกระตุ้นให้รักษา/บำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยาจากพยาบาลด้วยวิธีใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. การนวด ☐ 2. การจัดท่า
☐ 3. การเดิน ☐ 4. จินตนาการ
☐ 5. การลูบบริเวณที่ปวดเบาๆ ☐ 6. การใช้ดนตรีบำบัด
☐ 7. การประคบร้อน / เย็น ☐ 8. การใช้สื่ออารมณ์ขัน
☐ 9. การเบี่ยงเบนความสนใจ ☐ 10. การประคับประคองด้านจิตใจ
☐ 11. ให้คำแนะนำการใช้สมาธิ/สวดมนต์ ☐ 12. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย/หายใจช้าๆลึกๆ
☐ 13. การพันผ้าประคับประคองบริเวณที่ปวด ☐ 14. อื่นๆ ระบุ.....
☐ 15. <u>ไม่ได้</u>รับการกระตุ้นให้รักษา/บำบัดความปวดจากพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวด ภายใน 48-72 ชั่วโมง

3.1 <u>ระดับความปวดภายหลังได้รับการดูแล 48-72 ชั่วโมง</u> โดยพยาบาลสอบถามจากผู้ป่วยเอง หรือ ตรวจสอบจากแฟ้มประวัติในสัญญาณชีพที่ 5 (ทำเครื่องหมาย X ลงในข้อหรือตัวเลขที่ตรงกับระดับความปวดของผู้ป่วย)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุด

3.2 ในระยะเวลา 48-72 ชั่วโมงที่ผ่านมา วิธีการรักษา/บำบัดความปวด ช่วยบรรเทาความปวดของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ใช่หรือไม่ (โดยพยาบาลสอบถามจากผู้ป่วยเอง หรือ ประเมินจาก<u>ระดับความปวดแรกรับ</u> เปรียบเทียบกับ<u>ระดับความปวดภายหลังได้รับการดูแล 48-72 ชั่วโมง</u>)

❑ ใช่ ❑ ไม่ใช่

3.3 ความพึงพอใจต่อการรักษา/บำบัดความปวดที่ได้รับ

3.3.1 ผู้ตอบแบบประเมิน ❑ ผู้ป่วย ❑ ญาติผู้ดูแล ❑ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3.3.2 ท่านพึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากน้อยเพียงใด

หัวข้อ	ดีเยี่ยม (5)	ดี (4)	พอใช้ (3)	ควรปรับปรุง (2)	ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง (1)	ไม่มีเหตุการณ์/ไม่ได้ใช้บริการ (0)
1การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด .						
2 .การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ						
3การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด .						
4การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกระดับความปวด .						
5. การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด						
6. การมีส่วนร่วมเลือกวิธีบรรเทาความปวดกับแพทย์ พยาบาล /						
7. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา						
8. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการรักษา/บำบัดความปวด						

9.2 เอกสารแนบแบบบันทึกกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดมะเร็ง

Inclusion criteria

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 48-72 ชั่วโมง
3. มีสติสัมปชัญญะดี
4. เข้าใจภาษาไทย
5. มีประสบการณ์ความปวดจากโรคมะเร็ง
6. ไม่มี Intervention หรือ หัตถการที่ทำให้เกิด Acute pain ภายใน 48-72 ชั่วโมงที่เก็บข้อมูล

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 สิงหาคม ของทุกปี
2. เริ่มเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ภายใน 48-72 ชั่วโมง
3. ความปวดจากโรคมะเร็งหมายถึงความปวดจากกระบวนการดำเนินของโรค เช่น
   - มะเร็งกดหรือเบียดเส้นประสาท
   - มะเร็งกระจายหรือลุกลามไปที่กระดูก หรือเป็นมะเร็งกระดูก
   - มะเร็งลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง
   - มะเร็งทำให้เกิดการอุดตันของอวัยวะที่เป็นท่อกลวง เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น
   - มะเร็งกดหรือเบียดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลให้อวัยวะบวม ตึงหรือปวด
   - มะเร็งขยายขนาดอย่างรวดเร็ว ทำให้เบียดดันอวัยวะต่างๆ
   - การตายของเนื้อเยื่อมะเร็ง ทำให้เกิดการอักเสบหรือติดเชื้อ

4.เก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีความปวดมะเร็งแรกรับ ในระดับปานกลาง ถึง รุนแรง หรือ PS 4-10

5. การประเมินความปวดซ้ำ ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา/บำบัดความปวด ในกรณีมี Breakthrough pain ได้แก่

   5.1 จัดการความปวดด้วยยาฉีด ประเมินความปวดซ้ำใน 15 นาที

   5.2 จัดการความปวดด้วยยารับประทาน ประเมินความปวดซ้ำใน 30 นาที

วิธีการเก็บข้อมูลกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดมะเร็ง

1. **ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเริ่มทบทวนเวชระเบียนในวันที่ 2-3 ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและบันทึก
2. **ส่วนที่ 2 แบบประเมินกระบวนการการจัดการความปวด** ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทบทวนเพื่อบันทึก ดังนี้

   2.1 ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทบทวนเรื่อง การบันทึกความรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง ให้ประเมินความปวดต่อเนื่องเรื่อง การเขียนบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) โดยจะต้องมีการบันทึกเรื่องความปวด ทุกเวร โดยใช้ NRS, VAS หรือ FPS บอกความรุนแรงของความปวด

   2.2 ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทบทวนเรื่อง การประเมินความปวดซ้ำภายใน 15-30 นาที ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับรักษา/บำบัดความปวด ในกรณีมี Breakthrough pain

3. **ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผลลัพธ์ในการจัดการความปวด** (ผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นผู้กรอก) ให้เริ่มแจกให้ผู้ป่วยและ/ครอบครัวช่วยประเมินและเก็บข้อมูลภายใน 48-72 ชั่วโมง (กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ไม่สามารถทำเองได้ ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลอ่านแล้วให้ผู้ป่วยตอบ)

   ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทบทวนเรื่อง การประเมินความปวดภายหลังจากผู้ป่วยได้รับรักษา/บำบัดความปวดครบ 48-72 ชั่วโมง โดยประเมินได้ 2 วิธี

   3.1 สอบถามจากผู้ป่วย/ครอบครัวว่า ในระยะเวลา 48-72 ชั่วโมงที่ผ่านมา วิธีการรักษา/บำบัดความปวดที่ท่านได้รับ (ทั้งวิธีการใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช้ยา) สามารถช่วยบรรเทาความปวดของท่านให้ดีขึ้นได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ใช่หรือไม่ (กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ไม่สามารถทำเองได้ ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลอ่านแล้วให้ผู้ป่วยตอบ)

   3.2 ตรวจสอบ PS แรกรับ จากการบันทึกในเวชระเบียน หรือ บันทึกทางการพยาบาล เปรียบเทียบกับ PS ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับรักษา/บำบัดความปวดครบ 48-72 ชั่วโมง PS ลดลงร้อยละ 50 ใช่หรือไม่

10. ตัวชี้วัดคุณภาพ

10.1 ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ มี 3 ตัวชี้วัด

10.1.1 ร้อยละของการบันทึกความรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง

เป้าหมาย ≥90%

สูตร $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มีการบันทึกรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชม.} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม}}$

10.1.2 ร้อยละของการประเมินความปวดซ้ำภายใน 15-30 นาที ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดปะทุขึ้นมาอย่างเฉียบพลัน (Breakthrough pain)

เป้าหมาย ≥90%

สูตร $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มี BTP และได้รับการประเมินซ้ำภายหลังการจัดการความปวด} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มี BTP และได้รับการจัดการความปวดทั้งหมด}}$

10.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับกระตุ้นให้รักษาหรือบำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยาด้วยวิธีการต่างๆจากพยาบาล

เป้าหมาย ≥80%

สูตร $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับกระตุ้นให้รักษาหรือบำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยาจากพยาบาล} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่มีความปวด}}$

10.2 ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ มี 2 ตัวชี้วัด

10.2.1 อัตราผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดลดลง ≥ 50% ภายหลังได้รับการจัดการความปวดภายใน 48-72 ชั่วโมง

เป้าหมาย ≥80 %

สูตร 1 $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่รับรู้หรือรู้สึกว่าความปวดตัวเองดีขึ้น ≥ 50% หลังได้รับการจัดการความปวด} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่มี PS แรกรับ 4-10 คะแนน}}$

หรือ

สูตร 2 $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ตรวจสอบจากบันทึกฯพบว่า PS ลดลง ≥ 50% เมื่อเปรียบเทียบกับ PS แรกรับ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่มี PS แรกรับ 4-10 คะแนน}}$

10.2.2 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวดในระดับ 5 ≥ 80%

เป้าหมาย ≥ 80%

สูตร $\frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ป่วยมะเร็งตอบว่าพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ในระดับ 5} \times 100}{\text{จำนวนข้อทั้งหมดที่ผู้ป่วยมะเร็งตอบในแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด}}$

11. บันทึกการแก้ไข

บันทึกการแก้ไข

(สำหรับ เจ้าหน้าที่ควบคุมเอกสาร)

ลำดับที่	แก้ไขครั้งที่	วันที่	เหตุผลการแก้ไข

ภาคผนวก

1. การประเมินความปวดผู้ป่วยมะเร็งครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1.1 ประเมินประวัติความปวดที่ผ่านมา โดยสอบถามจากผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลว่า ปวดมานานแค่ไหน ปวดตำแหน่งใด เคยรักษาความปวดอย่างไร ความปวดมีผลกระทบอย่างไรบ้าง เป็นต้น

1.2 ประเมินชนิด สาเหตุ และลักษณะความปวดมะเร็ง

1.2.1 ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive/inflammatory pain) เป็นความปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ มักจะมีลักษณะปวดอยู่ตลอดเวลาและปวดเป็นพักๆ แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.2.1.1 Somatic pain เป็นความปวดอวัยวะภายนอกได้แก่ กระดูก กล้ามเนื้อ เป็นต้น ลักษณะปวดตุ๊บ ปวดตื้อๆ จิ๊ดๆ บีบๆ คล้ายเข็มแทง หรือเหมือนมีดบาด สามารถบอกตำแหน่งปวดได้ชัดเจน เช่น มะเร็งกระจายไปกระดูก เป็นต้น

1.2.1.2 Visceral pain เป็นความปวดในอวัยวะส่วนลึกของร่างกาย ช่องอก ช่องท้อง บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ลักษณะปวดทั่วๆ เหมือนถูกกดทับ เช่น ปวดบิดเป็นพักๆ ในช่องท้องจากลำไส้อุดตัน หรือปวดจุกเสียดบริเวณใต้ลิ้นปี่จากตับโตขึ้น หรือปวดหน่วง ปวดเกร็งจากมะเร็งลุกลามในช่องเชิงกราน เป็นต้น

1.2.2 ความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการทำงานผิดปกติของระบบประสาททั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ลักษณะปวดแสบ ปวดร้อนหมือนเอาพริกมาทา หรือถูกไฟลน ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง ปวดชาไร้ความรู้สึก ปวดเหมือนไฟดูดหรือไฟช็อต บางครั้งมีลักษณะปวดมากกว่าปกติเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเพียงเบาๆ (hyperalgesia) หรือมีความรู้สึกปวดจากสิ่งกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้ปวด (allodynia) ความปวดจากพยาธิสภาพในระบบประสาท เป็นความปวดที่รักษายาก ตอบสนองไม่ค่อยดีต่อยาระงับปวดทั่วไป

1.2.3 ความปวดที่มีผลกระทบจากด้านจิตใจ (Idiopathic /Function pain) เป็นความปวดเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นทางกาย เป็นความปวดที่เกิดจากปัจจัยทางด้านจิตใจสังคม หรือ สภาพแวดล้อม เช่น ความซึมเศร้า ความกระวนกระวาย และ การกลัวความตาย เป็นความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และเป็นความทุกข์ทรมานที่ต้องการจิตบำบัด (psychotherapy) ร่วมกับการใช้ยา

1.2.4 ความปวดเป็นครั้งคราว (Episodic pain)

1.2.4.1 ความปวดเมื่อมีกิจกรรม (Incident pain) จัดเป็นความปวดเรื้อรัง หมายถึง ความปวดต่อเมื่อมีการกระทำกิจกรรมบางประเภท หรือ เกิดบางโอกาส พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ลุกลามไปกระดูก จะมีอาการปวดเวลาเคลื่อนไหวและลงน้ำหนัก หรือ ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท (neuropathic pain) ความปวดเมื่อมีกิจกรรม จึงเป็นความปวดที่คาดหมายได้ว่าจะเกิดขึ้นแน่นอน เช่น พลิกตัว ยืน เดิน การทำแผล การสวนปัสสาวะ การล้วงอุจจาระ เป็นต้น

1.2.4.2 ปวดปะทุขึ้นอย่างเฉียบพลัน (Breakthrough pain) มักพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเอง ไม่เลือกเวลา ไม่สามารถคาดหมายเวลาที่เกิดได้แน่ชัด มักเกิดขึ้นระหว่างการให้ยาแก้ปวด ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากได้รับยาระงับปวดขนาดไม่เพียงพอทำให้ปวดก่อนถึงเวลาให้ยาครั้งต่อไป (end-of-dose failure)

1.2.4.3 ปวดร้าว (Refer pain) เป็นอาการปวดในตำแหน่งที่ไม่ใช่ต้นกำเนิดของความปวดมักอยู่ไกลออกไป ตำแหน่งที่รู้สึกปวดเป็นตำแหน่งที่ได้รับการเลี้ยงด้วยเส้นประสาทที่อยู่ในไขสันหลังระดับเดียวกันกับตำแหน่งที่เป็นต้นกำเนิด จึงทำให้สมองแปลตำแหน่งผิดพลาด มักพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เช่น มะเร็งตับ หรือมะเร็งลุกลามไปตับ ผู้ป่วยจะบ่นปวดจุกเสียดแน่นท้อง ร่วมกับปวดร้าวไปหลังหรือไหล่ เป็นต้น

1.3 ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็น การรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับ ได้แก่ เคมีบำบัด รังสีรักษา รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด และยามุ่งเป้า หรือรักษาแบบประคับประคอง การรักษาความปวดจากมะเร็งโดยหน่วย Pain Clinic เป็นต้น

1.4 ประเมินการรักษาความปวดที่ได้รับปัจจุบัน (current pain management) ทั้งการใช้ยาและวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา กรณีเป็นการรักษาแบบใช้ยา ให้รวบรวมรายการยา (medication reconciliation) ที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ทั้งหมด ได้แก่ ยาที่ใช้รักษาโรคหลักและโรคร่วม ยาที่ใช้รักษาความปวดในปัจจุบัน (ใช้ยาอะไรบ้าง ขนาดที่ใช้ ความถี่ที่ใช้)

1.5 ประเมินผลกระทบจากความปวด โดยการสอบถามจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ การนอนหลับ การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน (การพลิกตัว การลุกนั่ง) อารมณ์ ความรู้สึก (ทุกข์ใจ วิตกกังวล ซึมเศร้าสิ้นหวัง)

1.6 ประเมินอาการไม่สุขสบายที่เกิดร่วมกับอาการปวด เช่น อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า ท้องผูก คลื่นไส้/อาเจียน เป็นต้น หากสามารถควบคุมอาการต่างๆ เหล่านี้ร่วมกับเทคนิคการบรรเทาปวดแบบใช้ยาและไม่ใช่ยาจะสามารถบรรเทาอาการปวดมะเร็งได้(สมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย ปี 2557)

1.7 ประเมินปัญหาด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

1.7.1 ด้านจิตใจ ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ท้อแท้ หมดกำลังใจ อ้างว้างโดดเดี่ยว หมดที่พึ่งทางใจ รวมถึง ความรู้ความสงสัย ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดเป็นต้น

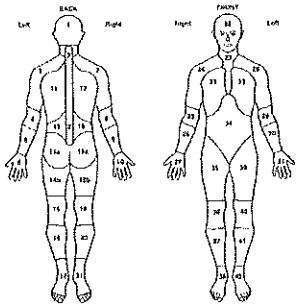
1.7.2 ด้านสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ/การเงิน ขาดผู้ดูแล ปัญหาสัมพันธภาพ/มีความขัดแย้งในครอบครัว บทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาสัมพันธภาพในสังคม การช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น

1.7.3 ด้านจิตวิญญาณ ความเข้าใจ ความหมายของความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลของศาสนา วัฒนธรรม ต่อความปวดและการแสดงออกของความปวด

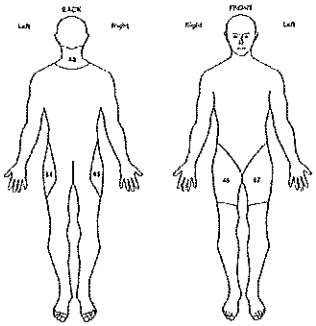
1.8 ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวด ด้วยการสอบถามจากผู้ป่วยและผู้ดูแลว่า อะไรทำให้ปวด อะไรทำให้ดีขึ้น มากขึ้น อะไรทำให้รุนแรงขึ้น

1.9 ประเมินความถี่ของอาการปวด เช่น ปวดไม่สม่ำเสมอ ปวดตลอดเวลา ปวดเป็นครั้งคราว เป็นต้น

1.10 ประเมินตำแหน่งปวด โดยปกติผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง และแต่ละตำแหน่งมีลักษณะ ความรุนแรงของความปวดไม่เท่ากัน บางครั้งอาจมีการกระจายของความปวดไปตำแหน่งใกล้เคียง



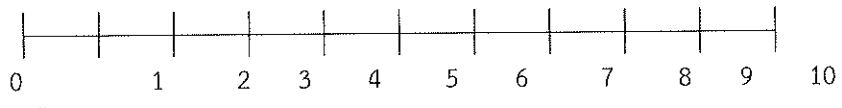
Widespread Pain



Neck and Hip Pain

1.11 ประเมินความรุนแรงของความปวด ควรประเมินความรุนแรงในขณะนั้น (right now) ขณะพัก ขณะเคลื่อนไหว และระดับรุนแรงมากที่สุดและน้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา พยาบาลควรพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงพัฒนาการ ความรู้คิด อารมณ์ และปัจจัยทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนี้

1.11.1 กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เข้าใจความหมายของตัวเลขและสามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 ได้ ใช้สำหรับผู้ป่วยเด็กโต (อายุ 5 ปีขึ้นไป เข้าใจความแตกต่างของตัวเลข) ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี เลือกใช้ แบบประเมิน Numerical rating scale (NRS)



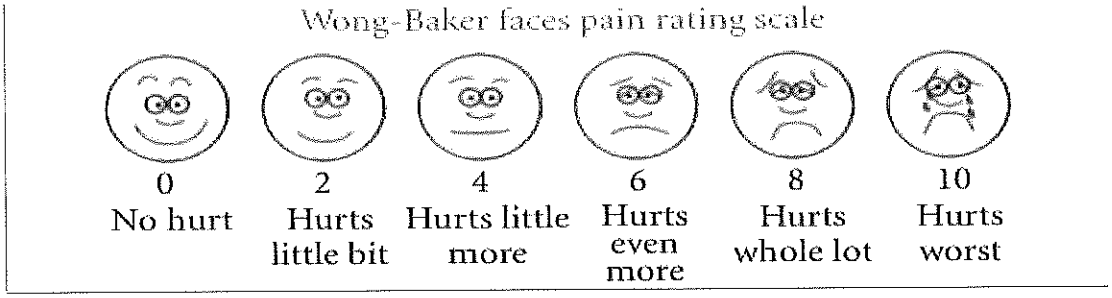
การแปลผล ดังนี้

	คะแนน 0	หมายถึง ไม่ปวด
	คะแนน 1-3	หมายถึง ปวดเล็กน้อย
	คะแนน 4-6	หมายถึง ปวดปานกลาง
	คะแนน 7-10	หมายถึง ปวดมาก

1.11.2 กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ไม่เข้าใจความหมายของตัวเลขและไม่สามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กโต หรือ ผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดเป็นตัวเลขได้ เลือกใช้แบบประเมิน Verbal rating scale (VRS) โดยอาจแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้

1.11.3 กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ไม่เข้าใจความหมายของตัวเลขและไม่สามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้ แต่สามารถประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยกากบาท (X) บนเส้นตรงหรือใช้ไม้บรรทัดที่มีความยาว 0 - 10 เซนติเมตร ได้ เลือกใช้ แบบประเมิน Visual analogue scale (VAS)

1.11.4 กรณีผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจและไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด ใช้ในเด็กเล็กที่ยังสื่อสารได้ไม่ดี อายุมากกว่า 3 ปี หรือในเด็กบางกลุ่ม เช่น cognitive developmental delay ที่ร่างกายอาจเป็นเด็กโต แต่พฤติกรรมและกระบวนการคิดยังเป็นแบบเด็กเล็ก (cognitive-physical mismatch) เลือกใช้แบบประเมิน Wong Baker FACES pain rating Scale โดยพิจารณาเลือกหน้าตามความรุนแรงของการปวด เลือกใช้แบบประเมิน Wong Baker FACES pain rating Scale โดยใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด



มีการแปลผล ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง ไม่ปวดเลย	คะแนน 2	หมายถึง ปวดเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง ปวดปานกลาง	คะแนน 6	หมายถึง ปวดค่อนข้างมาก
คะแนน 8	หมายถึง ปวดมาก	คะแนน 10	หมายถึง ปวดมากที่สุด

1.11.6 กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้แบบประเมิน Behavioral Pain scale-Intubation (BPS-Intubation) เป็นการประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมความปวด 3 หมวด สีหน้า (facial expression) การเคลื่อนไหว (Upper lims) และการหายใจ (ventilation) คะแนนเต็ม 12 คะแนน (Youn et al., 2006)

การสังเกต	การตีความ	คะแนน
สีหน้า (facial expression)	สีหน้าผ่อนคลาย สงบ หลับ	1
	หน้าแสยะ ขมวดคิ้ว	2
	คิ้วขมวด เม้มริมฝีปาก หลับตา หางตาย่นเล็กน้อย	3
	คิ้วขมวดเกือบติดกัน เม้มมุมปากแน่น	4
การเคลื่อนไหว (Upper lims)	ไม่มีการเคลื่อนไหว	1
	เคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวแนวราบ	2
	เคลื่อนไหวรุนแรง นิ้วงองุ้ม หรือเกร็งแขนขา	3
	เกร็งทั้งตัว ดิ้นไปมา	4
การหายใจ (ventilation)	หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ	1
	มีอาการไอ พร้อมกับการเครื่องไหวของร่างกาย	2
	หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจบ้าง	3
	ต่อต้านเครื่องช่วยหายใจ	4
รวมคะแนน		

โดยแปลผล ดังนี้

3 คะแนน	เท่ากับ	ไม่ปวด
4-6 คะแนน	เท่ากับ	ปวดเล็กน้อย
7-9 คะแนน	เท่ากับ	ปวดปานกลาง
10-12 คะแนน	เท่ากับ	ปวดมากถึงมากที่สุด

1.11.7 กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ซึม สับสน และไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้แบบประเมินความปวด Behavioural Pain scale-Non Intubated (BPS-non intubation) โดยสังเกตจากสีหน้า การเคลื่อนไหว และการหายใจ คะแนนเต็ม 16 คะแนน

การสังเกต	การตีความ	คะแนน
สีหน้า (facial expression)	สีหน้าผ่อนคลาย สงบ หลับ	1
	หน้าแสยะ ขมวดคิ้ว	2
	คิ้วขมวด เม้มริมฝีปาก หลับตา หางตาย่นเล็กน้อย	3
	คิ้วขมวดเกือบติดกัน เม้มมุมปากแน่น	4
การเคลื่อนไหว (Upper lims)	ไม่มีการเคลื่อนไหว	1
	เคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวแนวราบ	2
	เคลื่อนไหวรุนแรง นิ้วงองุ้ม หรือเกร็งแขนขา	3
	เกร็งทั้งตัว ดิ้นไปมา	4
การหายใจ (ventilation)	หายใจสงบ ราบเรียบ	1
	มีอาการไอ หายใจติดขัด	2
	หายใจไม่สม่ำเสมอ ปีกจมูกบานเล็กน้อย	3
	กระสับกระส่าย หายใจแรงเร็ว	4
รวมคะแนน		

โดยแปลผล ดังนี้

3 คะแนน เท่ากับ ไม่ปวด
4-6 คะแนน เท่ากับ ปวดเล็กน้อย
7-9 คะแนน เท่ากับ ปวดปานกลาง
10-12 คะแนน เท่ากับ ปวดมากถึงมากที่สุด

1.11.8 กรณีผู้ป่วยวิกฤต หรือ ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวน้อยลง ใช้แบบประเมินความปวด Critical care Pain Observation Tool (CPOT) ใช้ในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย การแสดงออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกาย การเกร็งของกล้ามเนื้อ และการหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ แต่ละหมวดมี 0-2 คะแนน คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนนสูงสุด คือ 8

ลักษณะการประเมิน	การตีความ	คะแนน
การแสดงสีหน้า (facial expression)	ผ่อนคลาย (relaxed)	0
	หน้าตึงเครียด (tense)	1
	หน้านิ่วคิ้วขมวด หน้าบึ้ง (grimacing)	2
การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement)	ไม่มีการเคลื่อนไหว (absence to movement)	0
	ปกป้องบริเวณที่ปวด (protection)	1
	พักไม่ได้ (restlessness)	2
การเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle tension)	ผ่อนคลาย (relaxed)	0
	ตึง แข็ง (tense)	1
	ตึงแข็งเป็นอย่างมาก (very Tense)	2
การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (compliance with ventilation)	หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง (tolerating ventilator)	0
	มีอาการไอ แต่หายใจพร้อมเครื่องได้ (coughing but tolerating)	1
	หายใจต้านเครื่อง (fighting ventilator)	2

แปลผลดังนี้

คะแนน 1-2 หมายถึง ปวดระดับเล็กน้อย
คะแนน 3-5 หมายถึง ปวดระดับปานกลาง
คะแนน 6-8 หมายถึง ปวดระดับรุนแรง

2. การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) เป็นวิธีการจัดการความปวดที่ใช้ได้กับความปวดทุกระดับจากเล็กน้อยไปมาก นิยมใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวดเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของยาบรรเทาปวด และลดการใช้ยาบรรเทาปวด มีหลายวิธีการ ได้แก่

2.2.1 การจัดการด้านจิตใจ (psychological therapy) เป็นการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความปวด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความปวดได้ดีขึ้น ประกอบด้วย

2.2.1.1 การให้ข้อมูล (provision of information) เพื่อลดความวิตกกังวล โดยให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ

2.2.2.2 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) เช่น การทำสมาธิ ฟังธรรมะ การหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ เป็นต้น

2.2.2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด (distraction technique) เช่น การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ฟังเรื่องขำขัน และการเล่นเกมส์ เป็นต้น

2.2.2 การจัดการด้านสรีระ (physical therapy) ช่วยให้ผู้ป่วยสบาย แก้ไขความผิดปกติในการทำงานของร่างกายทางกายภาพ เช่น กล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงตอบสนองทางสรีรวิทยา รวมทั้งลดความกลัว ความปวดจากการเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น ประกอบด้วย

2.2.2.1 การจัดท่า (positioning) เป็นการจัดท่าทางขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป

2.2.2.2 การนวด (massage) เป็นการช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดขยายตัว ทำให้ การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น

2.2.2.3 การสัมผัส (touch) การสัมผัสด้วยความตั้งใจและสนใจ เป็นการสื่อถึงการสร้างความมั่นใจ ความอบอุ่นใจต่อผู้ที่ได้รับการสัมผัส ช่วยลดความวิตกกังวล

2.2.2.4 การใช้ความร้อน ความเย็น (heat and cold applications) ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดขยายตัว เพิ่มปริมาตรของการไหลของเลือด นำไปสู่การลดกระตุ้นของตัวรับความเจ็บปวดและช่วยลดสารเคมีที่จะกระตุ้นให้เกิดความปวด เพิ่มการซึมผ่านของเลือดบริเวณเส้นเลือดฝอย นำไปสู่การลดปวด

3. การสื่อสารและให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการความปวดจากมะเร็ง มีความสำคัญไม่น้อยกว่ายาแก้ระงับปวดที่แพทย์สั่ง ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับความหมาย การประเมิน และการจัดการความปวดเมื่อเริ่มต้นให้การดูแลเมื่อมีความปวด

3.1 ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมาย การประเมิน และการจัดการความปวดจากมะเร็ง

3.2 ให้ความรู้ในการประเมินความปวดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้วยการแสดงเครื่องมือประเมินความปวดให้ดู อธิบายถึงส่วนประกอบของเครื่องมือ บอกวัตถุประสงค์ของการใช้ ทดสอบความเข้าใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทดลองใช้เครื่องมือ บอกระดับความปวด และตั้งเป้าหมายในการจัดการความปวดร่วมกัน

3.3 ให้ความรู้บทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยาระงับปวด

3.3.1 ความปวดจากมะเร็ง มักมีความปวดพื้นฐานอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นควรรับประทาน “ยาตามเวลา” ที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรลด เพิ่ม หรือ หยุดยาเอง เพราะจะมีทำให้เกิดการสร้างวงจรระบบประสาทในการรับรู้ความปวดขึ้นใหม่ ทำให้การรับรู้ความปวดในอนาคตมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อความยากในการรักษาความปวดในอนาคต

3.3.2 การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อผู้ป่วย เช่น กดภูมิต้านทาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แผลหายช้า ต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นต้น

3.3.3 เวลามีอาการปวดเป็นครั้งคราว ได้แก่ ปวดปะทุขึ้นอย่างเฉียบพลัน แพทย์จะสั่ง “ยาระงับปวดเสริม” ไม่ควรรอให้ปวดรุนแรงจึงขอยา เพราะความปวดจะไม่ลดลงมากและต้องใช้เวลานานกว่าความปวดจะลดลง ส่งผลทำให้ไม่สุขสบายทั้งวัน หงุดหงิด ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ดังนั้นควรขอยาเมื่อความปวดอยู่ระดับปานกลาง เพื่อความคุมความปวดอยู่ระดับเล็กน้อย หรือไม่ปวดเลย ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ทำกิจกรรมต่างๆได้

3.3.4 แจ้งพยาบาลเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ ง่วงซึม เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เพื่อรายงานแพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสม

3.3.5 แจ้งพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ ดังนี้ มีอาการปวดใหม่ที่แตกต่างจากอาการปวดเดิม ปวดรุนแรงขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาระงับปวดเสริม ไม่ถ่าย/ไม่ผายลมเกิน 3 วัน หลับมาก ปลุกไม่ตื่น มีอาการเพ้อ สับสน

3.4 สื่อสารให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยาโอพิออยด์

3.4.1 มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า เมื่อได้รับยาโอปิออยด์ระงับปวดต่อไปนานๆ ทำให้ติดยา ต้องเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ และไม่สามารถเลิกยาได้ ควรสื่อสารให้เข้าใจว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดที่ได้รับยาโอพิออยด์จะมีโอกาสเกิดการดื้อยาได้ ขึ้นกับแต่ละบุคคลบางคนเกิดเร็ว บางคนเกิดช้า ร่วมกับมะเร็งมักมีการลุกลามของโรคมากขึ้น แพทย์จึงจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยา เพื่อให้การรักษาเท่าเดิม

3.4.2 กรณีผู้ป่วยมะเร็งที่ตอบสนองต่อการรักษา ขนาดก้อนมะเร็งลดลง อาการปวดก็จะลดลงตามไปด้วย เมื่อผู้ป่วยลดยาหรือหยุดยาโอพิออยด์เร็วเกินไป อาจมีอาการถอนยา (withdrawal symptoms) คล้ายคนติดยา คือ ใจสั่น เหงื่อออก ขนลุก กระสับกระส่าย แก้ไขได้โดยค่อยๆลดขนาดยาโอพิออยด์ลงช้าๆ ภายใน 1-2 สัปดาห์

3.4.3 มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า การที่ต้องขอ “ยาระงับปวดเสริม”บ่อยๆ น่าจะติดยา ควรสื่อสารให้เข้าใจว่า การที่ขอยาระงับปวดเสริมบ่อยๆ ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยาแก้ปวดไม่เพียงพอ (inadequate pain control หรือ pseudo addiction) พยาบาลจะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับ “ยาตามเวลา” โดยแพทย์จะคำนวณจากการขอ “ยาระงับปวดเสริม”ของผู้ป่วยต่อวัน ปกติแพทย์จะปรับยาเพิ่มเมื่อผู้ป่วยขอ “ยาระงับปวดเสริม” มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน

3.4.4 มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า หากได้ยามอร์ฟีนบรรเทาปวดแล้ว แสดงว่าตัวโรครุนแรงมากขึ้น อาจเสียชีวิตในไม่ช้า ควรสื่อสารให้เข้าใจว่า เป็นความจริงบางส่วนเท่านั้น เพราะผู้ป่วยบางรายได้ยามอร์ฟีนแล้วไม่ทุเลาอาจเกิดจาก ได้รับขนาดยาที่ไม่เพียงพอ แก้ไขโดยการปรับขนาดยาเพิ่ม ผู้ป่วยบางรายไม่ตอบสนองหรือตอบสนองต่อยามอร์ฟีนน้อย แก้ไขโดยการใช้ยาโอพิออยด์ชนิดอื่น อาการปวดเกิดจากพยาธิสภาพในระบบประสาท (neuropathic pain) ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองจากการรักษาด้วยยามอร์ฟีน แก้ไขโดยการให้ยา adjuvant therapy

3.4.5 มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า การได้รับยาโอพิออยด์ มักจะเสียชีวิตเร็วขึ้น ควรสื่อสารให้เข้าใจว่า ผู้ป่วยที่ปวดมากจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากลด้วยยาโอปิออยด์ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรค มักมีการดำเนินของโรคไปมาก มีโอกาสเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ แต่ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่ายาโอปิออยด์ทำให้มะเร็งแพร่กระจายเร็วขึ้น หรือไปเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น แต่มีหลักฐานแน่ชัดว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับยาโอปิออยด์เป็นเวลาหลายเดือนหลายปี แล้วช่วยทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

3.4.6 มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า กรณีที่ปวดรุนแรงมาก วิธีเดียวที่จะช่วยไม่ให้ทรมานคือการให้ยาโอพิออยด์ต่อเนื่องทางหลอดเลือดำ เพื่อให้หลับและจะได้ไม่ปวด ควรสื่อสารให้เข้าใจว่า กรณีที่ปวดรุนแรงมาก การให้ยาโอพิออยด์ต่อเนื่องทางหลอดเลือดำ แพทย์จะปรับขนาดยาอย่างเหมาะสมในขนาดที่พอดีที่สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้และไม่ทำให้หลับมากเกินไป นอกจากนี้การพิจารณารักษาความปวดด้วยวิธีอื่น เช่น การทำหัตถการระงับปวด การฉายแสง เป็นต้น เป็นอีกวิธีการในการช่วยบรรเทาปวดและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3.5 การให้ความรู้และคำแนะนำในการจัดการความปวดด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดความปวด ความวิตกกังวล และช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น

3.5.1 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำวิธีกาจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยามาใช้บ่อยๆ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง)

3.5.2 แนะนำการออกกำลังกายในส่วนที่ไม่ปวดและไม่ทำให้ปวดมากขึ้น เพื่อเป็นการรักษาความแข็งแรงของความเนื้อ ป้องกันข้อติด ลดอาการอ่อนล้า (fatigue) เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด ช่วยปรับอารมณ์ และส่งเสริมการนอนหลับที่ดีขึ้น

3.5.3 แนะนำให้ผู้ดูแลและครอบครัว แสดงความเห็นใจ เข้าใจ และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม จะช่วยลดความไม่สบายใจ ลดความปวดทางอ้อม เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ในทางตรงกันข้าม การแสดงความไม่พอใจ หงุดหงิด กังวล เมื่อผู้ป่วยร้องปวดมากบ่อยครั้ง ก็จะยิ่งทำให้ความปวดของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น

4. ประเมินระดับความง่วงซึม (sedation score) ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง รู้สึกตัวดี

คะแนน 1 หมายถึง ง่วงเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง ง่วงมาก แต่ปลุกตื่นง่าย

คะแนน 3 หมายถึง ปลุกตื่นยาก

S หมายถึง นอนหลับปกติ

* หากคะแนนมากกว่า 2 คะแนน และอัตราการหายใจน้อยกว่า 8 ครั้งต่อนาที ให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยา naloxone ตามแผนการรักษา

5. การเตรียมยาแก้พิษ (Antidote) ได้แก่ ยา Naloxone HCl (Narcan) 0.02 mg/ml (2 ml/amp) หรือ 0.4 mg/ml (1 ml/amp) ต้านฤทธิ์สารประเภท opioids โดยเป็น competitive inhibitor แย่งจับที่ opiate receptor แต่การจับของ naloxone กับ receptor ไม่มีฤทธิ์ลดอาการปวด และไม่กดการหายใจที่ศูนย์ควบคุมการหายใจ naloxone จะแสดงฤทธิ์ภายใน 1-2 นาที หลังฉีดเข้าเส้นและมีฤทธิ์อยู่ได้ 1-4 ชั่วโมง โดยมี half-life ในเลือดประมาณ 60 นาที

5.1 การบริหารยา แนะนำให้บริหารทาง IV ไม่ควรให้ทาง IM เนื่องจากการดูดซึมไม่สมบูรณ์และไม่แน่นอน

5.1.1 IV push: ไม่ต้องเจือจาง หรือสามารถเจือจางด้วย SWFI หรือ NSS ให้ได้ความเข้มข้น 0.04 mg/ml (1 ml + SWFI/NSS 9 ml)

5.1.1.1 กรณี Opioid overdose ฉีดครั้งละ 0.4-2 mg ให้ช้าๆ มากกว่า 30 วินาที ฉีดซ้ำทุก 2-3 นาที ถ้าผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวหลังให้ยาไปแล้วรวม 10 mg แสดงว่าอาจไม่ใช่ภาวะเป็นพิษจาก opioid

5.1.1.2 กรณีกดการหายใจ ให้ฉีดครั้งละ 0.1- 0.2 mg ให้ช้าๆ มากกว่า 30 วินาที ฉีดซ้ำทุก 2-3 นาที

5.1.1.3 กรณี opioid ที่มี half-life ยาว เช่น methadone การแก้ฤทธิ์ต้องให้ซ้ำทุก 1-4 ชั่วโมง

5.1.2 IV infusion: เจือจางด้วย D5W หรือ NSS ให้ได้ความเข้มข้น 4 mcg/ml และควรใช้ยาภายใน 24 ชั่วโมงหลังเจือจาง ควรให้ 0.4-0.8 mg/hr ปรับขนาดยาตามอาการแสดงของผู้ป่วย

5.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Naloxone ถ้าแก้ฤทธิ์เร็วเกินไป หรือมากเกินไป จะเกิดอาการถอนยารุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว ความดันสูง สั่น ตื่นเต้น ปวด อาจเกิด pulmonary edema และ Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation ได้