

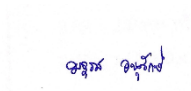


กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา

WI: แนวทางปฏิบัติการประเมินและการจัดการอาการปวด (Pain management)

รหัส : WI – IPD - 005

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : วันที่ 1 ตุลาคม 2567

ผู้จัดทำ	ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
 (นางมธุรส อนุรักษ์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ตุลาคม 2567	 (นางสุภาพ ศรธรรมลี) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ตุลาคม 2567	 (นางสาวพรลภัส เชี่ยวชาญนิธิกิจ) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 ตุลาคม 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลประเมินอาการปวดและวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางประเมินและติดตามระดับความปวดของผู้ป่วย

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องตามแนวทางมากกว่า 80
2. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด มากกว่าร้อยละ 90
3. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวด มากกว่า 80

นิยาม

ความปวด (Pain) คือ ประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดร่วมกับการบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้สึก อารมณ์และสังคม โดยความปวดแบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. **ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain)** เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น มีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด เป็นความปวดที่มีสาเหตุเมื่อพยาธิสภาพหายไป อาการปวดก็หายไปด้วย ตัวอย่างเช่น ความปวดแผลหลังผ่าตัด หรือหลังอุบัติเหตุ
2. **ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain)** เป็นความปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บบ่อยครั้งไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวด มักมีอาการปวดอยู่นานเกินกว่า 3 เดือน

ขอบเขต : กลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลที่ควรได้รับการประเมินอาการปวด

1. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดบาดแผล ปวดจากการได้รับบาดเจ็บต่างๆ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ

ข้อมูลสนับสนุนในการประเมินอาการปวด

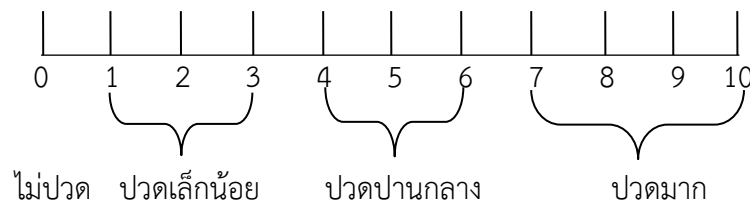
1. จากการสอบถามผู้ป่วย
2. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย หรือ มีการเปลี่ยนแปลงของ ชีพจร ความดันโลหิต เหงื่อออก ตัวเย็น กระวนกระวาย ร้องเสียงดัง เป็นต้น

วิธีการประเมิน

1. เลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และใช้วิธีเดียวกันตลอดในผู้ป่วยรายนั้นๆ

การวัดอาการปวด มี 2 แบบ

- **Numeric scale** ใช้กับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและรู้ความหมายของระดับคะแนน



- **Face pain scale** ใช้กับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีแต่ให้ความหมายของค่าคะแนนไม่ได้



หมายเหตุ * กรณีใช้แบบ Face pain scale ห้ามใช้รูปใบหน้าในแบบประเมิน เปรียบเทียบกับใบหน้าของผู้ป่วย

2. ประเมินก่อนให้การพยาบาล เพื่อเป็นสมมติฐาน และหลังให้การพยาบาลเพื่อประเมินผล
3. ประเมินอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

คะแนน	การปฏิบัติ
ระดับคะแนน 0	เฝ้าระวังด้วยการประเมินแวนละครั้ง
ระดับคะแนน > 0	ประเมินทุก 4 ชม. จนกระทั่ง = 0 จำนวน 4 ครั้ง จึงเปลี่ยนเป็นการประเมินแวนละครั้ง

4. ใช้แนวทางการจัดการอาการปวดตามหลัก Three – step ขององค์การอนามัยโลก

(ข้อมูลจากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์)

ระดับคะแนน	การแปลผล	วิธีการจัดการ
0	ไม่มีความเจ็บปวด	สร้างสัมพันธภาพ/จัดทำ/ป้อนยา
1-3	เจ็บปวดเล็กน้อย	ให้ยา Step ที่ 1 ได้แก่ paracetamol, NSAID
4-6	เจ็บปวดปานกลาง	ให้ยา Step ที่ 2 ได้แก่ กลุ่ม Narcotic ,codeine
7-10	เจ็บปวดรุนแรง	ให้ยา Step ที่ 3 ได้แก่ MO

- Chronic pain จะเริ่มต้นที่ Step ที่ 1 ถ้าความปวดยังไม่ทุเลาให้เปลี่ยนไป ใช้ Step ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ
- Acute pain เช่น หลังผ่าตัด หรือ severe pain ให้เริ่มจาก Step ที่ 3 และ ค่อยๆลดระดับการใช้ยาลงเมื่ออาการปวดเริ่มบรรเทา

หมายเหตุ : การสั่งใช้ใน step ที่ 2 ขึ้นไป ให้แพทย์เป็นผู้สั่งใช้

5. บันทึกคะแนนอาการปวดเป็นตัวเลขในฟอร์มปรอท(NEO) และลงบันทึกการจัดการอาการปวดรวมถึงการติดตามประเมินใน Nurse's note ระบุชื่อเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด

6. ประเมินผลหลังให้ยาบรรเทาอาการปวด ดังนี้

- หลังได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 15 นาที
- หลังได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ยารับประทาน ยาแก้ปวดภายนอก 30 นาที

หากระดับความปวดเพิ่มมากขึ้นทันทีและ/หรือ มีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ หลังการจัดการอาการปวด Step ที่ 2 ควรรีบรายงานแพทย์

7. กรณีได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Strong opioids ซึ่งมีฤทธิ์กดการหายใจ เช่น MO ให้ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพและต้องประเมิน Sedation score(ระดับความง่วงซึม)ทั้งก่อนและหลังได้รับยาทุกครั้ง จะให้ได้เมื่อ Sedation score 0-1เท่านั้น

Sedation score (ระดับความง่วงซึม) มีความหมายดังนี้

- 0 = ตื่นรู้สึกตัวดี
- 1 = ง่วงเล็กน้อย ถ้าปลุกแล้วตื่นง่าย
- 2 = ง่วงซึม หลับเกือบตลอดเวลา ปลุกแล้วตื่น
- 3 = หลับตลอดเวลา ปลุกไม่ตื่นหรือตื่นยาก
- 4 = นอนหลับปกติ

แนวทางปฏิบัติ จากการประเมิน Sedation score

- Sedation score = 2 +RR > 10/min ปฏิบัติดังนี้
 - 1.เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง อาจให้อนคางแข็งหากไม่มีข้อห้าม
 - 2.ให้ออกซิเจน และแจ้งให้แพทย์ทราบ
- Sedation score = 3 +RR < 10/min ปฏิบัติดังนี้
 - 1.เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
 - 2.ให้ออกซิเจน
 - 3.เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม
 - 4.เตรียม Naloxone dilute เป็น 0.1 mg/ml

อ้างอิง: แนวทางการบริหารความปวด (pain management) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า