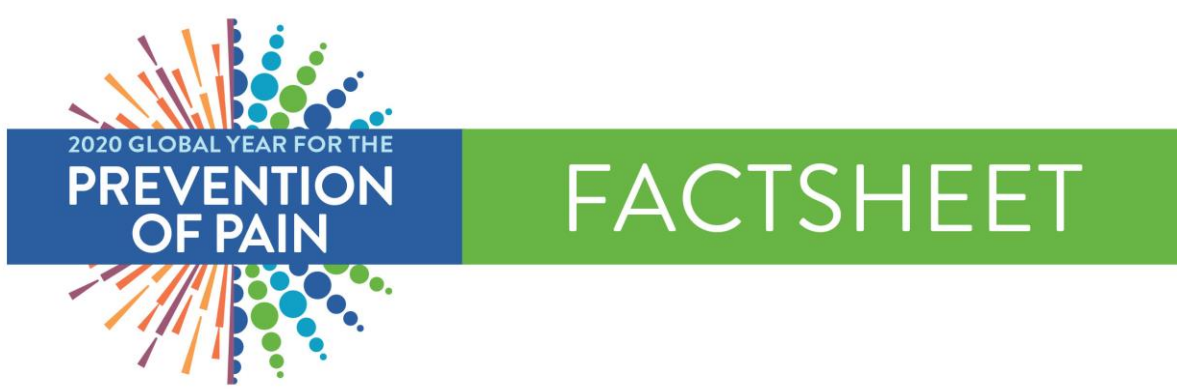




การป้องกันความปวดเรื้อรังแบบหัตถิยภูมิและแบบตติยภูมิ

บทนำ

การป้องกันความปวดและความเรื้อรังของความปวดจะช่วยลดความทุกข์ทรมาน ทั้งในระดับบุคคลและสังคมตามลำดับ การป้องกันแบบหัตถิยภูมิมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาโรคในระยะแรกและจำกัดการดำเนินของโรค [1, 2]

ขณะที่การป้องกันแบบตติยภูมิมีวัตถุประสงค์เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนหรือจำกัดผลกระทบของโรคที่มีอยู่แล้ว [1] สำหรับการป้องกันความปวด มีคำจำกัดความ คือ

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความปวดเรื้อรังหลังจากเริ่มมีความปวดเฉียบพลัน (การป้องกันแบบหัตถิยภูมิ)

หรือเพื่อลดการเกิดความทุกข์ทรมานจากการไม่มีหรือสูญเสียการติดต่อทางสังคมและอาชีพ

เมื่อความปวดกลายเป็นความปวดเรื้อรัง (การป้องกันแบบตติยภูมิ) แม้ว่า

งานวิจัยศึกษาการป้องกันแบบหัตถิยภูมิมีเพิ่มขึ้น ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

แต่การศึกษายังคงให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องของการรักษาเท่านั้น

ปีสากลเพื่อการป้องกันความปวดเป็นโอกาสที่จะสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการวางกลยุทธ์และมาตรการสำหรับเรื่องการพัฒนาของโรคทั้งระยะเริ่มต้นและระยะที่สองของโรค

โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความปวดยังทำกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมส่วนตัวและการเข้าสังคมอย่างต่อเนื่องและในแนวทางที่ดีที่สุด เพื่อลดการพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรัง

คำแนะนำในการออกแบบงานวิจัยในเชิงการป้องกันได้รับการเผยแพร่ [3]

ซึ่งคาดว่าจะทำให้เกิดหลักฐานที่น่าเชื่อถือได้ต่อไป

การป้องกันความปวดแบบหัตถิยภูมิ: การป้องกันความเรื้อรัง

การป้องกันความปวดแบบหัตถิยภูมิถูกกล่าวถึงครั้งแรกโดย Fordyce ในปี 1970 [4]

แสดงการแยกแยะระหว่างความปวดและพฤติกรรมความปวด (พฤติกรรมถดถอยในการทำกิจกรรม)

วิธีการในการป้องกันถูกนำไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมความปวด

ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือต่อการสร้างกลยุทธ์การป้องกันความปวด [2, 4] ได้แก่

การฝึกเรื่องการใช้เวลาและการใช้ยา

การป้องกันแบบหัตถิยภูมิต้องมีความเข้าใจในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความปวดเรื้อรัง

เครื่องมือที่นำมาใช้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในการสืบหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและกลยุทธ์ทางคลินิกที่มีการคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงและการจัดการที่เฉพาะต่อปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ ได้มีการผ่านการตรวจสอบแล้ว [5]

การทบทวนวรรณกรรมหลายฉบับรายงานปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินของความปวดในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ ธงแดง

(ปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ) และองค์เสียง (ปัจจัยทางจิตสังคม) เป็นปัจจัยที่พบมากที่สุดในการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกตามด้วย องค์น้ำเงิน (ปัจจัยทางอาชีพ), องค์ดำ (ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับการขัดเขย) และองค์ขาว

(ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม) [6] โดยยังไม่มีหลักฐานที่แสดงผลของปัจจัยต่าง ๆ

เหล่านี้ต่อการป้องกันความปวดแบบทุติยภูมิ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

ที่ทราบกลไกที่มีต่อความปวดทำให้สามารถออกแบบกลยุทธ์การป้องกันที่เหมาะสมในอนาคตต่อไป [5, 7]

ปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการวิเคราะห์จากการศึกษาว่าสัมพันธ์กับความปวด ได้แก่

ความคิดหายนะ/การรับรู้ที่ไม่เอื้อในการปรับตัว และอารมณ์ซึมเศร้ามีผลทำให้เกิดอาการปวดเข้า [8]

หรืออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง [9] ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงชนิด “องค์เสียง” หรือปัจจัยระดับเสื่อมในข้อ

ถูกจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงชนิด “องค์แดง” [8] ปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด (เช่น [10-12]) ที่ค่อนข้างมีหลักฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ประเภทของการผ่าตัด ปัจจัยทางพันธุกรรม

ความปวดก่อนผ่าตัดหรือประวัติความปวดเรื้อรังจากสาเหตุอื่นและปัจจัยทางจิตสังคม

แบบสอบถามคัดกรองที่มีใช้อยู่โดยเฉพาะใช้ในอาการปวดหลังพบว่าสามารถใช้เพื่อพยากรณ์โรคได้ [13]

หลักฐานเบื้องต้นยังระบุว่าความปวดของผู้ป่วยเป็นกลุ่มเล็กตามปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการปวดเรื้อรัง

และการรักษาที่ปรับตามกลุ่มนั้น ๆ ตามความเหมาะสม มีประสิทธิภาพในการรักษาทั้งในระยะสั้นและกลาง [14]

การให้ความรู้และการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดอาการปวดหลังเรื้อรัง

ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนในระดับสูงที่สุดในขณะนี้ [5, 7] ส่วนใหญ่แสดงผลทั้งในระยะสั้นและกลาง

ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยที่เกิดจากแพทย์ทำ (ปัจจัยที่ขึ้นจากระบบสาธารณสุข)

ดูเหมือนจะมีส่วนทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบำบัดปวดที่มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยทางร่างกายโดยไม่สนใจปัจจัยด้านอื่น

การประเมินเกินจริงของผลของปัจจัยทางร่างกายหรือผลจากภาพถ่ายรังสีต่อความสบายของผู้ป่วย

การทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยมากเกินไปจนความจำเป็น และการมุ่งการบำบัดแบบเฉื่อยในระยะยาว (เช่น การนวด) [15]

จากการค้นพบสิ่งเหล่านี้

ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการสาธารณสุขในการรักษาความปวดที่ต้องปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามและควรรวมอยู่ในขั้นตอนในการทำงานวิจัย

การสร้างแบบจำลองการรักษา [3] เช่น แบบจำลองการหลีกเลี่ยง - ความอดทน [16]

หรือสร้างแบบจำลองจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน

เพื่อให้ได้มาซึ่งแผนการรักษาที่ปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมและนำไปสู่การเกิดหลักฐานโดยนักวิจัยที่ศึกษาเรื่องความปวด เป็นสิ่งที่ยังขาดแคลน การฟื้นตัวจากความปวด “การต้อนรับ –

พันธุกรรม” และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อวิธีการบำบัดเฉพาะอย่าง [17]

เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนาแบบจำลองต่อไป

**การป้องกันความปวดแบบทุติยภูมิ: การลดภาวะทุพพลภาพ การสูญเสียการทำงาน
อารมณ์เชิงลบและการโดดเดี่ยวทางสังคมสำหรับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความปวดเรื้อรัง**

การป้องกันแบบตติยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบต่อนื่องต่อผู้ที่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดเรื้อรัง แบบจำลอง เช่น แบบจำลองความกลัว-การหลีกเลี่ยง [18,19] หรือแบบจำลองการหลีกเลี่ยงและความอดทน [16, 20-23] รวมเอาผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรม ภาวะจิตใจและการเข้าสังคม เพื่อนำไปสู่ชีวิตที่สุขสบายขึ้นของผู้ป่วย แบบจำลองของความปวด “ชีว-จิต-สังคม” นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการรักษา (สหสาขา) คำจำกัดความได้รับการคิดค้นโดย IASP Task Force ในปีค.ศ. 2017 และเผยแพร่ที่หน้าแรกของ IASP (<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>)

Mayer และ Gatchel [27] แนะนำแนวการรักษาแบบครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ ชีว-จิต-สังคม ในปี 1980 เป้าหมายหลักคือ การฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย จิตใจและสังคม โดยใช้บุคลากรทางการแพทย์หลายประเภทหลายสาขา (แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และพยาบาล) ทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ [27]

การรักษาแบบสหสาขาได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมต่อการจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังทั่วโลก [28] แต่หลักฐานยังมีความขัดแย้งกัน [29] ความหลากหลายของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง วิธีการบำบัดและองค์ประกอบของการบำบัด ปริมาณและระยะเวลาของการบำบัด และแบบประเมินผลลัพธ์ในการทดลองทางคลินิก

ถือเป็นอุปสรรคต่อการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาความปวดและการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง [30] กรอบแนวคิดและการออกแบบการรักษาตามกลไกของโรค การประเมินผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน (พิจารณาผลลัพธ์หลายมิติที่ครอบคลุม [31])

การศึกษาที่รายงานอย่างรอบคอบและการวิจัยที่ดำเนินการอย่างรอบคอบเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อแยกแยะการรักษาที่มีประโยชน์จากการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ และสุดท้าย เพื่อค้นหาวิธีการรักษาความปวดที่ดีที่สุดที่จำเพาะตามลักษณะอาการปวดของผู้ป่วย [32]

เอกสารอ้างอิง

- [1] Loisel P. Developing a new paradigm: Work disability prevention. *Occupational Health Southern Africa* 2009;15(2):56-60.
- [2] Linton SJ, Chronic pain: the case for prevention. *Behaviour research and therapy* 1987;25(4):313-317.
- [3] Gewandter JS, Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Fillingim RB, Gilron I, Markman JD, Oaklander AL, Polydefkis MJ, Raja SN, Robinson JP, Woolf CJ, Ziegler D, Ashburn MA, Burke LB, Cowan P, George SZ, Goli V, Graff OX, Iyengar S, Jay GW, Katz J, Kehlet H, Kitt RA, Kopecky EA, Malamut R, McDermott MP, Palmer P, Rappaport BA, Rauschkolb C, Steigerwal I, Tobias J, Walco GA. Research design considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2015;156(7):1184-1197.
- [4] Fordyce WE, Brockway JA, Bergman JA, Spengler D. Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine* 1986;9(2):127-140.
- [5] Meyer C, Denis CM, Berquin AD. Secondary prevention of chronic musculoskeletal pain: A systematic review of clinical trials. *Ann Phys Rehabil Med* 2018;61(5):323-338.
- [6] Winkelmann C and Schreiber T. Using 'White Flags' to categorize socio-cultural aspects in chronic pain. *European Journal of Public Health* 2019;29(Supplement_4):ckz186-196.
- [7] Sowah D, Boyko R, Antle D, Miller L, Zakhary M, Straube S. Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. *J Safety Res* 2018;66:39-59.

- [8] Sarmanova A, Fernandes GS, Richardson H, Valdes AM, Walsh DA, Zhang W, Doherty M. Contribution of central and peripheral risk factors to prevalence, incidence and progression of knee pain: a community-based cohort study. *Osteoarthritis Cartilage* 2018;26(11):1461-1473.
- [9] Melloh M, Elfering, Egli Presland C, Röder C, Hendrick P, Darlow B, Theis J-C. Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med (Lond)* 2011;61(2):127-31.
- [10] Johannsen M, Frederiksen Y, Jensen AB, Zacharie R. Psychosocial predictors of posttreatment pain after nonmetastatic breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Pain Res* 2018;11:23-36.
- [11] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ, Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet* 2006;367(9522):1618-1625.
- [12] Reinpold W. Risk factors of chronic pain after inguinal hernia repair: a systematic review. *Innov Surg Sci* 2017;2(2):61-68.
- [13] Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: a comparison of the STarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain* 2010;14(1):83-89.
- [14] Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008;59(5):632-641.
- [15] Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain* 2012;16(1):3-17.
- [16] Hasenbring MI, Chehadi O, Titze C, Kreddig N. Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain manage* 2014;4(5):363-374.
- [17] Aboagye E, Hagber J, Axén I, Kwak L, Lohela-Karlsson, M, Skillgate E, Dahlgren G, Jensen I. Individual preferences for physical exercise as secondary prevention for non-specific low back pain: A discrete choice experiment. *PLoS One* 2017;12(12):e0187709.
- [18] Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Karoly P. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain* 2012;28(6):475-483.
- [19] Vlaeyen JW and Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain* 2012; 153(6):1144-1147.
- [20] Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, Streitlein-Böhme I, Willburger R, Rusche H. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 2012;153(1):211-217.
- [21] Hasenbring MI and Verbunt JA. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain* 2010;26(9):747-753.
- [22] Plaas H, Sudhaus S, Willburger R, Hasenbring MI. Physical activity and low back pain: the role of subgroups based on the avoidance-endurance model. *Disabil Rehabil* 2014;36(9):749-755.
- [23] Sudhaus S, Held S, Schoofs D, Bültmann J, Dück, I, Wolf OT, Hasenbring MI. Associations between fear-avoidance and endurance responses to pain and salivary cortisol in the context of experimental pain induction. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 52:195-199.
- [24] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286):129-136.
- [25] Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6(2):101-124.
- [26] Williams ACC and Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain* 2016;157(11):2420-2423.
- [27] Mayer TG and Gatchel RJ. Functional restoration in spinal disorders: The Sports Medicine Approach. Philadelphia: Lea and Febiger; 1988.
- [28] Schatman M. Interdisciplinary chronic pain management: international perspectives. *Pain: Clinical Updates* 2012;20(7): 1-5.
- [29] Dragioti E, Evangelou E, Larsson B, Gerdle B. Effectiveness of multidisciplinary programmes for clinical pain conditions: An umbrella review. *J Rehabil Med* 2018;50(9):779-791.
- [30] Kaiser U, Treede R-D, Sabatowski R. Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain—gold standard or need for further clarification? *Pain* 2017;158(10):1853-1859.
- [31] Deckert S, Kaiser U, Kopkow C, Trautmann F, Sabatowski R, Schmitt J. A systematic review of the outcomes reported in multimodal pain therapy for chronic pain. *Eur J Pain* 2016;20(1):51-63.
- [32] Turk DC. Chronic pain and whiplash associated disorders: rehabilitation and secondary prevention. *Pain Res Manag* 2003;8(1):40-3.



Dr. Ulrike Kaiser
Lead. Clinical psychologist

©Copyright 2020 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.
IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.



Comprehensive Pain Center
University Hospital Carl Gustav Carus Dresden
Dresden, Germany

ผู้อ่านบทบทน

Brona M. Fullen, PhD
Associate Professor
UCD School of Public Health
Physiotherapy and Sports Science
Dublin, Ireland

Professor Esther Pogatzki-Zahn, MD, PhD
Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine
University Hospital Muenster
Muenster, Germany

ผู้แปล

พญ.นุช ตันติศิริรินทร์

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้อ่านบทบทน

พญ.ลักษมี ชาญเวชช์

โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

©Copyright 2020 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.
IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to
stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved
pain relief worldwide.

