PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 577-586.

ORIGINAL ARTICLE

Morphine Levels Associated with Constipation in Home Palliative Cancer Patients

Songkiat Kanjanakaew, M.D., FRCFPT.

Social Medicine Department, Hatyai Hospital, Songkhla, Thailand

Corresponding author :
Songkiat Kanjanakaew, M.D., Social Medicine Department, Hatyai Hospital, 182 Ratthakan Road, Hat Yai, Hat Yai District, Songkhla 90110, Thailand
Email: kidman168000@gmail.com

Received: June 12, 2025;
Revised: December 1, 2025;
Accepted: January 7, 2026

ABSTRACT

Background: Constipation significantly impacts the quality of life in cancer patients. Understanding the factors associated with constipation enables caregivers to manage the condition effectively and improve the appropriateness of care. This study aims to investigate the association between morphine dosage and constipation in end-of-life cancer patients receiving home-based care.

Design: A Retrospective Cohort Study

Materials and Methods: The study population consisted of cancer patients receiving palliative home care from Hatyai Hospital between January 1, 2020, and December 31, 2024. Data were collected by reviewing the medical records of 111 subjects.

Results: The study found a significant association between morphine dosage and the incidence of constipation in end-of-life cancer patients receiving home care. Higher morphine doses were associated with a greater likelihood of constipation. The adjusted odds ratio (aOR) for the Oral Morphine Equivalent Dose (OMED) in relation to constipation was 1.04 (95% confidence interval (CI): 1.01–1.07). This indicates that the odds of constipation increases by approximately 4% for every 1 mg/day increase in morphine dosage after adjusting for covariates. Furthermore, the probability of developing constipation exceeds 95 percent when the oral morphine equivalent dose is greater than or equal to 70 mg/day.

Conclusion: The use of morphine in end-of-life cancer patients receiving home-based care leads to an increased prevalence of constipation as the dosage increases.

Keywords: morphine dosage, constipation, end-of-life care, palliative care

PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 577-586

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระดับยามอร์ฟีนที่สัมพันธ์กับอาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

ทรงเกียรติ กาญจนแก้ว, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:
ทรงเกียรติ กาญจนแก้ว, พ.บ., กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ 182 ถ.รัถการ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110, ประเทศไทย
Email: kidman168000@gmail.com

Received: June 12, 2025;
Revised: December 1, 2025;
Accepted: January 7, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: อาการท้องผูกส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง การเข้าใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการท้องผูกช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหารวมถึงปรับปรุงวิธีการดูแลที่เหมาะสม การวิจัยนี้เพื่อศึกษาขนาดยามอร์ฟีนที่สัมพันธ์กับอาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์แบบจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)

วัสดุและวิธีการ: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของโรงพยาบาลหาดใหญ่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลโดยสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่าง 111 คน

ผลการศึกษา: ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยามอร์ฟีนกับการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่าขนาดยามอร์ฟีนสูงขึ้น มีโอกาสเกิดอาการท้องผูกสูงขึ้น โดยมีค่า adjusted odds ratio ของขนาดยามอร์ฟีนเทียบเท่าชนิดรับประทาน (oral morphine equivalent dose) เทียบกับอาการท้องผูกเท่ากับ 1.04 (95% confidence interval (CI): 1.01-1.07) คือ ออดส์ของการเกิดอาการท้องผูกจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 4.00 ต่อการเพิ่มขึ้นของขนาดยามอร์ฟีน 1 มก./วัน เมื่อปรับตัวแปรร่วมแล้ว และความน่าจะเป็นในการเกิดอาการท้องผูกจะมากกว่าร้อยละ 95 เมื่อขนาดยามอร์ฟีนเทียบเท่าชนิดรับประทานมากกว่าหรือเท่ากับ 70 มก./วัน

สรุป: การใช้ยามอร์ฟีนในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีผลทำให้เกิดอาการท้องผูกมากขึ้นหากขนาดยาเพิ่มสูงขึ้น

คำสำคัญ: ขนาดยามอร์ฟีน อาการท้องผูก การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้น การดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก[1,2] การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ยังคงเป็นยาหลักที่ใช้ในการบริหารจัดการความเจ็บปวดและอาการเหนื่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยสามารถแบ่งกลุ่มยาโอปิออยด์ตามความแรงได้เป็นสองกลุ่มหลักตามแนวทางของ WHO Analgesic Ladder ได้แก่ กลุ่มโอปิออยด์ชนิดอ่อนซึ่งใช้สำหรับอาการปวดระดับน้อยถึงปานกลางซึ่งมี ceiling effect (การเพิ่มยาถึงจุดหนึ่งจะไม่เพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดแต่จะเพิ่มผลข้างเคียง) ตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย คือ ยาทรามาดอลและยาโคเดอีน กลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรงซึ่งใช้สำหรับอาการปวดระดับรุนแรงหรืออาการเหนื่อยหอบที่ควบคุมยากไม่มี ceiling effect ทำให้เพิ่มขนาดยาได้ตามความจำเป็น ตัวอย่างเช่น ยามอร์ฟีน ยาเฟนทานิลและยาอ๊อกซีโคโดน ในบรรดายากลุ่มดังกล่าวยามอร์ฟีนยังคงถูกพิจารณาให้เป็นยาหลักเนื่องจากประสิทธิภาพที่สูง มีรูปแบบยาที่หลากหลายทั้งชนิดออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาวและเข้าถึงได้ง่ายในระบบสาธารณสุข[3]

ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่ได้รับการดูแลที่บ้าน การบริหารยามีได้หลายรูปแบบ เช่น การรับประทานยา การฉีดยาใต้ผิวหนัง/การฉีดยาเข้าหลอดเลือด เป็นต้น โดยยาดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายของชีวิต[4-6] การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ช่วยให้พวกเขาสามารถรักษาความสบายและศักดิ์ศรีการมีชีวิตในช่วงเวลาที่เปราะบางนี้ การดูแลแบบประคับประคองได้กลายเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2557[7] โครงการควบคุมมะเร็งแห่งชาติได้รวมการดูแลแบบประคับประคองเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ[8] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้อนุมัติสิทธิของผู้ป่วยระยะท้ายในการได้รับการดูแลแบบประคับประคองและมีสิทธิปฏิเสธการรักษาที่ไม่มีประโยชน์[9]

ภาวะท้องผูกที่เกิดจากยาในกลุ่มโอปิออยด์เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยและสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยอย่างมาก[10,11] อาการนี้สามารถส่งผลเสียต่อความสบายทางร่างกายของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษาและความเป็นอยู่โดยรวม การทำความเข้าใจอย่างละเอียดถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดและจัดการกับอาการท้องผูกในบริบทของการดูแลที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ[12] โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบได้แก่ การใช้ยา การกินได้น้อยและการนอนติดเตียง[13-15] อุบัติการณ์ของอาการท้องผูกในผู้ป่วยระยะประคับประคอง มีการรายงานอัตราความชุกตั้งแต่ร้อยละ 18.00 ถึงร้อยละ 90.00[11,12,16] ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งมีการประมาณการอุบัติการณ์ท้องผูกระหว่างร้อยละ 50.00 ถึงร้อยละ 95.00 โดยมีอัตราสูงสุดในผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มโอปิออยด์[17] อาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแม้ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ในขนาดต่ำ[18] สิ่งนี้บ่งชี้ว่าแม้ในผู้ป่วยที่ได้รับมอร์ฟีนในขนาดต่ำก็สามารถเกิดอาการท้องผูกได้ในผู้ที่มีความไวต่อยา จากการศึกษาของ Araújo และคณะระบุว่ามอร์ฟีนไม่มีขนาดยาสูงสุดที่สามารถใช้ได้ โดยขนาดยาที่เหมาะสมคือจุดที่บรรเทาอาการปวดได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือทนไม่ได้ รวมถึงอาการท้องผูกที่คาดการณ์ได้เมื่อใช้ยาต่อเนื่อง[4] แม้แต่ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในขนาดต่ำก็สามารถทำให้เกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง สิ่งนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการจัดการเชิงรุกโดยไม่คำนึงถึงขนาดยามอร์ฟีนเริ่มต้น[19]

วัฒนธรรมไทยมักเน้นความปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่บ้านในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและมีครอบครัวอยู่ด้วย การทำความเข้าใจและเคารพความต้องการทางวัฒนธรรมเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในประเทศไทย[20] การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเป็นรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถรับการดูแลได้ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและมีความสบายทางอารมณ์ของตนเอง[21] การดูแลอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และเนื่องจากการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านยังมีไม่มาก ทางผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาขนาดยามอร์ฟีนที่อาจสัมพันธ์กับอาการท้องผูก จึงทำการศึกษาวิจัยฉบับนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาขนาดยามอร์ฟีนที่สัมพันธ์กับอาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์แบบจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่รักษาตัวที่บ้านโดยใช้ข้อมูลจากการบันทึกในเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่ ประชากรกลุ่มตัวอย่างได้จากศึกษาสำรวจนำร่อง (pilot study) และการคำนวณกลุ่มประชากรโดยใช้สูตร sample size for two independent population means[22,23] กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มทั้งสิ้น 140 คน

เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่มีการประเมินให้การดูแลแบบประคับประคองซึ่งส่งต่อให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่เยี่ยมบ้านต่อเนื่องและไม่เป็นผู้ป่วยที่มีการนอนรักษาในโรงพยาบาลหลังการเยี่ยมบ้านซึ่งเก็บข้อมูลจากวันที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งแรกโดยใช้ข้อมูลจากการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์คัดออก การบันทึกเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ อาชีพหลักในปัจจุบัน เพศ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ประวัติทางการแพทย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเจ็บป่วยหลัก โรคประจำตัวอื่น การใช้ยาและขนาดยา ระดับกิจกรรมทางกาย ระดับ palliative performance scale การดูแลของครอบครัว

ส่วนที่ 3 การบันทึกประวัติท้องผูก ได้แก่ ขับถ่ายอุจจาระลำบาก ท้องผูก ใช้นิ้วล้วงทวารหนัก ความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด การอุจจาระแข็ง และการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์[24]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป Stata version 18 สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติเชิงวิเคราะห์ใช้ Chi-square test, Fisher's exact test, T-test, multiple logistic regression และ non-linear regression ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีการตัดตัวแปรกวน ใช้ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$

การคำนวณปริมาณยาโอปิออยด์ทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันจะถูกแปลงเป็นขนาดยามอร์ฟีนชนิดรับประทานต่อวัน (oral morphine equivalent dose) โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การแปลงค่าจากแนวทางการตรวจรักษาอาการปวดจากมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[25]

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลหาดใหญ่ หนังสืออนุมัติ เลขที่ HYH EC 032-68-01 เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มทั้งสิ้น 140 คน โดยมีการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ 29 ราย คงเหลือ 111 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 79.29 ซึ่งมีข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

การใช้ยามอร์ฟีน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้านจำนวน 111 คน พบว่ามีการใช้ยามอร์ฟีนทั้งสิ้น 81 คน คิดเป็นร้อยละ 72.97 มีการใช้ยามอร์ฟีนโดยแยกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีหรือไม่มีอาการท้องผูก ดังตารางที่ 2 และเมื่อพิจารณาชนิดและวิธีการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์พบกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยากลุ่มโอพิออยด์ คือ ยามอร์ฟีนและยาเฟนทานีลดังตารางที่ 3 โดยจะคำนวณปริมาณยาโอปิออยด์ทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันและแปลงเป็นขนาดยามอร์ฟีนชนิดรับประทานต่อวัน โดยยาเฟนทานีลในงานวิจัยเป็นรูปแบบแผ่นแปะขนาด 25 มคก./ชม. เทียบเท่า

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการท้องผูก N = 40 คน (ร้อยละคำนวณตามแถว)	ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก N = 71 คน (ร้อยละคำนวณตามแถว)	p-value
อายุ, Mean (SD)	66.38 (17.59)	65.66 (14.13)	0.825‡
เพศ			
ชาย	23 (38.98)	36 (61.02)	0.491*
หญิง	17 (32.69)	35 (67.31)	
อาชีพ			
รับจ้างทั่วไป	9 (28.13)	23 (71.88)	0.713†
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	8 (40.00)	12 (60.00)	
งานบ้าน/แม่บ้าน	15 (37.50)	25 (62.50)	
อื่น ๆ	8 (42.11)	11 (57.89)	
โรคหลักที่เป็น			
มะเร็งเต้านม	3 (21.43)	11 (78.57)	0.277†
มะเร็งปอด	7 (28.00)	18 (72.00)	
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	7 (53.85)	6 (46.15)	
อื่น ๆ	23 (38.98)	36 (61.02)	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	20 (32.26)	42 (67.74)	0.351*
มี	20 (40.82)	29 (59.18)	
ระดับกิจกรรมทางกาย			
นั่ง/นอนตลอดเวลา	19 (34.55)	36 (65.45)	0.940*
เคลื่อนไหวเล็กน้อย	11 (36.67)	19 (63.33)	
เคลื่อนไหวมาก	10 (38.46)	16 (61.54)	
ระดับ Palliative performance scale			
10-30	15 (38.46)	24 (61.54)	0.963†
40-60	19 (34.55)	36 (65.45)	
70-100	6 (35.29)	11 (64.71)	

*Chi-square test, †Fisher's exact test, ‡T-test

ขนาดยามอร์ฟีนชนิดรับประทาน 60 มก./วัน และขนาดยามอร์ฟีนชนิดฉีด 1 มก./วัน เทียบเท่าขนาดยามอร์ฟีนชนิดรับประทาน 3 มก./วัน จะได้ว่ามีการใช้ชนิดรับประทานต่อวัน ซึ่งแยกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีหรือไม่มีอาการท้องผูกดังตารางที่ 4

อาการท้องผูก

การบันทึกประวัติท้องผูก ได้แก่ ขับถ่ายอุจจาระลำบาก ท้องผูก ใช้นิ้วล้วงทวารหนัก ความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด การอุจจาระแข็ง และการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์[24] หากมีการบันทึกอาการอย่างใดอย่างนึงจะนับว่ามีอาการท้องผูก

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้านจำนวน 111 คน พบว่ามีอาการท้องผูกทั้งสิ้น 71 คน ซึ่งคิดเป็นความชุกร้อยละ 63.96

ขนาดยามอร์ฟีนที่มีความสัมพันธ์กับอาการท้องผูก

เมื่อพิจารณาขนาดยามอร์ฟีนในระดับต่าง ๆ กับโอกาสของการเกิดอาการท้องผูกในกลุ่มตัวอย่าง จะพบความสัมพันธ์เมื่อขนาดยายิ่งสูงขึ้น การเกิดอาการท้องผูกจะมากขึ้นดังรูปที่ 1 และพบว่าขนาดยามอร์ฟีนมีความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างขนาดยามอร์ฟีนกับอาการท้องผูก นั่นคือยิ่งขนาดยามอร์ฟีนสูงขึ้นโอกาสในการเกิดอาการท้องผูกก็จะสูงขึ้นด้วย โดยพิจารณา

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละการใช้ยาของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการท้องผูก N = 40 คน (ร้อยละคำนวณตามแถว)	ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก N = 71 (ร้อยละคำนวณตามแถว)	p-value
การใช้วิธีแพทย์ทางเลือก			
ไม่มี	40 (39.60)	61 (60.40)	0.013†
มี	0 (0.00)	10 (100.00)	
การใช้ยาระบาย			
ไม่มี	19 (86.36)	3 (13.64)	< 0.001†
มี	21 (23.60)	68 (76.40)	
การใช้ยามอร์ฟีน			
ไม่มี	22 (73.33)	8 (26.67)	< 0.001*
มี	18 (22.22)	63 (77.78)	
การใช้ยาลอร์ราซีแพม			
ไม่มี	32 (39.51)	49 (60.49)	0.211*
มี	8 (26.67)	22 (73.33)	
การใช้ยาอะโทรปีน			
ไม่มี	36 (34.62)	68 (65.38)	0.250†
มี	4 (57.14)	3 (42.86)	
การใช้ยากาบาเพนติน			
ไม่มี	37 (39.36)	57 (60.64)	0.086*
มี	3 (17.65)	14 (82.35)	
การใช้ยาเฟนทานิล			
ไม่มี	40 (39.22)	62 (60.78)	0.025†
มี	0 (0.00)	9 (100.00)	

*chi-square test, †Fisher's exact test, ‡T-test

ตารางที่ 3. การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 111)

ชนิดยาโอปิออยด์	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน (ร้อยละ)
ยามอร์ฟีน	
ไม่ใช้ยา	30 (27.03)
ใช้ยารูปแบบยากิน	75 (67.57)
ใช้ยารูปแบบยาฉีด	6 (5.41)
ยาเฟนทานิล	
ไม่ใช้ยา	102 (91.89)
ใช้ยารูปแบบยาแผ่นแปะ	9 (8.11)

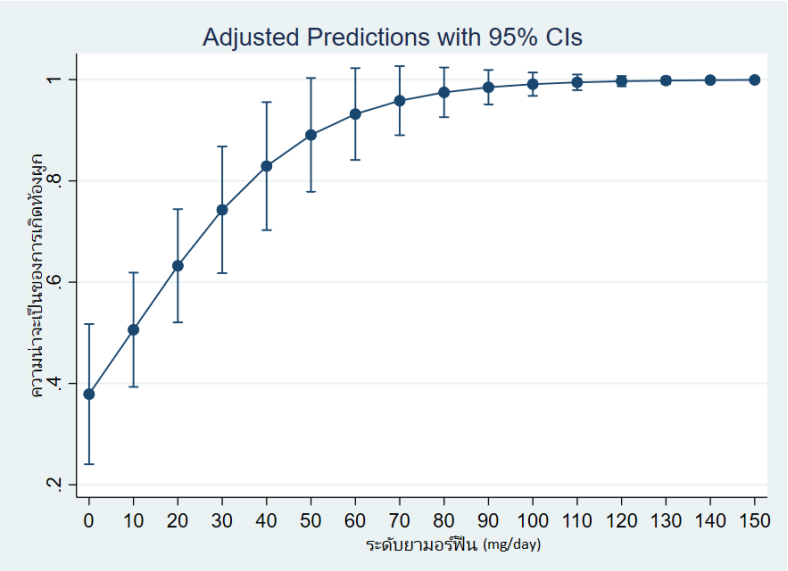
จากตารางที่ 5 พบว่าค่า adjusted odds ratio ของขนาดยามอร์ฟีนเทียบกับอาการท้องผูกเท่ากับ 1.04, 95%CI (1.01-1.07) ดังนั้นออดส์ของการเกิดอาการท้องผูกจะ

ตารางที่ 4. ขนาดยามอร์ฟีนซึ่งปรับตาม oral morphine equivalent dose แยกตามกลุ่มอาการท้องผูก (N = 111)

อาการท้องผูก	ขนาดยามอร์ฟีน (มก./วัน)	
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ไม่มี	9.70	20.64
มี	64.97	108.62

SD, standard deviation

เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 4.00 ต่อการเพิ่มขึ้นของขนาดยามอร์ฟีน 1 มก./วัน เมื่อปรับตัวแปรร่วมแล้ว และมีความเชื่อมั่น 95% ว่าค่าความสัมพันธ์ที่แท้จริงจะอยู่ในช่วง 1.01 ถึง 1.07



รูปที่ 1. ความน่าจะเป็นในการเกิดอาการท้องผูก ณ ระดับยามอร์ฟีนต่าง ๆ โดยใช้ model-based adjusted predicted probability curve

ตารางที่ 5. ขนาดยามอร์ฟีนที่มีผลต่ออาการท้องผูกโดยใช้ multiple logistic regression

	อาการท้องผูก					
	Crude OR	95% CI	P-value	Adjusted OR	95% CI	P-value
ขนาดยามอร์ฟีน*	1.05	1.02-1.08	< 0.001	1.04	1.01-1.07	0.004
การใช้ยาระบาย	20.51	5.52-76.18	< 0.001	14.41	3.22-64.62	< 0.001

*ขนาดยามอร์ฟีนเทียบเท่าการรับประทาน (oral morphine equivalent dose)

ตารางที่ 6. ความสัมพันธ์ปัจจัยกับอาการท้องผูกโดยใช้ multiple logistic regression

	อาการท้องผูก					
	Crude OR	95% CI	P-value	Adjusted OR	95% CI	P-value
การใช้ยาระบาย	20.51	5.52-76.18	< 0.001	7.81	1.88-32.25	0.005
การใช้ยามอร์ฟีน	9.63	3.67-25.24	< 0.001	5.66	1.28-25.01	0.022
การใช้ยากาบาเพนติน	3.03	0.81-11.27	0.098	2.16	0.39-11.98	0.377

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาประคับประคองที่บ้าน

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ในการวิเคราะห์แบบ univariate พบว่าการใช้ยามอร์ฟีน การใช้ยาระบาย การใช้ยาเฟนทานิลและการใช้แพทย์ทางเลือกมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการท้องผูกในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) แสดงดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2 แต่เมื่อพิจารณาด้วยการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกเพื่อตัดปัจจัยกวน (confounder) พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการท้องผูกในกลุ่มตัวอย่างคือ การใช้ยามอร์ฟีนมี crude odds ratio 9.63, 95%CI (3.67-25.24) adjusted odds ratio 5.66, 95%CI (1.28-25.01) และการใช้ยาระบายมี crude odds ratio 20.51, 95%CI (5.52-76.18) adjusted odds ratio 7.81, 95%CI (1.88-32.25) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวทั้ง 2 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการท้องผูกในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ดังตารางที่ 6

ความน่าจะเป็นในการเกิดอาการท้องผูก

เมื่อพิจารณาขนาดยามอร์ฟีนกับความน่าจะเป็นในการเกิดอาการท้องผูกในกลุ่มตัวอย่าง จาก model-based adjusted predicted probability curveแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความน่าจะเป็นการเกิดอาการท้องผูกกับขนาดยามอร์ฟีน เมื่อปรับตัวแปรร่วม คือ การใช้ยาระบายแล้ว ดังรูปที่ 1 จะพบว่าความน่าจะเป็นในการเกิดอาการท้องผูกจะเท่ากับร้อยละ 50.00 เมื่อขนาดยามอร์ฟีนมีค่าอยู่ในช่วง 10-20 มก./วัน ความน่าจะเป็นในการเกิดอาการท้องผูกร้อยละ 75.00 เมื่อขนาดยามอร์ฟีนมีค่าในช่วง 30-40 มก./วัน และเมื่อขนาดยามอร์ฟีนมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 70 มก./วัน จะพบความน่าจะเป็นในการเกิดอาการท้องผูกมากกว่าร้อยละ 95.00

วิจารณ์

ขนาดยามอร์ฟีนที่เพิ่มสูงขึ้นจะมีโอกาสเกิดอาการท้องผูกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดย adjusted odds ratio ของขนาดยามอร์ฟีนเทียบกับอาการท้องผูกเท่ากับ 1.04 หรือกล่าวคือออดส์ของการเกิดอาการท้องผูกจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 4.00 ต่อการเพิ่มขึ้นของขนาดยามอร์ฟีน 1 หน่วย (1 มก./วัน) เมื่อปรับตัวแปรร่วมแล้ว

โดยหากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยา opioid กับการเกิดอาการท้องผูกมีความสัมพันธ์กันซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Erichsén E และคณะ[13] แต่เมื่อพิจารณาถึงขนาดยามอร์ฟีนหรือขนาดยามอร์ฟีนเทียบเท่าที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการท้องผูก จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่เคยมีงานวิจัยใดศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวและจากการศึกษาพบว่าค่า odds ratio ที่ 1.04 แม้จะมีความสำคัญทางสถิติ แต่อาจถือว่าเป็นความสัมพันธ์ที่มีขนาดค่อนข้างน้อยในทางคลินิก การเพิ่มขึ้นของโอกาสเพียงเล็กน้อยอาจไม่มีนัยสำคัญทางคลินิกมากนัก ขึ้นอยู่กับบริบทและผลกระทบต่อผู้ป่วย และเมื่อสังเกตจากรูปที่ 1 เมื่อขนาดยามอร์ฟีนเทียบเท่าการรับประทาน แม้ขนาดยาจะไม่สูงมากแต่ความน่าจะเป็นที่จะเกิดอาการท้องผูกพบได้ประมาณร้อยละ 50.00 ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ Imai และคณะ[18] อาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์เกิดขึ้นแม้ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ในขนาดต่ำประกอบกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์มักจะมีการสั่งยาระบายเพื่อป้องกันการเกิดอาการท้องผูกซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nosek และคณะ[26] สำหรับค่า odds ratio ที่สูงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการใช้ยาระบายและอาการท้องผูกนั้น ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่าไม่ได้สะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่ยาระบายเป็นตัวการทำให้เกิดอาการท้องผูกแต่เป็นปรากฏการณ์ความสัมพันธ์ย้อนกลับ (reverse causality) เนื่องจากในเวชปฏิบัติทางคลินิกผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกหรือมีความเสี่ยงอาการท้องผูกจากการได้รับยากลุ่มโอปิ-ออยด์มักจะได้รับการสั่งใช้ยาระบายในปริมาณมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปและการใช้ยาระบายเป็นตัวแปรกวนของการศึกษาดังนั้นจึงต้องนำมาพิจารณาควบคู่กับขนาดยามอร์ฟีนดังแสดงในตารางที่ 5

การศึกษาพบว่าความชุกการเกิดอาการท้องผูกเท่ากับร้อยละ 63.96 ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยก่อนหน้า[11,12,16] ซึ่งพบความชุกของอาการท้องผูกตั้งแต่ร้อยละ 18.00 ถึง 90.00

สรุปผลการวิจัย

การใช้ยามอร์ฟีนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านแม้ขนาดยาขนาดต่ำก็มีโอกาสเกิดอาการท้องผูกได้ ดังนั้นควรมีการตระหนักถึงอาการท้องผูกเมื่อมีการใช้ยามอร์ฟีนและยาชนิดอื่นในกลุ่มโอปิออยด์

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจึงอาจทำให้การเก็บปัจจัยด้านต่าง ๆ ไม่ครอบคลุมในแง่ของวิถีชีวิตดั้งเดิม ค่านิยม ความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการท้องผูกอันมีความสำคัญต่อการวางแผนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและอาจมีข้อมูลที่ตกหล่นจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่บันทึกอาการท้องผูก มีการบันทึกการใช้ยามอร์ฟีนไม่สมบูรณ์หรือไม่ได้บันทึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องกินเสริมเมื่อมีอาการปวด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะถูกคัดออก และประเด็นนอกจากขนาดยามอร์ฟีน ความถี่ของการกินยาและวิธีการบริหารยาก็อาจจะเป็นปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับอาการท้องผูก[27] รวมถึงงานวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาขนาดของปัจจัยกวน เช่น จำนวน ชนิดและขนาดยาระบาย จึงเป็นข้อเสนอแนะในงานวิจัยในอนาคตที่ควรให้ความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์กฤติน รักชาติ นายแพทย์ศรวัส แสงแก้วและนายแพทย์คณิน ล่องเซ่ง ที่ได้ให้คำปรึกษาและเป็นที่ปรึกษาตรวจทานรายงานการวิจัย

Highlight

1. อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. การได้รับยามอร์ฟีนในขนาดยิ่งสูง ยิ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ
3. แม้ผู้ป่วยจะได้รับยามอร์ฟีนในขนาดต่ำก็มีโอกาสเกิดอาการท้องผูกได้ จึงควรมีการเฝ้าระวังและป้องกันอาการท้องผูกล่วงหน้าทันทีเมื่อเริ่มใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. Alizadeh Z, Rohani C, Rassouli M, Ilkhani M, Hazrati M. Bridging the gap and developing a home-based palliative care model for cancer patients. Asia Pac J Oncol Nurs. 2024;11:100583. PubMed PMID: 39655227
2. Maresova P, Hruška J, Randlova K, Rezny L, Carrillo-de-la-Peña MT, Kuca K. Systematic review of the cost-effectiveness of home-based palliative care interventions in patients with cancer: a critical analysis. Cancer Manag Res. 2024;16:1155-74.
3. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Araújo JL, Moraes EB, Chistovam BP, Magalhães ALP. Safety of palliative cancer patients using morphine for pain control: scoping review. BrJP. 2025;8:e20250006.
5. Kestenbaum MG, Vilches AO, Messersmith S, Connor SR, Fine PG, Murphy B, et al. Alternative routes to oral opioid administration in palliative care: a review and clinical summary. Pain Med. 2014;15:1129-53.
6. Kloke M, Cherny N; ESMO Guidelines Committee. Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2015;26 Suppl 5:v169-73.
7. Phenwan T, Anantapong K, Sripaew S, Vinayavekhin S. Exploring the palliative care ecosystem in Thailand: a protocol for a scoping review and bibliometric analysis. BMJ Open Qual. 2024;13(1):e002602. PubMed PMID: 38388024
8. Insamran W, Sangrajrang S. National Cancer Control Program of Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2020;21:577-82. doi:10.31557/APJCP.2020.21.3.577.
9. Nilmanat K. Palliative care in Thailand: development and challenges. Can Oncol Nurs J. 2016;26:262-4.
10. Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Larkin PJ, Stone P. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2022;9:CD006332. PubMed PMID: 36106667
11. Candy B, Jones L, Larkin PJ, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD003448. doi:10.1002/14651858.CD003448.pub4.
12. Lang-Illievich K, Bornemann-Cimenti H. Opioid-induced constipation: a narrative review of therapeutic options in clinical management. Korean J Pain. 2019;32:69-78.
13. Erichsén E, Milberg A, Jaarsma T, Friedrichsen MJ. Constipation in specialized palliative care: prevalence, definition, and patient-perceived symptom distress. J Palliat Med. 2015;18:585-92.
14. DzierŻanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Behavioral risk factors of constipation in palliative care patients. Support Care Cancer. 2015;23:1787-93.
15. DzierŻanowski T, Ciałkowska-Rysz A. The occurrence and risk factors of constipation in inpatient palliative care unit patients vs. nursing home residents. Prz Gastroenterol. 2018;13:299-304.
16. Cayley WE Jr. Management of constipation in patients receiving palliative care. Am Fam Physician. 2011;84:1227-8.
17. Ahmedzai SH, Boland J. Constipation in people prescribed opioids. BMJ Clin Evid. 2010;2010:2407. PubMed PMID: 21718572
18. Imai H, Fumita S, Harada T, Noriyuki T, Gamoh M, Okamoto M, et al. Opioid-induced constipation in patients with cancer pain in Japan (OIC-J study): a post hoc subgroup analysis of patients with lung cancer. Jpn J Clin Oncol. 2021;51:444-50.
19. Sizar O, Genova R, Gupta M. Opioid-induced constipation [updated 2023 Aug 7]. In: StatPearls [In-

ternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan- [cited 2026 Sep 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493184/
20. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30:1101-11.
21. Hwang IY, Woo GU, Lee SY, Yoo SH, Kim KH, Kim MS, et al. Home-based supportive care in advanced cancer: systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2024;14:132-48.
22. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies Plus [mobile application]. Version 1.4. [place unknown]: Chetta Ngamjarus; 2024 [cited 2026 Sep 15]. Available from: https://apps.apple.com/dk/app/n4studies-plus/id6450650727
23. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbery: Thomson Learning; 2000.
24. สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย); 2564.
25. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาอาการปวดจากมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2557.
26. Nosek K, Leppert W, Nosek H, Wordliczek J, Onichimowski D. A comparison of oral controlled-release morphine and oxycodone with transdermal formulations of buprenorphine and fentanyl in the treatment of severe pain in cancer patients. Drug Des Devel Ther. 2017;11:2409-19.
27. Villars P, Dodd M, West C, Koetters T, Paul SM, Schumacher K, et al. Differences in the prevalence and severity of side effects based on type of analgesic prescription in patients with chronic cancer pain. J Pain Symptom Manage. 2007;33:67-77.