



ความปวดในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางสติปัญญาซึ่งไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อม : การจัดการสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ

ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักจะแสดงออกถึงอาการปวดไม่เหมือนบุคคลทั่วไป การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่แสดงออกแม้เพียงเล็กน้อยก็อาจจะสื่อถึงอาการปวด พฤติกรรมเหล่านี้อาจจะไม่เหมือนกันและเข้าใจได้ไม่ง่ายขึ้น[8] ขึ้นกับพยาธิสภาพของความบกพร่องในสมองที่ต่างตำแหน่งกันและสาเหตุของปัญหาความบกพร่องในบุคคลนั้น เช่นปัญหาของสมองอาจจะรบกวนระบบ motivational-affective, cognitive-evaluative หรือ autonomic response ซึ่งไม่เหมือนสิ่งที่เคยเชื่อกันแต่เดิมว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเมื่อรู้สึกปวดแล้วจะรับรู้น้อยกว่า หรืออาจจะทนกับความปวดได้มากกว่าคนทั่วไปเสมอไป [1]

การประเมินว่ามีอาการปวดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาแสดงออกถึงอาการปวดที่แตกต่างกัน ทำให้การที่จะรู้ว่าผู้ป่วยรู้สึกปวดนั้นเป็นเรื่องยากจากการต้องชีวิตผ่านพฤติกรรมที่ตีความได้ไม่แน่นอนทั้งลักษณะอาการและความรุนแรง สิ่งที่จะพอจะระบุได้คือ ความเปลี่ยนแปลงจากการตรวจร่างกายร่วมกับรูปแบบพฤติกรรมเทียบกับลักษณะแต่เดิมของผู้ป่วยรายนั้นๆ [13] ซึ่งความแตกต่างที่หลากหลายนี้ทำให้ยากที่จะสร้างเครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐานในผู้ป่วยกลุ่มนี้ [31] ดังนั้นการประเมินอาการปวดจึงต้องใช้วิธีสังเกตและวัดประเมินที่หลากหลาย อาจจะต้องมีการบันทึกว่า โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร ใช้ชีวิตอย่างไร และทำอะไรบ้าง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อในเวลาที่ต้องเจอบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคยกับผู้ป่วย [14] วิธีและเครื่องมือประเมินที่ใช้เช่น การสื่อสารจากผู้ป่วยเอง การสังเกตจากพฤติกรรม การวัดความเปลี่ยนแปลงที่ตรวจวัดได้ทางสรีระ นอกจากนี้ การตอบสนองแปลกๆบางรูปแบบ แม้กระทั่งการหัวเราะ หรือการส่งเสียงแปลกๆ ซ้ำๆในรูปแบบเดียวกับเวลาที่ตื่นตื่น สนุก หรือ ไม่พอใจก็อาจจะสื่อถึงความปวดได้[22] เครื่องมือประเมินอาการปวดที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น Numeric Rating Scale-INRS[27] , Revised Face,Legs,Activity,Cry,Consolability (r-FLACC)[32] และ Paediatric Pain Profile (PPP)[15]

เครื่องมือประเมินอาการปวดที่ใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น Non-Communicating Adult Pain Checklist-NCAPC[19], Pain and Discomfort Scale-PADS[2], Checklist of Nonverbal Pain indicators-CNPI[7] และ the Disability Distress Assessment Tool- Dis-Dat[26] เครื่องมือเหล่านี้ มี Interrater reliability และ construct validity ดีเมื่อเทียบกับกับเครื่องมือประเมินที่มีมาก่อน [15,20,28]

แม้ว่าเครื่องมือในการประเมินอาการปวดจะมีใช้อยู่หลากหลายเพียงใด ในการประเมินคนไข้กลุ่มนี้ ก็ยังมีความจำเป็นที่ต้องเทียบกับข้อมูลเชิงพฤติกรรมแต่เดิมก่อนหน้า [25]

การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

การประเมินระดับอาการปวดและค้นหาสาเหตุของอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำ เช่น อาการปวดเฉียบพลันจากกระดูกหักหรือจากปัญหาทันตกรรม[10] ภาวะกรดไหลย้อนในทางเดินอาหารก็เป็นสาเหตุที่พบได้ของอาการปวดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา [9] ซึ่งพบร่วมกับอาการอาเจียน ติดเชื้อในปอดหรือภาวะทางทันตกรรม ซึ่งล้วนแต่ให้อาการปวดได้เช่นกัน[5] ใช้ประเมินอาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน[3] ให้การวินิจฉัยและรักษาภาวะกรดไหลย้อนจะช่วยลดอาการปวดและปัญหาอื่น ๆ ลงได้

นอกจากอาการปวดเฉียบพลันแล้ว อาการปวดจากพยาธิสภาพประสาท ที่พบเรื้อรังและเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพภายในระบบประสาทก็พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เช่นกัน อาจเกิดจากการกระตุ้นที่ไม่ทำให้เจ็บปวดที่ถูกรับรู้แต่พรรณนามาคล้ายอาการปวดเช่น คล้ายไฟช็อตหรือเสาร้อนเหมือนถูกเผา อาการปวดลักษณะนี้สามารถรักษาได้ด้วยยาในกลุ่ม gabapentinoids และ tricyclic antidepressants [11,12] ในผู้ป่วยที่บกพร่องทางสติปัญญาอาจจะแสดงพฤติกรรมทำร้ายร่างกายตนเองเช่น กัดจิกข่วน หรือเอาหัวโขก ซึ่งอันที่จริงมีสาเหตุมาจากอาการปวด พฤติกรรมทำร้ายตนเองนี้ พบได้สูงถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกแต่มีเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เป็นผลมาจากอาการปวดอย่างไรก็ตาม อาการปวดก็เป็นสาเหตุที่เป็นไปได้ของพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง [24,29]

หลังจากทำการประเมินอาการปวดแล้ว ขั้นตอนถัดไปคือการสั่งยารักษาอาการปวด ซึ่งสามารถพิจารณาตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเรื่อง Analgesic Ladder[33] และปรับการรักษาไปตามอาการที่ประเมินได้ในรายที่ซับซ้อนหรืออาจจะลองยาชนิดใหม่ๆเพื่อให้ได้ผลการรักษา[30] โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะได้รับการรักษาอาการปวดน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และการศึกษาแบบretrospective study 2 การศึกษา [17,18] พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะได้รับยาฉีด opioid รักษาอาการปวดของการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อีกการศึกษาหนึ่ง[21]พบว่าร้อยละ 89 ของแพทย์จะสั่งยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาน้อยกว่าระดับที่ใช้รักษาตามปกติ

โรคลมชักเป็นอีกภาวะร่วมหนึ่งที่พบได้มากในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาซึ่งต้องใช้ยากันชักรักษาระยะยาว ยากันชักเหล่านี้อาจมีปัญหาเรื่องปฏิกิริยากับยาอื่น โดยมักจะผ่านกลไกของเอนไซม์ cytochrome P450 สูตรในการรักษาอาการปวด ควรเป็นmultimodal interventions ประสานทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา หรือทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อความเปลี่ยนแปลงทั้งระดับ molecular, functional, behavioral, cognitive and affective levels.[6] ซึ่งขึ้นกับสมมติฐานสาเหตุของความปวด ลักษณะพื้นฐาน นิสัยใจคอและความต้องการของผู้ป่วย และแนวทางการรักษาตามระบบของแต่ละประเทศ จากนั้นการบันทึกข้อมูลที่ตรวจพบและข้อมูลการรักษาต่างๆอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรก็เป็นสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง

เมื่อพิจารณาถึงความซับซ้อนหลากหลายของปัญหาความปวดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว การรักษาอาการปวดให้มีประสิทธิภาพจึงต้องทำประเมินและการช่วยเหลือในหลายด้าน เป้าหมายในการรักษาคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงแค่การลดความปวดลง นอกจากนี้ ญาติและผู้ดูแลอื่นๆรอบตัวผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญที่รวมอยู่ในการรักษา เป็นข้อมูลของการประเมินและเป็นผู้ป่วยในการวางแผนจัดการ [6]จึงต้องสื่อสารและให้ความรู้กับญาติผู้ป่วยเรื่องอาการปวดเพื่อลดความเข้าใจผิดอันเป็นอุปสรรคต่อการรักษา



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

ประเด็นที่สำคัญ

1)

การจัดการเรื่องความปวดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาต้องพิจารณาเรื่องความยากในการประเมินอาการปวด คำนึงถึงภาวะร่วมอื่นๆและยาที่รักษาภาวะร่วมเหล่านั้น

2) การประเมินอาการปวดที่ดี เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาอาการปวด

ซึ่งมีเครื่องมือมาตรฐานต่างๆที่ช่วยประเมินได้ ตามระดับความเหมาะสมกับคนไข้รายนั้นๆ

3) ในการสั่งยาควรคำนึงถึงความเสี่ยงทางเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยาและยาที่ใช้ร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งยากันชัก

เอกสารอ้างอิง

- [1] Beacroft M. and Dodd K. (2010) I feel pain - audit of communication skills and understanding of pain and health needs with people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*. 39: 139–147.
- [2] Bodfish J., Harper V., Deacon J. and Symonds F. (2001) Identifying and measuring pain in persons with developmental disabilities: A manual for the Pain and Discomfort Scale (PADS). Available from Western Carolina Center Research Reports, 300 Enola Rd. Morganton NC 28655.
- [3] Deal L., Gold B.D., Gremse D.A., Winter H.S., Peters S.B., Fraga P.D., Mack M.E., Gaylord S.M., Tolia V. and Fitzgerald J.F. (2005) Age-specific questionnaires distinguish GERD symptom frequency and severity in infants and young children: development and initial validation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 41(2):178–185.
- [4] de Knecht N. and Scherder E. (2011) Pain in adults with intellectual disabilities. *Pain*.152(5):971–4.
- [5] de Veer A.J., Bos J.T., Niezen-de Boer R.C., Bohmer C.J. and Francke A.L. (2008) Symptoms of gastroesophageal reflux disease in severely mentally retarded people: a systematic review. *BMC Gastroenterol*. 8:23.
- [6] Doody O. and Bailey M.E. (2017) Interventions in pain management for persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, <https://doi.org/10.1177/1744629517708679>
- [7] Feldt K S. (2000) The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*. 1(1): 13-21.
- [8] Findlay L., Williams A.C.D.C., Baum S. and Scior K. (2015) Caregiver experiences of supporting adults with intellectual disabilities in pain. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 28: 111–120.
- [9] Gossler A., Schalamon J., Huber-Zeyringer A. and Hollwarth M.E. (2007) Gastroesophageal reflux and behavior in neurologically impaired children. *Journal of Pediatric Surgery*. 42(9):1486–1490.
- [10] Hauer J. and Houtrow A.J. (2017) Pain assessment and treatment in children with significant impairment of the Central Nervous System. *Pediatrics*. 139(6): e20171002.
- [11] Hauer J.M. and Solodiuk J.C. (2015) Gabapentin for management of recurrent pain in 22 nonverbal children with severe neurological impairment: a retrospective analysis. *Journal of Palliative Medicine*. 18(5): 453-456.
- [12] Hauer J.M., Wical B.S. and Charnas L. (2007) Gabapentin successfully manages chronic unexplained irritability in children with severe neurologic impairment. *Pediatrics*, 119(2): e519-e522.
- [13] Herr K., Coyne P.J., McCaffery M., Manworren R. and Merkel S. (2011) Pain assessment in the patient unable to self-report, position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 12: 230–250.
- [14] Hoghton M., Martin G. and Chauhan U. (2012) Annual health checks for people with intellectual disabilities. *British Medical Journal*. 345, e7589.
- [15] Hunt A., Goldman A., Seers K., Crichton N., Mastroyannopoulou K., Moffat V., Oulton
- [16] K. and Brady M. (2004) Clinical validation of the paediatric pain profile. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 46(1):9-18.
- [17] Koh J.L., Fanurik D., Harrison R.D., Schmitz M.L. and Norvell D. (2004) Analgesia following surgery in children with and without cognitive impairment. *Pain* 111: 239–244.
- [18] Long L.S., Ved S. and Koh J.L. (2009) Intraoperative opioid dosing in children with and without cerebral palsy. *Paediatric Anaesthesia*. 19: 513–20.
- [19] Lotan M., Ljunggren A.E., Johnsen T.B., Defrin R., Pick C.G. and Strand L.I. (2009) A modified version of the Non-Communicating Children Pain Checklist-Revised (NCCPC-R), adapted to adults with intellectual and developmental disabilities. Sensitivity to pain and internal consistency. *Journal of Pain*. 10(4): 398-407.

- [20] Malviya S., Voepel-Lewis T., Burke C., Merkel S. and Tait A.R. (2006) The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatric Anaesthesia*. 16(3):258-65.
- [21] Malviya S., Voepel-Lewis T., Merkel S. and Tait A. (2005) Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge are ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. *Acute Pain*. 1(7):27-32.
- [22] Masterson M. (2011) Understanding pain in patients with intellectual disabilities. *American Nurse Today*. 6: 1-6.
- [23] Minshawi N.F., Hurwitz S., Morriss D. and McDougle C.J. (2015) Multidisciplinary assessment and treatment of self-injurious behavior in autism spectrum disorder and intellectual disability: integration of psychological and biological theory and approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 45(6):1541-68.
- [24] Peebles K.A. and Price T.J. (2012) Self-injurious behaviour in intellectual disability syndromes: evidence for aberrant pain signalling as a contributing factor. *Journal of Intellectual Disability Research*. 56(5): 441-452.
- [25] Rattaz C., Dubois A., Michelon C., Viellard M., Poinso F. and Baghdadli A. (2013) How do children with autism spectrum disorders express pain? A comparison with developmentally delayed and typically developing children. *Pain*, 154, 2007-2013.
- [26] Regnard, C., Reynolds, J., Watson, B., Matthews, D., Gibson, L., & Clarke, C. (2007). Understanding distress in people with severe communication difficulties, Developing and assessing the disability distress assessment tool (DisDAT). *Journal of Intellectual Disability Research*. 51(4): 277-292.
- [27] Solodiuk J. and Curley M.A.Q. (2003) Evidence based practice, Pain assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments - The Individualized Numeric Rating Scale (INRS). *Journal of Pediatric Nursing*. 18:(4), 295-299.
- [28] Solodiuk J.C., Scott-Sutherland J., Meyers M., Myette B., Shusterman C., Karian V.E., Harris S.K. and Curley M.A. (2010) Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. *Pain*. 150(2):231-6.
- [29] Symons FJ. (2011) Self-injurious behavior in neurodevelopmental disorders: relevance of nociceptive and immune mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011; 35(5):1266-1274.
- [30] Taverner T. (2014) Neuropathic pain: an overview. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 10: 116-123.
- [31] Temple B., Dube´ C., McMillan D., Secco L., Kepron E., Dittberner K., Ediger J. and Vipond G. (2012) Pain in people with developmental disabilities: a scoping review. *Journal of Developmental Disabilities* 18: 73-86.
- [32] Voepel-Lewis T., Malviya S. and Tait A.R. (2005) Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment. *Pain Management Nursing*. 6(4): 168-174.
- [33] World Health Organization (1996) *Treatment of Cancer Pain*. Geneva: World Health Organization.

ผู้แต่ง

Owen Doody, PhD, MSc, BSc, RNID
Department of Nursing and Midwifery
University of Limerick,
Limerick, Ireland

Abraham J. Valkenburg, MD, PhD
Department of Anesthesiology
Erasmus University Medical Center
Rotterdam, the Netherlands

ผู้แปล

ภขงศ เหล่าจิสวัสดิ์ ,พ.บ.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ตรวจทาน

แพทย์หญิงลักขมี ชาญเวชช์
เลขาธิการสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย



IASP brings together
study of pain and tra

เกี่ยวกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain®)

IASP เป็นแหล่งชั้นนำที่มีบุคคลหลายอาชีพเพื่อเสนองานวิชาการวิทยาศาสตร์
การปฏิบัติ และการศึกษาในวิชาการด้านความปวด
[เปิดรับสมาชิกสำหรับทุกอาชีพ](#) ที่เกี่ยวข้องในการวิจัย การวินิจฉัย
หรือรักษาความปวด IASP มีสมาชิกมากกว่า 7,000 คนใน 133 ประเทศ 90
สมาคมแห่งประเทศไทย และ 20 กลุ่มที่สนใจเรื่องเฉพาะด้านของความปวด

All rights reserved.

te and support the

ในฐานะของปีสากลแห่งการต้านความปวดของประชากรกลุ่มเปราะบาง IASP มีชุดของเอกสารข้อเท็จจริง (Fact Sheets) ครอบคลุมหัวข้อที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความปวดของประชากรกลุ่มเปราะบาง เอกสารเหล่านี้ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆและสามารถดาวน์โหลดได้ฟรี เยี่ยมชม www.iasp-pain.org/globalyear สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.