



การจัดการความปวดในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ

โรคหลายโรคอาจนำไปสู่ภาวะความสามารถทางสมองบกพร่อง ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาที่มากขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน การสื่อสารและพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น มีอาการกระสับกระส่าย เจ็บขา ไม่แสดงอารมณ์ หรือการนอนหลับผิดปกติ กลุ่มอาการดังกล่าวคือภาวะที่เราเรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ โรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองตีบ และทั้งสองอย่างร่วมกัน ส่วนโรคพาร์กินสัน โรคฮันติงตัน โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องและอื่นๆ โรคก็อาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ แม้ว่าทุกโรคที่กล่าวมาข้างต้นจะสามารถนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ในที่สุด แต่กลไกทางระบบประสาทการเกิดโรคทั้งหมดนี้มีความแตกต่างกันและส่งผลให้ระบบประมวลความปวดก็แตกต่างกัน การประเมินความปวดผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทำได้ยาก และจากหลายการศึกษาพบว่า คนเหล่านี้ใช้ยาแก้ปวดน้อยลง [1]

การประมวลความปวดในภาวะสมองเสื่อมอาจเปลี่ยนแปลง

- ผู้ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีความรู้สึกปวด แต่การแปลผล การรับรู้และการประเมินอารมณ์เกี่ยวกับความปวดอาจแตกต่างกันไป
- ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองตีบ มักรู้สึกปวดมากกว่าปกติ เพราะรอยโรคที่ขึ้นสมองเนื้อสีขาวอาจกระตุ้นให้เกิดความปวดจากระบบประสาทส่วนกลาง
- เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีการเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องของพยาธิสภาพของระบบประสาท ผลกระทบต่อการประมวลความปวดจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรค
- ท้ายที่สุดภาวะสมองเสื่อมเกือบทุกชนิดจะนำไปสู่ความบกพร่องในการสื่อสารอย่างมาก
- การทดลองพบว่า ผู้ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มักมีระดับเริ่มของความปวดที่ค่อนข้างสูงกว่าปกติ และการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติถูกขัดขวาง [2]

- การทดลองยังพบอีกด้วยว่า

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการแสดงออกทางสีหน้าเพิ่มขึ้นหลังการกระตุ้นให้เกิดความปวด [6]

ความท้าทายของการประเมินความปวดในภาวะสมองเสื่อม

- ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะรายงานความปวดด้วยตัวเองได้ลำบากรวมถึงไม่สามารถบอกผลจากยาที่ใช้ได้โดยเฉพาะในระยะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย
- การใช้เครื่องมือช่วยประเมินความปวดที่ใช้กันตามปกติก็อาจเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในระยะที่เป็นมาก
- บุคลากรทางการแพทย์มักไม่ได้รับการฝึกอย่างพอเพียงที่จะสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ขาดเจตคติและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาวะสมองเสื่อมและความปวด [8].

- เมื่อเครื่องมือประเมินความปวด(การรายงานด้วยตนเอง) ที่ใช้กันโดยทั่วไปไม่สามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง ก็ยังสามารถใช้เครื่องมือที่ใช้การเฝ้าสังเกตได้
- มีเครื่องมือที่ใช้การเฝ้าสังเกตกว่า 35 ชนิด แต่ความถูกต้องและการนำไปใช้ยังไม่เที่ยงตรง [4].
- ความปวดมักแสดงออกทางพฤติกรรม (ยกตัวอย่างเช่น อาการกระสับกระส่าย)
- ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมักมุ่งเน้นจัดการกับพฤติกรรมโดยการให้ยาทางจิตเวชมากกว่าที่จะจัดการความปวด
- การแยกระหว่างสาเหตุของอาการทางจิตประสาทจึงเป็นเรื่องท้าทาย

สหวิชาชีพและการจัดการแบบไม่ใช้ยา

- ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความต้องการทั้งเรื่องยา การดูแลด้านสังคมและจิตใจอย่างมาก การจัดการความปวดจึงมีหลายองค์ประกอบเสมอ และควรเป็นความร่วมมือระหว่างหลายสาขา
- เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักเป็นผู้สูงอายุซึ่งเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยา วิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยา (ยกตัวอย่างเช่น การจัดการกิจกรรมทางสังคม ทางจิต และทางกาย เช่น ดนตรีบำบัด) จึงควรเป็นสิ่งแรกที่ควรคิดถึงเสมอ
- จากการประเมินความปวดและการแสดงออกถึงความปวดผิดไปจากเดิม ประสบการณ์ความปวดของคนเหล่านี้จึงมีองค์ประกอบด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจอยู่มาก ดังนั้นควรเลือกวิธีการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมและการทำให้ผ่อนคลายเป็นทางเลือกแรก อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่สนับสนุน หรือความเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเนื้อหาและผลของการรักษาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีจำนวนน้อย [7].

การจัดการโดยใช้ยา

- พาราเซตามอลเป็นยาแก้ปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ให้ประสิทธิผลดี แต่ไม่ควรให้ในลักษณะ “เมื่อต้องการ” เพราะมีปัญหาในการสื่อสารเรื่องความปวด
- เมื่อจะใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ให้ตระหนักว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง (ระบบทางเดินอาหาร ไต และระบบหัวใจและหลอดเลือด) ขึ้นได้ ทั้งนี้เป็นเรื่องยากที่คนเหล่านี้จะสื่อสารให้รู้ว่าการใช้ยาเหล่านี้มีสัญญาณของผลข้างเคียงที่รุนแรงเกิดขึ้น ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ยาด้วยความระมัดระวัง เริ่มด้วยการให้ยาในขนาดยาค่า และควรพยายามหยุดยาภายใน 2 สัปดาห์
- ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน เพราะมีประสิทธิภาพต่ำและอาจเกิดผลข้างเคียงได้โดยเฉพาะภาวะสับสนเฉียบพลันที่พบได้บ่อย
- หากจำเป็นต้องใช้ยา ควรใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรงแทน แต่ให้ยึดหลัก “เริ่มจากขนาดยาค่า และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นช้า ๆ” ไว้ ควรพึงระลึกไว้ว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ได้มากกว่าคนทั่วไป ดังนั้นจึงควรมีการติดตามและประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรจะหยุด (การเพิ่มซ้ำ ๆ) ภายใน 6 สัปดาห์ [5]
- ในหลายประเทศ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้แผ่นยาแปะบนผิวหนังในกลุ่มบิวพริโนอร์ฟิน หรือ เฟนทานิลกันแพร่หลายมาก และใช้กันเป็นเวลานานหลายเดือน/หลายปี
- แพทย์ควรระวังการใช้ยาแก้ปวดใด ๆ รวมถึงการใช้แผ่นยาแปะเป็นเวลานาน ๆ
- การตรวจติดตาม และประเมินประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาเป็นเรื่องที่สำคัญมากและควรทำเป็นประจำ
- ในงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีความบกพร่องของหน้าที่สมองส่วนหน้าจึงไม่มีผลจากยาหลอก ทั้งนี้ยังพบอีกด้วยว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ระดับการบรรเทาปวดเดียวกัน [3].

- ในการประเมินควรรใช้เครื่องมือช่วยในการประเมิน หากการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเองมีอุปสรรคควรรใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมแทน เช่น MOBID-2, PAINAD หรือ PAIC

เอกสารอ้างอิง

- [1] Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82.
- [2] Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999 Mar;80(1-2):377-82.
- [3] Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006 Mar;121(1-2):133-44.
- [4] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229.
- [5] Erdal A, Flo E, Aarsland D, Selbaek G, Ballard C, Slettebo DD, Husebo BS. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018 May 16;13:935-946.
- [6] Lautenbacher S, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(5):501-505.
- [7] Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebo BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep;12(4):1042-55.
- [8] Zwakhalen S, Docking RE, Gnass I, Sirsch E, Stewart C, Allcock N, Schofield P. Pain in older adults with dementia : A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Schmerz*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. [Epub ahead of print]

ผู้แต่ง

Wilco Achterberg, MD, PhD
Leiden University Medical Centre
LUMC Department of Public Health and Primary Care
Leiden, Netherlands

Bettina Husebo, MD
University of Bergen
Department of Global Public Health and Primary Care
Bergen, Norway

ผู้แปล

พนมพร วาณิชชานนท์, ทบ., MS., วท.ม.
ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ตรวจทาน

แพทย์หญิงลักษมี ชาญเวชช
เลขาธิการสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

เกี่ยวกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain®)

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



© 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.

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.