- **तथ्य पत्र संख्या 2**

डिमेंशिया (मनोभ्रंश) में दर्द उपचार

दर्द के अध्ययन के लिए अंतरराष्ट्रीय संघ

कई बीमारियों से संज्ञानात्मक हानि हो सकती है, जिससे दैनिक जीवन और संवाद और व्यवहार में प्रगतिशील समस्याएं पैदा हो सकती हैं, जैसे कि गतिशीलता, उदासीनता या नींद संबंधी विकार। इस सिंड्रोम को हम मनोभ्रंश कहते हैं। सबसे आम अल्जाइमर रोग, संवहनी मनोभ्रंश और दोनों का संयोजन है। पार्किंसंस रोग, हंटिंग्टन रोग, एड्स और कई अन्य इससे कुछ कम या ज्यादा दुर्लभ बीमारियाँ मनोभ्रंश का कारण बन सकती हैं। हालाँकि ये सभी बीमारियाँ एक ही 'मनोभ्रंश' की स्थिति में समाप्त हो सकती हैं, फिर भी इन सभी रोगों के लिए न्यूरोपैथोलॉजी अलग है, और इसलिए दर्द निवारण की प्रणाली पर इसका प्रभाव पड़ता है। यह पाया गया है कि मनोभ्रंश से पीड़ित लोग (पीडब्लू) का खराब दर्द के आकलन होता हैं और कई अध्ययनों में पाया गया है कि वे कम दर्दनाशक दवाओं का उपयोग करते हैं [1]।

मनोभ्रंश में दर्द की प्रकिर्या में परिवर्तन हो

- अल्जाइमर रोग में, व्यक्ति दर्द महसूस करते हैं, लेकिन दर्द की व्याख्या और संज्ञानात्मक और भावनात्मक आंकलन अलग हो सकता है।
- संवहनी मनोभ्रंश में, व्यक्तियों को सबसे अधिक दर्द होता है, क्योंकि सफेद पदार्थ के घाव जो मध्य में दर्द को उत्तेजित कर सकते हैं।
- चूंकि मनोभ्रंश का कारण प्रगतिशील न्यूरोपैथोलॉजिकल रोग हैं, अतः दर्द प्रकिर्या पर प्रभाव रोग की स्थिति पर निर्भर करता है।
- लगभग सभी प्रकार के मनोभ्रंश में, अंततः प्रक्रिया में संवाद गंभीर रूप से खराब होता है।
- प्रायोगिक अध्ययन से पता चलता है कि अल्जाइमर रोग में दर्द बहुत अधिक होता है, और स्वचालित प्रतिक्रियाएं बाधित होती है [2]।
- प्रायोगिक अध्ययनों से यह भी पता चलता है कि पीडब्ल्यूडी [6] में दर्द के बाद चेहरे के भाव में उत्तेजना बढ़ जाती है।

डिमेंशिया (मनोभ्रंश) में दर्द आंकलन की चुनौतियां

- दर्द की स्व-रिपोर्ट (और दवा के प्रभाव और दुष्प्रभाव) हमेशा संभव नहीं होते हैं, खासकर अधिक एडवांस स्टेज (अग्रिम चरणों) में।
- नियमित रूप से दर्द आंकलन उपकरण हमेशा उपलब्ध नहीं होते हैं, खासकर एडवांस स्टेज में।
- पीडब्ल्यूडी के साथ संवाद के लिए हेल्थकेयर पेशेवर अक्सर अनुपयुक्त रूप से प्रशिक्षित होते हैं जिससे मनोभ्रंश एवं पीड़ा दोनों के सम्बन्ध में उनका रवैया एवं ज्ञान में कमी होना है [8]।

© कॉपीराइट 2017. दर्द के अध्ययन के लिए अंतरराष्ट्रीय संघ. सर्वाधिकार सुरक्षित।

आई ए एस पी ने वैज्ञानिकों, चिकित्सकों, स्वास्थ्य-उपचार प्रदाताओं एवं नीति बनाने वालों को दर्द के अध्ययन तथा विश्वभर में दर्द राहत में सुधार को प्रोत्साहित एवं सहायता प्रदान करने के लिए संगठित किया है।

- जब नियमित दर्द आंकलन (स्व-रिपोर्ट) उपकरण उपलब्ध नहीं होते, तब अवलोकन उपकरण उपलब्ध होते हैं।
- 35 से अधिक अवलोकन उपकरण हैं, लेकिन उनका प्रमाणीकरण एवं कार्यान्वयन दोनों आम तौर पर खराब हैं [4]।
- दर्द को अक्सर व्यवहार के रूप में व्यक्त किया जाता है (उदाहरण के लिए उत्तेजना)।
- औपचारिक और अनौपचारिक देखभालकर्ता अक्सर दर्द उपचार के बजाय एंटीसाइकोटिक दवा के साथ व्यवहार के उपचार पर ध्यान केंद्रित करते हैं।
- न्यूरोसाइकिएट्रिक लक्षणों के कारणों में अंतर चुनौतीपूर्ण है।

अंतःविषयी और गैर-औषधीय उपचार

- पीडब्ल्यूडी में चिकित्सा, सामाजिक और मनोवैज्ञानिक आवश्यकताओं की एक विस्तृत श्रृंखला है। दर्द उपचार हमेशा बहुघटकीय होता है, और इसलिए इसे अंतःविषयी होना चाहिए।
- चूंकि डिमेंशिया से पीड़ित अधिकांश व्यक्ति वृद्ध होते हैं, इसलिए उन्हें दवाओं की प्रतिकूल प्रतिक्रिया का अधिक खतरा होता है। गैर-औषधीय हस्तक्षेप (जैसे सामाजिक, मानसिक, शारीरिक गतिविधियां, और संगीत चिकित्सा) को, हमेशा प्राथमिकता देनी होनी चाहिए।
- परिवर्तित आंकलन और दर्द की प्रस्तुति के कारण दर्द के अनुभव में एक बृहत् व्यवहारात्मक और मनोवैज्ञानिक घटक है। इसलिए, व्यवहार और सुखदायक हस्तक्षेप, पीडब्ल्यूडी को कम करने और ठीक करने की दिशा में पसंद की पहली पंक्ति होनी चाहिए। हालांकि, डिमेंशिया में दर्द के लिए गैर-औषधीय हस्तक्षेप की सामग्री अंतर्वस्तु और प्रभाव के बारे में कुछ साक्ष्य या विशेषज्ञ सम्मति है। [7]।

औषधीय उपचार

- पैरासिटामोल ज्यादातर पीडब्ल्यूडी में एक प्रभावी पीड़ाहारी है, लेकिन आवश्यकता के रूप में इसे प्रोत्साहित नहीं किया जाना चाहिए क्योंकि उन्हें अक्सर दर्द के बारे में प्रभावी ढंग से बताए जाने में परेशानी होती है।
- एनडीएआईडी का उपयोग करते समय, यह ध्यान रखना चाहिए कि अधिकांश पीडब्ल्यूडी के रोगी बूढ़े व्यक्ति हैं, और इनमें गंभीर प्रतिकूल घटनाओं (गैस्ट्रोएंटरोलॉजिकल, गुर्दे और हृदय) का जोखिम बहुत अकल्पित है। इसमें व्यक्तियों को पहले होने वाले गंभीर प्रतिकूल प्रभावों के संभावित संकेतों को बताना भी मुश्किल लगता है, इसलिए इसमें बहुत सावधानी बरतने, कम मात्रा से शुरू करने और दो सप्ताह के भीतर इसे रोक दें।
- कमजोर-ओपियोड्स के उपयोग को प्रोत्साहित नहीं किया जाता है, क्योंकि इसकी प्रभावशीलता और संभावित दुष्प्रभावों के लिए बहुत कम प्रमाण मौजूद हैं, जिनमें से अक्सर बेहोशी में बोलने का वर्णन किया गया है।
- जब आवश्यक हो, प्रबल ओपियोड्स को नियंत्रित किया जाना चाहिए, लेकिन 'कम मात्रा में शुरू करें और धीमी गति से चलें' क्योंकि डिमेंशिया से ग्रस्त लोगों के ओपियोड्स (नशीले पदार्थ) के साथ अधिक दुष्प्रभाव होते हैं, इसलिए सप्ताह में कम से कम एक बार निगरानी और आंकलन भी करें। 6 सप्ताह के भीतर इसे बंद करने (धीमी गति से आगे बढ़ाने) का प्रयास करें [5]।
- कई देशों में, डिमेंशिया वाले व्यक्तियों में ब्यूप्रेनॉर्फिन या फेंटेनल पैच बहुत प्रचलित हैं, और अक्सर उनका उपयोग कई महीनों/वर्षों के लिए किया जाता है।

International Association for the Study of Pain IASP Working together for pain relief

© कॉपीराइट 2017. दर्द के अध्ययन के लिए अंतरराष्ट्रीय संघ. सर्वाधिकार सुरक्षित।

आई ए एस पी ने वैज्ञानिकों, चिकित्सकों, स्वास्थ्य-उपचार प्रदाताओं एवं नीति बनाने वालों को दर्द के अध्ययन तथा विश्वभर में दर्द राहत में सुधार को प्रोत्साहित एवं सहायता प्रदान करने के लिए संगठित किया है।

- चिकित्सकों को पैच सहित किसी भी एनाल्जेसिक के अधिक समय तक उपयोग के लिए समीक्षात्मक होना चाहिए।
- उपचार की प्रभावशीलता और दुष्प्रभावों की निगरानी और आंकलन बहुत महत्वपूर्ण है और इसे नियमित रूप से किया जाना चाहिए।
- प्रायोगिक अध्ययनों से पता चला है कि लेज़र फ़ंक्शंस की हानि के साथ अल्जाइमर रोग वाले लोगों पर कोई प्लेसबो प्रभाव नहीं पड़ता है। यह भी देखा गया था कि दर्द से राहत के समान स्तर तक पहुंचने के लिए इन रोगियों को एनाल्जेसिक की उच्च खुराक की आवश्यकता थी [3]।
- आंकलन के लिए एक आंकलन उपकरण का भी उपयोग करें। यदि स्व-रिपोर्ट में किसी प्रकार की बाधा आती है, तो एक व्यवहार आंकलन उपकरण, जैसे कि मोबिड-2, पेनेड या पाइक का उपयोग किया जाना चाहिए।

सन्दर्भ सूची

[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, Husebø 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]

लेखक

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

International Association for the Study of Pain IASP Working together for pain relief

© कॉपीराइट 2017. दर्द के अध्ययन के लिए अंतरराष्ट्रीय संघ. सर्वाधिकार सुरक्षित।

आई ए एस पी ने वैज्ञानिकों, चिकित्सकों, स्वास्थ्य-उपचार प्रदाताओं एवं नीति बनाने वालों को दर्द के अध्ययन तथा विश्वभर में दर्द राहत में सुधार को प्रोत्साहित एवं सहायता प्रदान करने के लिए संगठित किया है।

समीक्षक

डॉ. सुषमा भटनागर
प्रोफेसर एवं प्रमुख
ओन्को-ऐनेस्थीसिया और पैलीएटिव मेडिसिन (उपशामक चिकित्सा) विभाग
डॉ. बी.आर.ए. इंस्टीट्यूट रोटरी कैंसर हॉस्पीटल
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान अस्पताल
नई दिल्ली- 110029, भारत

दर्द के अध्ययन हेतु अंतर्राष्ट्रीय संघ के संबंध में

आई ए एस पी दर्द के क्षेत्र में विज्ञान, अभ्यास एवं शिक्षा के लिए मुख्य व्यवसायिक मंच है। दर्द के अनुसंधान, निदान या उपचार में सम्मिलित सभी व्यवसायियों के लिए सदस्यता आरंभ है। आई ए एस पी में 133 देशों में 7,000 सदस्य, 90 राष्ट्रीय अध्याय एवं 20 विशेष हित समूह हैं।

सबसे संवेदनशील में होने वाले दर्द के विरुद्ध, वैश्विक वर्ष के भाग के रूप में, आई ए एस पी तथ्य पत्रों का एक क्रम प्रदान करती है जो संवेदनशील जनसँख्या में होने वाले दर्द से संबंधित विशिष्ट विषयों को सम्मिलित करती है। इन दस्तावेजो को विविध भाषाओं में अनुवाद किया गया है एवं यह डाउनलोड के लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। अधिक जानकारी के लिए वेबसाइट www.iasp-pain.org/globalyear पर जाएं।

International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief

© कॉपीराइट 2017. दर्द के अध्ययन के लिए अंतरराष्ट्रीय संघ. सर्वाधिकार सुरक्षित।

आई ए एस पी ने वैज्ञानिकों, चिकित्सकों, स्वास्थ्य-उपचार प्रदाताओं एवं नीति बनाने वालों को दर्द के अध्ययन तथा विश्वभर में दर्द राहत में सुधार को प्रोत्साहित एवं सहायता प्रदान करने के लिए संगठित किया है।