

Review Article/บทฟื้นฟูวิชาการ

การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล¹, อรพิชญา ไกรฤทธิ์¹¹ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ความเจ็บปวดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความเจ็บปวดเรื้อรังที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพเป็นระยะเวลานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า พยาธิสภาพของการเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุประกอบไปด้วย 4 กลไกหลักที่ส่งผลในการรักษาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จากการบาดเจ็บเส้นประสาท จากการบาดเจ็บร่วมกันของเนื้อเยื่อและเส้นประสาท หรือจากภาวะจิตใจและอารมณ์ ซึ่งความเจ็บปวดเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย ได้แก่ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูง อยากรอาหารน้อยลง มีปัญหาการนอนหลับ และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล การประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุนอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว ยังมีการประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดความรุนแรงของความเจ็บปวด การเลือกเครื่องมือประเมินขึ้นอยู่กับความรู้คิดและความสามารถในการสื่อสารของผู้สูงอายุในแต่ละราย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการประเมินภาวะเจ็บปวด ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน และปัญหาด้านความจำ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการสื่อสารและการแปลผลการประเมิน เครื่องมือการประเมินความเจ็บปวดที่สามารถประเมินความเจ็บปวดได้อย่างละเอียดที่สุดคือ เครื่องมือวัดความปวดในหลายด้าน (Multidimensional tool) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดคือ แบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์แบบย่อ (Short-form McGill pain questionnaire, SF-MPQ) ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการสื่อสารและไม่มีปัญหาด้านความจำบกพร่อง

คำสำคัญ: ความเจ็บปวดเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด

Corresponding Author: ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ +66 2201 2588 โทรสาร +66 2201 1713 อีเมล sirasarama37@gmail.com





ความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ

คำนิยาม

ความเจ็บปวดเรื้อรัง คือ ความรู้สึกไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นระยะเวลานานกว่า 3 เดือน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้รับอิทธิพลมาจากอารมณ์ ความคาดหวัง ความนึกคิดและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้น ความรู้สึกความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน¹

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ความเจ็บปวดทั่วไปในผู้สูงอายุในชุมชนประมาณ 25% - 50% ขณะที่อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 45% - 80% ในผู้สูงอายุที่อาศัยบ้านพักคนชรา² จากการศึกษาพบความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยกว่าอาการเจ็บปวดเฉียบพลัน นอกจากนี้พบว่าความเจ็บปวดเรื้อรังพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุมักมีอาการปวดหลายตำแหน่งและมีความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป³ สาเหตุส่วนใหญ่ของอาการปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุมาจากการเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก⁴ และเกิดจากการปวดจากโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยรองลงมา ในที่นี้ขอกล่าวในส่วนความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เกิดจากโรคมะเร็ง

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีผลต่อความเจ็บปวดเรื้อรัง

1) ผู้สูงอายุมีความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain tolerance) ลดลง⁵ ร่วมกับผู้สูงอายุมีการลดลงของกลไกการปรับความรู้สึกเจ็บปวดจากภายใน (Endogenous pain modulation) ส่งผลให้ผู้สูงอายุทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงบางรายมีขีดกันระดับการรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain thresholds) เพิ่มขึ้น ร่วมกับความเร็วในการนำกระแสประสาทรับความรู้สึกลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้จากสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายจากภายนอกน้อยลงซึ่งนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งมากขึ้น

2) ผู้สูงอายุมีจำนวนสารสื่อประสาทที่ควบคุมสมดุลความเจ็บปวดได้แก่ กาบา (GABA) เซโรโทนิน (Serotonin) กลูตาเมต (Glutamate) ลดลง ซึ่งส่งผลมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

3) ผู้สูงอายุมีกลไกที่กระตุ้นการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบและสารที่กระตุ้นหน่วยรับความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

พยาธิสรีรวิทยาของการเจ็บปวดเรื้อรัง

แบ่งกลุ่มตามกลไกการเกิดพยาธิสภาพการเจ็บปวดเพื่อเป็นประโยชน์แก่การรักษาและพยากรณ์โรค แบ่งออกเป็น 4 กลไก ดังนี้^{6,7}

1) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) เกิดจากการกระตุ้นหน่วยรับความรู้สึก (Pain receptors) โดยเกิดจากกลไกการอักเสบ การถูกทำลาย และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ความเจ็บปวดจากบริเวณผิวหนัง (Somatic pain) ลักษณะความเจ็บปวดเหมือนเข็มแทงหรือแหลมคมบอกบริเวณได้แน่ชัด เนื่องจากบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังมีเส้นประสาทรับความรู้สึกปวดกระจายทั่วไป จึงมีความไวในการรับความรู้สึกเจ็บปวดสูง รวมทั้งไวต่อการกระตุ้นจากความร้อน ความเย็น ไฟฟ้าและการกดทับ ตัวอย่างเช่น ความเจ็บปวดจากการถูกของมีคมบาด เป็นต้น

1.2 ความเจ็บปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (Deep somatic pain) ความเจ็บปวดประเภทนี้มาจากอวัยวะที่อยู่ลึกกว่าชั้นพื้นผิว เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก หรือข้อต่อลักษณะความเจ็บปวดเป็นการปวดตื้อๆ หรือปวดเมื่อยเป็นวงกว้าง เช่น โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ กระดูกเข่าเสื่อม ข้ออักเสบ เป็นต้น

1.3 ความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน (Visceral pain) เป็นความเจ็บปวดที่ไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ชัดเจนได้เช่น กระเพาะอาหารทะลุ ลำไส้เล็กอุดตัน ลำไส้ใหญ่อักเสบ เป็นต้น

2) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานของเส้นประสาท (Neuropathic pain) พยาธิสภาพกำเนิดจากระบบประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลาย ลักษณะความเจ็บปวดเป็นอาการแสบร้อนปวดเหมือนเข็มทิ่มตำปวดเมื่อสัมผัส (Allodynia) เช่น โรคทางเส้นประสาทจากเบาหวาน ปวดปลายประสาทภายหลังการติดเชื้อสวัดหรือจากการตัดอวัยวะ ปวดศีรษะจากสมองขาดเลือด เป็นต้น

3) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุร่วมกันของการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และการบาดเจ็บหรือการทำงานของเส้นประสาท (Mixed pain) พยาธิสภาพกำเนิดจากการเกิดร่วมกันระหว่างการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และการบาดเจ็บหรือการทำงานของเส้นประสาท เช่น กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดหรือกลุ่มอาการเอนฟิเอส

(Myofascial pain syndrome) กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เ็นและเนื้อเยื่ออ่อนหรือไฟโบรมัยอัลเจีย (Fibromyalgia)

4) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากภาวะจิตใจและอารมณ์ (Psychological pain) พยาธิสภาพกำเนิดจากการผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์

ผลกระทบและอาการจากความเจ็บปวดเรื้อรัง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บปวดเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาไม่มีประสิทธิภาพที่บรรเทาความเจ็บปวด นั้นย่อมได้รับผลกระทบต่อสภาพร่างกายและสภาพจิตใจ อีกทั้งยังส่งผลถึงผู้ดูแลและระบบสาธารณสุขในวงกว้าง ดังนี้

ผลกระทบต่อสภาพร่างกาย

1) ความเจ็บปวดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ให้ทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลให้อัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

2) ความเจ็บปวดกระตุ้นกล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง มากขึ้น ส่งผลกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น

3) ความเจ็บปวดส่งผลให้มีการทำกิจวัตรประจำวัน และการขยับเขยื้อนร่างกายลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดมวลกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เกิดปัญหาในการทรงตัว และล้มง่าย ช่วยเหลือตัวเองลดลงนำไปสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น

4) ความเจ็บปวดส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ คุณภาพการนอนลดลง นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท รับประทานอาหารน้อยลง

5) ความเจ็บปวดส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ และทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ อันเนื่องมาจากการทำกิจวัตรประจำวันและการขยับเขยื้อนร่างกายลดลง

ผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสังคม

1) ความเจ็บปวดส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวล ความเครียดและแปรปรวนทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย⁸

2) ความเจ็บปวดส่งผลให้เกิดการแยกตัว ไม่เข้าสังคม และพบปะผู้คน

ผลกระทบต่อผู้ดูแล

1) เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากการดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บปวดเป็นระยะเวลานาน

2) สภาพร่างกายทรุดโทรมเนื่องจากขาดการพักผ่อน ที่เพียงพอเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง

อาการและอาการแสดงจากความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ

อาการและอาการแสดงของความเจ็บปวดในผู้สูงอายุ บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถบอกเล่าความเจ็บปวดได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม ดังนั้น บุคลากรการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการสังเกตหรือประเมินร่างกายเบื้องต้น เพื่อประเมินความเจ็บปวด

ความผิดปกติจากการสังเกตที่อาจเกิดจากความเจ็บปวด ได้แก่ เบื่ออาหาร กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ซึมเศร้า สีหน้านิ่งทื่อขมวด ส่งเสียงร้องคราง การนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น

ความผิดปกติจากตรวจร่างกายที่อาจเกิดจากความเจ็บปวด ได้แก่ มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก เป็นต้น

การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ

การประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุมีความยุ่งยาก และซับซ้อนอย่างมาก เนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายส่วน ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ ความจำและสังคม ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชา เช่น จิตแพทย์ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตบำบัด มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน ภาวะเจ็บปวดในผู้สูงอายุ

อุปสรรคที่พบในการประเมินภาวะเจ็บปวดในผู้สูงอายุ สภาพร่างกายและความจำ

1) ผู้สูงอายุมักมีปัญหาการมองเห็นและได้ยิน เป็นอุปสรรคในการสื่อสารเพื่อประเมินอาการเจ็บปวด

2) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ ความเข้าใจและการแปลผลเช่น ความจำบกพร่อง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เป็นอุปสรรคในการสื่อสารเพื่อประเมินอาการเจ็บปวด

สภาพจิตใจ

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านภาวะจิตใจและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ส่งผลให้ขาดสมาธิ และมีปัญหา การให้ความร่วมมือในการประเมินความเจ็บปวด

การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุเบื้องต้น⁹

การซักประวัติผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล หรือบุคคล ในครอบครัว ร่วมกับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด



การซักประวัติ

- การเริ่มต้นของอาการเจ็บปวด (Onset)
- ความถี่ (Frequency)
- ตำแหน่งที่ปวด (Location)
- ลักษณะของอาการปวด (Characters of pain)
- ความรุนแรงอาการปวด (Severity)
- ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น (Aggravating factors)
- ปัจจัยที่ทำให้ปวดน้อยลง (Relieving factors)
- ประวัติโรคประจำตัว การรับประทานยา ภาวะจิตใจ

และอารมณ์ คุณภาพชีวิต (Quality of life)

- การทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living)
- ประวัติจากการสังเกตอาการจากผู้ดูแล

การตรวจร่างกาย

- ประเมินสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ และอุณหภูมิ
- ประเมินร่างกายอย่างละเอียดรวมถึงระบบประสาท และควรหลีกเลี่ยงการตรวจที่ปวดไว้ตรวจลำดับสุดท้าย
- ประเมินการได้ยินและการมองเห็นเพื่อประเมินความสามารถและความแม่นยำของผู้สูงอายุในการทำแบบประเมินความเจ็บปวด
- ประเมินความจำและความเข้าใจเบื้องต้นในการสื่อสารจากแบบประเมินทดสอบสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002)
- ประเมินภาวะจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า จากแบบประเมิน เช่น แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric depression scale, GDS)

การประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุด้วยการใช้เครื่องมือวัดความรุนแรงความเจ็บปวด¹⁰

ผู้สูงอายุทั่วไปที่มีศักยภาพด้านการสื่อสาร เราสามารถประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม การประเมินความเจ็บปวดจากเครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการปวดเป็นวิธีที่แน่นอนและแม่นยำกว่าคำบอกเล่า นอกจากนี้ การเลือกเครื่องมือวัดความรุนแรงของความเจ็บปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความสำคัญอย่างมากที่บุคลากรการแพทย์ควรให้ความตระหนัก

เครื่องมือวัดความรุนแรงของความเจ็บปวดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือวัดความปวดในด้านเดียว (Unidimensional tool) และเครื่องมือวัดความปวดในหลายด้าน (Multidimensional tool) รายละเอียดดังนี้

เครื่องมือวัดความปวดในด้านเดียว³ ได้แก่

1) **มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา (Verbal rating scale, VRS)** เป็นการประเมินให้ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดหรือไม่ ให้แจ้งเป็นความเจ็บปวดตั้งแต่ไม่ปวดถึงปวดมากที่สุด โดยจัดเป็นลำดับคำพูดสั้นๆ นิยมแบ่งเป็น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด การประเมินนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษา หรือมีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้¹¹

2) **มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale, NRS)** เป็นการประเมินโดยใช้ตัวเลขมาช่วยประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด เช่น การใช้ตัวเลข 0 ถึง 10 มาช่วยการประเมิน โดยทำความเข้าใจผู้ป่วยว่า 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด ขณะที่ 10 คือปวดที่สุด การประเมินนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษารวมถึงต้องมีความเข้าใจพื้นฐานด้านตัวเลขอยู่บ้าง หรือมีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง¹²

3) **มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale, VAS)** เป็นเครื่องมือวัดความเจ็บปวดประกอบด้วย เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลขให้เห็น โดยซ้ายมือสุดเขียนว่าไม่ปวด และขวามือสุดเขียนว่าปวดจนทนไม่ได้ ผู้ป่วยจะกากบาทไปบนเส้นและผู้ประเมินจะวัดคะแนนปวดจากสเกลด้านหลัง สเกลตัวเลขด้านหลังจะแบ่งเป็น 10 ช่อง ช่องละ 1 เซนติเมตร¹³ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องปานกลางถึงรุนแรงซึ่งสามารถพอที่จะสื่อสารและเข้าใจรูปภาพอย่างง่ายได้^{3, 14}

4) **มาตรวัดความเจ็บปวดจากใบหน้า (Faces pain rating scale, FPRS)** เป็นเครื่องมือวัดความเจ็บปวดโดยการนำรูปของใบหน้าที่แสดงถึงอารมณ์ต่างๆ และให้เปรียบเทียบความเจ็บปวดของตนเทียบกับใบหน้าของเครื่องมือ^{15, 16} เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องปานกลางถึงรุนแรงซึ่งสามารถพอที่จะสื่อสารและเข้าใจรูปภาพอย่างง่ายได้^{3, 14}

5) **มาตรวัดความเจ็บปวดจากเทอร์โมมิเตอร์ (Thermometer pain rating scale)** เป็นเครื่องมือวัดความเจ็บปวด โดยการนำรูปเทอร์โมมิเตอร์มาบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงเจ็บปวด และให้ผู้สูงอายุชี้ว่าอยู่ตำแหน่งใดของเทอร์โมมิเตอร์ ถ้าอยู่ในตำแหน่งกระเปาะแสดงว่าไม่มี

อาการปวด และถ้าอยู่ในตำแหน่งสูงสุดของเทอร์โมมิเตอร์ แสดงถึงอาการปวดรุนแรงที่สุด เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องปานกลางถึงรุนแรงซึ่งสามารถพอที่จะสื่อสารและเข้าใจรูปภาพอย่างง่ายได้^{3, 14}

6) มาตรวัดความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral pain assessment scale) เป็นการประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีสภาวะสมองเสื่อม (Pain assessment in advanced dementia, PAINAD)¹⁷ เป็นการประเมินผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ความจำบกพร่องรุนแรง หรือมีระดับความรู้สึกลดน้อย (ตารางที่ 1)

เครื่องมือวัดความปวดในหลายด้าน

เนื่องจากอาการปวดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น อารมณ์ ความรู้สึก สังคม สิ่งแวดล้อม ดังนั้นเครื่องมือวัดความปวดในด้านเดียวอาจไม่สามารถประเมินได้ครบถ้วน จึงมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความปวดหลายด้าน ซึ่งช่วยในการประเมินคุณภาพ ลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บปวด เครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังซึ่งสามารถสื่อสารและไม่มีปัญหาด้านความจำบกพร่อง

เครื่องมือนี้ ได้แก่ แบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์ (McGill pain questionnaire, MPQ)¹⁸ แบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์แบบย่อ (Short-form McGill pain questionnaire, SF-MPQ)¹⁹ และแบบประเมินความเจ็บปวดโดยย่อ (Brief pain inventory, BPI)²⁰ โดยเครื่องมือประเมินความเจ็บปวดประเภทนี้สามารถประเมินแยกแยะลักษณะความเจ็บปวดตามอาการและกลไก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถช่วยประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บปวดเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มความเจ็บปวดจากระบบประสาท (Neuropathic pain) ที่สามารถสื่อสารและไม่มีปัญหาด้านความจำบกพร่อง เนื่องจากการประเมิน ตามแบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์ ที่ใช้ในประเศไทยนั้น มีระยะเวลาในการประเมินประมาณ 8 - 15 นาที และการประเมินลักษณะความเจ็บปวดมิให้เลือกหลายประเภท ทำให้ผู้สูงอายุบางรายสับสน จึงอาจไม่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ประเมินในแผนกผู้ป่วยนอก ขณะที่แบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์แบบย่อได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการใช้ประเมินอาการเจ็บปวดเรื้อรังในคลินิกผู้ป่วยนอก เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินน้อยประมาณ 2 - 5 นาที แต่มีความแม่นยำเทียบเท่าแบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์

ตารางที่ 1 มาตรวัดความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม

พฤติกรรมชี้วัด	คะแนน		
	0	1	2
การหายใจ ไม่มีเสียงร้อง (Breathing independent of vocalization)	หายใจปกติ	การหายใจเร็วและแรงเป็นบางครั้ง	หายใจเสียงดัง แรงและเร็ว เป็นระยะเวลานานขึ้น บางครั้งมีการหายใจลึกขึ้นหยุด (Cheyne-Stokes respirations)
การส่งเสียง (Vocalization)	เงียบ	ร้องครวญคราง กรีดร้อง บางเวลา	ตะโกนเรียก ร้องครวญคราง กรีดร้องเสียงดังตลอดเวลา
การแสดงออกทางสีหน้า (Facial expression)	สีหน้ายิ้ม หรือ ไม่แสดงสีหน้า	หน้าเศร้า หวาดกลัว หน้าบึ้ง	หน้าน้ำท่วมขังตลอดเวลา
ภาษาทางกาย (Body language)	ผ่อนคลาย	ดิ้นไถ่ียด กระวนกระวาย	เกร็งกำปั้น ชกเกร็งเข้า เคลื่อนไหวตลอดเวลา มีการชกปะทะ
การปลอบโยน (Consolability)	ผ่อนคลาย สบาย	ผ่อนคลายและดิ้นความสนใจ จากอาการปวด โดยการสัมผัส และการพูดคุย	ไม่สามารถผ่อนคลายและดิ้นความสนใจ ไม่ว่าจากการสัมผัสและการพูดคุย

คะแนนรวม 10 คะแนน ช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 (0 = ไม่มีอาการปวด, 10 = ปวดมากที่สุด)



บทสรุป

ความเจ็บปวดเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมักจะถูกละเลยหรือมองข้ามว่าความเจ็บปวดเรื้อรังเป็นภาวะปกติในผู้สูงอายุ ซึ่งแพทย์ไม่ได้ให้การตระหนักเพื่อหาสาเหตุหรือรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังเหล่านี้ จึงอาจนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลและระบบสาธารณสุข นอกจากนี้ การประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น นุเคราะห์ทางการแพทย์ควรประเมินความสามารถในการสื่อสาร การเข้าใจภาษา และการรู้คิดของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก เพื่อเป็นแนวทาง

สำหรับการเลือกใช้เครื่องมือวัดความรุนแรงความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยเครื่องมือการประเมินความเจ็บปวดที่สามารถประเมินความเจ็บปวดได้อย่างละเอียดที่สุดคือ เครื่องมือวัดความปวดในหลายด้าน ซึ่งแบบประเมินความเจ็บปวดของแมคกิลล์แบบย่อ เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังที่เหมาะสมที่ได้รับการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือวัดความปวดในหลายด้าน ต้องมีความสามารถในการสื่อสารและไม่มีปัญหาด้านความจำบกพร่อง

References

- Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet*. 1999;353(9164):1607-1609. doi:10.1016/S0140-6736(99)01311-2.
- Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(4):409-414.
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(6 Suppl):S205-S224.
- Donald IP, Foy C. A longitudinal study of joint pain in older people. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43(10):1256-1260.
- Gibson SJ, Farrell M. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *Clin J Pain*. 2004;20(4):227-239.
- The management of chronic pain in older persons. AGS panel on chronic pain in older persons. American Geriatrics Society. *Geriatrics*. 1998;53(suppl 3):S8-S24.
- American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331-1346.
- Gleicher Y, Croxford R, Hochman J, Hawker G. A prospective study of mental health care for comorbid depressed mood in older adults with painful osteoarthritis. *BMC Psychiatry*. 2011;11:147.
- Donohoe CD. History and physical examination of the pain patient. In: Waldman SD, ed. *Pain management*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2011:36-49.
- Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(2):319-326.
- Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain*. 2001;92(1-2):173-186.
- Cavalieri TA. Pain management in the elderly. *J Am Osteopath Assoc*. 2002;102(9):481-485.
- Portenoy RK, Tanner RM. Visual Analog Scale and Verbal Pain Intensity Scale. In: Portenoy RK, Tanner RM, eds. *Pain Management: Theory and Practice*. 5th ed. New York, NY: Oxford University Press; 1996.
- Scherder EJ, Bouma A. Visual analogue scales for pain assessment in Alzheimer's disease. *Gerontology*. 2000;46(1):47-53.
- Garra G, Singer AJ, Taira BR, et al. Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in pediatric emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2010;17(1):50-54.



16. Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*. 1990;41(2):139-150.
17. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4(1):9-15.
18. Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1(3):277-299.
19. Kitisomprayoonkul W, Klaphajone J, Kovindha A. Thai short-form McGill pain questionnaire. *J Thai Rehabil*. 2004;14(3):83-92.
20. Keller S, Bann CM, Dodd SL, Schein J, Mendoza TR, Cleeland CS. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain*. 2004;20(5):309-318.



Review Article/บทฟื้นฟูวิชาการ

Chronic Pain Assessment in the Elderly**Sirasa Ruangritchankul¹, Orapitchaya Krairit¹**¹ *Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand***Abstract**

Most elderly population suffer from chronic pain which lasts for more than three months. Chronic pain has an effect on physical and psychological status as well as caregivers. Pathophysiology of chronic pain comprises four categories including nociceptive pain, neuropathic pain, mixed pain, and psychological pain. Chronic pain has negative impact on physical health such as tachycardia, hypertension, anorexia, and sleep disturbance; and on psychological health including depression and anxiety. The elderly with chronic pain are evaluated by physicians and nurses in terms of taking histories, physical examination, and applying pain assessment tools to identify severity of pain. Choice of pain assessment tools for older adults is based on individual such as cognitive function and communication skills. However, many physicians cannot precisely evaluate pain among the elderly due to visual, auditory, and cognitive impairment, leading to obstacles in communication and assessment. The best chronic pain assessment tool is multidimensional tool which can accurately identify severity and types of pain. The most common used multidimensional tool in practical is short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ). However, multidimensional tool is only appropriate in the elderly without communication problems and cognitive impairment.

Keywords: Chronic pain, Older adults, Pain assessment tools

Corresponding Author: Sirasa Ruangritchankul

Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Telephone +66 2201 2588, +668 1640 4373, Fax +66 2201 1713 E-mail: sirasarama37@gmail.com

