



SKAUSMO VALDYMAS SERGANT DEMENCIJA

Tarptautinė skausmo studijų asociacija

Yra keletas ligų, kurios gali sukelti pažinimo sutrikimą, ko pasekoje progresuos kasdienio gyvenimo, bendravimo bei elgesio sutrikimai, pvz., susijaudinimas/ažitacija, apatija ar miego sutrikimai. Būtent šis sindromas vadinamas demencija. Dažniausiai pasitaikančios yra Alzheimerio liga, kraujagyslių demencija ir jų derinys. Parkinsono liga, Huntingtono liga, AIDS. Keletas kitų ar net retų ligų gali taip pat gali sukelti demenciją. Nors visos šios ligos gali baigtis ta pačia „demencijos“ būseną, visų šių ligų neuropatologija yra skirtinga, taip pat skiriasi ir poveikis skausmo vyksmo/suvokimo sistemai. Nustatyta, kad demencija sergantiems pacientams (DSP) yra prastas skausmo vertinimas ir daugelis tyrimų parodė, kad jie naudoja/jiems skiriama mažiau analgetikų [1].

Skausmo vyksmas sergant demencija gali būti pakitęs

- Alzheimerio ligos atveju žmonės jaučia skausmą, tačiau skausmo interpretavimas ir kognityvinis bei emocinis vertinimas gali skirtis.
- Kraujagyslių demencijos atveju yra labiausiai tikėtina, kad smegenų baltosios medžiagos pažeidimai gali paskatinti centrinį skausmo atsiradimą, dėl ko pacientai skausminį sindromą patiria dažniau.
- Kadangi demencijos priežastys yra progresuojančios neuropatologinės ligos, poveikis skausmo vyksmui priklauso nuo ligos stadijos.
- Beveik visiems demencijos tipams būdingas smarkiai sutrikęs bendravimas.
- Eksperimentiniai tyrimai rodo, kad Alzheimerio ligos metu yra šiek tiek didesnis skausmo slenkstis ir kad sutrinka autonominiai atsakai [2].
- Eksperimentiniai tyrimai taip pat rodo, kad po skausmingo stimulo veido išraiška stipriai pasikeičia DSP [6].

Skausmo vertinimo, sergant demencija, iššūkiai

- Patys pacientai ne visada gali pranešti apie skausmą (ir vaisto teigiamą bei šalutinį poveikį), ypač ligos pažengusiose stadijose.
- Reguliarūs skausmo vertinimo įrankiai ne visada yra įmanomi, ypač pažengusiose ligos stadijose.

- Sveikatos priežiūros specialistai dažnai yra nepakankamai apmokyti bendrauti su DSP, todėl trūksta požiūrio ir žinių apie demenciją ir skausmą [8].
- Kai reguliarios skausmo vertinimo (paciento pranešimas apie skausmą) priemonės nebegalioja, yra prieinamos stebėjimo priemonės.
- Yra daugiau nei 35 stebėjimo įrankiai, tačiau patvirtinimas ir įgyvendinimas apskritai yra prastas [4]
- Skausmas dažnai išreiškiamas kaip elgesys (pavyzdžiui, susijaudinimas).
- Formalūs ir neformalūs globėjai dažnai sutelkia dėmesį į elgsenos gydymą, skiriant antipsichozinius vaistus, ir pamiršta skausmo gydymą.
- Neuropsichiatrinų simptomų išaiškinimas taip pat yra iššūkis.

Tarpdalykinis ir nefarmakologinis valdymas

- DSP turi daugybę medicininių, socialinių ir psichologinių poreikių. Skausmo valdymas visada yra daugiakomponentinis, todėl turėtų būti tarpdalykinis.
- Kadangi dauguma demencija sergančių asmenų yra vyresni, jiems yra didesnė nepageidaujamų vaistų reakcijų rizika. Ne farmakologinės intervencijos (pvz., socialinė, psichinė, fizinė veikla, pvz., muzikos terapija) visada turėtų būti pirmos eilės pasirinkimas.
- Dėl pasikeitusio skausmo vertinimo ir jo pakitusios išraiškos stebimas didelis elgesio ir psichologinis komponentas. Todėl elgesio terapija ir raminantys veiksmai, kurie ramina ir atsipalaiduoja DSP, taip pat turėtų būti pirmasis pasirinkimas. Tačiau dar yra per mažai įrodymų ir ekspertų sutarimo dėl nefarmakologinės intervencijos turinio ir poveikio, esant demencijai ir skausmui [7].

Farmakologinis valdymas

- Paracetamolis daugeliui DSP yra veiksmingas skausmą malšinantis preparatas, tačiau „pagal poreikį“ neturėtų būti skiriamas, nes veiksmingai įvertinti skausmą dažnai yra sunku.
- Naudojant NVNU, reikia suprasti, kad dauguma DSP yra vyresnio amžiaus žmonės, o rimtų nepageidaujamų reiškinių (gastroenterologinių, inkstų ir širdies ir kraujagyslių) rizika yra labai didelė. Asmenims taip pat sunku pranešti apie galimus pirmuosius sunkių šalutinių reiškinių požymius, todėl patartina būti labai atsargiems, pradėti nuo mažų dozių ir bandyti sustoti per dvi savaites.
- Silpnųjų opioidų vartojimas nėra skatinamas dėl mažo veiksmingumo įrodymo ir galimų šalutinių poveikių, dėl kurių dažnai pasitaiko delyras.
- Jei reikia, reikia vartoti stiprius opioidus, tačiau „pradėti mažomis dozėmis ir lėtai“. Reikia suvokti, kad demencija sergantiems asmenims taip pat yra daugiau šalutinių poveikių opioidams, todėl reikia juos stebėti ir vertinti bent kartą per savaitę. Pabandykite sustabdyti („lėtai“) per 6 savaites [5].
- Daugelyje šalių pleistrai su buprenorfinu arba fentanilu yra labai paplitę žmonėms,

sergantiems demencija, ir dažnai vartojami daugelį mėnesių / metų.

- Gydytojai turi kritiškai vertinti ilgalaikį bet kokio analgetiko, įskaitant pleistrą, naudojimą.
- Gydomo veiksmingumo ir šalutinio poveikio stebėjimas ir vertinimas yra labai svarbus ir turi būti atliekamas reguliariai.
- Eksperimentiniai tyrimai parodė, kad Alzheimerio liga sergantiems žmonėms, kurių priekinės/frontalinės smegenų srities funkcijos sutrikdytos, nėra placebo poveikio. Taip pat buvo įrodyta, kad šiems pacientams reikia didesnės analgetikų dozės, kad būtų pasiektas toks pat skausmo malšinimo lygis [3].
- Tyrimui reiktų naudoti ir vertinimui skirtas priemones. Jei yra kliūtys savarankiškam pranešimui (pats pacientas apie skausmą pranešti negali), reiktų naudoti elgesio vertinimo priemonę, pvz., MOBID-2, PAINAD arba PAIC.

Literatūra

- [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]

Autoriai:

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

Vertimas - Lietuvos skausmo draugija