

## การรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล<sup>1</sup>, อรพิชญา ไกรฤทธิ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

ความเจ็บปวดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความเจ็บปวดเรื้อรังที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจต่อผู้สูงอายุ จึงควรให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วถึง ซึ่งหลักการรักษาความเจ็บปวดเรื้อรัง แพทย์ผู้ให้การรักษาควรประเมินพยาธิสรีรวิทยาของการเจ็บปวดเรื้อรัง เนื่องจากความเจ็บปวดแต่ละประเภทมีการรักษาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การรักษาควรควบคู่กันระหว่างการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น ความคิดและพฤติกรรมบำบัด และการรักษาโดยใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพลดอาการเจ็บปวดยาที่ใช้รักษาอาการเจ็บปวดเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ (Nonopioid analgesics) ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) และยาที่ส่งเสริมการระงับปวด (Adjuvant medications) โดยหลักการใช้ยาในผู้สูงอายุควรเริ่มด้วยปริมาณที่น้อยและพิจารณาปรับยาขึ้นอย่างช้าๆ นอกจากนี้ แพทย์และเภสัชกรควรพิจารณาอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interaction) การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและโรคประจำตัว (Drug-disease interaction) และอาการข้างเคียง (Adverse drug events) ขณะที่ใช้ยาทุกครั้ง

**คำสำคัญ:** ความเจ็บปวดเรื้อรัง ผู้สูงอายุ การรักษา

Rama Med J: doi:10.33165/rmj.2019.42.2.136135

Received: August 2, 2018 Revised: March 3, 2019 Accepted: May 27, 2019

### Corresponding Author:

ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย

โทรศัพท์ +66 2201 2588

โทรสาร +66 2201 1713

อีเมล [sirasarama37@gmail.com](mailto:sirasarama37@gmail.com)



## บทนำ

หลักการรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ เบื้องต้น แพทย์ผู้ให้การรักษาควรประเมินพยาธิสรีรวิทยาของการเจ็บปวดเรื้อรัง ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) 2) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท (Neuropathic pain) 3) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุร่วมกันของการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ 4) การบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท (Mixed pain) และ 5) ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากภาวะจิตใจและอารมณ์ (Psychological pain)<sup>1</sup> เนื่องจากมีการรักษาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังควรให้การรักษาร่วมกันระหว่างการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอาการเจ็บปวด

## การรักษาภาวะเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ

การรักษาภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ 1) การรักษาอาการเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยาแก้ปวด และการทำหัตถการ (Nonpharmacological management and intervention) และ 2) การรักษาอาการเจ็บปวดด้วยการใช้ยา (Pharmacological management) รายละเอียดดังนี้

### 1) การรักษาอาการเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยาแก้ปวด และการทำหัตถการ

เป็นวิธีการรักษาร่วมกับการรักษาอาการเจ็บปวดด้วยการใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการลดปวด ได้แก่

**1.1) การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุและญาติ (Patient and caregiver education)** ให้มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิกำเนิด ความรุนแรง อาการและอาการแสดงของการเจ็บปวด รวมทั้งการประเมิน การรักษา อาจเป็นรูปแบบเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์<sup>2</sup>

**1.2) ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive-behavioral therapy)** หลักการของการบำบัดคือ การมองว่าพฤติกรรมและอารมณ์ เป็นผลจากลักษณะความคิดซึ่ง

แต่แต่ละคนจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการตีความรับรู้สิ่งเหล่านั้นต่างกันไป เช่นเดียวกับความเจ็บปวดเทียบได้กับสิ่งแวดล้อมมีผลต่อความคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ดังนั้น ถ้าเราฝึกความคิดใหม่เกี่ยวกับอาการปวดในทางแง่บวกหรือให้เกิดความเข้าใจในความเจ็บปวด จะส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมในแง่บวกเช่นกัน การรักษาแบบความคิดและพฤติกรรมบำบัด ต้องใช้เวลาการรักษานาน<sup>3</sup>

### 1.3) กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy)

หลักการฝึกให้มีการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ รวมทั้งกระดูกและข้อ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย การทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ลดการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ หรือข้อติดอันเป็นเหตุให้เกิดความเจ็บปวด<sup>4</sup>

**1.4) การฝึกสติและสมาธิ (Mindfulness and meditation)** ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากการช่วยการนอนหลับและผ่อนคลาย

### 1.5) การแพทย์ทางเลือก (Complementary therapy)

การประเมินวิธีการรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกนั้นต้องขอความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เพื่อประเมินสภาพร่างกาย ความสามารถ สภาพจิตใจ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ทั้งนี้ การแพทย์ทางเลือกช่วยเพิ่มศักยภาพของร่างกาย เช่น ความแข็งแรงกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ลดปวด และคลายอาการซึมเศร้าจากการเจ็บปวด การแพทย์ทางเลือก ได้แก่ ประคบร้อน (Heat therapy) ประคบเย็น (Cold therapy) นวด (Massage) ฟิงเข็ม (Acupuncture) นวดเท้า (Reflexology) กระตุ้นไฟฟ้าผ่านทางผิวหนัง (Transcutaneous nerve stimulation, TENS) และฝึกความผ่อนคลาย (Relaxation training)<sup>5-8</sup>

**1.6) การทำหัตถการ (Intervention)** เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด เช่น การฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อ (Intra-articular corticosteroid injection) การฉีดไฮยาลูโรน (Intra-articular hyaluronic injection) การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องเหนือไขสันหลัง (Epidural corticosteroid injections)



การฉีดยาเข้าไปที่ช่องไขประสาทเพื่อสลายพังผืดผ่านทางผิวหนังโดยตรง (Epidural adhesiolysis, EA) การผ่าตัดเส้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathectomy) และการฉีดยาชาโดยตรงที่เส้นประสาทหรือและฉีดรอบๆ เส้นประสาท (Nerve block)<sup>4,9,10</sup> (ตารางที่ 1)

อย่างไรก็ตาม การประเมินเพื่อเลือกรูปแบบวิธีการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา แพทย์ควรพิจารณาการประเมินพยาธิสรีรวิทยาของการเจ็บปวดร่วมกับการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ความสามารถในการสื่อสารของผู้สูงอายุ รวมถึงศักยภาพของโรงพยาบาลในการรักษาภาวะเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ

## 2) การรักษาอาการเจ็บปวดด้วยการใช้ยา

หลักการรักษาอาการเจ็บปวดด้วยการใช้ยา สรุปได้ดังนี้

2.1) เริ่มการรักษาด้วยปริมาณที่น้อย และถ้าพิจารณาปรับยาขึ้นควรปรับยาขึ้นอย่างช้าๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพการกำจัดยาผ่านทางตับและไตน้อยลงอีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics)<sup>11-14</sup>

2.2) การพิจารณาให้ยาในผู้สูงอายุควรพึงระวังอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interaction) และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและโรคประจำตัว (Drug-disease interaction) เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมมาก ส่งผลให้มีการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน<sup>15</sup>

2.3) แพทย์ผู้บริหรยาควรซักประวัติแพ้ยา (Drug allergy) และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Adverse drug events) ก่อนพิจารณาบริหารยาทุกครั้ง และหมั่นสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือแพ้ยาหลังการบริหารยาทุกครั้ง<sup>5,6</sup>

2.4) การเลือกบริหารยาควรพิจารณาลักษณะอาการปวด พยาธิสภาพการปวด และความรุนแรงของอาการปวดเป็นหลัก

## อุปสรรคในการบริหารยาระงับปวดในผู้สูงอายุ

การบริหารยาระงับปวดในผู้สูงอายุ อาจพบอุปสรรคในหลายด้านทั้งจากผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งระบบสาธารณสุข สรุปได้ดังนี้<sup>16,17</sup>

ตารางที่ 1. หัตถการเพื่อบรรเทาอาการปวด

หัตถการ	ข้อบ่งชี้
การฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อ (Intra-articular corticosteroid injection)	ลดอาการปวดจากข้อกระดูกเข่าอักเสบ หัตถการนี้มีผลต่อการทำลายข้อและกระดูกน้อยสามารถลดปวดได้แก่ช่วงเวลาสั้นๆ
การฉีดไฮยาลูโรนิก (Intra-articular hyaluronic injection)	ลดอาการปวดและลดการอักเสบจากข้อกระดูกเข่าอักเสบ
การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องเหนือไขสันหลัง (Epidural corticosteroid injections)	ลดอาการปวดจากการโพรงสันหลังแคบ
การฉีดยาเข้าไปที่ช่องไขประสาทเพื่อสลายพังผืดผ่านทางผิวหนังโดยตรง (Epidural adhesiolysis)	ลดอาการปวดจากการโพรงสันหลังแคบ
การผ่าตัดเส้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathectomy)	ลดอาการปวดจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท
การฉีดยาชาโดยตรงที่เส้นประสาทหรือและฉีดรอบๆ เส้นประสาท (Nerve block)	ลดอาการปวดจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท โดยเฉพาะการปวดเส้นประสาทหลังการติดเชื้อสวัด



### ด้านผู้สูงอายุหรือญาติ

- 1) ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากกลัวอาการข้างเคียงของยา
- 2) มีความกังวลเรื่องติดยา
- 3) ไม่ยอมรับอาการเจ็บปวดที่เป็น เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนคิดว่าอาการปวดเป็นอาการบ่งชี้ว่าผู้นั้นใกล้เสียชีวิต หรือมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรมอย่างมาก
- 4) ผู้สูงอายุบางคนคิดว่าความเจ็บปวดมาพร้อมอายุที่มากขึ้น จึงไม่ให้ความสำคัญในการรักษาและหาสาเหตุ
- 5) ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะความจำบกพร่องและไม่มีผู้ดูแล จึงมีปัญหาการบริโภคยาระงับปวด

3) ขาดมาตรฐานในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังการให้ยาระงับปวด ทั้งในด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และอาการปวดหลังการรักษา

### ด้านระบบสาธารณสุข

- 1) ขาดงบประมาณที่เพียงพอในการรักษาอาการเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) สังคมและระบบสาธารณสุขมีความตระหนักรู้และความเชื่อที่ผิดในการบริหารยาโอปิออยด์ (Opioid analgesics) และขาดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)

### ด้านบุคลากรทางการแพทย์

- 1) ขาดความรู้และความชำนาญในการบริหารยาระงับปวดอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 2) ขาดความตระหนักถึงอาการปวดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความเชื่อว่าอาการปวดมาพร้อมอายุที่มากขึ้น

### การบริหารยาระงับปวด

การบริหารยาบรรเทาความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุ สามารถสรุปเป็นขั้นตอนอย่างง่ายตามระบบ 3 ขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)<sup>18, 19</sup> (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. การบริหารยาบรรเทาความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุตามระบบ 3 ขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก<sup>18, 19</sup>

ขั้น	ระดับความเจ็บปวดเรื้อรัง*	สาเหตุ	ยา
1	ความรุนแรงระดับเล็กน้อย (คะแนน 1 - 3)	- การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ - การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อร่วมกับ การบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท	กลุ่มที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล (Paracetamol) และขาดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
2	ความรุนแรงระดับปานกลาง (คะแนน 4 - 6)	- การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ - โรคมะเร็ง	กลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (Weak opioids) เช่น ทรามาดอล (Tramadol) และ โคดีอีน (Codeine)
3	ความรุนแรงระดับรุนแรง (คะแนน 7 - 10)	- การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ - โรคมะเร็ง	กลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (Strong opioids) เช่น มอร์ฟีน (Morphine) เมทาโดน (Methadone) ไฮโดรมอร์ฟีน (Hydromorphone) เมเพอริดีน (Meperidine) และเฟนทานิล (Fentanyl)

\*เกณฑ์การประเมินระดับความเจ็บปวดเรื้อรัง จำแนกตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 โดยเรียงลำดับจากความรุนแรงของความเจ็บปวดระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง



กรณียาที่ส่งเสริมการระงับปวด (Adjuvant medications) สามารถใช้ร่วมในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยส่วนใหญ่การใช้ยาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท

ยาที่ใช้รักษาอาการปวด แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1) ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ 2) ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และ 3) ยาที่ส่งเสริมการระงับปวด โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้

### 1) ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์

#### 1.1) ยาอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) หรือ ยาพาราเซตามอล (Paracetamol)

**ข้อบ่งชี้** พิจารณาใช้ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดซึ่งมีสาเหตุจากระบบกล้ามเนื้อหรือกระดูกที่มีความรุนแรงของอาการปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีการทำงานของตับและไตปกติ<sup>20</sup>

#### 1.2) ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์<sup>21-23</sup>

**ข้อบ่งชี้** พิจารณาใช้ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดจากการอักเสบ เช่น ข้อเข่าอักเสบ การอักเสบของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ยกเว้นช่วยลดการอักเสบ อาการปวดและลดไข้ได้ดี แพทย์ควรระมัดระวังในการให้ยาชนิดนี้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหารและการทำงานของไต ดังนั้น ควรใช้ปริมาณยาน้อยและระยะเวลาสั้นที่สุด (ตารางที่ 3)

#### 2) ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

**ข้อบ่งชี้** พิจารณาให้ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดซึ่งมีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่มีความรุนแรงของอาการปวดที่มีความรุนแรงของอาการปวดระดับปานกลางถึงมาก **คุณสมบัติ**

1) ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้นโอปิออยด์ รีเซพเตอร์ (Opioid receptor) ภายในสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ส่งผลต่อศูนย์ควบคุมการหายใจ ไอ และคลื่นไส้

ตารางที่ 3. การบริหารยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์<sup>24</sup>

ยา	การบริหารยาเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด, มิลลิกรัม/วัน	ข้อห้ามเด็ดขาด	อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen)	ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง	4,000	- ผู้สูงอายุที่มีภาวะตับล้มเหลว	- ผื่นคัน - คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
กลุ่ม Classical NSAIDs			- เลือดออกทางเดินอาหาร	- เลือดออกในกระเพาะ - ข้ออักเสบ
ไดโคลฟีแนค (Diclofenac)	ขนาด 50 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง	150	- โรคไตวายเรื้อรัง	- ความดันโลหิตสูงขึ้นและ
ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen)	ขนาด 400 มิลลิกรัม รับประทานทุก 6-8 ชั่วโมง	3,200	- ภาวะหัวใจล้มเหลว	- เส้นเลือดหัวใจตีบตัน - การทำงานของไตบกพร่อง
นาพรอกเซน (Naproxen)	ขนาด 250 มิลลิกรัม รับประทานทุก 6-8 ชั่วโมง	1,000		- ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน - โดยเฉพาะในกลุ่ม Classical NSAIDs
กลุ่ม COX-2 specific inhibitors				
เซเลโคซิบ (Celecoxib) หรือชื่อทางการค้า Celebrex <sup>®</sup>	ขนาด 100 มิลลิกรัม รับประทานทุก 24 ชั่วโมง	400		

COX, cyclooxygenase; NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.



2) ออกฤทธิ์ต่อการหลั่งฮอร์โมนที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และลิมบิก (Limbic) ในการควบคุมอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความปวด ทำให้อารมณ์ดี

3) ออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้บีบตัวช้าลง และท้องผูก

การบริหารยา สามารถบริหารหลายช่องทาง ได้แก่

1) การกิน เช่น ทรามาดอล (Tramadol) มอร์ฟีน (Morphine) และเมทาโดน (Methadone)

2) การซึมผ่านทางผิวหนัง เช่น เฟนทานิล (Fentanyl)

3) การบริหารทางเส้นเลือดดำ เช่น มอร์ฟีน ทรามาดอล และเฟนทานิล

ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (Weak opioids) และยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (Strong opioids) โดยมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

**2.1) ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน** บรรเทาปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ โคดีนีน (Codeine) และทรามาดอล มีฤทธิ์อ่อนกว่ามอร์ฟีน 10 เท่า ระยะเวลาออกฤทธิ์ 4 - 6 ชั่วโมง ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ได้ดีหากใช้ร่วมกับยาพาราเซตามอล หรือแอสไพริน (Aspirin)

**ทรามาดอล**

**คุณสมบัติ** ออกฤทธิ์เหมือนมอร์ฟีน ระวังอาการ

ปวดได้น้อยกว่ามอร์ฟีน 5 - 20 เท่า ออกฤทธิ์ระงับปวดปลายประสาท โดยออกฤทธิ์ยับยั้งตัวเก็บกลับสารสื่อประสาท (Transporter) ชนิดซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่บริเวณปลายประสาท ทำให้บริเวณปลายประสาทมีปริมาณสารสื่อประสาททั้งสองชนิดเพิ่มขึ้น จึงสามารถลดอาการปวดได้

**ข้อบ่งชี้** ลดอาการปวดจากข้อกระดูกอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อหลัง หรืออาการปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาทที่มีอาการปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ตารางที่ 4)

**2.2) ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง**

สามารถบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้แก่ มอร์ฟีน เมทาโดน ไฮโดรโมอร์ฟีน เมเพอริดีน เฟนทานิล

**คุณสมบัติ** ออกฤทธิ์ต่อตัวรับชื่อ  $\mu$ -opioid receptor ที่อยู่ในประสาทส่วนกลางและประสาทส่วนปลาย สารเมตาโบไลต์ (Metabolite) ที่สำคัญ ได้แก่ Morphine-6-glucuronide (M6G) ซึ่งยังคงมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ส่งผลให้ยาออกฤทธิ์ยาวนานขึ้นและลดความเจ็บปวด ขณะที่ Morphine-3-glucuronide (M3G) เป็นสารเมตาโบไลต์ที่ไม่มีฤทธิ์ (Inactive metabolite) จึงไม่ช่วยในการระงับปวด แต่มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาท

ตารางที่ 4. การบริหารยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์<sup>24</sup>

ยา	การบริหารยาเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด, มิลลิกรัม/วัน	ข้อห้ามเด็ดขาด	อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
ทรามาดอล (Tramadol)	12.5 - 25 มิลลิกรัม รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง	300	บดหรือเคี้ยวยาที่ ถูกออกแบบให้	- คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก - เวียนศีรษะ มึนศีรษะ เดินเซ
มอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์สั้น (Short-acting morphine)	2.5 - 10 มิลลิกรัม รับประทานทุก 4 ชั่วโมง	-	ปลดปล่อยยาอย่างช้าๆ (Sustained-release drug)	- ง่วงซึม สับสน เห็นภาพหลอน - ชัก กล้ามเนื้อกระตุก
มอร์ฟีนออกฤทธิ์ยาว (Long-acting morphine)	15 มิลลิกรัม รับประทานทุก 8 - 12 ชั่วโมง	-	เนื่องจากปริมาณยาทั้งหมดถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด	- กดประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการหายใจ - หัวใจเต้นช้าความดันโลหิตต่ำ
แผ่นแปะเฟนทานิล (Fentanyl patch)	12 - 25 ไมโครกรัม/ชั่วโมง เปลี่ยนแผ่นทุก 72 ชั่วโมง	-	อย่างรวดเร็วจนผู้สูงอายุอาจได้รับยาเกินขนาด	- ค้นตามผิวหนังแต่ไม่มีผื่น



**ข้อบ่งชี้** ระวังอาการปวดซึ่งมีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่มีความรุนแรงของอาการปวดระดับปานกลางถึงมาก

**หลักการบริหารยา**

1) ผู้สูงอายุที่ไม่เคยใช้มอร์ฟีนมาก่อน ควรเริ่มใช้ ยามอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์สั้น (Short-acting morphine) ได้แก่ มอร์ฟีนชนิดน้ำ (Morphine syrup) โดยให้รับประทาน ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ตามอาการปวด เมื่อรวมปริมาณยามอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์สั้นที่รับประทานใน 24 ชั่วโมง แล้วจึงค่อยปรับ เป็นยามอร์ฟีนออกฤทธิ์ยาว (Long-acting morphine) ได้แก่ มอร์ฟีนชนิดเม็ด (Morphine slow release tablet, MST) และมอร์ฟีนชนิดแคปซูล หรือชื่อทางการค้าคือ Kapanol<sup>®</sup> ซึ่งมีตัวยาคือ มอร์ฟีนซัลเฟต (Morphine sulfate) โดยให้ รับประทานวันละ 2 - 3 ครั้ง

2) หากการปรับเป็นยามอร์ฟีนออกฤทธิ์ยาว ไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ให้เพิ่มยามอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์สั้นปรับความถี่ตามอาการปวด

3) การปรับยามอร์ฟีนควรปรับปริมาณยาขึ้นร้อยละ 10 - 15 ของระดับยาเดิม และปรับขึ้นได้ทุก 48 - 72 ชั่วโมง

**เฟนทานิล**  
คุณสมบัติ ออกฤทธิ์โดยจับกับตัวรับ  $\mu$ -opioid receptor เป็นหลัก ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง ทำให้มีผลบรรเทาอาการปวดได้

**ข้อบ่งชี้** แผ่นแปะเฟนทานิล (Fentanyl patch) ช่วยระงับอาการปวดซึ่งมีสาเหตุจากระบบกล้ามเนื้อหรือกระดูก และอาการปวดจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท มีความรุนแรงของอาการปวดระดับปานกลางถึงมาก ยาชนิดนี้ไม่ค่อยพบอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ หรือท้องผูก

**หลักการบริหารยา<sup>25</sup>**

1) แพทย์ควรระมัดระวังการใช้แผ่นแปะเฟนทานิลในผู้สูงอายุ เนื่องจากการดูดซึมของยาผ่านผิวหนังไม่คงที่ร่วมกับค่าครึ่งชีวิตของยายาวมาก

2) ไม่ควรเริ่มใช้ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์มาก่อน

3) การบริหารยาเริ่มให้ที่ขนาด 12 ไมโครกรัมต่อ ชั่วโมง เปลี่ยนทุก 3 วัน สามารถใช้คู่กับยามอร์ฟีนในกรณีแผ่นแปะเฟนทานิลไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้<sup>26</sup>

4) การเปลี่ยนจากมอร์ฟีนมาเป็นแผ่นแปะเฟนทานิล ต้องให้ยามอร์ฟีนอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนที่จะหยุดยา มอร์ฟีน เนื่องจากการออกฤทธิ์ของแผ่นแปะเฟนทานิลใช้เวลา 12 ชั่วโมง หลังจากติดแผ่นแปะ

5) เฟนทานิลช่วยเพิ่มการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้มากขึ้นและรวดเร็วเมื่อถูกความร้อน ดังนั้นหากผู้สูงอายุ มีไข้หรือมีการใช้แผ่นแปะในบริเวณที่มีความร้อน เช่น ประคบกระเป๋าน้ำร้อน อาจส่งผลให้ได้รับยาเกินขนาดได้

**3) ยาที่ส่งเสริมการระงับปวด**

ยาชนิดนี้ส่วนใหญ่ใช้ร่วมกับยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ และยาแก้ปวดในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ โดยปกติยาในกลุ่มนี้ใช้เพื่อรักษาโรคอื่นเป็นหลัก แต่เนื่องจากยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ระงับปวดจึงมีการพิจารณามาใช้กันอย่างแพร่หลาย มักใช้ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท และ/หรือจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การเลือกใช้ยา ควรคำนึงถึงข้อบ่งชี้ การบริหารยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (ตารางที่ 5)

ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ยาต้านชัก (Antiepileptic drugs) ยาต้านเศร้า (Antidepressants) ยาสเตียรอยด์ (Steroid) ยาแผ่นแปะระงับปวด (Topical analgesics) ยากล้ามเนื้อ (Muscle relaxants) ยากลากังวล (Anxiolytic drugs) และแคลซิโทนิน (Calcitonin) เป็นต้น

**3.1) ยาต้านชัก** ได้แก่ 프리กาบาลิน (Pregabalin) กาบาเพนติน (Gabapentin) และคาร์บามาซีปีน (Carbamazepine) โดยทั่วไปนิยมใช้ฟรีกาบาลิน เนื่องจากมีประสิทธิภาพการลดปวดสูงที่สุดในกลุ่มนี้

คุณสมบัติ ออกฤทธิ์ลดความเจ็บปวดจากการลดการหลั่งสารที่กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด เช่น ซับสแตนซ์พี (Substance P) และกลูตาเมต (Glutamate)

**3.2) ยาต้านเศร้า** ได้แก่ ยาในกลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic antidepressants) เช่น อะมิทริปทีลีนไฮโดรคลอไรด์ (Amitriptyline hydrochloride) และนอร์ทริปทีลีนไฮโดรคลอไรด์ (Nortriptyline hydrochloride) โดยในผู้สูงอายุ ควรใช้ยาต้านเศร้าไตรไซคลิก เนื่องจากเกิดการข้างเคียงและง่วงซึมน้อยกว่าอะมิทริปทีลีนไฮโดรคลอไรด์ และยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน (Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI) เช่น เวนลาฟาซีน (Venlafaxine) และดูโลอกเซทีน (Duloxetine)

**คุณสมบัติ** ออกฤทธิ์ลดความเจ็บปวดผ่านการเพิ่มการทำงานของกรงถ่ายไอออนสัญญาณ (Descending antinociceptive signaling pathways) ลดความเครียดและความกระวนกระวาย ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นอาการปวด

**ข้อควรระวัง** ระวังการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีการทำงานของตับและไตบกพร่อง และมีโรคหัวใจ อีกทั้งไม่ควรหยุดยาชนิดนี้ทันทีเนื่องจากอาจมีอาการถอนจากยาได้

**3.3) ยาสเตียรอยด์** ได้แก่ เพรดนิโซโลน (Prednisolone) และเมทิลเพรดนิโซโลน (Methylprednisolone)

**คุณสมบัติ** ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ฟอสโฟไลเปส (Phospholipase) ซึ่งเป็นเอนไซม์เร่งปฏิกิริยาการเปลี่ยนไขมันฟอสโฟลิพิด (Phospholipid) ให้เป็นกรดไขมัน

อะเรชชีโดนิก (Arachidonic acid) ซึ่งเป็นสารตั้งต้นในการเปลี่ยนเป็นสารพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ธรอมบ็อกแซน (Thromboxanes) รวมถึงลิวโคไตรอีน (Leukotriene) จากกระบวนการนี้จะช่วยลดความเจ็บปวดจากการอักเสบ

**3.4) ยาแผ่นแปะระงับปวด** ได้แก่ ยาเฉพาะที่ลิโดเคน (Lidocaine) ยาเฉพาะที่แคปไซซิน (Capsaicin) และยาเฉพาะที่ลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เช่น ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) และกลุ่มอนุพันธ์ซาลิไซเลต (Salicylate derivatives)

**3.5) ยากล้ามเนื้อ** ได้แก่ แมกโคลเฟน (Baclofen)

**3.6) ยากล้ามเนื้อคลายตัว** ได้แก่ เบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine)

**3.7) แคลซิโทนิน** เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมไทรอยด์ (Thyroid) ออกฤทธิ์ลดความเจ็บปวดจากการกระตุ้นให้มีการหลั่งของสารเบต้าเอนดอร์ฟิน (Beta endorphin)

ทั้งนี้ การประเมินเพื่อเลือกให้การรักษาดูการใช้ยา แพทย์ควรคำนึงถึงประเภทของพยาธิสรีรวิทยาของการเจ็บปวด ซึ่งจะส่งผลต่อการเลือกชนิดของยาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ แพทย์ควรประเมินข้อบ่งชี้ข้อห้าม และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อประกอบการพิจารณาการให้ยาระงับปวด

ตารางที่ 5. การบริหารยาที่ส่งเสริมการระงับปวด<sup>24, 27</sup>

ยา	การบริหารยาเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด, มิลลิกรัม/วัน	ข้อบ่งชี้	อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
<i>ยากันชัก (Antiepileptic drugs)</i>				
คาร์บามาซีปีน (Carbamazepine) หรือชื่อทางการค้า Tegretol®	100 มิลลิกรัม รับประทานทุก 24 ชั่วโมง	1,200	ยาอันดับรอง (Second line) ใช้รักษาอาการปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท	- เวียนศีรษะ ง่วงซึม สับสน - เดินเซ กระสับกระส่าย - ปวดศีรษะ - กล้ามเนื้อกระตุก
กาบาเพนติน (Gabapentin) หรือชื่อทางการค้า Neurontin®	100 มิลลิกรัม รับประทานทุก 24 ชั่วโมง ก่อนนอน	600		- น้ำหนักขึ้น ขาบวม น้ำ - น้ำตาลต่ำ เกิดเลือดคั่งต่ำ
พรีกาบาลิน (Pregabalin) หรือชื่อทางการค้า Lyrica®	50 มิลลิกรัม รับประทานทุก 24 ชั่วโมง ก่อนนอน	600		- ปากแห้ง ท้องผูก - มองเห็นภาพซ้อน



ตารางที่ 5. การบริหารยาที่ส่งเสริมการระงับปวด<sup>24,27</sup> (ต่อ)

ยา	การบริหารยาเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด, มิลลิกรัม/วัน	ข้อบ่งชี้	อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
<i>ยาด้านเศร้า (Antidepressants)</i>				
กลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic antidepressants) หรือชื่อทางการค้า Nortriptyline®	10 มิลลิกรัม รับประทานทุก 24 ชั่วโมง ก่อนนอน	10	ยาอันดับแรก (First line) ใช้รักษาอาการปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท	- ปากแห้ง น้ำลายเหนียว - ปัสสาวะคั่งค้าง - ภาวะทรมานวัยสับสน - ท้องผูก - ความจำบกพร่อง ง่วงซึม
ดูโลอกเซทีน (Duloxetine)	20 มิลลิกรัม รับประทานทุก 24 ชั่วโมง	60	และระงับอาการปวดที่เกิดจากข้อกระดูกอักเสบหรือปวดกล้ามเนื้อ	- น้ำหนักขึ้น - เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
เวนลาฟาซีน (Venlafaxine)	37.5 มิลลิกรัม รับประทานทุก 24 ชั่วโมง	225		- คลื่นไส้ อาเจียน - หัวใจเต้นผิดจังหวะ - ความดันโลหิตสูง
<i>ยาอื่นๆ</i>				
ยาสเตียรอยด์ (Steroid)	-	-	ระงับอาการปวดจากการอักเสบ เช่น เก๊าท์ (Gout) เส้นประสาทอักเสบจากโรคด้านเนื้อเยื่อตัวเอง (Autoimmune disease) รวมทั้งระงับอาการปวดศีรษะจากความดันในสมองสูง และอาการปวดจากเส้นประสาทหรือไขสันหลังถูกกดทับ	- ลดการทำงานของระบบอวัยวะที่สร้างและควบคุมฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ทำให้เมื่อหยุดใช้ยา ร่างกายจะไม่สามารถสร้างฮอร์โมนดังกล่าวได้อย่างเพียงพอ - คิดเชื่อเพิ่มขึ้น - นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิด - กระดูกพรุน - สูญเสียเกลือโปแตสเซียมทางปัสสาวะมาก ผู้ที่มีระดับโปแตสเซียมต่ำมาก อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อ ไม่มีแรงและหัวใจเต้นผิดจังหวะ - หากใช้ยาเป็นเวลานาน อาจทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาและแขน - ความดันโลหิตสูงและหัวใจล้มเหลว



ตารางที่ 5. การบริหารยาที่ส่งเสริมการระงับปวด<sup>24, 27</sup> (ต่อ)

ยา	การบริหารยาเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด, มิลลิกรัม/วัน	ข้อบ่งชี้	อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
ลิโดเคนชนิดแผ่นแปะ (Lidocaine 5% patch)	1 - 3 แผ่น เปลี่ยนแผ่นทุก 12 ชั่วโมง	-	ลดอาการปวดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทได้แก่ กระดูกข้ออักเสบ และปวดกล้ามเนื้อหลัง	ผื่นตามผิวหนัง
ยาเฉพาะที่แคปไซซิน (Capsaicin)	-	-	ระงับอาการปวดจากความผิดปกติของเส้นประสาทและข้อกระดูกอักเสบ (Osteoarthritis)	ผื่นตามผิวหนัง
ยาเฉพาะที่ลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs)	-	-	ออกฤทธิ์ระงับอาการปวดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาท	ผื่นตามผิวหนัง
แบ็กโคลเฟน (Baclofen)	5 - 20 มิลลิกรัม รับประทานทุก 6 - 8 ชั่วโมง	80	ระงับอาการปวดจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เช่น หลังเกิดอุบัติเหตุที่สันหลังหรือสมอง และอาการปวดจากความผิดปกติของเส้นประสาท	- ปากแห้ง น้ำลายเหนียว - บัสสาวะคั่งค้าง - กระวนกระวายสับสน - ท้องผูก - ความจำบกพร่องและง่วงซึม
ยาลดความวิตกกังวล (Anxiolytic drugs)	-	-	ยากลุ่มนี้ไม่ได้มีผลระงับปวดโดยตรง ช่วยลดอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดอาการปวด	-



ตารางที่ 5. การบริหารยาที่ส่งเสริมการระงับปวด<sup>24, 27</sup> (ต่อ)

ยา	การบริหารยาเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด, มิลลิกรัม/วัน	ข้อบ่งชี้	อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
แคลซิโทนิน (Calcitonin)	-	-	ระงับอาการปวดจากกระดูกหัก	- คลื่นไส้อาเจียน - เปลี่ยนสมดุลระหว่างฟอสเฟตและแคลเซียมในร่างกาย

## ตัวอย่างกรณีศึกษา

### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยสูงอายุหญิงไทย อายุ 87 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) ระยะปานกลางเข้าสู่ระยะรุนแรง มีความบกพร่องด้านกิจวัตรประจำวันแบบใช้อุปกรณ์และพื้นฐาน มีปัญหาการสื่อสารและการใช้ภาษาเพื่อโต้ตอบ บางครั้งผู้ดูแลไม่สามารถรับทราบความต้องการของผู้ป่วย

บุตรชายพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามธิบดี อาการสำคัญคือ บุตรชายสังเกตว่าผู้ป่วยร้องไห้และหงุดหงิดง่าย บางครั้งใช้มือทุบต้นขาด้านขวาอย่างแรง เกร็งมือทำหายใจเร็วกลืนเป็นบางช่วง บุตรชายพยายามสื่อสารกับผู้ป่วยแต่ไม่สามารถรับทราบความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยได้ ขณะนั่งตรวจสังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วยมีอาการหน้าขมวดคิ้ว เกร็งมือ เอามือทุบต้นขาอย่างแรง และร้องไห้

### ประวัติเพิ่มเติม

ช่วง 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นโรคงูสวัดที่บริเวณต้นขาขวา ซึ่งตรงกับตำแหน่งที่ผู้ป่วยใช้มือทุบอย่างแรง แผลแห้งแล้ว มีสะเก็ดแผลเล็กน้อย ไม่มีไข้ ไม่มีอาการบวมแดงร้อน และผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด

### การประเมินอาการ

ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสารและการใช้ภาษา การชักประวัติอาการผิดปกติและอาการปวดต้องขอประวัติจากผู้ดูแล

หรือญาติ เพื่อใช้ในการวินิจฉัย รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการร้องไห้และหงุดหงิดง่าย บางครั้งใช้มือทุบต้นขาด้านขวาอย่างแรง เกร็งมือทำหายใจเร็วกลืนเป็นบางช่วง เมื่อประเมินจากประวัติและใช้มาตรวัดความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral pain assessment scale) ด้วยแบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม (Pain assessment in advanced dementia, PAINAD)<sup>1</sup> พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดแต่ไม่สามารถสื่อสารต่อบุคคลรอบข้างได้ เนื่องจากมีความจำบกพร่องรุนแรง

**การวินิจฉัยเบื้องต้น**  
ผู้ป่วยมีภาวะปวดปลายประสาทหลังจากเป็นโรคงูสวัด และโรคอัลไซเมอร์ระยะปานกลางเข้าสู่ระยะรุนแรง

### การรักษา

เนื่องจากอาการปวดของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการทำงานผิดปกติของเส้นประสาท การเลือกยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวด แพทย์เลือกให้ยาที่ส่งเสริมการระงับปวดคือ ยาแก้นชัก ได้แก่ กาบาเพนดิน ขนาด 100 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 เม็ด ก่อนนอน ร่วมกับ ยาต้านเศร้า ได้แก่ ดูล็อกซีทีน ขนาด 30 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

### การติดตามอาการ

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวดลดลงคือ มือทุบต้นขา เกร็งมือทำ หายใจกลืนและหายใจเร็วลดลง ไม่โยกย้าย ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการปวดปลายประสาทหลังจากเป็นโรคงูสวัด ระยะเวลา 7 เดือน สามารถลดขนาดยาจนกระทั่งหยุดยาได้



## ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยสูงอายุชายไทย อายุ 75 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ไ้ไขมันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง และ โรคอ้วน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี แต่เดินช้าลง เนื่องจากปวดเข่าสองข้างมากขึ้น ลักษณะปวดตื้อๆ คุบๆ บางครั้งมีอาการปวดเกร็งข้อเข่า ผู้ป่วยสังเกตว่า เข่ามีลักษณะผิดรูป เวลาเดินมีเสียงกรอบแกรบในเข่า เดินลงน้ำหนักจะปวดเข่า ขณะเดินบางครั้งมีอาการเข่าทรุด ผู้ป่วยซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง อาการไม่ดีขึ้น ในช่วง 2 เดือน น้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม จากน้ำหนัก 75 กิโลกรัม เป็น 78 กิโลกรัม อาการปวดเข่าเลวลง จึงมาโรงพยาบาล

### ประวัติเพิ่มเติม

ผู้ป่วยเดินได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) ขอบนั่งพับเพียบและนั่งขัดสมาธิบ่อยๆ ห้องน้ำเป็น ส้วมซึมต้องนั่งยอง มีอาการปวดมากขึ้นเมื่อทำกิจกรรม ดังกล่าว

### การประเมินอาการ

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและมีความสามารถในการใช้ ภาษา สามารถให้ประวัติอาการผิดปกติ และอาการปวด ได้อย่างละเอียด แพทย์ประเมินอาการปวดตามมาตรวัด ความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale) พบว่า อาการปวดมีความรุนแรงระดับ 3

### การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยมีข้อเข่าโก่ง มีเสียงในข้อเข่า พิสัยการเคลื่อนไหว ของข้อลดลง และกดเจ็บที่ข้อเข่าทั้งสองข้าง

### การวินิจฉัยเบื้องต้น

ผู้ป่วยมีภาวะปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของ เนื้อเยื่อคือ ข้อเข่าเสื่อม อาการปวดมีความรุนแรงระดับ เล็กน้อย

### การรักษา

เนื่องจากอาการปวดของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บ ของเนื้อเยื่อที่อาการปวดมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย จึงให้การรักษาผู้ป่วยโดยการให้ยา ร่วมกับการไม่ใช้ยา

#### การรักษาอาการเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา

จากประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนักเกินมาตรฐานและ

มีอาการปวดมากขึ้นหลักจากน้ำหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับ คำแนะนำให้ลดน้ำหนักโดยวิธีการคุมอาหาร นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ ปวดเข่ามากขึ้นคือ การนั่งพับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ และ การเข้าห้องน้ำแบบส้วมซึม แพทย์แนะนำให้หลีกเลี่ยง พฤติกรรมดังกล่าว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ประคบอุ่นรอบข้อ เพื่อลดอาการปวดและกล้ามเนื้อเกร็ง

#### การรักษาอาการเจ็บปวดแบบใช้ยา

จากอาการปวดของผู้ป่วยซึ่งมีสาเหตุจากการบาดเจ็บ ของเนื้อเยื่อที่อาการปวดมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย การเลือกยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวด แพทย์เลือก ให้ยาอะเซตามิโนเฟน หรือยาพาราเซตามอล ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ร่วมกับยา ลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้แก่ เซลโคซิบ หรือ ชื่อทางการค้า Celebrex® ขนาด 200 มิลลิกรัม รับประทาน วันละ 1 ครั้ง เข้า เป็นเวลา 7 วัน

### การติดตามอาการ

หลังตรวจติดตามการรักษาเป็นเวลา 2 เดือน ผู้ป่วย มีอาการปวดเข่าสองข้างลดลง เข่าสามารถขยับได้มากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนห้องน้ำจากส้วมซึมเป็นห้องน้ำชักโครก และน้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม ในช่วง 2 เดือน

## ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยสูงอายุชายไทย อายุ 69 ปี มีโรคประจำตัวคือ มะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามไปที่กระดูกสันหลัง ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง เนื่องจากมีอาการปวดหลังและไม่พยายามขยับตัว

บุตรชายมาปรึกษาแพทย์ที่คลินิกผู้ป่วยนอก อายุกรรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามธิบดี อาการสำคัญ คือ ผู้ป่วยปวดหลังมากขึ้น โดยเฉพาะเวลากลางคืน ปวดจนไม่สามารถนอนหลับได้ ลักษณะปวดตื้อๆ เพิ่มระดับ ความรุนแรงมากขึ้นจนต้องนอนร้องไห้ บุตรชายสังเกตว่า ผู้ป่วยไม่ค่อยอยากคุยกับใครอยากอยู่คนเดียว หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ตามลำพังบ่อยครั้ง กินได้น้อย น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัม ในช่วง 1 เดือน บางครั้งเวลาปวดหลังมาก



ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกมาก ใจสั่น มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด ได้แก่ ยาพาราเซตามอล และยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แต่อาการปวดไม่ทุเลา

### การประเมินอาการ

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและมีความสามารถในการใช้ภาษา สามารถให้ประวัติอาการผิดปกติและอาการปวดได้อย่างละเอียด แพทย์ประเมินอาการปวดตามมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลขพบว่า อาการปวดมีความรุนแรงระดับ 10 ขณะที่ประเมินอาการปวดและทำการซักประวัติผู้ป่วยบ่นอยากตาย เพื่อชีวิต ปวดมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่และร้องไห้ แพทย์ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับย่อ 15 ข้อ (Thai geriatric depression scale-15, TGDS-15) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (TGDS-15 ได้ 14 คะแนน)

### การวินิจฉัยเบื้องต้น

ผู้ป่วยมีภาวะปวดที่มีสาเหตุจากการมะเร็งลุกลามไปที่กระดูกสันหลัง อาการปวดระดับรุนแรง ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

### การรักษา

จากอาการปวดของผู้ป่วยซึ่งมีสาเหตุมะเร็งลุกลามไปที่กระดูกสันหลัง ความปวดระดับรุนแรง แพทย์ให้การรักษาอาการปวดด้วยยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง ได้แก่ มอร์ฟีนซัลเฟต ขนาด 10 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ร่วมกับมอร์ฟีนชนิดน้ำ ขนาด 2 มิลลิกรัม เวลาปวดทุก 2 - 4 ชั่วโมง นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาเฉพาะเจาะจง (Specific treatment) เนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูกสันหลัง ได้แก่ กลุ่มยาบิสฟอสโฟเนต (Bisphosphonate) และการฉายแสง ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง แพทย์ให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่มีผลลดอาการปวด ได้แก่ ดูล็อกซีทีน ขนาด 30 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และแพทย์สั่งจ่ายยาบรรเทาเนื่องจากอาการข้างเคียงของมอร์ฟีนมีผลให้เกิดท้องผูกตามมา

### การติดตามอาการ

หลังตรวจติดตามการรักษาเป็นเวลา 1 เดือน ผู้ป่วย

มีอาการปวดลดลง นอนหลับกลางคืนได้ อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิด ไม่ร้องไห้คนเดียว เจริญอาหารมากขึ้น ไม่มีอาการท้องผูก คุณภาพชีวิตดีขึ้นมาก

### บทสรุป

การรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะความเจ็บปวดที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงสาเหตุของความเจ็บปวด รวมถึงให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ทั่วถึงที่ หลักการประเมินและรักษาผู้สูงอายุที่เผชิญการเจ็บปวดเรื้อรัง สรุปได้ดังนี้

- 1) ประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุอย่างละเอียด โดยการซักประวัติความเจ็บปวดจากผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติ ทั้งอาการปวดและความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและนำไปสู่การเลือกบริหารยาและพยากรณ์โรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ
- 2) ประเมินสภาพจิตใจและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้สามารถเลือกบริหารยาและกิจกรรมบรรเทาปวดได้อย่างเหมาะสม
- 3) บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินอาการเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ ควรเลือกวิธีการประเมินความรุนแรงความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม โดยใช้ข้อมูลการตัดสินใจเลือกแบบประเมินความเจ็บปวดจากการประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสมรรถภาพสมองและความจำ
- 4) การรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ ควรใช้การรักษาร่วมกันระหว่างการใช้ยาและการไม่ใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการลดอาการเจ็บปวด
- 5) การพิจารณาให้ยาในผู้สูงอายุ ควรพิจารณาถึงอันตรกิริยาระหว่างยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและโรคประจำตัว
- 6) การบริหารยาในผู้สูงอายุ ควรเริ่มการรักษาด้วยปริมาณยาน้อย หากพิจารณาปรับยาเพิ่มควรเพิ่มอย่างช้าๆ และเพิ่มปริมาณทีละน้อยๆ
- 7) แพทย์ควรประเมินอาการเจ็บปวดและอาการข้างเคียงหลังให้ยาทุกครั้ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา



## References

1. Ruangritchankul S, Krairit O. Chronic pain assessment in the elderly. *Rama Med J.* 2018;41(3):92-99. doi:10.14456/rmj.2018.24.
2. Ferrell BR, Rhiner M, Ferrell BA. Development and implementation of a pain education program. *Cancer.* 1993;72(11 Suppl):3426-3432.
3. Keefe FJ, Beupre PM, Weiner DK, Siegler IC. Pain in older adults: A cognitive-behavioral perspective. In: Ferrell BR, Ferrell BA, eds. *Pain in the Elderly.* Seattle, Wash: IASP Press; 1996:11-19.
4. Abdulla A, Adams N, Bone M, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing.* 2013;42 (Suppl 1):i1-i57. doi:10.1093/ageing/afs200.
5. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(6):S205-S224.
6. Cavalieri TA. Pain management in the elderly. *J Am Osteopath Assoc.* 2002;102(9):481-485.
7. Berman BM, Singh BB, Lao L, et al. A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford).* 1999;38(4):346-354.
8. Gibson SJ. IASP global year against pain in older persons: highlighting the current status and future perspectives in geriatric pain. *Expert Rev Neurother.* 2007;7(6):627-635. doi:10.1586/14737175.7.6.627.
9. Jubb RW, Piva S, Beinat L, Dacre J, Gishen P. A one-year, randomised, placebo (saline) controlled clinical trial of 500-730 kDa sodium hyaluronate (Hyalgan) on the radiological change in osteoarthritis of the knee. *Int J Clin Pract.* 2003;57(6):467-474.
10. Neustadt DH. Intra-articular injections for osteoarthritis of the knee. *Cleve Clin J Med.* 2006;73(10):897-898, 901-904, 906-911.
11. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J.* 2010;10(3):179-187.
12. 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.
13. Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Exp Gerontol.* 2003;38(8):843-853. doi:10.1016/S0531-5565(03)00133-5.
14. ElDesoky ES. Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly. *Am J Ther.* 2007;14(5):488-498. doi:10.1097/01.mjt.0000183719.84390.4d.
15. Ruangritchankul S. Polypharmacy in the elderly. *Rama Med J.* 2018;41(1):95-104. doi:10.14456/rmj.2018.9.
16. Davis MP, Srivastava M. Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs Aging.* 2003;20(1):23-57. doi:10.2165/00002512-200320010-00003.
17. Sela-Katz P, Rabinowitz I, Shugaev I, Shigorina G. Basic knowledge of the medication regimen correlates with performance on cognitive function tests and diagnosis of dementia in elderly patients referred to a geriatric assessment unit. *Gerontology.* 2010;56(5):491-495. doi:10.1159/000304738.
18. Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract.* 2008;8(4):287-313. doi:10.1111/j.1533-2500.2008.00204.x.
19. World Health Organization. *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability.* 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.
20. Stucki G, Johannesson M, Liang MH. Use of misoprostol in the elderly: is the expense justified? *Drugs Aging.* 1996;8(2):84-88. doi:10.2165/00002512-199608020-00002.
21. FitzGerald GA, Patrono C.



- The coxibs, selective inhibitors of cyclooxygenase-2. *N Engl J Med.* 2001;345(6):433-442. doi:10.1056/NEJM200108093450607.
22. Lipsky LP, Abramson SB, Crofford L, Dubois RN, Simon LS, van de Putte LB. The classification of cyclooxygenase inhibitors. *J Rheumatol.* 1998;25(12):2298-2303.
23. Brooks P, Emery P, Evans JF, et al. Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2. *Rheumatology (Oxford).* 1999;38(8):779-788.
24. 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. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x.
25. Ackerman SJ, Knight T, Schein J, Carter C, Staats P. Risk of constipation in patients prescribed fentanyl transdermal system or oxycodone hydrochloride controlled-release in a California Medicaid population. *Consult Pharm.* 2004;19(2):118-132.
26. Barber JB, Gibson SJ. Treatment of chronic non-malignant pain in the elderly: safety considerations. *Drug Saf.* 2009;32(6):457-474. doi:10.2165/00002018-200932060-00003.
27. Chanvej L. Principle and Pharmacological Treatment of Pain Management in Older Adults Conference, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; May 6 - 28, 2004; Songkhla, Thailand.
28. Gloth FM, 3rd. Pain management in older adults: prevention and treatment. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(2):188-199. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49041.x.
29. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol.* 2010;17(9):1113-e88. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x.



## Chronic Pain Management in Older Adults

Sirasa Ruangritchankul<sup>1</sup>, Orapitchaya Krairit<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Chronic pain in the elderly usually has negative impacts on physical and psychological status, therefore, early diagnosis and treatment should be performed. The principle of chronic pain management is assessment of pathophysiology which leads to different choices of treatment. Furthermore, chronic pain management in the elderly should be combined nonpharmacological such as cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatment in order to increase efficacy of pain control. Pharmacological management for chronic pain is composed of 3 categories including nonopioid analgesics, opioid analgesics, and adjuvant medications. The strategies of pharmacological treatment in the elderly are consideration of start with a low dose and slow titration. Moreover, physicians and pharmacists should be aware of drug-drug interactions, drug-disease interactions, as well as adverse drug reactions and events during treatment.

**Keywords:** Chronic pain, Older adults, Treatment

**Rama Med J:** doi:10.33165/rmj.2019.42.2.136135

**Received:** August 2, 2018 **Revised:** March 3, 2019 **Accepted:** May 27, 2019

**Corresponding Author:**

Sirasa Ruangritchankul  
Department of 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

