

הבחנה בכאב

סולם הערכת כאב במטופלים דמנטיים מציע גישה חלופית
להערכת הכאב במטופלים אלו



לא ניתן להסתמך על המופע הראשוני והסימנים החיוניים כאשר בודקים מטופלים עם ירידה קוגניטיבית שלא מתקשרים תקשורת דו כיוונית

הקדמה

זהו יום קר ומושלג. אתם מקבלים קריאה לאישה בת 50 שהחליקה על קרח בחניית ביתה. היא מחייכת חצי חיוך כאשר אתם פוגשים אותה. היא בהכרה וערנית, מעט חיוורת. לאחר הערכה ויזואלית מהירה, קל להבחין כי היא סובלת מכאבים וכאשר אתם נוגעים בירכה, הבעת פניה וצעקתה מאשרים כי היא שברה את המפרק. היא מועמסת בזריזות למיטת האמבולנס ואתם מספקים לה מינון מלא של תרופה לשיכוך כאבים על מנת שהנסיעה תעבור עליה בנוחות עד כמה שניתן.

מאוחר יותר באותו היום, אתם מקבלים קריאה לגבר בן 85 שנפל בדיוור מוגן. בהגעתכם, אתם מוצאים את המטופל יושב על כיסא וממתין לפינויו לבית החולים. שלא כמו המטופלת הקודמת, מטופל זה סובל מדמנציה מתקדמת והוא לא מסוגל לשתף פעולה בבדיקתו בדרכים הרגילות. הוא לא מגיב לקריאתכם והוא מגיב באמירת "אאוץ'" כמעט לכל ניסיון לנגיעה בכל חלק בגופו.

הצוות במקום מדווח על נפילה שהתרחשה לפני כ- 30 דקות, הם סייעו לו לקום מהרצפה והוליכו אותו במרחק של בערך 6 מטרים לכיסא. אין לו סימני פגיעה חיצוניים ברורים והוא נייד לחלוטין. הצוות מעוניין שהמטופל ייבדק בבית החולים על פי מדיניות המוסד. מאוחר יותר נקבע כי המטופל שבר את מפרק הירך.

במקרה הראשון, ההערכה הוויזואלית המהירה שלכם היא דוגמא לשיפוט מהיר לכך שהמטופל כאוב. ואכן, צדקתם. אולם, במקרה השני, בעזרת מידע מוגבל ביותר שהתקבל מהמטופל, משימתכם הייתה קשה הרבה יותר. היכולת לבצע הערכה ויזואלית מהירה והצורך בטיפול בכאב היו לא ברורים.

טיפול בכאב בקדם בית החולים

מחקרים ממשיכים להדגים כי מטפלים בשלב קדם בית החולים בקושי מספקים טיפולים תרופתיים הולמים לרמות הכאב של המטופלים על מנת להפיג את כאבם. מחקר שנעשה בשנת 2013 ובחן את גישתם של פרמדיקים למתן תרופות משככות כאבים, מצא כי היו מספר חסמים פסיכולוגיים: היעדר רצון לספק תרופות ללא סימנים אובייקטיביים {עצמות שבורות באופן ברור או סימנים חיוניים לא תקינים}, הפחד ממיסוך סימפטומים אבחנתיים וחסכי ידע לגבי כמות התרופות שיש לספק.

במחקר שהתמקד בטיפול בכאב בחשד לשברים בגפיים דווח כי ל- 1.8% מהמטופלים סופקו תרופות לשיכוך כאבים בקדם בית החולים. מחקר זהה שבחן טיפול בכאב בשברים בגפיים התחתונות הדגים כי רק 18% מהמטופלים טופלו בתרופות לשיכוך כאבים, אך כאשר המטופלים הגיעו לבית החולים 91% קיבלו תרופות לשיכוך כאבים. התוויות למתן תרופות לשיכוך כאבים בקדם בית החולים היו חסרות באופן משמעותי. הנתון המטריד ביותר הוא שמתוך 18% מהמטופלים שקיבלו טיפול נגד כאבים, הייתה הטיה ברורה לכיוון המטופלים הצעירים יותר. במילים אחרות, הייתה סבירות גבוהה יותר שהפרמדיקים יספקו טיפול הולם לכאב למטופלים צעירים בהשוואה לטיפול במטופלים מבוגרים.

טיפול בכאב בחולי דמנציה הוא מאתגר גם בתוך בית החולים. מחקר שנעשה על מטופלים עם שבר צוואר ירך חילק את המטופלים לשתי קבוצות {עם או בלי ירידה קוגניטיבית} ובוצע מעקב אחר כמות התרופות לשיכוך כאבים שהם קיבלו לאחר ניתוח לתיקון המפרק. לאחר הניתוח נקבע כי 50% מהמטופלים שהיו ללא ירידה קוגניטיבית קיבלו טיפול בכאב לא הולם ומטופלים אלו קיבלו בממוצע 300% יותר תרופות לשיכוך כאבים מקבוצת המטופלים עם דמנציה.

אם 50% מהמטופלים שיכלו לתאר ולדרג את עוצמת הכאב שלהם סבלו מתת טיפול, אזי שקבוצת המטופלים הדמנטיים, שלא יכלו להביע את עצמם באופן ברור, סבלו ככל הנראה מכאבים עזים.

הטיה זו, לכיוון תת טיפול במטופלים עם פגיעה קוגניטיבית, הודגמה שוב בסביבת אנשים הזקוקים לסיוע בחייהם, כאשר מחקר הדגים באופן חיובי כי הטיפול בכאב פוחת כאשר יכולת המטופל להתבטא ולתקשר פוחתת.

מכיוון שמספר המטופלים הדמנטיים רק ימשיך לעלות, חיוני כי אנו נבין כיצד לנהל את הטיפול בכאבם יותר ביעילות. מחקר שהשתמש במידע ממפקד אוכלוסין שהתקיים בשנת 2000, מעריך כי תהיה עלייה של פי 3 {מ-4.5 מיליון ל-13.2 מיליון} במספר האנשים בני 65 ומעלה שיאובחנו עם סוג מסוים של פגיעה קוגניטיבית עד שנת 2050.

הגדרת דמנציה

במובן הרחב, דמנציה היא איבוד של תפקודי מוח. סימפטומים אופייניים הינם שכחה, בעיות תקשורת, איבוד שליטה על תפקודי הגוף וחוסר יכולת של המטופל לדאוג ולטפל בעצמו. דמנציה הינה קטגוריה רפואית כללית המתארת מספר סימפטומים והיא איננה מחלה. קטגוריה זו כוללת מספר סוגים שונים.

סקירת סוגי דמנציה

<u>טיפול/ תרופות</u>	<u>סימפטומים</u>	<u>סוג הדמנציה</u>
ARICEPT {DONEZEPIL}, EXELON {RAZADYNE}, COGNEX {TACRINE}. תרופות אלו מונעות התפרקות של אצטיל-כולין המשומש למעבר אותות בין הנוירונים	קושי בזכירת שיחה שנערכה לאחרונה, שמות או אירועים הם לעיתים קרובות סימפטום קליני ראשון. אדישות ודיכאון גם כן לעיתים קרובות מהווים סימפטום מוקדם. סימפטומים מאוחרים כוללים תקשורת פגועה, שיפוט לקוי, בלבול וחוסר התמצאות, שינויים התנהגותיים וקושי בדיבור, בליעה והליכה	<u>אלצהיימר</u>
אין תרופות המאושרות ע"י ה-FDA. אולם, מידע קליני מציע כי למספר תרופות הנמצאות בשימוש לאלצהיימר ישנה יעילות קלה	שיפוט לקוי או קושי ביכולת קבלת החלטות ותכנון, הם לרוב הסימפטומים הראשוניים, בניגוד לאיבוד הזיכרון המקושר לרוב לסימפטומים הראשוניים של אלצהיימר. תהליכים אלו מתרחשים בעקבות פגיעות מוחיות, כגון דימומים מיקרוסקופיים וחסירת כלי דם. המיקום, הגודל וכמות רקמת המוח שנפגעה קובעים כיצד הפרט יחשוב והתפקוד הפיזי יושפע	<u>דמנציה וסקולרית</u>

<p>.NAMENDA {MEMANTINE} תרופה זו מווסתת את פעילות הגלוטמט שהינו סוג נוסף של מעביר מידע כימי</p>	<p>אנשים עם דמנציה עם גופיפי לואי לעיתים קרובות סובלים מאיבוד זיכרון ובעיות חשיבה הנפוצות גם באלצהיימר, אך הם לעיתים קרובות יותר יחוו כסימפטום ראשוני בעיות שינה, הלוצינציות ראייה ונוקשות שרירים או תופעות תנועתיות המקושרות לפרקינסון</p>	<p><u>גופיפי לואי</u></p>
<p>אין טיפול ספציפי, אך ישנן תרופות המיועדות להפחתת האי שקט ו/ או הדיכאון על מנת לשפר את איכות החיים</p>	<p>סימפטומים אופייניים כוללים שינויי אישיות והתנהגות וקשיי שפה. תאי העצב המושפעים בעיקר מצויים בקדמת ובצדדי המוח</p>	<p><u>דמנציה פרונטו- טמפורלית</u></p>
<p>ויטמין E. מחקרים הדגימו כי ויטמין זה מסייע ליכולות הקוגניטיביות</p>	<p>בעיות תנועה הן סימפטום נפוץ במחלה זו. אם מתפתחת דמנציה, הסימפטומים הם לרוב דומים לדמנציה עם גופיפי לואי</p>	<p><u>פרקינסון</u></p>

הדמנציה הנפוצה ביותר היא מסוג אלצהיימר והדמנציה הוסקולרית, אולם, ישנם תתי סוגים רבים וכן סוגים מעורבים, כגון גופיפי לואי, פרונטו- טמפורלי ופרקינסון עם מופעים דומים.

אין כיום החלמה מלאה מדמנציה, אך מדענים זיהו מספר גורמים המקושרים בעיקר לפגיעה בצורה או עודף של חלבונים במוח הפוגעים בתקשורת. מצב זה עלול גם להיגרם לאחר שבץ מוחי, טראומה או מחלות אחרות.

סיבוך נוסף של מצב זה הינו ההנחה כי כל אפיזודה של שכחה, חוסר היענות לטיפול תרופתי או עקשנות בתכנון מסוים הינו מקרה של דמנציה. בניגוד לאמונה הרווחת, לקשישים אין פגיעה טבעית באינטליגנציה ובזיכרון, אלא תהליך ההיזכרות מואט. רק בגלל ששבא לא רוצה לאכול ברוקולי או לקחת מנה נוספת של תרופה, לא הופך אותו לדמנטי. בעקבות הטיה זו, זהו לא מצב נדיר לראות בני משפחה או צוות במוסד המדווח כי למטופל יש דמנציה וזאת למרות שהוא מעולם לא אובחן במצב זה ע"י רופא.

קושי ומבוכה בהערכת כאב

כפי שצוין לעיל, הכלים הוויזואליים הנמצאים בשימוש בעיקר כאשר מבצעים הערכת כאב הם לא אמינים כאשר מעריכים מטופלים עם פגיעה קוגניטיבית שלא מתקשרים בתקשורת דו כיוונית. מעבר על חלק מהמחקרים האחרונים חושף שיטה חדשה להערכת עוצמת הכאב.

בשנת 2014 פורסם נייר עמדה לאחר ביצוע מחקר שבו נבחנו 441 סקירות לגבי 28 שיטות שונות להערכת כאב. בנייר זה הסיקו החוקרים כי אין אף שיטה מומלצת "לקבלת הערכה הטובה ביותר" במטופלים עם פגיעה קוגניטיבית. סקירות אלו התבססו על קריטריונים המקושרים לתוקף {האם סולם הכאב מכסה את כל האזורים/ הממדים החשובים?}, מהימנות {אם שני אנשים שונים יעריכו את אותו המטופל, האם הם יקבלו את אותה התוצאה?} ואחידות {אם סולם הכאב יהיה בשימוש בשני אזורים שונים, האם ניתן יהיה לשלב את התוצאות משני האזורים ולקבל את אותם התוצאות?}.

יתרה מכך, אף סולם כאב לא הוכן מתוך מטרה שיהיה בשימוש בקדם בית החולים. רובם התייחסו לאלמנטים רבים {חלקם התייחסו ל- 80 אלמנטים שונים} ורובם התחשבו במאפיינים התנהגותיים שניתן להעריכם רק על בסיס היכרות קודמת עם המטופל- לוקוסוס בלתי זמין בסביבת קדם בית החולים.

מכיוון שרבים מתוך 28 סולמות הכאב הללו כללו מאפיינים מבטיחים, הם נבחנו שוב וזאת על מנת לקבוע מי מהם יהיה היעיל ביותר {ועם התוקף הגבוה ביותר} לשימוש בקדם בית החולים. כל אחד מהם נבחן במגוון אלמנטים: אורך {סולמות שהיו ארוכים מדי- הוסרו}, היכרות {סולמות שדרשו היכרות מוקדמת לצורך שיפוט- הוצאו} וביצועים {סולמות שלא ניתן היה להסתמך עליהם באופן יחסית טוב- הוסרו מכיוון שהיו לא מעשיים מספיק}.

סולם PAINAD- PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA

{סולם להערכת כאב בדמנציה מתקדמת}

כאשר מלאכת הסינון הושלמה, סולם אחד עלה למעלה, סולם ה- PAINAD.

סולם PAINAD

<u>ניקוד</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>פריטים</u>
	נשימה מאומצת ורועשת. פרקי זמן ארוכים של היפרוונטילציה. נשימות ציין-סטוק	נשימה מאומצת מדי פעם. פרקי זמן קצרים של היפרוונטילציה	תקין	<u>נשימות עצמאיות או קולניות</u>
	קריאה לעזרה שחוזרת על עצמה. גניחות/ אנחות בזקוק. בכי	לעיתים גניחות/ אנחות. מעט דיבור באיכות גרועה או ללא שיפור	ללא	<u>קולניות שלילית</u>
	עווית פנים	עצוב, מפוחד, קפוא	מחייך או ללא מופע פנים חריג	<u>מופע פנים</u>
	מתוח. כיווץ אגרופים. משיכת ברכיים כלפי מעלה. משיכה או דחיפה של המטפל. אלימות.	מתוח. צעדים מתוחים. עצבני	רגוע	<u>שפת גוף</u>
	לא מסוגל להתנחם/ להירגע, מוטרד	מוטרד או לא רגוע בכל פעם ששומע קול או חש מגע	ללא צורך בניחוח	<u>יכולת ניחוח/ רוגע</u>
				<u>סה"כ</u>

סולם זה פותח באופן ספציפי לשימוש במטופלים עם דיכוי קוגניטיבי והוא קצר, פשוט לשימוש ומתאים להערכה שמבצעים המטפלים באופן שגרתי בקדם בית החולים.

סולם זה משתמש בסולם הניקוד המוכר של 0-10, אך הוא מוכוון באופן ספציפי למטופלים שלא מסוגלים לשתף פעולה בבדיקתם. הוא מתחשב ב:

- נשימות
- קולניות שלילית
- מופע פנים
- שפת גוף ו-
- יכולת ניחוח

בהשוואה למטופל הרגיל, מרתק לשים לב כי מטופל שלא מסוגל לתקשר, חסר הבעת פנים, הבוהה לחלל, נחשב כמטופל משוחרר מכאב בתחום הדיכוי הקוגניטיבי. עפ"י מפתחי הסולם, אתם אמורים להעריך את המטופל ללא יצירת קשר אתו- תהליך שלא בטוח שניתן לבצעו בצורה מלאה בקדם בית החולים. אולם, אם אנו פוגשים מטופל שאנו חושדים כי הוא סובל מליקוי קוגניטיבי, במקום מיד להיעמד ולהציג את עצמנו, נסו למשך מספר רגעים להתבונן בו בשקט עם מינימום יצירת קשר.

במקרה של האדון בן ה-85 שלנו, שימוש בסולם ה-PAINAD מגלה כי הוא היה כאוב ביותר, למרות היכולת שלו "לעמוד וללכת לכיסא". כאשר הגעתם אליו, לא הייתה שום תגובה מצדו לנוכחותכם, נתון שנראה כנורמלי במטופלים הסובלים מדמנציה. בהתבסס על דיווח הצוות, לא נראה סביר שאדם עם ירך שבורה יהיה מסוגל ללכת, כך שהרושם הראשוני הוא שהאדון לא נפגע בנפילה ויזדקק כנראה רק לפינוי מהיר ופשוט לבית החולים.

אולם, לאחר מספר דקות נהיה ברור כי נשימתו מעט מאומצת, למרות שהיא דווחה כתקינה ע"י הצוות בעקבות מחלת COPD שממנה סובל האדון. כאשר אתם מנסים למשש, הוא נאנח ומנסה להתנגד התנגדות מוגבלת באופן פיזי לבדיקתכם. כאשר אתם שואלים שאלות, כגון "האם זה כואב"? הוא עונה באופן מבלבל ולסירוגין בכך ולא, סימפטום ברור המלמד על דמנציה, כך שאתם לא מצליחים להבין אפילו רמז קל אם יש לו כאבים או לא. מופע פניו הינו מתוח ומתאים לקשיחות גופו, כאילו הוא היה רוצה להעביר לכם הרצאה, אך הוא איננו מסוגל. המטפלים במקום מפרשים זאת כ"מופעו הרגיל", מושכים בכתפיהם ומסבירים שזה קשור לדמנציה שלו.

לסיום, בעקבות הכמות הגדולה של התרופות שהוא נוטל, הסימנים החיוניים של המטופל יציבים, עם דופק לחץ דם, סאטורציה וקצב נשימות נורמליים.

לרוע המזל, גם המטפלים הנמצאים בקשר יום יומי עם המטופל לא הצליחו לזהות את השינויים ההתנהגותיים ולא הצליחו לספק לכם כמעט את כל הסיבות הקיימות לחשוד כי למטופל ישנם סימנים/סימפטומים המקושרים לכאבים. המטופל הלך, יש לו COPD, יש לו באופן קבוע "גישה קשוחה" ויש לו דמנציה. יכולתם בקלות להזמין בשבילו פינוי ברמת BLS ועם היכולת המילולית המוגבלת שלו, בית החולים הקולט יקבל את ההערכה שלכם- עד שצילומי הרנטגן יחזרו.

ע"י החלפת הגישה הרגילה להערכת כאב בסולם ה-PAINAD, יש לכם שיטה קלה ופשוטה לשימוש על מנת להעריך את המטופל הכאוב בעל הליקוי הקוגניטיבי. המטופל הנ"ל יקבל ניקוד של 8/10 בסולם ה-PAINAD {נשימות-1, קולניות שלילית-2, מופע פנים-2, שפת גוף-1 ויכולת ניחוח-2} וכך אתם מגלים שהוא מועמד מושלם לטיפול בכאב. מתן מינון נכון של תרופות לשיכוך כאבים מפחית את ניקוד סולם ה-PAINAD של המטופל ל-4/10 {נשימות-0, קולניות שלילית-1, מופע פנים-1, שפת גוף-1, יכול ניחוח-1}. כעת טוב יותר, אך עדיין ישנו מקום לשיפור.

מסקנות

טיסה באמצעים רגילים בלבד, יכולה להיות מסוכנת. עבור טייס שנכנס בפתאומיות לתוך ערפל, הפתרון הוא פשוט: מעבר מראייה דרך החלון לשימוש באמצעי טיסה מיוחדים העומדים לרשותו. למרות שהשימוש בהם הוא לא קל כמו הסתכלות דרך החלון, ההסתכלות באמצעים חלופיים מאפשרת לטייס להשאיר את המטוס בגובה ובכיוון נכונים. בדיוק כך, עבור מטפלי דרג קדם בית החולים המוצאים את עצמם עם מטופלים שאינם מתקשרים, פשוט עברו להשתמש בסולם ה-PAINAD ותוכלו להשאיר את המטופלים בנוחות ומשחררים מכאב.

המאמר פורסם בגיליון JEMS-4/16, תורגם ונערך ע"י איתי טילינגר-
פרמדיק מרחב ירקון