

درد

انجمن درد آمریکا به دلیل اهمیت بررسی درد در بیماران، درد را به عنوان "پنجمین علامت حیاتی" معرفی کرده و تأکید می نماید که همراه با ارزیابی علایم حیاتی بایستی کنترل گردد. درد یک تجربه ناخوشایند حسی و عاطفی است که در اثر یک صدمه بافتی واقعی یا بالقوه بروز می نماید. بنابراین درد ماهیت ذهنی دارد و بیمار وجود آن را اظهار می دارد.

انواع درد

انواع درد براساس طول مدت درد عبارتند از: حاد، مزمن، درد ناشی از سرطان

۱- **درد حاد**: درد حاد دردی است که از چند ثانیه تا ۶ ماه طول می کشد و غالباً نشان از ایجاد یک صدمه خاص است.

۲- **درد مزمن**: درد مزمن بیشتر از ۶ ماه ادامه می یابد و غالباً نمی توان آن را به یک علت یا صدمه خاص ربط داد.

۳- **درد ناشی از سرطان**: این نوع درد ممکن است حاد یا مزمن باشد. علل این نوع دردها عبارتند از:

- درگیری مستقیم با تومور (مثل نفوذ سلول های سرطانی در سلول های استخوانی) که شایع ترین علت است.
- درمان های سرطان (مثل جراحی یا اشعه درمانی)
- علل غیر از سرطان (ضربه)

درد را براساس محل درد هم طبقه بندی می نمایند که در تشخیص علت و درمان کمک کننده است. مثلاً درد قفسه سینه احتمال آئزین صدری یا انفارکتوس میوکارد را به ذهن می آورد. طبقه بندی برحسب علت شناختی درد هم صورت می گیرد از جمله دردهایی که براساس علت دسته بندی شده اند می توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- **سندرم درد بعد از ماستکتومی**: این درد به دنبال ماستکتومی ایجاد می شود و با حس فشار، سوزش، بی حسی و تیر کشیدن خلف بازو، زیر بغل یا دیواره قفسه سینه و جمود مفصل شانه همراه است.

۲- **فیبرمیالژی**: درد مزمن و منتشر عضلات اسکلتی همراه با سفتی، نقاط ماشه ای و اختلال خواب است که با استرس و فعالیت تشدید می شود.

۳- **درد سوختگی**: شدیدترین نوع درد است.

۴- **درد همراه با ایدز**: نوروپاتی، ازوفازیت، سردرد، درد پشت، شکم، استخوان و مفاصل دردهایی هستند که با پیشرفت ایدز ایجاد می شوند.

پاتوفیزیولوژی درد

تجربه حسی درد به واسطه ارتباط متقابل سیستم اعصاب محیطی و مرکزی با محیط صورت می گیرد. به دنبال صدمه بافتی، مواد مولد درد (هیستامین، برادی کینین، استیل کولین و ماده P و پروستا گلاندین) از بافت خارج شده، باعث تحریک گیرنده های حسی درد در پوست، مفاصل، عضلات اسکلتی، فاشیا، تاندون و قرنیه می شوند. به دنبال تحریک این گیرنده ها به واسطه محرک های شیمیایی، مکانیکی یا حرارتی، ایمپالس های الکتریکی تولید شده که از طریق شاخ خلفی به نخاع وارد شده و توسط رشته های عصبی به سیستم عصبی مرکزی منتقل می شود. دریافت درد در CNS در تشکیلات مشبک، تالاموس، سیستم لیمبیک و قشر مغز صورت می گیرد و ادراک آن در قشر مغز. باید توجه داشت که در مقابل مواد مولد درد، در سیستم عصبی مرکزی مواد شیمیایی دیگری (آندروفین ها و انکفالین ها) وجود دارند که باعث مهار یا کاهش انتقال یا درک درد می شوند.

نکته: اندام های بزرگ داخلی (احشاء) فاقد گیرنده های عصبی هستند و تشخیص درد در آنها به واسطه تحریک شدید گیرنده هایی صورت می گیرد که اهداف دیگری دارند.

عوامل مؤثر بر پاسخ به درد

تجارب گذشته، فرهنگ، اضطراب و افسردگی، سن و جنس عواملی هستند که بر پاسخ های بیماران به درد مؤثر هستند. به نظر می رسد هر چه فرد سابقه و تجربه بیشتری از درد داشته باشد از رویدادهای دردناک بعدی بیشتر می ترسد. باورهای فرهنگی بیمار و پرستار نیز بر واکنش بیمار مؤثر است. اضطراب اگر ناشی از درد باشد باعث افزایش ادراک درد می شود. در حالی که اگر اضطراب مرتبط با درد نباشد، انحراف فکر بیمار باعث کاهش درد می شود. در رابطه با تأثیر سن و جنس بر ادراک و پاسخ دهی به درد، مطالعات ضد و نقیصی وجود دارد. به دلیل تغییرات فیزیولوژیک، روانی و ذهنی بررسی درد در سالمندان مشکل است.

مراقبت های پرستاری درد

بررسی و شناخت

از آنجایی که درد ماهیتی کاملاً ذهنی دارد و تشریح درد باید از زبان خود بیمار صورت گیرد در بررسی درد توسط پرستار برقراری یک ارتباط خوب با بیمار بسیار مهم است. تماس فیزیکی مناسب با بیمار طی مراقبت باعث ایجاد آرامش و اطمینان در بیمار می شود. اما در بررسی درد بایستی موارد زیر مورد توجه قرار گیرند:

- ۱- **شدت درد:** که از بی درد تا درد بسیار شدید متفاوت است و تحت تأثیر آستانه و تحمل درد می باشد نه عامل مولد درد.
نکته: کمترین حد تحریک که باعث گزارش درد از سوی فرد می شود آستانه تحریک است و به حداکثر دردی که یک نفر تحمل می نماید، تحمل درد گفته می شود.
 - ۲- **زمان:** بررسی زمان شروع، طول مدت، رابطه بین شدت درد و موقعیت زمانی و چگونگی الگوی درد کمک کننده است (مثلاً درد مزمن مفصلی صبحگاهی می تواند مشخصه آرتрит باشد)
 - ۳- **کیفیت:** در بررسی کیفیت درد از بیمار خواسته می شود تا درد خود را با کلمات خودش توصیف کند (سوزشی، تیرکشیدن، ضربان دار و ...)
 - ۴- **محل و وضعیت انتشار درد:** بررسی این ویژگی درد در تشخیص اتیولوژی بسیار مهم است.
 - ۵- **عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده:** بررسی این عوامل در تعیین مداخلات تسکین درد کمک کننده است.
- نکته مهم:** افراد هنگام تجربه درد رفتارهای کلامی و غیرکلامی متفاوتی از خود بروز می دهند که این رفتارها شاخص های قابل اعتمادی برای تعیین کیفیت و شدت درد نیستند.
- نکته مهم:** تائیکاردی، تاکی پنه، رنگ پریدگی، تعریق، میدریاز و افزایش تون عضلات از پاسخ های فیزیولوژیک به درد بوده که بسیار کوتاه مدت هستند. بنابراین وجود یا عدم وجود آنها شاخص قابل اعتمادی برای وجود یا عدم وجود درد نیست.

ابزارهای بررسی درد

- جهت بررسی درد بیمار از درد می توان از مقیاس های ارزیابی بصری (VASs) استفاده نمود که اشکال مختلفی دارند:
- یکی از این مقیاس ها یک خط ۱۰ سانتیمتری است (شکل A ۱-۸) سمت چپ آن حداقل درد است و هرچه به سمت راست می رویم شدت درد افزایش می یابد. از بیمار خواسته می شود تا شدت درد خود را با یک علامت روی خط معین نماید و بعد بر حسب سانتیمتر یا میلیمتر اندازه گیری و گزارش می شود. این عمل برای کودکان، سالمندان یا بیماران با نقص بینایی مشکل است (شکل B ۱-۸).
 - نوع دیگری از VAS، شامل هفت چهره است که حالت درد را از آرامش تا درد واضح نشان می دهد و از بیمار خواسته می شود که چهره ای را که شدت درد او را به بهترین وجه نشان می دهد، مشخص نماید (تصویر ۲-۸).

تغییر اهداف کنترل درد

هدف از کنترل درد متفاوت است و ممکن است رفع کامل درد، کاهش شدت دوره های تناوب و دفعات درد یا کاهش اثرات منفی آن بر بیمار (مثل اختلال خواب، غیبت از کار و کیفیت روابط بین فردی و ...) باشد.

روش های تسکین درد

جهت تسکین درد می توان از مداخلات دارویی یا مداخلات غیردارویی استفاده نمود ولی استفاده همزمان این مداخلات با موفقیت بیشتری همراه است.

مداخلات دارویی

انواع داروهای مسکن: به طور کلی چهار دسته داروی مسکن جهت کنترل درد استفاده می شود که عبارتند از: بی حس کننده ها، مخدرها، ضدالتهاب های غیراستروئیدی و ضد افسردگی های سه حلقه ای و ضد تشنج ها.

- داروهای بی حس کننده موضعی را می توان مستقیماً روی ناحیه صدمه دیده یا روی رشته های عصبی مورد استفاده قرار داد. یکی از بی حس کننده های موضعی، EMLA (مولاسیون بی حسی موضعی) است که در پیشگیری از درد ناشی از تزریقات وریدی یا Lp استفاده می شود.

نکته مهم: جهت اثربخش واقع شدن EMLA بایستی ۹۰-۶۰ دقیقه قبل روی موضع مالیده شود. داروهای بی حسی موضعی ممکن است از طریق سوند اپیدورال هم تجویز شوند (در کنترل دردهای زایمانی)

- داروهای مسکن مخدر به طرق مختلف خوراکی، وریدی، زیرجلدی، داخل نخاعی، رکتال و پوستی تجویز می شوند. در تجویز این داروها بایستی بیمار از نظر عوارض جانبی مورد ارزیابی مداوم قرار گیرد، این عوارض عبارتند از:

۱- تضعیف تنفسی و خواب آلودگی که جدی ترین عارضه داروهای مخدر است و با برادری پنه، تنفس سطحی و خواب آلودگی بروز می نماید (البته در تجویز وریدی، اپیدورال یا زیرجلدی)

۲- تهوع و استفراغ که چند ساعت پس از تزریق اولیه مخدر بروز می نماید و با هیدراته نمودن بیمار و مصرف داروهای ضد استفراغ برطرف می شود.

۳- یبوست که عارضه شایع داروهای مخدر است. مصرف مایعات فراوان و فیبر کافی و یک ملین ضعیف همراه با داروی مخدر مانع از بروز یبوست می شود.

۴- خارش عارضه ای است که غالباً در تجویز مخدرها به هر طریقی دیده می شود و با مصرف آنتی هیستامین ها برطرف می شود.

۵- تحمل و اعتیاد نیز از عوارض مرف مخدرها در طولانی مدت می باشند. اعتیاد یک الگوی رفتاری مصرف مواد است که با تمایل شدید به مصرف داروها به منظور تجربه اثرات روحی آنها مشخص می شود. نیاز به افزایش دوز دارو جهت رسیدن به اثرات درمانی قبلی را تحمل گویند.

نکته مهم: قطع داروهای مخدر در معتادان باعث سندرم ترک می شود که با لرزش، احساس سرما، تعریق، سردرد و پارستزی مشخص می شود.

- داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID) با مهار آنزیم سیکلواکسیژناز ۱ مانع از تجمع پلاکتی شده و با مهار آنزیم سیکلواکسیژناز ۲ باعث رفع درد، التهاب تب می شود. آسپرین قدیمی ترین داروی این دسته است که هر دو عمل را انجام می دهد ولی در تسکین دردهای مزمن مناسب نیست چراکه خطر بروز خونریزی گوارشی را افزایش می دهد.

- ضدافسردگی های سه حلقه TCA و ضد تشنج ها هم داروهایی هستند که جهت تسکین نورآلرژی ها (درد با منشأ عصبی) مصرف می شوند. آمی تریپتیلین و امی پرامین از دسته TCA و فنی توئین (دیلاتین) و کاربامازپین (نگرتول) از ضد تشنج هایی هستند که با این هدف به کار می روند.

طرق تجویز داروهای مسکن

- داروهای مسکن ممکن است به صورت خوراکی، تزریقی، جلدی، مخاطی، رکتال و اپیدورال و نخاعی تجویز شوند.
- **راه تزریقی:** تزریق ممکن است به روش عضلانی، وریدی یا زیرجلدی صورت گیرد. در تزریق وریدی ممکن است تزریق آهسته (تزریق به وسیله سرنگ طی ۵ تا ۱۰ دقیقه) یا تزریق مداوم (به وسیله پمپ طی ۲۴ ساعت) انجام شود.
- **روش خوراکی ساده:** غیرتهاجمی و بدون درد است اما دیر اثر و طویل الاثر است.
- **روش رکتال:** در بیمارانی که قادر به دریافت مسکن از راه های دیگر نیستند و بیماران دارای مشکلات انعقادی استفاده می شود.
- **راه پوستی:** فنتانیل یک ماده محلول در چربی است که به صورت یک وصله پوستی در تسکین دردهای مزمن به کار می رود و هر ۷۲ ساعت بایستی تعویض شود. در این روش جذب تدریجی مسکن از راه پوست صورت می گیرد.
- نکته مهم:** از آنجا که گرما باعث افزایش جذب فنتانیل می شود از به کارگیری کیف یا وسایل گرم کننده در محل وصله پوستی بایستی اجتناب شود.
- **راه مخاطی:** در این روش مسکن است از اسپری بینی بوتورفانول یا فنتانیل استنشاقی استفاده شود.
- **مسیر اپیدورال و نخاعی:** در این روش دارو از ناحیه سینه ای یا کمری به فضای تحت عنکبوتیه یا فضای اپیدورال تزریق می شود.
- نکته بسیار مهم:** عارضه شایع تزریق اپیدورال و نخاعی، سردرد است که به واسطه نشت مایع مغزی نخاعی ایجاد می شود. در افراد کمتر از ۴۰ سال شایع تر است. قرار دادن بیمار در وضعیت طاقباز و مصرف مایعات باعث رفع آن می شود.

رویکردهای مصرف مسکن ها

- ۱- **تسکین متوازن:** که مصرف همزمان چند داروی مسکن با دوز کمتر است. در این روش داروهای مصرفی اثر یکدیگر را تقویت می نمایند ضمن این که تحمل به دارو کمتر بروز می نماید و عوارض جانبی داروها کمتر خواهد بود.
- ۲- مصرف دارو در صورت لزوم، روش سنتی و استاندارد تجویز داروست. در این روش زمانی به بیمار مسکن داده می شود که از درد شکایت نماید. این امر باعث می شود تا سطح سرمی مخدر از سطح درمانی پایین بیفتد، بنابراین مقادیر بیشتری دارو برای ایجاد تسکین لازم می شود.
- ۳- **رویکرد مبتنی بر پیشگیری:** مؤثرترین راهکار تسکین درد همین روش است که در آن با تجویز مسکن ها براساس زمان بندی (مثلاً با فواصل ۴ ساعته) سطح درمانی دارو حفظ می شود و در صورت لزوم از دوزهای بیشتری استفاده می شود.
- ۴- **دوزاژ انفرادی:** باید توجه داشت که میزان درد و سرعت جذب و متابولیسم دارو در افراد متفاوت است و این باعث می شود تا تجویز یک دوز دارو در فواصل زمانی خاص تأثیر یکسانی بر افراد نداشته باشد. بنابراین ممکن است برحسب شرایط بیمار در فواصل زمانی خاص لازم باشد دوز دارو تغییر داده شود.

۵- تسکین تحت کنترل بیمار رویکرد دیگری است که در کنترل دردهای مزمن و دردهای پس از جراحی استفاده می شود. در این روش پمپ های تسکین تحت کنترل بوده و به بیمار اجازه می دهد که مقادیر معین مسکن را به طور مداوم از طریق وریدی دریافت کرده و در صورت تشدید درد نیز یک حجم یکباره را تزریق کند.

مداخلات غیردارویی

در موارد دردهای کوتاه مدت چند ثانیه ای یا چند دقیقه ای می توان از مداخلات غیردارویی تسکین درد استفاده نمود از جمله این روش ها می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ۱- ماساژ و تحریک جلدی در ناحیه پشت و شانه با افزایش تولید آندروفین ها و انفالین ها باعث تسکین درد می شود.
- ۲- **سرما و گرمادرمانی:** در موضع دردناک با تحریک اعصاب غیردرد، انتقال تکانه های درد را کاهش داده یا مسدود می کند و باعث تسکین درد می شود (نظریه دروازه)

نکته بسیار مهم: سلامت پوست ناحیه ای که گرما یا سرمادرمانی ایجاد می شود بسیار مهم است. جهت خودداری از آسیب ناحیه از تماس مستقیم و سیله گرما یا سرمادهنده با پوست بایستی اجتناب گردد. ضمناً در ناحیه ای که اختلال گردش خون وجود دارد کاربرد گرما یا سرما ممنوع است. نباید از یخ بیشتر از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه روی یک موضع استفاده کرد.

- ۳- **تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست (TENS):** این روش برای تسکین دردهای حاد و مزمن کاربرد دارد که در آن با قراردادن الکترودهایی بر پوست تحریکاتی به صورت ارتعاش، خارش یا گزگز در پوست، ایجاد می شود که با تحریک گیرنده های غیر درد باعث کاهش انتقال تکانه های درد می شود. ممکن است TENS اثر دارونما هم داشته باشد.
- ۴- **انحراف فکر:** تمرکز توجه بیمار بر روی چیزی غیر از درد یا کاهش انتقال تحریکات دردناک باعث تسکین درد (حاد و مزمن) می شود.

- ۵- **آرام سازی:** آرامش عضلات اسکلتی با شل کردن عضلات منقبض شده به تسکین درد کمک می نماید.
- ۶- **تجسم هدایت شده:** در این روش از تصورات فرد به روش ویژه ای برای آرام سازی و تسکین درد کمک میگیرند.
- ۷- هیپنوتیزم نیز با مکانیزم نا شناخته باعث تسکین درد می شود. اثربخشی این روش به میزان زیادی به استعداد فرد در به خواب رفتن بستگی دارد.

- ۸- **روش های انهدامی:** در این روش مسیرهای عصبی که تکانه های درد را از اندام های محیطی به مغز منتقل می کنند از طریق جراحی قطع می شوند. تسکین درد در این روش ها دائمی است. روش های انهدامی دو نوع اند:
 - الف) کوردوتومی که قطع یکی از راه های عصبی نخاع است.
 - ب) ریزوتومی که قطع عصب در ریشه خلفی نخاع است.

- ۹- **درمان های آلترناتیو:** لمس درمانی، موزیک درمانی، درمان گیاهی، رفلکسولوژی، مغناطیس درمانی، الکتریسیته درمانی، طب فشاری، هومیوپاتی، پکتین درمانی و رایحه درمانی از جمله درمان های آلترناتیو هستند که اثربخشی آن ها هنوز کاملاً ثابت نشده است.