



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی تهران
معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

تسکین درد



به کوشش: فیروزه علوی- سوپروایزر آموزشی بیمارستان سینا
بهمکاری: سمیرا شصتی، کارشناس مدیریت امور پرستاری- معاونت درمان

فهرست

اهداف

مفهوم درد

نظریه های درد

نظریه ویژه یا اختصاصی

نظریه الگو

نظریه شدت

نظریه کنترل دریاچه ای

فیزیولوژی درد

ابعاد ادراک درد

راههای انتقال درد

درک درد

عوامل مؤثر بر درد

متغیرهای روانی مؤثر بر درد

متغیرهای فیزیولوژیک

متغیرهای فرهنگی و اجتماعی

انواع درد

درد محیطی

دردهای عصبی

درد حاد

درد مزمن

دردفانتوم

مراقبتهای پرستاری

بررسی و شناخت درد

تشخیص های پرستاری

اهداف پرستاری

تشخیص های پرستاری

درد در سالمندان

درد های شایع در سالمندان

اثرات درد بر کیفیت زندگی سالمند

درد در کودکان

روشهای کنترل درد

ارزشیابی درد

منابع

کلیدواژگان

خودآزمون

پاسخنامه

اهداف دوره

اهداف کلی: آشنایی پرسنل پرستاری با اصول تسکین درد به منظور کمک به بیماران با مشکل درد در بخشهای مختلف بیمارستان

اهداف ویژه:

بعد از پایان دوره آموزشی از فراگیران انتظار می رود که :

فیزیولوژی درد را توضیح دهند.

فرضیه دریاچه نخاعی را شرح دهند

علل رایج ایجاد درد را توضیح دهند.

انواع درد را نام ببرند.

درک درد و واکنش نسبت به درد را شرح دهند.

پیشگیری از درد را در طول دوره های زندگی را بیان نمایند.

روش های ارزیابی درد را توضیح دهند.

اصول جاری در مورد درد را شرح دهند.

- اهداف اقدامات پرستاری در ارتباط با درد را بیان نمایند.

- موازین تسکین درد را شرح دهند.

- روشهای بررسی درد را توضیح دهند.

- روشهای جدید تسکین درد در حال حاضر بیان نمایند

مفهوم درد

درد تاریخچه‌ای به قدمت وجود انسان دارد. هر فرد برای توصیف درد خود از تجربه ای کاملاً شخصی صحبت میکند. معمولاً بیماران در هنگام بیان و تشریح نوع درد خود با مشکل مواجه هستند. درد یک پدیده مهم بهداشتی است که از بدو تولد تا آخرین مراحل زندگی وجود دارد و یکی از عوامل مراجعه بیمار به درمانگاه ها و مراکز درمانی است. همچنین یکی از شکایتهای اصلی بیماران بستری در بیمارستان درد آنهاست که به خصوص در شبها به صورت حادثی نمودار می شود. در این وضعیت، پرستاران با اطلاع از پاتوفیزیولوژی درد و شناخت روشهای درمانی آن با توجه به فرایند پرستاری باید در صدد رفع این مشکل برآیند. لازم به ذکر است که تنها راه علاج و تسکین درد استفاده از دارو نیست. بلکه راه های دیگر با توجه به علل ایجاد کننده و نوع درد وجود دارند که پرستاران باید از آنها مطلع باشند و این تفکر را که درمان هر دردی داروی مسکن است از ذهن خویش خارج کنند.

بر اساس تعریف انجمن بین المللی مطالعه درد، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه ذهنی است که با آسیب بالقوه یا واقعی بافتی ارتباط پیدا می کند. بر اساس این تعریف، فرد می تواند بین دو نوع اصلی درد یعنی نوع حاد و مزمن، تمیز دهد. درد از معمولترین علائم و نشانه های بیماریهاست که به فرد آگاهی می دهد که در قسمتی از بدنش اختلالی به وجود آمده است. میزان احساس درد با وضعیت فیزیکی فرد تغییر می کند و به عبارتی درد یک موهبت الهی و یک علامت آگاه کننده از خطر است. بحث درد و روش های کنترل و تسکین آن رشته های جدیدی است که با توسعه روزافزون دانش پزشکی شاهد آن هستیم. در این روش دیگر نیازی نیست بیماران بدون دلیل درد را تحمل کنند. آن هم دردی که علاوه بر فشار روحی و روانی وارد بر آنها، اغلب جسمشان را نیز با مشکلات بسیاری روبه رو می کند.

روش کنترل درد یکی از چالشهای عمده متخصصین جراحی و بیهوشی میباشد. عدم کنترل مناسب درد باعث طولانی شدن زمان بستری بیماران و تحمیل هزینه های درمانی بیشتر به بیماران و بیمارستان ها و شرکتهای بیمه گر شده و ایجاد ناراضیتی در بیماران از نحوه درمان پزشک و باعث مراجعات مکرر به پزشکان مختلف جهت کنترل درد و ... می شود که همه این موارد میتواند روند درمان بیماریها را تحت تاثیر قرار دهد .

نظریه های درد

۱. نظریه ویژه یا اختصاصی

این نظریه از طرف دکارت در قرن هفدهم مطرح شد. وی معتقد بود بین گیرنده های درد و انتهای آزاد اعصاب در بافتها تمایز وجود دارد و گیرنده های محیطی درد فقط با نوع خاصی از وارده ی حسی تحریک می گردد اگرچه برخی از گیرندهها، اختصاصی هستند اما در اینکه گیرنده های اختصاصی به طور مستقیم و مداوم با مراکز عالی در مغز در ارتباط باشند جای تردید است. امروزه معتقدند علاوه بر حس درد، حس فشار و حرارت نیز از طریق همان رشته ها منتقل می گردد. در این تئوری یک ساختمان واحد برای پاسخ به تکانه های درد در مغز منظور شده، درد حالیکه قسمتهای متعددی در مغز در ارتباط با درد شناسایی شده اند و مرکز خاصی برای این امر وجود ندارد. این تئوری پاسخ قابل قبولی برای تغییر درد با متغیرهایی مانند عوامل اجتماعی و بسیاری از سندرمهای بالینی درد (درد خیالی اندام قطع شده نورالژیای محیطی) ندارد.

۲. نظریه الگو

تئوری الگو توسط نف (۱۹۳۴) مطرح گردید. این تئوری وجود گیرنده های خاص درد را رد می کند و معتقد است درد به دلیل تحریک گیرنده های حسی مختلف، طبق یک الگوی معین درد حس می شود. بنابراین درد حاصل تحریک شدید گیرنده ها و ایجاد الگوی مشخصی از تکانه های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است. طبق این تئوری، فیبرهای نازک، الگوی درد را حمل، و فیبرهای قطور، انتقال درد را مهار می کنند. در سندرمهای غیرطبیعی (نورالژیا: درد به دنبال عفونت) فیبرهای مهاری قطور کم می شود. البته در این تئوری از تغییر ادراک درد با عوامل روانی بحث نشده است.

۳. نظریه شدت

این تئوری منبع درد مزمن را در تالاموس می‌داند. طبق این تئوری، نرونهای تالاموس که به طور طبیعی تکانه حسی را منتقل می‌کنند به تدریج در اثر تحریک بیش از حد، خود مختار می‌شوند و هر گاه تکانه های حسی طبیعی با این نرونهای برانگیخته همراه شوند به منزله درد، درک خواهد شد.

طبق این تئوری، درک درد در طناب نخاعی واقع نمی‌شود بلکه در تالاموس صورت می‌گیرد. برای مثال تحریک مکرر یا مداوم ناشی از آسیب یا ضربه ی حاد، منجر به افزایش تحریک پذیری نرونهای تالاموس خواهد شد. از این رو برای پیشگیری از درد باید از انتقال زیاد درد به تالاموس پس از آسیب حاد ممانعت کرد.

۴. نظریه کنترل دریاچه ای

ملزاک و وال در سال ۱۹۶۵ تئوری کنترل دریاچه ای درد را مطرح کردند. بر اساس این تئوری شاخهای خلفی نخاع، دریاچه ای برای کنترل ورود تکانه های درد به مسیرهای عصبی درد است. این دریاچه سبب تسهیل یا جلوگیری از عبور پیامهای درد به سایر مناطق عصبی بدن می‌شود. فیبرهای عصبی که اطلاعات مربوط به درد را از بافت‌های مختلف به نخاع می‌آورند، ابتدا در شاخ خلفی سیناپس می‌شود به نظر ملزاک ماده ژلاتینی موجود در نخاع محل دریاچه درد است و فیبرهای عصبی ضخیم و باریک در این ماده بهم می‌رسند همین فیبرهای عصبی که حاوی پیامهای مغز است در این محل عمل می‌کنند.

سلولهای ارتباطی در نخاع شوکی واقع در ماده ژلاتینی، بسته به میزان واکنشهای درونی با سلولهای مجاور، سبب تسهیل انتقال درد می‌شوند (باز شدن دریاچه) یا از انتقال درد جلوگیری خواهد کرد (بستن دریاچه). دریاچه درد از اطلاعاتی که از منابع مختلف به سوی آن منتقل می‌شود تأثیر می‌پذیرد. (باز و بسته شدن دریاچه) و عمل آن با فیبرهای اطلاع رسانی که از مغز به سلولهای ارتباطی می‌آید، تسهیل می‌گردد. از اینرو رشته های عصبی که به حمل درد مربوط نباشند یا پیامهایی که از مغز به نخاع مخابره می‌شوند، سبب سهولت بستن کامل یا کاهش انتقال اطلاعات مربوط به درد قبل از درک آن به وسیله فرد می‌گردند.

طبق این تئوری در صورت باز و بسته بودن دریاچه، مغز عمل تسهیل کننده خود را انجام می‌دهد. بدین ترتیب، عواملی مثل توجه، تفکر، دقت، و احساسات موجب متوقف ساختن یا افزایش پیامهای مربوط به درد خواهد شد. این تئوری به امکان وجود یک سیستم مسدود کننده در داخل ساقه مغز تأکید دارد.

این امر نشان دهنده آن است که مکانیسم طبیعی کنترل برای محدود کردن شدت دردی که فرد از آن رنج می‌برد در بدن وجود دارد. می‌توان گفت کشف این نکته که تحریک فیبرهای حسی بزرگ از گیرنده های حس لامسه خواه از همان ناحیه خواه از مناطق دورتر موجب تضعیف پیامهای درد خواهد شد، نشانه مهمی در امر کنترل درد به شمار می‌رود. در واقع این امر دلیل یک نوع مهار ترشح موضعی است. به همین دلیل مشخص می‌شود که چرا یک مانور ساده مانند مالش پوست در اطراف ناحیه دردناک سبب تسکین درد می‌گردد. این مکانیسم و برانگیختگی سیستم آنالژزیای مرکزی احتمالاً پایه و اساس تسکین درد در طب سوزنی نیز به شمار می‌رود.

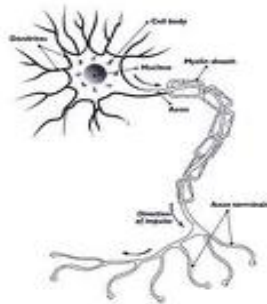
فیزیولوژی درد

درد اغلب ناشی از تخریب بالفعل یا بالقوه آسیب بافتی ناشی از محرکهای شیمیایی، حرارتی، مکانیکی و الکتریکی است. منبع مکانیکی درد، اشیای تیز است. محرک حرارتی در صورتی که اشعه گرمایی بیش از ۴۵ درجه تولید کند دردناک خواهد بود. مکانیسمهای شیمیایی عمومی ترین محرکهایی بوده که تولید احساس دردناک کرده و شامل مواد خارجی مانند اسیدها، بازها، و سایر مواد داخلی آزاد شده از سلولهای تخریب شده است. مواد داخلی که باعث بروز درد می‌شود، شامل هیستامین، سروتونین، استیل کولین، پروستاگلاندینها است.

گیرنده حس درد

گیرنده های درد «نوسی رسپتور» نامیده می‌شوند که در واقع پایانه آزاد عصب هستند. گیرنده های درد اغلب در تمامی بافت‌های بدن وجود دارند و ممکن است به هرگونه محرکی پاسخ دهند. (البته اگر محرک به حدی شدید باشد که منجر به تخریب بافت گردد). اگر محرکی حواس و عواملی مثل فشار، گرما و سرما را به شدت تحریک کند حس درد ایجاد می‌شود.

سایر محرکهایی که موجب درد می گردند، شامل نفخ شدید، انقباض طولانی عضلات، اسپاسم عضلات، جریان خون ناکافی بافت، و مواد شیمیایی خاص است. گیرنده های درد در لایه های سطحی پوست و همچنین در برخی از بافتهای داخلی از قبیل صفاق، جدار شریانها، سطوح مفصلی و چادرینه حفره جمجمه قرار گرفته اند.



تحمل درد

تحمل درد دارای جنبه عاطفی و شناختی است، به حداکثر میزان دردی که یک فرد می تواند تحمل کند، «تحمل درد» می گویند که از فردی به فرد دیگر تفاوت دارد و حتی در یک مددجو در اوقات مختلف فرق می کند. تحمل درد واکنشی کاملاً اکتسابی است.

راههای انتقال درد

ادراک درد به علت فعالیت گیرنده های درد، پس از تحریک دردناک به طور مستقیم یا در اثر آزاد شدن میانجیهای درد از بافتهای صدمه دیده به طناب نخاعی و سپس از طریق شاخ خلفی نخاع به مراکز بالاتر می رود. ادراک درد دو بعد دارد:

(الف) بعد حسی_ تشخیصی که طی آن از طریق فیبرهای میلین دار (A دلتا) تشخیص کیفیت و محل محرکهها صورت می گیرد و این محرکهها به هیپوتالاموس و بخش حسی سوماتیک قشر مغز منتقل می شوند.

(ب) بعد انگیزشی_عاطفی در آن هدایت آهسته محرکههای دردناک از طریق فیبر C صورت می گیرد و با ساقه مغز، هسته مغز میانی سیستم لیمبیک بخش قشری مغز، اتصالات سیناپسی متعددی برقرار می کند. فیبر قطور و ظریف از ریشه عصب نخاعی گذشته، با نرون دوم در شاخ خلفی سیناپس می کند. قطر فیبرهای عصبی 0.2 و 20 میکرومتر است. فیبرهای قطورتر سرعت هدایت بیشتری دارند. به طور کلی فیبرها به دودسته A و C تقسیم می شوند که فیبر نوع A شامل فیبرهای α (آلفا)، β (بتا)، γ (گاما)، δ (دلتا) است. فیبر A عمدتاً دارای میلین است، ولی فیبر C، فیبر بسیار کوچک و بدون میلین است که هدایت تکانه هایی با سرعت کم را به عهده دارد. تعداد اندکی از فیبرهای بسیار بزرگ می توانند تکانه ها را با سرعت 120 متر در ثانیه انتقال دهند، در حالی که فیبرهای کوچکتر تکانه ها را با سرعت نیم متر در ثانیه انتقال می دهند. فیبرهای نوع A دلتا عمدتاً دردهای مکانیکی و حرارتی را منتقل می کنند.

۱. راه اسپینوتالامیک (مسیر شبکه ای نخاعی مستقیم)

درد به وسیله سیستم قدامی جانبی طناب نخاعی، از طریق مسیر راه نخاعی تالاموسی مستقیم (جانبی) یا همان مسیر نخاعی تالاموسی جدید^۲ و راه شبکه ای- نخاعی غیرمستقیم حمل می شود. راه نخاعی تالاموسی مستقیم شامل گیرنده های حس درد است که از لامینای (لایه های) ۱،۴،۵ و ۶ شاخ خلفی منشأ می گیرند (لایه های ۳ و ۲ همان ماده ژلاتینی هستند) و حدود همان سطح طناب نخاعی یکدیگر را قطع و از رابط^۳ سفید قدامی عبور می کنند و سپس در دسته های عصبی جانبی نخاعی بالا می روند. این نرونها در سراسر ساقه مغز سیناپس کرده، فقط بخش کوچک از فیبرها به طور مستقیم به تالاموس خلفی صعود می کنند. این راه حاوی اطلاعاتی درباره ابعاد زمانی و فضایی احساسات درد است. حس درد هدایت شده در این مسیر، دردی تیز و کاملاً موضعی درک می شود.

۲. راه شبکه ای نخاعی غیرمستقیم

در این مسیر عمدتاً فیبرهای کوچک C قرار دارند، اگرچه تا حدودی فیبرهای A دلتا نیز از این راه حمل می شوند. نرونهای مربوط به گیرنده های درد در لایه های ۵ و ۷ و ۸ شاخ خلفی یافت می شوند و بعد از تقاطع در مسیر شبکه ای نخاعی شکمی (قدامی) از طریق ساقه مغز به جایی که بسیاری از فیبرها به آنجا ختم می شوند، صعود می کنند. این فیبرهای عصبی در امتداد ساقه مغز سیناپس نکرده، بلکه به طرف مناطق بالاتر رفته و به تالاموس میانی ختم می شوند. این مسیر با احساسات نامطبوع، ماهیت سوزشی و ابهام همراه است. حس احساسی در این سیستم حمل می گردد. از آنجا که ساقه مغز، اتصالات

بیشماری با هیپوتالاموس و سیستم لیمبیک دارد، این اتصالات نقش مهمی در ابعاد عاطفی- انگیزشی درد ایفا می کند. افزایش فعالیت هیپوتالامیک موجب افزایش تون سمپاتیک، ضربان قلب، بازده قلب و فشار خون می شود. آزاد شدن هورمونهای تنیدگی، فعال شدن سیستم لیمبیک و تفسیر موقعیتهای شخص از درد سبب اضطراب، هراس و رنج کشیدن می گردد. این واکنشهای عاطفی در فرد منجر به بروز رفتارهای درد می شود.

درک درد

درک درد، آستانه شناخت (آگاهی) از درد است: لحظه ای که فرد درد را تجربه می کند. این مسئله مربوط به سطح تالاموسی است و بر اساس زمینه های فرهنگی یا نژادی متفاوت فرق نمی کند. درک در لب فرونتال صورت می گیرد. عکس العمل افراد نسبت به درد کاملاً فردی است و ممکن است یک فرد تحت شرایط مختلف عکس العملهای متفاوتی از خود نشان دهد. درد همیشه دارای دو جنبه است: درک درد و عکس العمل نسبت به درد. توانایی درک درد بستگی به عملکرد نرونهای عصبی دارد که دریافت انتقال و تفسیر حرکت درد را به عهده دارند. بنابراین صدمه به اعصاب حسی، راههای حسی در نخاع شوکی، تالاموس و نواحی حسی در قشر مغز باعث اختلال در درک درد می شود. برای مثال در مددجویی که صدمه نخاعی دارد و دچار فلج اندام تحتانی است، حس درد در نیمه تحتانی بدنش وجود ندارد یا در بیماریهای سیستم عصبی - مرکزی (مثل نوریت) به نظر می رسد درک درد تسهیل شده است و فرد حساسیت بیشتری به محرک نشان می دهد. همچنین با طولانی شدن یک محرک دردناک، راههای عصبی خسته شده، مراکز درک درد حساستر می شوند. قسمتهای نزدیک به نواحی آسیب دیده بدن نسبت به درد حساستر از بافتهای دیگر هستند و بافتهایی که تازه آسیب دیده اند نسبت به محرکهای دردناک (حتی اگر شدت آنها کم باشد) بیشتر از بافتهای سالم واکنش نشان می دهند به طور کلی قشر مغز، مخصوص تجزیه و تحلیل درد است. تفسیر، نوع و کیفیت و معنای درد تحت تأثیر عواملی چون شخصیت، زمینه فرهنگی، تجربه و حالات روانی، جسمی و انگیزشی است.

عوامل مؤثر بر درد

متغیرهای روانی مؤثر بر درد: شخصیت، تجربه قبلی درد، تصور بدنی، کنترل درد، اضطراب، درد پیش بینی شده، وسیر درد.

- **شخصیت:** افراد عصبی معمولاً درد را شدیدتر احساس می کنند و اشخاصی که آرام هستند درد را خفیف احساس می کنند.
- **تجربه قبلی درد:** شخص نمی تواند تجارب قبلی خود از درد را به هنگام بروز درد فعلی نادیده بگیرد. اگر والدین کودکی درد را برایش بزرگ جلوه داده باشند، به هنگام بروز درد او تصویری همسان با آنچه والدینش القا کرده اند، خواهد داشت.
- **تصور بدنی:** کسی که از وضعیت بدنی خود آگاهی داشته باشد معمولاً درد را بهتر تحمل می کند. درد بر روی تصور بدنی اثر دارد. عضو دردناک سنگینتر و جدا از بدن احساس می شود. این دو متقابل بر هم اثر می گذارند.
- **اضطراب:** اضطراب در افراد ممکن است ناشی از کاهش قدرت حرکتی، ایزوله بودن، نیامدن اقوام و خویشان، عدم اطلاع از بیماری باشد و همه این عوامل تحمل درد را کم می کند.
- **درد پیش بینی شده:** فردی که عمل جراحی کرده از قبل پیش بینی می کند که بعد از عمل درد وجود دارد و همین عامل تحمل درد را بیشتر می کند.
- **مسیر درد:** هر فرد انتظار دارد که حداقل ۳ روز بعد از عمل جراحی درد وی کمتر از روز قبل باشد. اگر به همین ترتیب به تدریج درد تسکین یافته باشد تحمل آن بیشتر است.

متغیرهای فیزیولوژیک: این متغیرها عبارتند از:

- **جنس:** زنان احساسات بیشتری نسبت به درد نشان می دهند.
 - **سن:** کودکان و افراد سالمند درک درد در آنها کمتر است.
- در کودکان به دلیل عدم تکامل سیستم اعصاب و در سالمندان به علت دژنره شدن اعصاب درک درد در آنها کمتر است.

- **ترتیب تولد:** افرادی که بچه اول خانواده هستند به دلیل برخورد والدین نسبت به درد در کودکی تحمل درد در آنها کمتر است

متغیرهای فرهنگی و اجتماعی: شناخت و آگاهی، مذهب، محیط، متغیرهای فرهنگی و اجتماعی محسوب می شوند.

- **شناخت و آگاهی:** هرچه افراد در مورد درد آگاه تر شوند تحمل درد در آنها بیشتر می شود.
- **مذهب:** اعتقادات و ارزشهای دینی عامل مهمی در تحمل درد محسوب می شود.
- **محیط:** مکان و زمانی که درد اتفاق می افتد در تحمل درد مؤثر است. برای مثال اگر فردی در زمین فوتبال صدمه ببیند، درد را تحمل کرده بازی را ادامه می دهد یا اگر فردی در جبهه زخمی شود درد را تحمل کرده، دفاع را ادامه می دهد. تحمل درد در شب کمتر است تا در روز. در شب سکوت و تمرکز بیشتری وجود دارد که همین عامل مهمی در احساس درد بیشتر است.

انواع درد

درد را به دو گونه تقسیم کرده اند:

(۱) دردهای محیطی Peripheral pain

(۲) دردهای عصبی Neurogenic pain

درد محیطی: دردی است که منشأ آن خارج از سیستم اعصاب مرکزی باشد که درد سطحی، درد عمیق یا درد احشایی، درد رجوعی و درد منشعب از این نوع است.

درد سطحی

منبع پوستی دارد و معمولاً در اثر تحریک تعداد زیادی از فیبرهای کوچک ایجاد می شود. علت این نوع درد مشخص است و امکان دارد تند و سوراخ کننده باشد یا کند و سوزشی. درد ادامه ندارد و زود قطع می شود و چون انتهای اعصاب در سطح زیاد است، محل درد را به خوبی تشخیص می دهد.

درد احشایی یا درد عمیق

منبع این درد در قسمت‌های عمیقتر بدن (عضلات و استخوانها) و به ندرت در یک جا متمرکز است و به صورت درد کرامپی یا خسته کننده توصیف می شود. در مورد این درد چون انتهای اعصاب در عمق زیاد قرار ندارند، محل دقیق درد مشخص نیست.

درد رجوعی

تقارب یا برخورد اعصاب مربوط به عضو مجاور سبب می شود که درد در عضوی که محرک زیان آور به آن وارد شده مشخص نشود، بلکه در جای دیگر انتشار یابد. برای مثال در التهاب کیسه صفرا درد در ناحیه شانه احساس می شود.

درد منشعب

احساسی است که درد از یک نقطه معین به نقطه دیگر توسعه و امتداد می یابد. این حالت در اثر تجدید نیروی نرونهای واقع در مجاورت قسمت‌های مختلف نخاع ایجاد می شود.

دردهای عصبی

این نوع درد ممکن است به علت ایجاد یک حالت پاتوفیزیولوژیک در بالابرنده های محیطی یا سیستم اعصاب مرکزی روی بدهد؛ مثل اختلال عمقی یا ترشح مواد میکروبی - شیمیایی و تحریک ناشی از گرما یا سرما. درد مرکزی، نوریت، نورالژی، و کالژی از انواع دردهای عصبی هستند.

درد مرکزی

این درد از آسیب اعصاب حسی، راههای عصبی یا نقاطی در مغز که به درک مربوط است منشأ می گیرد. در بروز این درد هیچ علت محیطی به چشم نمی خورد، بلکه بروز آن به ضایعاتی که در سیستم اعصاب مرکزی وجود دارد و مستقیماً بر راههای ارتباطی درد تأثیر دارد می گذارد مربوط می شود که معمولاً ضایعات تالاموس شایعتر است. مشخصه این درد آن است که دائمی است و با شدت متفاوت و در اثر اضطراب و فشار روحی و تحریکات خیلی معمولی تشدید می شود. (به صورت رنج درونی سوزشی توصیف می شود).

نوریت: این نوع درد که التهاب عصب نیز خوانده می شود، دردی است که در اثر پراکندگی پاتولوژیک و پخش یک یا تعدادی بیشتر از عصب ها ایجاد می شود. این درد معمولا به صورت متقارن با کیفیت سوزاننده ایجاد می شود، مثل نوریت چشمی که در اثر پراکندگی و التهاب عصب به وجود می آید.

نورالژیا: این درد در طول پراکندگی و پخش یک عصب ایجاد می شود، مثل تری ژمینال. نورالژیا بعد از زونا که سوزاننده و شدید است. (درد عصب)

کازالژیا: دردی است شدید و سوزاننده که به علت صدمه به یک عصب یا شبکه بزرگ محیطی ایجاد می شود. معمولا شبکه بازویی و میانی در دست و اعصاب سمپاتیک در پا بیشتر گرفتار این درد می شوند کشیدگیها، کوفتگی، و شکستگی می تواند موجب بروز کازالژیا شود. همچنین انسداد شریانی یا وریدی هم این حالت را به وجود می آورد. این درد در پوست احساس می شود و آنقدر شدید است که تصورش امکان پذیر نیست و در هنگام بروز آن، مددجوی عضو دردناک را به شکل خاصی نگه می دارد که برای ما عجیب است. این درد به وسیله تحریکات عاطفی، شنوایی، بینایی و هرگونه حرکت عضو مبتلا بدتر می شود. گاهی این درد خود بخود در عرض ۴ تا ۵ ماه بهبود می یابد. تقسیم دیگر در مورد انواع درد:

درد حاد: دردی است کوتاه، موقتی و گذرا که معمولا چند دقیقه تا چند هفته طول می کشد و منبع آن شناخته شده است؛ مثل صدمه عمل جراحی

درد مزمن: شروع این درد تدریجی است اما به مدت طولانی است و معمولا بیش از سه ماه طول می کشد عکس العمل آن به درمان محدود است و هرچند ممکن است علت آن نیز شناخته شده باشد. مثل درد آرتريت، کمر درد و سر درد عود کننده است.

شیوع درد های مزمن

تحقیقات نشان می دهد که حدود ۵۰٪ از مردم جهان از دردهای متعدد رنج می برند و در بسیاری از آنها درد علاوه بر مزمن بودن بسیار شدید نیز بوده است. درد مزمن در افراد بالغ و سالمندان از شیوع بالاتری برخوردار است. بسیاری از درد های مزمن شایع مثل کمر درد، درد های مفصلی و سر درد های عود کننده (از جمله میگرن) آنقدر شایع هستند که مردم فکر می کنند این درد ها باید به عنوان بخشی اجتناب ناپذیر از زندگی آنها، وجود داشته باشد.

درد های مزمن و هزینه های آن از ابعاد زیستی - روانی - اجتماعی

درد های حاد مثل درد هایی که بعد از صدمات و جراحی ها بوجود می آید به عنوان یک علامت هشدار دهنده بوده و به ما اخطار می کند که عامل دردناک وجود دارد و یا تخریب بافتی در پیش است. این هشدار که بوسیله درد حاد به ما داده می شود مفید بوده و به ما می گوید که از عامل ایجاد درد بگریزیم و یا در پی دریافت کمک برای درمان آن باشیم. درد حاد حاصل مستقیم یک حادثه ایجاد کننده درد بوده و به عنوان یک علامت از ایجاد آسیب بافتی و یا بیماری تلقی می گردد. اما متأسفانه در بسیاری از بیماران درد تا مدتها باقی مانده و دیگر هیچ گونه فایده ای نخواهد داشت زیرا دیگر به صورت یک هشدار نخواهد بود و گرچه آسیب بافتی خاتمه یافته و یا بهبودی بافت حاصل شده ولی درد همچنان ادامه دارد. درد مزمن در این بیماران دیگر حاصل مستقیم آسیب اولیه و یا بیماری نبوده و بیشتر تغییرات ثانویه ای می باشد که در سیستم تشخیص درد بیمار بوجود آمده است. درد های مزمن بر خلاف دردهای حاد که با مکانیزم های مختلف فیزیولوژیک ایجاد می گردند بیشتر بصورت یک معضل کلی جسمی و روانی خود نمایی می نماید که خود مجموعه ای از مشکل دردهای مزمن می باشد و سبب مشکلات بیشماری برای بیماران مبتلا به آن خواهد بود که در اینجا به برخی از آنها اشاره شده است:

- ۱- بی حرکتی بیمار و مشکلاتی که به تبع آن برای عضلات و مفاصل پیش خواهد آمد.
- ۲- تضعیف سیستم ایمنی بیمار و مستعد نمودن او برای سایر بیماریها.
- ۳- مشکلات خواب برای بیمار.
- ۴- کاهش اشتها و نامناسب شدن وضعیت تغذیه بیمار.
- ۵- وابستگی به دارو ها.
- ۶- وابستگی بیشتر از معمول بیمار به افراد خانواده و سایر کسانی که از او مراقبت می کنند.
- ۷- استفاده بیش از حد و نامعقول از سیستم های پزشکی و پرسنل آن.

- ۸- عدم ارائه خدمات مناسب در محیط کار و یا از کار افتادگی و معلولیت .
- ۹- جدا شدن فرد مبتلا به درد مزمن از جامعه و خانواده و رفتن به سوی درون گرایی .
- ۱۰- اضطراب و ترس از علت درد .
- ۱۱- احساس نا خوشایند بیمار، ناامیدی و افسردگی
- ۱۲- خود کشی

هزینه های اجتماعی و اقتصادی درد های مزمن

در حالیکه درد های حاد درد های کوتاه مدت بوده و دارای یک روند محدود می باشند، درد های مزمن به زندگی فرد مبتلا چیره شده و دیدگاه او را به زندگی تغییر می دهند . در این بیماران ، خانواده ، دوستان بیمار و پرسنل پزشکی نیز از مشکلات بیمار دور نخواهند بود . علاوه بر آن ، کیفیت زندگی این بیماران و اطرافیان آنها بطور جدی دچار آسیب می گردد ، ضمن آنکه درد های مزمن مشکلات فراوان مالی به دنبال خواهند داشت . مثل :

- هزینه های پزشکی و دارویی
 - غیبت از کار و مشکلات محیط کار
 - حذف در آمد فرد بیمار
 - عدم کارایی اقتصادی در محیط کار و منزل
 - فشار مالی بر روی خانواده ، دوستان و صاحب کاران
 - هزینه برای سیستم های بیمه ای و بهزیستی
- گرچه اهمیت اپیدمی پنهان درد های مزمن و رنج انسانی و نیز خسارات اقتصادی آن برای جامعه، از دیدگاه رشته درد شناسی و متخصصین آن بسیار روشن است ولی متأسفانه مردم ، جامعه پزشکی و برنامه ریزان درمانی کشور ها اطلاعات مناسبی در این رابطه ندارند ، در نتیجه برای جبران این نقیصه باید به موارد ذیل توجه کرد :
- ۱- اطلاعات جامعه پزشکی در مورد موضوع درد خصوصاً درد های مزمن مورد بازنگری قرار گیرد .
 - ۲- روش های کنترل درد موجود به جامعه پزشکی یادآوری گردد .
 - ۳- راه های اداره کردن درد های مزمن به پرسنل پزشکی آموزش داده شود .
 - ۴- تحقیق در مورد دردهای مزمن بصورت مطالعات اپیدمیولوژیک برنامه ریزی گردد .

تحول مفاهیم بیماری و درد

در جدول ۱ روند تحول مفاهیم بیماری و درد از دو تا سیزده سالگی توضیح داده شده است.

مفهوم بیماری	مفهوم درد
<p>۲-۷ سالگی</p> <p>پدیده گرایی: علت بیماری را یک پدیده انتزاعی، نامربوط و خارجی می دانند.</p> <p>سرایت: علت بیماری را مجاورت بین دو حادثه می دانند: سرما می خورید چون نزدیک کسی قرار گرفته اید که سرما خورده است.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • درد را تجربه ای انتزاعی و فیزیکی می دانند. • افکار جادویی درباره از بین رفتن درد دارد. • درد را تنبیه عمل خلاف خود می دانند. • در پی آن هستند که کسی را مسئول درد خود بدانند و ممکن است روی یک نفر متمرکز شوند.
<p>۷-۱۰ سالگی</p> <p>آلودگی: علت بیماری را شیء یا عامل خارجی می دانند که برای کودک مضر است. (سرما می خورید چون لباس گرم نمی پوشید)</p> <p>درونی سازی: عامل خارجی برای بیماری قائل می شوند، اما این عامل در درون بدن متمرکز می شود.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • درد را با تعاریف فیزیکی توصیف می کنند (سر درد، درد معده) • دردهای روحی، روانی را می فهمند (مردن) • از صدمات بدنی، تخریب و مرگ می هراسند. • درد را نتیجه اعمال نادرست خود می پندارند.
<p>۱۳ سالگی و بالاتر</p> <p>فیزیولوژی: بیماری را حاصل حوادث و عملکرد نادرست اندامها و ارگانهای بدن می دانند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • قادرند برای درد دلایلی را مطرح سازند (سقوط، آسیب) • انواع دردهای روانی را می فهمند.

• از عدم کنترل در طی تجربه دردناک می ترسند.

روانی - فیزیولوژی: برای بیماری و سلامتی ابعاد روانی، جسمی قائلند.

درد فانتوم

پانصد سال پیش یک افسر ارتش فرانسه از بیماری صحبت کرده که با وجود قطع پا در اثر جراحات ناشی از جنگ در انگلستان و مچ و ساق پایی که قطع شده و وجود ندارد احساس درد شدیدی میکند وی نام این درد را درد شبه گونه یا درد فانتوم میگذارد. پس از وی پزشکان دیگری در مورد بیماران نظیر آن تا به امروز بررسی و تحقیق کرده اند. امروزه اطلاعات ما از این درد زیاد بوده و روشهای درمانی خوبی برای کنترل درد وجود دارد. درد فانتوم از درد های عجیب و در عین حال بسیار آزاردهنده است این درد بدنبال قطع یک عضو ایجاد شده و تا مدتها ادامه میابد. در اکثر مواقع درد فانتوم پس از عمل جراحی قطع اندام دست یا پا بروز می کند و نکته عجیب اینکه بیمار از درد در ناحیه قطع شده شکایت دارد. به عنوان نمونه بیمار میگوید که در مچ پایی که از زانو به پایین قطع شده و دیگر وجود ندارد احساس درد میکند. یا اینکه تصور میکند پای خود را که از دست داده هنوز وجود دارد. حس وجود عضو قطع شده را حس فانتوم و درد آن را درد فانتوم میگویند. در اکثر موارد بیمار از اینکه از درد عضو از دست داده خود صحبت کند احساس خجالت و شرمندگی میکند و تصور تمسخر دیگران موجب این میشود که وی از ابراز درد خود امتناع نماید. درد فانتوم بسیار شدید بوده باعث آزار فراوان بیمار میگردد. در کنترل و درمان این درد از روشهای مختلف و مدرنی استفاده میشود. درمانهای دارویی ، بلوک و نورولیز گانگلیون سمپاتیک کمری، بلوک اپیدورال با کارگذاری پمپ دائمی ، کارگذاری الکتروود اطراف نخاعی به منظور تحریک الکتریکی نخاع از جمله روشهای درمانی درد فانتوم است.

Phantom Pain یک درد سایکولوژیک است که به درد خیالی شهرت دارد و دارای چهار خصوصیت است:

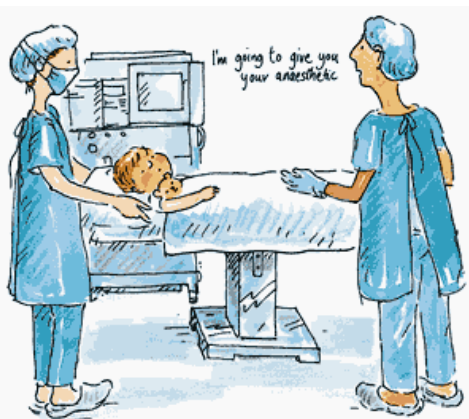
۱. تا مدتها پس از التیام قسمت قطع شده (قطع عضو) وجود دارد.
۲. در اثر تحریک سایر نقاط بدن ایجاد می شود.
۳. امکان بروز آن در افرادی که قبل از قطع عضو دردهای شدید و طولانی داشته اند، بیشتر است.
۴. ممکن است به طور واقعی بروز کند.



مراقبتهای پرستاری

طبق استانداردهای پرستاری راحتی و تسکین درد بیماران در اولویت است. هر شخصی حق آزادی و رهایی از درد را دارد و پرستار در خدمات بالینی اش برای کمک به بیمار و رفاه او با رعایت استانداردهای قابل قبول خدمت می کند. در یک برنامه مراقبتی، توجه به سه نکته اهمیت دارد:

۱. تغییر عوامل تأثیر گذار بر ماهیت حسی درد و شدت پاسخهای رفتاری
۲. تعیین پاسخهای مناسب به رفتارها و نگرشهای بیمار درباره درد
۳. انتخاب اهداف مناسب برای اجرای مداخلات پرستاری



بررسی و شناخت درد

روشهای بررسی و شناخت درد متفاوت است، با این حال در تمام آنها باید به داده های ذهنی که شامل کیفیت درد، محل درد، شدت درد، طول مدت درد، عوامل ایجاد کننده درد، راههای تسکین درد و غیره است توجه شود. علاوه بر این داده های عینی که شامل وضعیت محیطی (نور، سرو صدا)، رفتارهای بیمار، شکل خاص خوابیدن، و علائم فیزیولوژیک قابل اندازه گیری است.

کیفیت درد: در بررسی درد بیمار بهتر است از واژه هایی که خود بیماران برای توصیف درد به کار می برند استفاده شود.

محل درد: درد سطحی و یا درد ناشی از عضلات و استخوانها، مفاصل و عروق خونی به خوبی دارای محل مشخصی است؛ ولی درد احشایی محل مشخصی ندارد و بیمار از درد کلی ناحیه اپی گاستر یا قسمت پائین شکم شکایت دارد.

شدت درد: شدت درد احساسا شده توسط بیمار در بررسی نیازهای بیمار و تدابیر درمانی مهم است. بعضی بافتها نسبت به درد حساس ترند، مثل بافت عضلانی. به این دلیل، درد ناشی از کوفتگی یا ایسکمی عضلات ممکن است شدید و سخت باشد. تغییر ناگهانی در شدت درد نشانه تغییر در وضعیت بیمار است، مثل سوراخ شدن زخم پپتیک یا پاره شدن آپاندیس ملتهب که بر اثر آن بیمار درد بسیار شدید و برنده ای را احساس می کند و با درد سابقش بسیار فرق می کند.

طول مدت درد: شرح دقیق زمان وقوع درد و طول مدت درد اهمیت دارد. برای مثال در دردهای زایمانی که زمان وقوع درد و فواصل درد در بررسی پیشرفت مددجو به هنگام زایمان مهم است.

عوامل ایجادکننده: درد اغلب مربوط به فعالیتهای بیمار می شود. مهم است بدانید که چه فعالیتی درد را افزایش می دهد یا چه حرکتی باعث درد می شود. برای مثال آیا بروز درد با خوردن غذای بخصوصی در ارتباط است یا نه.

راههای تسکین درد: اغلب بیماران قبل از مراجعه به پزشک خود اقدام به تسکین درد می کند در بررسی باید از راههای تسکین درد که قبلا گفته شد مطلع شد. این اطلاعات برای برنامه ریزی درمانی- مراقبتی مفید است.

در بررسی و شناخت درد باید به داده های عینی هم توجه کرد. داده های عینی از طریق مشاهده عکس العمل مددجو نسبت به درد جمع آوری می گردد. ابروهای گره کرده، عدم تحرک، عرق فراوان، رنگ پریدگی، اسپاسم عضلات (حالات چهره) و در بعضی مواقع رفتارهایی مثل تحریک پذیری، بدرفتاری نسبت به دیگران، بی خوابی، و افزایش حساسیت به محرکهای محیطی (سرو صدا، چراغهای روشن، و...) نشانگر درد است.

برای سنجش شدت درد در بزرگسالان می توان از مقیاسهای اندازه گیری درد که از ۰ تا ۱۰ شماره گذاری شده استفاده کرد. در این مقیاس، صفر عدم وجود درد را می رساند، ۵ حد متوسط درد و ۱۰ حد شدید را نشان می دهد. همچنین در کودکان می توان از معیارهای خودگزارشی اوشر و ترمومتر استفاده کرد. از طریق این معیارها، شدت درد مشخص می گردد.

تشخیص های پرستاری

تشخیصهای پرستاری که پس از تجزیه و تحلیل داده های ذهنی و عینی به دست می آید می تواند شامل: اختلال در خواب به علت درد، به هم خوردن اسایش و راحتی به علت درد، عدم تحرک به علت درد، و عدم توانایی در تنفس مؤثر به علت درد باشد.

به عبارت دیگر می توان گفت درد محل عمل جراحی به طوری که در خواب اختلال ایجاد کرد یا درد با نمره ۵ به طوری که سبب به هم خوردن اسایش و راحتی شد و با نمره ۸ به طوری که سبب عدم توانایی تنفس مؤثر شده است و... تشخیصهای پرستاری بستگی به مهارت تجزیه و تحلیل اطلاعات (داده ها) در پرستار دارد.

اهداف پرستاری

۱. حذف یا کاهش محرک دردناک
۲. تسکین درد به طوری که بیمار اظهار درد نکند
۳. کمک به بیمار به منظور تصور درد کمتر

روش های حذف یا کاهش محرک دردناک:

بهرتر است از بروز درد جلوگیری شود تا نیاز به درمان نباشد، ولی معمولا این کار ممکن نیست. بسیاری اوقات، درد علت عمده مراجعه بیمار به پزشک است که در این حالت جستجوی علت درد و حذف منبع آن بخشی از برنامه مراقبتی است. درد علامت اخطار دهنده است که بافتهای بدن آسیب دیده اند یا در حال آسیب دیدن هستند. وقتی حرکت باعث درد می شود حرکات

بیمار محدود می شود، مثل محدودیت حرکت در بیماران قلبی یا بعد از عمل جراحی، ولی نه می توان حرکات دردناک را محدود کرد و نه به دلیل خطرات ناشی از بی حرکتی این کار عاقلانه است. بنابراین بعد از عمل جراحی برای جلوگیری از عوارض تنفسی بیمار باید حرکت کند و ضمن تنفس عمیق محل عمل را با دست نگه دارد. همچنین استفاده از بالش اضافی در محل عمل یا بستن آن با باند از اقداماتی است که به حرکت بیماری که درد دارد کمک می کند. پرستار باید به خاطر داشته باشد که برطرف کردن نیازهای فیزیولوژیک بیمار می تواند بسیاری از منابع موجود یا بالقوه درد را از بین ببرد: تغذیه به موقع از انقباض ناراحت کننده معده جلوگیری می کند و استفاده از مایعات کافی، مانع از بروز کم آبی می شود و تمام این گونه اعمال عکس العمل مددجو را نسبت به محرک دردناک تغییر می دهد.

موازین تسکین درد

استفاده از دارو در مورد علت درد

۱. شل کننده عضلانی مثل پروبانتین و گروه بلادونا مثل آتروپین
۲. گشادکننده های عروقی مثل پاپاورین هیروکلراید یا نیتروگلیسیرین
۳. داروهای ضدالتهاب مثل ایندومتاسین، ایبوپروفن، فنیل بوتازون
۴. داروهای ضد درد غیر ناركوتیک مثل آسپیرین و استامینوفن
۵. داروهای ضد درد ناركوتیک مثل دمورال و متادون هیدروکلراید. اغلب ناركوتیکها باعث کاهش فشار خون و دپرسیون تنفسی، برادیکاردی و گیجی می شوند.
۶. محرکهای الکتریکی تسکین درد مثل تنس (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator)
۷. روشهای نوروسرجری مثل نروکتومی، ریزوتومی، کوردوتومی.

برای تعیین مناسبترین روش تسکین درد لازم است پرستار هم به جنبه فیزیکی و هم به جنبه روحی و عاطفی درد توجه کند. در بعضی موارد تنها با به کار بردن موازین سایکولوژیک نتایج خوبی گرفته نمی شود. هیپنوتیزم روش درمانی موقتی برای بعضی بیماران است و گاهی دارونما به اندازه مصرف مسکن مؤثر است. همچنین به هم زدن تمرکز حواس در کاهش آگاهی فرد از محرک دردناک مؤثر است. وقتی حواس فرد متوجه درد باشد، درد شدت می یابد. در حالی که اگر در فعالیتی مثل خواندن کتاب، تماشای تلویزیون، یا صحبت با افراد دیگر شرکت داشته باشد، مقداری از حواس خود را در این توجه به کار گرفته و آگاهی او از احساس درد کاهش می یابد. تحقیقات در سالهای اخیر نشان می دهد که عکس العمل و رفتار پرستار با بیمار در تسکین درد مؤثر است. مسلماً تمام دردها با رعایت موازین روانی قابل تسکین نیستند و در مواردی علت فیزیولوژیک درد با به کار بردن راههای فیزیکی برطرف می شود، مثل استفاده از گرما که سبب افزایش جریان خون شده و در رفع دردهای عضلانی مؤثر است. زیرا افزایش جریان خون باعث دور کردن مواد زاید متابولیکی می شود که عامل ایجاد کننده درد هستند. سرما اثر متضاد گرما دارد و با کاستن از سرعت جریان خون باعث کاهش تورم می شود و به این ترتیب فشار به انتهای اعصاب کم می گردد. از سرما به عنوان ماده بی حسی موضعی هم استفاده می شود. سرمای شدید باعث از کار افتادن انتهای اعصاب حسی شده و از انتقال درد جلوگیری می کند.

ماساژ سابقه طولانی در درمان درد با منشا عضلانی دارد و مانند گرما موجب افزایش جریان خون در یک قسمت شده مواد حاصل از متابولیسم سلولی را دور می کند.

همان طور که در قسمت‌های قبل ذکر شد، دارو درمانی نیز یکی از روشهای تسکین درد است. طب سوزنی، قرن‌ها در چین برای درمان اختلالات مختلف و تسکین درد به کار رفته و اخیراً برای جراحی بی درد از آن استفاده قرار می گیرد تکنیک طب سوزنی شامل وارد کردن سوزنهای نازک بلند به نواحی خاصی از پوست است. گاهی اوقات جریان الکتریکی بین دو سوزن برقرار می شود، ولی بیشتر سوزن‌ها در دست چرخانده می شوند. مکانیسم تسکین درد با طب سوزنی هنوز ناشناخته است و مبتنی بر نظریه کنترل دروازه ای درد است.

تکنیک جراحی برای تسکین درد

در مورد دردهایی که با مسکن و سایر اقدامات تسکین نمی یابند، قطع راههای عصبی درد در داخل یا خارج سیستم عصبی مرکزی ضرورت می یابد. این روشهای درمانی معمولاً در بیمارانی که بیماریهای غیر قابل درمان دارند، مثل سرطان یا بیمارانی که دچار دردهای غیر قابل تحمل مثل نورالژی تری ژمو (عصب سه شاخه) هستند به کار گرفته می شوند. روشهای جراحی اعصاب شامل موارد زیر است:

۱. نوروتومی: زمانی که منبع محدود به موضع کوچکی باشد یک قطع عصب صورت می گیرد که به معنای له کردن یا خرد کردن فیبرهای عصبی حسی محیطی یک منطقه مبتلاست.
۲. ریزوتومی: در این روش راه عصبی که محرکها را از منطقه مبتلا منتقل می کند درست قبل از محل ورود آن به نخاع شوکی قطع می شود. منطقه ای که له یا خرد می شود بین گانگلیون خلفی و نخاع شوکی قرار دارد. از مضرات این روش آن است که حس لمس و احساس وضعیت در آن ناحیه از بین می رود به این دلیل، اغلب در قسمت قشری تنه انجام می شود.
۳. قطع راههای عصبی: وقتی درد شدید در قسمت پایین تنه و اندام تحتانی حس می شود یا اینکه قسمت وسیعی را فرا گرفته که شامل قطع راههای عصبی در نخاع شوکی است در اینجا حس درجه حرارت از بین می رود، زیرا حسهای گرما و سرما از همان راه عصبی مربوط به درد منتقل می گردند.

درد در سالمندان

به لحاظ بهبود بهداشت و روش های درمانی، درصد افراد سالمند در جوامع بشری افزایش یافته است. درد یکی از مشکلات مهم و شایع در افراد سالمند بوده و در بیش از ۵۰٪ این افراد دیده می شود. درد های مزمن در سالمندان بیشتر از افراد جوان می باشد. حدود ۲۰٪ سالمندانی که به بیمارستانها مراجعه نموده اند، از درد های با شدت متوسط و گاهی شدید شکایت داشته اند.

دردهای شایع در سالمندان

- درد های مربوط به آرتروز
- درد های بعد از زونا
- درد های مربوط به تنگی کانال نخاعی
- درد های سرطانی
- درد های مربوط به فیبرومیالژی
- درد های بعد از سکته های مغزی
- درد های مربوط به رشته های عصبی محیطی ناشی از دیابت

تاثیر درد بر کیفیت زندگی فرد سالمند

- افسردگی
- اضطراب
- مشکلات خواب
- مشکلات اشتها
- کم شدن وزن
- اختلالات ادراکی
- محدود شدن عملکرد بیمار

مصرف داروهای مسکن در افراد سالمند به دلایل زیر بایستی با احتیاط صورت گیرد:

- بالا رفتن سن به میزان زیادی خطر عوارض دارو های مسکن را افزایش می دهد.
- شیوع خونریزی معده و روده بر اثر مصرف مسکن ها در افراد با سن بالای ۶۵ سال تقریباً دو برابر افراد جوان می باشد.
- عوارض کلیوی و قلبی دارو های مسکن در سالمندان بیشتر از جوانان است.
- چون سالمندان برای درمان دردهای خود به پزشکان متعددی مراجعه می نمایند و هر پزشک مقداری داروی مسکن برای آنها تجویز می کند، ترکیب این مسکن ها خطرات بیشتری را به دنبال خواهد داشت.
- تغییر دادن راه مصرف دارو های مسکن نیز تغییر زیادی در عوارض احتمالی نخواهد داشت (راه دهانی ، راه روده و غیره).
- آستانه حس درد در سالمندان شاید کمی بالاتر از جوانان باشد ولی در بسیاری از سالمندان مانند جوانان است.

درد در کودکان

- مثل بزرگسالان، کودکان نیز ممکن است تمام موارد درد های حاد و مزمن را تجربه نمایند.
- بسیاری از سردردها، دردهای شکم، دردهای اندامها و غیره ممکن است در کودکان به صورت تکرار شونده دیده شوند، که گاهی با تشخیص های نادرست، برای بیمار و خانواده او و نیز پزشک، مشکل ساز می گردند .
- در بسیاری از موارد ممکن است درد در کودکان جنبه عضوی نداشته و جنبه های روانشناختی در ایجاد درد دخالت داشته باشند . البته باید در ابتدا تمام موارد عضوی ایجاد درد بررسی گردد.
- تقریباً از هفته ۲۶ حاملگی، سیستم های فیزیولوژیک جنین به حدی رسیده اند که درد احساس می شود ، بنابراین حتی جنین نیز درد را حس می کند . در نتیجه در موقع تولد ، نوزادان درد را حس خواهند کرد و در صورت لزوم باید برای آنها از مسکن و یا بیحسی استفاده کرد
- تفاوت عمده بین کودکان و بزرگسالان در این است که ، میزان ثابتی از آسیب بافتی ، سبب ایجاد درد بیشتری در کودکان می گردد و این ، در نتیجه بیشتر بودن Plasticity در سیستم عصبی کودکان است .

روشهای کنترل درد

بحث در مورد علت درد از راههایی است که فرد را آماده می کند تا با درد خود سازگار شود. با بحث در مورد درد، ترس از ناشناخته ها در بیمار کم می شود و در نتیجه اضطراب و نگرانی او کاهش می یابد. در بعضی مواقع لازم است از متخصصین کار درمانی، تغذیه و مددکار اجتماعی استفاده شود. مددکار اجتماعی با بیمار و خانواده اش در مورد مشکلات اقتصادی صحبت می کند و در حد امکان می کوشد در مورد ارزشها و ضعف و قدرت خانواده اطلاعاتی به دست آورد تا بتواند به مراقبت بیمار در منزل کمک کند.

متخصصین بیماری های روانی نیز از طریق اقدامات زیر می توانند در معالجه درد بیمار

سهم بسزایی داشته باشند

۱. کاهش کشمکشهای روانی که با احساس درد در بیمار می شود.
 ۲. برطرف کردن عواملی که باعث افزایش اضطراب و در نتیجه شدت درد می گردد.
- متخصصین تغذیه به وسیله دادن رژیم غذایی مناسب می توانند در تسکین درد بیمار مؤثر باشند. روحانیون با بحث در مورد درد که یک لطف الهی برای پی بردن به بیماری است در تسکین درد مؤثر می باشند. در سالهای اخیر تحقیقاتی در مورد میزان تأثیر آوای قرآن کریم بر میزان درد بعد از عمل جراحی به دست آمده است. این تحقیقات نشان داد که حتی در مواردی که زمان شنیدن آوای قرآن کریم بسیار کوتاه بود، آثار آن در تسکین درد معجزه آسا بوده است. با توجه به این گونه تحقیقات می توان از آوای قرآن کریم و دعا بر اساس اعتقادات بیمار برای تسکین درد استفاده کرد.

موسیقی درمانی

استفاده از موسیقی برای آرامش و راحتی بیماران مسئله ای است که به آن توجه بسیاری شده است. گت وود (Get Wood) می گوید: دو محرک جدا در سیستم عصبی در یک زمان می توانند اثر یکدیگر را خنثی کنند و به این ترتیب فردی که حواس خود را به گوش دادن موسیقی متمرکز می کند می تواند محرکهای دیگر نظیر درد را در سیستم عصبی خنثی سازد. میزان تأثیر موسیقی بستگی به تعدادی از متغیرها از جمله خود موسیقی و خصوصیات فرد شنونده دارد. موسیقی درمانی یکی از تدابیر ارزشمند پرستاری است که به عنوان واسطه نمادی (Symbolic Medium)، توانایی بالایی در رفع ترس و اضطراب دارد. در تعدادی از بیمارانی که بدون بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی قرار گرفتند، استفاده از موسیقی سبب انحراف فکر و بالا رفتن آستانه و تحمل درد گردید.

آرامسازی عضلانی

آرامسازی عضلانی یا تن آرامی به معنای شلی عضلات و کاهش تنفس و اضطراب است که به دنبال کاهش اضطراب، تسکین درد رخ می دهد.

مراحل کار در آرامسازی شامل موارد زیر است:

۱. در یک موقعیت آرام قرار بگیرید.

۲. چشمها را ببندید و تمام عضلات بدن خود را به طور عمیق شل کنید. از کف پا شروع کنید و تدریجا به طرف صورت پیش بروید. آرامش را در این اندامها حفظ کنید و در همین حال از بینی نفس بکشید. نسبت به تنفس خود آگاه باشید یا به آن توجه کنید. نفس را به آرامی از راه دهان خارج کنید و راحت و عادی نفس بکشید. بعد از گذشت ۱۰ دقیقه به آرامی چشمها را باز کنید. چند دقیقه از جا بلند نشوید و به افکار مزاحم توجه نکنید. از میان پی آمد های مثبت آرامسازی می توان به موارد زیر اشاره کرد:

(۱) افزایش قدرت سازگاری در مقابله با اضطراب

(۲) تامین انرژی

(۳) آسان کردن خواب عمیق

(۴) کاهش خستگی

(۵) کاهش درد ناشی از فشار عضلات

(۶) کاهش اضطراب ناشی از درد

آرامسازی سبب کاهش تعداد ضربان قلب، تنفس و فشار خون می گردد. همچنین در کاهش دردهای خفیف تا متوسط مفید بوده و روش مناسبی برای کاهش درد شدید همراه با مصرف داروست.

هیپنوتیزم

هیپنوتیزم ناشی از تغییر در هوشیاری است که با انفعال بسیار نسبت به القائات مشخص می شود. با این عمل قوه قضاوت و تحلیل فرد تضعیف می شود و به راحتی تحت تأثیر تلقین اشخاص دیگر قرار می گیرد. هیپنوتیزم سبب کاهش ترس و اضطراب می شود در کسانی که درد در آنها جنبه روانی و روحی دارد موثر است. درباره مکانیزم واقعی هیپنوتیزم اطلاعات کافی در دست نیست. در واقع این یک برهم زننده حواس است و موجب عطف توجه فرد از درد به موضوع دیگر می گردد. در برخی از افراد هیپنوتیزم موجب کاهش مصرف داروهای مسکن و درد می شود. در کودکان به منظور کاهش درد ناشی از پونکسیون مغز استخوان و مایع نخاعی، دردهای مزمن ناشی از سرطان، تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی، هیپنوتیزم استفاده می شود.

دارونما: (Placebo)

اصطلاح پلاسبو از واژه لاتین پلاسرا به معنی خشنود شدن گرفته شده است که هیچ خاصیت دارویی ندارد، مانند ویتامین، آب مقطر، محلولهای نمکی فیزیولوژیک. دارونمایی که مانند داروی مسکن قوی پذیرفته شده باشد، به میزان زیادی آستانه درد را بالا برده از حساسیت به محرک حرارتی دردناک می کاهد. طبق تئوری تصمیمی حسی، اظهار درد کمتر بیمار به دلیل تغییر در ملاک و ضوابط است، نه به دلیل کاهش قدرت تمییز محرک حرارتی. از این رو استنباط تسکین درد ناشی از پلاسبو یک پاسخ روانی به موقعیت تجربی است و به تغییر در فعالیت حسی ارتباط ندارد. اگرچه مکانیسم دقیق تأثیر پلاسبو مشخص نیست ولی برخی معتقدند که پلاسبو فعال کننده سیستم نزولی است و منجر به رهاسازی آندورفین می شود. دارونما اگر به طور صحیح ارائه شود، موجب اطمینان مددجو از تسکین درد خواهد شد. البته پرستار برای تجویز آن نیاز به دستور پزشک دارد ولی دارونما نباید برای اثبات واهی بودن درد بیمار به کار رود و اصول اخلاقی در تجویز دارونما باید کاملاً رعایت شود.

لمس

لمس درمانی امروزه به عنوان یک مراقبت پرستاری برای تسکین درد معرفی گردیده است. روشهای مراقبتی در تسکین درد:

- استفاده از تحریک کننده فیبرهای قطور (گرم، سرما، تحریک الکتریکی، طب فشاری، طب سوزنی، و ماساژ) فعالیت عصبی فیبرهای قطور به دلیل بسته شدن دریچه سبب کاهش درد می شود.
- استفاده از برهم زننده تمرکز حواس به منظور پیشگیری از رسیدن تکانه ها به کورتکس. (موسیقی، هیپنوتیزم، لمس درمانی، تصویرپردازی)
- تغییر افکار و احساسات از طریق استراتژیهای آموزشی (آرامسازی، بیوفیدبک، دادن اطلاعات).

اقدامات درمانی برای کنترل درد

اقدامات درمانی معمول شامل تجویز داروهای مسکن غیرمخدردی و مخدردی (Opioid) می باشد. روش های علمی تسکین دردهای حاد بعد از عمل استفاده از هر دو دسته داروی مخدردی و غیر مخدردی را همراه با بکارگیری بلوک های عصبی به

عنوان روش انتخابی تسکین کامل درد بعد از عمل معرفی می کنند.

روش های خوراکی، تزریقی (عضلانی، وریدی، زیر جلدی) جذب پوستی یا مخاطی، بلوک های عصبی مرکزی یا محیطی، با یا بدون گذاشتن کاتتر، انواع راههای تجویز دارو هستند.

تزریق عضلانی: شایعترین روش برای کنترل دردهای بعد از عمل بوده ولی دارای عوارض ناخواسته فراوانی مانند، تزریق دردناک (بخصوص در اطفال)، بیدردی ناکافی و تأخیر در تجویز و تأثیر دارو و غیره می باشد.

تزریق وریدی: بهترین روش کنترل درد بوده زیرا دارای اثرات ناخواسته تزریقات مکرر عضلانی نبوده و سطح خونی مناسبی برای ایجاد بیدردی بوجود می آورد ولی بیماران نیاز به مراقبتهای پرستاری بیشتری دارند. به همین دلیل امروزه بهترین روش برای تزریق وریدی برای کنترل دردهای حاد بعد از عمل روش تزریق توسط خود بیمار (Patient Controlled Analgesia) بوده که بوسیله پمپ های تزریق PCA از پیش برنامه ریزی شده توسط پزشک، انجام می گیرد.

مزایای پمپ PCA:

۱- عدم نیاز به تزریق دردناک

۲- کاستن از زمان درخواست دارو تا زمان تزریق دارو

۳- بیدردی بهتر قبل از شروع درد

۴- پذیرش بهتر از سوی بیماران

۵- الگوی بهتر خواب

۶- عملکرد بهتر ریوی بعد از عمل و عوارض کمتر تنفسی

۷- ترخیص سریعتر بیماران و کاهش زمان بستری بیماران

روش بلوکهای عصبی مرکزی: مانند بلوکهای اپیدورال، اسپینال، کودال و بلوکهای عصبی محیطی یا رژیونال نیز استفاده می شوند که گاه از گذاشتن کاتتر برای تزریقات مکرر استفاده می شود.

انجام بلوک اپیدورال با استفاده از کاتتر نیز یکی از رایج ترین روشها برای ایجاد بی دردی در حین عمل و بعد از آن می باشد، که همکاری و پذیرش آن از طرف بیمار در موفقیت این روش بسیار حائز اهمیت است.

بی دردی اپیدورال را نیز می توان با کمک PCA از طریق کاتتر اپیدورال بوجود آورد تا هم مزایای بیدردی اپیدورال و هم مزایای PCA وجود داشته باشد.

- بطور کلی امروزه در جوامع پیشرفته برای کنترل دردهای بعد از عمل توصیه به استفاده از پمپ های تزریق PCA بصورت وریدی یا همراه با کاتترهای اپیدورال می باشد. به این منظور بلوک عصبی محیطی و مرکزی با و یا بدون کارگذاری کاتتر (اپیدورال، اینتراتکال و اعصاب محیطی) و پمپ تزریق PCA برای کنترل درد انجام می شود. سایر روشهای درمانی جدید برای کنترل درد شامل:

انجام روشهای مداخله گرانه اینترونشنال با کمک تصویربرداری فلوروسکوپی (برای مشاهده محل هدف) در اتاق عمل مانند بلوک های گانگلیون و شبکه های سمپاتیک شامل بلوک یا نورولیز شبکه سلیاک، هیپوگاستریک و ایمپار جهت کنترل دردهای شکمی و اندام تحتانی (بیماریهای وازواسپاستیک عروقی) و دردهای سرطانی (کanser معده، کولورکتال و پانکراس) و بلوک گانگلیون ستاره ای در کنترل دردهای سرطانی و غیر سرطانی سروگردن و اندام فوقانی (کازالژی، رینود، هیپرهیدروزیس و نورالژی هرپتیک).

کارگذاری پمپ های موقت و دائمی و اینتراتکال در کنترل دردهای حاد و مزمن سرطانی و غیر سرطانی.

بلوک اپیدورال گردنی، سینه ای و کمری به منظور درمان دیسک کمری و گردنی.

بلوک مفصلی شامل بلوک و نورولیز عصبی Medial branch جهت کنترل درد مفاصل فاست (کمر درد ناشی از آرتروز) با استفاده از تکنولوژی رادیو فرکانس و تزریق داخل مفصلی تحت هدایت روشهای تصویر برداری.

اپیدوروسکوپی یا اندوسکوپی فضای اطراف نخاع روشی جدید و مدرن در تشخیص و درمان آسیبها و بیماریهای فضای اطراف نخاع یا فضای اپیدورال است. در این روش با استفاده از یک دستگاه اندوسکوپی مخصوص از طریق یک سوزن باریک وارد فضای داخل ستون فقرات کمری شده سپس با مشاهده مستقیم رشته های عصبی، دیسک بین مهره ای، سخت شامه (Dura) و بافتهای اطراف اعصاب، آسیبهای احتمالی تشخیص داده شده و روشهای درمانی در هر مورد و با استفاده از

اندوسکوپی انجام می‌گردد. این روش نیاز به بیهوشی و انجام جراحی نداشته و کاملاً در حالت بیداری و با بی‌حسی خفیف موضعی صورت می‌پذیرد. اپیدوروسکوپی روشی است که با استفاده از آن میتوان چسبندگیهای فضای اطراف نخاع را که به دنبال جراحی دیسک ایجاد شده و با فشار آوردن روی ریشه های عصبی باعث ایجاد درد میشوند را تشخیص داده سپس با استفاده از دارو یا وسیله برش، از بین برد. همینطور بیماریها و اختلالات دیگر رشته های عصبی، فضای اپیدورال، عروق خونی ناحیه، التهابات و هر نوع ضایعه دیگر مورد مشاهده مستقیم قرار گرفته تشخیص داده شده و مورد درمان همزمان قرار می‌گیرد. اپیدوروسکوپی یکی از روشهای با تهاجم اندک بوده، عوارض آن نسبت به جراحی بسیار کمتر است. این روش در حال حاضر در کشورهای پیشرفته و بطور همزمان در ایران انجام میشود و چشم انداز آتی آن بسیار روشن و راهگشاست.

نورولیز (تخریب رشته های عصبی) اپیدورال و اینتراتکال در کنترل دردهای سرطانی (کولورکتال) و غیر سرطانی شکم و اندام تحتانی.

نورولیز (تخریب رشته های عصبی) اعصاب محیطی و مرکزی در کنترل دردهای سرطانی (کانسره های اولیه و متاستاتیک) و غیر سرطانی (انواع نورالژی ها) از طریق داروهای تخریب کننده عصب (نورولیتیک) و رادیوفراکتانس.

استفاده از روشهای غیر تهاجمی مانند طب سوزنی، TENS و لیزر برای کنترل درد

کارگذاری پمپهای ضد درد دائمی (IDDS) Implantable Drug Delivery Systems



این پمپهای دائمی برای کنترل دردهای ناشی از کانسر کاربرد داشته به منظور تزریق مداوم دارو در زیر پوست بیمار کارگذاری میشوند. در برخی از دردها مانند درد ناشی از بدخیمی و دردهایی که نیاز به درمان طولانی مدت و مداوم ضد درد دارند بایستی از روشهای تزریق مداوم دارو توسط پمپ های مخصوص سود برد. در این روش پمپ ضد درد که به اندازه صفحه یک ساعت مچی معمولی است در زیر پوست ناحیه شکم کارگذاری شده سپس از طریق یک مجرای پلاستیکی بسیار ظریف که از زیر پوست

کشیده میشود به ناحیه فضای اپیدورال (اطراف اعصاب مرکزی) متصل میگردد. این پمپ بطور مداوم دارو را تزریق کرده دارو از راه مجرا به فضای اپیدورال یا اسپاینال وارد شده موجبات کاهش درد را فراهم میکند. داروی مورد نیاز هر چند ماه یکبار از راه پوست و توسط پزشک معالج به داخل پمپ تزریق میشود و پس از آن پمپ روزانه و بطور خودکار دارو را به اندازه مشخص تجویز میکند. در این روش با کمترین میزان دارو بیشترین میزان تسکین درد را خواهیم داشت.

لیزر درمانی

از جمله ابزارهایی است که امروز در شاخه های مختلف پزشکی از جراحی ها گرفته تا کنترل و تسکین درد کاربرد دارد. در واقع



امروز با تحولات و پیشرفتهایی که در این زمینه صورت گرفته است، لیزر به عنوان یکی از ابزارهای ضد درد به کمک بیماران می‌آید. لیزرهای پرتوان لیزرهایی است که روی بافت اثر حرارتی دارد و باعث برش، سوزش و تبخیر روی آن می‌شود. در لیزرهای زیبایی و جراحی های چشم از این نوع لیزر استفاده می‌شود و به همین دلیل مردم بیشتر با آن آشنا هستند، اما دسته دوم لیزرها، لیزرهای کم توان یا لیزرهای ترمیمی است که شدت و توان کمتری دارد. بر این اساس، اصلی ترین کاربرد این لیزرها کنترل درد، تسکین و درمان زخم هاست. لیزر درمانی در بسیاری از زیرشاخه ها کاربرد دارد، اما ممکن است هنوز به عنوان یک روش قطعی درمان توصیه نشود. بنابراین مهم ترین موردی که می توان درباره لیزرهای ترمیمی گفت،

استفاده از آن در کنترل درد و زخم است که کاربرد زیادی دارد. لیزر یکی از ابزارهای ضد درد است که می‌تواند به عنوان یکی از شیوه های کنترل درد در بیماری های مفاصل همراه شود و میزان مصرف داروها را کاهش دهد؛ البته حتما استفاده از لیزر باید توسط پزشک تجویز شود. دوره های درمان با توجه به شرایط بیمار توسط پزشک تعیین می‌شود و پس از آن نیز مدت زمان بی‌دردی بین ۳ تا ۶ ماه ماندگاری اثر دارد.

بلوک و نورولیز گانگلیون کاسرین و شاخه های عصب تری ژمینال

در درد های صورت به منظور تخفیف یا درمان کامل استفاده میشود. دردهای صورت میتواند اشکال مختلف و همینطور علل متفاوتی داشته باشند. درد مزمن رشته عصبی یا نورالژی عصب سه قلو (تریژمینال نورالژی) یکی از علل دردهای مزمن صورت

بوده که بسیار آزاردهنده می باشد. این درد به صورت درد تیر کشنده، ناگهانی، خنجری و گذرا بروز میکند. علل دیگر درد صورت، سردرد کلاستر، درد های مقاوم اطراف چشم و بیماری زونا (نورالژی پس از هرپس) هستند که با این روش قابل کنترل خواهند بود. بلوک این گانگلیون عصبی از طریق وارد کردن یک سوزن از پوست صورت به داخل و به سمت قاعده جمجمه و زیر دید دستگاه تصویربرداری فلوروسکوپی انجام میگردد. پس از بلوک درد بیمار بلافاصله بهبود یافته و در صورت بازگشت درد از روش نورولیز با رادیوفرکانس استفاده میگردد.

روش درمانی جدید برای سردرد

سردردها معمولاً به سه صورت بروز میکنند. سردرد تنشی، میگرن و سردرد خوشه ای یا کلاستر. اکثر سردردها از نوع تنشی بوده و غالباً و به اشتباه میگرن تلقی میگردند سردردهای نوع تنشی معمولاً دو طرف سر را گرفته و حالت فشار دهنده دارند مانند اینکه بیمار کلاه تنگی را به زور بر سر خود کرده است. یکی از روشهای نوین درمان سردرد، بلوک عصب پس سری بزرگ میباشد. این عصب از مابین مهره های اول و دوم گردن خارج شده و به سمت پس سر رفته تا ناحیه پیشانی ادامه میابد. اختلال کارکرد این عصب میتواند موجب سردردی شود که از پس سر شروع شده تا پیشانی ختم میگردد. در مواقعی که اختلال کارکرد آن وجود دارد معمولاً روی برجستگی پس سر دردی حس میشود که با فشار دادن تشدید میابد. بلوک یا انسداد این عصب روش جدید درمانی است که به منظور درمان سردرد انجام میشود. این روش سرپایی بوده و نیاز به جراحی نداشته و تنها با یک سوزن قابل انجام است. پس از انجام آن وضعیت بیمار تحت بررسی قرار میگردد در صورتی که سردرد کاملاً بهبود یافته باشد ادامه درمان با داروهای خوراکی انجام میگردد چنانچه درد باقی مانده باشد با استفاده از رادیوفرکانس عصب مورد نظر تخریب میگردد و این درمان باعث بهبودی دایمی درد میشود.

بهترین روش مقابله با سردرد، در درجه اول پیشگیری از وخیم شدن آن است. افرادی که اغلب گرفتار سردرد هستند، بهتر است لیستی از تمام غذاهایی که ظرف چند روز یا چند هفته پیاپی خورده اند، تهیه کنند. شاید رابطه ای میان مصرف غذایی خاص با بروز سردرد وجود داشته باشد.

خوردن پنیر، پرتقال، شکلات و قهوه با معده خالی می تواند موجب بروز سردرد شود. همچنین کم آبی، عدم فعالیت ورزشی و رژیم های سخت در سردرد موثرند.

اما اگر سردردها با عارضه دیگری همراه نباشند، به ندرت نشانه مشکلی جدی هستند. در حقیقت از هر چهار مورد سردرد، سه مورد در اثر گرفتگی ماهیچه های پشت، گردن و فک به وجود آمده اند.

درمان های تکمیلی اغلب دیدگاهی کلی نگر دارند: آنها جسم و ذهن را با هم مورد درمان قرار می دهند و تنها به نشانه های بیرونی اکتفا نمی کنند. این نوع درمان ها را می توان به موازات درمان های دارویی معمول اعمال کرد.

برای افرادی که معمولاً از سردردهای مکرر رنج می برند، روش های طبیعی متعدد و متنوعی برای تسکین سردرد و یا حتی بهتر از آن، پیشگیری از بروز سردرد وجود دارند که در اینجا به بعضی از آنها اشاره می کنیم.

درمانهای مکمل برای کنترل درد

آروماتراپی (Aromatherapy)

آروماتراپی به معنای "درمان با بهره گیری از بوی خوش" است. در این روش درمانی از روغن های معطر که منشاء گیاهی و طبیعی دارند و از گیاهان و درخت های گوناگون تهیه می شوند استفاده می شود. این روغن ها روی پوست ماساژ داده می شوند و یا از طریق استنشاق استفاده می شوند و به این طریق سیستم عصبی مربوط به تسکین درد را تحریک می کنند.

درمان گیاهی

بسیاری از داروهای حاوی عصاره گیاهان هستند؛ مانند آسپرین که از پوست بید استخراج می شود. اما در درمان های گیاهی، عصاره ها به شکل طبیعی خود و بدون افزودنی های دیگر استفاده می شوند، از این رو به ندرت عوارض جانبی دربر خواهند داشت. در سردردهای میگرنی، گیاه بابونه حاوی ماده ای به نام پارتنولید (Parthenolide) است که می تواند حملات میگرن را دفع کند.

هومیوپاتی (Homeopathy)

هومیوپاتی با تعادل بخشیدن به سیستم انرژی در بدن، ناراحتی های فیزیکی گوناگون را درمان می کند. درمان در این روش عبارت است از: بهره گیری از موادی بسیار رقیق شده که در مقدار زیاد خود، عارضه مورد درمان را تولید می کنند. بعضی از مفیدترین مواد مورد استفاده برای رفع سردرد عبارتند از: بلادن (برای سردردهای ضربانی)، ریشه یاس زرد (برای

سردردهای ناشی از گرفتگی عضلات پیشانی و گردن) و قهوه (برای سردردهایی که با احساس فشار در پیشانی و بی‌قراری همراه هستند).

درمان بازتابی (Reflexology)

درمان بازتابی نوعی روش درمانی همراه با ماساژ است که در آن به نقاط خاصی در دست‌ها یا پاها فشار وارد می‌شود. اگر چه در این روش تمام دست یا پا ماساژ داده می‌شود، اما متخصص این شیوه درمانی، توجه بیشتر خود را به نقاطی که با عضو دردناک مرتبط است معطوف می‌کند. این فشارها موجب تحریک گردش خون و جریان لنف در بدن شده و پس از دریافت ماساژ احساس تجدید قوا را در فرد ایجاد می‌کند.

یوگا

تمرینات یوگا برای آرامش روح، همراه با آسایش بدن طراحی شده‌اند و حالت و وضعیت بدن را نیز اصلاح می‌کنند. به ویژه تکنیک الکساندر در یوگا برای اصلاح نحوه قرارگیری بدن که خود می‌تواند منشاء سردرد باشد، بسیار مفید است.

ارزشیابی درد

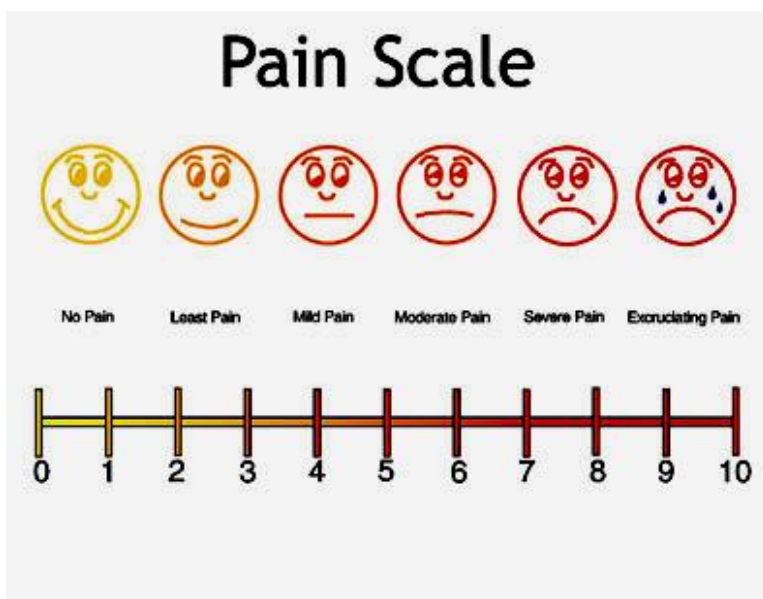
درد بر اساس چند معیار ارزشیابی می‌شود:

(۱) استفاده از مقیاس شماره گذاری (۰ تا ۱۰)

(۲) افزایش فعالیتهای روزانه

(۳) خواب و تغذیه مناسب و کافی

و سایر معیارهایی که با توجه به اهداف تعیین شده باید مد نظر قرار گیرد.



نگرشهای کنترل درد

الف) نگرشهای پزشکی برای کنترل درد

- دارو درمانی:
 - شل کننده های عضلانی مثل پروبانتین
 - گشاد کننده های عروقی مثل نیتروگلیسیرین
 - داروهای ضد التهاب مثل ایندومتاسین
 - پمادها مثل سالیسیلات و ...
 - ضد دردهای غیر مخدر مثل آسپیرین
 - ضد دردهای مخدر مثل دمورال
- تحریکات الکتریکی مثل تنس (TENS)
- پروسیجرهای نوروسرجری مثل نوروکتومی، سمپاتکتومی
- مهار عصبی یا بلوک عصبی
- طب سوزنی

ب) نگرشهای روانی برای کنترل درد

- تغییر رفتار
- بیوفیدبک، آموزش
- هیپنوتیزم

ج) نگرشهای پرستاری برای کنترل درد

- پیشگیری از درد
- از بین بردن تحریکات دردناک (ماساژ، تحریک پوستی، لمس درمانی، انحراف فکر، تمرینات آرامسازی، تصویر سازی، آرامسازی آگاهانه)
- اصلاح پاسخ (عکس العمل به درد، کاهش اضطراب)

منابع

- معماریان، ربابه، کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری، تهران، دفتر نشر آثار علمی - ۱۳۸۰
- روشهای جدید درمان درد - سایت کلینیک تخصصی کنترل و درمان درد تهران (Tehran Pain Clinic)، انجمن بررسی و مطالعه درد ایران - آذر ۱۳۸۹
- International Association for the Study of Pain (IASP)-2010
- انجمن تحقیقات طب سنتی ایران (Tim.ir) دانشگاه علوم پزشکی تهران
- Interventional Pain Procedures مدیریت و اقدامات مداخله ای کنترل درد (تیر ماه ۱۳۹۰)
- دردهای ناشی از آسیب نخاعی، سایت اختصاصی انجمن معلولین آسیب نخاعی - فروردین ۱۳۹۰

کلید واژه

Pain Management	مدیریت درد
Specificity theory	نظریه ویژه
Phantom limb pain	درد خیالی
Sensory-Discriminative	بعد حسی_ تشخیصی
Affective-Motivational	بعد انگیزشی_عاطفی
Midbrain Nuclei	هسته مغز میانی
Direct spin thalamic tract	راه اسپینوتالامیک
Placebo	دارونما
Neurogena pain	دردهای عصبی
Peripheral pain	دردهای محیطی

خودآزمون

- ۱) بر اساس کدام یک از نظریه های درد، مکانیسم طبیعی برای محدود کردن درد در بدن وجود دارد؟
 - الف) نظریه ویژه یا اختصاصی
 - ب) نظریه الگو
 - ج) نظریه شدت
 - د) نظریه کنترل دریاچه ای
- ۲) کدام یک از تعاریف زیر در مورد پلاسبو صحیح نیست؟
 - الف) ماده ای مانند آب مقطر است که خاصیت دارویی ندارد.
 - ب) دارونما است که آستانه تحمل درد را بالا می برد.
 - ج) دارونماست که منجر به تغییر در فعالیت حسی می شود.

- د) دارونماست و منجر به رهاسازی اندورفین می شود.
۳) در کدام یک از مشکلات زیر کازالژیا ایجاد می شود؟
الف) التهاب عصب چشمی
ب) انسداد شریانی - وریدی
ج) زونا
د) کله سیستیت
- ۴) کدام گروه از داروهای زیر در تسکین درد مؤثر است؟
الف) شل کننده های عضلانی
ب) داروهای ضد التهاب
ج) گشاد کننده های عروقی
د) همه موارد فوق
- ۵) درد شانه در التهاب کیسه صفا چه نوع دردی است؟
الف) درد رجوعی
ب) درد احشایی
ج) درد منشعب
د) درد عصبی

پاسخنامه

- سوال یک: د
سوال دو: ج
سوال سه: ب
سوال چهارم: د
سوال پنجم: الف