درمان فیزیکی دردهای مزمن

ترجمه: دكتر محمد شريفي، دكتر نيما شهرير

انجمن بررسی و مطالعه درد در ایران، عضو انجمن جهانی مطالعه درد

به طور تاریخی، کنترل و برخورد با بیماری، جراحات و حتی زایمان احتیاج به دوره های طولانی مدت بستری، استراحت و نقاهت داشته است. متخصصان خدمات بهداشتی ـ درمانی به نسبت بیماری از یک الگو استفاده می کردند که بر اساس آن، بیماران دریافت کنندگان منفعل خدمات بودند. فیزیوتراپیست هایی که در چنین چهارچوب «استراحت تا بهبودی» (Rest for نمودند که اغلب منفعل و بسیار طولانی و تعداد معدودی نیز بر اساس نوع روش های درمانی معدودی نیز بر اساس نوع روش های درمانی

خدمات بهداشتی ـ درمانی طی دهه های اخیر تغییرات عمدهای پیدا کردهاند. امروزه فعالیت و تحرک زود هنگام جهت تسریع بهبودی و بازگشت فعالیت بسیار مورد تشویق قرار می گیرد. همچنین امروزه الگوی اختلال و ناتوانی به حدی گسترش یافته که شامل اجزا روانی ـ اجتماعی نیز می شود. برخوردهای تیمی چند رشتهای بیمار را به عنوان عضوی فعال و مطلع در نظر گرفته و درمان های فیزیکی تاکید بیشتری بر روی انجام فعالیت دارند. نقش فیزیوتراپیست از یک درمانگر به یک کمک کننده تغییر یافته است. درمانگران امروزه به بیماران

کمک می کنند تا ناتوانی های فیزیکی و یا روحی خود را شناخته و بر آن ها غلبه کرده، فعالیت های خود را از سرگرفته و به اهداف شخصی خود دست یابند.

به رسمیت شناختن الگوی وسیع و گسترده زیستی، روانی و اجتماعی برای سلامتی (و بیماری) و نقش مثبت فعالیت در سلامتی و بهبود، تاکید بر روی فعالیت به جای معلولیت و اتکا به شواهد و دلایل بالینی، نحوه عمل فیزیوتراپیست ها را متحول کرده است. به کارگیری قواعد رفتاری و شناختی و نیز توان بخشی معطوف به هدف و زمان دار، بررسی، برخورد و ارزیابی بیماران دچار درد مزمن را تغییر داده است.

یک برخورد توان بخشی با مرکزیت بیمار (Patient – centered rehabilitative approach) که روی حفظ حرکات طبیعی و فعالیت عضو تاکید می نماید. در واقع، فیزیوتراپی را به عنوان جزیی حیاتی از رویکردی گروهی و مشارکتی برای کنترل موثر درد، مطرح می نماید. این مقاله نقش درمانگران فیزیکی در توان بخشی بیماران با درد مزمن را مورد بحث و بررسی قرار می دهد.

■ ارزیابی

Jette و همکارانش کاهش شکایت از درد و پیشرفت در فعالیت فیزیکی بیماران را اهداف اولیه فیزیوتراپی برشمردهاند. با این حال، کاهش درد هر چقدر هم که مورد نظر باشد همیشه در بیماران دچار درد مزمن امکان پذیر

نخواهد بود. در چنین حالتی، رویکردهای با هدف بهبود فعالیت و توانایی فیزیکی و گزارش بیمار در رابطه با ناتوانی های خود می باشد. ارزیابی بالینی در فیزیوتراپی معمولاً بر اساس آزمایش های بالینی ناتوانی ها و اختلالات موجود مى باشد. اين آزمايش ها، به خصوص در موارد دردهای مزمن، هم خوانی بسیار کمی با میزان درد و عدم توانایی فعالیت عضو درگیر بیمار دارند. آزمون های استاندارد شده مربوط به قدرت و دامنه حرکت عضلات به تنهایی فاقد حساسیت، ویژگی و یا پاسخ دهی مناسب هستند. وسایل پیچیده و گران قیمت، اندازه گیری قدرت، دامنه حرکت عضلات به تنهایی فاقد حساسیت، ویژگی و یا پاسخ دهی مناسب هستند. وسایل پیچیده و گران قیمت، اندازه گیری قدرت، دامنه و سرعت حرکت عضله را با دقت فراوان انجام مى دهند اما توانایی انجام اعمال مختلف در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ممکن است بسیار ناهمگون و بى قاعده (Erratic) باشد، چون عوامل روان شناختی مثل ترس از جراحت، آسیب و یا عدم اعتماد به نفس و كفايت كافي نيز در رفتار دخیل می باشند. به علاوه، انجام آزمایش های تخصصی، تحریک کننده فعالیت های روزانه نمى باشند.

□ بررسی و ارزیابی فعالیت بیمار توسط پزشک

آزمایش های مربوط به اندازه گیری و برآورد عملکرد (Performance) بیمار هنگامی بهترین نتایج را خواهند داشت که سریع و ساده بوده

و برای بیمار و نیز پزشک قابل فهم و معنی دار باشند. آن دسته از آزمایش ها که حداقل وسایل خاص را لازم داشته، کم هزینه بوده و فعالیت های روزمره ای که توسط درد مزمن محدود شده اند را ارزیابی می کنند، در طب بالینی وارد شده و کاربرد پیدا کرده اند. بیمارانی که درد دارند، معمولاً آهسته تر از افراد بدون درد و سالم حرکت می کنند، نیروی كمترى طى بررسى ها و آزمايش هاى عضلانى ایجاد می نمایند و احتمالاً طی فعالیت و ورزش توانایی ادامه کمتری دارند. به همین دلیل، استفاده از اهداف و اندازه گیری های زمان دار (Timed tasks) با افزایش تدریجی مقاومت مفاصل و عضلات معمولاً بين آن هايي كه درد دارند و یا بدون درد هستند، افتراق می گذارد. گروه تجربی عملکرد فیزیکی [(PPB Physical Performance مدت زمان سپری شده و فواصلی که طی شده اند را در یک سری حركات اندازه مي گيرند. PPB جهت استفاده در بیمارانی که کمر درد دارند، ابداع شد. این گروه از آزمایش ها قابلیت اطمینان (Reliability) و ثبات (Stability) خوبی داشته و بیماران را از افراد گروه شاهد که بدون درد هستند، مجزا مى نمايند. شكايت و اظهار ناتوانى توسط بيمار با اکثر اندازه گیری های PPB تناسب دارد اما اندازه گیری درد بیمار با چنین اندازه گیری هایی ارتباط و هم خوانی کمتری دارند. مجموعه آزمون های بررسی و ارزیابی که توسط Harding و همکارانش برای استفاده در مجموعه متنوعی از مبتلایان به درد مزمن ابداع شده،

چنین تغییرات ناشی از کنترل و درمان درد را مشخص مینماید.

□ اظهارات شخصی بیمار در رابطه با ظرفیت

پرسش نامه هایی که توسط خود بیمار پر می شوند ممکن است کلی و یا مخصوص شرایط و یا بیماری خاص باشند. این پرسش نامه ها مى توانند طولانى و جامع (مانند شرح تاثير بیماری) یا کوتاه و اختصاصی باشند. نوع اخیر معمولاً در فیزیوتراپی بیشتر استفاده می شود. اظهارات شخصی بیمار می توانند نشانه های خوبی از نحوه درک بیمار از وضعیت خودش بوده و مسایل و مشکلاتی را آشکار نمایند که در آزمایش ها و بررسی های بالینی به آن ها توجهی نشده است. با این وجود، می تواند بین آنچه که بیمار از توانایی های خود اظهار می کند با آنچه که واقعاً توانایی آن را دارد، تفاوت بسیاری وجود داشته باشد. با وجودی که این مساله به راحتی قابل مشاهده است، انجام آزمون های کمیتی ظرفیت فیزیکی بیمار برای تكميل اظهارات وي كمك كننده خواهند بود.

■ بیمار

بیماران دچار دردهای مزمن ممکن است به شدت عاجز و ناتوان و یا از نظر فیزیکی دچار ناهنجاری باشند. افرادی که دچار محدودیت ها و یا تغییر شکل فیزیکی در اثر درد خود هستند معمولاً در سطحی نزدیک به حداکثر توان و ظرفیت خود زندگی می کنند. این افراد نخایر انرژی کمتری داشته و از آن نیز به نحو موثری

استفاده نمی کنند. انرژی و توان آنها در روز مصرف می شود. چنین افرادی در شرایط احیا و یا شرایط حاد و فوریتی ذخیره توان و انرژی کافی نخواهند داشت.

بعضی بیماران دچار درد مزمن سطوح مختلفی از ظرفیت و توان فعالیت را بیان می کنند كه بسيار متغير است. چرخه فعاليت بيش از حد ـ استراحت توسط انجام فعالیت تا هنگامی که شدت درد ادامه آن را غیر ممکن نماید، تعریف می شود. بیمار سپس به طور کامل استراحت می کند تا درد ساکت شده و یا در اثر بى تحركى و يابى حوصلگى ناشى ازبى حركتى دوباره شروع به فعالیت نماید. بیمار مجدداً تا افزایش غیر قابل تحمل درد خود به فعالیت ادامه خواهد داد. عدم تحمل و توانایی انجام فعالیت های فیزیکی و یا عدم توانایی اداره تغییر شکل های ناشی از درد مزمن نیز برای بسیاری از این دسته از بیماران دردسرساز میباشد. با وجودی که شواهد تجربی کافی جهت اثبات این ادعا وجود ندارد، به نظر می رسد که ارتباط مستقیم و اتفاقی بین درد، کاهش فعالیت و تغییر شکل های فیزیکی ناشی از آن وجود دارد. شواهد اثبات کرده اند که بیماران دچار دردهای مزمن از نظر بدنی ورزیده نمی باشند. با این وجود، مشکل تغییر شکل های فیزیکی در افراد دچار دردهای مزمن باید از نظر اجتماعی به طور گسترده تری مورد بحث و مطالعه قرار بگیرد. اکثر انسان هایی که در جوامع صنعتی زندگی می کنند و نه فقط آن هایی که در اثر درد ناتوان شده اند، از نظر فیزیکی و بدنی غیرورزیده و

خارج از فرم می باشند. بر اساس گزارش سال ۱۹۹۶ بهداری کل ایالات متحده، ۶۰ درصد آمریکایی ها فاقد برنامه فعالیتی منظم بوده و ۲۵ درصد از نظر بدنی اصلاً فعالیتی ندارند. با این وجود، سطح نسبتاً پایین آمادگی جسمانی در بین بیماران مبتلا به دردهای مزمن نشان دهنده این مساله است که کاهش مختصر در فعالیت های عادی می تواند آثار و عواقب منفی قابل توجهی داشته باشد. کاهش فعالیت های بدنی به طور مزمن باعث تشدید عیوارض درد چه از نظر فیزیکی، یا روان شناختی و اجتماعی می گردد.

فعالیت بدنی جزیی از یک زندگی روزمره طبیعی و سالم بوده و تمام سلولهای بدن در پاسخ به استرس ناشی از فعالیتهای بدنی دچار تغییر شکل مکانیکی و انطباق متابولیک می شوند. عدم فعالیت، سلولهای بدن را از چنین تحریکی محروم کرده و می تواند آثار عمومی منفی بر روی بدن داشته باشد.

بیماران دچار درد با میزان مشخص و معلومی از انرژی و انجام فعالیت، عملکرد پایین تری دارند که به خاطر عوامل مختلف مرکزی (قلبی ـ تنفسی) و محیطی (توانایی و قدرت عضله) است.

بیماران دچار تغییر شکل، معمولاً پایداری قلبی ریوی کمتری داشته و در فعالیتهای هوازی زودتر دچار تنگی نفس، ضعف و خستگی می شوند. ضربان قلب آنان در حالت استراحت، بالاتر بوده و در فعالیت های کمتر از حداکثر نیز به طرز محسوسی افزایش می یابد.

فروردین ۸۴. شماره ۳. سال شانزدهم . رازی ۲۹

سلول های عضلات اسکلتی در اثر عدم فعالیت دچار تحلیل می شوند. بی حرکتی و استراحت در بستر باعث از دست رفتن نامتناسب فیبرهای عضلانی نوع II می شوند. از دست رفتن قدرت و پایداری عضلانی به علت از بین رفتن توده عضلانی، کاهش توانایی استفاده موثر در ذخایر و منابع انرژی، کاهش انتقال عصب ـ عضله و کاهش بازدهی به کارگیری انرژی از منابع مختلف توسط فيبر عضلاني مي باشد. بیماران دچار درد میزان انرژی بیشتری جهت انجام فعالیت هایشان مصرف می کنند که این یافته با شواهد مرکزی (قلبی ـ تنفسی) و محیطی (قدرت و توانایی به کارگیری انرژی عضله) نيز تاييد مي شود. عدم فعاليت همچنين باعث محرومیت استخوان ها، غضروف های مفصلی و بافت هم بند از استرس مکانیکی لازم جهت حفظ قدرت کششی و یا فشاری خواهد شد. شواهد نشان می دهند که در افرادی که غیر ورزیده و یا دچار درد هستند، کنترل حرکتی و نیز بازدهی حس درک محیط دچار تغییر، حفظ تعادل مختل و زمانهای واکنش کندتر می باشند. بررسی های بیشتر لازم است تا فرضیه تاثیر منفی وضعیت غیر طبیعی بدن در استراحت که اکثراً این بیماران دچار آن هستند، اثبات شود. ممكن است چنين عاملي با کشیدگی بیش از حد عصبی و یا فشار روی فیبرهای عصبی باعث اختلال در انتقال اكسوپلاسميك عصبى مواد تروفيك به بافت های هدف کلاژنی در محیط بدن شود. تاثير دقيق اطلاعات ورودى حس ناخوشايند و

حس درد روی تغییر شکلهای فیزیولوژیک، فعالیت عضلانی، کنترل حرکتی و واکنشهای تعادلی به طور کامل بررسی نشدهاند.

■ توان بخشى

فعالیت های توان بخشی باید با توجه به بیمار طراحی و استفاده شوند تا حداکثر بهبود و تقویت ظرفیت فیزیکی برای بیمار ایجاد گردد. انجام فعالیت، قرار دادن اهداف مربوط به فعالیت و تنظیم و کنترل فعالیت جزو مراحل کلیدی در توان بخشی بیماران مبتلا به درد مزمن مى باشند. اكثر مشكلات همراه تغيير شکل ناشی از درد در اثر رژیم های فعالیتی کلی و یا اختصاصی قابل برگشت هستند. به عنوان مثال، تمرین های هوازی باعث بهبود ظرفیت و ورزیدگی هوازی (Aerobic fitness) (حداکثر مصرف اكسيژن VO2 max) خواهد شد. ارتباط بین بهبود VO2 max و میزان درد و ظرفیت فعالیت بیمار همیشه به طور واضح مشخص نمی باشد. با این وجود، در وضعیت کلی جسمی بیمار باعث بهبود در فعالیت روان شناختی و نیز خلق بیمار می شود، حتی برای خود بیماران نیز واضح و روشن می باشد.

□ رژیمهای فعالیتی

برنامه های فعالیت برای بیمار باید منظم بوده و به تدریج از نظر مدت و شدت افزایش پیدا کنند. تداوم در پیگیری فعالیت هایی که به سادگی در فعالیت های روزمره بیمار قرار می گیرند، حداکثر است. همچنین بیماران بیشتر در فعالیت ها و تمرین هایی شرکت می کنند که

برایشان جالب باشد، به خصوص اگر شامل افراد دیگری نیز بشود.

برای اخذ تصمیم، غلبه بر باورهای نادرست و نیز تعدیل رفتار (مانند افزودن بر میزان فعالیت و تمرین)، بیماران احتیاج به اطلاعات مناسب و کافی دارند. بسیاری از بیماران دچار دردهای مزمن نگرانی هایی دارند که مانع توان بخشی فیزیکی به آن ها می شود. این نگرانی ها شامل موارد زیر می باشند:

عدم وجود تشخیص قطعی و یا عدم درک و یا فهم توضیحاتی که به آنان ارایه می شود مانند « عدم وجود اختلال ملموس »، « وضعیت دژنراتیو وخیم تر شوند» و یا « استهلاک » (tear) ، عدم توانایی برقراری ارتباط بین تشخیص های بافتی و یا تشخیص های بر پایه سیستم با چند عامل و آثار ثانویه طی زمان؛ میزان و شدت درد، تداوم درد، آثار فیزیکی و اختلال های به وجود آمده در زندگی روزمره، باورهای غلط ناشی از افسانه ها و تصورات موجود در رابطه با درد، اعمال سیستم عصبی و تاثیر عوامل روان شناختی.

دو روش اصلی و با اهمیت در توان بخشی موفق عبارتند: از خودانگیختگی در فعالیت (Self – pacing during activity) و قرار دادن اهداف مناسب و قابل دسترس (Appropriate and achirvable). پیشروی تدریجی و هدف گذاری در فیزیوتراپی برای متعادل کردن حداکثر و حداقل ظرفیت فعالیت در اثر درد و با هدف رسیدن به یک چرخه فعالیت ـ استراحت متوسط استفاده می شوند.

پیشروی تدریجی مناسب احتیاج به تنظیم و آموزش جهت فعالیت های روزمره دارد. افزایش تدریجی و کنترل شده فعالیت های بیمار باعث از بین رفتن حملات درد که باعث محدودیت این فعالیت ها شده بود، می گردد. برای چنین امری معمولاً فعالیت های بیمار از نظر زمانی برنامه ریزی شده و یا این که زمان های انجام تمرین توسط دوره های استراحت و یا دوره های انجام فعالیت های دیگر از هم جدا می شوند.

هدف گذاری مناسب نیز معمولاً جزو مهارت های مهمی است که بیماران باید یاد بگیرند. تعریف اهدافی واضح، چالش طلبانه ولی قابل دسترس و انجام در واقع تسهیل کننده عملکرد وظایف می باشد. بر خلاف آن، عملکرد وظایف به طور ناقص، عدم وجود انگیزه و احساس شکست می توانند به علت شکست در دسترسی به اهدافی غیر قابل دسترسی ایجاد شوند. عملکرد وظایف در اثر انجام انتظارات و رسیدن به اهداف از نظر نتیجه و کارآیی به دست می آید. توقعات کارآیی نتیجه باوری است که بر اساس توقعات کارآیی نتیجه باوری است که بر اساس معین به وجود می آید. توقعات کارآیی می توانند مغین به وجود می آید. توقعات کارآیی می توانند بالقوه ترین و مهم ترین مشخص کننده های بالقوه ترین و مهم ترین مشخص کننده های

افزایش بازدهی شخصی به طور بسیار نزدیکی با توان بخشی موفق مرتبط است. نتیجه مثبت یعنی افزایش فعالیت، بهبود قدرت تطابق و کاهش رفتارهای مربوط به درد. بیماران معمولاً در ابتدای انجام اهداف جدید و یا شروع دوباره جهت انجام و نیل به اهدافی که قبلاً کسب

نشده اند، دچار اعتماد به نفس پایینی می باشند. جهت افزایش و بهبود اعتماد به نفس بیماران بهتر است به اهدافی که قبلاً کسب نشده اند پرداخته، به آن نایل شده و رسیدن به آن را ناشی از سعی خود بیابند. پس، نیل به اهداف مختلف به طور مستمر باعث تقویت دوباره اعتماد به نفس بیمار شده و باعث ایجاد حس غلبه بر مشكلات و نيز انجام اهداف تعيين شده مي گردد.

اهداف مربوط به فعالیت باید در سه زمینه پیاده شوند. زمینه فیزیکی برنامه تمرینی است که بیمار آن را پیگیری کرده و شامل تعداد تمرین هایی برای انجام، مدت زمان تمرین ها و درجه سختی آن ها است. زمینه عملکردی شامل اهداف مربوط به زندگی روزمره مانند کار منزل و سرگرمی ها می شود. زمینه اجتماعی مربوط به فعالیت های بخش اجتماعی مانند دیدار با دوستان، رفتن به مسجد، کلیسا، سینما و یا پیاده روی می شود. اهداف باید از نظر فردی متناسب، جالب، قابل اندازه گیری و قابل دسترسى باشند. تعيين هدف در واقع با توجه به مذاکرات بین بیمار و پزشک معالج انجام می پذیرد. بیماران هر هفته برای فعالیت های خود اهدافی انتخاب نموده، توانایی ها و دستیابی های خود را در جداول مربوط درج نموده، ماهیت مشکلات و مسایلی را که با آن ها برخورد کرده اند و این که چگونه در جلسه بعد بر آن ها غلبه خواهند کرد و نظریات و ایده های خود را بیان می دارند. به عنوان مثال، آن ها ممكن است در مورد نحوه فعاليت و عملكرد

خود و یا تناسب اهداف تعیین شده نظرات و یا پیشنهاداتی داشته باشند. در چنین حالتی بیماران شاهد پیشرفت خود بوده، دقت آنها در نحوه تعیین هدف نیز افزایش خواهد یافت.

■ برخوردو كنترل عود

این که هر بیمار مبتلا به درد مزمن دچار عود و تشدید مجدد درد خواهد شد، مساله اجتناب ناپذیری است. عود درد مزمن ممکن است در اثر یک اتفاق فیزیکی و یا در اثر تجمع تدریجی استرس های مختلف فیزیکی و روان شناختی که روی منابع تطابقی بیمار تاثیر مى گذارند، به وجود آمده باشد. فيزيوتراپيست در چنین شرایطی می تواند در کشف، تشخیص شرایط و حالات مختلفی که چالش برانگیز و مشکل ساز هستند، به بیمار کمک کرده و در انتخاب رویکردهای مناسب جهت مقابله با آن به بیمار یاری برساند. چنین رویکردهایی مى توانند شامل تعريف چہارچوبى جہت مراجعه به متخصصان استفاده از داروها و یا به طور ساده استراحت و تمدد اعصاب باشند. روشها و برنامه های بازگشت به فعالیت پس از چنین دوره تشدید درد نیز از اهمیت خاصی برخوردار هستند، حتى اگر تمام احتمالات نيز در نظر گرفته نشوند، داشتن برنامه ای از پیش تعیین شده برای موارد تشدید درد می تواند در تقویت حس کنترل بیمار تاثیر داشته باشد.

عود به هیچ وجه نباید به عنوان یک شکست و یا علامتی مبنی بر عدم توانایی بیمار در اداره کردن شرایط تلقی گردد. عود در واقع یک

چالش در مسیر اداره فردی محسوب می شود تا نقطه پایانی برای آن. علاوه بر این، در صورتی که به درمان های اختصاصی احتیاج باشد (مانند دستکاری، تقویت و یا درمان روش نقاط محرک) باید از نظر زمانی محدوده بوده و فقط به صورت دوره ای کوتاه استفاده گردند که در مسیر کسب دوباره کنترل زندگی خود برای اداره و کنترل یک عود مورد استفاده قرار می گیرند.

برای بیماران دچار درد مزمن توان بخشی برای نیل به یک زندگی که کمتر توسط درد مختل بساشد، معمولاً طولانی و پیچیده است. توان بخشی شامل غلبه بر موانع و مشکلات فییزیکیی و روان شدناختی می شود. فیزیوتراپیستها در کنترل و برخورد با درد جایگاه بسیار بااهمیتی دارند. آن ها به بیماران کمک می کنند تا موانع موجود در مسیر توان بخشی خود را شناسایی کرده و از اطلاعات موجود استفاده کنند، همچنین آن ها اطلاعات موجود استفاده کنند، همچنین آن ها اطلاعات موجود استفاده کنند، همچنین آن ها

با تامین پشتیبانی و تقویت دوباره جهت هدایت بیمار به سمت دست یابی به اهداف باارزش شخصی نقش بسیار مهمی را عهده دار می باشند.

فیزیوتراپیست ها اصول و قواعد شناختی و رفتاری را در توانبخشی وارد کرده و از یک الگوی کنترل درد جامع زیستی، روانی و اجتماعی استفاده می کنند که بیمار محور، با محدودیت زمانی و هدفمند است. رویکرد و برخورد توانبخشی و نیز درگیری اصلی آن ها که حفظ و برگرداندن تحرک و فعالیت به بیمار می باشد، فیزیوتراپیست ها را به عنوان یک گروه اصلی و پایه در برخورد مشترک و گروهی با مساله کنترل موثر درد مطرح می نماید.

منبع Physical Therapy for Chronic pain. Pain Clin. 1998: 6.

