

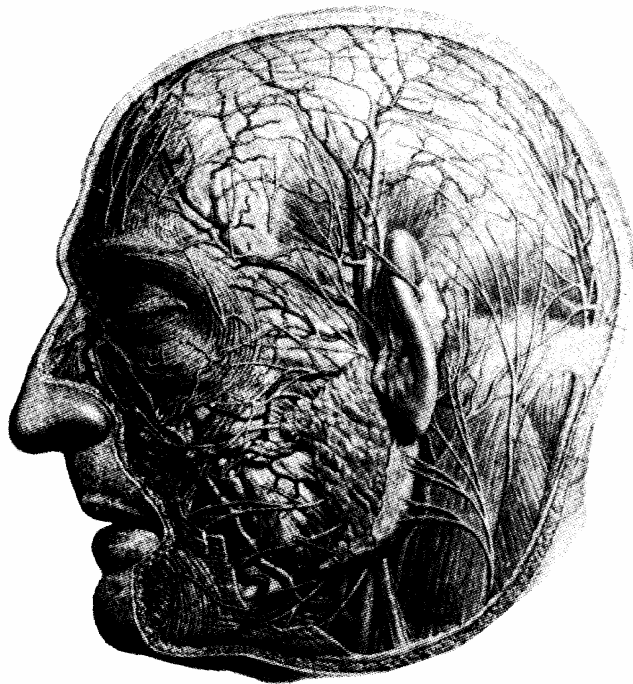
دکتر بهمن مالک

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمد شریفی

پزشک واحد درد درمانی

درد



خلاصه

نگریست. به این سبب، آموزش‌های لازم برای دانشجویان و حتی فارغ‌التحصیلان رشته مختلف پزشکی ضروری به نظر می‌رسد. به این ترتیب شاید بتوان امیدوار بود که در سالهای آتی، تیم‌های مجهز درد درمانی (Pain Relief Teams) و همچنین کلینیک‌های مجهز درد درمانی (Pain Relief Clinics) در کشور عزیزمان شروع بکار نموده و درمان درد بصورت یک کار گروهی پزشکی درآید. در این خصوص، همکاری و راهنمایی‌های متخصصین محترم

درد یکی از معضلات جسمی و روحی انسان بوده و همواره جزو مهمترین موارد مراجعه بیمار به مراکز درمانی به حساب آورده شده است. به لحاظ اینکه دردهای مختلف خصوصاً انواع مزمن آن (Chronic Pain) باعث علیل شدن کوتاه مدت و اغلب دراز مدت بیماران می‌شود و این موضوع از ابعاد مختلف اقتصادی - اجتماعی برای کشور حائز اهمیت است، باید با دید وسیعتری به این پدیده پزشکی

و ارجمند رشته‌های بیهوشی و رآنیماسیون موجب تسریع در این امر خواهد گردید.

مقدمه:

همواره در مجلات پزشکی ایران مقالاتی راجع به انواع بیماری‌ها و گاهی سندرم‌های بسیار نادر نوشته شده ولی شاید به ندرت به پدیده «درد» بصورت مستقل پرداخته شده باشد. از آنجایی که هم‌اکنون نزدیک به سه دهه است که عنوانی به نام «درد» در بسیاری از کشورهای غربی مطرح شده و تاکنون تقریباً ۱۰ سال است که بر روی سندرم‌های درد بطور جداگانه مطالعه و بررسی می‌شود شاید ضرورت داشته باشد مقالاتی هرچند مختصر راجع به درد در این نشریات عنوان گردد تا همکاران محترم علاقمند به این مبحث و دانشجویان عزیز گروه پزشکی از این طریق با اطلاعات موجود در این قسمت از علم پزشکی آشنایی بیشتری پیدا کنند.

علیرغم اهمیت درد و این حقیقت که درد به عنوان شکایت اصلی ۶۰٪ بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی می‌باشد، متأسفانه تاکنون توجه پزشکان آن طور که باید به عنوان یک موضوع مستقل به این پدیده جلب نظر نشده است و فقط به درد به عنوان علامتی از یک بیماری نگریسته شده و به پیچیدگی‌های فرهنگی و فاکتورهای روانی که بر روی شدت درد و راههای تطبیق بیماران با آن تاثیر می‌گذارد، توجه کافی مبذول نگردیده است. در این چند سطر نمی‌خواهیم به مفاهیم علوم پایه‌ای درد بپردازیم بلکه فقط منظور این است که به دانسته‌های جدید در مورد سندرم درد از نظر بالینی بیشتر توجه نماییم. لازم به یادآوری است که در سالهای اخیر چه از نظر پایه و چه از نظر بالینی تحقیقات بسیار وسیعی در زمینه شناخت علل و راههای درمان درد در انسان، در اقصی نقاط جهان

انجام گرفته و موسساتی مانند Pain Relief International و Research Foundation Association for the Study of Pain از بنیانگذاران این مطالعات می‌باشند.

به صورت کلاسیک دردها را به دو نوع حاد (Acute) و مزمن (Chronic) طبقه‌بندی کرده‌اند. دردهای حاد اغلب این حسن را دارند که ما را به وجود بیماری واقف می‌سازند و در این حالت وقتی پزشک متوجه درد گردید، درد باید فی‌نفسه تسکین یابد و البته تشخیص و درمان بیماری ایجادکننده درد هم به صورت همزمان شروع خواهد شد. موضوع تسکین درد جزو مواردی است که در اغلب دانشکده‌های پزشکی بخوبی به دانشجویان آموخته نشده و خصوصاً در پزشکان غیر متخصص اغلب این تفکر وجود دارد که بسیاری از دردها به خودی خود از بین می‌روند و احتیاجی به تسکین ندارند، مانند بیمارانی که به علت آپاندیسیت حاد درد می‌کشند، و منتظر عمل جراحی هستند و یا بیمارانی که دردهای بعد از عمل جراحی را تحمل می‌کنند، در صورتی که در کلیه موارد فوق باید به تسکین درد بیمار پرداخت.

دردهای مزمن، بطور کلی، سبب رنج‌های بی‌شماری برای انسان‌ها بوده و مخارج بسیار زیادی برای بیمار و کشور بوجود می‌آورد. اکثر پزشکان، بیماران مبتلا به دردهای مزمن را از نظر درمانی بسیار مشکل می‌دانند، زیرا اغلب این بیماران حتی پس از زمان طولانی درمان به هیچ نتیجه خاصی نمی‌رسند و حتی گاهی بسیاری از آنان کاملاً به درمان مقاوم‌اند. بعضی از اوقات مشکل از آنجا شروع می‌شود که پزشک به بیمار مبتلا به یک درد مزمن و مقاوم به درمان می‌گوید: «درد شما خیالی است و وجود خارجی ندارد و شما سالم هستید». کاملاً واضح است که این نوع برخورد اصولی نبوده و ممکن است به

■ دردهای مزمن عضلانی و مفصلی نیز گروه وسیعی از بیماران مبتلا به درد را تشکیل می‌دهند.

بیماری که دچار مشکلات روحی است و درد را به صورت یک پدیده دفاعی عنوان می‌نماید، آسیب جدی برساند.

درد مزمن یک پدیده مهم پزشکی اجتماعی و اقتصادی بوده و همواره کمتر از مقداری که می‌بایست، به آن بها داده شده است. برای اینکه تا حدودی بدانیم دردهای مزمن به چه اندازه اهمیت دارند بعضی از آمارها را در این مورد مرور می‌کنیم. در ایالات متحده آمریکا تخمین زده‌اند که ۳/۳٪ از کل جمعیت آن کشور به طور دائم بر اثر درد مزمن علیل هستند. در

انگلستان سالیانه حدود ۳۳۰۰۰۰ نفر به علت کمردرد به بیمارستان ارجاع می‌گردند و باز در انگلستان ۶۳۰۰۰ تخت بیمارستانی به طور متوسط به مدت دو هفته در سال توسط همین بیماران اشغال می‌شود. جالب‌تر آنکه ۶۰٪ این بیماران از کمردرد با علت نامشخص رنج می‌برند و درد آنها حتی تا روز تریخیص از لحاظ علت شناسی نامعلوم باقی می‌ماند. هزینه بیماران مبتلا به کمردرد در سال ۱۹۸۲ در انگلستان برای بیمه ملی آن کشور حدود ۱۵۶ میلیون پوند بوده و روزهای کاری از دست رفته بر اثر کمردرد در همان سال ۳۳/۳ میلیون روز بوده است.

در مطالعه‌ای که اخیراً روی ۱۰۰۰ بیمار دیابتی انجام شده ۲۵٪ آنها دارای دردهای مزمن بوده‌اند. با توجه به اینکه حدود یک میلیون دیابتی در انگلستان وجود دارد می‌توان نتیجه گرفت که حدود ۲۵۰۰۰۰



بیمارانی که از درد رنج می‌برند نیز باید آموزش‌های لازم ببینند تا تطبيق آنان با درد بیشتر گردد.

بیمار دیابتی دارای درد مزمن در انگلستان وجود دارند که حدود ۲۶٪ از این عده هرگز درمان مناسبی برای درد خود دریافت نکرده‌اند و طبق آمار این عده بیمار به طور متوسط هر کدام ۵ سال درد مزمن را تحمل نموده‌اند.

آمار تقریبی نشان می‌دهد که از هر ۱۰۰۰ نفر ۴ نفر هر ساله دچار هرپس زوستر (= زونا) می‌گردند که از این عده حدود ۷۵٪ سنی بالای ۶۰ سال دارند و حدود نیمی از آنها دچار نورالژی بعد از هرپس (Post Herpetic Neuralgia -) می‌گردند. یعنی هر ساله از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۱/۵ نفر دچار نورالژی بعد از هرپس زوستر می‌شوند و به طور معدل، این بیماران، حدود ۳ سال از درد ناشی از آن رنج خواهند برد. به عبارت دیگر همه ساله فقط در انگلستان ۲۵۰۰۰ نفر از دردهای بعد از هرپس زوستر در رنج هستند. نکته جالب توجه دیگر اینکه، بیش از ۱۱٪ کل جمعیت انگلستان از دردهای مزمن رنج می‌برند و بسیاری از آنها به علت درد، علیل شده‌اند. در حالی که اغلب این بیماران توسط کادر پزشکی لاعلاج تلقی گردیده و عده‌ای دیگر از آنها هیچگونه درمانی برای درد خود دریافت نداشته‌اند و البته عدم دریافت درمان مناسب به این معنا نیست که واقعاً درمانی برای این قبیل بیماران وجود ندارد، بلکه باید روی تقسیم‌بندی و اندازه‌گیری درد، مکانیسم‌های ایجادکننده درد و درمان مناسب این مکانیسم‌ها و حتی درمان سمپتوماتیک حالات مختلف ایجادکننده درد، کار و بررسی بایسته انجام شود. اما متأسفانه این قبیل درمانها فقط برای عده بسیار کمی از بیماران مبتلا به درد وجود دارد، زیرا امکانات

قابل دسترسی برای درمان محدود بوده و به این دلیل نمی‌تواند فراگیر باشد.

گرچه بیش از ۲۰۰ کلینیک درد درمانی در انگلستان وجود دارد، بسیاری از آنها برای مراجعین خود، لیست انتظار طولانی مدتی را تهیه می‌کنند که زمان این انتظار برای دریافت درمان منطقی گاهی تا حدود ۲ سال به طول می‌انجامد، در حالی که در این مدت ممکن است بیمار اصلاً ویزیت نشود و اگر هم ویزیت شود به علت نبودن تخت بیمارستانی کافی و کمبود سایر امکانات نمی‌توان بررسی بیشتری برای بهتر درمان نمودن دردهای مزمن بیمار در اختیار او قرار داد.

بهبود بخشیدن به تسکین دردهای بیماران سرطانی راه درازی درپیش دارد. از حدود ۲۰ سال قبل، گرچه روش‌های طبی و جراحی جهت درمان تسکینی این بیماران وجود داشته‌اند، لیکن به علت عدم اطلاع بسیاری از پزشکان در مورد تسکین درد آنها و عدم ارجاع به موقع بیمار، درمان مناسبی روی این افراد صورت نگرفته است. اما خوشبختانه این کاستی در حال حاضر راه جبران شدن را در پیش گرفته است و شاید این موضوع عمدتاً نتیجه تلاش بی‌وقفه سازمان بهداشت جهانی (W.H.O) باشد که تسکین درد بیماران سرطانی را در تقدم برنامه‌های درمانی خود قرار داده است. اما در هر حال هنوز کارهای زیادی باید انجام گیرد و گرچه بسیاری از پزشکان جهان می‌دانند که چه نوع درمان‌هایی می‌تواند برای این قبیل بیماران مفید باشد، ولی دسترسی به این نوع درمان‌ها در بسیاری از مناطق دست‌یافتنی نیست.

در خاورمیانه و بسیاری از کشورهای خاور دور و آمریکای جنوبی مرفین درمانی به صورت خوراکی اصلاً پذیرفته شده نیست و این به علل مختلف از جمله امکان ایجاد اعتیاد جسمی و روحی می‌باشد. در

■ هنر پزشکی می‌گوید: درد را همیشه و فقط با داروهای مسکن نمی‌توان آرام نمود.

هندوستان که ظاهراً دست‌یابی به اینگونه مواد مخدر جهت درمان بیماران، عملی و بلا مانع می‌باشد. به علت گرانی، دستیابی همگانی خصوصاً در مناطق دورافتاده و روستاها عملاً غیر ممکن است.

در شرایطی که در کشورهای پیشرفته غربی تلاش می‌شود تا با کم کردن عوارض بعضی از مواد مخدر، مخدر درمانی را برای بیماران سرطانی در تمام شرایط میسر نمایند، در کشورهای جهان سوم به این می‌اندیشند که تا چه حد می‌توان به این نوع درمانها دست زد.

دردهای مزمن عضلانی و مفصلی نیز گروه وسیعی از بیماران مبتلا به درد را تشکیل می‌دهند. این عده از بیماران اغلب سالیان دراز جهت یافتن راه‌حلی برای درد خود به واحدهای درمانی مختلف مراجعه می‌نمایند و چون به‌طور جدی و دقیق از نظر علت‌شناسی بررسی نمی‌گردند، بدون گرفتن هیچگونه نتیجه مثبت ناچاراً به کلینیک‌های دیگری مراجعه می‌کنند و این چرخه مدام تکرار می‌شود و وقتی به نسخه‌های دریافتی این عده از بیماران توجه کنیم متوجه این فاجعه می‌گردیم که اکثریت نسبتاً مطلقاً از این افراد فقط به صورت سمپتوماتیک با داروهای ضد درد غیراستروئیدی و حتی استروئیدهای خوراکی و تزریقی به ناحق درمان شده‌اند. بنابراین تشخیص اتیولوژیک بسیاری از دردهای مزمن شاید بتواند تا حد زیادی راه‌گشای این مشکل باشد.

البته این مطلب با تشکیل تیم‌های تسکین درد و نیز واحدهای درمانی تسکین درد میسر می‌شود. بنابراین می‌بینیم که علیرغم اطلاعات موجود در

زمینه کنترل درد، پیشرفت بیشتر در این مورد نیاز به آموزش پرسنلی دارد که در درمان درد به صورت زنجیره‌ای شرکت دارند (مانند پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و...) گرچه بیمارانی که از درد رنج می‌برند نیز باید آموزش‌های لازم ببینند تا تطبیق آنان با درد بیشتر گردد.

هم‌اکنون نیاز مبرمی هم به منابع تحقیقاتی مختلف داریم تا بتوانیم درد را از ابعاد مختلف مورد تحقیق و بررسی قرار دهیم و همچنین بتوانیم امکانات فعلی را که در جهت درد درمانی وجود دارند، به‌طور منطقی بکار گیریم. بدین سبب است که باید از علم و هنر پزشکی در مورد مکانیسم‌های گوناگون ایجاد درد بهره گرفته و بتوانیم انواع متعدد درد را برحسب مکانیسم بررسی و درمان نماییم، و نه اینکه با برخوردهای ماشینی با بیماران دچار دردهای مزمن، فقط به درمان سمپتوماتیک آنها بسنده کنیم.

هنر پزشکی می‌گوید: درد را همیشه و فقط با داروهای مسکن نمی‌توان آرام نمود.

مآخذ:

- 1- "Pain, Mechanisms & Management" *British Medical Bulletin*, Vol.47, No 3, July 1991.
- 2- Lipton S, Jones Arj.: *The Pain Relief Foundation (PRF) Researches Human Intractable Pain-Assessment, Biochemistry, Physiological Pathways And Treatment. Pain*, (Supp 4): S 372, 1987.
- 3- Chan Aw, Mac Farlane IA, Bowsher D, Wells Jcd, Griffiths K, Bessex C.: *Chronic Pain In Patients With Diabetes Mellitus, Comparison With a Nondiabetic Population. The Pain Clinic*, 3: 147-159, 1990.
- 4- Harding Sp, Lipton JR, Wells JCD. *Natural History Of Herpes Zoster Ophthalmicus: Predictors of Post-Herpetic Neuralgia and Ocular Involvement. BR, J. Ophthalmol.*, 71(5): 353-8, 1987.