

مدیریت درد

استاد محترم: آقای دکتر رسولیان
تهیه و تنظیم: خلیل رحیمی
مرکز آموزشی درمانی چشم پزشکی علوی

درد

همه باید بمیریم اما اگر بتوانم فردی را از
روزها شکنجه برهانم آن را موهبتی
عظیم و جاوید برای خود میدانم. درد
برای بشریت حتی از مرگ قاهر تر است.

دکتر البرت شوایتزر

تعريف درد

• درد يك تجربه ي حسي و عاطفي ناخوشايند همراه با يك آسيب بافتي فعال يا بالقوه ميباشد كه در اثر تحريك پاينه هاي عصبى ازاد ايجاد ميگردد.



• درد پنجمين علامت حياتي است.

تقسیم بندی درد

● (۱) **حاد:** درد حاد به شکل ناگهانی شروع می شود. مدت و زمان و عامل شروع کننده مشخص است. در مدت کوتاهی بهبود می یابد. درد حاد با ترمیم زخم بهتر می شود. درد بریدگی و دردسوزنی

● (۲) **مزمن:** درد مزمن طولانی تر از درد حاد است. عامل مشخص نیست. اگر درد بیش از ۳ تا ۶ ماه طول بکشد مزمن است. درد مزمن مقاوم به درمان می باشد و ممکن است در هر نوع بافتی مانند پوست، مفاصل و احشا ایجاد شود.

مکانیسم ضایعه

۱) درد فیزیولوژی

۲) درد های التهابی (گیرنده درد تحریک شده)

۳) دردهای نوروپاتیک

۴) دردهای التهابی و نوروپاتیک



انواع درد

- **دردهای سوماتیک:** خوب لوکالیزه میشوند دردهای تیزی هستند و جایشان مشخص است.
- **دردهای ویسرال:** باعث اتساع می شوند. خوب لوکالیزه نمیشوند و مبهم اند درماتوم خاصی را شامل نمیشوند و به صورت کولیک یا کرامپ بیان می شوند. مثل درد سنگ حالب.
- **دردهای ریفرال:** (دردهای ارجاعی مثل درد قلب که به دست چپ میزند)
- **دردهای نوروپاتیک:** (دردهای سیستم عصبی) مثل نوروپاتی دیابتی حس لمس کم میشود و حس درد بیشتر میشود.

هایپرو هایپو آجزیا: بین عامل درد و حس درد ارتباط مستقیم وجود ندارد .

آلوداینیا: عاملی که ذاتا دردناک نیست اما باعث درد میشود.

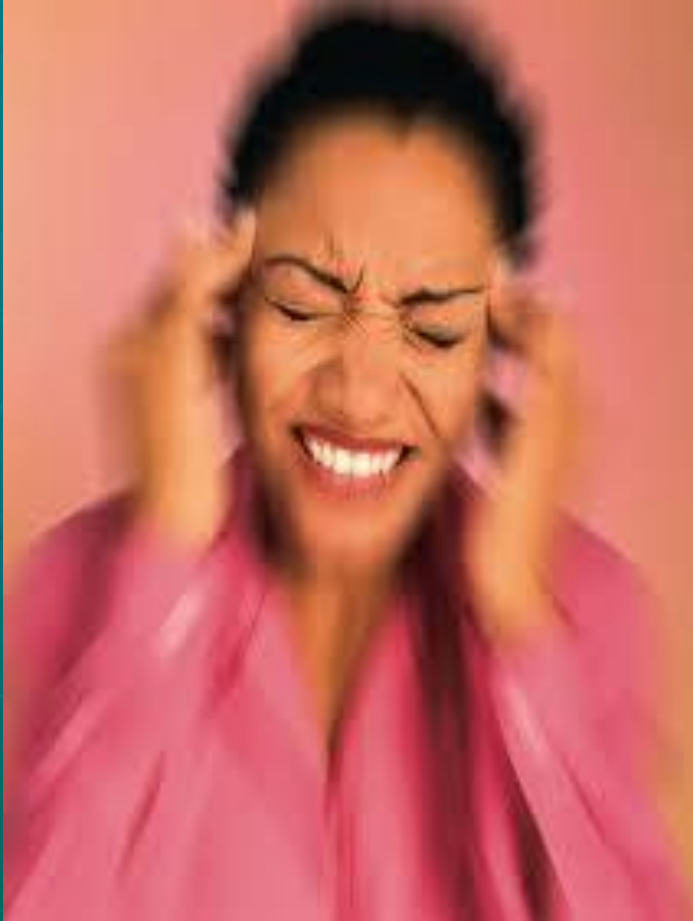
دیزستزی: حس غیر طبیعی نا مطلوب و ناراحت کننده در حال حرکت یا استراحت مثل گزگز یا مور مور

پاراستزیا: حس ناخوشایند به صورت الکتریکی یا شوک که با لمس یا فشار اتفاق میافتد.

مراحل درك درد

● **transduction:** تحريك دردناك باعث اسيب غشاء سلول ميشود كه باعث ازاد شدن پروستاگلندين _ برادي كنين _ هيستامين _ ماده p ميشود. كه در اين مرحله از ضد التهاب غير استروئيدي استفاده ميشود تا واسطه هاي التهابي را خاموش كند.

● **Conduction:** هدايت درد از محيط تا نخاع از طريق فيبرهاي عصبى صورت ميگيرد. الياف c و a دلتا درد را منتقل ميكنند.



● **transmission:** از سلول

اول به دوم در نخاع انتقال
پیام صورت می‌گیرد.

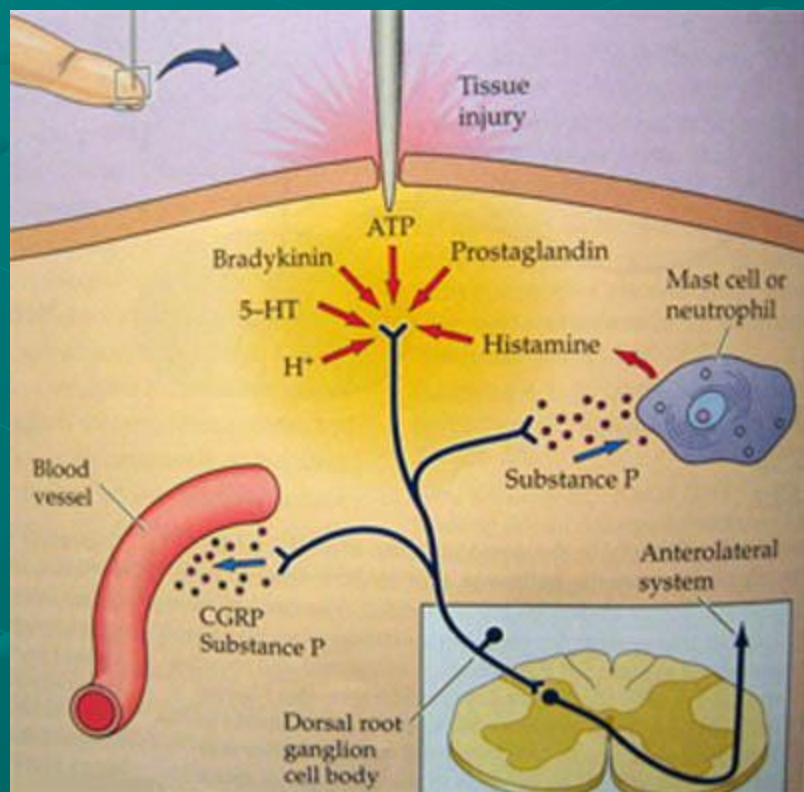
● بعد از انتقال درد به تالاموس و
به کورتکس و بعد از باعث ایجاد
درد میشود.

● **مرحله ي modulation:** که

باعث تعدیل درد در نخاع
میشود.

کنترل دروازه ای

● در هنگام بروز درد نخاع مانند سوزن بان عمل کرده اول حس ارتعاشی را عبور داده و بعد درد را عبور می دهد تا احساس درد کمتر شود.



عوامل موثر در درك درد

● ژنتيك _ سن _ جنس _ فرهنگ _ نژاد _ نوع جراحي _
تجربه ي قبلي _ فاكترهاي اجتماعي _ زمينه هاي رواني _
اضطراب و افسردگي.

عوامل تبدیل درد حاد به درد مزمن

- درد مزمن به دنبال جراحی نادر نیست باید به بیماران توضیح داد.
- پیشگیری از درد قبل از عمل خیلی خوب است
- هر چه دستکاری حین عمل کمتر باشد خیلی بهتر است
- کسانی که بلا فاصله بعد از عمل درد شدید دارند و بیدردی کمی میگیرند احتمال درد حاد به مزمن بیشتر است

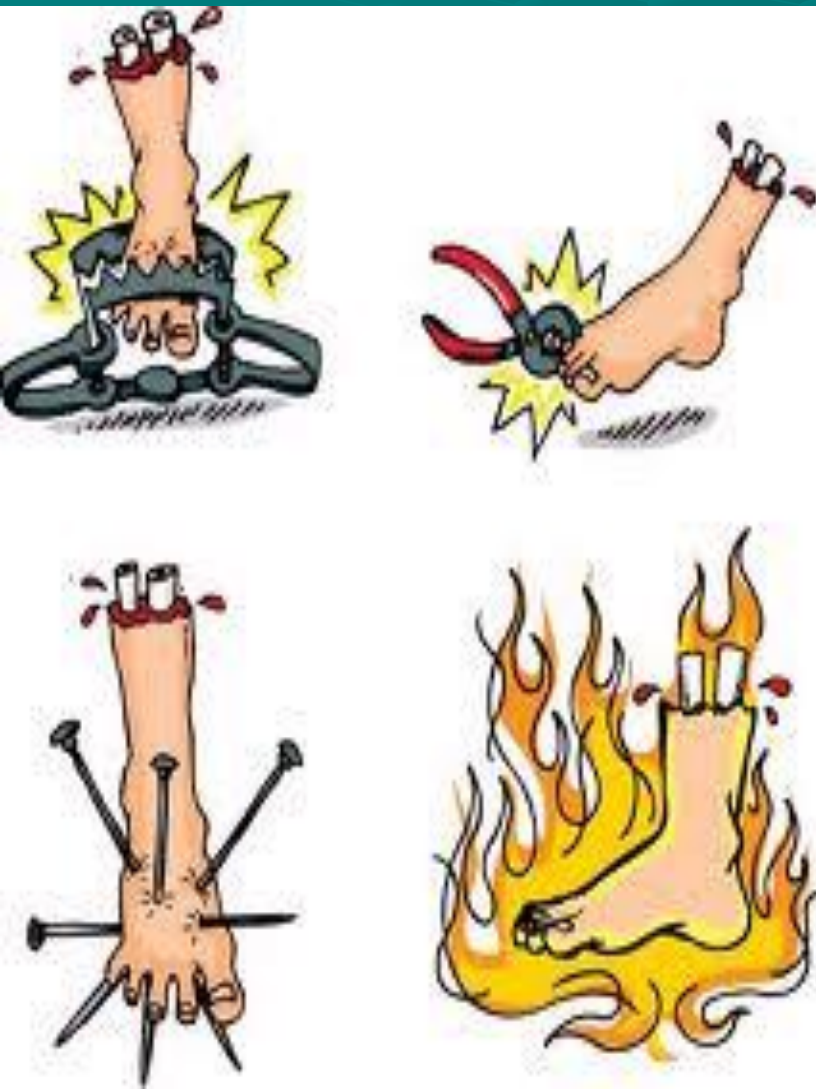
فواید کنترل درد

- کاهش اذیت بیمار
- کاهش عوارض ناشی از درد (ریت بالا و فشار بالا)
- عدم تبدیل درد حاد به درد مزمن
- کاهش عوارض تنفسی
- افزایش حرکت بیمار و ترخیص زودتر
- افزایش رضایت بیمار

عوارض عدم کنترل بموقع درد

● بی‌اشتهایی- ضعف- بی‌خوابی - کاهش ارتباطات اجتماعی و کاری - اضطراب و افسردگی - ایجاد رفتارهای تهاجمی - عدم تحرک (زخم بستر) - انجام ندادن کارهای شخصی و وابستگی به دیگران- ضعف سیستم ایمنی -

بیشترین درد “بعد از عمل قطع عضو (فانتوم پین) و کمترین درد بعد از عمل کاتاراکت می باشد



● فانتوم پین ۷۰ درصد

● توراکتومی ۵۰ درصد

● ماستکتومی ۳۰ درصد

● کوله سیستکتومی ۲۶ درصد

● استرنوتومی ۳۰ درصد

● پروستات ۳۰ درصد

● دیسک ۴۴ درصد

● کاتاراکت ۱ درصد

اپیدمیولوژی درد حاد بعد از عمل

- بیش از ۵۰ درصد بیماران بعد از عمل درد های متوسط به بالا را تجربه می کنند
- ۳۸ درصد بستری مجدد بعد از ترخیص به علت درد است
- ۲۵ درصد بیماران بعد از ترخیص در هفت روز بعد از عمل درد متوسط تا شدید را تجربه می کنند
- ۸ درصد بیماران به خاطر ترس از درد عملشان را کنسل میکنند

کنترل درد حاد



- ارزیابی درد فرایند کیفی رابه فرایند کمی تبدیل می کنیم

- درد رابه حد قابل تحمل برسانیم

- بیدردی متعادل تا عوارض یک دارو را کم کنیم واز محاسن همه ایشان استفاده کنیم

- پیشگیری از عوارض داروی مورد استفاده

- دادن بیدردی ترجیحی به بیمار

ارزیابی درد

● برای ارزیابی درد بایدان را از فرایند کیفی به فرایند کمی تبدیل کنیم

● مقیاس درجه دار عددی

● ساده ترین و مورد استفاده ترین روش بررسی درد میباشد. بیمار شدت درد خود را با اعداد صفر تا ده مشخص میکند که صفر به معنای بی دردی و ده به معنای شدید ترین درد قابل تصور میباشد. اکثر بیماران اینگونه معیارها را به راحتی متوجه میشوند.

ارزیابی درد

● معیار مقایسه ای بصری

● این روش استفاده از یک خط کش ده سانتیمتری است که در یک انتهای آن بی دردی و در انتهای دیگر با بدترین درد قابل تصور مشخص میشود. بیمار به راحتی این خط را علامت زده تا شدت دردش را مشخص کند. از این روش جهت بررسی اثر داروها و بهبودی درد نیز میتوان کمک گرفت.

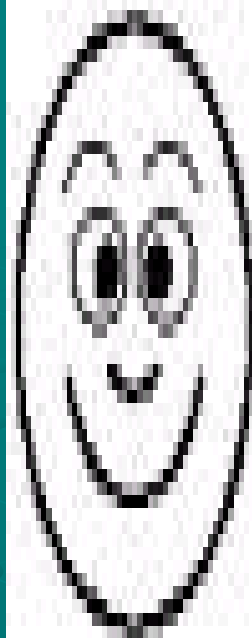
ارزیابی درد در اطفال

● هنگام بررسی درد در نوزاد " فرد باید به نشانه های حرکتی واکنشهای عمومی بدن "رفلکس withdrawal و گریه اطمینان کرد.

● رفتار درد در کودک نو پا شامل فشار دادن لبها – به سرعت از جا جستن – لگد زدن- ضربه زدن – گاز گرفتن- سعی در گریختن و گشاد کردن چشم ها می باشد.

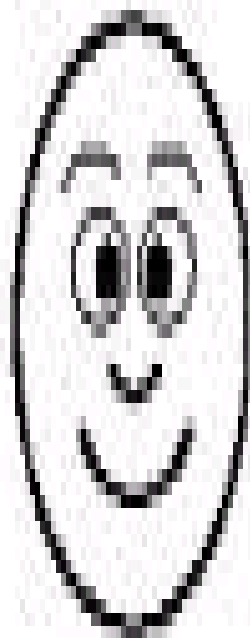
● مقیاس تصویری معتبر در کودکان ۳ تا ۱۲ سال و مقیاس درد صورت در کودکان ۴ تا ۸ ساله تایید شده است





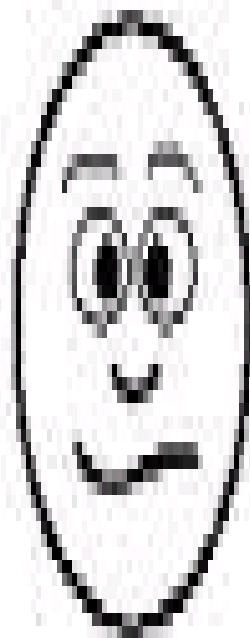
0

NO
HURT



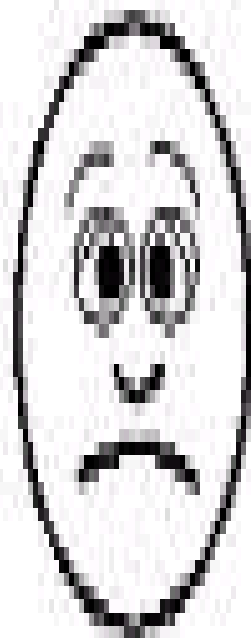
1

HURTS
A LITTLE BIT



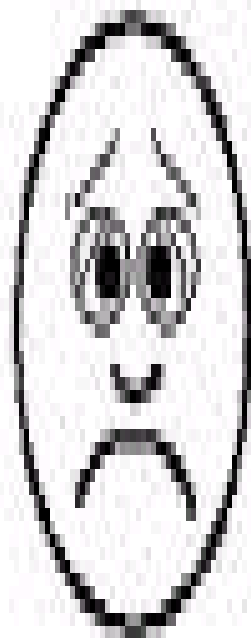
2

HURTS
A LITTLE MORE



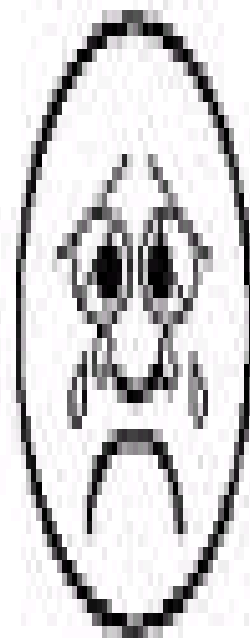
3

HURTS
EVEN MORE



4

HURTS
A WHOLE LOT



5

HURTS
WORST

© Original Author: The copyright holder of this cartoon is © 2014
The production rights are available from:
www.CartoonStock.com



نردبان کنترل درد

● **درد خفیف:** از داروهای غیر مخدر استفاده میشود و بر حسب مورد از داروهای کمکی بیدردی استفاده میکنیم مانند استامینوفن / ضد التهاب غیر استروئیدی / ایبوپروفن / ترامادول

● اگر درد بهتر نشد یا متوسط بود از داروهای گروه قبلی بعلاوه مخدر ضعیف مثل کدئین و داروهای کمکی دیگر مثل دکسترو متورفان / ضد افسردگی سه حلقه ای / مهار کننده سروتونی مثل فلوکستین / باکلوفن / گابا پنتین / فیزیوتراپی و طب سوزنی.

● اگر بهتر نشد یا درد **شدید** از مخدرهای قوی
+ داروهای کمکی استفاده میکنیم

● مخدرهای قوی مثل مورفین/متادون/بچ فنتانیل

● اگر بهتر نشد یا درد **خیلی شدید** بود از بلوکهای
نوروآگزیکال/اپیدورال و اسپاینال و پمپ کاشتنی
استفاده میکنیم



PCIA

- یکی از روشهای کنترل درد به صورت IV است .
- استاندارد طلایی در کنترل درد حاد میباشد
- بدترین کنترل درد PRN میباشد.







روش دوم کنترل درد نروآگزیا ل آنالجزیا

● ۱-اسپاینال

● ۲-اپیدورال

● ۳-بلوکهای محیطی

● مزایا:

● بیمار هوشیار است و تهوع و استفراغ بیمار کنترل می شود و میزان مصرف داروهای بیهوشی کاهش می یابد.

- مصرف منطقي داروهاي مورد استفاده در كنترل درد
- داروهايي كه تزريق ميشود متناسب با نياز بيمار باشد
(انديكاسيون داشته باشد)
- دوز دارو به شكل منحصر به فرد با فرد باشد
- در يك دوره ي زماني مشخص
- هزينه در مصرف دارو در نظر گرفته بشود



درمان مداخله اي درد(بلوك)

- **بلوك تشخيصي :** عصب مورد نظر را بلوك ميكنيم اگر بلوك جواب داد و درد بهتر شد تشخيص درست است . ارزش اين عمل مثل انژيو گرافي قلب است
- **بلوك درماني**

انواع بلوك

Stellat block :براي بلوك سر و گردن و اندام فوقاني
استفاده ميشود

بلوك توراسيك: مهره هاي T2, T3 (اندام فوقاني)

بلوك لومبار L2, L5 (اندام تحتاني)

بلوك T12 براي دردهاي احشايي

بلوك سيلياك: از ابتدای معده تا خم طحال (کبد و کلیه و
پانکراس) L1

بلوك هايپو گاستريك: L5 تا S1 دردهاي مزمن لگني (
اندومترئوز)

انواع بلوك

● **بلوك IMPAR:** براي دردهاي كوكسيك- واژينو اسموس-
كانسر ركتوم-آنوس استفاده مي شود.

● **بلوك SPHENOPALATINE:** بلوك كره ي چشم

● **بلوك فرنيك:** در سكسكه

● **بلوك OCCIPITAL:** در درد پشت سر

● **بلوك sacroiliac joint:** استئو ارتريت و كمردرد

● **بلوك intra articular:** بين مفاصل در ارتريت (

مفصل دهاني)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ