

کد ۱۰۲۰۸
۷۷/۲/۱۰ جلسه دوم

عنوان مقاله: کنترل درد در جانبازان قطع نخاع

نویسندگان: دکتر مسعود خاتمی استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)

دکتر عوض حیدرپور استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)

دکتر محمدتقی جلی‌ساز استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)

دکتر فرزاد پناهی استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)

نشانی: تهران - خیابان ملاصدرا - خیابان شیخ بهائی

خلاصه مقاله:

مقدمه: بشر اتفاقات اطراف و داخل بدن خود را غیرمستقیم از طریق ارگان‌های حسی تجربه می‌کند. پیام درد بیشتر تهدیدی است تا اطلاعاتی، بنابراین موجب بروز اعمال دفاعی می‌شود. محل رجوع درد همیشه قسمتی از بدن است که توسط همان درماتوم نخاع عصب‌گشی شده است. درد در سطوح مختلف مهار می‌شود. اولین نقطه‌ای که می‌توان از انتقال پیام درد به مراکز بالاتر CNS جلوگیری نمود شاخ خلفی نخاع است. حوادث زندگی نیمه صنعتی و صنعتی و جنگ‌ها از جمله عوامل ایجاد آسیب در نخاع است که پدیده‌ها مکانیسم‌های مربوط به درد را مختل می‌کند. در ضایعات نخاعی وجود حس درد در ناحیه دور مقعدی نشانه قطع ناکامل نخاع است.

در خلال دوره شوک نخاعی تونیسیتیه در اندام گرفتار شُل (Flaccid) است بعد از این زمان تونیسیتیه برگشته و اعضا سرانجام سفت (Spastic) می‌شوند و ممکن است کوانتراکتور مفصلی و اسپاسم‌های عضلانی بوجود آید.

در خلال دوره شوک نخاعی فقدان کامل حس در منطقه پوشش دهندگی نخاع آسیب دیده بوجود می‌آید و گفته شد وجود احساس در ناحیه دور مقعدی دلالت بر ضایعه ناکامل نخاع می‌نماید.

اگر ضایعه طناب نخاعی در سگمان همسطح T5 یا بالاتر باشد جریان سمپاتیکی حافظ انقباض نسبی عروق روده حذف می‌شود و هیپوتانسیون وضعیتی به صورت یک مفصل در این بیماران باقی می‌ماند. در این بیماران تنظیم خودکاری درجه حرارت نیز

مختل شده و نمی‌توانند لرزش عضلات خود را کنترل نمایند هیپررفلکسی خودکاری (automatic Hyperreflexia) عارضه دیگری است که در ضایعات سینه‌ای بالا و طناب گردنی به وفور دیده می‌شود که محرک‌های آن تحریک سیستم خودکار از جمله تحریک فشاری مثانه می‌باشد. با وجود قطع نخاع در اکثر بیماران نخاعی درد وجود دارد. علل بروز این دردها می‌تواند اسپوندیلوژنیک، پسیکوژنیک، سفالوژنیک، نوروژنیک، میوژنیک، ویسروژنیک و میلوژنیک باشد.

دردهای ویسروژنیک از مهمترین انواع درد به دنبال آسیب نخاعی می‌باشد که به شکل دردهای مبهم و اسپاسمودیک در نواحی توراسیک و آبدومینال دیده می‌شود. این دردها گاهی با تهوع و تعریق همراه شده و از چند هفته تا چند ماه بعد از ضایعه شروع می‌شوند. این دردها با اتساع مثانه، روده‌ها و یا عفونت تشدید می‌شوند.

سیرنگومیلی از جمله عوارض بلندمدت قطع نخاع است که به علت ایجاد حفره نخاعی در بالای محل ضایعه بوجود می‌آید و با درد خود را نشان می‌دهد.

روش مطالعه: برای انجام این مطالعه از مدارک موجود و پرونده‌های پزشکی ۳۱۶ نفر از جانبازان قطع نخاعی تحت پوشش بنیاد جانبازان و مستضعفان انقلاب اسلامی در دو استان کشور استفاده شد. این دو استان از جمله استان‌های فعال نیرومند در خلال جنگ تحمیلی بودند و ۱۷/۲۵ درصد از جانبازان قطع نخاعی جنگ متعلق به این دو استان یعنی اصفهان و خراسان بودند. استان اصفهان در زمان جنگ تحمیلی به طور متوسط ۶/۶۷ درصد از جمعیت کل کشور (۳۲۹۴۹۱۶ نفر) و استان خراسان ۱۰/۶۸ درصد از کل جمعیت کشور (۵۲۸۰۶۰۵ نفر) را داشته‌اند در حالیکه ۹/۵۰٪ از کل جانبازان قطع نخاع متعلق به استان اصفهان و ۸/۸۴٪ آنها متعلق به استان خراسان بوده‌اند که حکایت از درجه خلوص و فداکاری مردم این دو استان و مشکلات بعد از جنگ خانواده‌های آنها دارد، برای ۲۰ نفر از جانبازان قطع نخاع این دو استان امکان دسترسی به پرونده‌های پزشکی برای رسیدگی به درد میسر نشد.

نتایج: حدود ۰/۵۶٪ از کل جانبازان کشور را جانبازان قطع نخاع تشکیل می‌دهند که این درصد در خصوص جانبازان استان اصفهان ۰/۶۲٪ و در خصوص جانبازان استان خراسان ۰/۵۲٪ است.

۱۰۰ نفر از مجموع ۳۱۶ نفر بدون درد بودند (۳۱/۶۴٪)، ۱۰۷ نفر درد خفیف داشتند (۳۳/۸۶٪) و ۱۰۹ نفر مابقی (۳۴/۴۹٪) درد شدید داشتند. تفکیک فراوانی ضایعات در کسانی که دچار ضایعه در نخاع گردنی، توراسیک بالا (T1-T4)، توراسیک میانی (T5-T8)، توراسیک تحتانی (T9-T12) و کمری بودند به ترتیب ۲/۸٪، ۱۶/۴٪، ۲۹٪، ۳۷/۸٪ و ۱۳/۵٪ بود. درد شدید در ۳۵٪ موارد در جانبازان با ضایعه نخاعی در توراسیک میانی و در ۳۰ درصد از موارد در ضایعات توراسیک تحتانی و ۱۵٪ موارد در ضایعات کمری بود و ضایعات گردنی کمتر درد شدید داشتند. بیشترین میزان فراوانی درد خفیف در ضایعات توراسیک تحتانی (۴۳٪) و پس از آن توراسیک میانی (۲۳٪) و در ضایعات نواحی توراسیک فوقانی و کمری هرکدام ۱۴٪ بود.

به طور خلاصه ۶۸/۶۴ درصد از ۳۱۶ مورد جانباز قطع نخاع بررسی شده درد داشتند و تنها ۳۱/۶۴٪ بدون درد بودند. فراوانی درد در ضایعات گردنی، توراسیک بالا، توراسیک میانی، توراسیک تحتانی و کمری به ترتیب ۳/۴۰٪، ۲۳/۱۶٪، ۲۹/۱۶٪، ۳۷/۰۳٪ و ۱۴/۸۱٪ بوده که بجز موارد کمری نشانه این است که هرچه سطح ضایعه پایین تر باشد احتمال بروز درد بیشتر است. در چهار مورد از مجموع جانبازان بررسی شده سیرنگومیلی بوجود آمده است (۱/۲۶٪). که علائم آن به صورت وجود درد در نواحی بالای ضایعه نشان داده شده است.

بحث و بررسی: با عنایت به موارد مذکور می توان استنتاج کرد که برعکس آنچه در نگاه اول به ذهن ظهور می کند با وجود قطع نخاع، بیش از $\frac{۲}{۳}$ این بیماران درد دارند و نیازمند به درمان صحیح برای زندگی عادی و کاربرد مخدر و مسکن مناسب در خلال اعمال جراحی و بیهوشی هستند.

دردهای اسپوندیلوژنیک به خوبی به مسکن‌های معمولی شل کننده‌های عضلانی جواب می دهند و معمولاً بایستی نسبت به تثبیت ضایعات استخوانی ایجاد کننده آنها اقدام کرد. دردهای پسیکوژنیک با داروهای ضد افسردگی درمان می شوند. دردهای سفالوژنیک به مخدرها خوب جواب می دهند ولی خطر اعتیاد وجود دارد. فیزیوتراپی

و تمرین‌های عضلانی مناسب‌ترین درمان برای دردهای میوژنیک هستند. برای دردهای نوروژنیک و میلوژنیک طیف وسیعی از درمان‌های NSAIDs، کاربامازپین، آسپیرین، ضد افسردگی‌ها، ضد صرع‌ها و ... را توصیه کرده‌اند و باید به یاد داشت که لازم است از عوامل تشدید کننده درد همچون سرما، نشستن طولانی، استراحت، استراحت و فعالیت زیاد و محرکات حسی خودداری نمود. چنانچه جانبازان قطع نخاعی برای بیهوشی و عمل جراحی به اطاق عمل بیایند لازم است علاوه بر اینکه مسکن کافی برای ایجاد بی‌دردی برای آنها در خلال عمل به کار برده شود، تمهیدات لازم برای جلوگیری از افت فشار خون و هیپوتانسیون در خلال بیهوشی اندیشیده شود و از هرگونه عملی که سبب بروز هیپرفلکسی خودکاری در آنها می‌گردد خودداری گردد. بیهوشی انتخابی در بیماران قطع نخاع بیهوشی عمومی با رعایت کلیه موارد مندرج در فوق است. **تشکر:** در پایان لازم می‌دانم از تمام کسانی که برای جانبازان انقلاب اسلامی و جنگ تحمیلی خدمت می‌کنند تشکر نمایم و به ویژه مراتب قدردانی و سپاس خود را از خدمتگزاران بنیاد جانبازان و مستضعفان انقلاب اسلامی در استان‌های اصفهان و خراسان و مرکز که امکان انجام این بررسی را فراهم نمودند، اعلام می‌نمایم.