

# مراقبت‌های حمایتی - تسکینی

راهنمای بالینی کنترل درد و سایر علائم در بزرگسالان  
برای پزشک و پرستار

ویرایش پنجم

تألیف

شبکه‌های بالینی راهبردی منچستر

گروه مؤلفان

آرونا هاجسون

دبی الکساندر

استفانی لیپت

ایلین پارکین

جینی پیکارد

آنا سویفت

دیوید واترمن

با مقدمه و ویراستاری علمی

دکتر عادلہ رضاقلی‌زاده شیروان

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سایر مترجمان

دکتر پونه پیرجانی

دکتر نعیمه کشاورزی

دکتر طاهره یاوراحمدی



# فهرست

پیشگفتار مترجم.....	۵
اصول کلی مدیریت علائم در بیماران تحت مراقبت‌های حمایتی-تسکینی.....	۷
<b>فصل ۱: علائم اختصاصی.....</b>	<b>۱۱</b>
مدیریت درد.....	۱۲
تهوع و استفراغ.....	۳۵
انسداد دستگاه گوارش.....	۳۸
یبوست.....	۴۲
اسهال.....	۴۴
خستگی.....	۴۶
بی‌اشتهایی.....	۴۷
تنگی نفس.....	۴۸
سرفه.....	۵۱
ترشحات تنفسی.....	۵۲
مشکلات دهانی.....	۵۳
سکسکه.....	۵۶
دلبریوم و گیجی.....	۵۷
اضطراب در بیماری‌های پیشرفته.....	۶۰
افسردگی.....	۶۳
اختلالات خواب.....	۶۵
اورژانس‌ها در مراقبت‌های حمایتی-تسکینی.....	۶۶
<b>فصل ۲: وضعیت‌های اختصاصی.....</b>	<b>۷۷</b>
<b>فصل ۳: مراقبت‌های نزدیک مرگ.....</b>	<b>۸۹</b>
<b>فصل ۴: ضمائم.....</b>	<b>۱۰۷</b>
ضمیمه ۱- جدول (چارت) نحوه تبدیل داروهای مخدر به یکدیگر.....	۱۰۸
ضمیمه ۲- اصول و مسئولیت‌های کلی هنگام درخواست مشاوره برای بیماران نیازمند مراقبت تسکینی.....	۱۱۳
ضمیمه ۳- تجویز داروی تخصصی توسط متخصص در مراقبت‌های حمایتی و تسکینی.....	۱۱۶
<b>فصل ۵: منابع.....</b>	<b>۱۱۸</b>
منابع.....	۱۱۹

# اصول کلی مدیریت علائم در بیماران تحت مراقبت‌های حمایتی-تسکینی

مراقبت‌های حمایتی-تسکینی خوب، فقط حمایت از فرد مبتلا به سرطان در ماه‌ها، روزها یا ساعت‌های پایان زندگی نیست، بلکه به معنای افزایش کیفیت زندگی برای بیماران و اعضای خانواده آن‌ها در هر مرحله از روند بیماری، از زمان تشخیص به بعد می‌باشد. در یک رویکرد مناسب در مراقبت‌های حمایتی-تسکینی، باید در کنار مدیریت بیماری فعال از مرحله اولیه، روند بیماری در نظر گرفته شود. مراقبت‌های حمایتی-تسکینی بر روی شخص و نه بیماری متمرکز است و رویکردی جامع را برای تأمین نیازهای جسمی، عملکردی، اجتماعی، عاطفی، روانی و معنوی بیماران و مراقبان که با بیماری پیش‌رونده و در نهایت سوگ روبرو هستند، اعمال کند.

## درخواست مشاوره تخصصی

در بخش‌های مختلف این کتاب به توصیه‌های تخصصی این حوزه اشاره شده است. بنابراین در صورت نیاز با متخصص طب تسکینی مربوطه مشورت گردد.

## استفاده از داروها خارج از مجوز بازاریابی:

"بسیاری از داروهایی که در مراقبت حمایتی - تسکینی بکار می‌روند، خارج از استفاده معمولشان بوده و بنا بر صلاحدید پزشک تجویز می‌شوند." قرار دادن این داروها و دوز آن‌ها در دستورالعمل درمان، به این معنا نیست که تجویز کننده دیگر وظیفه ندارد درمانی را که به آن اعتماد دارد و آن را توجیه‌پذیر و مناسب نیاز بیمار می‌داند ارائه دهد.

در این راهنمای عملی، اطلاعاتی در مورد رویکرد کلی برای مدیریت یک علامت یا وضعیت ارائه می‌گردد. با این حال، مدیریت بیماری باید فردی شده و مطابق با نیازهای مشخص هر بیمار باشد.

## مدیریت مؤثر علائم شامل موارد زیر است:

- **ارزیابی** - به عنوان مثال علت این علامت، تأثیر آن بر زندگی بیمار و درمان‌های قبلی مورد ارزیابی قرار گیرد.
- **ارائه توضیحات** - برای بیمار و اعضای خانواده، در مورد علت بروز علائم و گزینه‌های درمانی توضیح داده شود.
- **مدیریت** - بر اساس رویکرد فردی به شرایط خاص هر بیمار، مدیریت علائم انجام می‌گردد. علل برگشت‌پذیر در صورت لزوم درمان شود، در صورت نیاز، از درمان‌های غیر دارویی استفاده شود. درمان‌های دارویی در حد ممکن ساده انجام شود، در صورت لزوم مشاوره درخواست شود.
- **پایش** - اثربخشی درمان به صورت منظم مرور و به جزئیات توجه شود.



# فصل ۱

علائم اختصاصی



# مدیریت درد

## ۱- ارزیابی درد

- ارزیابی صحیح درد، برای مدیریت مؤثر آن ضروری است.
- در بسیاری از بیماران تحت مراقبت‌های حمایتی-تسکینی بیش از یک منشأ، برای درد وجود دارد.
- لازم است هر یک از انواع درد در یک بیمار، به‌صورت جداگانه ارزیابی و در صورت امکان علل احتمالی آن شناسایی شود.
- درد ممکن است دائمی یا متناوب باشد<sup>۱</sup>.

### موارد زیر مورد سؤال و بررسی قرار گیرد:

- **علل شایع درد**
- **وابسته به بیماری:** تهاجم مستقیم سرطان، اتساع عضو، فشار بر روی اعضای مجاور:
- درد استخوانی: بدتر شدن درد بر اثر فشار و یا تحمل وزن
- درد عصب: سوزشی، تیر کشنده، احساس خارش، تغییر در حس، انتشار درماتومی درد
- فشار بر روی طناب نخاعی: درد در ناحیه کمر یا پشت با الگوی رادیکولار
- درد کبد: بزرگی کبد، درد در ناحیه ربع فوقانی و راست شکم، درد ارجاعی به نوک شانه
- افزایش فشار داخل جمجمه: سردرد، تهوع یا هر دو، اغلب صبحگاهی و یا تشدید درد همراه با دراز کشیدن
- کولیک: دردهای کرامپی متناوب. مطرح کننده انسداد روده، اسپاسم مثانه
- **وابسته به درمان:** نوروپاتی ناشی از شیمی‌درمانی، بیوست ناشی از مصرف مخدرها، موکوزیت به دنبال پرتودرمانی
- **ناشی از ناتوانی بیمار:** زخم‌های بستر، کاشکسی شدید، کاندیدیاز دهانی
- **سایر بیماری‌های غیر مرتبط:** آرتريت، پوکی استخوان، بیماری‌های عروقی، گاستریت<sup>۲</sup>.
- محل اصلی درد و نواحی انتشار آن؛ رسم شماتیک بدن انسان، کمک‌کننده است.
- خصوصیت درد؛ ممکن است تهیه فهرستی از کلمات توصیفی کمک‌کننده باشد.
- زمان شروع و شدت درد؛ برای تعیین شدت درد از مقیاس درجه‌بندی آن بر مبنای امتیازدهی عددی، از صفر (حالت بدون درد) تا ۱۰ (شدیدترین حالت درد)، یا امتیازدهی شفاهی به‌صورت بدون درد / خفیف / متوسط / شدید استفاده می‌شود.
- زمان‌بندی و طول مدت درد
- عوامل تشدیدکننده درد
- عوامل کاهنده درد مثل داروها
- پاسخ به درمان‌های قبلی
- علائم همراه
- تاثیر بر عملکرد، خواب و خلق
- ابزار ارزیابی مدون، برای ثبت درد بیمار در نظر گرفته شود.
- برای تشخیص علت درد، بیمار را معاینه کنید (مثل بزرگی دردناک کبد در لمس شکم).
- تأثیر درد بر روی بیمار و خانواده ارزیابی شود. عواملی از قبیل فشارهای عاطفی، روانی یا معنوی که ممکن است احساس درد را تشدید کنند، مدنظر قرار گیرد.
- روش‌های مناسب برای تشخیص علت درد، مورد توجه قرار گیرد.

۲. منبع: راهنمای عملی مراقبت‌های حمایتی-تسکینی اسکاتلند

1. breakthrough pain

جدول ۱. انواع شایع درد در بیماران تحت مراقبت‌های حمایتی-تسکینی و درمان‌های پیشنهادی

درد	مثال	خصوصیت	درمان اولیه	داروهای کمکی	سایر درمان‌ها
سوماتیک عمقی	متاستاز استخوانی	- درد دائمی - تیر کشنده - تشدید با حرکت یا تحمل وزن بدن	نردبان WHO	- کورتیکواستروئیدها - گاباپنتین	- رادیوتراپی - جراحی - بیس فسفونات‌ها
احشایی (ویسرال)	کبد، ریه، روده، مثانه	- درد منتشر - گاهی دائمی و مبهم - گاهی درد تیز یا عمیق - ضربان دار - کولیکی	نردبان WHO	- کورتیکواستروئیدها - داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی	- جراحی - بلوک عصبی
نوروپاتیک	- فشار بر عصب - آسیب عصب - متاستاز استخوانی	- سوزشی - برق آسا - اختلال حسی در محل‌های درگیر	نردبان WHO	- ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (مثل آمی تریپتیلین) - ضد تشنج‌ها (مثل گاباپنتین، پره گابالین) - مهارکننده‌های باز جذب سروتونین و نورآدرنالین (مثل دولوکستین) - کورتیکواستروئیدها	- پرتودرمانی TENS/PENS - بلوک عصبی - کپسایسین موضعی
اسپاسم عضلات صاف	انسداد روده، اسپاسم مثانه	درد عمیق، پیچشی و کولیکی	شاید حساس به داروهای مخدر (پاسخ متغیر)	آنتی کولینرژیک مانند هیوسین بروماید برای دردهای کولیکی روده	مداخله جراحی برای رفع انسداد

## ۲- مدیریت درد - نکات کلی

- بسته به شرایط بیمار، اهداف به‌صورت واقع‌بینانه تعیین شود. به عنوان مثال: کنترل درد شبانه/ حین استراحت/ حین جابجایی
- توضیحات به بیمار و خانواده در خصوص علل درد و درمان‌های آن داده شود و برای مشارکت فعال در مدیریت درد تشویق شوند.
- میزان پاسخ به درمان، به‌طور منظم ارزیابی شود.
- انتظارات بیمار، در جهت کنترل بهینه درد مدیریت شود، به عنوان مثال دستیابی به شرایط بدون درد در همه زمان‌ها شاید امکان‌پذیر نباشد.
- در صورت عدم دسترسی به نتایج آزمایشگاهی اخیر، بررسی عملکرد کلیوی و کبدی قبل از شروع درمان مدنظر باشد.

### ۳- مدیریت درد - نردبان کنترل درد سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>

- نردبان کنترل درد سازمان بهداشت جهانی (WHO) یک راهنمای عمومی برای مدیریت درد است که بر مبنای شدت درد پایه‌گذاری شده است. لازم به ذکر است، این نردبان به تنهایی نمی‌تواند مرجع مدیریت درد باشد و علاوه بر آن، باید ارزیابی دقیق درد در هر فرد، انجام شود.



### جدول ۲. مثال از به کارگیری نردبان سازمان بهداشت جهانی

در بیمار با درد خفیف و بدون سابقه دریافت داروهای ضد درد

مثال - پله اول	مثال - پله دوم	مثال - پله سوم
<p>شروع استامینوفن با فواصل منظم</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ دوز معمول آن یک گرم و ۴ بار در روز است ولی در برخی بیماران کاهش دوز دریافتی توصیه می‌گردد که در ادامه توضیح داده خواهد شد.</li> </ul> <p>و/ یا</p> <p>ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی مثل ایبوپروفن، ناپروکسن، سلکوکسیب یا کتورولاک<sup>۲</sup></p>	<p>در صورت تداوم و یا تشدید درد بیمار:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ در صورت عدم پاسخ، استامینوفن قطع شود.</li> <li>■ شروع کدئین با دوز ۳۰-۶۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز به صورت منظم</li> </ul> <p>(پله دوم ممکن است حذف شود که توضیحات آن در ادامه داده شده است.)</p>	<p>در صورت عدم پاسخ به حداکثر دوز استامینوفن و کدئین:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ قطع استامینوفن در صورت عدم کنترل درد</li> <li>■ قطع کدئین</li> <li>■ شروع مخدرهای قوی مثل مورفین خوراکی<sup>۳</sup> (توضیحات آن در ادامه داده شده)</li> </ul>

### انتخاب داروی مسکن اولیه باید بر اساس شدت و علت درد باشد:

- برای دردهای خفیف، شروع درمان بر مبنای پله اول
- برای دردهای متوسط، شروع درمان بر مبنای پله دوم یا سوم (به بخش مربوط به مخدرهای ضعیف مراجعه شود)
- برای دردهای شدید، شروع درمان بر مبنای پله سوم

۱. منبع: راهنمای عملی WHO برای مدیریت دارویی و پر تو درمانی درد ناشی از سرطان در افراد بالغ مبتلا، ۲۰۱۸.

۲. کتورولاک توسط مترجم اضافه شده است که یکی از انواع رایج داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی می‌باشد که در کشور ایران تجویز می‌شود.

۳. در بازار دارویی ایران نوع خوراکی مورفین در دسترس نمی‌باشد.



### جدول ۳. اصول استفاده از داروهای ضد درد

خوراکی	تا حد امکان، داروهای ضد درد باید به صورت خوراکی تجویز شوند.
بر اساس زمان‌بندی مشخص	دوزهای معین داروهای ضد درد بر اساس فواصل زمانی منظم تجویز شود که به نوع دارو و مدت زمان اثر آن بستگی دارد.
بر اساس شرایط هر بیمار	مدیریت درد هر بیمار بر اساس شرایط فردی، نیازمند ارزیابی دقیق و تصمیم‌گیری درباره گزینه‌های درمانی مناسب است.
توجه به جزئیات	دوز داروها در طول روز بر مبنای ساعت خواب و بیداری بیمار تنظیم شود. نام داروهای ضد درد، دلیل استفاده از آنها، دوز و فواصل مصرف برای بیمار و خانواده به صورت کامل نوشته شود. درباره عوارض احتمالی هر یک از داروها توضیحات لازم داده شود.



## پله اول نردبان سازمان بهداشت جهانی؛ ضد دردهای غیر مخدر

### الف) پاراستامول (استامینوفن)

- **میزان تجویز** - دوز استاندارد در بیماران بدون عامل خطر برای مسمومیت کبدی، یک گرم، چهار بار در روز است.
- **در بیماران با بیش از یک عامل خطر برای مسمومیت کبدی (سن بالا، وزن کمتر از ۵۰ کیلوگرم، وضعیت تغذیه نامناسب، بی‌اشتهایی، مصرف مزمن الکل)** - دوز مصرفی به ۵۰۰ میلی‌گرم، چهار بار در روز کاهش یابد. در صورت نیاز به افزایش دوز در موارد پرخطر، حداکثر دوز مصرفی، ۳ گرم در ۲۴ ساعت و در دوزهای منقسم توصیه می‌گردد.
- **در بیماران با نارسایی شدید کلیوی (فیلتراسیون گلومرولی (eGFR) کمتر از ۱۰ ml/min)** - حداکثر دوز مصرفی ۳ گرم در طی ۲۴ ساعت و در دوزهای منقسم می‌باشد و در صورت امکان فواصل مصرف دارو کمتر از ۶ ساعت نباشد. برای اطلاعات بیشتر به بحث **کنترل علائم در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی** مراجعه شود.

### ب) داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs):

- این داروها به خصوص در مواردی که درد بیمار دارای جزء التهابی می‌باشد، مفید هستند و رایج‌ترین آن‌ها شامل موارد زیر می‌باشد:
- ایبوپروفن ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی‌گرم و سه بار در روز
  - ناپروکسن ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی‌گرم و دو بار در روز
  - سلکوکسیب ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز که در صورت لزوم تا ۲۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز قابل افزایش می‌باشد.
- برای اطلاعات بیشتر به بخش **داروهای ضد درد کمکی** مراجعه شود.

## پله دوم نردبان سازمان بهداشت جهانی؛ ضد دردهای مخدر برای دردهای متوسط

از نظر فارماکولوژیک هیچ نیازی به مخدرهای ضعیف نیست و در مراقبت‌های حمایتی-تسکینی، در صورت عدم پاسخ به ضد دردهای غیر مخدر، می‌توان به طور مستقیم مخدرهای قوی را تجویز کرد. به طور کلی مورفین (یا سایر مخدرهای قوی) در دوزهای کم نسبت به مخدرهای ضعیف، اثر بهتر و سریع‌تری در

کنترل درد ناشی از سرطان دارند.

- در صورت تجویز یک داروی مخدر ضعیف، باید آگاه بود که:
- کدئین برای رسیدن به اثرات ضد دردی، در بدن به مورفین تبدیل می‌شود. در افرادی که آنزیم‌های مبدل کدئین، عملکرد ضعیفی دارند، اثرات ضد دردی ایجاد نخواهد شد و برعکس، در افرادی که این آنزیم‌ها سرعت بالایی داشته باشند، ممکن است دچار مسمومیت شوند.
  - در ایران استفاده از داروی ترامادول به عنوان مخدر ضعیف رایج است که در دوزهای درمانی اثرات ضد دردی دارد ولی توجه به سقف مصرف تا ۴۰۰ میلی‌گرم در روز، ضروری است چراکه دوزهای مازاد آن خطر بروز تشنج را افزایش می‌دهد.<sup>۱</sup>
  - دی‌هیدروکدئین دارای ماده اصلی فعال است و وابسته به متابولیسم نمی‌باشد.<sup>۲</sup>

**برای تبدیل دوز مخدرهای ضعیف به مورفین خوراکی به جدول ۴۲ مراجعه شود.**

## پله سوم نردبان سازمان بهداشت جهانی؛ ضد دردهای مخدر برای دردهای شدید

**مورفین** یک داروی مخدر قوی برای کنترل دردهای متوسط تا شدید در بیماران تحت مراقبت‌های حمایتی-تسکینی می‌باشد که با توجه به شناخت عموم مردم، در دسترس بودن و قیمت مناسب آن، داروی انتخابی می‌باشد. در بیمارانی که مشکل بلع یا جذب ندارند استفاده از روش خوراکی ارجحیت دارد.

با توجه به عدم دسترسی به اشکال خوراکی مورفین در کشور ما، گاهی استفاده از سایر مخدرهای خوراکی قوی (اکسی‌کدون) به عنوان انتخاب اول لازم است.<sup>۳</sup>

- سایر مخدرهای قوی زمانی استفاده می‌شوند که:
- در دسترس نبودن مورفین.
  - بروز عوارض غیرقابل پذیرش مورفین در بیمار
  - ارجحیت درمانی استفاده از داروهای ترانسدرمال (با جذب پوستی)

### ■ نارسایی شدید کلیوی در بیمار

(برای اطلاعات بیشتر به راهنمای عملی مراقبت‌های حمایتی-تسکینی در بالغین NICE): مخدرهای قوی برای کنترل درد (مراجعه شود).

۱، ۳. این قسمت توسط مترجم اضافه شده است.  
۲. در بازار دارویی ایران موجود نمی‌باشد.