

العام العالمي لمكافحة الألم الحاد

PAIN

أكتوبر 2011 – أكتوبر 2010

مبادئ إدارة الألم في قسم الطوارئ للمرضى الذين يعانون من حالات طبية مرتبطة بالألم حاد

مقدمة

- يعد الألم السبب الأكثر شيوعاً لسعي الناس للحصول على الرعاية الصحية، ويعتبر، كشكوى رئيسية، مسؤولاً عن أكثر من ثلثي الزيارات التي تقد إلى قسم الطوارئ [4، 6، 11].
- يعاني غالبية المرضى من الألم لأسباب غير رضحية.
- تشمل الفئات الرئيسية للحالات الطبية المرتبطة بالألم حاد ألم الظهر المتعلق باللفافة العضلية أو ألم الرقبة، وألم البطن، والصداع، وألم الصدر، والألم الثانوي لعداوى الجهاز التنفسي العلوي [12].
- على الرغم من أن علاج الألم الحاد حظي باهتمام متزايد خلال العقد المنصرم، فإن الألم الخاضع للعلاج شائع على نطاق واسع في الكثير من الحالات [12].
- من شأن البروتوكولات والمبادئ التوجيهية المعنية بإدارة الألم، حال تطبيقها على نحو متسق، أن تحسن نتائج علاج الألم على المدى القصير [5].

المبادئ الأخلاقية

- إن المبادئ الأخلاقية للمنفعة (واجب القيام بإجراءات لصالح الآخرين) وعدم الإيذاء (واجب عدم الإضرار) تمثل أساساً أخلاقياً لنهجنا تجاه الشخص الذي يعاني من الألم.
- انطلاقاً من احترامنا لاستقلالية المريض، فإن الاختيارات بين التدخلات المتعددة لتسكين الألم تتضمن تفضيلات المريض، إذا كان ذلك ممكناً.
- تحت مبادئ عدالة التوزيع على تخصيص الموارد بشكل عادل وعلى ضرورة التعرف على أوجه التفاوت غير المناسب في العلاج المسكن للألم القائم على النوع أو العرقية أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية والقضاء عليها.

التقييم

- يقتضي العلاج المرضي للألم أن يتعرف الطبيب السريري في البداية على الألم ويقوم بتقييمه. وتتوافر للطبيب السريري مجموعة متنوعة من أدوات التقييم، ويجب استخدامها على نحو منظم.
- توجد مجموعات فرعية محددة من المرضى، تشمل الرضع والأطفال والمعاقين معرفياً والمسنين، أكثر عرضة من غيرها لاحتمال العلاج غير الكافي للألم. ويلزم استخدام أدوات محددة، مثل FLACC وPAINAD، والتي تقيس بعض السلوكيات المرتبطة بالألم، من أجل تقييم الألم لدى هذه المجموعات [9، 13].

بروتوكولات العلاج

- يجب تطوير وترسيخ بروتوكولات لعلاج الألم وتقييمه.
- تتطلب الجهات التنظيمية التي تشرف على الممارسين ومؤسسات الرعاية الصحية وثائق خاصة بتقييم الألم في حالات سريرية متنوعة.
- ستخضع التدخلات الفعالة لتسكين الألم وتوثيق الاستجابة لهذه التدخلات لعملية تدقيق مكثفة.
- قد تؤدي البروتوكولات التي تشتمل على تدخلات مسكنة للألم موجهة بواسطة الممرضات إلى تسكين الألم بسرعة أكبر.

حالات معينة

- ألم البطن الحاد:
 - تاريخياً، لم تكن المسكنات تستخدم بشكل كاف في علاج ألم البطن الحاد خوفاً من أن تؤدي إلى إخفاء تشخيصات قد تكون خطيرة والتسبب في تأخير التدخلات الجراحية اللازمة. لكن هذا الخوف ليس له أساس، فهناك عدد من التجارب المعشاة الخاضعة للتحكم تؤيد سلامة تناول المسكنات في حالة الألم البطني الحاد.
 - لا تؤدي جرعات المسكنات المعبارة من العقاقير الأفيونية المفعول التي تعطى عبر الوريد إلى حجب أية نتائج سريرية هامة أو إلى زيادة معدلات الخطأ التشخيصي أو تأخير التدخل الجراحي الملائم [8].
- ألم أسفل الظهر الحاد [1، 2، 3]:
 - يعتبر ألم أسفل الظهر الحاد المتعلق باللفافة العضلية حالة رئيسية محدودة ذاتياً واسعة الانتشار في عيادات الأطباء أو أقسام الطوارئ.
 - يتعين الرجوع إلى الأشعة الطبية ما لم يشر التاريخ المرضي أو الفحص البدني إلى أسباب مرضية أكثر خطورة، مثل السرطان أو العدوى أو الكسر أو متلازمة ذنب الفرس.
 - قد تكون متطلبات تسكين الألم الأولية مهمة فعلياً، ويجب البدء في العلاج باستخدام العقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات (NSAIDs) أو الأسييتامينوفين (يطلق عليه كذلك الباراسيتامول). وقد تقتضي الإدارة الملائمة للألم الاستخدام قصير الأمد للعقاقير الأفيونية المفعول الفورية الإطلاق. ويجب ألا يتم البدء في العلاج الطويل الأمد بالعقاقير أفيونية المفعول ما لم يكن ذلك بناءً على توصية من المبادئ التوجيهية لتوافق الآراء.
 - يسمح العلاج المُسكن العنيف الأولي بالاستئثار المبكر ويساعد في تجنب الراحة في السرير لفترة طويلة. وتعتبر الراحة في السرير إحدى المخاطر المعروفة لتأخر تسكين الألم والعودة البطيئة إلى الوظيفة الكاملة.

- المصغص الكلوي:
 - يتسبب الألم المبرح للمصغص الكلوي في مليون زيارة إلى أقسام الطوارئ في الولايات المتحدة على المستوى الوطني، ويتزايد حدوث هذه الحالة بشكل مطرد.
 - تفوق فعالية استخدام العقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات والعقاقير الأفيونية المفعول معاً فعالية استخدام أي منهما على حدة وتؤدي إلى إنهاء الألم بشكل أسرع مع فرصة أقل لحدوث الغثيان والقيء.
 - يجب أن يتلقى المرضى الذين لديهم أعراض مطابقة علاجاً مُسكناً سريعاً، دون تأخير العلاج انتظاراً للاختبارات التأكيذية القائمة على تحليل البول أو إجراء الأشعة الطبية [10].
- الصداع النصفي:
 - فلما تكون العقاقير الأفيونية المفعول ملائمة كعلاج أولي لاضطرابات الصداع الرئيسية.
 - تعتبر الأدوية المقاومة للدوبامين والمضادة للقيء، ومن بينها البروكلوربيرازين والميتوكلوبراميد، هي العوامل المفضلة لعلاج نوبات الصداع النصفي المتكررة لدى المرضى الذين يأتون إلى قسم الطوارئ [13].
 - يمكن استخدام التريبتان في علاج الصداع النصفي الناشئ حديثاً أو غير المتكرر والذي لا يستجيب للعلاج بالعقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات، ولكن فقط بعد الاستبعاد المؤكد للأسباب الأكثر خطورة للصداع الحاد.

المراجع

- [1] Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:505–14.
- [2] Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:492–504.
- [3] Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478–91.
- [4] Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002;20:165–9.
- [5] Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, Yersin B, Buclin T. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 2007;50:462–471.
- [6] Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. *J Emerg Med* 1998;16:377–82.
- [7] Kostic MA, Gutierrez FJ, Rieg TS, Moore TS, Gendron RT. A prospective, randomized trial of intravenous prochlorperazine versus subcutaneous sumatriptan in acute migraine therapy in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2010;56:1–6.
- [8] Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD005660.
- [9] Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs* 1997;23:293–7.
- [10] Safdar B, Degutis LC, Landry K, Vedere SR, Moscovitz HC, D'Onofrio G. Intravenous morphine plus ketorolac is superior to either drug alone for treatment of acute renal colic. *Ann Emerg Med* 2006;48:173–180.
- [11] Tanabe P, Buschmann M. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *J Emerg Nurs* 1999;25:171–7.
- [12] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P. Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [13] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:9–1.