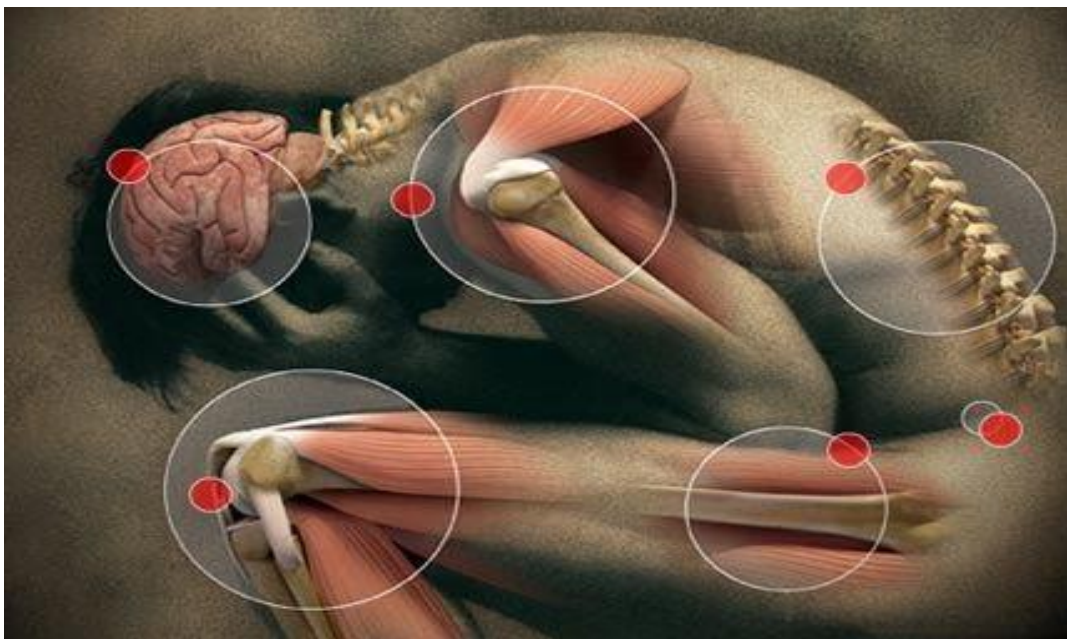


ΣΧΟΛΗ:Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Ο πόνος και η νοσηλευτική διεργασία”



Σπουδάστρια : Βασιλική Στεργίου

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός: Ευρυδίκη Παπαγιαννοπούλου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ / Abstract.....4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1. Φυσιολογία.....7

1.1 Νευροφυσιολογία.....8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2. Τα είδη του πόνου.....9

2.1 Οξύς πόνος.....9

2.2 Χρόνιος πόνος.....9

2.3 Ψυχογενής πόνος.....10

2.4 Αλγαισθητικός πόνος.....10

2.5 Νευροπαθητικός πόνος.....11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3. Καρκινικός πόνος.....15

3.1 Θεραπεία/ Φαρμακευτική αγωγή.....17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4. Μετεγχειρητικός πόνος.....21

4.1 Οξύς μετεγχειρητικός πόνος.....21

4.2 Χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος.....21

4.3 Θεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου.....22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5. Πόνος μέλους φάντασμα.....24

5.1 Κολόβωμα.....24

5.2 Κλινική εικόνα.....25

5.3 Θεραπεία.....25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση του πόνου.....	26
6.1 Νοσηλευτική διάγνωση.....	27
6.2 Αξιολόγηση του πόνου.....	27
6.3 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	29
6.4 Αντίληψη του πόνου από τον ασθενή.....	30

Β' ΜΕΡΟΣ

ΈΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).....	31
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	48

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος αποτελεί για έναν νοσηλευτή την μεγαλύτερη πρόκληση από την φροντίδα οποιοδήποτε άλλου τραύματος. Και καλείται να ανακουφίσει τον ασθενή από αυτόν. Γι αυτό το λόγο υποχρεώνεται να έχει τη σωστή εκπαίδευση ώστε να είναι αποτελεσματικός.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσω τον πόνο, να καταγράψω τα είδη και την θεραπεία του. Τέλος να αναφέρω την νοσηλευτική διεργασία που γίνεται από τον νοσηλευτή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό προήλθε από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαπενταετία και το υλικό επιλέχθηκε μετά από αρκετή μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία και άρθρα. Όσον αφορά την γλώσσα χρησιμοποιήθηκαν μόνο βιβλία και άρθρα που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πόνος αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό του σώματος, εμφανίζεται όταν προκαλείται βλάβη σε ιστούς, και εξαναγκάζει το άτομο να αντιδρά με τέτοιο τρόπο ώστε να απομακρύνει το ερέθισμα. Ακόμα και απλές δραστηριότητες μπορούν να προκαλέσουν πόνο. Ο πόνος εκλαμβάνεται ως σύμπτωμα μιας νόσου που πρόκειται να διαγνωσθεί και στην πορεία να αντιμετωπισθεί. Αντικειμενικά όμως τον πόνο δεν μπορούμε να τον μετρήσουμε, μπορούμε όμως να διακρίνουμε τον τύπο του πόνου και με αυτό τον τρόπο να μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να τον καταπολεμήσει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Για να παρέχουμε πλήρες και σωστή φροντίδα στον ασθενή μας που πονά οφείλουμε να έχουμε σωστή κατάρτιση και εκπαίδευση ώστε να εφαρμόσουμε ένα ανάλογο πρόγραμμα φροντίδας που θα εξαρτηθεί από το τύπο του πόνου, τον ασθενή αλλά και από άλλες παραμέτρους όπως το είδος της ασθένειας. Μόνο με αυτό τον τρόπο θα καταφέρουμε να προσφέρουμε την κατάλληλη θεραπεία και να ανακουφίσουμε τον ασθενή μας.

ΛΕΞΕΙΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ: Πόνος, σκοπός του πόνου, τύποι πόνου, πόνος και νοσηλευτική φροντίδα, πόνος και καρκίνος, μετεγχειρητικός πόνος, πόνος και

νοσηλευτής, αλγαισθητικός πόνος, νευροπαθητικός πόνος, οξύ πόνος, πόνος μέλος φάντασμα, χρόνιας πόνος.

ABSTRACT

The pain is to nurse a greater challenge than the care of any other trauma. And asked to relieve the patient from him. Therefore obliged to have the proper training to be effective.

PURPOSE: The purpose of this study was to explore the pain, to record the species and its treatment. Finally mention the nursing process is done by the nurse.

MATERIAL AND METHODS: They took stock of Greek and international literature in electronic databases PubMed and Google Scholar and the SEYP TEI library Epirus. The material came from selected books and articles published primarily in the last fifteen years and the material was chosen after much study of the relevant literature. . The selection was made from books and articles. Regarding the language used only books and articles were published in Greek and English.

RESULTS: Pain is a protective mechanism of the body, occurs when induced damage to tissues, and causes the individual to react in such a way as to remove the stimulus. Even simple activities can cause pain. The pain is perceived as a symptom of a disease to be diagnosed and in the process be treated. But objectively the pain cannot measure it, we cannot distinguish the type of pain and in this way we can help the patient to fight.

CONCLUSION: To provide full and proper care to our patient who is in pain we must have proper training and education to implement a similar program of care will depend on the type of pain, the patient, but also by other parameters such as the type of disease. Only in this way we will be able to offer the appropriate treatment and to relieve our patient.

WORDS INDEX: Pain, the purpose of pain, types of pain, pain and nursing care, pain and cancer, postoperative pain, and nurse, nociceptive pain, neuropathic pain, acute pain, phantom limb pain, chronic pain.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη υποκειμενική αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που αναφέρεται σαν τέτοια. Ο ορισμός αυτός έτσι όπως ορίστηκε το 1979 από την International Association for the Study of Pain (Αργυρά και συν, 2006).

Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση του πόνου ήταν από τους αρχαίους χρόνους του τρωικού πολέμου και της Ιλιάδας καταγεγραμμένο γεγονός. Με το πέρασμα των χρόνων μελετήθηκε πιο βαθειά η έννοια του και εφαρμόστηκαν ποικίλες τεχνικές και μέθοδοι αντιμετώπισης του. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι καθημερινή, γι αυτό τα αναγκαία αναλγητικά είναι προσβάσιμα σε όλο τον κόσμο και ακόμα εύκολα χορηγούμενα (Kingdom et all., 1998).

Στη σημερινή εποχή η ιατρική και η νοσηλευτική έχει προσφέρει μια πιο συγκεκριμένη γνώση και αντίληψη του πόνου. Τα μέσα αντιμετώπισης του πόνου έχουν βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό, έτσι ο άνθρωπος έχει την δυνατότητα να αντιμετωπίσει αυτή τη δυσάρεστη εμπειρία. Σε κάποιες περιπτώσεις ο πόνος είναι τόσο έντονος που ο ασθενής ζητά την ευθανασία ώστε να απαλλαγεί εξολοκλήρου από αυτό το συναίσθημα. Αν κάποιος δει τα αίτια που οδηγούν έναν ασθενή σε αυτή την απόφαση θα μπορέσει να καταλάβει πως ο ίδιος ο πόνος είναι αυτός οδηγεί σε αυτή την σκληρή απόφαση εφόσον η ζωή από εδώ και πέρα θα ήταν επώδυνη. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να ανακουφιστεί από τον πόνο. Ο πόνος δεν κοιτάει ηλικία, φύλο, φυλή, πατρίδα. Θρησκεία, οικονομική, κοινωνική ή πολιτική ταυτότητα και φυσικά δεν τον στέλνει ο θεός για να δήξουν μεταμέλεια οι αμαρτωλοί. Μέσα από τον πόνο μπορεί να δοκιμαστεί η ανθρωπιά μας αλλά και η ιατρική ή νοσηλευτική μας ικανότητα. (Kingdom et all., 1998).

Ως υπερασπιστές της υγείας υποχρεωνόμαστε όχι μόνο να έχουμε τις κατάλληλες γνώσεις για να αντιμετωπίσουμε τον πόνο αλλά και να μεταλαμπαδεύσουμε στους ασθενείς πως η αποτελεσματική αντιμετώπιση του γίνεται αφού πρώτα τον αντιληφθούμε και έπειτα μέσα από σύγχρονα μέσα και από κατάλληλους ανθρώπους. Τέλος η οικογένεια και το περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του (Kingdom et all., 1998).

1.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλό μας, το νωτιαίο μυελό και ένα δίκτυο νευρών σε όλο το σώμα μας. Ο εγκέφαλος είναι το κέντρο ελέγχου.

Τα νεύρα σε όλο το σώμα έχουν απολήξεις γνωστές ως υποδοχείς του πόνου. Αυτοί μπορούν να ενεργοποιηθούν από την πίεση που ασκεί ο όγκος σε κάποιο νεύρο, από χημικές ουσίες που απελευθερώνονται από το κατεστραμμένο ιστό ή από μια ανατομική βλάβη που προκλήθηκε λόγω της παρουσίας του καρκίνου (Αργυρά και συν, 2006).

Οι υποδοχείς του πόνου στέλνουν μηνύματα κατά μήκος των νευρών πρώτα στο νωτιαίο μυελό και στη συνέχεια στον εγκέφαλό μας. Όταν τα επώδυνα μηνύματα φτάνουν στον εγκέφαλο μας, θα αισθανθούμε πόνο (Αργυρά και συν, 2006).

Ο εγκέφαλος αντιδρά στον πόνο απαντώντας με άλλα μηνύματα (κινητικά) τα οποία αντιπροσωπεύουν την αντίδρασή μας. Για παράδειγμα, εάν αισθανθούμε πόνο, όπως για παράδειγμα ένα τρύπημα στο χέρι μας, το μήνυμα μεταφέρεται στον εγκέφαλο και αυτός απαντά απομακρύνοντας το χέρι μας από το αιχμηρό αντικείμενο (Αργυρά Ε και συν, 2006). Όταν υπάρξει τραυματισμός ενεργοποιούνται διαδικασίες που μεταφέρουν το επώδυνο ερέθισμα από το σημείο της βλάβης στον εγκέφαλο. Το επώδυνο ερέθισμα μεταφέρεται προς το κεντρικό νευρικό σύστημα όπου και μπορεί να αναγνωριστεί μέσω μιας οδού που αποτελείται από νευρικές ίνες. Με αυτό τον τρόπο ανάμεσα στο σημείο της βλάβης και της αντίληψης του πόνου παρεμβάλλεται μια σειρά ηλεκτροχημικών γεγονότων που ονομάζονται αλγαισθησία(Kingdom et all., 1998).

μέσω των νευρικών ινών του πόνου. Παρ' όλα αυτά οι μηχανισμοί ελέγχου και διαμόρφωσης του πόνου που περιγράφεται στη θεωρία της πύλης είναι πολύ πιο περίπλοκη (Αργυρά και συν, 2006).

2. ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Τα είδη του πόνου είναι δύο: ο οξύς πόνος και ο χρόνιος πόνος (Kingdom et all., 1998). Ωστόσο η Διεθνής Εταιρία Μελέτης του Πόνου (IASP – International Association for Study of Pain) κατατάσσει τον πόνο σε τρεις κατηγορίες σε αλγαισθητικό πόνο, σε ψυχογενή και σε νευροπαθητικό πόνο (Παπαδόπουλος και συν, 2004).

2.1 Οξύς πόνος

Ο οξύς πόνος ξεκινά αιφνιδίως, δεν διαρκεί πάνω από τρεις μήνες και μπορεί να εκδηλωθεί ως συνέπεια σε χημικό, θερμικό και μηχανικό ερεθισμό, είναι σύντομης χρονικής διάρκειας. Ο οξύς πόνος οφείλεται σε διέγερση των υποδοχέων του πόνου από τραύμα, χειρουργική επέμβαση ή οξεία νόσο και το θεωρούμε σύμπτωμα που έχει προειδοποιητική διαγνωστική και θεραπευτική αξία. (Αργυρά και συν, 2006). Τέλος η ένταση του εξαρτάται από την έκταση του τραύματος, είναι μεγαλύτερη τις πρώτες ώρες αλλά σταδιακά μειώνεται (Kingdom et all., 1998).

2.2 Χρόνιος πόνος

Χρόνιος πόνος είναι ο πόνος που παραμένει μετά την αποδρομή της αιτίας που τον προκάλεσε και διαρκεί πάνω από τρεις μήνες. Είναι περισσότερο υποκειμενικός και δεν μπορεί να περιγραφεί το ίδιο εύκολα όπως ο οξύς πόνος. Σύμφωνα με την American Cancer Society, ο χρόνιος καρκινικός πόνος συχνά εκδηλώνεται, ως: επίμονος συνεχής πόνος που μπορεί να διαρκέσει όλη την ημέρα, ή ως αιφνίδιος πόνος, δηλαδή ένας πόνος που εκδηλώνεται απότομα και διαρκεί από λίγα λεπτά έως μία ώρα με ιδιαίτερα υψηλή ένταση και υποχωρεί το ίδιο απότομα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα ανεξάρτητα από το εάν ο ασθενής ήδη είναι υπό αγωγή για την αντιμετώπιση και την ανακούφιση του πόνου που βιώνει (Αργυρά, και συν, 2006). Ο

χρόνιος πόνος 'εξαντλεί' τον πάσχοντα και τον κάνει ανίκανο να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του προς την εργασία, την οικογένεια και το κοινωνικό του περιβάλλον. Εκτός του ότι οφείλεται σε διαφορετικούς μηχανισμούς από αυτούς του οξέως πόνου, ο χρόνιος πόνος συχνά δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση ενός πλέγματος σωματικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών όπως ακινησία και συνακόλουθη εξασθένηση μυών, συνδέσμων κ.λπ., καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες, διαταραχές ύπνου, ανορεξία και υπερβολική εξάρτηση από την οικογένεια και άλλα άτομα που παρέχουν φροντίδα, κατάχρηση των επαγγελματικών συστημάτων παροχής φροντίδων υγείας, πτωχή επίδοση στην εργασία ή ανικανότητα προς εργασία, απομάκρυνση από την κοινωνία και την οικογένεια, εσωστρέφεια, άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη (Kingdom et al., 1998). Οι εξετάσεις αίματος μπορούν να βοηθήσουν στην θεραπεία του χρόνιου πόνου. Συγκεκριμένα είναι ένα εργαλείο για να γίνει ολοκληρωμένη επισκόπηση της λειτουργίας των οπιοειδών στον ασθενή και με ποιόν τρόπο τα φάρμακα αυτά βοηθάνε στην αντιμετώπιση του πόνου. Οι εξετάσεις αίματος πρέπει να γίνονται κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν καθημερινά θεραπεία με οπιοειδή (Deer et al., 2015).

2.3 Ψυχογενής πόνος

Ως ψυχογενής ορίζεται ο πόνος που οφείλεται αποκλειστικά σε ψυχολογικά αίτια και είναι ασύμφωνος με την ανατομική κατανομή του νευρικού συστήματος. Οι νευροχημικοί και νευροφυσιολογικοί μηχανισμοί είναι άγνωστοι. Υπάρχει διχογνωμία για το εάν και σε ποιο βαθμό οι ψυχολογικές διαταραχές οφείλονται στον ή αντιθέτως εάν και σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές είναι αιτία πόνου. Είναι αδύνατο να διαχωριστεί ο πόνος αμιγώς σε σωματικός και ψυχικός επειδή αποτελεί ενιαία δραστηριότητα ολόκληρου του νευρικού συστήματος συμπεριλαμβανομένης της συνείδησης και της συναισθηματικής και συμπεριφερειολογικής απάντησης του ατόμου (Παπαδόπουλος και συν, 2004).

2.4 Αλγαισθητικός πόνος

Με τον όρο αλγαισθητικό, ονομάζουμε τον πόνο που προκαλείται από καταστροφή ή βλάβη ιστών του σώματος εξαιτίας διαφόρων παραγόντων όπως ο τραυματισμός, η φλεγμονή, η πίεση, θερμά ή ψυχρά ερεθίσματα και μπορεί να διακριθεί σε σωματικό

και σπλαχνικό πόνο (Kingdom et al., 1998).

Σωματικός πόνος: Ο σωματικός πόνος προκαλείται από την ενεργοποίηση νευρικών κυττάρων που λαμβάνουν και μεταφέρουν μηνύματα πόνου και λέγονται αλγυποδοχείς, οι οποίοι βρίσκονται είτε στην επιφάνεια του σώματος είτε στους μυοσκελετικούς ιστούς. Όταν εκδηλώνεται στους μυοσκελετικούς ιστούς ονομάζεται βαθύς σωματικός πόνος. Τέτοιου είδους πόνο προκαλούν οι μεταστατικοί όγκοι στα οστά και περιγράφεται ως αμβλύς πόνος. Όταν εκδηλώνεται κοντά στην επιφάνεια του σώματος ονομάζεται επιφανειακός και συνήθως προκαλείται μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες ο πόνος εκδηλώνεται επιφανειακά στο σώμα (Kingdom et al., 1998).

Σπλαχνικός πόνος : Ο σπλαχνικός πόνος οφείλεται στην ενεργοποίηση αλγυποδοχέων εξαιτίας διήθησης ή συμπίεσης στην θωρακική, στην κοιλιακή ή στην πυελική χώρα. Συχνή εκδήλωση σπλαχνικού πόνου παρατηρούμε σε ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος ή του ήπατος και μεταστατικούς όγκους στην κοιλιακή κοιλότητα (Kingdom et al., 1998). Ο σπλαχνικός πόνος δεν μπορεί να εντοπιστεί επακριβώς και περιγράφεται ως συσφικτικός ή ως ένα αίσθημα έντονης πίεσης από βάρος. Εκτός αυτού μπορεί να εκδηλώνεται και ως οξύς περιοδικός κολικός πόνος και συνοδεύεται από ναυτία, έμετο, εφίδρωση και ταχυκαρδία (Kingdom et al., 1998).

2.5 Νευροπαθητικός πόνος

Ο Διεθνής Οργανισμός Μελέτης του Πόνου (IASP) ορίζει το νευροπαθητικό πόνο ως πόνο που προκαλείται από βλάβη ή νόσο του σωματοαισθητικού νευρικού συστήματος είτε περιφερικά (περιφερικός νευροπαθητικός πόνος) είτε κεντρικά (κεντρικός νευροπαθητικός πόνος). Ο νευροπαθητικός πόνος χωρίζεται σε αλγαισθητικό και ψυχογενή πόνο (Αργυρά και συν, 2006).

Ο αλγαισθητικός πόνος οφείλεται στην ενεργοποίηση των περιφερικών νεύρων που σχετίζονται για την αίσθηση του πόνου. Ο πόνος αυτός μπορεί να προέλθει από βλάβη ή σε σωματικές –σωματικός πόνος- ή σπλαχνικές –σπλαχνικός πόνος- δομές.

Ο ψυχογενής πόνος είναι ο πόνος που σχετίζεται με ψυχολογικές διαδικασίες (Αργυρά και συν, 2006).

Διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου

Η διάγνωση βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, στη φυσική και νευρολογική εξέταση όπως και στην σωστή εργαστηριακή εξέταση.

Η εκτίμηση του πόνου και των συμπτωμάτων είναι απαραίτητη για να γίνει σωστή διάγνωση και θεραπεία (Αργυρά, και συν, 2006).

Το σύνδρομο νευροπαθητικού πόνου συνήθως αποτελείται από ένα συνδυασμό

- αρνητικών συμπτωμάτων, τα οποία οφείλονται σε μειωμένη ή απύουσα λειτουργία των αισθητηριακών συστημάτων, όπως απώλεια αίσθησης και αιμωδία
- θετικών συμπτωμάτων, τα οποία οφείλονται σε υπερλειτουργία αισθητηριακών συμπτωμάτων, όπως δυσαισθησίες, παραισθησία και πόνο

Καταρχήν πρέπει να γίνει διαχωρισμός, ανάμεσα:

- Στον πόνο που προέρχεται από το ερέθισμα.
- Και στον αυτόματο πόνο(που δεν σχετίζεται με το ερέθισμα).

Συμπτώματα που σχετίζονται με το ερέθισμα

- Υπεραλγησία (ο ασθενής αναφέρει πως η ένταση του πόνου είναι αυξημένη σε ερέθισμα που φυσιολογικά είναι επώδυνο)
- Αλλοδυνία (ο ασθενής αναφέρει πως πονάει σε ερέθισμα που φυσιολογικά δεν είναι επώδυνο)

Συμπτώματα που δεν σχετίζονται με το ερέθισμα

- Καυστικός πόνος (συνεχής ή διαλείπων)
- Πόνος που παρομοιάζεται με ηλεκτροπληξία
- Ο ασθενής νοιώθει παραισθήσεις

(Αργυρά και συν, 2006)

Οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν τον αυτόματο πόνο ως συνεχή καυστικό μαζί με διαλείποντα πόνο που μοιάζει με ηλεκτροπληξία. Ακόμα αυτόματες παραισθήσεις (μη φυσιολογικές αισθήσεις που δεν είναι δυσάρεστες) και δυσαισθησίες (μη φυσιολογικές αισθήσεις που είναι δυσάρεστες) εμφανίζονται και περιλαμβάνουν μυρμηκιάσεις, κνησμό. Όταν λαμβάνεται το ιστορικό τους ασθενούς θα πρέπει να εκτιμάται η ένταση, η ποιότητα και η διάρκεια του πόνου καθώς και η μη φυσιολογικές αισθήσεις όπως για παράδειγμα το σημείο που υπάρχει ο πόνος (Αργυρά και συν, 2006).

Τα συμπτώματα των νευροπαθητικών συνδρόμων είναι διάφορα. Σημαντικό ρόλο παίζει να ρωτήσουμε τους ασθενείς πως βιώνουν τον πόνο, ο κάθε ασθενείς θα δώσει διάφορες απαντήσεις οι οποίες θα ξεπερνούν την συμβατική ορολογία, γεγονός που δηλώνει την δυσκολία προσδιορισμού του πόνου(Kingdom et all., 1998).Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, καθώς ο πόνος είναι δυνατόν να ελκύετε από συνήθη περιβαλλοντικά ερεθίσματα όπως από την επαφή από τα ρούχα μέχρι την έκθεση σε ψυχρό ή θερμό περιβάλλον. Εκτός όμως από το ερέθισμα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τη ψυχολογική επιβάρυνση, τις διαταραχές του ύπνου, τα προβλήματα σχετικά με την εργασία, τη σωστή θεραπεία και την κοινωνική υποστήριξη(Αργυρά Ε και συν, 2006) Τέλος πρέπει να πούμε ότι ο ιατρογενής νευροπαθητικός πόνος είναι μια αιτία χρόνιου πόνου(Kehlet et all., 2006).

Θεραπεία

Για να αξιολογήσουμε την ένταση του πόνου χρησιμοποιούμε την αριθμητική κλίμακα, που θα αναφερθώ λεπτομερώς σε παρακάτω ενότητα, όπου 0 σημαίνει ‘καθόλου πόνος’ και 11 ο ‘ισχυρότερος πόνος’ (Μυγδάλης, 2008).

Φάρμακα πρώτης γραμμής

Γκαμπαπετίνη : μειώνει σημαντικά τον νευροπαθητικό πόνο, βελτιώνει τον ύπνο και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Οι παρενέργειες της γκαμπαπετίνης έχει αρκετές παρενέργειες όπως υπνηλία, ζάλη, δημιουργεί ήπιο περιφερικό οίδημα, γαστρεντερικά συμπτώματα, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ισορροπία και στη βάδιση (Μυγδάλης Ηλίας, 2008).Τέλος διαταράζει τη γνωστική λειτουργία στην τρίτη ηλικία. Παρ’ όλα αυτά όμως είναι ανεκτική, ασφαλείς και δε αλληλεπιδρά με άλλα φάρμακα (Gimenez-Mila M et all, 2014).

Τα οπιοειδή αναλγητικά ανήκουν στην θεραπεία πρώτης γραμμής για τον νευροπαθητικό πόνο. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η δυσκοιλιότητα η ναυτία και η καταστολή (Μυγδάλης Ηλίας., 2008).

Τα τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά ανήκουν στην πρώτη κατηγορία φαρμάκων που είναι αποτελεσματικά στο νευροπαθητικό πόνο. Το σημαντικότερο όμως πρόβλημα είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους. Τα τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά πρέπει να χορηγούνται

με μεγάλη προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, γλαυκώματος, νευροπάθειας και επίσχεσης ούρων. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να γίνετε ηλεκτροκαρδιογράφημα για να ελέγξουμε την καρδιακή λειτουργία του ασθενούς πριν αρχίσει η θεραπεία με τα τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά, κυρίως σε ασθενείς άνω των 40 χρόνων (Μυγδάλης, 2008).

Σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην ισορροπία και διαταραχές στη γνωστική λειτουργία. Οι πιο ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η καταστολή, ορθοστατική υπόταση και η αύξηση του σωματικού βάρους. Για να αποφύγουμε τις ανεπιθύμητες ενέργειες τα τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά θα πρέπει να χορηγούνται στην αρχή σε μικρές δόσεις και στην συνέχεια να αυξάνεται σταδιακά η δόση τους (Μυγδάλης, 2008).

Θεραπεία με νευρικούς αποκλεισμούς στον επίμονο πόνο

Επεμβατικές θεραπείες για τον επίμονο πόνο:

- Διήθηση στο δέρμα με τοπικό αναισθητικό.
- Προσωρινός ή μόνιμος αποκλεισμός νεύρων ή των ριζών τους.

Συμπαθητικός αποκλεισμός, η νευρόλυση δεν εξετάζεται έκτος από τις ακραίες καταστάσεις, λόγω των αβέβαιων αποτελεσμάτων (Μυγδάλης Ηλίας, 2008).

3.ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία που είναι συνδεδεμένη με οργανική ή λειτουργική ιστική βλάβη. Σε ασθενείς με καρκινικό πόνο παίζει σημαντικό ρόλο η διάκριση σε οξύ και χρόνιο πόνο γιατί κάθε είδος περιλαμβάνει διαφορετική αντιμετώπιση. Η εμφάνιση του οξέος πόνου σε έναν καρκινοπαθή σημαίνει συνήθως την ταχύτερη εξέλιξη της νόσου. Γι αυτό το λόγο πρέπει να γίνει ένας εξονυχιστικός έλεγχος ο οποίος θα αποτελέσει και το κλειδί για την σωστή θεραπεία(Αργυρ και συν, 2006).

Ο πόνος έχει δύο συνιστώσες την αισθηματική και την συναισθηματική ο οποίες καθορίζουν την αντίδραση και την συμπεριφορά του ασθενή αυτή την χρονική περίοδο που νοσεί. Πιο συγκεκριμένα η αισθητική συνιστώσα εμφανίζεται στον οξύ πόνο ενώ η συναισθηματική σχετίζεται με την αγωνία και την ανησυχία που νοιώθει ο ασθενής. Στο χρόνιο πόνο η συναισθηματική συνιστώσα αποκτά μεγάλη σημασία, που σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως οι ψυχολογικοί, οι κοινωνικοί, οι οικονομικοί και άλλοι(Αργυρά και συν, 2006).

Αξιολόγηση

Η λήψη ιστορικού η επιμελής εξέταση του ασθενούς με καρκίνο μαζί με μια σειρά εξετάσεων αποτελεί την απαρχή κάθε αξιολόγησης. Η μαγνητική τομογραφία, οι υπέρηχοι, οι ακτινογραφίες και τα σπινθηρογράφημα οστών μπορούν να τεκμηριώσουν την ύπαρξη ή όχι μετάστασης(Αργυρά και συν, 2006).

Η αξιολόγηση του καρκινικού πόνου λόγω της χρονιότητας του θα πρέπει να έχει συνεχή χαρακτήρα, γιατί οι μεταβολές στη μορφολογία απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση(Αργυρά και συν, 2006).

Για να αξιολογήσουμε σωστά το καρκινικό πόνο απαιτείται λεπτομερής λήψη ιστορικού και πλήρης κλινική εξέταση όπως επίσης κ γνώση του κοινωνικού και ψυχολογικού ιστορικού(Αργυρά και συν, 2006).

Ερωτηματολόγιο

- Μιλήστε μου για τον πόνο σας, που τον αισθάνεστε;
- Τι τον επιδεινώνει και τι τον απαλύνει;
- Ο πόνος με τι μοιάζει;
- Πόσο δυνατός είναι;
- Ο πόνος είναι συνεχής ή φεύγει και επανέρχεται;

Η ακριβής εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι αρκετά δύσκολη. Ο πόνος και η ένταση του είναι ένα υποκειμενικό συναίσθημα που μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η θλίψη, η αγωνία, ο φόβος, η αϋπνία κλπ. (Αργυρά και συν, 2006).

Για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου οι αναλογικές οπτικές κλίμακες, ο ασθενείς μας δείχνει από μόνος του το σημείο μεταξύ 0 και 10 που θεωρεί ότι αντιπροσωπεύει τον πόνο του(Αργυρά και συν, 2006). Επίσης πρέπει να προσθέσω πως για να έχουμε την σωστή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου οφείλουμε να λάβουμε υπόψη τα παρακάτω:

- Επέκταση της νόσου
- Ανεπαρκής αντιμετώπιση της νόσου
- Εάν υπάρχει χειρουργική, ακτινοθεραπευτική ή άλλο είδος αντιμετώπισης
- Κακή ψυχολογική κατάσταση

Η ακρίβεια της διάγνωσης σε ασθενείς με καρκίνο αποτελεί την σημαντικότερη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του πόνου(Kingdom et all., 1998).

Η συχνότητα του πόνου

Η συχνότητα που εμφανίζεται ο πόνος σε ασθενείς με καρκίνο του αρχικού σταδίου είναι 30-40% ενώ στο τελικό στάδιο η συχνότητα του πόνου είναι 60-85% ανάλογα που βρίσκεται η κακοήθεια (Αργυρά και συν, 2006).

Πιο αναλυτικά τα νεοπλάσματα στα οστά προκαλούν πόνο στο 85% των περιπτώσεων, στο στομάχι στο 80%, στο ουροποιητικό στο 75%, στο μαστό στο 52%, στο πνεύμονα στο 45% , στο παχύ έντερο στο 40% ενώ οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα προκαλούν πόνο σε αρκετά μικρό ποσοστό ασθενών(Αργυρά και συν, 2006). Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες ο πόνος δεν αντιμετωπίζεται . Η έλλειψη ειδικών μονάδων αντιμετώπισης του πόνου σε ικανοποιητικό βαθμό παρατηρείτε σε παγκόσμιο επίπεδο, με αποτέλεσμα 3.500.000 καρκινοπαθείς να υποφέρουν από πόνο που δεν αντιμετωπίζεται σωστά(Αργυρά και συν, 2006). Ο πόνος αποτελεί ένα αναπόφευκτο κομμάτι του καρκίνου και οφείλουμε να τον αντιμετωπίσουμε με στόχο να εξασφαλίσουμε στον ασθενή ποιοτική ζωή και έναν αξιοπρεπή θάνατο(Αργυρά και συν, 2006).

Η αιτιολόγησή του καρκινικού πόνου

Ο καρκινικός πόνος δεν αιτιολογείται. Σε πολλές περιπτώσεις ο πόνος προέρχεται από τον όγκο, σε άλλες από την γενίκευση της νόσου, ενώ σε άλλες από την θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής.

Πιο συγκεκριμένα ο πόνος που προκαλείται από τον όγκο προέρχεται από την πίεση ή την διήθηση που δέχονται οι παρακείμενοι ιστοί(αιμοφόρα αγγεία, νεύρα) που όλο αυτό έχει ως αποτέλεσμα τοπικό οίδημα, απόφραξη σπλάχνων κτλ. Ο πόνος που οφείλεται στη γενίκευση της νόσου προέρχεται συνήθως από παθολογικά κατάγματα. Ο πόνος που προέρχεται στη αντικαρκινική θεραπεία οφείλεται σε τοπικές βλάβες ιστών λόγω της ακτινοθεραπείας. Τέλος η χημειοθεραπεία συνήθως προκαλεί βλεννογονίτιδες οι οποίες είναι αρκετά επώδυνες. Για να τονίσουμε την σοβαρότητα και την πολυπλοκότητα του πόνου των καρκινοπαθών στη δεκαετία του '60 υιοθετήθηκε ο όρος " καθολικός πόνος". Υπάρχουν τέσσερα χαρακτηριστικά στοιχεία σε κάθε άνθρωπο τα σωματικά, τα συναισθηματικά, τα κοινωνικά και τα πνευματικά και τονίζεται πως αν δεν αντιμετωπισθούν αυτά τα τέσσερα στοιχεία ξεχωριστά δε θα εξαλειφθεί ο πόνος. Αν και είναι σπάνιο ο πόνος να μην προέρχεται από σωματικούς παράγοντες , τα συναισθήματα και τα κοινωνικά προβλήματα αυξάνουν την ένταση του πόνου, ο σωματικός πόνος οδηγεί τον ασθενή στο άγχος ή την κατάθλιψη τα οποία καθιστούν τον οργανισμό ανίκανο να αντέξει και να αντιμετωπίσει τον πόνο(Αργυρά και συν, 2006).

3.1Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του πόνου στους καρκινοπαθείς είναι τόσο πολύπλοκη όσο και η αιτιολογία του. Όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο αρχικό στάδιο αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και χειρουργικά(Grond et all., 1994).

Για να αντιμετωπίσουμε όμως πλήρως τον πόνο πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και τα υπόλοιπα συμπτώματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ασθενής όπως η αϋπνία , ανορεξία ,δυσκοιλιότητα , εφίδρωση , ναυτία , δύσπνοια , δυσφαγία νευροψυχιατρικά συμπτώματα έμετος, συμπτώματα του ουροποιητικού, δυσπεψία, πάρεση, διάρροια, κνησμός, και δερματολογικών συμπτωμάτων. Όλα αυτά επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενή, άρα δεν επαρκεί μόνο η αντιμετώπιση απλώς του πόνου κατά την διάρκεια της θεραπείας των ασθενών με καρκινικό πόνο μια πιο σφαιρική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι απαραίτητη(Meuse et all, 2001).

Εκτός όμως από τα παραπάνω ο ασθενής και η οικογένειά του θα πρέπει να

εμπιστευτούν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για να μπορέσουν να μιλούν για τα προβλήματα που τους απασχολούν έτσι ώστε να ενθαρρύνονται για την κατάσταση και να ενισχύονται με ελπίδες για μια καλύτερη ποιότητα ζωής απαλλαγμένη από το αίσθημα του πόνου(Kingdom et all., 1998).

Φαρμακευτική αγωγή

Περιφερικά αναλγητικά

Σε αυτή την ομάδα υπάρχουν σκευάσματα διαφόρου χημικής δομής. Η αποτελεσματικότητά τους όμως είναι παρόμοιες θεωρητικά σε όλες τις ομάδες, στην πράξη όμως η αποτελεσματικότητα του κάθε σκευάσματος ποικίλει σε κάθε ασθενή. Γι αυτό το λόγο ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει όλες τις υποομάδες αναλγητικών ώστε να εναλλάσσει το φάρμακο ανάλογα με το επιθυμητό αποτέλεσμα. Για την αντιμετώπιση του ήπιου πόνου προτείνεται η χορήγηση παρακεταμόλης, εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Η επιλογή του φαρμάκου θα πρέπει να γίνει ανάλογα με τις παρενέργειες του την νεφρική και την ηπατική λειτουργία του ασθενούς(Αργυρά και συν, 2006)

Οπιοειδή

Τα οπιοειδή παράγονται από το φυτό όπιο. Σε αυτά τα φάρμακα συγκαταλέγονται η μορφίνη, η κωδεΐνη και η φαιτανύλη. Μπορούν να χορηγηθούν ως θεραπεία του μέτριου προς σοβαρού πόνου. Τα ναρκωτικά αναλγητικά προκαλούν αναλγησία συνδεδεμένα στους υποδοχείς των οπιοειδών εντός και εκτός του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα οπιοειδή παρά τις επιφυλάξεις και τους μύθους ως προς την χορήγησή τους είναι τα σημαντικότερα αναλγητικά για τον καρκινικό πόνο πρέπει να πούμε ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας φοβούνται ότι η χορήγηση αυτών των ναρκωτικών αναλγητικών μπορεί να οδηγήσει στον εθισμό του ασθενή γι αυτό το λόγο δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα(Deyo et all.,2015).Αν όμως ο ασθενής παίρνει τα φάρμακα αυτά σύμφωνα με τις οδηγίες συνταγογράφησης ο κίνδυνος εθισμού είναι μικρός έως και ανύπαρκτος(Αργυρά και συν, 2006). Η ισχυρή τους αναλγητική ικανότητα είναι γνωστή από τους αρχαίους χρόνους. Η μορφίνη που πήρε το όνομά της από τον Μορφέα τον θεό των ονείρων ήταν το πρώτο ισχυρό οπιοειδές που χορηγήθηκε για την αντιμετώπιση του πόνου (Lemon et all., 2004).

Μορφίνη

Η μορφίνη προκαλεί αναστολή του πόνου χωρίς να επηρεάζεται η συνείδηση του ασθενούς, επίσης προκαλεί ευφορία και καταστολή της αναπνοής μειώνοντας την ευαισθησία των νευρώνων του αναπνευστικού συστήματος στο διοξείδιο του άνθρακα. Η μορφίνη αποτελεί το σκεύασμα που συγκρίνετε κάθε ουσία που θα χαρακτηριστεί αναλγητικό. Είναι το σκεύασμα που χρησιμοποιείτε και για τον οξύ αλλά και για τον χρόνια πόνο. Η μορφίνη θα πρέπει να μη χορηγείτε σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια γιατί ο μεταβολίτης (μορφίνης 6 γλουκορονιδάση) είναι ενεργός και αποβάλλεται από τους νεφρούς, μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα καθώς επίσης και από τις άλλες οδούς(Αργυρά και συν., 2006).

Τρόποι χορήγησης μορφίνης:

Από το στόμα: Η μορφίνη όταν χορηγείτε από το στόμα απορροφάτε καλύτερα και κατανέμεται γρηγορότερα σε όλον τον οργανισμό. Μπορεί να χορηγηθεί ως διάλυμα ανά 4ωρο ή με μορφή δισκίων αν 12ωρο. Πάντα όμως πρέπει η ποσότητα της μορφίνης να είναι ακριβώς αυτή που χρειάζεται για να αντιμετωπιστεί ο πόνος. (Kingdom et all., 1998).

Ενδομυϊκά: Η μορφίνη πρέπει να χορηγείτε ενδομυϊκά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και για λίγο χρονικό διάστημα και αυτό γιατί η μέγιστη συγκέντρωση του φαρμάκου στο αίμα επιτυγχάνεται ταχύτατα ενώ τα επίπεδά του δεν ελέγχονται(Kingdom et all., 1998).

Υποδόρια: Η χορήγηση μορφίνης υποδόριος γίνεται όταν ο ασθενείς δεν μπορεί να λάβει το φάρμακο από το στόμα. Αυτός ο τρόπος γίνεται μέσω μιας μικρής φορητής αντλίας με συνεχή υποδόρια έγχυση. Με αυτό τον τρόπο χορήγησης ελαττώνονται οι παρενέργειες της μορφίνης όπως για παράδειγμα ναυτία και εμετός. Επίσης με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνονται σταθερότερα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα. Μέσω της σωστής αναλγησίας επιτυγχάνεται καλύτερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή που πονά(Kingdom et all., 1998).

Ενδοφλέβια: Η συνεχή ενδοφλέβια έγχυση της μορφίνης διατηρεί σταθερά τα επίπεδα αναλγησίας. Αυτός όμως ο τρόπος απαιτεί ενδοφλέβιο καθετηριασμό και οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πιο συχνές. Επίσης απαιτεί νοσοκομειακή παρακολούθηση και δεν ενδείκνυται για ασθενείς στο σπίτι(Kingdom et all., 1998).

Ανεπιθύμητες ενέργειες της μορφίνης

- Υπνηλία
- Ναυτία
- Δυσκοιλιότητα
- Φόβος εθισμού

(Kingdom et al., 1998).

Ψυχολογική υποστήριξη και άλλα φάρμακα που βοηθούν στον πόνο.

Η θεραπεία του καρκινικού πόνου αποτελεί ένα αρκετά σύνθετο πρόβλημα. Η θεραπεία για να αντιμετωπιστεί ο πόνος που νοιώθει ο ασθενής απαιτεί αρκετούς επιβαρυντικούς παράγοντες συναισθηματικής φύσης. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να αντιμετωπιστούν αυτοί οι παράγοντες έτσι ώστε ο ασθενής να αποβάλει το άγχος που νοιώθει και να αποφευχθεί η κατάθλιψη. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής θα μπορέσει να εξοικειωθεί με την ασθένεια του και να κατανοήσει το πρόβλημά του. Σε όλο αυτό όμως παίζει σημαντικό ρόλο και το οικογενειακό περιβάλλον του το οποίο πρέπει να τον βοηθήσει να εξοικειωθεί με την νέα πραγματικότητα(Αργυρά και συν., 2006).

Τέλος κάποια επιπλέον βοηθητικά φάρμακα για την θεραπεία του πόνου συγκαταλέγονται τα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά, τα μυοχαλαρωτικά, τα αντιεμετικά, τα υπατικά και τα αντιεπιληπτικά(Αργυρά και συν., 2006).

4.ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Λίγοι είναι οι άνθρωποι που δεν θα περάσουν τη ζωή τους χωρίς να χειρουργηθούν και δεν θα νοιώσουν τον μετεγχειρητικό πόνο. Αυτοί όμως που θα χειρουργηθούν θα έχει ο καθένας τους διαφορετικό βαθμό εμπειρίας μετεγχειρητικού πόνου και σε πολλές περιπτώσεις αυτός ο πόνος μπορεί να είναι ο χειρότερος της ζωής τους. Η μεγαλύτερη ένταση του μετεγχειρητικού πόνου διαρκεί τις πρώτες 24 με 72 ώρες (Kingdom et all., 1998). Οι παράγοντες που επηρεάζουν κ ενδέχεται να επιδεινώσουν τον μετεγχειρητικό πόνο είναι το είδος του χειρουργείου, η έκταση του ιστικού τραύματος, το είδος της αναισθησίας, η μετεγχειρητική αναλγησία, η ηλικία του ασθενούς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του (Bjornhold et all., 2015). Ο μετεγχειρητικός πόνος θεωρείται βλαπτικός για τον οργανισμό. Επηρεάζει το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και έχει αρνητική επίδραση στην κινητικότητα του πεπτικού και του ουροποιητικού συστήματος. Παρ' όλα αυτά όμως εάν ο ασθενής μετά το χειρουργείο κινητοποιηθεί άμεσα και τραφεί τότε υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να αντιμετωπισθεί ο πόνος και να ελαττωθεί ο χρόνος νοσηλείας ακόμα και μετά από βαριές επεμβάσεις (Kingdom et all., 1998).

4.1Οξύς μετεγχειρητικός πόνος

Ο μετεγχειρητικός πόνος χαρακτηρίζεται ως οξύς αλγαισθητικός πόνος που προέρχεται από την τομή και είναι αισθητός το λιγότερο τέσσερις εβδομάδες.

Διάφοροι παράγοντες όμως περιπλέκουν την μετεγχειρητική πορεία του πόνου και συμβάλουν στην διαμόρφωσή του, όπως η λανθασμένη θέση του σώματος και η ακινητοποίηση οδηγούν σε μυοσκελετικό πόνο (Kingdom et all., 1998). Επίσης η εμφάνιση νευροπαθητικού πόνου μπορεί να έχει σχέση με την πίεση περιφερικών νευρών ή από νευρική ευαισθητοποίηση και ο να οδηγηθεί ο ασθενής σε μια επίμονη κατάσταση πόνου (Kehlet et all., 2006).

4.2Χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος

Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος είναι ο πόνος που συνεχίσει να επιμένει για περισσότερος από 2 με 6 μήνες μετά την επέμβαση, και θεωρείται κατά συνθήκη πόνος(Αργυρά και συν., 2006).

Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να εμφανιστεί μετά από διάφορες επεμβάσεις όπως είναι η μαστεκτομή η αποκατάσταση κήλης, η θωρακοτομή και οι

ορθοπαιδικές επεμβάσεις. Το σημαντικό ερώτημα που παραμένει μέχρι και σήμερα αναπάντητο είναι εάν αντιμετωπιστεί σωστά ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος θα μπορέσουμε να μειώσουμε την εμφάνιση του χρόνιου πόνου. Το μόνο που μπορούμε να πούμε με σιγουριά είναι ότι ο χρόνιος και ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος μπορούν να είναι ξεχωριστά επακόλουθα της ιστικής βλάβης(Αργυρά και συν., 2006).

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου, κάποιιοι από αυτοί είναι η ένταση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου, η ηλικία του ασθενούς, ο πόνος που υπάρχει πριν την εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία, το επαναλαμβανόμενο χειρουργείο, η ψυχολογία του ασθενούς και άλλοι παράγοντες(Αργυρά και συν., 2006).

Ένταση του μετεγχειρητικού πόνου

Η εκτίμηση του πόνου πριν το χειρουργείο περιλαμβάνει τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν καθώς επίσης την ηλικία, το φύλο, το βάρος(κυρίως η παχυσαρκία), την φαρμακευτική αγωγή που λάμβανε ο ασθενής μέχρι σήμερα και φυσικά το ιστορικό(Αργυρά και συν., 2006).

Για να εκτιμήσουμε όμως τον μετεγχειρητικό πόνο χρησιμοποιούμε αριθμητικές, λεκτικές και οπτικές κλίμακες εκτίμησης της έντασης του πόνου οι οποίες είναι κατανοητές. Επίσης λαμβάνουμε υπόψη μας την ποιότητα, η αντανάκλαση και τη διάρκεια του πόνου καθώς και τους παράγοντες που τον ανακουφίζουν ή τον επιδεινώνουν(Αργυρά και συν., 2006).

4.3Θεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου

Η αποτελεσματική αναλγησία έχει ως βασική προϋπόθεση τον συνδυασμό των αναλγητικών παραγόντων, αυτή η μέθοδος έχει ως στόχο να επιτευχθεί σωστά η αναλγητική δράση και να μειωθούν οι ανεπιθύμητες παρενέργειες που θα έχει ως αποτέλεσμα την σταδιακή μείωση των δόσεων(Αργυρά και συν., 2006).Γι αυτό το λόγο τα φάρμακα θα πρέπει:

- Να ελαχιστοποιούν την ανάπτυξη της φλεγμονής
- Να αποκλείουν την διαδικασία μετάδοσης του επώδυνου ερεθίσματος(τοπικά αναισθητικά)
- Να παρεμβαίνουν στη διαδικασία ευαισθητοποίησης του νευρικού συστήματος και της αντίληψης του πόνου.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου περιλαμβάνει συνεχή αναλγησία, με αυτό τον τρόπο εμποδίζεται η εγκατάσταση ευαισθητοποίησης.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση ξεκινά προεγχειρητικά έπειτα διεγχειρητικά και τέλος μετεγχειρητικά και έχει ως σωστή προϋπόθεση τη σωστή χρήση των αναλγητικών. Σκοπός είναι να μπορέσουμε να ανακουφίσουμε τον πόνο χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες.

Για να αντιμετωπίσουμε τον πόνο υπάρχουν τέσσερα είδη αναλγητικών φαρμάκων,

- Τα οπιοειδή
- Τα μη οπιοειδή
- Τα τοπικά αναισθητικά
- Και τα φάρμακα που ‘‘συνοδεύουν’’ τα αναλγητικά

Τα φάρμακα αυτά μπορούν να συνδυάζονται μεταξύ τους.

Επίσης στις μη φαρμακευτικές τεχνικές ανακούφισης του μετεγχειρητικού πόνου περιλαμβάνονται η φυσικοθεραπεία και διάφορες τεχνικές του βοηθούν τον ασθενή να χαλαρώσει όπως είναι η μουσική, οι βαθιές αναπνοές ακόμα και η ύπνωση. Σημαντικότερο όμως παράγοντα παίζει η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον(Αργυρά και συν., 2006).Μεγάλο ρόλο στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου παίζει το φύλλο, η ηλικία, το άγχος και η αλληλεπίδραση των άλλων φαρμάκων(Ren et all., 2015).

5.ΠΟΝΟΣ ΜΕΛΟΥΣ ΦΑΝΤΑΣΜΑ

Το 1872 Silas Weir Mitchell σε ένα άρθρο του με τίτλο ‘‘Μέλος Φάντασμα’’ ανέφερε τα συμπτώματα που διέκρινε στους ακρωτηριασμένους στρατιώτες του Αμερικάνικου εμφυλίου πολέμου(Αργυρά και συν., 2006).

Ο πόνος μέλους φάντασμα είναι η αντίληψη μιας επώδυνης αίσθησης σε περιοχή όπου έχει αφαιρεθεί τμήμα του σώματος, στην περιοχή που έχει διακοπεί η μετάδοση κεντρομόλων νευρικών ερεθισμάτων. Ο πόνος του μέλους φάντασμα ανήκει στα σύνδρομα του νευροπαθητικού πόνου και σχετίζεται με την καταστροφή περιφερικών και κεντρικών νευρώνων. Ο πόνος μέλους φάντασμα δεν αναφέρεται μόνο σε ακρωτηριασμένα άκρα αλλά και σε άλλα όργανα του οργανισμού όπως για παράδειγμα μετά από μαστεκτομή και εξαγωγή δοντιού. Η συχνότητα του πόνου μέλους φάντασμα δεν σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, το προηγούμενο ιστορικό της υγείας του ασθενούς, ή το αίτιο του ακρωτηριασμού. Σπάνια βλέπουμε όμως να εμφανίζεται ο πόνος μέλους φάντασμα σε παιδιά κάτω των 6 χρόνων(Αργυρά και συν., 2006).

5.1Κολόβωμα

Πόνος του κολοβώματος είναι ο πόνος που αισθάνεται ο ασθενής στην περιοχή του ακρωτηριασμού, στην περιοχή κολοβώματος. Ο πόνος που νοιώθει ο ασθενής μετά τον ακρωτηριασμό είναι φυσιολογικός και υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου, εάν δεν υποχωρήσει τότε υπάρχει πρόβλημα στο κολόβωμα(Αργυρά και συν., 2006).

Οι αιτίες μπορεί να είναι οι εξής:

- Παθολογική κατάσταση του δέρματος
- Μόλυνση του τραύματος
- Υπολείμματα οστών
- Διαταραχές αιμάτωσης

Ο πόνος του κολοβώματος χαρακτηρίζεται ως νευροπαθητικός. Ο πόνος μοιάζει με ηλεκτρικό ρεύμα. Ο πόνος μπορεί να επιδεινωθεί από συναισθηματική φόρτιση, από τις καιρικές συνθήκες ή και από κόπωση(Αργυρά και συν., 2006).

5.2Κλινική εικόνα

Ο πόνος μέλους φάντασμα γίνεται αισθητός την πρώτη εβδομάδα μετά τον ακρωτηριασμό. Μπορεί βέβαια να εμφανιστεί μετά από μήνες ή και χρόνια.

Η ένταση του πόνου είναι διαφορετική σε κάθε ασθενή, σε άλλους είναι απλά μια ενόχληση και σε άλλους είναι ανυπόφορος, στους τελευταίους συνήθως συνοδεύεται με παραισθήσεις(Durmus et all., 2014).

Ο πόνος του μέλους φάντασμα χαρακτηρίζεται από περιοδικότητα και μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών αναφέρει ότι είναι συνεχής. Η διάρκειά του είναι απρόβλεπτη, μπορεί να διαρκεί δευτερόλεπτα, λεπτά , ώρες, μέρες ή και περισσότερο. Σε μερικούς ασθενείς ο πόνος είναι παροδικός και υποχωρεί με το πέρασμα του χρόνου. Σε πολλούς όμως ασθενείς ο πόνος μέλλους φάντασμα διαρκεί και επιμένει για μια δεκαετία και περισσότερο. Ο πόνος περιγράφεται ως καυστικός σαν κόψιμο από μαχαίρι , σαν τρύπημα βελόνας(Αργυρά και συν., 2006).

5.3Θεραπεία

Σε ασθενείς με πόνο μέλους φάντασμα πρέπει να δοθεί θεραπεία συνοδών νόσων όπως η κατάθλιψη ή ο πόνος κολοβώματος. Πρέπει να χρησιμοποιηθεί πρόσθετο μέλος αν και δεν θα βελτιωθεί ο πόνος παρ όλα αυτά πρέπει να εφαρμοστεί. Η ψυχολογική προσέγγιση είναι άλλος ένας παράγοντας που αξίζει να δοθεί έμφαση. Η ψυχολογική υποστήριξη είτε από την οικογένεια είτε από κάποιον ειδικό είναι πολύ σημαντική(Αργυρά και συν., 2006).

6.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η φροντίδα του ασθενή που πονά αποτελεί για έναν νοσηλευτή την μεγαλύτερη πρόκληση από την φροντίδα οποιοδήποτε άλλου τραύματος. Ανεξάρτητα από το είδος του πόνου ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να απαλλαγεί από το μεγαλύτερο μέρος του πόνου του(Lemon & Burke, 2004).

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει, προτείνει και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις σύμφωνα με την αξιολόγηση που έχει κάνει, με αυτή την μέθοδο βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει τον πόνο. Για παράδειγμα ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να προβληματιστεί και να λάβει πληροφορίες για το κοινωνικό και το πολιτιστικό επίπεδο του ασθενή, γνωρίζοντας ότι ο πόνος βιώνεται και προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις και διαταραχές στη συμπεριφορά του(Παπαγεωργίου και συν., 2013).

Ακόμα ο νοσηλευτής οφείλει να έχει παρατηρητικότητα, κριτικό πνεύμα και εντιμότητα και πρέπει να έρθει κοντά με τον ασθενή του για να μπορέσει να εμβαθύνει μαζί με αυτόν και να αντιμετωπίσουν το πόνο (Lemon & Burke, 2004).

Επίσης θα πρέπει να συλλέξει πληροφορίες από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον του ασθενή και να εφαρμόσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις ανάλογα με τις αξίες, τις εμπειρίες και τα πιστεύω του ασθενή. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου όπως:

- Απόσπαση προσοχής
- Χρήση μέσων που καταπραΰνουν τον πόνο
- Βοήθεια στη λήψη των φαρμάκων
- Ψυχολογική υποστήριξη(Παπαγεωργίου και συν., 2013).

Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι διαθέσιμος να παρέχει οποιαδήποτε πληροφορία του ζητηθεί από τον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον μέσα από αυτό τον τρόπο θα δημιουργήσει με τον ασθενή και το περιβάλλον του μια σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού που θα δράσει θεραπευτικά για τον άρρωστο(Παπαγεωργίου και συν., 2013).

Τέλος αρκετά σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας σε μία κλινική. Για να διατηρηθεί ένα σωστό κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας θα πρέπει ο νοσηλευτής να ενημερώνεται για την κατάσταση του ασθενούς, να αναθεωρεί το πλάνο φροντίδας και να επιλέγει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και να κρατά ενήμερα και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας

όταν αυτό απαιτείται(Παπαγεωργίου και συν., 2013).

6.1 Νοσηλευτική Διάγνωση

Η διάγνωση της φύσεως του πόνου βοηθά στην επιλογή των πιο κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την ανακούφισή του (Lemon & Burke, 2004). Ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία γι αυτό το λόγο θα πρέπει να περιγράφεται από τον ίδιο τον ασθενή για να μπορέσουμε να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Κάθε άτομο έχει κάποιες συγκεκριμένες εμπειρίες και εκφράζει τον πόνο του με ξεχωριστό τρόπο(Βιβιλάκη και συν., 2015). Πιο συγκεκριμένα οι αντιδράσεις στο πόνο είναι υποκειμενικές και επηρεάζονται από προηγούμενες εμπειρίες, το φύλο, την ηλικία και τους ψυχικούς παράγοντες(Lemon & Burke, 2004). Για να αξιολογήσουμε τον πόνο πρέπει να λάβουμε υπόψη το σημείο που πονά, τα χαρακτηριστικά, την έναρξη, την διάρκεια, τη συχνότητα, τη ποιότητα, την ένταση και τους επιβαρυντικούς παράγοντες (Βιβιλάκη και συν., 2015).

6.2 Αξιολόγηση του πόνου

Η εκτίμηση θα πρέπει να είναι διεξοδική ώστε η αντιμετώπιση του πόνου να είναι επαρκής και αποτελεσματική. Πρέπει να παίρνουμε υπόψη τις σωματικές αντιδράσεις του ασθενή, την αντίληψη του πόνου. Επίδραση στη συμπεριφορά του και τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο ίδιος ο ασθενής για να ανακουφιστεί από αυτόν. (Lemon, & Burke, 2004). Οι πληροφορίες βοηθούν τον νοσηλευτή στο σχεδιασμό και στη εφαρμογή του σωστού σχεδίου φροντίδας. Η μέθοδος αξιολόγησης του πόνου που μπορεί να βοηθήσει τον νοσηλευτή στο έργο του είναι η μέτρηση του πόνου(Βιβιλάκη και συν., 2015). Πιο συγκεκριμένα για την αντιμετώπιση του πόνου, θα πρέπει να μπορεί να καθοριστεί ποσοτικά, δηλαδή να μπορεί με κάποιο τρόπο να μετρηθεί. Γι αυτό το λόγο έχουμε την κλίμακα του πόνου που ξεκινά από το 0 έως το 10(0 = καθόλου πόνος και 10 = ο χειρότερος πόνος) (Lemon & Burke, 2004).



Αυτή η κλίμακα απεικονίζει έξι σκίτσα προσώπων που ανάλογα με τον πόνο που νοιώθει ο ασθενής πολλαπλασιάζεται η αξία που έχει επιλεγεί επί δύο (Lemon & Burke, 2004). Η εκτίμηση του πόνου εκτός από την κλίμακα γίνεται με ειδικά ερωτηματολόγια και είναι χρονοβόρα και απαιτεί καλή συνεργασία του ασθενή με το νοσηλευτή (Lee et al., 2015). Επίσης το ημερολόγιο του πόνου ενός ασθενή είναι αξιόλογο και χρήσιμο μέσο για να κατανοήσουμε όσο καλύτερα γίνεται την κατάσταση του ασθενούς (Lemon & Burke, 2004).

Επίσης υπάρχουν οι χρωματικές κλίμακες δηλαδή κλίμακα αξιολόγησης του πόνου με χρώματα, οι οποίες δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή που πονά να επιλέξει κάποιο χρώμα που αντιπροσωπεύει την αντίστοιχη αίσθηση του πόνου. Συνήθως σε αυτή την διαδικασία χρησιμοποιούνται χρωματιστές κάρτες, μολύβια ή μαρκαδόροι. Συνήθως αυτή η αξιολόγηση χρησιμοποιείται σε παιδιά (Βιβιλάκη και συν., 2015).

6.3 Νοσηλευτική παρέμβαση

Η εκτίμηση του πόνου γίνεται ως εξής:

- Ο ασθενής μας δείχνει το σημείο που πονά. Αυτό μας βοηθά να προσδιορίσουμε το αίτιο και το είδος του πόνου.
- Λέμε στον ασθενή μας να βαθμολογήσει την ένταση του πόνου χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 1 ως το 10. Η αντίληψη της έντασης του πόνου είναι υποκειμενική, επηρεάζεται από το επίπεδο συγκέντρωσης του ασθενούς.
- Παρατρύνουμε τον ασθενή μας να περιγράψει με τη μοιάζει ο πόνος.
- Ακόμα του λέμε να μας περιγράψει κάποιους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τον πόνο, όπως η έλλειψη ύπνου, το άγχος, ο φόβος και η σωματική δραστηριότητα.

Τα συμπτώματα του πόνου πρέπει να παρακολουθούνται με τη λήψη ζωτικών σημείων, να εξετάζονται οι κόρες των ματιών, οι εκφράσεις του προσώπου του, η θέση του ασθενούν στο κρεβάτι και η ύπαρξη ανησυχίας.

Ο νοσηλευτής πρέπει να δείχνει στον ασθενή ότι τον πιστεύει όταν διαμαρτύρεται ότι πονά, ακούγοντας προσεκτικά αυτά που του λέει.

Ο νοσηλευτής παρέχει την βέλτιστη αναλγητική αγωγή στον ασθενή με βάση τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, προσδιορίζοντας την οδό χορήγησης. Όταν υπάρχει σοβαρός πόνος η αγωγή θα πρέπει να είναι τακτική και να καλύπτει όλο το 24ωρο. Ο ασθενής παίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν την χορήγηση των φαρμάκων.

Ο ασθενής και η οικογένειά του εκπαιδεύονται στη χρήση των φαρμακευτικών αγωγών, αλλά και στη χρήση μη φαρμακευτικών τεχνικών αντιμετώπισης του πόνου όπως χαλάρωση και διέγερση του σώματος.

Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθά τον ασθενή να νοιώθει άνετα προσφέροντας τεχνικές που θα τον βοηθήσουν καταπολεμήσει τον πόνο του (Lemon & Burke, 2004).

6.4 Αντίληψη του πόνου από τον ασθενή

Ο πιο αξιόπιστος τρόπος αξιολόγησης της έντασης του πόνου είναι να ρωτήσουμε τον ίδιο τον ασθενή μας. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις για την εντόπιση του πόνου, την ποιότητα του και την ένταση(Αργυρά και συν., 2006).

Για ασθενείς όμως που δεν μιλούν ελληνικά ή δεν ξέρουν να διαβάζουν, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε να κλίμακα με χρώματα, δηλαδή κλίμακα θα ξεκινάει από το γαλάζιο που θα συμβολίζει την απουσία πόνου και θα φτάνει ως το έντονο κόκκινο που θα συμβολίζει τον έντονο πόνο. Ο νοσηλευτής θα επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα εφαρμόζοντας τα παρακάτω:

- Ο νοσηλευτής να είναι σίγουρος ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τον πόνο του. Από έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι ακόμα και η ηλικιωμένοι που ζουν στο γηροκομείο και έχουν διαταραχή των νοητικών λειτουργιών τους, είναι σε θέση να αναφέρουν ποτέ πονούν.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ποιες νόσοι και ποιες εξετάσεις μπορεί να προκαλέσουν πόνο στον ασθενή.
- Πρέπει να εξετάζει τον ασθενή για σημεία που μπορεί να δείχνουν ότι πονά. Όπως μορφασμοί, βογγητά, ανησυχία, ακινησία και σφίξιμο κάποιου αντικείμενου.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να συζητά με τον ασθενή τον ορισμό του πόνου, ώστε να βεβαιωθεί ότι μιλούν για το ίδιο πράγμα.
- Εάν η κλίμακα περιλαμβάνει λεκτικές περιγραφές πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής καταλαβαίνει την γλωσσά που χρησιμοποιείτε.
- Εάν η κλίμακα περιλαμβάνει αριθμός πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής ξέρει να μετρά ως το δέκα(Αργυρά και συν, 2006).

EPEYNA (NEA ΔΕΛΟΜΕΝΑ)

A Prospective Multicentre Study to Improve Postoperative Pain: Identification of Potentialities and Problems

Many studies still indicate insufficient pain management after surgery, e.g., in patients after small- or medium-size operations. Yet it is still uncertain if postoperative pain based on patient-related outcomes can be improved by implementing guideline-related programmes in a multicentre approach. Adult patients in six hospitals in one German city were included in this prospective study. Data collection took place twice in each hospital, once before and once after implementation of concepts and in-house training. Pain and pain-related aspects were assessed one day after surgery and compared between the pre- and post-test group including subgroup analysis of certain surgical procedures by using Student's t-tests, Mann-Whitney U tests and chi-square tests (alphan-tailed = 0.05). Overall, pain at rest and during movement was slightly lower after the intervention. Significant changes were observed after thoracic surgery, small joint surgery and other minor surgical procedures. The rather moderate decrease in pain likely relates to a reasonable pre-existing pain management and to detached improvements in certain patient subgroups. Interestingly, specific analyses revealed significantly lower post-test pain as compared to pre-test pain only in patients without pre-existing chronic pain. Side effects related to painmedication were significantly lower after intervention. Our data show, for the first time, benefits of a perioperative teaching programme in a multicentre approach. Pain ratings improved mainly in specific subgroups of patients, e.g., small surgical procedures and patients without preoperative pain. Thus, general improvement is possible but special attention should be paid to the group of patients with preoperative pain.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Πολλές μελέτες δείχνουν ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου μετά από χειρουργική επέμβαση, για παράδειγμα, σε ασθενείς μετά από εργασίες μικρού ή μεσαίου μεγέθους. Ωστόσο, εξακολουθεί να είναι αβέβαιο εάν ο μετεγχειρητικός πόνος θα βασίζεται στα αποτελέσματα που σχετίζονται με τον ασθενή και μπορεί να βελτιωθεί με την εφαρμογή των προγραμμάτων που σχετίζονται με την κατευθυντήρια γραμμή σε μια πολυκεντρική προσέγγιση. Ενήλικες ασθενείς σε έξι νοσοκομεία σε μια

γερμανική πόλη συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την προοπτική μελέτη. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε δύο φορές σε κάθε νοσοκομείο. Ο πόνος και οι πτυχές του πόνου αξιολογήθηκαν μία ημέρα μετά την επέμβαση και συγκρίθηκαν μεταξύ τους προ- και μετά-τεστ ομάδα που περιλαμβάνει ανάλυση υποομάδας ορισμένες χειρουργικές διαδικασίες με τη χρήση t-tests του Student δοκιμές Mann-Whitney U και chi-square τεστ. Συνολικά, πόνος κατά την ανάπαυση και κατά την κίνηση ήταν ελαφρώς χαμηλότερη μετά την παρέμβαση. Σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν μετά το χειρουργείο θώρακος, χειρουργική αρθρώσεων και άλλες μικρές χειρουργικές διαδικασίες. Η μάλλον μέτρια μείωση στον πόνο πιθανόν σχετίζεται με μια λογική προϋπάρχουσα διαχείριση του πόνου και να αποσπαστούν ορισμένες βελτιώσεις σε υποομάδες ασθενών. Είναι ενδιαφέρον, ειδικές αναλύσεις αποκάλυψαν σημαντικά χαμηλότερο πόνο μετά-τεστ σε σύγκριση με τον πόνο προ της δοκιμής μόνο σε ασθενείς χωρίς προϋπάρχουσα χρόνια πόνου. Οι παρενέργειες που σχετίζονται με το φάρμακο πόνου ήταν σημαντικά χαμηλότερες μετά την παρέμβαση. Τα δεδομένα μας δείχνουν, για πρώτη φορά, τα οφέλη ενός περιεγχειρητικού προγράμματος διδασκαλίας σε μια πολυκεντρική προσέγγιση. Η βαθμολογία του πόνου βελτιώθηκε κυρίως σε συγκεκριμένες υποομάδες ασθενών, π.χ., μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και σε ασθενείς χωρίς προεγχειρητικό πόνο. Έτσι, η γενική βελτίωση είναι δυνατή, αλλά ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ομάδα των ασθενών με προεγχειρητική πόνο.

Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic.

In a prospective study, the prevalence of 15 physical symptoms and symptom groups was evaluated in 1635 cancer patients referred to a pain clinic. In addition to pain, patients suffered an average of 3.3 symptoms: insomnia (59%), anorexia (48%), constipation (33%), sweating (28%), nausea (27%), dyspnea (24%), dysphagia (20%), neuropsychiatric symptoms (20%), vomiting (20%), urinary symptoms (14%), dyspepsia (11%), paresis (10%), diarrhea (6%), pruritus (6%), and dermatological symptoms (3%). While symptom prevalence was influenced by tumor site, pain intensity, and opioid treatment, only a minor relationship was seen between symptoms and gender, age, or tumor stage. The data emphasize that it is not sufficient to simply address pain during the treatment of patients with cancer pain; a more global approach

to symptom management is necessary.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Σε μια προοπτική μελέτη , σωματικά συμπτώματα και ομάδες συμπτωμάτων αξιολογήθηκαν σε 1635 ασθενείς με καρκίνο που αναφέρεται σε μια κλινική πόνου . Επιπλέον προς τον πόνο , οι ασθενείς που υπέστησαν κατά μέσο όρο 3,3 συμπτώματα: αϋπνία (59 %) , ανορεξία (48 %) , δυσκοιλιότητα (33 %) , εφίδρωση (28 %) , ναυτία (27 %) , δύσπνοια (24 %) , δυσφαγία (20%) , νευροψυχιατρικά συμπτώματα (20%) , έμετος (20%) , συμπτώματα του ουροποιητικού (14 %) , δυσπεψία (11 %) , πάρεση (10%) , διάρροια (6 %) , κνησμός (6 %) , και δερματολογικών συμπτωμάτων (3 %) . Ενώ ο επιπολασμός των συμπτωμάτων επηρεάστηκε από τον όγκο , η ένταση του πόνου , και θεραπεία με οπιοειδή , μόνο μια μικρή σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ των συμπτωμάτων και το φύλο , την ηλικία , ή το στάδιο του όγκου . Τα δεδομένα τονίζουν ότι αυτό δεν επαρκεί για την αντιμετώπιση του πόνου κατά την διάρκεια της θεραπείας των ασθενών με καρκινικό πόνο μια πιο σφαιρική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι απαραίτητη .

Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology.

Most patients with advanced cancer develop diverse symptoms that can limit the efficacy of pain treatment and undermine their quality of life. The present study surveys symptom prevalence, etiology and severity in 593 cancer patients treated by a pain service. Non-opioid analgesics, opioids and adjuvants were administered following the WHO-guidelines for cancer pain relief. Other symptoms were systematically treated by appropriate adjuvant drugs. Pain and symptom severity was measured daily by patient self-assessment; the physicians of the pain service assessed symptom etiology and the severity of confusion, coma and gastrointestinal obstruction at each visit. The patients were treated for an average period of 51 days. Efficacy of pain treatment was good in 70%, satisfactory in 16% and inadequate in 14% of patients. The initial treatment caused a significant reduction in the average number of symptoms from four to three. Prevalence and severity of anorexia, impaired activity, confusion, mood changes, insomnia, constipation, dyspepsia, dyspnoea, coughing,

dysphagia and urinary symptoms were significantly reduced, those of sedation, other neuropsychiatric symptoms and dry mouth were significantly increased and those of coma, vertigo, diarrhea, nausea, vomiting, intestinal obstruction, erythema, pruritus and sweating remained unchanged. The most frequent symptoms were impaired activity (74% of days), mood changes (22%), constipation (23%), nausea (23%) and dry mouth (20%). The highest severity scores were associated with impaired activity, sedation, coma, intestinal obstruction, dysphagia and urinary symptoms. Of all 23 symptoms, only constipation, erythema and dry mouth were assessed as being most frequently caused by the analgesic regimen. In conclusion, the high prevalence and severity of many symptoms in far advanced cancer can be reduced, if pain treatment is combined with systematic symptom control. Nevertheless, general, neuropsychiatric and gastrointestinal symptoms are experienced during a major part of treatment time and pain relief was inadequate in 14% of patients. Cancer pain management has to be embedded in a frame of palliative care, taking all the possibilities of symptom management into consideration.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο αναπτύσσουν ποικίλα συμπτώματα που μπορεί να περιορίσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του πόνου και υπονομεύουν την ποιότητα της ζωής τους. Οι παρούσες έρευνες μελετούν τα συμπτώματα επιπολασμού, την αιτιολογία και τη σοβαρότητα σε 593 ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν θεραπεία με μια υπηρεσία του πόνου. Μη-οπιοειδών αναλγητικών, οπιοειδών που πρόσθετα χορηγήθηκαν μετά τις WHO-κατευθυντήριες γραμμές για την ανακούφιση από τον πόνο του καρκίνου. Ο πόνος και η βαρύτητα των συμπτωμάτων μετρήθηκε καθημερινά. Οι γιατροί της υπηρεσίας του πόνου αξιολόγησαν τα συμπτώματα της σύγχυσης, κόμα και γαστρεντερική απόφραξη σε κάθε επίσκεψη. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία για μια μέση περίοδο 51 ημερών. Αποτελεσματικότητα της θεραπείας του πόνου ήταν καλή σε 70%, ικανοποιητική σε 16% και ανεπαρκής σε 14% των ασθενών. Η αρχική θεραπεία προκάλεσε μια σημαντική μείωση στο μέσο αριθμό των συμπτωμάτων από τέσσερις σε τρεις. Επικράτησε η ανορεξία, η μειωμένη δραστηριότητα, σύγχυση, αλλαγές στη διάθεση, αϋπνία, δυσκοιλιότητα, δυσπεψία, δύσπνοια, βήχας, δυσφαγία και συμπτώματα από το ουροποιητικό μειώθηκαν σημαντικά, άλλα νευροψυχιατρικά συμπτώματα και ξηροστομία αυξήθηκαν σημαντικά και εκείνων του κόματος.

Ίλιγγος , διάρροια, ναυτία , έμετος , εντερική απόφραξη, ερύθημα, κνησμός και εφίδρωση παρέμειναν αμετάβλητες. Τα πιο συχνά συμπτώματα ήταν η εξασθενημένη δραστικότητα (74% των ημερών) , αλλαγές στη διάθεση (22 %) , δυσκοιλιότητα (23 %) , ναυτία (23 %) και ξηροστομία (20 %). Οι υψηλότερες βαθμολογίες σοβαρότητας συνδέθηκαν με εξασθενημένη δραστικότητα , καταστολή, κόμα , εντερική απόφραξη , δυσφαγία και συμπτώματα του ουροποιητικού . Του συνόλου των 23 συμπτωμάτων, μόνο δυσκοιλιότητα , ερύθημα και ξηροστομία αξιολογήθηκαν ως τα πιο συχνά συμπτώματα που προκαλεί η αγωγή του αναλγητικού. Εν κατακλείδι η υψηλή συχνότητα εμφάνισης και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων σε πολύ προχωρημένο καρκίνο μπορεί να μειωθεί , εάν η θεραπεία του πόνου συνδυάζεται με συστηματικό έλεγχο των συμπτωμάτων . Παρ 'όλα αυτά νευροψυχιατρικά και γαστρεντερικά συμπτώματα που σημειώθηκαν κατά ένα μεγάλο μέρος του χρόνου θεραπείας και ανακούφισης από τον πόνο ήταν ανεπαρκής σε 14 % των ασθενών . Η διαχείριση του πόνου του καρκίνου πρέπει να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας , λαμβάνοντας όλες τις δυνατότητες της διαχείρισης των συμπτωμάτων υπόψη .

Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention.

Acute postoperative pain is followed by persistent pain in 10-50% of individuals after common operations, such as groin hernia repair, breast and thoracic surgery, leg amputation, and coronary artery bypass surgery. Since chronic pain can be severe in about 2-10% of these patients, persistent postsurgical pain represents a major, largely unrecognized clinical problem. Iatrogenic neuropathic pain is probably the most important cause of long-term postsurgical pain. Consequently, surgical techniques that avoid nerve damage should be applied whenever possible. Also, the effect of aggressive, early therapy for postoperative pain should be investigated, since the intensity of acute postoperative pain correlates with the risk of developing a persistent pain state. Finally, the role of genetic factors should be studied, since only a proportion of patients with intraoperative nerve damage develop chronic pain. Based on information about the molecular mechanisms that affect changes to the peripheral and central nervous system in neuropathic pain, several opportunities exist for multimodal pharmacological intervention. Here, we outline strategies for identification of patients at risk and for prevention and possible treatment of this

important entity of chronic pain.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οξύς μετεγχειρητικός πόνος ακολουθείται από επίμονο πόνο στο 10-50 % των ατόμων μετά από κοινές λειτουργίες , όπως η βουβωνική χώρα αποκατάσταση της κήλης , του μαστού και χειρουργική θώρακος , ακρωτηριασμό κάτω άκρων , και επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης . Δεδομένου ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι σοβαρός σε περίπου 2-10 % των ασθενών αυτών. Η επίμονη του μετεγχειρητικού πόνου αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα. Ιατρογενής νευροπαθητικός πόνος είναι ίσως η πιο σημαντική αιτία μακροπρόθεσμων μετεχειρουργικού πόνου. Κατά συνέπεια , οι χειρουργικές τεχνικές που αποφεύγουν νευρική βλάβη θα πρέπει να εφαρμόζονται , όποτε είναι δυνατόν . Επίσης, η επίδραση της επιθετικής , η πρόιμη θεραπεία για μετεγχειρητικού πόνου θα πρέπει να διερευνηθεί , δεδομένου ότι η ένταση της οξείας μετεγχειρητικού πόνου συσχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης μια επίμονη κατάσταση πόνου. Τέλος, ο ρόλος των γενετικών παραγόντων θα πρέπει να μελετηθεί, δεδομένου ότι μόνο ένα ποσοστό των ασθενών με διεγχειρητική νευρική βλάβη αναπτύσσουν χρόνιο πόνο. Με βάση τις πληροφορίες σχετικά με τους μοριακούς μηχανισμούς που επηρεάζουν τις αλλαγές στο περιφερειακό και κεντρικό νευρικό σύστημα σε νευροπαθητικό πόνο , υπάρχουν αρκετές ευκαιρίες για φαρμακολογική παρέμβαση. Εδώ έχουμε περιγράψει τις στρατηγικές για την ταυτοποίηση των ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο και για την πρόληψη και την πιθανή θεραπεία αυτής της σημαντικής οντότητας του χρόνιου πόνου.

Persistent pain is common 1-2 years after shoulder replacement.

Background and purpose - Persistent postsurgical pain is a well-recognized problem after various types of surgery such as amputation and thoracotomy. The prevalence of persistent pain, and the extent to which it involves neuropathic pain, is highly dependent on the type of surgery. We investigated the prevalence of, characteristics of, and risk factors for persistent pain 1-2 years after shoulder replacement. Patients and methods - A questionnaire was sent to patients who underwent primary shoulder replacement between April 2011 and April 2012, and whose data were recorded in the Danish Shoulder Arthroplasty Register. Patients who had undergone reoperation or

bilateral replacements were excluded. Persistent pain was defined as constant or daily pain within the last month, which interfered much or very much with daily activities. Multivariate logistic regression was used to assess risk factors. Results - 538 patients were available for analysis. The prevalence of persistent pain was 22% (CI: 18-25), and the prevalence of presumed neuropathic pain was 13% (CI: 10-16). Persistent pain was more frequent in fracture patients (29%) than in osteoarthritis patients (16%), while the prevalence of neuropathic pain was similar. Severe pain during the first postoperative week increased the risk of persistent pain. Risk also increased with hemi prosthesis (as compared to total prosthesis) in osteoarthritis patients, and with previous osteosynthesis and pain elsewhere in fracture patients. Interpretation - Persistent pain after shoulder replacement is a daily burden for many patients. Further studies should address patient and prosthesis selection, postoperative pain management, and follow-up of these patients.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Επίμονος μετεχειρουργικός πόνος είναι ένα καλά αναγνωρισμένο πρόβλημα με διάφορους τύπους χειρουργικής επέμβασης όπως ακρωτηριασμός και θωρακοτομή. Ο επιπολασμός του επίμονου πόνου και ο βαθμός στον οποίο συνεπάγεται νευροπαθητικό πόνο, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης. Ερευνήσαμε την επικράτηση του, τα χαρακτηριστικά του, καθώς και τους παράγοντες κινδύνου για τον επίμονο πόνο 1-2 χρόνια μετά την αρθροπλαστική ώμου. Ασθενείς και μέθοδοι - ένα ερωτηματολόγιο στάλθηκε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή αρθροπλαστική ώμου μεταξύ Απριλίου 2011 και Απριλίου 2012 και τα δεδομένα των οποίων καταγράφηκαν στη δανική ώμου μητρώο αρθροπλαστικών. Οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε επανεπέμβαση ή διμερείς αντικαταστάσεις αποκλείστηκαν. Ο επίμονος πόνος ορίστηκε ως σταθερός ή καθημερινός πόνος μέσα στον τελευταίο μήνα, ο οποίος παρενέβη πολύ ή πάρα πολύ με τις καθημερινές δραστηριότητες. Πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου. Αποτελέσματα - 538 ασθενείς ήταν διαθέσιμοι για ανάλυση. Η επικράτηση του επίμονου πόνου ήταν 22% (CI: 18-25), καθώς και η επικράτηση του θεωρείται νευροπαθητικού πόνου ήταν 13% (CI: 10-16). Επίμονος πόνος ήταν πιο συχνή σε ασθενείς με κάταγμα (29%) από ό, τι σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (16%), ενώ ο επιπολασμός του νευροπαθητικού πόνου ήταν παρόμοιο. Έντονος πόνος κατά την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα αυξάνει

τον κίνδυνο του επίμονου πόνου. Κίνδυνος αυξήθηκε επίσης με hemi prosthesis (σε σύγκριση με ολική πρόσθεση) σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, και με την προηγούμενη οστεοσύνθεση και πόνο αλλού σε ασθενείς με κάταγμα. Ερμηνεία - Ο επίμονος πόνος μετά από αρθροπλαστική ώμου είναι μια καθημερινή επιβάρυνση για πολλούς ασθενείς. Περαιτέρω μελέτες θα πρέπει να αντιμετωπίσει τον ασθενή και την επιλογή της πρόθεσης, του μετεγχειρητικού πόνου, και την παρακολούθηση αυτών των ασθενών.

Assessment of the feasibility of high-concentration capsaicin patches in the pain unit of a tertiary hospital for a population of mixed refractory peripheral neuropathic pain syndromes in non-diabetic patients.

High-concentration-capsaicin-patches have been put on the market as a treatment for peripheral neuropathic pain. A minimum infrastructure and a determinate skill set for its application are required. Our aim was to assess the feasibility of treatment with high-concentration-capsaicin-patches in clinical practice in a variety of refractory peripheral neuropathic pain syndromes in non-diabetic patients.

METHODS:

Observational, prospective, single-center study of patients attended to in the Pain Unit of a tertiary hospital, ≥ 18 year-old non-responders to multimodal analgesia of both genders. The feasibility for the application of capsaicin patch in clinical practice was evaluated by means of the number of patients controlled per day when this one was applied and by means of the times used for patch application.

RESULTS:

Between October 2010 and September 2011, 20 consecutive non-diabetic patients (7 males, 13 females) with different diagnoses of refractory peripheral neuropathic pain syndromes, with a median (range) age of 60 (33-88) years-old were treated with a single patch application. The median (range) number of patients monitored per day was not modified when the capsaicin patch was applied [27 (26-29)] in comparison with it was not applied [28 (26-30)]. The median (range) total time to determine and mark the painful area was 9 (6-15) minutes and of patch application was 60 (58-65) minutes. No important adverse reactions were observed.

CONCLUSION:

High-concentration-capsaicin-patch treatment was feasible in our unit for the

treatment of a population with refractory peripheral neuropathic pain. The routine of our unit was not affected by its use.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Υψηλή συγκέντρωση-καψαϊκίνη μπαλώματα έχουν διατεθεί στην αγορά ως θεραπεία για περιφερικού νευροπαθητικού πόνου. Μια ελάχιστη υποδομή και ένα προσδιορισμένο σύνολο ικανοτήτων για την εφαρμογή της απαιτούνται. Στόχος μας ήταν να εκτιμηθεί η σκοπιμότητα της θεραπείας με υψηλή συγκέντρωση καψαϊκίνης-μπαλώματα στην κλινική πρακτική σε μια ποικιλία πυρίμαχων περιφερικού νευροπαθητικού σύνδρομα πόνου σε μη διαβητικούς ασθενείς.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Παρατήρησης, προοπτική, ενός κέντρου μελέτης των ασθενών που συμμετείχαν στην Μονάδα Πόνου του τριτοβάθμιου νοσοκομείου, ≥ 18 ετών που δεν ανταποκρίθηκαν σε πολυτροπικές αναλγησία και των δύο φύλων. Η σκοπιμότητα για την εφαρμογή του επιθέματος καψαϊκίνης στην κλινική πράξη αξιολογήθηκε μέσω του αριθμού των ασθενών που ελέγχονται ανά ημέρα όταν εφαρμόζεται αυτή η μία και με τη βοήθεια των χρόνων που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή του εμπλάστρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από τον Οκτώβριο του 2010 και το Σεπτέμβριο του 2011, 20 συνεχόμενων μη-διαβητικούς ασθενείς (7 άνδρες, 13 γυναίκες) με διαφορετικές διαγνώσεις των πυρίμαχων περιφερικού νευροπαθητικού πόνου σύνδρομα, με διάμεση τιμή (εύρος) ηλικία των 60 ετών (33 - 88) ετών υποβλήθηκαν σε θεραπεία με μια ενιαία εφαρμογή του εμπλάστρου. Η διάμεση τιμή (εύρος) τον αριθμό των ασθενών που παρακολουθούνται ανά ημέρα δεν είχε τροποποιηθεί όταν εφαρμόστηκε το επίθεμα καψαϊκίνης [27 (26-29)] σε σχέση με αυτό δεν εφαρμόστηκε [28 (26-30)]. Η διάμεση τιμή (εύρος) συνολικός χρόνος για να καθορίσει και να σηματοδοτήσει την επώδυνη περιοχή ήταν 9 (6-15) λεπτά και εφαρμογής του εμπλάστρου ήταν 60 (58-65) λεπτά. Δεν υπάρχουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Επεξεργασία υψηλής συγκέντρωσης καψαϊκίνης-μπάλωμα ήταν εφικτό στην μονάδα μας για την αγωγή ενός πληθυσμού με πυρίμαχο περιφερικό νευροπαθητικό πόνο. Η ρουτίνα της μονάδας μας δεν επηρεάστηκε από τη χρήση του.

The impact of genetic variation on sensitivity to opioid analgesics in patients with

postoperative pain: a systematic review and meta-analysis.

BACKGROUND: Individual response to opioid analgesics varies among patients.

OBJECTIVE: This study sought to clarify the impact of distinct genetic variations on pain, opioid consumption, and opioid side effects in patients with postoperative pain.

STUDY DESIGN: A systematic review and meta-analysis of associations between genetic single-nucleotide polymorphisms (SNPs) and opioids used for acute postoperative pain.

SETTING: This meta-analysis examined all studies involving an association between genetic polymorphisms and the analgesic efficacy or clinical outcome of opioid analgesics for postoperative pain.

METHODS: A literature search was performed up to January 31, 2014, using the PubMed, EMBase, ISI Web of Science, and Cochrane Library databases.

RESULTS:

Fifty-nine studies were included in this systematic review, and 23 studies (a total of 5,902 patients) were included in the final meta-analysis. The results showed that human μ -opioid receptor gene (OPRM1) 118G allele variant carriers consumed more opioids for analgesia (SMD = -0.17, 95% CI = [-0.25, -0.10], $P < 0.00001$), but reported higher pain scores (MD = -0.11, 95% CI = [-0.17, -0.04], $P = 0.002$) and less nausea and vomiting (odds ratio = 1.30, 95% CI = [1.08, 1.55], $P = 0.005$) than the homozygous 118AA patients during the first 24 hour but not the 48 hour postoperative period. Moreover, CYP3A4*1G carriers consumed less opioids than homozygous CYP3A4*1/*1 patients during the first 24 hours postoperative period (MD = 45.12, 95% CI = [36.17, 54.06], $P < 0.00001$). No significant differences were found in CYP3A5*3, ABCB1 C3435T, and G2477T/A genetic polymorphisms.

LIMITATIONS:

Some potential non-genetic factors can modify the effects of gene SNP on pain and opioid consumption during the postoperative period, such as age, gender, mood, anxiety, and drug-drug interactions. But further analyses could not be performed in the present meta-analysis due to limited information.

CONCLUSION:

The results indicate that among the genetic SNPs we studied which include those affecting analgesic drug metabolism, transport of analgesic agents across the blood-brain barrier, and their activity at target receptors and ion channels and in the

modulation of neurotransmitter pathways, the A118G allele variant of OPRM1 has the most potent influence on pain management of postoperative patients. Opioid receptor gene information may provide valuable information for clinicians to properly manage the analgesic use of opioids individually for better pain management.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η επίδραση της γενετικής ποικιλομορφίας, της ευαισθησίας σε οπιοειδή αναλγητικά σε ασθενείς με μετεγχειρητικό πόνο: μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Ατομική ανταπόκριση σε οπιοειδή αναλγητικά ποικίλει μεταξύ των ασθενών.

ΣΤΟΧΟΣ:

Η μελέτη αυτή προσπάθησε να αποσαφηνίσει τον αντίκτυπο της διακριτές γενετικές παραλλαγές σε πόνο, οπιοειδή κατανάλωση, και παρενέργειες των οπιοειδών σε ασθενείς με μετεγχειρητικό πόνο.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Μια συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση των ενώσεων μεταξύ των γενετικών πολυμορφισμών μονού νουκλεοτιδίου (SNPs) και τα οπιοειδή που χρησιμοποιούνται στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο.

ΡΥΘΜΙΣΗ:

Αυτή η μετά-ανάλυση εξέτασε όλες τις μελέτες που αφορούν τη σύνδεση μεταξύ των γενετικών πολυμορφισμών και την αναλγητική αποτελεσματικότητα ή την κλινική έκβαση των οπιοειδών αναλγητικών για μετεγχειρητικό πόνο.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Μια αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε μέχρι 31η Ιανουαρίου 2014, με τη χρήση του PubMed, EMBASE, ISI Web of Science, και βάσεις δεδομένων Cochrane Library.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Πενήντα-εννέα μελέτες που περιλαμβάνονται στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, και 23 μελέτες (συνολικά 5902 ασθενείς) έχουν συμπεριληφθεί στην τελική μετα-ανάλυση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το γονίδιο του υποδοχέα μ-οπιοειδών του ανθρώπου (OPRM1) 118g αλληλόμορφο φορείς παραλλαγής κατανάλωναν περισσότερα οπιοειδή για αναλγησία (SMD = -0.17, 95% CI = [-0.25, -0.10], $p < 0,00001$), αλλά ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες πόνου (MD = -0.11, 95% CI = [-0,17, -0,04], $P = 0,002$) και λιγότερο ναυτία και έμετο (λόγος

πιθανοτήτων = 1,30, 95% CI = [1,08, 1,55], P = 0,005) από την ομόζυγη 118AA ασθενείς κατά τη διάρκεια των πρώτων 24 ώρα, αλλά όχι η μετεγχειρητική περίοδο 48 ωρών. Επιπλέον, CYP3A4 * 1G φορείς καταναλώναν λιγότερα από οπιοειδή ομόζυγη CYP3A4 * 1/1 ασθενείς κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου πρώτες 24 ώρες (MD = 45.12, 95% CI = [36.17, 54.06], P <0,00001). Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην CYP3A5 * 3, ABCB1 C3435T, και G2477T / A γενετικούς πολυμορφισμούς.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ:

Κάποια πιθανά μη γενετικοί παράγοντες μπορούν να τροποποιήσουν τα αποτελέσματα του γονιδίου SNP για τον πόνο και οπιοειδή κατανάλωση κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου, όπως η ηλικία, το φύλο, τη διάθεση, το άγχος, και οι αλληλεπιδράσεις φαρμάκου-φαρμάκου. Αλλά περαιτέρω αναλύσεις δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί στην παρούσα μετα-ανάλυση λόγω της περιορισμένης πληροφορίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μεταξύ των γενετικών SNPs μελετήσαμε τα οποία περιλαμβάνουν εκείνα που επηρεάζουν το μεταβολισμό αναλγητικό φάρμακο, μεταφορά αναλγητικών παραγόντων κατά μήκος του φράγματος αίματος-εγκεφάλου, και η δραστηριότητά τους σε υποδοχείς στόχους και διαύλων ιόντων και στη ρύθμιση των οδών νευροδιαβιβαστών, η παραλλαγή A118G αλληλόμορφο του OPRM1 έχει την πιο ισχυρή επιρροή στη διαχείριση του πόνου των μετεγχειρητικών ασθενών. Οπιοειδών πληροφορίες του γονιδίου του υποδοχέα μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τους κλινικούς ιατρούς να διαχειριστεί σωστά τη χρήση αναλγητικών οπιοειδών ξεχωριστά για την καλύτερη διαχείριση του πόνου.

The relationship between prosthesis use, phantom pain and psychiatric symptoms in male traumatic limb amputees.

The purpose of this study was to identify psychiatric symptoms by comparing male patients with traumatic leg amputations (LAs) with healthy controls and to determine the association between these psychiatric symptoms and phantom pain and prosthesis use characteristics.

METHODS:

One hundred four volunteers, 51 LA patients (group 1) and 53 healthy controls (group 2) were included. Demographic data including age, height, weight, time since amputation, duration of prosthesis use, and Satisfaction with Prosthesis Questionnaire scores were recorded. Phantom pain was measured a visual analog scale (VAS). Psychiatric symptoms were measured using the Symptom Checklist-90-R, Beck Depression Inventory, Pittsburgh Sleep Quality Index, Rosenberg Self-Esteem Scale, and State-Trait Anxiety Inventory. Correlations were determined between time since amputation, duration of prosthesis use and satisfaction with prosthesis questionnaire scores and psychiatric scale scores.

RESULTS:

Amputee patients had higher phobic anxiety, state anxiety, trait anxiety and sleep disturbance scores ($p < 0.05$) than the controls. No difference was determined in terms of psychiatric symptoms between the phantom pain and no phantom pain groups ($p > 0.05$). There were significant negative correlations between time since amputation, duration of prosthesis use, duration of daily prosthesis use, and satisfaction with prosthesis questionnaire scores and psychiatric symptoms.

CONCLUSIONS:

Apart from anxiety (state, trait or phobic) and disturbed sleep, other psychiatric symptoms in amputee patients undergoing lengthy prosthetic rehabilitation may not differ from those of healthy controls. The presence and severity of phantom pain appear to be unrelated to general psychiatric symptomatology. Length of time since amputation, length of prosthesis use, daily length of prosthesis use and prosthesis satisfaction are negatively correlated with general psychiatric symptoms. These characteristics must be borne in mind in psychiatric and prosthetic rehabilitation.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ΣΤΟΧΟΙ:

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα συγκρίνοντας άνδρες ασθενείς με ακρωτηριασμό των ποδιών (ΟΤΑ) με υγιείς μάρτυρες και να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ αυτών των ψυχιατρικά συμπτώματα και τον πόνο φάντασμα και τα χαρακτηριστικά χρήσης της πρόθεσης.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Εκατό τέσσερις εθελοντές, περιελήφθησαν 51 ασθενείς με LA (ομάδα 1) και 53 υγιείς ελέγχους (ομάδα 2). Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης

της ηλικίας, το ύψος, το βάρος, το χρόνο από ακρωτηριασμό, τη διάρκεια χρήσης της πρόθεσης, και Ικανοποίηση με Προσθετική Ερωτηματολόγιο βαθμολογίες. Φάντασμα πόνος μετρήθηκε μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS). Ψυχιατρικά συμπτώματα μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας το σύμπτωμα Checklist-90-R, Beck Depression Inventory, Πίτσιμπουργκ ύπνου δείκτη ποιότητας, Rosenberg Αυτοεκτίμηση Κλίμακα, και το κράτος Ανησυχία Inventory. Οι συσχετίσεις προσδιορίστηκαν μεταξύ του χρόνου από τον ακρωτηριασμό, τη διάρκεια χρήσης της πρόθεσης και της ικανοποίησης με τα αποτελέσματα ερωτηματολόγιο πρόθεσης και ψυχιατρικές βαθμολογίες κλίμακας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Ακρωτηριασμένη ασθενείς είχαν υψηλότερο άγχος φοβική, άγχος κατάστασης, χαρακτηριστικό βαθμολογίες άγχος και οι διαταραχές του ύπνου ($p < 0,05$) σε σχέση με τους μάρτυρες. Καμία διαφορά δεν προσδιορίζεται από την άποψη των ψυχιατρικών συμπτωμάτων ανάμεσα στον πόνο φάντασμα και χωρίς πόνο φάντασμα ομάδες ($p > 0.05$). Υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του χρόνου από τον ακρωτηριασμό, τη διάρκεια χρήσης της πρόθεσης, η διάρκεια της καθημερινής χρήσης πρόθεσης, και την ικανοποίηση με αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της πρόθεσης και ψυχιατρικά συμπτώματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Εκτός από το άγχος (κράτος, χαρακτηριστικό ή φοβική) και διαταραγμένο ύπνο, άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μακρά ανάπηρος προσθετική αποκατάσταση δεν μπορεί να διαφέρουν από αυτά των υγιών μαρτύρων. Η παρουσία και η σοβαρότητα του πόνου φάντασμα φαίνεται να είναι άσχετη με τη γενική ψυχιατρική συμπτωματολογία. Χρονικό διάστημα από ακρωτηριασμό, το μήκος της χρήσης πρόθεσης, καθημερινή διάρκεια της χρήσης πρόθεσης και της ικανοποίησης των προθέσεων συσχετίζονται αρνητικά με τη γενική ψυχιατρικά συμπτώματα. Αυτά τα χαρακτηριστικά πρέπει να ληφθεί υπόψη στην ψυχιατρική και προσθετική αποκατάσταση.

Blood testing in chronic pain management.

Blood testing is quickly becoming a useful laboratory tool for opioid prescribers who wish to document and assess patient tolerance, more objectively monitor patient safety, and evaluate patient compliance using information that is not available with

traditional urine drug testing (UDT). Blood testing does not need to be performed as frequently as UDT but provides extremely valuable information which can be used to more accurately evaluate patient compliance and assist with interpreting blood toxicology results commonly used in impairment or overdose cases. This narrative review presents the current evidence supporting the use of blood testing within the chronic pain management setting. In addition, this review aims to introduce and discuss the role of routine blood testing within the chronic pain management setting. Blood testing for the purpose of documenting opioid tolerance is a relatively novel tool for pain physicians and as such this review is not intended to be a comprehensive or exhaustive review of the scientific or medical literature. Prescribers must also be aware that this type of laboratory testing need only be administered to chronic pain patients receiving daily opioid therapy. Patients taking infrequent, low dose, or as needed medications are not anticipated to benefit from this type of test. Based on the complexity of both achieving acceptable outcomes with opioid treatment and the legal and societal issues at hand, we feel that the addition of blood concentration levels will become the standard of care in the near future.

Η ανάλυση του αίματος γίνεται γρήγορα ένα χρήσιμο εργαλείο για εργαστηριακή οπιοειδών συνταγογράφους που επιθυμούν να τεκμηριώνουν και θα αξιολογού την ανοχή του ασθενούς, πιο αντικειμενικά την παρακολούθηση της ασφάλειας των ασθενών, καθώς και την αξιολόγηση της συμμόρφωσης με τη χρήση των πληροφοριών του ασθενούς που δεν είναι διαθέσιμα με τις παραδοσιακές δοκιμές φαρμάκων ούρων (UDT). Αιματολογικές εξετάσεις δεν πρέπει να εκτελείται τόσο συχνά όσο UDT αλλά παρέχει εξαιρετικά πολύτιμες πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αξιολογηθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια τη συμμόρφωση του ασθενούς και να βοηθήσει με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τοξικολογικών αίματος που χρησιμοποιούνται συνήθως σε δυσλειτουργία ή σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Αυτή η ανασκόπηση της αφήγησης που παρουσιάζει την τρέχουσα ενδείξεις που υποστηρίζουν τη χρήση των τεστ αίματος εντός του χρόνιου πόνου ρύθμιση. Επιπλέον, η αναθεώρηση αυτή έχει ως στόχο να εισαγάγει και να συζητήσουν το ρόλο των συνήθων δοκιμών του αίματος εντός του χρόνιου πόνου ρύθμιση. Οι εξετάσεις αίματος για τον σκοπό της τεκμηρίωσης ανοχή οπιοειδών είναι ένα σχετικά νέο εργαλείο για τον πόνο τους γιατρούς και ως εκ τούτου αυτή η αξιολόγηση δεν προορίζεται να είναι ένα ολοκληρωμένο ή εξαντλητική ανασκόπηση

της επιστημονικής ή ιατρικής βιβλιογραφίας. Οι συνταγογράφοι θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν ότι αυτό το είδος των εργαστηριακών δοκιμών χρειάζεται να χορηγείται μόνο σε ασθενείς με χρόνιους πόνους που λαμβάνουν καθημερινά θεραπεία με οπιοειδή. Οι ασθενείς που λαμβάνουν σπάνια, χαμηλή δόση, ή όπως απαιτείται φάρμακα δεν αναμένεται να επωφεληθούν από αυτό το είδος της δοκιμής. Με βάση την πολυπλοκότητα των δύο επίτευξη αποδεκτά αποτελέσματα με θεραπεία με οπιοειδή και τα νομικά και κοινωνικά ζητήματα στο χέρι, αισθανόμαστε ότι η προσθήκη των επιπέδων συγκέντρωσης αίματος θα γίνει το πρότυπο της περιθαλψης στο εγγύς μέλλον.

Pain relief scale is more highly correlated with numerical rating scale than with visual analogue scale in chronic pain patients.

The pain relief scale (PRS) is a method that measures the magnitude of change in pain intensity after treatment. The present study aimed to evaluate the correlation between PRS and changes in pain determined by the visual analogue scale (VAS) and numerical rating scale (NRS), to confirm the evidence supporting the use of PRS. Sixty patients with chronic spinal pain that had a VAS and NRS recorded during an initial examination were enrolled in the study. One week later, the patients received an epidural nerve block, then VAS, NRS, and PRS assessments were performed. Differences between VAS and NRS were compared to the PRS and scatter plots and correlation coefficient were generated. The differences and magnitude of decrease in the VAS and NRS raw data were converted to percentile values, and compared to the PRS. Both VAS and NRS values exhibited strong correlations (> 0.8) with PRS. Further, the differences between the VAS-PRS R (0.859) and NRS-PRS R (0.915) were statistically significant, ($P = 0.0259$). Compared to PRS, the VAS and NRS percentile scores exhibited higher correlation coefficients than scores based on the raw data differences. Furthermore, even when converted to a percentile, the NRS%-PRS R (0.968) was higher than the VAS%-PRS R (0.904), $P = 0.0001$. The results indicated that using the PRS together with NRS in pain assessment increased the objectivity of the assessment compared to using only VAS or NRS, and may have offset the limitations of VAS or NRS alone.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η κλίμακα ανακούφισης πόνου (PRS) είναι μια μέθοδος η οποία μετρά το μέγεθος της αλλαγής στην ένταση του πόνου μετά τη θεραπεία. Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ της PRS και τις αλλαγές στον πόνο που καθορίζεται από την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) και αριθμητική κλίμακα διαβάθμισης (NRS), για να επιβεβαιώσει τα στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση της PRS. Εξήντα ασθενείς με χρόνια πόνο της σπονδυλικής στήλης που είχε ένα VAS και NRS καταγράφονται κατά την αρχική εξέταση εντάχθηκαν στη μελέτη. Μία εβδομάδα αργότερα, οι ασθενείς έλαβαν ένα επισκληρίδιο αναισθησία νεύρων, τότε VAS, NRS, και οι εκτιμήσεις PRS πραγματοποιήθηκαν. Διαφορές μεταξύ VAS και NRS συγκρίθηκαν με την PRS και διαγράμματα διασποράς και συντελεστής συσχέτισης δημιουργήθηκαν. Οι διαφορές και το μέγεθος της μείωσης στα ανεπεξέργαστα δεδομένα VAS και NRS μετατράπηκαν σε ποσοστιαίες τιμές, και σε σύγκριση με την PRS. Αμφότερες οι τιμές VAS και NRS εμφάνισε ισχυρά συσχετίσεις (> 0.8) με PRS. Περαιτέρω, οι διαφορές μεταξύ του VAS-PRS R (0,859) και NRS-PRS R (0.915) ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,0259$). Σε σύγκριση με την PRS, το VAS και NRS ποσοστιαίες βαθμολογίες παρουσίασαν υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης από τα αποτελέσματα με βάση τις πρώτες διαφορές των δεδομένων. Επιπλέον, ακόμη και όταν μετατρέπεται σε εκατοστημόριο, το NRS% - PRS R (0.968) ήταν υψηλότερο από το VAS% -PRS R (0.904), $P = 0.0001$. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χρήση της PRS μαζί με NRS στην αξιολόγηση του πόνου αύξησε την αντικειμενικότητα της αξιολόγησης σε σχέση με τη χρήση μόνο VAS ή NRS, και μπορεί να αντισταθμίσει τους περιορισμούς του VAS ή NRS μόνο..

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bjornhold KT, Brandsborg B, Soballe K, Nikolajsen L, 2015. Persistent pain is common 1-2 years after shoulder replacement. *Acta Orthop.* , p. 71-7.
- Deer TR, Gunn J, 2015. Blood testing in chronic pain management. *Pain Physician.* , p. 157-61.
- Deyo RA, Von Korff , Duhrkoop D, 2015. Opioids for low back pain. *BMJ*, p. 380.
- Durmus D, Safaz I, Adiquzel E, Uran A, Sarisoy G, Goktepe AS, Tan AK, 2014. The relationship between prosthesis use, phantom pain and psychiatric symptoms in male traumatic limb amputees. *Compr Psychiatry.* , p. 310-1.
- Gimenez-Mila M, Videla S, Navarro MA, Fauli A, Ojeda A, Boqdanovich A, Moreno LA, Hernandez-Cera C, Busquets C, 2014. Assessment of the feasibility of high-concentration capsaicin patches in the pain unit of a tertiary hospital for a population of mixed refractory peripheral neuropathic pain syndromes in non-diabetic patients. *BMC Anesthesiol.* , p. 14-120
- Grond S, Zech D, Diefenbach C, Bishoff A, 1994. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. *J Pain Symptom Manage.* , p. 372-82.
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ, 2006. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The lancet.* , 367(9522) p. 1618-25.
- Kingdom, R., Stanley, K. & Kizior, R. 1998. *Εγχειρίδιο αντιμετώπισης του πόνου*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λ.Καστελλάνος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδη.
- Lee JJ, Lee MK, Kim JE, Kim HZ, Park SH, Tae JH, Cha S. 2015. Pain relief

scale is more highly correlated with numerical rating scale than with visual analogue scale in chronic pain patients. *Pain Physician.* , p. 195-200.

- Lemon, P., Burke, K. & Bauldoff, G., 2011. *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από μεταφραστική ομάδα Δ. Λαγός. Αθήνα.: Ιατρικές Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.
- Melzack R, 1999. International Association for the Study of Pain. IASP Pain Terminology. *Textbook of pain.* p .11-57
- Merskey,H, 1994.*Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*.p.209-212
- Meuse T, Pietruck C, Radbrush L, Stute P, Lehmann KA, & Grond S, 2001. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*, 93(3) p. 247-57.
- Pogatzki-Zahn, E., Kutschar P, Nestler N, Osterbrink J., 2015. A Prospective Multicentre Study to Improve Postoperative Pain: Identification of Potentialities and Problems. *Plos one* .24:10 (11).
- Ren, Z., Xu, X., Bao, Y., Shi, L., He, S., Denq, J., Gao, X., Tanq, H., Wanq, Y.,& Lu, .L, 2015. The impact of genetic variation on sensitivity to opioid analgesics in patients with postoperative pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician.* , p. 131-52
- Αργυρά ,Ε. , Βαδαλούκα, Α. , Σιάφακα, Ι. ,Αναστασίου Ε., Παπαδόπουλος, Γ. , 2006. *Αντιμετώπιση οξέος & χρόνιου πόνου*, Εκδόσεις Εφύρα.
- Βιβιλάκη, Β. και συν, 2015. *Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη και τη φροντίδα υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

- Μυγδάλης ,Ηλίας. , 2008. *Διαβητική νευροπάθεια*. Αθήνα: εκδόσεις Ζήτα
- Παπαγεωργίου, Δ., Κελέση, Μ., Φασόη, Γ., 2013. *Βασική νοσηλευτική, θεωρία, εκπαίδευση, εφαρμογή*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας.
- Παπαδόπουλος, Γ., Ιατρού, Χ., & Βεζυράκη, Γ., 2004. *Περιεγχειρητική Ιατρική*. Ιωάννινα: εκδόσεις Εφύρα.