



کاهش درد فاسرل در بیماران همودیالیزی

سما، میر، ای

عادل افتخاری



انتشارات سیدعلی زاده

برگزیده جوان ترین ناشر سال ۱۳۹۰

واحد علوم عملی (پزشکی) (کد-۶۰)

تابستان ۱۳۹۵

سرشناسه	:	میرزایی، سمانه، ۱۳۶۳ -
عنوان و نام پدیدآور	:	کاهش درد فیستول در بیماران همودیالیزی سمانه میرزایی، عادل افتخاری.
مشخصات نشر	:	یزد انتشارات سیدعلی زاده ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	:	۸۸ ص.
شابک	:	۹۷۸-۶۰۰-۶۹۹۰-۸۸-۰
شعبه فهرست نویسی	:	فیبا
موضوع	:	همودیالیز -- بیماران
موضوع	:	Hemodialysis -- Patients
موضوع	:	فیستول های سرخرگی سیاهرگی
موضوع	:	Fistula, Arteriovenous
موضوع	:	درد -- درمان
موضوع	:	Analgesia
شناسه افزوده	:	افتخاری، عادل، ۱۳۶۶ -
رده بندی کنگره	:	۱۳۹۵ ۹م ۸۸۰/۷/۹۰۱ RC
رده بندی دیویی	:	۴۶۱۰۵۹/۶۱۱
شماره کتابشناسی ملی	:	۴۳۲۱۲۶۶

نشر، پخش، فروش: انتشارات سیدعلی زاده

نشانی: یزد، خیابان فرخی، طبقه همک پای، ۱۰ کدپستی: ۶۴۹۵۷-۸۹۱۳۹

تلفن: ۳۶۲۶۵۵۰۳-۳۶۲۲۰۹۰۸-۰۲۵-۰۲۰۵۹۰۴۳۹۹۰۹۱۹

email:seyedalizade@gmail.com

کاهش درد فیستول در بیماران همودیالیزی

سمانه میرزایی - عادل افتخاری

☒ ناشر: انتشارات سیدعلی زاده

☒ نوبت چاپ: نخست - مرداد ماه ۱۳۹۵

☒ چاپ، صحافی: سمن

☒ شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه - قطع رقعی

☒ صفحه آرا: سیداحمد سیدعلی زاده

☒ ویراستار: سیداحمد سیدعلی زاده

ISBN: ۹۷۸-۶۰۰-۶۹۹۰-۸۸-۰

☒ قیمت: ۵۰۰۰ تومان

فهرست

۵	مقدمه
---	-------

فصل اول

۱۷	دانستنی‌ها موجود در زمینه همودیالیز و درد
۱۷	همودیالیز
۱۷	همودیالیز و اهداف آن
۱۹	تاریخچه همودیالیز
۲۰	تجهیزات همودیالیز
۲۰	مسیر دسترسی عروقی همودیالیز
۲۴	سوزن‌های همودیالیز

فصل دوم

۲۹	تعریف درد
۳۰	فیزیولوژی درد
۳۲	علل رایج درد
۳۲	انواع درد

فصل سوم

۳۱	مروری بر مطالعات
۳۱	نتیجه‌گیری نهایی
۷۰	پیشنهادهای
۷۱	فهرست منابع

مقدمه

درد یک مفهوم سخت برای تعریف است اما انجمن بین المللی درد را به عنوان یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی در رابطه با آسیب باسی، نمونه یا واقعی تعریف می کند (Aliasgharpour et al., ۲۰۱۵).

درد بیش از هر بیماری دیگری می تواند سبب ناتوانی و ترس و اضطراب در بیشتر افراد شود و یکی از علل شایع جستجوی مراقبت بهداشتی توسط مددجویان است. درد در اثر عوامل گوناگونی ایجاد می شود. در موقعیت بالینی، درد در طول انجام اقدامات تشخیصی و درمانی مختلفی ایجاد می گردد که از سایر ریزین آن ها درد در اثر وارد کردن کاتتر وریدی جهت اهداف درمانی بیمارستان می باشد (Asgari et al., ۲۰۱۲). درد ناشی از ورود سوزن یکی از علل اصلی ترس از تزریق در میان بزرگسالان و کودکان است (Romano and Cecca, ۲۰۰۵). مطالعات نشان می دهد ۳/۵٪ از بیماران بزرگسال دچار ترس شدید و ۲۲٪ دچار ترس متوسط از سوزن هستند (Nir et al., ۲۰۰۳, ۲۰۱۳al., ۲۰۱۲, Asgari et al., ۲۰۱۲). درد محل تزریق موجب اضطراب، ناراحتی، کاهش اعتماد بیمار به کارآیی

پرستار و اجتناب او از تزریقات بعدی می‌شود (Elibol et al., ۲۰۰۷). درد ناشی از ورود سوزن‌ها و کاتتر به عروق خونی زمانی مشکل‌ساز می‌شود که تکرار شونده و مداوم باشد، به طور مثال در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، همودیالیز به عنوان یک درمان نگهدارنده، معمولاً از زمان استفاده مداوم از سوزن‌های شریانی و وریدی برای بیمار می‌باشد (Tayebi, ۱۹۹۹). نارسای مزمن کلیه به حالتی اطلاق می‌شود که کلیه‌ها به دلیل نتلف نمی‌توانند عملکرد طبیعی خود را اعمال نمایند. نارسایی مزمن با مشاهده مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها همچون بالا بودن غلظت کراتینین، از دست دادن اره خون تشخیص داده می‌شود. تقریباً ۹۱ درصد از بیمارانی که با ESRD (مرحله‌ای از نارسایی کلیوی که تقریباً ۹۰ درصد عملکرد کلیوی از دست می‌رود) تشخیص داده شوند، درمان همودیالیز را به جای درمان کلیوی شروع می‌کنند (Rahimian et al., ۲۰۰۸, Gutch and Stoner, ۱۹۸۰). بروز کلیه‌های نارسایی کلیه، ۲۶ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت در سال در دنیا است (Vahed Parast H, ۲۰۰۸). در حال حاضر، شیوع نارسایی مزمن کلیه در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد و با افزایش ۶-۷

درصدی دارای رشد معنی داری بیش تر از رشد جمعیت جهان است (Asgari et al., ۲۰۱۲). همودیالیز شایع ترین مدل کاربردی درمان جایگزینی کلیوی در سراسر جهان و ایران است که بقا را طولانی می کند، بیماری های همراه را کاهش می دهد و کیفیت زندگی را بهبود می بخشد (Aliasgharpour et al., ۲۰۱۸). در ایران با وجود بیش از سیزده هزار بیمار دیالیزی تقریباً ۱۵۰ هزار جلسه دیالیز در ماه انجام می شود. بیش از ۸۰ درصد بیماران با بیماری مرحله انتهایی کلیه در آمریکا با همودیالیز درمان می شوند (Mohseni et al., ۲۰۱۵). تخمین زده می شود که در سال ۲۰۲۰ تعداد بیماران همودیالیز به ۳۵۰۰۰۰۰ برسد. در ایران میزان رشد این بیماران از متوسط رشد جهانی بیشتر می باشد و در حدود ۱۲٪ در سال است (Asgari et al., ۲۰۱۳). طبق آمار وزارت بهداشت و علوم پزشکی در ایران بیش از ۱۰۰ هزار بیمار تحت درمان با همودیالیز در سال ۲۰۰۸ وجود داشته و سالانه ۲۰۰۰ نفر به تعداد این بیماران افزوده می شود و در پنج سال آینده به ۱۰۰ هزار نفر خواهد رسید (Shahgholian et al., ۲۰۱۲). برای همودیالیز موفق، دسترسی عروقی بی خطر، بادوام و قابل اعتماد ضروری است (Rouzrokh et al., ۲۰۱۰).

تحت همودیالیز است (Kumbar et al., ۲۰۱۱). دسترسی عروقی ممکن است از طریق گرافت شریانی وریدی، کاتتر ورید مرکزی، شنت وریدی شریانی خارجی و یا فیستول شریانی وریدی برقرار شود. برای بیمارانی که نیاز به دیالیز کوتاه مدت دارند از کاتترهای ورید مرکزی استفاده می شود ولی بدلیل اینکه کاتترها، کانونهایی برای تنگی، عفونت، ترومبوز هستند بهتر است برای استفاده طولانی مدت، از یک فیستول گرافت شریانی وریدی استفاده شود (Adib-Elagha et al., ۲۰۱۱). فیستول شریانی وریدی، استاندارد طلایی برای دسترسی عروقی در بیماران تحت همودیالیز است. برای انجام همودیالیز دو سوزن، یکی شریانی و دیگری وریدی نیاز است (Çelik et al., ۲۰۱۱). بیماران همودیالیز به طور متوسط ۳ بار در هفته و هر بار به مدت ۳-۴ ساعت تحت دیالیز قرار می گیرند و سالانه ۳۰۰ تا ۳۲۰ بار درد سوزن در فیستول را تجربه می کنند (Bagheri-Nesami et al., ۲۰۱۲۲۰۱۴). Hassan et al., (۲۰۱۲۲۰۱۴). که یکی از علل مهم نگرانی برای بزرگسالان و کودکان در بیماران نیازمند به دیالیز مکرر است (Sabitha et al., ۲۰۰۸). بیش از یک پنجم بیماران همودیالیزی درد ناشی از وارد نمودن سوزن های عروقی را غیر قابل تحمل بیان می کنند (Harris et

۲۰۱۲, al.). هم چنین مطالعات نشان می‌دهد ۴۷٪ بیماران همودیالیزی از سوزن می‌ترسند و قرار دادن کاتتر های عروقی را شدیدترین بخش استرس حاصل از درمان و بزرگترین دغدغه در هنگام انجام همودیالیز بیان می‌کنند (Asgari et al., ۲۰۱۲, Asgari et Borzo et al., ۲۰۱۳, al., ۲۰۱۳). تکرار درد ناشی از ورود سوزن های همودیالیزی می‌تواند سبب سردگی و کاهش کیفیت زندگی و درد، ناراحتی و استرس در این بیماران شود. (براین کاهش این درد پذیرش همودیالیز و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد) (Hassan et al., Asgari et al., ۲۰۱۳, ۲۰۱۴, Bagheri-Nesami et al., ۲۰۱۲). با توجه به اهمیت درد، در اکثر مطالعات بر کنترل درد هنگام و پس از نمودن سوزن های عروقی در این بیماران تاکید شده و تسکین درد باید بخشی از درمان این بیماران در نظر گرفته شود (Borzo et al., ۲۰۱۳). روش واحد مناسبی برای تسکین درد بیماران تحت درمان با همودیالیز هنگام وارد کردن سوزن به داخل فیستول شریانی وریدی وجود ندارد (Alia ghannour et al., ۲۰۱۵). جهت تسکین درد روش های دارویی و غیر دارویی متعددی وجود دارد. از روش های دارویی موثر در کاهش درد بیماران استفاده از تکنیک های بیحسی موضعی مانند استفاده از ژل، پچ، اسپری موضعی

بی حس کننده و اسپری سرد است که می تواند درد ناشی از اقدامات پزشکی مانند رگ گیری را کاهش دهند (Asgari Hijazi et al., ۲۰۰۹).
 ۲۰۱۳ (et al.,). مداخلات غیر دارویی جهت کنترل درد شامل استراتژی های شناختی - رفتاری از قبیل انحراف فکر، توقف و هدایت فکر و ماساژ، تحریک از قبیل ماساژ، فشار، لمس درمانی، تحریک عصبی الکتریکی، بن آبی، گرما و سرما درمانی موضعی است

(Hassan et al., ۲۰۱۱; Farhadi and Esmailzadeh, ۲۰۱۱). عدم

نیاز به دستور پزشک در مرون به صرفه بودن از مزایای روشهای غیر دارویی نسبت به روشهای دارویی می باشد (Nikfarid et al., ۲۰۰۸). از طرفی، در بعضی مواقع روشهای غیر دارویی بر کاهش درد مؤثر نبوده که میتوان از روشهای دارویی به تنهایی یا همراه با روشهای غیر دارویی استفاده کرد (Farnia et al., ۲۰۱۴). درمان تکنیک های کاهش درد سرما درمانی یک شکل درمان است که شامل استفاده از سرمای موضعی یا عمومی می باشد (Hassan et al., ۲۰۱۲). سرما درمانی سبب انقباض عروق و کاهش التهاب و افزایش آستانه تحریک درد می شود (Karunakara et al., ۱۹۹۹). تئوری های کاهش درد توسط استفاده از سرمای موضعی شامل کاهش سیگنال حس درد به وسیله

حس سرما و درک حس سرما به جای درد و کاهش سرعت انتقال عصبی توسط فیبرهای عصبی درد است (Hogan et al., ۲۰۱۴). از نظر روش سرما درمانی شیوه های متفاوت استفاده شده در تحقیقات مختلف عبارتند از: غوطه ور نمودن در آب سرد، کیسه یخ، کمپرس سرد شیمیایی، ماساژ یخ و دستگاه کنترل کننده سرما (Dowell et al., ۱۹۹۴). اما نکته حائز اهمیت در روش های درمانی و مراقبتی سهولت استفاده و دسترسی و مقرون به صرفه بودن آن می باشد لذا استفاده از کمپرس یخ در اکثر مطالعات مورد توجه بوده است (Randall, ۲۰۰۰). از دیدگاه ریژگی های مسکن خوب و مناسب علاوه بر کاهش درد، زمان اندک برای آماده سازی و استفاده است که کیسه یخ دارای این ویژگی ها است (Hogan et al., ۲۰۱۴). سرمای موضعی در افراد با بیماریهای عروقی مانند سندرم رینود، عدم حس سرما (نوروپاتی اندام ها، فلج اندام ها)، آلرژی به سرما، تولید راش و... مورد استفاده قرار نمیگیرد (Hassan et al., ۲۰۱۲). از دیگر کیسه های کاهش درد بی حس کننده های موضعی می باشند (Asari et al., ۲۰۱۳). پوست انسان به وسیله لایه ای شاخی محافظت می شود، بنابراین نسبت به داروهای بی حسی موضعی بسیار نفوذپذیر

است (Aliasgharpour et al., ۲۰۱۵). یکی از داروهای مهم و متداول جهت بی حس کننده موضعی، لیدوکائین می باشد. لیدوکائین را می توان سردسته داروهای بی حسی موضعی دانست. این داروی بی حس کننده موضعی به صورت قابل برگشت مانع هدایت ایمپالس در امتداد آکسون ها و دیگر غشا های تحریک پذیر که برای تولید پتانسیل عمل عمل از کانال های سدیمی استفاده می کنند، می شود و از این اثر در کارایی برای مهار حس درد در نواحی خاصی از بدن استفاده می شد (Katzung et al., ۲۰۱۰). تئوری کاهش درد توسط لیدوکائین بلوک کانال های سدیمی فعال و غیرفعال و بدنال آن ایجاد بلوک در هدایت و فقدان تحریک و سپس کاهش یا مختل شدن انتقال درد است (Farhadi, ۲۰۱۰). اسپری لیدوکائین محلول موضعی و یکی از اشکال شایع لیدوکائین جهت بی حس کننده بالینی می باشد. این اسپری دارای مدت اثر متوسط بوده و به منظور بی حسی موضعی غشاهای مخاطی و پوستی به کار می رود و بر حسب موضع مورد استفاده، بی حسی معمولاً در عرض ۵-۱۵ دقیقه ایجاد شده و به مدت ۱۰ الی ۱۵ دقیقه طول می کشد (Katzung et Asgari et al., ۲۰۱۳).

۲۰۰۹). پماد EMLA² (املا) یک بی حس کننده موضعی حاوی ترکیب لیدوکائین ۲/۵٪ و پریلوکائین ۲/۵٪ است که دارای اثرات جانبی اندک مانند قرمزی مختصر است (George et al., ۲۰۱۴) و بی حسی به عمق ۵ میلی متر ایجاد میکند (Young, ۲۰۰۷) و به طور چشمگیری درد پانکچر وریدی را کاهش می دهد (Çelik et al., ۲۰۱۱). مطالعات نشان می دهند اگرچه بیمار درد را از لحاظ اهمیت در اولویت قرار می دهد این امر برای پرستار در درجه آخر می باشد زیرا برای او درد مسئله اصلی تر است و درک کردنی نیست (Farnia et al., ۲۰۱۴). این در حالی است که پرستاران را به عنوان دستهایی که در محیطی نا آشنا از آنها مراقبت میکنند، می بینند و پرستاران با توجه به موقعیت حرفه ای خود و ارتباط نزدیک با بیمار، لازم است تمهیداتی را به منظور تأمین آسایش و راحتی بیمار بیندیشند (Varghese et al., ۲۰۰۶). مدیریت درد یکی بخش مهم از فعالیت های پرستاری است (Saeki, ۲۰۰۲). پرستاران با آموزش محوری در ارائه مراقبت به افراد مبتلا به نارسائی مزمن کلیه می توانند در تسکین درد این بیماران موثر بوده و ورضایتمندی بیماران را فراهم

² Eutectic Mixture of Local Anesthetics

نمایند (Asgari et al., ۲۰۱۳, Asgari et al., ۲۰۱۲). جهت تسکین درد روش های دارویی و غیر دارویی زیادی وجود دارند که در بسیاری از موارد اثرات این روش ها برای کاهش درد بیماران مورد سوال است (Mohseni et al., ۲۰۱۵). تحقیقات زیادی در زمینه استفاده از اثبات و ترکیبات حاوی لیدوکائین، در کاهش درد حاصل از رگ گیری انجام شده است (Asgari et al., ۲۰۱۳). خلیلی و همکاران در مطالعه ای نشان دادند استفاده از پماد EMLA بر کاهش درد ناشی از رگ گیری موثر است، در حالیکه در مطالعه ای که توسط توماس^۲ و همکاران انجام گرفت، استفاده از این پماد موثر نبوده است (Shomia et al., ۲۰۰۸). هم چنین در مطالعاتی که در مقایسه تاثیر بی حس کننده کیسه یخ و پماد EMLA انجام شده مانند مطالعه الیبول^۴ بر درد تزریق بوتولینوم و مطالعه سبزی^۳ بر درد رگ گیری کودکان نتایج متفاوتی به دست آمده است (Farnia et al., ۲۰۱۴). این کتاب به ارائه مقایسه مداخلات کیسه یخ، پماد EMLA و اسپری لیدوکائین بر کاهش درد ورود سوزن در فیستول بیماران همودیالیزی پرداخت. که انتخاب این روش ها بر اساس نتایج مطالعات قبلی

^۲ Thomas

^۴ Elibol

صورت گرفته است. با توجه به نتایج مناقض در مطالعات انجام شده و از طرفی اهمیت کنترل درد در بیماران دیالیزی و تاثیرات آن بر کیفیت زندگی آنها نیاز به تحقیق و بررسی جهت شناسایی موثرترین روش در کاهش درد این بیماران است. این کتاب با توجه به انجام و مقایسه سه روش از درمان‌های دارویی و غیر دارویی، بهترین راه از میان سه روش - که سده برای کاهش درد این بیماران معرفی نمود که امید است گامی موثر جهت کاهش درد این بیماران باشد.