

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

**«Ο ΠΟΝΟΣ
ΜΙΚΡΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΤΟΝ ΑΦΟΡΟΥΝ»**

Σπουδάστρια : **Νικητάκη Πηνελόπη**
Υπεύθυνη καθηγήτρια : **Κοτζαμπασάκη Θεονόμνη**

**Σ.Ε.Υ.Π.
Α. Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος είναι ένα αίσθημα, το οποίο αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ενώ παίζει καθοριστικό, αρνητικό ρόλο στις παθολογικές μορφές του, πάνω στην πορεία της ζωής μερικών πασχόντων.

Γίνεται αντιληπτός, αισθητός με βάση κάποια δεδομένα ανατομίας και φυσιολογίας, έχει δηλαδή τους δικούς του μηχανισμούς.

Ο χρόνιος πόνος είναι η πιο φθοροποιός μορφή του πόνου, ειδικά εάν αυτός είναι έντονος ή αφόρητος. Είναι δυνατόν να καταστείλει σε μεγάλο βαθμό την προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική δραστηριότητα και να οδηγήσει σε κατάθλιψη ή και σε ψυχωσικές καταστάσεις. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να οφείλεται σε μηχανικές και συμπαθητικές ρυθμιστικές διαταραχές, σε χρόνια πίεση νεύρων και σε διάφορες άλλες παθολογικές καταστάσεις.

Στο Κ.Ν.Σ. υπάρχουν ειδικευμένοι μηχανισμοί πόνου.

- Ο πόνος διαιρείται χονδρικά σε σπλαχνικό και σωματικό.
- Ο σωματικός διαιρείται στο βαθύ και τον επιφανειακό πόνο.
- Ο επιφανειακός διαιρείται στον οξύ και τον αμβλύ.

Η υπεραλγησία είναι μια παθολογική κατάσταση και διαιρείται στην πρωτοπαθή και τη δευτεροπαθή.

Η θεραπεία του πόνου ποικίλλει και εξαρτάται από το είδος του, αλλά και τη γενεσιουργό αιτία του και άλλους παράγοντες, που λαμβάνονται υπόψιν εξατομικευμένα.

Υπάρχουν θεραπείες με φάρμακα, αναλγητικά, που μπορεί να είναι ναρκωτικά αναλγητικά ή δευτερεύοντα αναλγητικά, καθώς και καρδιοαγγειακά φάρμακα.

Υπάρχει κάποιες φορές η θεραπευτική ένδειξη της χειρουργικής επέμβασης.

Ακόμα, της φυσικής θεραπείας.

Επειδή ο χρόνιος πόνος επιτείνεται, ως πρόβλημα, πολύ συχνά από τη δυσάρεστη ψυχολογία του ασθενή και από την ακατάλληλη συμπεριφορά του περιβάλλοντός του, συχνά η θεραπεία συμπληρώνεται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση από ειδικούς.

Τα Ιατρεία Πόνου έχουν προσφέρει, τα τελευταία χρόνια, σημαντικό έργο, στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Σήμερα υπάρχει η τάση και προσφέρεται η δυνατότητα για κατ' οίκον νοσηλεία του πόνου σε κάποιες περιπτώσεις, όπως, λ.χ. ο καρκίνος. Κάθε σχετικό πρόγραμμα πρέπει να τηρεί ορισμένες αρχές, βασικές για την επιτυχία του.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του πόνου είναι το ότι βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά άτομα. Στη βίωσή του επηρεάζουν η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και οι γνωστικές εμπειρίες του ασθενή, οι σχετικές με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

Ο βελονισμός αποτελεί μια αμφιλεγόμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση του πόνου. Κάποιοι γιατροί τον δέχονται σαν εναλλακτική λύση. Ίσως, σε κάποιες περιπτώσεις και με την προϋπόθεση της τήρησης ορισμένων προϋποθέσεων, να είναι αποτελεσματικός.

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου ονομάζονται αναλγητικά φάρμακα. Ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες : ακετυλοσαλικυλική λυσίνη, ακετυλοσαλικυλικό οξύ, λορνοξικάμη, μεφαιναμικό οξύ, παρακεταμόλη, τολφαιναμικό οξύ.

Ο πόνος είναι μια παράμετρος του ανθρώπινου οργανισμού με πολύ μεγάλη ποικιλία συγκινησιακής έκφρασης. Η αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά και η διατήρηση της υγείας, μερικές φορές, αποκτούν στην ανθρώπινη ψυχοσύνθεση χαώδεις διαστάσεις.

Οι άρρωστοι έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, κατά την έλευσή τους στον ειδικό, όπως η ανασφάλεια, η δυσπιστία, ο φόβος. Όμως η αντιμετώπιση πάντα εξατομικεύεται.

Ο πόνος από παλιά πήρε μεταφυσική διάσταση στην ανθρώπινη σκέψη. Από πολύ παλιά ήταν γνωστό το όπιο. Οι σημερινές απόψεις του μέσου ανθρώπου διαφέρουν μόνο επιφανειακά και όχι στη βάση τους.

Οι απόψεις των θεωρητικών σήμερα τείνουν στο ότι ο πόνος και η βίωσή του μερικές φορές χρειάζονται. Υπάρχει, μέσα από την εξέλιξη του πολιτισμού η τάση της ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενή, η οποία εμφανίζεται όλο και πιο έντονη στις μέρες μας.

ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος αποτελεί παράγοντα που έχει μεγάλη σημασία και επιρροή στην ανθρώπινη συμπεριφορά: είναι ένας τρόπος , ένα μέσον με το οποίο ο οργανισμός κρούει τον κώδωνα κάποιου κινδύνου που απειλεί το σώμα και την υγεία του. Υπάρχει, όμως και ένα είδος πόνου, που είναι ο παθολογικός πόνος, που συνδέεται άμεσα με αυτό που αποκαλούμε οδύνη και οδηγεί στη φθορά του πάσχοντα και στην ατομική-προσωπική και κοινωνική του αδυναμία.

Η συμπεριφορά του ατόμου με χρόνια πόνο, διχάζει το ανθρώπινο περιβάλλον του ως προς το ερώτημα αν η έκφραση του γεγονότος της αδυναμίας του αυτής, αποτελεί υπεκφυγή για τη μη αντιμετώπιση των ζωτικών του προβλημάτων. Βέβαια, τα άτομα αυτά δομούν τη ζωή τους γύρω από το πρόβλημα τους, αποκτούν εξάρτησης από γιατρούς κι από φαρμακευτικά σκευάσματα και αναπτύσσουν έντονα συμπλέγματα κοινωνικής ανεπάρκειας.

Οι προηγούμενες εποχές παραγνώρισαν αρκετά το στοιχείο του πόνου. Συχνά η μη έκφραση του, συνδέθηκε με ηρωισμό, με δύναμη χαρακτήρα, με την ανδρική ιδιοσυγκρασία και το μέγεθος της προσωπικής αντίστασης στο στοιχείο του κακού.

Τα τελευταία τριάντα χρόνια, όμως δόθηκε σημασία στη φαρμακευτική, φυσιολογική και ψυχολογική διάσταση του. Ιδρύθηκαν Ιατρεία Πόνου, τα οποία προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στο θέμα αυτό.

Η φύση του αισθήματος αυτού-γιατί ο πόνος κατατάσσεται στα αισθήματα-πάντα προκαλούσε συναισθήματα συμπάθειας, οίκτου και πάντα ο πάσχων μπορεί να τραβήξει την προσοχή, εκφράζοντας πόνο. Όσον αφορά το προσωπικό του νοσοκομείου, είναι ανάγκη να χαρακτηρίζεται από συνέπεια και ανθρωπιά και να εμπνέει εμπιστοσύνη.

Η αντίληψη του πόνου είναι μια νευροφυσιολογική διαδικασία με τις δικές της δομικές, ανατομικές, λειτουργικές και αισθητικές ιδιότητες και επιτυγχάνεται με ανάλογους νευρικούς, αισθητικούς και μεταβιβαστικούς μηχανισμούς.

Αντίθετα, η αντίδραση στον πόνο είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει και τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου. Η αντίδραση, ακόμα, ποικίλλει από άτομο σε άτομο και, όσον αφορά το ίδιο άτομο, διαφοροποιείται, ανάλογα με τις εμπειρίες του, με την πάροδο του χρόνου.

Κάποιοι μελετητές πρεσβεύουν ότι το ουσιώδες μέρος του πόνου είναι η αντίληψη και ότι καμιά άλλη εμπειρία δεν μπορεί να ονομαστεί «πόνος», αν δε γίνει αισθητή ως πόνος και μόνο.

Ταυτόχρονα με το σωματικό δυσάρεστο αίσθημα, υπάρχει πάντα και ένας δυσάρεστος συναισθηματικός τόνος. Η χρονική παράταση μπορεί να οδηγήσει σε απελπισία, σε απόγνωση. Πάντα συνυπάρχει η επιθυμία αναχαίτισης του πόνου.

Η ΟΔΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Υποδεκτικά όργανα: Για το αίσθημα του πόνου χρησιμεύουν οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις στο καλυπτήριο επιθήλιο και στο συνδετικό ιστό των οργάνων.

Πρώτος αισθητικός νευρώνας: τον αποτελούν τα ψευδομονόπολα κύτταρα των νωτιαίων γαγγλίων, των οποίων περιφερικοί κλάδοι φτάνουν στην περιφέρεια για την υποδοχή των ερεθισμάτων, ενώ οι κεντρικοί κλάδοι υπάρχουν στην έξω ρινική δεσμίδα, εισδύουν στο νωτιαίο μυελό, από όπου και διαχωρίζονται σε βραχείς κατιόντες και σε μακρούς ανιόντες κλάδους (οι οποίοι ανέρχονται κατά ένα ως τρία μυελοτόμια), οι οποίοι όλοι μαζί, αποτελούν την επιχείλιο ζώνη του Lissauer, που τελικά, απολήγει στον πυρήνα του οπισθίου κέρατος.

Δεύτερος αισθητικός νευρώνας: από τα κύτταρα του πυρήνα του οπισθίου κέρατος αρχίζουν νέοι νευρίτες, οι οποίοι φέρονται προς τα εμπρός και μέσα, χιαζόμενοι με τους αντίθετους στο λευκό σύνδεσμο του νωτιαίου μυελού, φτάνουν στην αντίθετη πλάγια δέσμη, στη συνέχεια ανεβαίνουν και σχηματίζουν το πλάγιο νωτιοθαλαμικό δεμάτιο. Αυτό ανέρχεται προς το στέλεχος του εγκεφάλου, «προχωρώντας» κατά μήκος του προμήκη μυελού, της γέφυρας και της καλύπτρας του μέσου εγκεφάλου, και τελικά, απολήγουν στον οπίσθιο έξω κοιλιακό πυρήνα του οπτικού θαλάμου.

Τρίτος αισθητικός νευρώνας: από τα κύτταρα του οπίσθιου έξω κοιλιακού πυρήνα του οπτικού θαλάμου αρχίζουν θαλαμοφλοιώδεις ίνες οι οποίες τελικά απολήγουν στην οπίσθια κεντρική έλικα, όπου και βρίσκονται τα κέντρα του πόνου.

Οι διεγέρσεις οι σχετικές με την αίσθηση του πόνου (και της θερμοκρασίας) από το μεγαλύτερο μέρος της κεφαλής οδηγούνται, μέσα στο τρίδυμο νεύρο, με πρώτο αισθητικό νευρώνα τα ψευδομονόπολα κύτταρα του μηννοειδούς γαγγλίου, οι κεντρικοί κλάδοι των οποίων φέρονται δια της

αισθητικής ρίζας του τριδύμου στη γέφυρα και στη συνέχεια, μέσω της νωτιαίας δεσμίδας του τριδύμου, στον ομώνυμο πυρήνα.

Υπάρχουν δυο μεγάλα συστήματα ανερχομένων (αισθητικών) ινών:

1. Το φυλογενετικά νεότερο, ειδικό, λημνισκικό σύστημα ή σύστημα των οπισθίων δεματίων δια μέσου του οποίου υπάρχουν ώσεις επικριτικής αίσθησης.
2. Το φυλογενετικά παλαιότερο, μη ειδικό εξωλημνισκικό ή ανιόν δικτυωτό ή προσθιοπλάγιο σύστημα.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ενώ η έλλειψη άλλων αισθημάτων θα μπορούσε να αντιρροπιστεί, τόσο ο άνθρωπος, όσο και τα ζώα, θα μπορούσαν να εκτεθούν σε θανάσιμο κίνδυνο, αν έλειπε το αίσθημα του πόνου.

Ο χρόνιος πόνος, όμως, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Γι' αυτό το λόγο σήμερα οι λειτουργοί υγείας, αλλά και οι ερευνητές, του έχουν δώσει περισσότερη σημασία. Έχει ιδρυθεί η Διεθνής Ένωση Μελέτης του Πόνου, το έτος 1973 (International Association for the Study of Pain) που εκδίδει το περιοδικό Pain).

Οι υποδοχές του πόνου : είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις, ευρύτατα διασκορπισμένες σε όλη την επιφάνεια του στόματος, καθώς στα εσωτερικά όργανα (οστά, μυς, αρθρώσεις, τοιχώματα κοίλων σπλάχνων, ορογόνους μμένες, μήνιγγες κλπ). Ο πόνος, συνήθως προκαλείται από τον ερεθισμό των εξειδικευμένων αυτών υποδοχέων ή των κεντρομόλων οδών που τους αντιστοιχούν και διεγείρονται από ερέθισμα που είναι δυνητικά βλαβερό για τον οργανισμό. Τα σημεία πόνου στο δέρμα είναι πολύ περισσότερα και από τα σημεία πίεσης και από τα σημεία θερμοκρασίας. Υπολογίζεται ότι σε ένα δερματικό νεύρο το 50% των αισθητικών ινών προέρχονται από υποδοχές του πόνου. Οι ίνες αυτές είναι λεπτές εμμύελες ίνες Αδ (ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος 6 και 2,5m/sec) ή αμύελες ίνες C (ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος 0,5 ως 2m/sec) και σχετίζονται με διάφορες ποιότητες πόνου: οξύς, διαξιφιστικός, εντοπισμένος πόνος (ίνες Αδ), αμβλύς, καυστικός, διάχυτος πόνος (ίνες C). Η υποδιαίρεση αυτή, όμως παρατηρείται μόνο κάτω από σταθερές συνθήκες και δεν έχει κάποια ιδιαίτερη σημασία.

Οι περισσότεροι υποδοχείς του πόνου, όπως αποδεχθήκαμε πειραματικά μπορούν να διεγερθούν από πολλαπλά είδη ερεθισμάτων: έντονη πίεση, ακραίες θερμοκρασίες, χημικά ερεθίσματα κ.α. Όμως, υπάρχουν και απολήξεις πόνου που ερεθίζονται από ένα μόνο τύπο ερεθίσματος, π.χ. οι υποδοχείς καύσου, καθώς και ειδικοί υποδοχείς πόνου οι οποίοι αντιδρούν μόνο σε πίεση ή μόνο σε χημικά ερεθίσματα.

Γενικά, οι υποδοχείς του πόνου είναι ευαίσθητοι σε κάθε παράγοντα ο οποίος προκαλεί ή απειλεί να προκαλέσει βλάβη ιστών, γι' αυτό οι υποδοχείς του πόνου είναι γνωστοί ως Nociceptors. Χαρακτηρίζονται από υψηλούς ουδούς και απαιτούν έντονα ερεθίσματα για να ενεργοποιηθούν.

Διάφορες χημικές ουσίες μπορεί να ερεθίσουν τους υποδοχείς του πόνου και να τους κάνουν πιο ευαίσθητους σε άλλα ερεθίσματα (= ευαισθητοποίηση). Οι ενδογενείς αλγινές ουσίες έχουν ιδιαίτερη σημασία στη σύναψη αυτή.

Ο τόνος των λείων μυικών ινών μπορεί επίσης να διεγείρει τους υποδοχείς του πόνου (π.χ. στον κολικό). Επίσης, το ίδιο μπορεί να συμβεί σε διάφορες άλλες επιδράσεις από το συμπαθητικό.

Συμπερασματικά, η ευαισθησία των υποδοχέων του πόνου είναι μεταβαλλόμενη. Αναφερόμαστε σε καταστάσεις που, ενώ προσφέρονται για μελλοντική μελέτη, δεν έχουν ερευνηθεί ακόμα στις λεπτομέρειες τους.

Η ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Πολλοί υποδοχείς του πόνου μπορούν να ερεθιστούν από ποικίλου τύπου ερεθίσματα (θερμικά, μηχανικά, χημικά). Ο ουδός όμως διέγερσης του υποδοχέα δε συμπίπτει με τον ουδό της αίσθησης του πόνου, που στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι υψηλότερος από αυτόν του υποδοχέα, οπότε οι ώσεις από τους υποδοχείς πρέπει να αθροιστούν τοπικά και χρονικά για να προκαλέσουν πόνο.

Τέτοια αθροιστικά φαινόμενα συμβαίνουν σε όλα τα αισθητικά συστήματα. Έχει αποδεχτεί ότι ο ρυθμός διέγερσης του υποδοχέα και η υποκειμενική αίσθηση του πόνου αυξάνονται με την αύξηση της έντασης του ερεθίσματος.

ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Μετά από κάθε τραυματισμό ενός περιφερικού νεύρου, ακολουθεί η αναγέννηση κατά Waller. Τα αναγεννώμενα νεύρα είναι δυνατόν να αποτελούν πηγή πόνου, ιδιαίτερα στην περίπτωση της παρεμπόδισης της διαδικασίας αναγέννησης ή στην περίπτωση που έχει σχηματιστεί νεύρωμα.

Ο συνεχής ερεθισμός των νευρικών ινών του νευρώματος είναι η αιτία του επίμονου πόνου. Ο ερεθισμός αυτός είναι αποτέλεσμα εύκολης παραγωγής νευρικών ώσεων, είτε με αυτόματη διέγερση είτε με μηχανικό ερεθισμό που οδεύουν τελικά μέσω των ινών Αδ και C.

Η γένεση νευρικών ώσεων στα αναγεννώμενα νεύρα διευκολύνεται από την αδρεναλίνη, τη νορ-αδρεναλίνη, αλλά και από ηλεκτρική διέγερση του συμπαθητικού. Κλινικές έρευνες πάνω σε ασθενείς με καυσαλγία μετά από τραυματισμό νεύρων οδήγησαν από παλιά στην υπόθεση της συμμετοχής του συμπαθητικού στην παθοφυσιολογία του πόνου.

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Ακόμα και χωρίς νευρική βλάβη, ο ερεθισμός των φυγόκεντρων ινών του κινητικού, καθώς και του αισθητικού περιφερικού νευρικού συστήματος, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της ευαισθησίας των υποδοχέων του πόνου. Για παράδειγμα, οι υποδοχείς των τενόντων και των μυών είναι δυνατό να διεγερθούν ή να ευαισθητοποιηθούν από αύξηση του πόνου (σπασμούς) των σκελετικών μυών. Ο πόνος που προκαλείται από μια κακή και άβολη θέση του σώματος, καθώς και η κεφαλαλγία μυϊκής τάσης προκαλούνται μ' αυτό το μηχανισμό.

Μείζονα καυσαλγία : οφείλεται σε ατελή τραυματισμό μεγάλων, κατά κανόνα περιφερικών νεύρων, π.χ του ισχυακού ή του μέσου. Χαρακτηρίζεται από έντονο καυστικό άλγος, υπεραισθησία και αγγειοκινητικές διαταραχές.

Ελάσσονα καυσαλγία : περιλαμβάνονται στο πλαίσιο αυτό επώδυνα μετατραυματικά σύνδρομα, όπως το σύνδρομο ώμου, άκρας χειρός, μετατραυματική οστεοπόρωση, καθώς και άλλες μορφές αντανεκλαστικών

δυστροφιών του συμπαθητικού. Χαρακτηρίζεται από έντονο, παρατεταμένο καυστικό πόνο, αγγειοκινητικές διαταραχές, τροφονευρωτικές διαταραχές και δυσκολία – καθυστέρηση της λειτουργικής αποκατάστασης των πασχόντων. Στις καυσαλγίες εφαρμόζεται, συνήθως, ο αποκλεισμός του συμπαθητικού.

Μηχανισμοί που έχουν προταθεί για την ερμηνεία των φαινομένων αυτών είναι :

1. αγγειοσύσπαση που οδηγεί σε μειωμένη αιματική παροχή περιφερικά (ισχαιμία).
2. αγγειοδιαστολή και αυξημένη διήθηση μέσω των τριχοειδών προς τους περιβάλλοντες ιστούς.
3. άμεση ηλεκτρική επαφή μεταξύ των φυγόκεντρων ινών του συμπαθητικού και των παρακείμενων νευρικών κεντρομόλων ινών που ξεκινούν από παρακείμενους υποδοχείς του πόνου, γνωστή ως επαπτική μεταφορά.
4. Διέγερση των υποδοχέων από νευροδιαβιβαστές του συμπαθητικού (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη) είτε άμεσα, είτε έμμεσα μέσω σύνδεσης με τις τοπικές λείες μυϊκές ίνες.

Κινήσεις υποχώρησης ή υπεραιμίες τοπικές αποτελούν ρυθμιστικές αντιδράσεις του κεντρικού μυϊκού συστήματος, οι οποίες μπορεί να καταστούν επιζήμιες, όταν επιδρούν πάνω στους υποδοχείς του πόνου με τη μορφή του positive feedback : αντανακλαστικός μυϊκός σπασμός και αντανακλαστικές συμπαθητικές επιδράσεις που ελαττώνονται αρχικά από τους υποδοχείς, μπορούν, με τη σειρά τους, να ξαναδιεγείρουν τους υποδοχείς του πόνου. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να προκαλείται από ένα τέτοιο παλίνδρομο κύκλωμα και να είναι το αποτέλεσμα ενός κυριολεκτικά φαύλου κύκλου.

ΠΟΝΟΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΙΕΣΗ ΝΕΥΡΩΝ

Χρόνιος, επίμονος ερεθισμός ενός νεύρου, όπως συμβαίνει π.χ. στις νευροπάθειες από πίεση (σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, πρόπτωση κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου κ.α.) μεταβάλλει τις λειτουργικές ιδιότητες των νευρικών ινών, με αποτέλεσμα το μηχανικό ερέθισμα, όπως η μόνιμη πίεση νεύρων από τους περιβάλλοντες ιστούς, να προκαλεί παρατεταμένη γέννηση ώσεων. Αυτή είναι, πιθανότατα, η αιτία μερικών καυσαλιγίων.

Οι νευρικές ίνες που εξυπηρετούν την αγωγή ώσεων από τους υποδοχείς του πόνου εκφυλίζονται από το χρόνιο ερεθισμό και αποκτούν χαρακτηριστικά αισθητικών υποδοχεών.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ Κ.Ν.Σ.

Ο ρόλος του Κ.Ν.Σ. στην αντίληψη του πόνου και στη συμπεριφορά ως προς αυτόν είναι πολύ πιο πολύπλοκος από το ρόλο του περιφερικού νευρικού συστήματος.

Η ποικιλία μορφών πόνου είναι μεγάλη. Έχει μελετηθεί η νευρωνική βάση της επεξεργασίας του επώδυνου ερεθίσματος στο νωτιαίο μυελό και χρησιμεύει ερευνητικά – πειραματικά σαν παράδειγμα για τους κεντρικούς μηχανισμούς.

Τα κύτταρα των οπισθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού (δευτερος αισθητικός νευρώνας) συνδέονται με τα κινητικά αντανακλαστικά, τα συμπαθητικά αντανακλαστικά και τα ανιόντα δεμάτια και υφίστανται την επίδραση διεγερτικών και ανασταλτικών ώσεων. Παρατηρούνται, έτσι, αυτόματες μεταβολές που αποτελούν απάντηση σε κατιούσες επιδράσεις σε φαρμακευτικούς παράγοντες, καθώς και στις περιπτώσεις εφαρμογής – εισόδου βλαπτικού ερεθίσματος.

ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος διαιρείται γενικά σε σπλαχνικό και σωματικό (Αποστολάκης).

Παραδείγματα σπλαχνικού πόνου αποτελούν ο κωλικός του νεφρού, ο πόνος στη διάτρηση στομάχου, στην οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Ο σωματικός πόνος διαιρείται στο βαθύ και τον επιφανειακό πόνο.

Ο βαθύς σωματικός πόνος έχει χαρακτήρα αμβλύ και εντοπίζεται σχετικά δύσκολα. Τυπικά παραδείγματα αποτελούν η κεφαλαλγία καθώς και οι πόνοι σε μυς, οστά ή αρθρώσεις.

Ο επιφανειακός πόνος προέρχεται από το δέρμα και τους βλεννογόνους του και υποδιαιρείται στον οξύ ή πρώτο πόνο και στον αμβλύ ή δεύτερο πόνο, οι οποίοι παρουσιάζουν μεταξύ τους βασικές διαφορές.

Τυπικό παράδειγμα πρώτου πόνου είναι αυτός που εμφανίζεται μετά από ελαφρό τσίμπημα καρφίτσας στο δέρμα. Είναι οξύ, εντοπίζεται εύκολα και εξαφανίζεται με την πάροδο του ερεθίσματος. Το είδος αυτού του πόνου δημιουργεί αντιδράσεις φυγής ή άμυνας.

Συχνά τον πρώτο πόνο ακολουθεί ο δεύτερος πόνος. Είναι πιο δυσάρεστος, καυστικός, βασανιστικός, λιγότερο εντοπισμένος και ακτινοβολεί περισσότερο στη γύρω περιοχή.

Όταν ο δεύτερος πόνος είναι έντονος, προκαλεί άρση της κινητικότητας και λήψη προστατευτικής στάσης του σώματος. Ανάλογες αντιδράσεις είναι δυνατό να παρατηρηθούν και με το βαθύ και με το σπλαχνικό πόνο. Οι δύο τελευταίοι πόνοι, σε γενικές γραμμές, εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά του δεύτερου πόνου.

Πειραματικές έρευνες επιχείρησαν να μελετήσουν τη δυνατότητα του υποκειμενικού διαχωρισμού μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων πόνου, ενώ με ανάλογα πειράματα, μελετήθηκε η προσαρμογή στον πόνο. Αποδείχτηκε ότι οι Nociceptors δεν εμφανίζουν το φαινόμενο αυτό, ενώ στην περίπτωση της παράτασης του αλγεινού ερεθίσματος, ενδέχεται να παρατηρηθεί και ελάττωση της βαλβίδας, δηλαδή είναι είδος υπερευαισθησίας των αντίστοιχων υποδοχέων στο ερέθισμα αυτό.

Υπεραλγησία :

1. Πρωτοπαθής υπεραλγησία : οφείλεται σε αυξημένη ευαισθησία των υποδοχών του πόνου, η οποία, πιθανότατα, προκαλείται από τοπική απελευθέρωση ουσιών του τύπου της ισταμίνης από ιστούς που υπέστησαν βλάβη. Παρατηρείται ότι ελαφρά, ασήμαντα ερεθίσματα προκαλούν πόνο, κυρίως στην περιοχή που περιβάλλει την αρχική ιστική βλάβη (φλεγμονή, έγκαυμα κλπ).

2. Δευτεροπαθής υπεραλγησία : οφείλεται σε διευκόλυνση των συνάψεων (ελάττωση του πόνου. Μπορεί να γίνει στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού ή και σε υπερκείμενους σταθμούς των οδών του πόνου. Μετά από περιφερική βλάβη των ιστών, το όριο για την πρόκληση πόνου ελαττώνεται, τόσο στην περιοχή της βλάβης όσο και στην περιβάλλουσα τους «πειραγμένους» ιστούς περιοχή.

Άξιο λόγου και με εξαιρετική διαγνωστική σημασία είναι και το φαινόμενο της προβολής του πόνου, ιδιαίτερα του σπλαχνικού, σε άλλα σημεία του οργανισμού και κυρίως, στο δέρμα, στις καλούμενες ζώνες του Head που αποτελούν δερματικές ζώνες, που από την άποψη των ινών πόνου, νευρώνονται από τα ίδια νευροστόμια του νωτιαίου μυελού, όπως και τα σπλάχνα τα οποία εμφανίζουν τον πρωτοπαθή πόνο.

Ενδιαφέρουσα είναι και η άποψη του Woolf. «Είναι ο πόνος η αντιληπτική συνέπεια ενεργοποίησης ενός ειδικού αισθητηριακού συστήματος το οποίο μοιάζει στη νευρωνική οργάνωσή του με το οπτικό, το ακουστικό ή το σύστημα της επιπολής και εν τω βάθει αισθητικότητας; Αυτό δεν είναι ένα αφηρημένο ακαδημαϊκό θέμα, αλλά το κλειδί για την κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πόνου.

Η σύγχρονη άποψη είναι ότι υπάρχει ένα ειδικό αισθητηριακό σύστημα για τον πόνο, που έχει τους δικούς του υποδοχείς, οδούς και φλοιικές περιοχές. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ενδείξεις που αντιτίθενται στην άποψη αυτή και υποδηλώνουν ότι ο πόνος από την κλινική του σκοπιά, είναι η έκφραση μιας δυσλειτουργίας του σωματοαισθητικού συστήματος».

Ο ίδιος ο ερευνητής διακρίνει τον πόνο σε φυσιολογικό και παθολογικό.

Φυσιολογικός πόνος : Ο Sherrington, στις αρχές του αιώνα, επινόησε τον όρο “Noxious”, για να περιγράψει τον τύπο των ερεθισμάτων που μπορούν να προκαλέσουν φυσιολογικό πόνο. Είναι ερεθίσματα μηχανικά, θερμικά ή χημικά, τα οποία έχουν επαρκή ένταση, δεν είναι όμως βλαπτικά για τους ιστούς. Ο φυσιολογικός πόνος προκαλείται με όμοιο τρόπο με τα άλλα αισθήματα, ακολουθώντας τη διαδικασία ερέθισμα – απάντηση.

Σκοπός του φυσιολογικού πόνου είναι η προστασία.

Παθολογικός πόνος : Προκύπτει σαν συνέπεια φλεγμονώδων εξεργασιών με ουσιώδεις βλάβες των ιστών, καθώς και από βλάβες του

νευρικού συστήματος. Έτσι διαχωρίζεται σε φλεγμονώδη και νευροπαθητικό πόνο.

Για τον παθολογικό πόνο έχουμε να πούμε ότι :

1. Ο πόνος είναι δυνατό να εμφανίζεται ακόμα κι αν δεν υπάρχει εμφανής ερέθισμα.
2. Η απάντηση σε ερεθίσματα που βρίσκονται κάτω από τον ουδό του πόνου μπορεί να είναι υπερβολική σε ένταση και διάρκεια.
3. Ο ουδός για τη διέγερση του αισθήματος του πόνου ελαττώνεται σε κάποιο επίπεδο που φυσιολογικά θα μπορούσε να είναι αυτό στο οποίο ένα μη βλαπτικό ερέθισμα αρχίζει να προκαλεί πόνο.
4. Το αίσθημα του πόνου μπορεί να διαχέεται από τη θέση της βλάβης σε μη «πειραγμένους» ή προσβλημένους ιστούς.
5. Είναι δυνατό να προκύψουν παθολογικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του συμπαθητικού και του σωματοαισθητικού συστήματος.

Η ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο φλεγμονώδης και ο νευροπαθητικός πόνος φαίνεται ότι είναι συνέπειες προσαρμοστικής και δυσπροσαρμοστικής διαταραχής, που συμβαίνει μέσα στο σωματοαισθητικό σύστημα και μπορεί να τεθεί σε λειτουργία κάτω από ποικίλες καταστάσεις.

Ο φλεγμονώδης πόνος διατηρεί κάποια τελεολογική ομοιότητα με το φυσιολογικό πόνο, που εντοπίζεται στον προστατευτικό ρόλο του, ενώ ο νευροπαθητικός δεν προσφέρει κανένα όφελος στον άρρωστο και είναι απλώς το ανεπιθύμητο προϊόν ενός διαταραγμένου νευρικού συστήματος.

Το νευρικό σύστημα είναι πλαστικό, τροποποιήσιμο. Η πλαστικότητά του είναι προσαρμοστική ή δυσπροσαρμοστική.

Η προσαρμοστική πλαστικότητα βρίσκεται πίσω από την ικανότητα του νευρικού συστήματος να ανταπεξέρχεται στις βλάβες και στις αλλαγές του περιβάλλοντος. Η δυσπροσαρμοστική πλαστικότητα περιλαμβάνει αυτές τις αλλαγές στο νευρικό σύστημα οι οποίες οδηγούν σε μια διακοπή της λειτουργίας, που μπορεί να θεωρηθεί σαν μια νοσηρή κατάσταση.

Κατά το Woolf, υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες αλλαγών στο Ν.Σ. που μπορούν να οδηγήσουν στη γένεση κλινικού παθολογικού πόνου:

1. Περιφερική ευαισθητοποίηση των αρχικών προσαγωγών συστημάτων.
2. Κεντρική ευαισθητοποίηση νευρώνων των οπισθίων κεράτων.
3. Ανώμαλες – μη φυσιολογικές – ιδιότητες των κεντρικών κυκλωμάτων.
4. Μόνιμες μεταβολές στο νευρικό σύστημα. Οι τρεις πρώτες κατηγορίες αλλαγών εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του φλεγμονώδους πόνου, ενώ οι τρεις τελευταίες κατά τη διάρκεια του νευροπαθητικού κυρίως πόνου. Οι δύο πρώτες κατηγορίες έχουν μελετηθεί σημαντικά, πολύ λιγότερο η τρίτη και καθόλου η τέταρτη.

Η γνώση της παθογένεσης του πόνου ασφαλώς αποτελεί και το κλειδί κάθε προσπάθειας θεραπείας του.

Με βάση τις τελευταίες πληροφορίες για την παθογένεση του πόνου, μας παρέχεται η δυνατότητα διατύπωσης τριών αφορισμών σχετικά με τη φιλοσοφία της θεραπείας του πόνου.

Ο πρώτος απ' αυτούς επισημαίνει το γεγονός ότι αντί να διακόπτουμε τον πόνο, τη ροή των αισθητικών σημάτων που τον προκαλούν, ένας επαρκής χειρισμός του προβλήματος θα απαιτήσει μεθόδους και τεχνικές οι οποίες έχουν σκοπό την τροποποίηση των αλλαγών που συμβαίνουν στο Κ.Ν.Σ. σε περίπτωση πόνου. Δηλαδή σκοπός μας δεν είναι να προκαλέσουμε πλήρη αναλγησία που διακόπτει τόσο το φυσιολογικό όσο και τον παθολογικό πόνο, αλλά να καταστείλουμε ή να αναστρέψουμε τις αλλαγές διεγερσιμότητας, που προκαλούνται στους κεντρικούς νευρώνες με τα προσαγόμενα ερεθίσματα.

Τα οπιούχα είναι ένα καλό παράδειγμα φαρμάκων που στις κατάλληλες δόσεις μπορούν να ανταποκριθούν στις προηγούμενες θεραπευτικές απαιτήσεις.

Ο δεύτερος αφορισμός είναι μια επιστέγαση του πρώτου και τονίζει ότι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για να θεραπεύσουμε τον κλινικό πόνο είναι το να προσδιορίζουμε διαδικασίες και χειρισμούς που να προλαμβάνουν την κινητοποίηση του μηχανισμού της πλαστικότητας στο Ν.Σ. Υπάρχει μια πειραματική ένδειξη ότι η δοσολογία της μορφίνης που απαιτείται για να προλάβει τις αλλαγές της διεγερσιμότητας που προκαλούνται από τις ίνες C στο νωτιαίο μυελό είναι μια τάξη μικρότερη από την απαιτούμενη για την καταστολή των αλλαγών σαν αυτές έχουν προκύψει.

Πρόσφατες κλινικές δοκιμασίες επιβεβαίωσαν το γεγονός αυτό, αποδεικνύοντας ότι ο μετεγχειρητικός πόνος ελαττώνεται στην περίπτωση που ο ασθενής έχει είτε ένα

τοπικό αναισθητικό block, π.χ. επισκληρίδιο είτε εάν του έχει χορηγηθεί προεγχειρητικά μορφίνη.

Το ιδανικό είναι η θεραπεία του πόνου να αρχίζει πριν απαιτηθεί. Με βάση τη λογική αυτή, ενδεχομένως είναι δυνατό να μειώσουμε θεραπευτικά κάποια από τα χρόνια προβλήματα που ακολουθούν τη διατομή των περιφερικών προσαγωγών ινών (π.χ. τον πόνο του μέλους – φαντάσματος), τροποιώντας τα προσαγωγά σήματα, τα οποία μπορεί να συμβάλλουν μια δυσπροσαρμοστική πλαστικότητα.

Ο τρίτος αφορισμός είναι ότι η θεραπεία εγκατεστημένου χρονικά πόνου θα είναι οπωσδήποτε περισσότερο αποτελεσματική όταν οι προσπάθειές μας να επαναφέρουμε ένα διαταραγμένο νευρικό σύστημα στο φυσιολογικό κατευθύνονται όχι μόνο στην προσπάθεια να σπάσουμε το προσαγωγό μέλος το οποίο διεγείρει τις αλλαγές στο Ν.Σ., αλλά επίσης δρώντας επάνω στις συμπαθητικές διαταραχές, οι οποίες διαιωνίζουν το πρόβλημα.

Όλες οι στρατηγικές θεραπείας πρέπει να αναγνωρίσουν και να στραφούν προς την αντιμετώπιση και των δύο αυτών παραγόντων, που είναι υπεύθυνος για την ενεργοποίηση του φαύλου κύκλου της δυσπροσαρμοστικής πλαστικότητας και τη διαιώνισή τους. Η θεραπεία του πόνου δεν επιτρέπεται να είναι απλώς η εφαρμογή τεχνικών οι οποίες καταστέλλουν τον πόνο. Πρέπει να κατανοήσουμε τη φυσική ιστορία των διαφόρων καταστάσεων πόνου, με σκοπό, αν είναι δυνατό, την αποτροπή της εμφάνισής τους, κάτι που είναι δυνατό να επιτευχθεί μόνο μετά από εντατική ανάλυση της σωματοαισθητικότητας σε επίπεδο βασικών επιστημών.

Οι κλινικοί που ασχολούνται με τη θεραπεία του πόνου θα πρέπει να έχουν υπόψη τους το γεγονός ότι το νευρικό σύστημα αντιδρά δυναμικά, τόσο στην κατάσταση που προκαλεί πόνο στους ασθενείς, όσο και στις δικές τους κλινικές – θεραπευτικές παρεμβάσεις, μερικές από τις οποίες μπορεί, αντί να απαλύνουν τον πόνο, να τον επιτείνουν.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Από θεραπευτικής σκοπιάς, ο πόνος διακρίνεται σε δύο τάξεις, τον οξύ και το χρόνιο. Πόνος διάρκειας μικρότερης των τριών ως έξι μηνών μπορεί γενικά να θεωρηθεί οξύς, ενώ, όταν παρατείνεται περισσότερο, χαρακτηρίζεται χρόνιος πόνος. Ο διαχωρισμός αυτός έχει μεγάλη σημασία, γιατί η θεραπευτική αντιμετώπιση διαφέρει.

Πίνακας: Το μορφολογικό και βιοχημικό υπόστρωμα της θεραπείας του πόνου.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ:	Αισθητικές νευρικές απολήξεις Μηχανοευαίσθητος υποδοχέας πόνου Χημειοευαίσθητος υποδοχέας πόνου
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ:	Αλγεινές ουσίες, όπως π.χ. S- Υδροξυτρυπταμίνη, Βραδυκινίνη, Ισταμίνη, Προσταγλανδίνες, Ενδορφίνες, Νορεπινεφρίνη
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ:	Στεροειδή, Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, Ασπιρίνη, Τοπικά αναισθητικά, Μορφίνη, Κωδεΐνη

ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ

Ο οξύς πόνος συνήθως οφείλεται σε εμφανή βλαπτικά ερεθίσματα (βλάβη ιστών που οφείλεται σε νόσο, τραυματισμό ή χειρουργική επέμβαση). Οι αρχές για την αντιμετώπιση του οξέος πόνου είναι οι εξής :

1. Διάγνωση και θεραπεία της αιτίας.
2. Χρησιμοποίηση των κατάλληλων φαρμάκων για τον πόνο. Η εκλογή των φαρμάκων πρέπει να βασιστεί σε δύο συνιστώσες : τη σοβαρότητα και τον τύπο του συγκεκριμένου οξέος πόνου.
3. Όπου υπάρχει ένδειξη, θα πρέπει να λαμβάνονται εξωτερικά βοηθητικά μέτρα, όπως είναι τα θερμά ή τα ψυχρά επιθέματα, οι χειρομαλάξεις, οι νάρθηκες κλπ. για την ανακούφιση του αρρώστου από τον οξύ πόνο.
4. Απαραιτήτως και με εξαιρετική φροντίδα, θα πρέπει να αναπτυχθεί μια στρατηγική για την αντιμετώπιση της μετάπτωσης του οξέος σε χρόνιο πόνο.

Πρώτη φροντίδα είναι να θεραπευτεί κατάλληλα, συντηρητικά ή χειρουργικά η εκλυτική αιτία του οξέος πόνου, έτσι ώστε μετά ο πόνος να αυτοπεριοριστεί, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να τον αντιμετωπίσουμε με τα σύγχρονα αναλγητικά και άλλα υποστηρικτικά μέτρα. Αν, παρ' όλα αυτά, δε θεραπευτεί κατάλληλα ο οξύς πόνος, μπορεί να προκληθούν ανώμαλες φυσιολογικές και ψυχολογικές αντιδράσεις και να οδηγηθούμε σε επιπλοκές, οι οποίες είναι δυνατό να επιτείνουν την ανικανότητα και

να οδηγήσουν τον άρρωστο στο χρόνιο πόνο και σε μερικές περιπτώσεις, ακόμα και στο θάνατο.

ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ :

ΕΝΤΟΝΟΣ ΠΟΝΟΣ : Η χορήγηση μορφίνης παρεντερικά (και άλλων αναλόγων ναρκωτικών αναλγητικών) αποδεικνύει, πολύ χρήσιμη για τον έλεγχο του αιφνιδίου έντονου πόνου που συναντούμε σε διαταραχές, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο κολικός του νεφρού, της χοληδόχου κύστης, καθώς και οι κολικοί που συμβαίνουν στην περίπτωση της απόφραξης κοίλων σπλάχνων. Τέλος, χρησιμοποιείται σε πίεση ριζών ή και του νωτιαίου μυελού. Στις συνηθισμένες αναλγητικές δόσεις, υπάρχουν μικρές μόνο κλινικές διαφορές, όσον αφορά τη δράση και τις παρενέργειες των αναλόγων διαθέσιμων φαρμάκων. Όμως, η φυσική κατάσταση του ασθενή και η σχέση του μ' αυτά στο κοντινό παρελθόν, μπορούν να επηρεάσουν την αναλγητική ικανότητα και τη σχετική δραστηριότητα του καθενός από τα φάρμακα αυτά.

Πολύ δραστικά επίσης φάρμακα για την αντιμετώπιση του οξέος πόνου είναι η πενταζοκίνη και η butorphanol.

ΜΕΤΡΙΑΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΠΟΝΟΣ : Τα αναλγητικά που λαμβάνονται από το στόμα προτιμούν σε ασθενείς που πάσχουν από μέτριας έντασης πόνους, ιδιαίτερα όταν αυτοί έχουν τη δυνατότητα να τα λάβουν και είναι περιπατητικοί. Τα αναλγητικά αυτοί ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες.

1. Παράγοντες που δρουν περιφερικά, όπως είναι τα ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ASA), η ακεταμινοφαίνη και τα νεότερα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη – αναλγητικά φάρμακα.
2. Παράγοντες που δρουν κεντρικά όπως είναι οι αγωνιστές ναρκωτικών, όπως η πενταζαδία και βουτυροφαινόλη.

Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ASA) θεωρείται γενικά σαν ένα από τα standards με τα οποία συγκρίνονται τα άλλα αναλγητικά που χορηγούνται από το στόμα. Η αύξηση της δόσης του ASA και αυξάνει την ανακούφιση από τον πόνο και παρατείνει τη διάρκεια του αποτελέσματος. Πιθανότατα η αναλγητική δράση του οφείλεται σε αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδινών.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά φάρμακα έχει διαπιστωθεί επίσης ότι είναι αποτελεσματικά, λαμβανόμενα από το στόμα, καλά ανεκτά μη ναρκωτικά

και αντιπυρετικά αναλγητικά. Ο αριθμός των φαρμάκων αυτών ήδη είναι μεγάλος και συνεχώς αυξάνεται. Είναι γνωστά ως NSAID και έχουν ένα καλά καθορισμένο και αποδεκτό τρόπο δράσης, ταυτόσημο του μηχανισμού δράσης του ASA.

ΑΛΛΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Νευρικοί αποκλεισμοί αναφέρεται ότι είναι αποτελεσματικοί σε ασθενείς με οξύ πόνο. Προσφέρονται σε περιπτώσεις ασθενών με δεδομένη οργανική βλάβη, ελάχιστα ψυχολογικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς και κλινικές ενδείξεις μηχανισμών σωματικού ή συμπαθητικού πόνου.

Επιτυχείς νευρικοί αποκλεισμοί ανακουφίζουν από τον πόνο, μερικές φορές για μεγάλο χρονικό διάστημα (οσφυαλγία, συμπαθητική αντανακλαστική δυστροφία, οξείες θλάσεις, διαστρέμματα και κατάγματα).

Η χρήση των placebo ήταν συνήθης κατά την προ της χρήσεως των σύγχρονων αναλγητικών εποχή. Από τα χρόνια της αρχαίας ελληνικής ιατρικής, οι γιατροί γνώριζαν ότι «το κύριο συστατικό» του κάθε φαρμάκου ήταν η πίστη του ασθενή σ' αυτό. Η ανταπόκριση του αρρώστου με οξύ πόνο στη χρήση placebo δεν πρέπει να ερμηνεύεται στη θέση ότι ο πόνος ήταν ψυχογενής. Πάντα, κοιτά τη χορήγηση τέτοιων σκευασμάτων, προσέχουμε να μην το ανακαλύψει ο ασθενής, γιατί θα χάσει την εμπιστοσύνη του τόσο στη θεραπεία, όσο και στο γιατρό.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Για να προλάβουμε στο οξύ στάδιο την πιθανή ανάπτυξη χρόνιου πόνου, πρέπει να ακολουθήσουμε μια συγκεκριμένη στρατηγική.

1. Θα πρέπει να ερευνήσουμε και να καθορίσουμε το ενδεχόμενο αν ο οξύς πόνος έχει ή όχι τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε χρονικό πρόβλημα. Προβλήματα της ζωής μπορεί να συντελούν σ' αυτό και πρέπει αν είναι δυνατόν, να συνεκτιμηθούν και να λυθούν ή να περιοριστούν. Τέτοια προβλήματα είναι η κατάχρηση φαρμάκων ή οινοπνεύματος. Άλλοι παράγοντες είναι η μυϊκή χάλαση, το stress θέσης – στάσης και συνιστάται φυσική άσκηση.
2. Ο γιατρός πρέπει να θέτει ένα λογικό χρονικό όριο για την ικανοποιητική αντιμετώπιση του οξέος πόνου, λαμβάνοντας υπ' όψη την υποκείμενη

νοσηρή διεργασία και να γνωστοποιήσει στον άρρωστο πότε προβλέπει ότι η θεραπεία θα διακοπεί. Ο γιατρός θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή στην επαναπόκτηση της ενεργού δράσης του. Ακόμα, συνιστώνται επισκέψεις στο γιατρό σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε ο ασθενής να μην έρχεται στο σημείο να δικαιολογείται, όταν αισθάνεται την ανάγκη να συμβουλευτεί το γιατρό.

3. Τα μη ναρκωτικά αναλγητικά θα πρέπει να προτιμούνται από τα ναρκωτικά, όσο αυτό είναι δυνατό και να χορηγούνται για όσο διάστημα δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Πρέπει να χορηγούνται σε υψηλές δόσεις, ώστε να εξασφαλίζουν ικανοποιητικού βαθμού ανακούφιση από τον πόνο και να κάνουν τον άρρωστο να μην ζητά από δική του πρωτοβουλία άλλα φάρμακα. Η θεραπεία με ναρκωτικά αναλγητικά πρέπει προοδευτικά να αποσύρεται το ταχύτερο δυνατό και να διακόπτεται στο τέλος του καθορισμένου χρονικού ορίου.
4. Να ληφθούν επιπρόσθετα μέτρα ικανά να αντικαταστήσουν ή να αυξήσουν τα αναλγητικά αποτελέσματα, όπου τέτοια μέτρα ενδείκνυνται. Για παράδειγμα, στην προσπάθεια ανακούφισης από το μυοσκελετικό πόνο, εφαρμόζουμε θερμότητα, πάγο, φυσικοθεραπεία, ενώ σε κεφαλαλγίες εφαρμόζουμε τεχνικές χαλάρωσης και βιοανάδρασης (bio-feed-back).
5. Η αύξηση κατανάλωσης φαρμάκων, με παράλληλη μείωση των δραστηριοτήτων του σε κάποια στιγμή που ο άρρωστος θα έπρεπε να αισθάνεται καλύτερα πρέπει να προβληματίσει το γιατρό, γιατί διαγράφει την απειλή της μετάπτωσης του οξέως σε χρόνια πόνο. Κάτι τέτοιο ωθεί το γιατρό σε επανεκτίμηση της κατάστασης και τον οδηγεί στη λήψη κατάλληλων μέτρων.

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Μια απλοποιημένη κατάταξη των μηχανισμών του πόνου θεωρείται χρήσιμη στην προσπάθεια της διάγνωσης και θεραπείας του χρόνιου πόνου.

1. Χρόνιος πόνος που αποτελεί την αντίληψη βλαπτικού ερεθίσματος : Εδώ περιλαμβάνεται ο χρόνιος πόνος σε χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις των αρθρώσεων, καρκίνου και μυοπεριτονιακών συνδρόμων.
2. Πόνος κεντρικής αιτιολογίας : παραδείγματα πόνου κεντρικής αιτιολογίας αποτελούν : ο πόνος του μέλους – φαντάσματος στον οποίο οι περιφερικοί υποδοχείς έχουν τραυματικά αποχωριστεί, καθώς και η μεθερπική νευραλγία, στην οποία η προσαγωγός οδός έχει καταστραφεί από τον ιό του έρπητα. Παρόμοιοι μηχανισμοί πιθανόν να βρίσκονται πίσω από τον ανθεκτικό πόνο που συνοδεύει τραύματα του νωτιαίου μυελού και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
3. Ψυχολογικός πόνος : επέρχεται σε καταστάσεις ψυχικής δυσφορίας, όπως το άγχος και η κατάθλιψη που κυριολεκτικά παίρνουν τη μορφή και βιώνονται ως πόνος, παρόμοιος με αυτόν που οφείλεται σε βλάβη.

Παρόλο που, στις περιπτώσεις αυτές, μπορεί να συνυπάρχει μια περιφερική πηγή βλαπτικών ερεθισμάτων, το κεντρικό πρόβλημα είναι ένα ψυχολογικό γεγονός, με το οποίο εισερχόμενα σήματα από κάποιες βλάβες ιστών μπορεί να ενισχύονται από μια ευαισθητοποιημένη νευροφυσιολογική κατάσταση.

Στο DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), που αποτελεί την τρίτη αναθεώρηση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών», που εκδόθηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, ο όρος «νευρώσεις» έχει καταργηθεί και καταταμηθεί σε επιμέρους «διαταραχές» μεταξύ των οποίων αυτοτελή θέση έχει και ο ψυχογενής πόνος.

4. Συμπεριφορικός πόνος : στις περιπτώσεις αυτές, ο πόνος εκδηλώνεται σαν συμπεριφορά, γιατί πράγματι αναγνωρίζουμε ότι κάποιο άτομο πονάει μόνο από τις λέξεις του, τις γκριμάτσες, τις θέσεις και άλλα σημεία της συμπεριφοράς του. Υπάρχουν, πιθανόν, άρρωστοι στους οποίους κάποιο αρχικό βλαπτικό γεγονός προκαλεί ανάλογη συμπεριφορά πόνου. Μερικές φορές η συμπεριφορά αυτή δέχεται τέτοια ενισχυτική επίδραση από το περιβάλλον, που διαρκεί πέραν της θεραπείας και της αποκατάστασης της βλάβης των ιστών και το σύμπτωμα του πόνου παραμένει καθαρά ένα φαινόμενο συμπεριφοράς. Αντίθετα, η συμπεριφορά πόνου μπορεί να επιμένει παρ' όλο που δεν υπάρχουν άλλοι ενισχυτικοί παράγοντες, σε περιπτώσεις

που μια φυσιολογική συμπεριφορά είναι μη επιθυμητή και απευκταία από τον άρρωστο και είναι κάτι που μπορεί να παρατηρηθεί σε άτομα με μείζονες διαταραχές της προσωπικότητας, στα οποία η φυσιολογική, κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα δεν είναι δυνατή. Αυτό τείνει να εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά άτομα.

Όταν μια τέτοια συμπεριφορά εμφανιστεί για πρώτη φορά σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, πρέπει να ληφθεί υπόψη το ενδεχόμενο μιας υποκλινικής φλοιώδους εκφύλισης, η οποία αποτρέπει το άτομο να λειτουργεί σε προηγούμενα λειτουργικά στάδια. Ένα τέτοιο άτομο, μπορεί να αποσυρθεί σε ένα τρόπο ζωής που επικεντρώνεται γύρω από τον πόνο, σαν μια δικαιολογία για την ανικανότητά του να συμβιβαστεί με τις απαιτήσεις της ζωής.

Τα συμπτώματα του χρόνιου πόνου σπάνια ταξινομούνται αποκλειστικά σε μια από τις προηγούμενες τέσσερις κατηγορίες. Έτσι άρρωστοι με χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις των αρθρώσεων, καταθλίβονται από το γεγονός ότι είναι ανίκανοι να διατηρήσουν τη δουλειά τους και μια ικανοποιητική λειτουργικότητα στον οικογενειακό και κοινωνικό χώρο. Η αντιδραστική αυτή κατάσταση επιδεινώνει τον πόνο της οργανικής βλάβης κλπ.

Ακόμα, η συμπεριφορά πόνου (αποχή από την εργασία και υιοθέτηση ρόλου αναξιοπαθούντα) μπορεί να επιδεινωθεί από ένα / μια σύζυγο, συμπάσχοντα και υπερπροστατευτικό. Οι ασθενείς μπορεί να αποκτήσουν τις συμπεριφορικές όψεις του προβλήματος που έχουν από το χρόνιο πόνο, μαζί με τις ψυχολογικές και τις βλαπτικές διαστάσεις που αφορούν τους ιστούς, που έχει το πρόβλημα. Τέτοιοι άρρωστοι δεν ανταποκρίνονται σε θεραπείες που έχουν σαν στόχο την ιστική βλάβη. Υιοθετούνται στάσεις προσπαθειών συμβατικής θεραπείας της συμπεριφοράς, στην προσπάθεια αποκατάστασης της φυσιολογικής λειτουργικότητας του πάσχοντα.

Η διαγνωστική εκτίμηση ασθενών με χρόνιους πόνους είναι έργο δύσκολο και επιβάλλει τη συμβατική ιατρική εξέταση, αλλά και ειδική ψυχολογική, κοινωνική, περιβαλλοντική μελέτη των πασχόντων, πολλοί από τους οποίους έρχονται στο γιατρό με διαγνωστικές επιπλοκές που οφείλονται σε υπερβολική και αναποτελεσματική θεραπεία ακατάλληλη.

Με δεδομένες τις δυσχερείς της διαγνωστικής και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου, κρίθηκε αναγκαία εκ των πραγμάτων η ίδρυση κλινικών πόνου, που είναι πολυκλαδικές και αποτελούνται από ομάδα γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων. Παρόλο που οι κλινικές αυτές υπέστησαν και υφίστανται

διαρκώς πολλές αλλαγές και υπάρχουν σε διαφορετικές μορφές, τελικά όλες προσπαθούν να αποτελούν ένα διαγνωστικό και θεραπευτικό περιβάλλον που να αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα του προβλήματος του χρόνιου πόνου.

Ο χρόνιος πόνος και ειδικά ο έντονος, εκτός από ψυχικές συνέπειες προκαλεί και σωματικές συνέπειες, που κατά το Μακρή έχουν ως εξής :

α) Κυκλοφορία : ο παρατεταμένος έντονος πόνος προκαλεί μεταβολές στο Η.Κ.Γ. και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Ο αριθμός των σφύξεων αυξάνεται στον επιφανειακό πόνο και ελαττώνεται, στο βαθύ και στο σπλαχνικό πόνο.

β) Αυτόνομο νευρικό σύστημα : Ο οξύς επιφανειακός πόνος προκαλεί διέγερση του συμπαθητικού, ενώ ο έντονος βαθύς διεγείρει το παρασυμπαθητικό.

γ) Αναπνοή : Αυτή γίνεται γρήγορη και επιπόλαια. Ιδιαίτερα ελαττώνεται ο όγκος εισπνεόμενου αέρα, όταν ο πόνος εντοπίζεται στην κοιλιά και στο θώρακα.

δ) Έσω έκκριση : Παρατηρείται αύξηση της έκκρισης ορμονών της υπόφυσης, των επινεφριδίων και του θυρεοειδή αδένου.

ε) Πέψη : Κατά τη διάρκεια του πόνου, παρατηρείται μείωση της έκκρισης και της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα.

στ) Κινητικό και στηρικτικό σύστημα : Πόνος σε ένα άκρο οδηγεί σε ατροφιαίες ανενεργησίας, αγκύλωση ή και συνεχή μυϊκή σύσπαση, που γίνεται πηγή νέου πόνου.

ζ) Μεταβολισμός : Παρατηρείται αύξηση του βασικού μεταβολισμού, που είναι βασικά, αποτέλεσμα των διαταραχών της έσω έκκρισης. Επίσης, παρατηρείται υπεργλυκαιμία και υπερευαισθησία των αντανακλαστικών.

Ο χρόνιος πόνος, σε γενικές γραμμές, μπορεί να ταξινομηθεί σε θεραπεύσιμες και μη θεραπεύσιμες μορφές.

Όπως και ο οξύς πόνος, ο θεραπεύσιμος πόνος που οφείλεται σε κάποια οργανική πάθηση αντιμετωπίζεται αποτελεσματικότερα με την ενδεδειγμένη θεραπεία της διαταραχής του, π.χ. στεροειδή σε περιπτώσεις κεφαλαλγίας που οφείλεται σε κροταφική αρτηρίτιδα, άλατα χρυσού σε βαρείες μορφές ρευματοειδούς αρθρίτιδας, beta – blockers ή by – pass επεμβάσεις για τη στηθάγχη κλπ.

Ο μη θεραπεύσιμος χρόνιος πόνος για τον οποίο ο Μακρή χρησιμοποιεί τους όρους «επίμονος» και «ατίθασος», μπορεί να είναι κρυπτογενής, δηλαδή να οφείλεται σε αδιάγνωστη ιατρική πάθηση, σε ψυχική νόσο, σε νευρολογικές διαταραχές ή να είναι αγνώστου αιτιολογίας.

Μερικές από τις πιο συχνές αιτίες του χρόνιου ανίατου πόνου είναι :

1. Κρυπτογενής πόνος : μπορεί να κρύβει καρκινωμάτωση ή διήθηση ή συμπίεση που οφείλεται σε καρκίνο.
2. Ψυχική νόσος : η κατάθλιψη, η υστερία, καθώς και η κατά το DSM-III σωματοποιητική (υστερία του Briquet) και η κατάσταση μετατροπής αποτελούν αιτίες χρόνιου ανίατου πόνου.
3. Νευρολογικές διαταραχές : απ' αυτές συνηθέστερες αιτίες χρόνιου ανίατου πόνου αποτελούν οι νευραλγίες (τρίδυμου, γλωσσοφαρυγγικού, μεθερπητική κλπ), οι συμπαθητικές αντανακλαστικές δυστροφίες, ο πόνος του μέλους – φαντάσματος, τα σύνδρομα παγίδευσης νεύρων, η νωτιαία αραχνοειδίτιδα, η βλάβη του νωτιαίου μυελού, τα μυοπεριτονιακά σύνδρομα.
4. Άγνωστης αιτιολογίας είναι τέλος το σύνδρομο ανίατου καλοήθους πόνου.

Αναλυτικότερα :

Η καρκινωμάτωση είναι, πιθανόν, η πιο συχνή αιτία του χρόνιου ανίατου πόνου. Οστικές μεταστάσεις, διήθηση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου και εμπλοκή των νεύρων του οσφυϊκού του ιερού και του βραχιονίου πλέγματος, μπορεί να είναι πολύ επώδυνη, ενώ, παράλληλα, η αποκάλυψη της νόσου μπορεί να καθυστερήσεις, όποτε η φύση του χρόνιου αυτού πόνου θεωρείται κρυπτογενής.

Συχνά, θεραπεία με ακτινοβολία και άλλες μορφές ιατρικών επεμβάσεων (χειρουργική αντιμετώπιση) δεν ανακουφίζουν ικανοποιητικά από τον πόνο. Ο γιατρός θα πρέπει να αποφασίσει αν θα χορηγήσει αναλγητικά (κατά κανόνα ναρκωτικά σε μεγάλες δόσεις). Αν η αγωγή με αναλγητικά αποτύχει, η θεραπεία κατευθύνεται στη φυσική θεραπεία και συγκεκριμένα, σε νευροχειρουργική ή χημική καταστροφή των ευαίσθητων στον πόνο οδών ή των οδών που οδηγούν στον πόνο.

Ψυχική νόσος είναι μια συχνή αιτία ενός χρόνιου ανίατου πόνου. Ενώ δεν είναι ασυνήθιστο σε άρρωστους που υποφέρουν από χρόνια κατάθλιψη ο πόνος να αποτελεί αξονικό σύμπτωμα, σχεδόν όλοι οι άρρωστοι που υποφέρουν από χρόνια πόνο οδηγούνται στην κατάθλιψη. Στις περιπτώσεις αυτές, επιβάλλεται ο καθορισμός του τύπου της κατάθλιψης (σωματογενής, ενδογενής, ψυχογενής). Τα αντικαταθλιπτικά είναι χρήσιμα όχι μόνο για ανακούφιση του αρρώστου από τον ανίατο πόνο και την κατάθλιψη, αλλά και για την απομάκρυνσή του από θεραπείες με υπνωτικά και ναρκωτικά αναλγητικά.

Η υστερία, καθώς και η (κατά τους Αμερικανούς) σωματοποιητική (υστερία Briquet) και η κατάσταση μετατροπής συχνά συνδέονται με το μη θεραπεύσιμο πόνο. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν τον ψυχίατρο. Φαίνεται ότι οι ψυχοθεραπείες

(ψυχολογικές θεραπείες) αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στις περισσότερες περιπτώσεις.

Τα αντισπασμωδικά φάρμακα (καρβαμαζεπίνη, διφαινυλδαντοΐνη και κλοναζεπάμη) συνίστανται στις νευραλγίες. Ιδιαίτερα η καρβαμαζεπίνη φαίνεται αποτελεσματική και επί περιπτώσεων μεθερπητικής νευραλγίας του μέλους – φαντάσματος, του άτυπου προσωπικού πόνου και των διαξιφιστικών πόνων της tabes – dorsalis.

Η χρήση ενός αντικαταθλιπτικού, μόνου ή σε συνδυασμό με μια φαινοθειαζίνη, φαίνεται επίσης, ότι προσφέρει πολλές υποσχέσεις για τον έλεγχο του πόνου που οφείλεται σε νευρολογικές διαταραχές, σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρουν χειρουργικές ή χημικές μέθοδοι, οι οποίες αυξάνουν την αισθητηριακή βλάβη.

Θεραπευτικοί νευρικοί αποκλεισμοί μπορεί συχνά να είναι χρήσιμοι σε περιπτώσεις νευρολογικών ασθενών με χρόνια πόνο, όπως η καυσαλγία και άλλες συμπαθητικές αντανεκλαστικές δυστροφίες, η μεθερπητική νευραλγία, τα χρόνια σύνδρομα άλγους των μυοπεριτονιών, η χρόνια οσφυαλγία, ο ερεθισμός νευρικής ρίζας και μετατραυματικές νευραλγίες.

ΧΡΟΝΙΟΣ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΟΣ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΟΝΟΣ

Η πιο δύσκολη ομάδα, από πλευράς θεραπευτικής αντιμετώπισης, είναι η ομάδα των ασθενών με χρόνια ανίατο καλοήγη πόνο ακαθόριστης αιτιολογίας. Εδώ περιλαμβάνονται άρρωστοι με επίμονους, χρόνιους, ανίατους πόνους στο θώρακα και στην κοιλιά, στο πρόσωπο και σε άλλα σημεία του σώματος, άγνωστης αιτιολογίας, δεδομένου ότι ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος αποβαίνει αρνητικός, όσον αφορά την παρουσία οργανικού συστηματικού νοσήματος, νευρολογικών διαταραχών, διαταραχών του ψυχικού βίου κλπ. Όμως παρά τα αρνητικά ευρήματα και σε περιπτώσεις ενδελεχούς – λεπτομερειακού ελέγχου, ο γιατρός, ανήσυχος πάντα, θα πρέπει να αναζητά το ενδεχόμενο υποκρυπτόμενης αιτίας (π.χ. καρκινωμάτωσης), η οποία τελικά μπορεί να αποκαλυφθεί αργότερα.

Ο χρόνιος μη θεραπεύσιμος καλοήγης πόνος είναι διαφορετικός από τις άλλες μορφές πόνου.

Βλαπτικές ώσεις – ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας σε ιατρικές και χειρουργικές κακώσεις – λείπει από ασθενείς με χρόνια ανίατο καλοήγη πόνο ώστε τα

αναλγητικά φάρμακα να μη βοηθούν τελικά καθόλου. Αυτό οδηγεί ώστε ο άρρωστος να υποφέρει συνεχώς και να γίνεται υπολειπτικός και έτσι η γνωστή σ' όλους συμπεριφορά των ατόμων που πονούν εκδηλώνεται σε όλη της την έκταση. Ο πάσχων καταφεύγει από φάρμακο σε φάρμακο, χωρίς να συμβουλευτεί πάντα το γιατρό, στον οποίο πάντως καταφεύγει πολύ συχνά και επισκέπτεται συνεχώς το εφημερεύον Νοσοκομείο για να βρει ανακούφιση. Μιλά συνεχώς και παντού για το πρόβλημά του και τελικά εγκαταλείπει την εργασία του και όλα του τα ενδιαφέροντα.

Από τη στιγμή που εγκατασταθεί η συμπεριφορά του χρόνιου πόνου, μπορεί αυτή να διαιωνίζεται μέσω περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι είναι άσχετοι με τη συνέχιση της ύπαρξης του πόνου και της αντίληψης βλαπτικών ερεθισμάτων γενικότερα.

Κατά κανόνα, οι πάσχοντες από χρόνια μη θεραπεύσιμο καλοήγη πόνο, πρόβλημα που διαρκεί για πολλά χρόνια, έχουν επισκεφθεί μεγάλο αριθμό γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και έχουν υποβληθεί σε πάρα πολλές διαγνωστικές δοκιμασίες και θεραπείες.

Δυστυχώς, παρά την αναμφισβήτητη πρόοδο που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια και όσα έχουν γραφτεί σχετικά με το παρόν θέμα, δεν υπάρχει ακόμα ικανοποιητική μέθοδος θεραπείας, ώστε να βοηθηθούν αποτελεσματικά όλοι οι ασθενείς αυτοί, μεγάλο μέρος των οποίων δεν ανακουφίζεται ικανοποιητικά πουθενά. Σίγουρα, όμως, το πρόβλημά τους αποτελεί πάντα πρόκληση για το γιατρό.

Αν λάβουμε υπόψη την παρατεταμένη οδύνη των πασχόντων αυτών, η διατήρηση του όρου «καλοήγη» γεννά προβληματισμό, προκειμένου να χαρακτηρίσουμε αυτές τις καταστάσεις. Πράγματι η «καλοήθεια» του πόνου αυτού πρέπει να τεθεί σε αμφισβήτηση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ανάλογοι πάσχοντες αποτελούν σημαντικό μέρος του υλικού των κλινικών πόνου οι οποίες και βοήθησαν πράγματι πάρα πολύ στην αντιμετώπιση του προβλήματος των αρρώστων αυτών.

Η αντιμετώπιση των αρρώστων αυτών υπόκειται σε κανόνες :

1. Ο γιατρός πρέπει απ' την αρχή να αναγνωρίσει το πρόβλημα σαν αληθινό και πραγματικό, να δείξει κατανόηση και να δεχτεί τη δυνατότητα παράτασης του προβλήματος, ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου.

2. Προσπάθειες να διακρίνουμε τον πόνο σε πραγματικό ή μη πραγματικό, οργανικό, ψυχογενή ή ψυχοσωματικό αποβαίνουν άκαρπες και σε βάρος των πασχόντων, οι οποίοι προσπαθούν να αποδείξουν την πραγματικότητα του ότι υποφέρουν, ψάχνοντας συνεχώς για περισσότερες συμβουλές και θεραπείες.
3. Ο άρρωστος πρέπει να δεχτεί την άποψη ότι δεν υπάρχει φυσική – τεχνολογική θεραπεία για το πρόβλημα του, ώστε να δεχτεί μια ψυχολογική ή συμπεριφορική εκτίμηση.
4. Ο άρρωστος πρέπει να πεισθεί ότι ο γιατρός αναγνωρίζει σ’ αυτόν το γεγονός ότι υποφέρει, παρά την αδυναμία του να τεκμηριώσει άποψη για τα αίτια που οδήγησαν σ’ αυτό και ότι θα καταβληθεί κάθε προσπάθεια για την αναζήτηση του αιτίου και της κατάλληλης θεραπείας.
5. Σαν καθοδηγητική αρχή πρέπει να υιοθετηθεί το “*primum non nocere*” (πρώτα να μη βλάψουμε) και να τεθούν ρεαλιστικοί θεραπευτικοί στόχοι.
6. Η προσοχή του γιατρού πρέπει να εστιαστεί πάνω στη καθόλου δραστηριότητα του αρρώστου και όχι στις αιτιάσεις του για τον πόνο, ενώ παράλληλα, θα πρέπει να επιστρατευθούν τα μέλη της οικογένειας του πάσχοντος, για την αντιμετώπιση του προβλήματος στο σύνολό του.
7. Τα αναλγητικά φάρμακα πρέπει, αν είναι δυνατό να αποσυρθούν προοδευτικά, ακόμα και στο σύνολό τους και, ενδεχομένως, να χορηγηθούν άλλα, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου. Παράλληλα, ο άρρωστος θα πρέπει να ενθαρρύνεται συνεχώς και να περιμένει την επιτυχία της λύσης του προβλήματός του. Σε εθισμένους να ναρκωτικά αναλγητικά φάρμακα ασθενείς πρέπει να γίνει αποτοξίνωση.

Τα ψυχοφάρμακα, ιδιαίτερα τα αντικαταθλιπτικά και τα υπνωτικά, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου που είναι μη θεραπεύσιμος, ενώ, αντίθετα, τα αναλγητικά είναι τελείως αναποτελεσματικά.

8. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας των αρρώστων αυτών, ο γιατρός θα πρέπει να είναι σε επιφυλακή και να μην παραμελεί την περαιτέρω έρευνα, η οποία μπορεί να βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή, όπως να ακολουθήσει φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ύπνωση και αυτό-ύπνωση, ψυχοθεραπεία της συμπεριφοράς, τεχνική της βιο-ανάδρασης (bio-feed-back), διαδερμικό νευρικό ερεθισμό, βελονισμό και διαδερμικό νευρικό αποκλεισμό. Ο τελευταίος παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η εφαρμογή του βασίστηκε

στο ότι βιοχημικές μελέτες έδειξαν πως ασθενείς με χρόνια ανίατο καλοήθη πόνο υπολείπονται σε ενδορφίνες και συχνά σε SHT. Η έλλειψη αυτή μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή να προκαλείται από την εξάντληση των ουσιών αυτών. Τέτοιοι άρρωστοι φαίνεται ότι έχουν θεραπευτικό όφελος από το διαδερμικό ερεθισμό νευρών, μια μέθοδο που ενεργοποιεί τις ενδορφινικές οδούς.

9. Σε χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης του προβλήματος θα πρέπει να καταφεύγουμε πάντα με επιφύλαξη και μόνο όταν όλα τα άλλα θεραπευτικά μέσα που εφαρμόστηκαν έχουν αποτύχει.

ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ

Ο άνθρωπος συμβιώνει με τον πόνο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η αντιμετώπιση του πόνου έχει τη δική της ιστορική πορεία μέσα στους αιώνες και βέβαια ήταν ανάλογη πάντα με τις γνώσεις, με τα μέσα, το κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές θέσεις, τις θρησκευτικές προκαταλήψεις. Παλαιότερα ο πόνος, όπως και ο θάνατος, θεωρούνται θεία τιμωρία και οι άνθρωποι έπρεπε να τον υποστούν καρτερικά. Κατά το Μεσαίωνα, όταν οι άνθρωποι υποβάλλονταν σε βάρβαρα βασανιστήρια και η ανθρώπινη ζωή είχε τόσο μικρή αξία, λογικό ήταν να μην υπάρξει κανένα ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση του πόνου. Η έλλειψη γνώσεων και διάφοροι άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είχαν σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση των προσπαθειών για την αντιμετώπιση του πόνου και ιδιαίτερα του χρόνιου πόνου.

Οι ιδιότητες του οπίου ήταν γνωστές ήδη από την αρχαιότητα, φαίνεται όμως ότι δεν χρησιμοποιούνταν, τουλάχιστον συστηματικά, για την ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο, γιατί δεν υπήρχε σταθερό σκεύασμα, οπότε υπήρχε ο κίνδυνος χορήγησης δόσης μικρής / ανεπαρκούς ή μεγάλης / θανατηφόρας. Στην Ελλάδα επηρέασε και η αρχή του Ιπποκράτη «ωφελείν μη βλάπτειν».

Πριν από περίπου διακόσια χρόνια, απομονώθηκε από το όπιο η μορφίνη. Από τότε, υπήρχε πια ένα σταθερό σκεύασμα, ενώ συνεχώς εμφανίζονται νέα αναλγητικά, ναρκωτικά και μη και πάντα αναζητείται το ιδεώδες, που θα είναι ισχυρό, αβλαβές, χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες και που δε θα προκαλεί εθισμό.

Όσον αφορά το χρόνια αφόρητο πόνο, έγινε γρήγορα αντιληπτό ότι τα φάρμακα έχουν περιορισμένο χρόνο δράσης, προκαλούν ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, π.χ. εθισμός, επηρεάζουν την ψυχοδιανοητική κατάσταση των ασθενών

κλπ. Μετά απ' αυτό, έγινε συνείδηση σε όλους ότι έπρεπε να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα αναχαίτισης του πόνου, μόνα τους ή σε συνδυασμό με τα φάρμακα.

Στις μέρες μας, η συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί μέριμνα και καθήκον της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής πρωταρχικής σημασίας, πολλές φορές, μάλιστα, ανεξάρτητο προς την αιτιολογική θεραπεία του νοσήματος που προκαλεί τον πόνο. Πράγματι, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που ο άρρωστος πρέπει να απαλλαγεί από τον πόνο άσχετα με τις άλλες προσπάθειες που γίνονται για την αποθεραπεία του. Αυτό συμβαίνει:

1: όταν η αιτιολογική θεραπεία προβλέπεται ότι θα διαρκέσει πέρα από τα σύντομα όρια, μέσα στα οποία θα ήταν ίσως σκόπιμη η αποφυγή λήψης μέτρων για αναλγησία.

2: όταν πρόκειται για νόσο που δύσκολα ή καθόλου δεν επηρεάζεται από την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.

3: Όταν η νόσος είναι αδιάγνωστη.

4: Τέλος, ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να έχουν τα «άτομα με πρόβλημα πόνου», για τα οποία έχουμε μιλήσει.

Αυτά που προαναφέραμε, οδήγησαν στην ανάγκη της δημιουργίας των Ιατρείων Πόνου, η αρχή της λειτουργίας των οποίων έγινε κατά τη δεκαετία του 1960 και που είχαν σαν κυριότερο έργο την εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας με τοπικά αναισθητικά ή και νευρολυτικές ουσίες.

Σιγά – σιγά, τα Ιατρεία, αυτά κέντρισαν το ενδιαφέρον των γιατρών των περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων, ιδιαίτερα αυτών που είχαν μεγάλο κλινικό, ερευνητικό και θεραπευτικό ενδιαφέρον για το «φαινόμενο πόνος».

Από τότε, η πρόοδος υπήρξε ραγδαία. Βέβαια, οι κλινικές τροποποιούνται, όσον αφορά την οργάνωση και τη γενική φιλοσοφία τους, που, φυσικά, δεν είναι η ίδια για όλα τα μέρη της γης. Οι στόχοι, όμως, είναι κοινοί και μέλημά τους είναι η καταβολή όλο και περισσότερων προσπαθειών για την αντιμετώπιση του χρόνιου ανίατου πόνου ακαθόριστης αιτιολογίας.

ΟΙ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι μια πολύπλοκη παράμετρος της ιατρικής φροντίδας και έχει ήδη επιστρατευθεί γι' αυτήν όλο το φάσμα της σημερινής

συμβατικής ιατρικής (θεωρητικής, ερευνητικής, εφαρμοσμένης), καθώς και μεγάλο μέρος της επικουρικής ιατρικής.

Η πολυπλοκότητα αυτή σημαίνει ότι θα πρέπει να περιμένουμε εξελίξεις σημαντικής φύσεως όχι μόνο μέσα στα πλαίσια του θεραπευτικού χώρου, αλλά και σε παράλληλους δρόμους, όπως είναι η διοίκηση, η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων, η κοινωνικοοικονομική διαχείριση, ακόμη και οι φιλοσοφικές και εννοιολογικές απόψεις της ανακούφισης από το χρόνιο πόνο.

Αν κοιτάξουμε την εξέλιξη της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής στον τομέα αυτό, θα διαπιστώσουμε μια τάση για ολιστική αντιμετώπιση του πόνου, μάλιστα, θα λέγαμε ότι οι περισσότερες πρόοδοι έγιναν έξω από το θεραπευτικό πεδίο. Δόθηκε μεγάλη σημασία στην ψυχολογική οντότητα του ασθενή. Ο χρόνιος πόνος είναι ένα πρόβλημα με δύο όψεις : την οργανική και την ψυχολογική.

Η άποψη ότι μια υπηρεσία οργανωμένη σε επίπεδο εθνικό, με αρμοδιότητες στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι απαραίτητη άρχισε πια να επικρατεί σ' όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι διάφορες μονάδες και υπηρεσίες που προσφέρουν σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, αλλά με ασυντόνιστο τρόπο, θα μπορούσαν έτσι να βρουν δικαιοσύνη.

«Πολύπλευρος» : ο όρος αυτός σημαίνει ότι η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι έργο πολλών ειδικοτήτων, κλινικών και παρακλινικών, οι οποίες θα πρέπει να συντονίζονται από ένα υπεύθυνο σύμβουλο της υπηρεσίας του πόνου.

Η κλινική θεραπεία έχει ήδη κάνει στους καιρούς μας μεγάλα βήματα και μπορούμε να τη διαχωρίσουμε σε ψυχολογική, φαρμακευτική και φυσική θεραπεία.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι, πλέον, γενικά αποδεκτό ότι σε μια νόσο οι ψυχολογικοί παράγοντες δρουν μαζί με τους οργανικούς, για την γένεση, τη διατήρηση και την επιδείνωση του πόνου. Ακόμα, τα πρότυπα συμπεριφοράς της νόσου διαφέρουν από τις αιτιάσεις του πόνου. Μπορούν να το ενεργοποιήσουν, να τον τροποποιήσουν, κάνοντας τη θεραπεία πιο δύσκολη. Η εκτίμηση της ψυχολογικής στάσης του αρρώστου, ο προσδιορισμός της, σε συνδυασμό με τις φυσικές παραμέτρους και η παράθεσή τους στο θεραπευτικό σχήμα έχουν αποτελέσει μια πολύ μεγάλη εξέλιξη τα τελευταία χρόνια. Γενικώς, ισχύουν τα παρακάτω :

1. Μια «μονήρης» θεραπευτική μεθοδολογία σπάνια αποβαίνει επιτυχής.

2. Η ψυχολογική προσέγγιση στη θεραπεία δεν πρέπει ποτέ να διαχωρίζεται από τη φυσική.
3. Ένα θεραπευτικό σχήμα που να περιέχει τόσο ψυχολογικές όσο και φυσικές μεθόδους θεραπείας πρέπει να δομείται για κάθε άτομο χωριστά και πάντα σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

Επειδή ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με χρόνια πόνο εμφανίζουν συμπτώματα καταθλιπτικής νεύρωσης και ένα άλλο σημαντικό ποσοστό μια ψυχική διαταραχή που μπορεί να είναι η αιτία ενός φυσικού προβλήματος, η σημασία του καθορισμού της απόκλισης των ασθενών αυτών από το φυσιολογικό επιβάλλεται από την ανάγκη θεραπείας της ψυχικής νόσου με τη σωστή μέθοδο.

Οι ψυχολογικές θεραπείες που δοκιμάστηκαν κατά καιρούς ήταν πολλές, πάντα όμως βοηθούσαν περισσότερο οι θεραπείες της συμπεριφοράς και κυρίως αυτής της διαμόρφωσης & της τροποποίησης της συμπεριφοράς, σε ομαδικό και σε ατομικό επίπεδο.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ναρκωτικά αναλγητικά φάρμακα και οι ανταγωνιστές τους:

Περιλαμβάνουν τα αλκαλοειδή του οπίου και τα παρεμφερή φάρμακα. Η χρήση των φαρμάκων αυτών υπάγεται σε ειδικές νομοθετικές διατάξεις. Τα οπιούχα αναλγητικά προκαλούν μεγάλο βαθμού εξάρτηση και η ανακάλυψη συνθετικών ουσιών χωρίς το μειονέκτημα αυτό έχει αποτύχει.

Η ανακάλυψη πως υπάρχουν ειδικοί υποδοχείς οπιούχων ουσιών έδωσε ελπίδες για τη σύνθεση νέων ισχυρών αναλγητικών που δε θα αναπτύσσουν εξάρτηση.

Οι μ-υποδοχείς βρίσκονται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στο φλοιό του εγκεφάλου, στους πυρήνες του θαλάμου και στη φαιά ουσία, γύρω από τον υδραγωγό του Sylvius. Μικρή αναλογία των υποδοχέων αυτών υπάρχει στο νωτιαίο μυελό. Στους μ-υποδοχείς η μορφίνη και η πεθιδίνη δρουν ως αγωνιστές. Οι κ-υποδοχείς έχουν τη ναλορφίνη ως αγωνιστή, ενώ γι' αυτούς η μορφίνη είναι αδρανής. Για τους σ-υποδοχείς, λέγεται ότι σχετίζονται με το αίσθημα δυσφορίας και με ψυχωσικά φαινόμενα, στην περίπτωση λήψης πενταζοκίνης.

Στο ίδιο κύτταρο μπορεί να υπάρχουν οι δ και ε – υποδοχείς και οι μ-υποδοχείς.

Δευτερεύοντα αναλγητικά

Η εισαγωγή νεότερων φαρμάκων τα οποία δρουν κατευθείαν στην ψυχική σφαίρα (ψυχοφάρμακα) βοήθησε πολύ. Η fluvoxamine, τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, έχει μια εκλεκτική ανασταλτική δράση στην επαναπρόσληψη της SHT από την συναπτική σχισμή. Την ίδια ιδιότητα έχουν και άλλα αντικαταθλιπτικά, όπως η trazodone και η fluoxetine.

Τα αντισπασμωδικά φάρμακα έχουν πια γενικώς αναγνωριστεί στη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου. Χορηγούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό με ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή παράγωγο των φαινοθειαζινών με καλύτερα αποτελέσματα.

Καρδιογγειακά φάρμακα

Πρόσφατα, έχει αποδειχτεί ότι ο αγωνιστής της SHT₂ η ketanserin έχει κάποια αξία στη θεραπεία αλγοδυστροφίας και σε μερικές κολλαγονώσεις. Η δράση της ketanserin είναι κυρίως περιφερική. Η λιδοκαΐνη χρησιμοποιήθηκε για κάποιο χρονικό διάστημα σαν διαγνωστικός παράγοντας, για την πιστοποίηση φαρμάκων που σταθεροποιούν την κυτταρική μεμβράνη στο νευροπαθητικό και δυστροφικό πόνο.

ΦΥΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σημαντική πρόοδος στον τομέα της φυσικής αναλγησίας επιτεύχθηκε όχι με την καταστροφή νευρών, αλλά με την διέγερσή τους (νευρωνική διέγερση).

Παραδοσιακά, η ανακούφιση του πόνου με τη φυσική θεραπεία επιτυγχάνεται με τη χρήση θερμών – ψυχρών επιθεμάτων, χημικών ουσιών και το χειρουργικό νυστέρι σε περιφερικά ή κεντρικά νεύρα.

Υπάρχουν τεχνικές διέγερσης και τεχνικές καταστροφής.

Τεχνικές διέγερσης:

Ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός (TENS) χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως στη θεραπεία του χρόνιου πόνου.

Για τον ερεθισμό των οπισθίων δεσμών τον νωτιαίου μυελού, η λεκτρόδια εισάγονται διαδερμικά στον οπίσθιο επισκληρίδιο χώρο. Το κατιόν ανασταλτικό ερέθισμα που προκαλείται δημιουργεί την αναλγησία. Η τεχνική αποδίδει στους πόνους του μέλους – φαντάσματος, σε έμμονους, σφοδρούς πόνους στη ράχη, σε

περιφερικούς ισχαιμικούς πόνους. Επίσης, η σοβαρή στηθάγχη ανταποκρίνεται στους χειρισμούς αυτούς.

Τεχνικές καταστροφής

Θερμοπηξία των νωτιαίων γαγγλίων εφαρμόζεται για τη θεραπεία του πόνου σε περιοχές κατανομής των νωτιαίων αισθητικών νεύρων.

Η κρυοθεραπεία ποτέ δεν έφτασε στο μέγιστο των δυνατοτήτων της σαν νευρολυτική τεχνική, παρόλο που η αξία της έχει αποδειχτεί, τόσο στην περιφέρεια, όσο και κεντρικά. Η πρόσφατη χρήση της είναι τόσο επιτυχής στην «φροντίδα» της υπόφυσης με έγχυση αλκοόλης ενδοϋποφυσιακά, όσο και αμφισβητήσιμη, πάντα για θεραπεία πόνου που δεν οφείλεται σε καρκίνο.

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η κατ' οίκον νοσηλεία του πόνου έχει πολλά πλεονεκτήματα. Το κόστος της νοσηλείας είναι χαμηλό και ο ασθενής αλλά και η οικογένεια του μένουν περισσότερο ικανοποιημένοι. Σε νοσήματα που αναγκάζουν τους ασθενείς να παραμένουν σπίτι, ο πόνος είναι το σοβαρότερο σύμπτωμα, γι' αυτό η κατάλληλη αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητη στην παροχή καλής φροντίδας. Οι βασικοί στόχοι της θεραπευτικής αγωγής ασθενών με μακροχρόνιες ανίατες παθήσεις είναι η εξασφάλιση ποιότητας ζωής, που περιλαμβάνει την ψυχοκοινωνική και λειτουργική επάρκεια. Η αποτελεσματική κατ' οίκον νοσηλεία απαιτεί οργάνωση μιας υπηρεσίας διαφορετικής από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν ένα επιτυχημένο πρόγραμμα κατ' οίκον αντιμετώπισης του πόνου χρόνιων νοσημάτων όπως ο καρκίνος και άλλες σοβαρές νόσοι όπως HIV - AIDS περιλαμβάνουν :

α) Στενή συνεργασία όλων όσων παρέχουν υπηρεσίες υγείας – γενικών ιατρών, νοσοκομειακών ιατρών και κατ' οίκον επισκεπτόμενων νοσηλευτών / - τριών ώστε να ενημερώνονται συνεχώς και αποτελεσματικά.

β) Συχνή επικοινωνία που στηρίζεται στην εκτίμηση της πορείας του πόνου με ειδικές μεθόδους.

γ) Ειδική εκπαίδευση για να αποκτηθεί υψηλού βαθμού επιστημονική κατάρτιση και επαγγελματική αφοσίωση.

δ) Αποσαφήνιση του ρόλου κάθε μέλους της ομάδας, ώστε να ανταποκρίνεται στις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενούς και της οικογένειάς του.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η παθοφυσιολογία του πόνου μένει ίδια, άσχετα αν ο ασθενής αντιμετωπίζεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι. Οι περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες όμως, είναι τελείως διαφορετικοί και, ως γνωστό, επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου. Ο ασθενής, η οικογένειά του και η θεραπευτική ομάδα αισθάνονται μοναξιά και απομόνωση μακριά από τη συνεχή και έντονη υποστήριξη του νοσοκομείου. Ενισχύονται οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις από τη νόσο του ασθενούς, καθώς και οι προσωπικές αντιπαραθέσεις στο οικογενειακό περιβάλλον. Όσοι παρέχουν κατ' οίκον νοσηλεία οφείλουν να μάθουν τον τρόπο ζωής της οικογένειας και πρέπει να προσαρμόζουν την αγωγή και τις συμβουλές τους σ' αυτόν. Τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν συνέχεια τον ασθενή παράλληλα με τις άλλες υποχρεώσεις κινδυνεύουν από υπερκόπωση.

Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να λάβουν υπόψη τους όλες τις συνθήκες κατά την εκτίμηση του πόνου και τον σχεδιασμό της θεραπευτικής αγωγής. Ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη εμπειρία και η ανακούφισή του γίνεται πολύ δύσκολα όταν αυτός αυξομειώνεται, όταν η παθοφυσιολογία του δεν είναι επακριβώς γνωστή και ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει με συμπτώματα όπως η καταστολή, η δύσπνοια ή το άγχος. Στην εκτίμηση του πόνου, ιδιαίτερα κατ' οίκον, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παθοφυσιολογικοί, συγκινησιακοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και το επίπεδο μόρφωσης.

Ο ΠΟΝΟΣ ΣΑΝ ΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι γιατροί της Π.Φ.Υ. έρχονται σε άμεση επαφή με τον πόνο. Ορμώμενοι από ανθρωπιστικά κίνητρα που διέπουν το λειτούργημα αυτό, προσπαθούν να το κατευνάσουν. Μελέτησαν, λοιπόν, τον πόνο από την πλευρά του ασθενή πάνω σε διακόσιους (200) ασθενείς, ηλικίας από 18(δεκαοχτώ) χρονών και πάνω. Χώρισαν τους ασθενείς σε ομάδες, ανάλογα με την οξύτητα ή τη χρονιότητα του πόνου, το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση και τέλος το επάγγελμα και τις συνήθειές τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι : ο πόνος βιώνεται διαφορετικά από κάθε ομάδα ασθενών. Γνωρίζουμε ότι στον πόνο δρουν το πρωτογενές και το

αντιδραστικό στοιχείο και ότι το τελευταίο είναι πολυπαραγοντικό, δηλαδή συνδέεται άμεσα με την ψυχολογία, την προσωπικότητα του ασθενή. Με βάση τα παραπάνω, προσπάθησαν να διευκρινίσουν την εντόπιση του πόνου, τη συχνότητα λήψης αναλγητικών, τον τρόπο έκφρασης του πόνου. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι : ο πόνος βιώνεται διαφορετικά από ασθενή σε ασθενή και η γνώση της συμπεριφοράς καθενός απ' αυτούς στον πόνο αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την αντιμετώπισή του από τον οικογενειακό γιατρό.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟ

Νευροσιολογικά δεδομένα : Η Κίνα, για πολιτικούς αλλά και πρακτικούς λόγους, από τη δεκαετία του πενήντα, διεξήγαγε μια σειρά ερευνητικών προγραμμάτων για τους νευροφυσιολογικούς ή άλλους μηχανισμούς της δράσης του βελονισμού. Οι έρευνες προσανατολίστηκαν κυρίως στη νευροφυσιολογία του πόνου διότι η κλινική εμπειρία έδειχνε ότι ο πόνος ήταν το κύριο σημείο δράσης του βελονισμού. Σιγά – σιγά πήραν διαστάσεις στο χρόνο και στο χώρο (Δύση). Το αποτέλεσμα ήταν μερικές εκατοντάδες εργασίες που αφορούν – άμεσα ή έμμεσα – στη δράση του βελονισμού και άλλων μεθόδων περιφερικού ερεθισμού στον οξύ και το χρόνιο πόνο. Η δράση του βελονισμού αποδίδεται πλέον στην ενεργοποίηση του λεγόμενου ενδογενούς συστήματος αναλγησίας και στη συνοδή αύξηση των επιπέδων κάποιων κλασμάτων της ομάδας των ενδογενών οπιούχων.

Κλινικά δεδομένα : Κεφαλαλγία & Βελονισμός :

(Όπου χρησιμοποιούμε τον όρο «κεφαλαλγία», θα εννοούμε την πρωτοπαθή κεφαλαλγία. Η πρωτοπαθής κεφαλαλγία διακρίνεται, ως γνωστό, σε διάφορες μορφές : για παράδειγμα, κεφαλαλγία τάσεως, κοινή και κλασική ημικρανία, αθροιστική. Καθεμιά έχει διαφορετική κλινική εικόνα, παθογένεια και θεραπεία. Τι προσφέρει ο βελονισμός στις κεφαλαλγίες;

Σε μια ανασκόπηση που έκανε ο Πλάτων Μανιάς, κατέληξε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρικών περιοδικών θεωρεί ότι ο βελονισμός ασκεί θεραπευτική δράση – μικρή ή μεγάλη – στις κεφαλαλγίες. Η προσωπική του άποψη είναι ότι η μέθοδος αυτή δε δρα θεραπευτικά σε όλες τις μορφές κεφαλαλγίας, π.χ. στην αθροιστική, τη χρόνια παροξυσμική, την κεφαλαλγία από ψυχογενή διαταραχή πόνου. Όμως, πιστεύει ότι είναι αποτελεσματική στην κεφαλαλγία τάσεως, στη μεικτή κεφαλαλγία στην κοινή και ίσως την κλασική ημικρανία. Είναι γεγονός,

τονίζει, ότι ορισμένοι ασθενείς ανταποκρίνονται στο βελονιστικό ερέθισμα πολύ καλύτερα από άλλους, δηλαδή είναι πιο ευαίσθητοι σ' αυτό.

Προς το παρόν δεν έχει περιγραφεί μια σαφής μέθοδος ή κριτήριο διάκρισης των ασθενών όπου θα είμαστε σε θέση να επιλέγεται εξ' αρχής ο υποπληθυσμός εκείνος των ασθενών ο οποίος θα έχει την καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούνται και κάποιες αρχές που πρέπει να ακολουθούνται προκειμένου να αποφευχθούν σφάλματα που θα οδηγήσουν σε μείωση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου :

α) Σωστή διάγνωση του τύπου της κεφαλαλγίας.

β) Σωστή διάγνωση, εκτίμηση και αξιολόγηση του ψυχολογικού προφίλ του ασθενή, των κινήτρων για θεραπεία, την πιθανή ύπαρξη δευτερογενούς οφέλους.

γ) Τη σωστή διερεύνηση τυχόν συνυπάρχοντων μυοσκελετικών προβλημάτων του κορμού, του αυχένα και των ώμων, την ύπαρξη ρευματισμού των μαλακών μορίων (ινομυαλγίας), την εργονομία της καθημερινής δραστηριότητας.

δ) Σωστή τεχνική βελονισμού. Ο βελονισμός, όπως κάθε θεραπευτική επεμβατική μέθοδος, είναι και τέχνη, που ασκείται ανάλογα με το ταλέντο του θεραπευτή. Σπουδαιότατη σημασία για την επιλογή των σωστών σημείων της τοποθέτησης των βελονών αλλά και της τεχνικής διέγερσής τους έχει η κατανόηση του παθογενετικού μηχανισμού της νόσου. Καλός «βελονιστής» είναι μόνο ο καλός και καταρτισμένος γιατρός. Αυτοί που ασκούν ανεύθυνα το λεγόμενο «παραδοσιακό» βελονισμό συχνά πέφτουν σε μεγάλα σφάλματα, διότι επιστήμη και μεταφυσική δεν συμβιβάζονται.

ε) Επαρκής αριθμός και συχνότητα συνεδρίων.

στ) Σωστή ενημέρωση του ασθενή. Αποφυγή υπεραισιόδοξων διαβεβαιώσεων και ρεαλιστική προσέγγιση και ενημέρωση για τους επιδιωκόμενους θεραπευτικούς στόχους.

ζ) Επαρκής συνοδευτική αγωγή, ανάλογα με την περίπτωση, π.χ. εξατομικευμένο πρόγραμμα γυμναστικής ή κατάλληλη ψυχοθεραπευτική υποστήριξη.

Με την τήρηση των παραπάνω, τα ποσοστά επιτυχίας του βελονισμού αυξάνονται σημαντικά. Έτσι, και ο γιατρός θα μπορεί να κάνει πρόγνωση με σχετική ακρίβεια και ο ασθενής να ελπίζει σε καλύτερες μέρες.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΑΠΟ ΤΟ “BRITISH MEDICAL BULLETIN”

«Υπάρχουν αρκετά αλληλοσυγκρουόμενα στοιχεία πάνω στους μηχανισμούς δράσης και την αποτελεσματικότητα του βελονισμού, αλλά φαίνεται ότι πράγματι έχει μια εγγενή αναλγητική δράση που ίσως οφείλεται στη διέγερση των Αδινών. Καθώς είναι ένα απλό και φθινό θεραπευτικό μέσο με λίγες παρενέργειες, δικαιούται να καταλάβει μια θέση στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, και ιδιαίτερα εκείνων στους οποίους οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει.

»Πρέπει να εφαρμόζεται κατά τακτά διαστήματα, καθώς προσφέρει αναλγησία για ορισμένο χρόνο και σπάνια απαλλάσσει δια παντός τον ασθενή από τον πόνο.

» Δυστυχώς, μέχρι σήμερα, υπάρχουν μόνο λίγες δυνατότητες (συστηματικής) παροχής υπηρεσιών αναλγησίας, με βελονισμό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (της Βρετανίας), παρά το γεγονός ότι είναι μια μη δαπανηρή θεραπεία. Πολλές κλινικές πόνου διαθέτουν τουλάχιστον ένα άτομο με γνώσεις βελονισμού, ώστε να μπορεί να βοηθήσει κάποιους ασθενείς».

Άρα, είναι σαφές ότι : **1)** ο βελονισμός κατακτά έδαφος ως αποδεκτή Ιατρική Θεραπεία σαν αναλγητικό μέσο και **2)** ο βελονισμός πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ακόμη θεραπευτική – αναλγητική τεχνική και όχι ως ένα «Εναλλακτικό σύστημα Θεραπείας» που απαιτεί μεταφυσικές παραδοχές για την εφαρμογή του.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ – ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

- Ακετυλοσαλικυλική λυσίνη
Aspicalin, Draspir, Egicalm, Egicalm Cardio Premig.
- Ακετυλοσαλικυλικό οξύ
Algon, Amadin Extra, Ascriptin, Aspirin, Aspirin Extra, Aspirin – C, Kalmaline – AC, Kalmol Extra, Kalmol – D, Salospir, Salospir C – 500, Splentir, Upsalgin – N.
- Λορνοξικάμη
Xefo
- Μεφαιναμικό οξύ
Acinic, Aidol, Calmin, Demostan, Kpeiton, Padomil, Penta, Ponstan, Vidan.
- Παρακεταμόλη

Algon, Anadin, Anadin Extra, Apotel, Apotel C – 500, Apotel Extra, Buscopan – Plus, Co – Depon, Comtrex – Cold, Depon, Depon Extra, Dolal, Lonalgal, Lonarid – Mono, Lonarid – N, Norgesic, Panadol, Panadol Extra, Paracetamon, Pro – Depon, Relacton – C, Spasmo – Apotel, Splentir, Tunnelzin, Zenol.

- Τολφαιναμικό οξύ

Clotan, Gantit, Polmonin, Purfalox, Tolfamic, Turbaund.

ΝΥΞΕΙΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

«ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ»

«Προστάτεψε με στοργή και με θυσίες το σώμα σου (προλαβαίνοντας όσο είναι δυνατόν, και, στην ανάγκη, επανορθώνοντας τη φθορά του) αλλά γνώριζε ότι η υγεία δεν πάντοτε αγαθό, γίνεται αγαθό και η αρρώστια δεν είναι πάντοτε κακό, γίνεται κακό». Η υγεία γίνεται αγαθό μόνο για κείνον που μπορεί να τη χαρεί και να την αξιοποιήσει και η αρρώστια γίνεται κακό μόνο για κείνον που κρύβεται πίσω της για ν' αποφύγει ευθύνες ή βιάζεται να τη θεωρήσει οριστική καταστροφή και παραιτείται.

Να προσπαθούμε διαρκώς για να διατηρεί το σώμα μας την ακμή και την ισορροπία του, όχι όμως να ανησυχούμε υπερβολικά μήπως χάσουμε την υγεία μας, έτσι που η περιφρούρησή της να γίνεται πηγή άγχους. Αυτή η κατάσταση είναι από μόνη της παθολογική.

Υπάρχει η άποψη ότι, εκτός από την αγωγή υγείας, είναι απαραίτητη και η αγωγή αρρώστιας. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που καλούνται ν' αντιμετωπίσουν κάποια αρρώστια κυριεύονται από πανικό και έτσι προδικάζουν μια κακή ανέλιξη της κατάστασής τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, τα άτομα αυτά υποσυνείδητα θεωρούν μια τέτοια ήττα «συμφέρουσα» και την προεξοφλούν, για να μη χάσουν τα πιθανά κέρδη της.

Από άτομο σε άτομο για την ίδια βαρύτητα νόσου («πόνου» με τη γενική έννοια της λέξης) υπάρχουν βασικές διαφορές, όσον αφορά τόσο την αντιμετώπιση της δυσκολίας, όσο και τα βήματα που ο καθένας θα κάνει στη ζωή του από κει και

πέρα. Δυνατοί χαρακτήρες αντιδρούν με σύνεση και καρτερικότητα, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνουν σημαντικές προόδους στη ζωή τους, αντίθετα, άνθρωποι «δύσκολοι» εύκολα ηττώνται, εύκολα φθίνουν, ακόμα και από πολύ μικρότερο, αντικειμενικά - όσο μπορούμε να μιλήσουμε για αντικειμενικότητα του θέματος – πρόβλημα. Ο χρόνιος πόνος, λόγου χάρη, είναι μια πρόκληση στην αντοχή του ατόμου, στην προσωπικότητα και το χαρακτήρα του, στη ζωή του. Η ιατρική, η φαρμακολογία απλώς βοηθούν, αλλά η συμμετοχή του πάσχοντα είναι αποφασιστικής σημασίας.

Όσον αφορά το σωματικό πόνο, αλλά και γενικότερα τον πόνο, υπήρξαν διάφορες μορφές αντιμετώπισης στην κοινωνική παράμετρο, από το παρελθόν μέχρι σήμερα. Στενά συνδεδεμένη με τον ηρωισμό και την ανδρική υπόσταση, κυρίως, ήταν η μη έκφραση – εκδήλωση, η αποσιώπηση του πόνου. Κάτι τέτοιο φαίνεται και στην αρχαία ελληνική ιστορία ότι ίσχυε και στην αρχαία Σπάρτη, όπου το καθεστώς ήταν πολεμικό και ο σωματικός πόνος σοβαρό εμπόδιο στην επιβίωση της πόλης – κράτους. Η αντοχή στον πόνο διδασκόταν με σκληρά μέσα, μέσα σε κλίμα απάνθρωπης, για τα σημερινά δεδομένα, διαπαιδαγώγησης των αγοριών.

Κατάλοιπα της στάσης αυτής απέναντι στο σωματικό – κυρίως – πόνο βρίσκουμε και σήμερα. Το θέμα είναι ότι ο σύγχρονος άνθρωπος πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει ό,τι αισθάνεται, και για να μη δημιουργούνται στην ψυχή του απωθημένα, τα οποία, συνήθως, σωρευμένα εμφανίζονται αργότερα με παθολογικό τρόπο, ερχόμενα στην επιφάνεια, αλλά και γιατί είναι βασικό ο γιατρός και γενικά ο λειτουργός υγείας, να έχει μια σωστή εικόνα της κατάστασης του ασθενή του. Ο πόνος, η ποιότητα, η ένταση και η διάρκειά του είναι χαρακτηριστικά, είναι αυτό το σύμπτωμα βασικότατο.

Ο πόνος είναι χαρακτηριστικό των περισσότερων οργανισμών. Όμως, είναι παρατηρημένο ότι τη μεγαλύτερη ποικιλία αντιδράσεων συναντούμε στον άνθρωπο, εξαιτίας, βέβαια της ανεπτυγμένης νοημοσύνης του, έτσι, θα λέγαμε ότι ο πόνος κατατάσσεται στα «ανθρώπινα». Δεν θα πρέπει να ζητούμε από τον πάσχοντα να γίνει ήρωας, αλλά να τον βοηθούμε να αντιμετωπίσει τον πόνο του, με κατανόηση. Και, βέβαια, πρώτο μέλημα της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας είναι η ανακούφιση από τον πόνο, σε πάρα πολλές περιπτώσεις – πρέπει να – αποτελεί κριτήριο προτεραιότητας.

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ

Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον να παρακολουθήσει κανείς, όχι μόνο στη θεωρία, αλλά και στην πράξη, τι ριζικές αλλαγές έχει υποστεί η έννοια της νόσου στην εποχή μας και με τι διαφορετική προοπτική βλέπουν σήμερα οι γιατροί (και στα επιστημονικά τους συγγράμματα και στο ιατρείο τους) τον άρρωστο.

Δίνουν την εντύπωση, κάποιες φορές, ότι επιστρέφουν σε παλιές αντιλήψεις που άλλοτε τις περιφρονούσαν ή νόμιζαν ότι ανήκουν στο προεπιστημονικό στάδιο του επαγγέλματός τους και ότι έχουν θέση μόνο στην ιστορία.

Η επιστροφή άρχισε με την εφαρμογή των ιπποκράτειων ιδεών, που με μεγάλη οξυδέρκεια ήξεραν να εφαρμόζουν στην πράξη της θεραπείας οι αρχαίοι Έλληνες γιατροί : ας φαίνεται, εξωτερικά, ότι ορισμένο μόνο σημείο του οργανισμού «πάσχει» ότι μόνο τούτο ή εκείνο το όργανο, μόνο η μια ή η άλλη λειτουργία έχει αλλοιωθεί παθολογικά και νοσεί. Με οποιαδήποτε νόσο ολόκληρο το σώμα αρρωσταίνει και, ως ακέραια ενότητα και αδιάσπαστη, πρέπει να βοηθηθεί και να βρει ξανά την κλονισμένη του ισορροπία, δηλαδή την υγεία του.

Κύριας σημασίας είναι, επίσης, ότι κάθε πάσχον πρόσωπο, πρέπει να αντιμετωπίζεται και σε συνάρτηση με το περιβάλλον του, εφόσον είναι οργανικά δεμένο μαζί του. Επομένως, για να επαναφέρουμε την ισορροπία στον ασθενή, πέρα από τους βασικούς χαρακτηρισμούς και ειδικούς για την ασθένεια τη συγκεκριμένη ιατρονοσηλευτικούς χειρισμούς, σκοπός είναι και η «επανασυγκόλληση» των δεσμών του με το οικογενειακό, κοινωνικό , φυσικό περιβάλλον του, γιατί τότε μόνο η ισορροπία είναι ευσταθής. Για το λόγο αυτό, οι σύγχρονοι λειτουργοί υγείας εργάζονται και συνεργάζονται πολύ συχνά κατά ομάδες : γιατρός, νοσηλευτής, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, φυσικοθεραπευτής, εργοθεραπευτής ...

Η Ψυχολογία (όχι η κλασική, του περασμένου αιώνα, αλλά η σύγχρονη) στάθηκε κοντά στον ιατρονοσηλευτικό έργο και ώθησε τους επιστήμονες υγείας στη βαθύτερη κατανόηση των διαφόρων ασθενειών και τους βοήθησε πιο αποτελεσματικά από άλλοτε, τότε που τα μόνα όπλα των ειδικών ήταν τα φάρμακα, η δίαιτα και οι χειρουργικές επεμβάσεις.

Η μεταβολή αυτή έφερε αναστάτωση στη σύγχρονη Ιατρική και Νοσηλευτική. Εδώ και πολλά χρόνια, παρόμοιες σκέψεις θα αντιμετωπίζονται με φαιδρότητα : «κομπογιαννιτισμός». Σήμερα, όλη η επιστήμη εξαγγέλλει σοβαρά και με πεποίθηση ότι ο καλός γιατρός οφείλει να είναι και καλός ψυχολόγος. Να μπορεί να εισδύει στην ψυχή των ασθενών του και να καταλαβαίνει τις εσωτερικές τους διεργασίες, πίσω από κάποιες απατηλές φαινομενικές τους εκδηλώσεις. Η απλή κατηγοριοποίηση οδηγεί

στην αποτυχία. Ο γιατρός, ο νοσηλευτής, έχουν να θεραπεύσουν ασθενείς και όχι ασθένειες. Όλες οι επεμβάσεις πρέπει να εξατομικεύονται. Κάθε ασθενής φέρει τα δικά του κληρονομικά χαρακτηριστικά, τα δικά του προσωπικά, οικογενειακά, κοινωνικά, φυσικά βιώματα, κουβαλάει την προσωπική του ιστορία. Η διεύρυνση, η θεραπεία, η αξιολόγηση, επομένως, εξατομικεύονται, είναι διαφορετικές για διαφορετικά άτομα.

Η αρρώστια, η οποιαδήποτε αρρώστια, ακόμα και εκείνη που φαίνεται εντελώς άσχετη προς την ευαισθησία και τους άλλους μηχανισμούς του νευρικού συστήματος, εγγράφεται μέσα σ' έναν ψυχικό φόντο και παίρνει, με την εγγραφή της αυτή, ένα νόημα και μια σημασία που δύσκολα θα μπορούσε κανείς να φανταστεί. Εδώ ακριβώς έγκειται η επανάσταση που έγινε στη σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική με την εισβολή της Ψυχολογίας του Βάθους. Σε κάθε παθολογικό φαινόμενο δεν υπάρχει μόνο μια «σωματική» διαταραχή, αλλά και η ψυχική της «απήχηση» ή «πρόκληση». Πρέπει, λοιπόν, να εξεταστούν και τα δύο μαζί. Η αρρώστια, φυσικά, είναι αρρώστια, φθορά ή ανωμαλία ενός ιστού ή μιας λειτουργίας, αλλά υπεισέρχονται κάποιοι καθοριστικής σημασίας παράγοντες : πως τη δέχεται ο άρρωστος, τι ρόλο της δίνει μέσα στη ζωή του, γιατί «καταφεύγει» ή «επιμένει» σ' αυτήν, γιατί άλλοτε, την παραμελεί, πως μερικές φορές προηγείται ενώ μερικές άλλες ακολουθεί ορισμένες καταστάσεις ψυχικές, δυσκολίες, προσδοκίες, σκοπιμότητες, αν συμφιλιώνει την αρρώστια του με εργασία, με κοινωνική, οικογενειακή προσωπική ενεργό δράση, αν την προβάλλει ή την κρύβει.

Ένα μεγάλο μέρος των οργανικών νοσημάτων σήμερα έχουμε πεισθεί ότι οφείλονται σε μια ψυχική δυσαρμονία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ψυχοσωματικοί πόνοι. Ο πόνος είναι πάντοτε δικός μας πόνος, που μας συμβαίνει επειδή είμαστε αυτό που είμαστε, κάτι δικό μας, που κάποτε το χρειαζόμαστε για να βεβαιώσουμε εκείνο που επιθυμούμε να είμαστε.

Ο σύγχρονος γιατρός καλείται να λύσει το πρόβλημα μέσω σφαιρικής προσέγγισης του ατόμου, μέσα από ένα διάφανο πρίσμα ειλικρίνειας, προθυμίας, ανιδιοτέλειας και φυσικά γνώσης. Ο τρόπος που νοσεί και που εκφράζει πόνο κάθε ασθενείς είναι συνάρτηση της προσωπικότητάς του. Ένας αφοσιωμένος στην επιστήμη του γιατρός ή νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την οξυδέρκεια, το ένστικτο, τις γνώσεις και την εμπειρία του, για να διακρίνει τον άρρωστο που πονάει πραγματικά από αυτόν που φωνάζει «Βοήθεια» για να εκφράσει εκνευρισμό, ανάγκη συγκέντρωσης της προσοχής πάνω του – υστερικές εκδηλώσεις ανώριμης

προσωπικότητας. Αναλόγως, θα εκφράσει τις απόψεις του στον ίδιο τον άρρωστο και στους δικούς του συνεργάτες, θα χορηγήσει θεραπευτικά φάρμακα και παυσίπονα, θα δώσει προτεραιότητα στην εξέταση ή και θα συγκαταναείμει στην εισαγωγή του ασθενή στην κλινική.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Είναι γενικά παραδεκτό το γεγονός ότι ο άρρωστος δεν είναι απλά και μόνο ένας οργανισμός που έχασε την ευστάθειά του και κινδυνεύει να πέσει και να διαλυθεί, είναι – προπάντων – ένας άνθρωπος που υποφέρει ψυχικά και κοιτάζει να πιαστεί από οπουδήποτε, ιδίως από το γιατρό, για να σωθεί. Χρειάζεται, λοιπόν, βοήθεια, όχι μόνο σωματική, αλλά και ψυχική. Παλιότερα στα ελληνικά πανεπιστήμια δεν διδάσκονταν ψυχολογία οι φοιτητές της Ιατρικής. Όμως από νωρίς έγινε αντιληπτό από τους ανθρώπους του πνεύματος πόσο απαραίτητη είναι η γνώση των σωστών ψυχολογικών χειρισμών, από την πλευρά του λειτουργού υγείας, γενικότερα, στη σωστή και αποτελεσματική προσφορά στον άνθρωπο που πάσχει, που πονάει, που πεθαίνει.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ο – παλαιότερος – θεσμός του οικογενειακού γιατρού ήταν αποτελεσματικότερος, παρόλο που, από άποψη φαρμακευτικής, ο γιατρός εκείνος δεν ήταν τόσο οργανωμένος και δεν είχε τις σύγχρονες γκάμες σκευασμάτων στη διάθεσή του. Σήμερα, τα ιατρικά μηχανήματα έχουν αντικαταστήσει εκείνη τη βιοσοφική αντιμετώπιση, με αποτέλεσμα περισσότερο έγκυρες διαγνώσεις, αλλά και αρκετή αποξένωση, αναφορικά με τον ανθρώπινο παράγοντα.

Ο Ευάγγελος Παπανούτσος, διδάκτωρ της Φιλοσοφίας, υποστηρίζει, αξιωματικά, κάποιες προτάσεις που αναφέρονται στην ψυχολογία του ασθενή:

* Ο ασθενής, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο, τη μόρφωση και την κοινωνική του θέση, ο οποιοσδήποτε ασθενής, έχει τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα :

1. Φοβάται, κι ας μην το λέει.
2. Είναι καχύποπτος απέναντι στο γιατρό (ή όσους του «κάνουν» το γιατρό).
3. Δυσφορεί, γιατί, εξαιτίας του παθήματός του, βρίσκεται σε εξάρτηση από άλλους, έστω και ανεπιζητεί τη βοήθειά τους.

Και τα τρία απορρέουν από την ανασφάλεια που φέρνει η νόσος. - Πώς αντιδράς' αυτές τις διαθέσεις ο άρρωστος;

Αντισταθμιστικά : Απέναντι στο φόβο, αντιδρά με την προσποίηση της παλικαριάς για να βεβαιώσει τους άλλους και μέσω αυτών τον εαυτό του, ότι δεν είναι καθόλου δειλός. Για να το αποδείξει, μάλιστα, είναι ικανός να κάνει παράτολμες πράξεις : να υποφέρει τον πόνο, χωρίς καμιά σύσπαση του προσώπου ή να μη δεχτεί αναισθητικά φάρμακα σε μια τοπική χειρουργική επέμβαση. Κατά βάθος, η «παλικαριά» αυτή είναι η άμυνα που οι Γάλλοι ονομάζουν : “fuite en avant” («φυγή προς τα εμπρός»).

Στην καχυποψία ο άρρωστος αντιδρά συνήθως με μια υπερβολή εμπιστοσύνης, που την εκφράζει επιδεικτικά : «Δεν αμφιβάλλω καθόλου ότι η διάγνωσή σας είναι εκατό τοις εκατό σωστή», «ότι μου λέτε ολόκληρη τη αλήθεια» κλπ, κλπ. Στο μεταξύ, όμως, ασκεί άγρυπνο έλεγχο σε ότι λέγεται και πράττεται γύρω του, κατασκοπεύει τους πάντες και σοφίζεται αμέτρητους τρόπους για να ανακαλύψει ότι είναι βέβαιος ότι του κρύβουν.

Η αντιστάθμιση της τρίτης στέρησης έχει ακόμα περισσότερο ψυχολογικό ενδιαφέρον. Την εξάρτηση από τους άλλους, που είναι οπωσδήποτε μια μορφή δουλείας, ο άνθρωπος την αποστρέφεται, ακόμα και να του κάνει βολική τη ζωή, ξεκούραστη, ξένοιαστη, ανεύθυνη). Ο άρρωστος υπεχθεώνεται από το πάθημά του να ζητήσει τη βοήθεια των άλλων, να υποταχθεί στη θέλησή τους, να παραδοθεί στους «ορισμούς» του γιατρού, στη δουλειά των νοσηλευτών κλπ. Για ότι χάνει μ' αυτό τον τρόπο, θα «πάρει τη ρεβάνς» τυραννώντας του οικείους, τους νοσηλευτές, τους γιατρούς με τις κραυγές, τις διαμαρτυρίες, τα καπρίτσια του. Και θα φροντίσει να τους δεσμεύσει, προπάντων ηθικά : «Εγώ παραδόθηκα σ' εσάς, εσείς τώρα έχετε την ευθύνη για ότι μου συμβεί»...

ΑΠΟΨΕΙΣ

Ο πόνος είναι ένα συμβάν που δεν αφήνει κανένα αδιάφορο ούτε τον πάσχοντα ούτε το περιβάλλον του, οικογενειακό, περιβάλλον εργασιακό, κοινωνικό περιβάλλον. Επειδή αφορά την υγεία, την ποιότητα ζωής, τη δυνατότητα δημιουργίας και δράσης και επειδή επηρεάζει καταλυτικά τη διάθεση και ολόκληρη την ψυχική σφαίρα του ανθρώπου που πάσχει, συνδέθηκε από τα χρόνια του ανθρώπου των σπηλαίων με την ηθική υπόστασή του, την αξία του, μέσα από θρησκευτικές

ερμηνείες, προλήψεις, δεισιδαιμονίες και η προέλευσή του και η εξήγησή του και το ψυχικό του κόστος. Σε ακραίες μορφές, ο πόνος θεωρήθηκε μέσον εξιλέωσης από την αμαρτία, πάντα είχε στη συνείδηση των λαών την ηθική απόχρωση της (θείας) τιμωρίας.

Είναι τόσο το κόστος του πόνου μερικές φορές, που πάντα όταν τίθεται το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας στην Ιατρική και Νοσηλευτική Σκέψη, και ο πόνος συζητιέται ως ένας από τους βασικούς λόγους για να καταφύγουμε στην ακραία αυτή λύση. Και είναι πάρα πολλοί εκείνοι που θα απαντούσαν καταφατικά : Ένας ανίατος χρόνιος πόνος κουράζει, εξαντλεί ψυχικά και σωματικά τον πάσχοντα, τόσο, που πολλές φορές ο ίδιος τελικά είναι αρνητικός στην οδυνηρή παράταση της ζωής του και παρακαλεί τους ειδικούς να τον βοηθήσουν να πεθάνει, για να πάψει να υποφέρει. Το θέμα μας δεν είναι η ευθανασία και δεν εκφέρω γνώμη σχετικά με το θέμα αυτό. Όλα αυτά, όμως, αποδεικνύουν πολύ καλά τη σοβαρότητα και τη βαρύτητα του θέματος της εργασίας, του πόνου.

Από την εποχή των σπηλαίων, εποχή που η σκέψη αιωρούνταν και πλανιόταν στη μεταφυσική και τη μαγεία για να δαμάσει τις δυνάμεις της φύσης, ο πόνος ήδη είχε αποκτήσει ηθική / θρησκευτική διάσταση στην αντίληψη των πρωτόγονων κοινωνικών και αντίστοιχα η θεραπεία ήταν θρησκευτική, μυστικιστική, τελετουργική.

Επίσης, χρησιμοποιούνταν διάφορα φυτικά ναρκωτικά για να απαλύνουν τον πόνο, που συνήθως, απέδιδαν στην είσδυση του στοιχείου του Κακού στο σώμα του ανθρώπου που βίωνε πόνο. Στόχος της ιεροτελεστίας και των βοτάνων (όπιο λ.χ.) ήταν ο εξορκισμός του κακού πνεύματος.

Τα παραπάνω, αν και γνωστά, ακούγονται σήμερα παράλογα. Όμως, αν αναλογιστούμε τι ίσχυε στα χρόνια μας, θα βρούμε βασικές ομοιότητες, όσον αφορά την ερμηνεία και τη θεραπεία του πόνου : Μέχρι πριν από λίγα χρόνια χρησιμοποιούνταν ευρέως ξόρκια, γητειές, ξεματιάσματα. Η προσευχή και σήμερα κατέχει στην αντίληψη του λαού σημαντική θέση στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Ο άνθρωπος δεν έχει ξεφύγει από την αναζήτηση της μεταφυσικής και των λύσεων που αυτή υπόσχεται, την ίδια στιγμή που ο ορθολογισμός της επιστήμης και της τεχνολογικής ανέλιξης διαψεύδει οτιδήποτε σχετικό και πρεσβεύει άλλες απόψεις.

Δεν θα πρέπει να απορρίψουμε τις συναισθηματικές πτυχές του ανθρώπου. Ο πόνος δεν αφορά ρομπότ και μηχανές, αλλά ευφυή έμβια ύλη με πνευματική και ψυχική διάσταση. Είναι δυνατόν, μέσα από την υποβολή και την ανθυποβολή, μια

θηρσκευτικού τύπου αντιμετώπιση του πόνου να φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σ' αυτή την περίπτωση, η ορθολογική σκέψη δεν έχει να προσφέρει πολλά πράγματα.

Έχουν διατυπωθεί πάμπολλες απόψεις σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου και τη στάση του ανθρώπου απέναντι στον πόνο, έχουν γραφτεί πολλές θεωρίες, βιοθεωρίες, προτάσεις και αξιώματα βιοηθικής. Μια προστατευτική μητρική βοήθεια από την πλευρά της νοσηλεύτριας που είναι ενστικτώδης και πηγαία, μια κρυφή προσφορά θανατηφόρου φαρμάκου από γιατρό με μόνο κίνητρο τα φοβερά αισθήματα οίκτου στον ανίατο και με φρικτούς πόνους ασθενή του είναι δύο εικόνες που μας παραπέμπουν σε τέτοια ανάλογα θέματα.

Κάποιοι σύγχρονοι μελετητές που αποπειρώνται να σκεφτούν φιλοσοφικά, μας διατυπώνουν την άποψη ότι ο πόνος είναι φυσική, φυσιολογική οργανική εκδήλωση και ο ασθενής θα πρέπει να αφήνεται να βιώνει τον πόνο του, ως μέρος της φύσης. Ο Λεό Μπουσκάλια επιμένει ότι ο άνθρωπος δεν κάνει καλά όταν προτιμά το τίποτα από τον πόνο. Διατυπώνει την άποψη ότι ο πόνος χρειάζεται γιατί διδάσκει. Ας μου επιτραπεί να εκφέρω τη γνώμη μου : ένας διαρκής, ανυπόφορος, ανίατος πόνος είναι ικανός από μόνος του να εξοντώσει, να σκοτώσει τον άνθρωπο που υποφέρει. Αυτός που αντέχει ένα μέτριο πόνο χωρίς παυσίπονα, ενστερνιζόμενες μοντέρνες απόψεις ίσως κάνει καλά. Αλλά εκείνος που επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του για να μην υποφέρει (τελικό στάδιο καρκίνου) δε θεραπεύεται από πρόχειρες και επιπόλαιες θεωρίες.

Προσωπικά, πιστεύω ότι ο ανθρώπινος οργανισμός, όπως και οτιδήποτε ανήκει στην έμβια ύλη, στην ανατομία, την οργάνωση και τη λειτουργία του είναι πολύ καλός, αλλά όχι τέλειος. Λοιπόν, ακόμα κι αν θεωρήσουμε ένα δυνατό πόνο ως ειδοποίηση και τρόπο άμυνας της φυσιολογίας μας, δεν παύει ποτέ να είναι ένα ισχυρό νευρωνικό ηλεκτροσόκ, ικανό να ανεβάσει το σφυγμό, την αρτηριακή πίεση τόσο, που ο ασθενής να καταλήξει λόγω καρδιακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο παθολογικός πόνος είναι μια αρρώστια του οργανισμού που «ζητά» τη θεραπεία της.

Ας μην ξεχνάμε πως, μερικές φορές η θεωρία απομακρύνεται τόσο από την πράξη, που χάνει την αξία της. Η φαρμακευτική έχει προσφέρει ανεκτίμητα, ο άνθρωπος έχει τρομακτικά δυναμικά άμυνας, τα οποία αποκαλύπτονται σχεδόν πάντα, κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες.

Ο λειτουργός υγείας, νοσηλεύτης, γιατρός, αντιμετωπίζουν καθημερινά πλήθος πασχόντων, με μέλη που πονάνε, που φλεγμαίνουν, γενικά που πάσχουν. Σήμερα, όπως ξαναανέφερα, όλο και πιο πολύ υποστηρίζεται η αντιμετώπιση του

ασθενή από πολλές πλευρές, η πολυδιάστατη ολιστική θεραπεία. Για να επανέλθει η ισορροπία που χαρακτηρίζει την υγεία και την ευεξία του ανθρώπου, η ολιστική αντιμετώπιση έρχεται να αντικαταστήσει τη μεμονωμένη θεραπεία της αρρώστιας. Τα βήματα είναι αργά και αποφασιστικά, ετοιμάζουν το πεδίο για μια πολυσύνθετη, πολυδιάστατη και άλλο τόσο αποτελεσματική θεώρηση τόσο της αρρώστιας όσο και της υγείας. Προχωρώντας πιο πολύ, τείνει να αλλάξει ολόκληρη η θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού και της ανθρώπινης ζωής και υπόστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αιμίλιος Παραπλαπάνης (νευρολόγος ψυχίατρος) :

«Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ»

Θεόδωρος Ζακυνθινός (αναισθησιολόγος)

«ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ;»

Στέλλα Αργυριάδου, Ι. Αποστολίδης, Μ. Σωτηρόπουλος

(INTERNET): «Ο ΠΟΝΟΣ ΣΑΝ ΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ».

Ε. Ι. Παπανούτσος (θεωρητικός) :

«ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ»

Λ. Φ. Μπουσκάλια (θεωρητικός) :

«ΝΑ ΖΕΙΣ, Ν' ΑΓΑΠΑΣ ΚΑΙ ΝΑ ΜΑΘΑΙΝΕΙΣ»