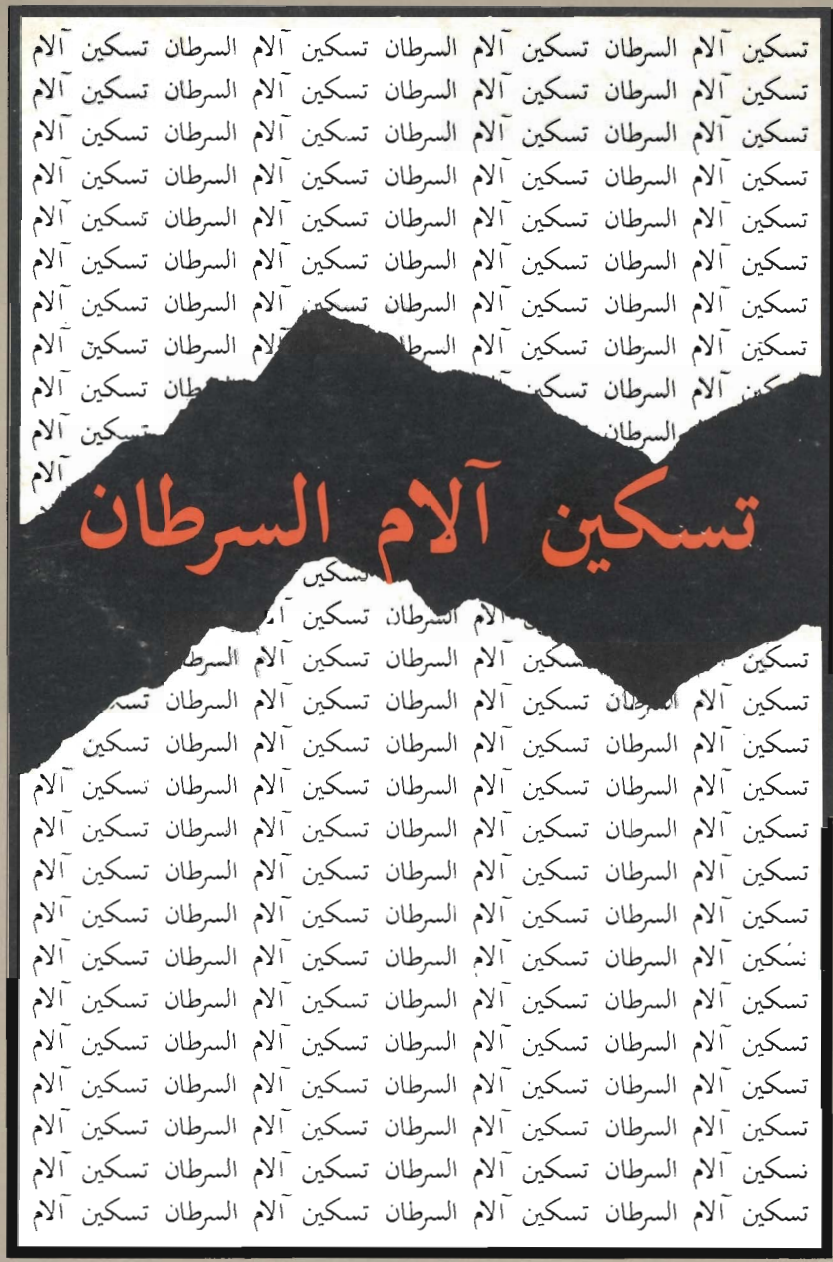


منظمة الصحة العالمية

تسكين آلام السرطان

CANCER PAIN RELIEF

صدرت الطبعة الاصلية عن
المقر الرئيسي لمنظمة الصحة
العالمية ، جنيف ١٩٨٦

وصدرت الطبعة العربية عن المكتب
الاقليمي لشرق البحر
المتوسط ، الاسكندرية ١٩٨٨

ISBN 92-9021-041-9

منظمة الصحة العالمية ١٩٨٨

تتمتع منشورات منظمة الصحة العالمية بحماية حقوق الطبع وفقاً لأحكام البروتوكول ٢ من الاتفاقية العالمية لحقوق الطبع . ومن أجل الحصول على حقوق إعادة طبع أو ترجمة منشورات المكتب الاقليمي لشرق البحر المتوسط جزئياً أو كلياً ، ينبغي التقدم بطلب الى المكتب الاقليمي ، الاسكندرية ، مصر ، وهو يرحب بمثل هذه الطلبات .

إن التسميات المستخدمة ، وطريقة عرض المواد الواردة في هذا المنشور لا تعني ضمنا الإعراب عن أي رأي للأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو اقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطاتها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها .

كما أن ذكر شركات أو منتجات تجارية معينة لا يعني ضمناً أنها معتمدة أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية ، تفضيلاً لها عن سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره . وفيما عدا الخطأ والسهو تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها .

طبع في الاسكندرية

المحتوى

تصدير ٥

مقدمة ٧

نطاق المشكلة : انتشار آلام السرطان ٧
طبيعة آلام السرطان ٨
الوضع الراهن ١٢
أسباب قصور السيطرة على آلام السرطان ١٣

المعالجة الشاملة لآلام السرطان ١٥

تقدير الألم ١٥
الاستراتيجية العلاجية ١٧
الرعاية المستمرة ٢٤

التثقيف والتدريب ٢٦

المهنيون العاملون بالرعاية الصحية ٢٦
الجمهور ٢٨

العوامل التشريعية وإساءة استعمال المواد المخدرة ٢٩

القوانين الدوائية الدولية والوطنية ٢٩
خطر إساءة أستعمال المواد المخدرة ٣١

الجوانب التنظيمية ٣٥

الخدمات الصحية ٣٥
الأســـرة ٣٦
الاتصـــالات ٣٧

موجز المقترحات الرئيسية ٣٨

الاســـتنتاجات ٤٠
المراجـــع ٤١

الملحق ١ : طريقة تسكين آلام السرطان ٤٥

مقدمة ٤٧
تقييم آلام مرضى السرطان ٤٧
استراتيجية المعالجة ٥١
استعمال المسكّنات ٥٢
المسكّنات اللا أفيونية ٥٥
المسكّنات الأفيونية الضعيفة ٥٨
المسكّنات الأفيونية القوية ٥٩
الأدوية المساعدة ٦٩
الخلاصـــة ٧٧

الملحق ٢ : الاجتماعات التي عقدت بمنظمة الصحة العالمية بشأن تسكين آلام السرطان ٧٨

تصديـــر

عقدت منظمة الصحة العالمية سنة ١٩٨٢ اجتماعا استشارياً في ميلانو بإيطاليا ضم مجموعة من الخبراء في معالجة آلام السرطان ، ومن المتخصصين في مجالات التخدير ، وطب الجهاز العصبي ، وجراحة الأعصاب ، والتمريض ، وعلم الأورام ، وعلم الأدوية ، وعلم النفس والجراحة . وأعد هؤلاء مسودة لمجموعة من الإرشادات وعلم الأدوية ، وعلم النفس والجراحة . وأعد هؤلاء الخبراء مسودة لمجموعة من الإرشادات بشأن تسكين آلام السرطان ، جاءت مؤكدة للاتفاق السائد على أنه باستعمال عدد محدود من الأدوية يمكن بالفعل تسكين هذه الآلام لدى معظم المصابين بالسرطان في شتى أنحاء العالم . وبدأت دراسات حول إمكانية تطبيق هذه الإرشادات ومدى فعاليتها ، في عدد من البلدان التي تختلف أنظمة الرعاية الصحية فيها ، وذلك بتوجيه من منظمة الصحة العالمية ومركز تسكين آلام السرطان المتعاون مع المنظمة بالمعهد الوطني للسرطان في ميلانو .

وهذا الكتاب الذي بين يديك ، والذي أعد بناء على مسودة ١٩٨٢ السالفة الذكر ، وضع في صيغته النهائية في أعقاب اجتماع حول المعالجة الشاملة لآلام السرطان ، عقدته منظمة الصحة العالمية في جنيف في كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٤ ، وشارك فيه خبراء في معالجة آلام السرطان ، وفي التشريعات الوطنية والدولية المتعلقة بتنظيم تداول الأدوية الأفيونية ، وفي تقديم الرعاية الصحية ، وفي التثقيف الصحي ، وفي البحوث الدوائية وإنتاج الأدوية ، إلى جانب ممثلين لعدد من المنظمات الدولية غير الحكومية .

مقدمة

تسكين آلام السرطان مسألة هامة في حقل الصحة العمومية ، ولكنها مهملة ، سواء في البلدان المتقدمة أو النامية [1] . وتشكل المعالجة الناجعة للألم ، ولا سيما بالنسبة لمرضى السرطان في مراحله المتقدمة إحدى أولويات أربع في برنامج شامل للسرطان من برامج منظمة الصحة العالمية . أما الأولويات الثلاث الأخرى فهي : الوقاية الأولية ، والاكتشاف المبكر ، ومعالجة أنواع السرطان القابلة للشفاء .

ويلزم التأكيد على إمكان تسكين آلام الملايين العديدة من مرضى السرطان الذين يعانون كل يوم من ألم لا يجد ما يخففه . وتسمح المعارف المتاحة حاليا باتباع نهج في معالجة المشكلة يمكن تنفيذه على نطاق عالمي . وتمثل المداواة بالمسكّنات أحد المقومات الأساسية لهذا النهج [2-4] . وهي إذا أستعملت استعمالاً صحيحاً كانت كفيلة بالسيطرة على الألم لدى أكثر من ٩٠٪ من المرضى [5] .

نطاق المشكلة : انتشار آلام السرطان

السرطان مشكلة عالمية رئيسية ، ففي كل عام يشخص ما يقرب من ستة ملايين من الإصابات الجديدة به . كما يموت بسببه أكثر من أربعة ملايين من الناس سنويا . ويمثل هذا الرقم ١٠٪ من مجموع الوفيات [6] . ونصف الذين يكشف التشخيص عن إصابتهم بالسرطان ، وثلثا من يموتون بسبب السرطان إنّما يعيشون في بلدان نامية . ويمثل الألم مشكلة عامة بالنسبة لمرضى السرطان . فقد كشف تحليل لأثنين وثلاثين دراسة منشورة أن ٧٠٪ من مرضى السرطان في مراحله المتقدمة يمثل الألم عرضا من أعراضهم الرئيسية [7] ، وأن ما يصل إلى ٥٠٪ من البالغين والأطفال الذين يتلقون علاجاً مضاداً للسرطان يعانون من الألم كذلك [8] . والمعطيات المتوفرة لا تسمح باعطاء رقم دقيق لمعدل انتشار آلام السرطان على نطاق العالم نظراً الى أن العدد الاجمالي للمرضى الذين يعالجون من السرطان غير معروف . ووفقاً لتقرير يتسم بالتحفظ ، فإن ثلاثة ملايين ونصف مليون شخص على الأقل يعانون **يومياً** من آلام السرطان ، سواء كانوا يتلقون أم لا يتلقون علاجاً ناجعا .

وتوضح سلسلة من الدراسات المبنية على التقارير الشفوية ومقاييس التقدير أن الألم الذي يشعر به حوالي ٥٠٪ من المرضى يتراوح بين الاعتدال والوخامة (الشدة) ، وأن ٣٠٪ منهم يعانون من آلام شديدة الوخامة أو مبرحة [9] . وقد أثبت عدد من الدراسات أن معدل انتشار الألم يزيد مع تقدم مرحلة المرض [8-10] . وكثيرا ما تكون للألم الذي يعاني منه مرضى السرطان أسباب متعددة [8,10] . ويرد في هذا الكتاب وصف لمتلازمات الألم الشائعة الحدوث بين مرضى السرطان [11] .

ويؤكد العديد من التقارير المنشورة أن آلام السرطان لا تعالج في كثير من الأحيان المعالجة الكافية . ويشير تحليل لأحد عشر تقريراً تشمل ألفي مريض تقريبا في البلدان **المتقدمة** إلى أن ما يتراوح بين ٥٠ و ٨٠٪ من المرضى لا تخفف آلامهم بدرجة كافية [7] ، حيث أن كثيرين من مرضى السرطان الذين هم في مراحل المرض المتقدمة ويعانون من آلام تتراوح بين الاعتدال والوخامة لا تعطى لهم مسكنات كافية للسيطرة على متاعبهم ، بل يقتصر علاجهم على استعمال دواء أفيوني[1] ضعيف (مثل الكودين) أو على اعطائهم دواء أقوى « عند الطلب » في فترات منتظمة مناسبة « في مواعيد محددة » . ولا تتاح تقديرات تتعلق بتسكين آلام السرطان في البلدان النامية ، وإن كان يبدو من المؤكد أن معظم مرضى السرطان في هذه البلدان لا يحصلون على العلاج الكافي بسبب القيود القانونية وغيرها من القيود المفروضة على الحصول على العقاقير ، ولا سيما الأفيونيات القوية .

طبيعة آلام السرطان

إن تعريف الألم الذي اقترحته الجمعية الدولية لدراسة الألم [12] قد يكون نقطة انطلاق مفيدة في هذا الخصوص ، حيث يقول :

« الألم تجربة حسية وانفعالية بغيضة تقترن بتلف نسيجي واقع أو محتمل ، أو توصف بدلالة هذا التلف . والألم دائما ذو طبيعة شخصية . فكل فرد يتعلم

(١) تستعمل كلمة « أفيونيات » في هذا التقرير للإشارة الى الكودين والمورفين وأشباههما من الأدوية المسكنة للألم .

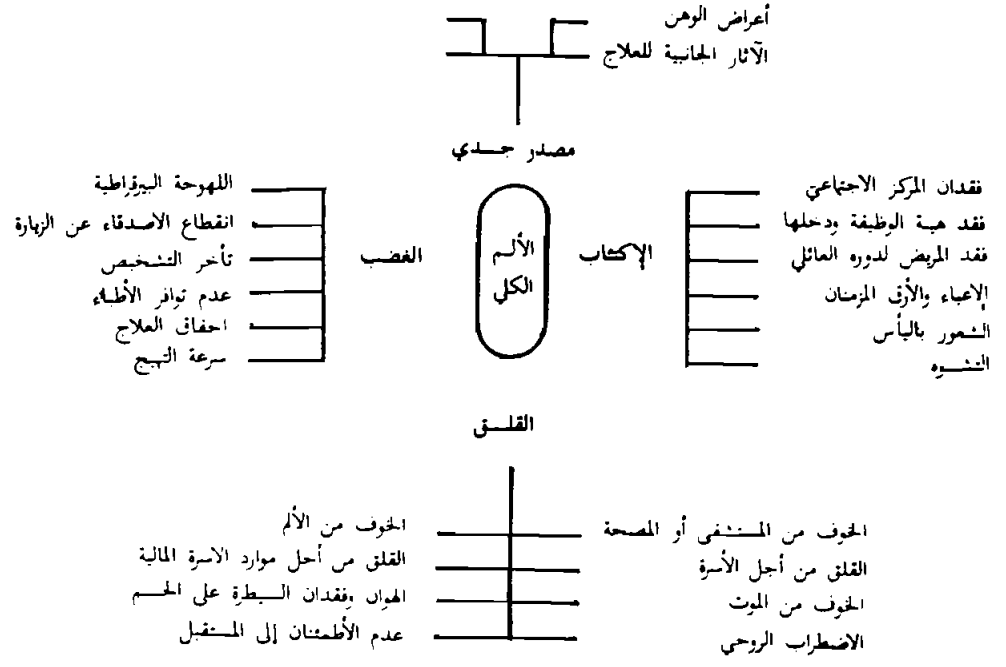
استخدام هذه الكلمة خلال تجاربه مع الإصابات في أوائل حياته . وهو بلا شك ، احساس في جزء أو أجزاء من الجسم ولكنه أيضا احساس بغيض دائما ، ومن ثم فهو تجربة إنفعالية » .

وقد قامت عدة دراسات بتقييم العوامل النفسية التي تؤثر في شدة الألم الذي يعانيه مرضى السرطان [13-15] . .وهذه العوامل ذات تأثير كبير في تحديد مدى شدة الألم لدى المرضى الذين يعانون السرطان في مراحله المتقدمة .ويؤدي الشعور باليأس والخوف من الموت الوشيك إلى زيادة المعاناة الكليه للمريض وتفاقم آلامه . والتعرف على كل من العنصرين البدني وغير البدني أمر أساسي لتقديم المعالجة الملائمة . ومن المفيد استخدام مفهوم « الألم الكلي » باعتباره يشمل جميع الجوانب ذات العلاقة (الشكل ١) . وهو يشمل المنبه البدني الأليم علاوة على العوامل النفسية والروحية والاجتماعية والمالية [3,2] .

إن إدراك الطبيعة المعقدة للألم السرطاني يسهل فهم سبب استمرار بعض المرضى في الشعور بألم لا يطاق على الرغم من إعطائهم مقادير متزايدة من الأدوية المسكنة . إذ أن الألم الشديد الذي لا تفتر حدّته غالبا ما يقترن بسلسلة من الأعراض الأخرى ، تشمل اضطراب النوم وضعف الشهية ، وتدني القدرة على التركيز ، وسرعة التهيج ، إلى جانب أعراض ذات طبيعة اكتئابية .

ومن المهم التشديد على وجود فرق واضح بين المرضى الذين يعانون من الألم المزمن غير الخبيث ، والمرضى الذين يعانون من الألم الناجم عن استفحال السرطان . وقد دلت الخبرات السريرية الواسعة على أنه في حين تستجيب معظم آلام السرطان بسهولة للمعالجات السريرية المألوفة ، فان هذا لا ينطبق على كثير من متلازمات الألم المزمن غير الخبيث ، إذ عادة ما يستجيب الألم السرطاني الوخيم للأدوية الأفيونية القوية ، في حين يختلف الأمر بالنسبة لمعظم أشكال الألم المزمن غير الخبيث . وحيثما يكون متوسط العمر المتوقع للمريض قصيرا ، يمكن استخدام الوسائل الباضعة invasive ، مثل حل العصب تحت العنكبوتي subarachnoid neurolysis

الشكل ١ ــ المؤثرات التي تغير من إدراك المريض للألم



وجراحة استئصال الأعصاب neuro-ablative surgery بمزيد من الحرية . وتأثيرات هذه الاجراءات ، التي يغلب أن تكون غير قابلة للتكرار ، قد لا تدوم سوى بضعة أشهر . وفي حين يمكن أن يكون هذا كافيا بالنسبة للمريض في المراحل الأخيرة للمرض ، فان من الواضح أنها لا تناسب المرضى الذين تكون متوسطات أعمارهم المتوقعة عادية .

لقد تم تصنيف ألم السرطان بحسب مجموعة من متلازمات الألم الشائعة وآلياتها الفيزيولوجية المرضية [11.3] . وأول أسباب الألم الذي يعانيه مرضى السرطان وأكثرها شيوعا هو الألم الناجم عن انتشار الورم من نقائل العظام metastatic bone disease وانضغاط الأعصاب ، وإصابة الأحشاء الجوفاء وما خلف الصفاق . أما المجموعة الثانية من متلازمات الألم ، وهي أقل حدوثا ، فهي المتلازمات التي تقترن بمعالجة السرطان ، وهي تحدث أثناء أو بسبب الجراحة أو المعالجة الكيميائية أو المعالجة بالاشعاع .

والآليات الفيزيولوجية لمتلازمات الألم السرطاني الشائعة ، ليست مفهومة جيدا . ويُعتقد حاليا أن سلسلة من التغيرات الدوائية العصبية والفيزيولوجية العصبية تحدث في العظم والأنسجة الرخوة والأوعية اللمفية والأوعية الدموية والأعصاب والأحشاء ، فتنشط وتحسس مستقبلات الألم والإحساس الميكانيكي عن طريق منبهات ميكانيكية (كما في حالة ضغط الورم) أو كيميائية (كما في حالة نقائل العظام) . وينتج عن هذا ألم متقطع أو مستمر . وتمثل الأدوية المسكنة الوسيلة المبدئية للسيطرة على هذه الضروب من الألم . وفي بعض المرضى ، يؤدي الارتشاح الورمي في أحد الأعصاب أو الضغط المطول ، إلى تلف المحاوير axons والأغشية العصبية تلفاً جزئياً ، فتصبح حساسة جدا للمنبهات الميكانيكية أو الكيميائية . وينتج عن هذا نمط من الألم سطحي حارق (ألم ناجم عن خلل الإحساس dysaesthetic pain) أو اعاقة النبضات العصبية الواردة deafferentation . كذلك قد يكون الألم في بعض المرضى واخزا طعنيا . والألم الناجم عن اعاقة النبضات الواردة لا يستجيب للأفيونيات ولكن يتم تسكينه بدرجات متفاوتة باستعمال الأدوية المساعدة adjuvant drugs [16] .

الوضع الراهن

لقد طرأ على معالجة آلام السرطان على مدى السنوات العشرين الأخيرة تحسن أسهمت فيه عوامل عديدة منها تحسن التشخيص والمعالجة [4] ، وزيادة فهم المداواة بالمسكّنات ، وإصرار المرضى وأسرهم على زيادة السيطرة على الألم ، واتفاق الآراء على الأهمية الخاصة للسيطرة الكافية على الأعراض ، وتحسين نوعية الحياة بالنسبة لمرضى السرطان في مراحله المتقدمة .

ولقد أدى نمو حركة المبرات hospice movement في المملكة المتحدة إلى تعزيز الاستعمال المستمر للمسكنات الأفيونية عن طريق الفم لمعالجة ألم السرطان [3,2] . وأدى انتشار المبرات الحديثة (وحدات الرعاية الملطفة) والمراكز المتخصصة في تسكين الألم في إيطاليا وكندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية ، إلى توفير خبرات سريرية (اكلينيكية) داعمة [17,3,2] برهنت على إمكان المعالجة الناجعة لآلام السرطان . ووجود مركز خاص لهذا الغرض يساعد أيضا على رفع مستوى معالجة ألم السرطان في المستشفيات المجاورة [19,18] . وتوحي الزيادة السريعة في عدد المهنيين العاملين في حقل الرعاية الصحية الذين أكتسبوا كفاءة في معالجة ألم السرطان ، بأنه يمكن بسهولة نقل هذه الكفاءة وتطبيقها على مجموعة متنوعة من الحالات [19] . مثال ذلك ، تجربة مركز سايتاما للسرطان ، باليابان [5] ، حيث عولج ١٥٦ مريضا وفقا لمسودة الإرشادات التي أعدت في الاجتماع الاستشاري الذي عقدته منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٨٢ . فقد أبلغ ٨٧٪ من أولئك المرضى عن تسكين آلام السرطان تماما ، في حين تحقق التسكين « بدرجة مقبولة » بالنسبة لتسعة بالمئة وحدث تسكين جزئي لدى بقية المرضى وهم ٤٪ من المجموع [5] . ويتضح من هذه النتائج إمكان زيادة الآمال التي يعلقها المهنيون والجمهور على نجاح معالجة ألم السرطان ، زيادة كبيرة .

ويشكل العلاج بالأدوية الأفيونية وغير الأفيونية والأدوية المساعدة adjuvant drugs قوام هذه المعالجة . ويتطلب الاستعمال الناجع لهذه الأدوية فهما لخصائصها الدوائية ، على أن يكون انتقاء أي دواء معين (أو دوية معينة) قائما على

احتياجات كل مريض على حدة [2-4] . وتفيد مع أقلية ضئيلة من المرضى طرائق حل العصب [20-23] وجراحة الأعصاب [24,25] ، وإن كان من الممكن من ناحية أخرى ، أن تكون فائدتها الرئيسية هي تحقيق أقصى درجات التسكين الممكنة في وقت أقصر . وفي إطار احدى الدراسات ، عولجت مجموعة من المرضى باستعمال الأدوية فقط ، وعولجت مجموعة أخرى بالأدوية وحل العصب معاً [26] . وبعد ستة أسابيع من المعالجة تحت إشراف المختصين وجد أن درجة تسكين الألم في المجموعتين متقاربة .

على أن معايير استخدام حل العصب وجراحة الأعصاب لا تزال بحاجة إلى ايضاح ، فضلا عن أن هذه الإجراءات نادرا ما تكون خيارا متاحا للغالبية العظمى من المرضى . ويصدق هذا أيضا على الأساليب السلوكية للسيطرة على الألم [27-29] . ومن هنا جاء تشديد هذا الكتاب على المعالجة بالأدوية نظرا إلى أهميتها البالغة وإمكان استعمالها على نطاق واسع . وهناك عديد من الدراسات التي تقدم ارشادات عملية بشأن استعمال المسكنات عن طريق الفم أو بالحقن في معالجة ألم السرطان [30,2-32] . وقد حددت الهيئات الطبية واللجان الوطنية أساليب العلاج بالأدوية في معالجة الألم في المراحل المتقدمة من المرض [33-38] . وجميعها يؤكد أهمية تحقيق السيطرة الكافية على الألم وتقديم الرعاية الداعمة حتى يتسنى للمرضى أن يعيشوا حياة أفضل ، ويقضوا نحبهم في النهاية بلا ألم . كذلك أكدت هذه التقارير الحاجة إلى تثقيف الأطباء وغيرهم من المهنيين العاملين بالرعاية الصحية ، وذلك فيما يتعلق باستعمال المسكنات الأفيونية في رعاية مرضى السرطان [33-38] .

أسباب قصور السيطرة على آلام السرطان

هناك أسباب عديدة وراء عدم بذل جهود كافية للسيطرة على الألم الذي يعانيه مرضى السرطان . فقد جرى العمل على استعمال الأفيونيات القوية لمعالجة الألم الوخيم الحاد ، ولكن استعمالها مددا طويلة لا يلقى التشجيع خشية أن يؤدي ذلك إلى اكتساب القدرة على تحملها والاعتماد عليها جسمانيا ونفسيا . **والتحمل**

tolerance حالة يحتاج فيها المريض إلى جرعات متزايدة من الدواء للحفاظ على تأثيره المبدئي . ويتميز **الاعتماد الجسماني** بوقوع أعراض وعلامات الامتناع الحادة في حالة إيقاف تعاطي الدواء الأفيوني فجأة ، أو في حالة إعطاء المريض ضادة أفيونية opioid antagonist . **أما الاعتماد النفسي** فيختلف عن كل من الاعتماد (الادمان) الجسماني والتحمل ، ويمثل نمطا سلوكيا مصاحبا لإساءة استعمال الدواء . ويتميز باشتهاء الدواء واهتمام طاغ بالحصول عليه واستعماله . وقد أدى تصور الأطباء والممرضات والمرضى خطأ أن الاعتماد الجسماني والاعتماد النفسي مرادفان يمكن استعمال أحدهما مكان الآخر إلى التفريط في استعمال المسكنات الأفيونية ، فضلا عن أن نقص المعرفة المهنية بخصائصها الدوائية السريرية (الاكلينيكية) قد حد بدوره من استعمال هذه الأدوية الفعالة [40,39] .

وفيما يلي موجز للأسباب الرئيسية لقصور معالجة ألم السرطان :

* عدم إدراك كثير من المهنيين العاملين فى حقل الرعاية الصحية لوجود طرق قائمة بالفعل لمعالجة آلام السرطان على نحو مقبول .
* عدم اهتمام معظم الحكومات بهذا الموضوع .
* عدم توافر الأدوية اللازمة لتسكين آلام السرطان في كثير من المناطق .
* التخوف من حدوث « الإدمان » بين مرضى السرطان والجمهور في حالة توفر الأفيونيات القوية للأغراض الطبية .
* نقص التثقيف المنهجي لطلبة الطب والأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين بالرعاية الصحية ، فيما يتعلق بمعالجة آلام السرطان .

المعالجة الشاملة لآلام السرطان

يمكن بحث أسلوب شامل لمعالجة ألم السرطان تحت ثلاثة عناوين رئيسية هي : تقدير الألم ، والاستراتيجية العلاجية ، والرعاية المستمرة .

تقدير الألم

إن تقدير الألم خطوة تمهيدية حيوية نحو السيطرة بدرجة مقبولة على آلام السرطان . وتقدير الألم ليس مقصورا على فهم العنصر الجسماني فحسب ، بل كذلك فهم المقوّمات النفسية والروحية والشخصية والاجتماعية والمالية التي يتألف منها جميعا « الألم الكلي » للمريض . وتقع مسؤولية هذا التقدير على عاتق الطبيب أساسا . ونورد فيما يلي وصفا للخطوات الرئيسية لعملية التقدير السريري (الاكلينيكي) لآلام السرطان ، وهي خطوات يشكل تجاهلها سببا رئيسيا من أسباب خطأ التشخيص وسوء المعالجة .

١ــ تصديق شكوى المريض من الألم .

٢ــ تقدير وخامة (شدة) ألم المريض.

يستلزم تقدير مدى وخامة ألم المريض معرفة القيود التي يفرضها الألم على نشاط المريض ، وعدد ساعات نومه غير المضطرب ، ودرجة التسكين التي حققتها له المداواه السابقة أو إجراءات تسكين الألم السالفة . كما أن تمييز درجة الألم الذي يشعر به المريض باعتباره طفيفا أو معتدلا أو وخيما يعد الأساس الذي يقوم عليه العلاج المناسب بالأدوية . وقد تكون مقاييس الألم النظامية مفيدة ولكنها ليست أساسية . فيمكن مثلا تحديد درجة وخامة الألم بأن يُطلب إلى المريض أن يقارن بين الألم الحالي وتجربة موجودة ماضية ، مثل وجع الأسنان أو آلام المخاض ، أو الآلام التي تعقب الجراحة ، أو التقلص العضلي .

٣ــ تقدير الحالة النفسية للمريض .

تساعد المعلومات المتعلقة بالعلل السابقة ، والمستوى الحالي للقلق والاكتئاب ،

والأفكار الانتحارية ، ودرجة العجز الوظيفي ، على اكتشاف المرضى الذين قد يكونون في حاجة إلى المساعدة النفسية . وقد يصيب الاكتئاب ما يصل إلى ٢٥٪ من مرضى السرطان . كما أن هناك متلازمات نفسانية أخرى شائعة بين المرضى الذين يعانون من ألم السرطان ، يشكل اكتشافها جزءا من التقييم الكلي للمريض .

٤ــ استقصاء سوابق الشكوى من الألم استقصاء تفصيلياً .

٥ــ إجراء فحص بدني دقيق للمريض .

عند تقدير آلام مريض السرطان في مراحل المرض المتقدمة جداً قد يكون كل ما هو مطلوب لتحديد سبب الألم وتيسير تقدير العلاج المناسب ، هو استقصاء التاريخ المرضي بعناية وإجراء فحص سريري (اكلينيكي) دقيق للمريض .

٦ــ طلب إجراء أي استقصاءات تشخيصية لازمة والقيام شخصيا بمراجعتها.

ينبغي قصر الاستقصاءات على الحالات المشكوك في سبب معاناتها للألم ، أو الحالات التي يتوقف فيها تقرير علاج آخر مضاد للسرطان على تحديد موضع المرض تحديدا دقيقا . وتؤدي الدراسات التشخيصية دوراً أقل أهمية إذا كان العلاج المضاد للسرطان ليس من خيارات معالجة السرطان في مراحله المتقدمة جدا . والعلاج بالأدوية المسكنه حتى أثناء استقصاء مصدر الألم ، غالبا ما يزيد بشكل ملحوظ قدرة المريض على المشاركة في الإجراءات التشخيصية اللازمة . وليس ثمة ما يؤيد وقف استعمال المسكنات أثناء تحديد سبب الألم ، إذ أن السيطرة على الألم لا تحول دون تشخيص السبب .

٧ــ بحث الطرق البديلة للسيطرة على الألم أثناء التقيم المبدئي للحالة .

على الرغم من أن العلاج بالأدوية هو قوام معالجة ألم السرطان ، فان الطرق البديلة لهذا العلاج ذات فائدة كبيرة بالنسبة لبعض أشكال الألم السرطاني . وعلى سبيل المثال ، فان المرضى الذين يعانون من آلام النقائل العظمية يخف عنهم الألم إلى حد بعيد ، بل ينفرج انفراجا كاملا بالمعالجة الملطفة الموضعية بالأشعة .

٨ــ تقدير مستوى السيطرة على الألم بعد بدء المعالجة .

تلزم إعادة تقدير سبب الألم واستراتيجية المعالجة بالنسبة للمرضى الذين تكون استجابتهم للعلاج أقل من المتوقع ، أو أولئك الذين تتفاقم آلامهم .

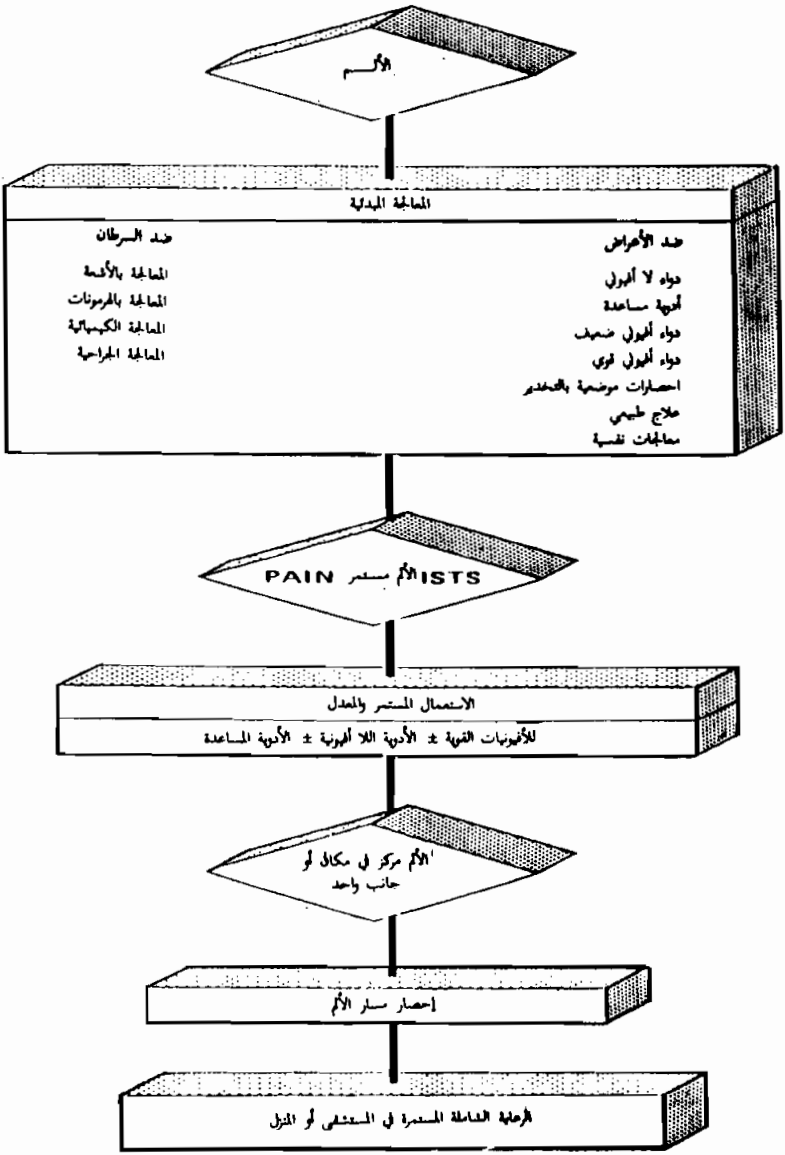
الاستراتيجية العلاجية

يشمل الملحق ١ المعنون «طريقة تسكين آلام السرطان» على وصف كامل للاستراتيجية العلاجية المقترحة . وتعتمد هذه الطريقة على التطبيق المتزامن والمتتابع لسلسلة من إجراءات المعالجة (الشكل ٢) التي يجب تكييفها بحسب احتياجات كل مريض على حدة . وهذه الطريقة تشكل في جوانب كثيرة منها مجرد إطار عام ، أما التفاصيل فمن المحتمل أن تتباين من بلد إلى بلد ومن مريض إلى مريض . وهي تشير بصفة خاصة إلى الأطفال ، وإن كانت المبادىء التي تنطوي عليها مطبقة بشكل عام في مراكز سرطان الأطفال في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية . ويوصى بإدماج هذه الطريقة في برنامج أشمل لرعاية مرضى السرطان . ومع أن التفريج الكامل للألم ليس ممكنا دائما فانه يمكن استخدام هذه الطريقة لمساعدة المرضى إلى حد بعيد . ويمكن تخفيف الألم ، الذي كان لا يطاق من قبل ، بحيث يصبح المريض قادرا على تحمل أي قدر باق من الألم . ومن المفيد أن يكون تتابع الأهداف المبتغاة عمليا على النحو التالي :

* زيادة ساعات النوم الخالي من الألم ؛
* تسكين الألم وقت راحة المريض ؛
* تسكين الألم عند الوقوف أو أثناء النشاط .

وكما هو مبين في الشكل ٢ ، يتضمن الأسلوب الأول تقديم المتوافر والملائم من العلاجات المضادة للسرطان ، على أن تستخدم تدابير متزامنة لمعالجة الأعراض ، تشمل المعالجة بالأدوية والعلاج الطبيعي والمعالجة النفسية . ويجب بحث ما قد يوجد من وسائل الاحصار الموضعي المؤقت بالتخدير مثل حقن النقاط المطلقة للألم trigger-point injections وتخدير المناطق الأليمة . وفي حالة عدم السيطرة على

الشكل ٢ ــ الطريقة التتابعية لمعالجة آلام السرطان

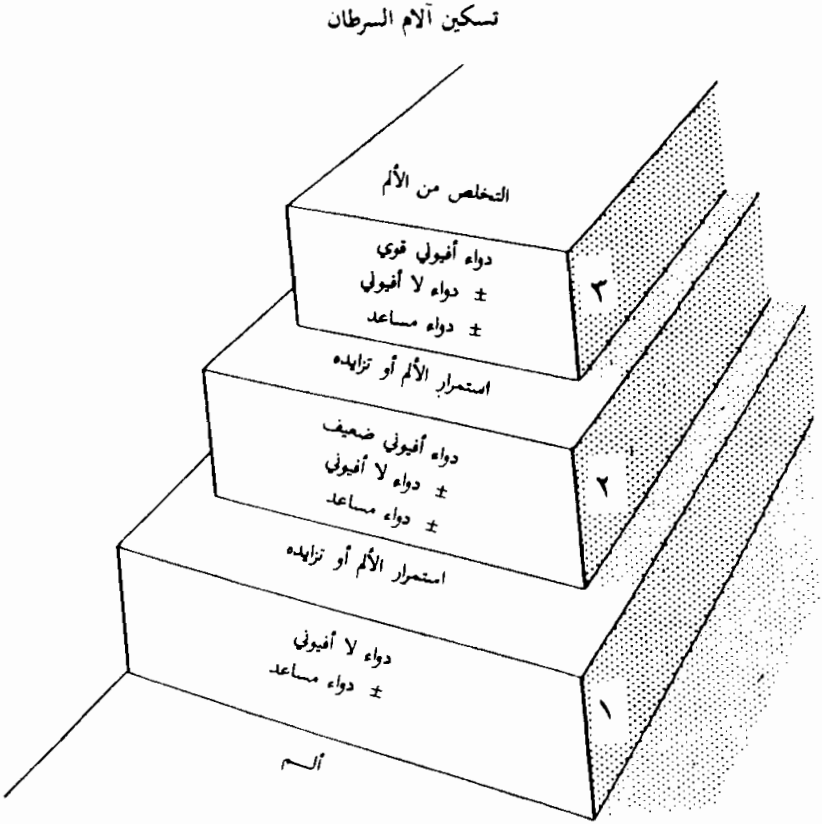


الألم بدرجة كافية ، ينبغي استعمال مسكن أفيوني قوي ، بالإضافة إلى مسكن لا أفيوني وأدوية مساعدة ، إذا اقتضى الأمر . وعندما يكون الألم مركزا في قطاع جلدي dermatome ، أي في أحد الجانبين ، فقد تفيد طرائق حل العصب وجراحة الأعصاب ، إلا أن هذه الطرق لا تتوافر على نطاق واسع .

المعالجة بالأدوية

إن استعمال الأدوية المسكّنة هو قوام معالجة آلام السرطان . وتتحقق فعاليتها ، بالاستعمال الصحيح ، في نسبة مئوية مرتفعة من المرضى . ويقترح « سلم للمسكّنات » من ثلاث درجات (أنظر الرسم البياني الوارد بالصفحة التالية) . ويقوم هذا السلم على افتراض ضرورة تعلم الأطباء والمهنيين العاملين بالرعاية الصحية كيفية استعمال أدوية قليلة استعمالا جيدا . والمسكّنات المعيارية الثلاثة التي يتألف منها هذا السلم هي الأسبرين والكودين والمورفين التي يمكن الاستعاضة عنها بغيرها من البدائل عند الضرورة (أنظر الملحق ١ ، الجدول ٣) . وسبب اقتراح هذه البدائل هو : (أ) أن بعض المرضى لا يتحملون الأدوية المعيارية جيدا ، (ب) وأنها لا تتوافر في جميع البلدان في شكل مستحضر يؤخذ عن طريق الفم .

ويكفي المرضى الذين يعانون من ألم خفيف استعمال الأدوية اللا أفيونية ، كالأسبرين والباراستامول أو أي الأدوية غير السيترويدية المضادة للالتهاب . أما المرضى الذين يعانون من ألم متوسط الشدة فينبغي أن يوصف لهم الكودين أو دواء أفيوني ضعيف بديل ، إذا كانت الأدوية اللا أفيونية لا تفرج آلامهم بدرجة كافية . ويبدو أن الأدوية اللا أفيونية ، ولا سيما الأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهاب ذات تأثير محيطي ، إذ انها تقوم بتثبيط البروستاغلاندينات ، في حين أن الأدوية الأفيونية ذات تأثير مركزي ، حيث انها تلتصق بمستقبلات الأفيونيات النوعية . وبسبب هذا الاختلاف ، يغلب استخدام تواليف من هذين النمطين من الدواء تحدث تأثيرات مسكنة إضافية [44, 45] . أما بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ألم شديد فان المورفين ، وهو من الأفيونيات القوية يعتبر أفضل الأدوية . فعمره



النصفى قصير نسبيا ، وحرائكه الدوائية pharmacokinetics خطية linear . كما أن من السهل معايرة جرعاته بحسب درجة الألم [46-48] .

أما الأدوية المساعدة فغالبا ما تلزم لمعالجة المرضى الذين يعانون من ألم ناجم عن إصابة الأعصاب . وثمة بينات على أن الأدوية المساعدة ذات آثار مسكنة إضافية [49] ، كما تدلّ الدراسات المرقبة controlled على الكفاءة التسكينية للأميتريبتيلين مثلا [16] . ويشيع استخدام الستيرويدات القشرية لمعالجة مرضى السرطان ، سواء باعتبارها من عوامل المعالجة الكيميائية أو باعتبارها مسكنات . وقد سجلت عدة دراسات تسكين الألم بواسطة الستيرويدات القشرية في حالة المرضى الذين يعانون من انضغاط النخاع الشوكي فوق الجافية epidural أو ارتشاح

الورم في أحد الأعصاب ، وكذا في حالة الإصابة بمرض عظمي نقيلي metastatic bone disease ويورد الجدول ٤ بالملحق ١ قائمة ببعض الأدوية المساعدة المفيدة .

وفيما يلي سلسلة من المبادىء الهامة تم وضعها على أساس الخبرة السريرية (الاكلينيكية) الواسعة والدراسات المرقبة للمسكنات :

١ــ **ينبغي تقدير جرعة المسكّن على أساس فردي** . فجرعة المسكّن الفعالة تتفاوت تفاوتا كبيرا من مريض إلى اخر . والجرعة الصحيحة هي تلك التي تحقق تسكينا كافيا لمدة معقولة من الزمن ، يفضل أن تكون أربع ساعات على الأقل . والجرعات « الموصى بها » أو الجرعات « القصوى » التي تصفها الكتب الدراسية القياسية مفيدة باعتبارها جرعات مبدئية فقط ، إذ أن الجرعات المطلوبة تكون في الغالب أكبر . وعلى عكس الحال بالنسبة لجرعات الأدوية اللا أفيونية ، والأدوية الأفيونية الضعيفة وأخلاط الشواد agonists والضواد antagonists الأفيونية ، فإن جرعات المورفين والأفيونيات القوية الأخرى يمكن زيادتها بغير حدود . ويتضح من المعلومات المنشورة أنه نادرا ما يحتاج المريض إلى أكثر من ٢٠٠ مغ من المورفين عن طريق الفم كل أربعة ساعات في حين لا يحتاج معظم المرضى إلى أكثر من ٣٠ مغ [3,2] .

٢ــ **يفضل استعمال الأدوية التي تعطى بطريق الفم** . فالمداواة الفموية للمريض طريقة لا تقيد نشاطه ، فى حين أن اعطاء الدواء بطريق الحقن يضطر المريض إلى ملازمة المستشفى أو البيت ، ويستلزم الاعتماد على أفراد آخرين لاجراء الحقن . ويتضح من المعطيات الواردة من بعض المبرات hospices أن عددا قليلا نسبيا من المرضى يحتاجون إلى الحقن للسيطرة على آلامهم حتى آخر يومين أو ثلاثة فى حياتهم [3,2] . غير أنه يتعين إعطاء الدواء حقنا لبعض المرضى الذين يعانون من قيء وآلام يستعصي تسكينها . ومن المهم ملاحظة أنه متى تمت السيطرة على القيء أمكن بصفة عامة العودة إلى إعطاء الدواء عن طريق الفم .

٣ــ **يجب علاج الألم بكل قوة** . فغالبا ما يشتد الألم بالمريض في الليل حتى يحرمه من الحصول على كفايته من النوم . وهذا يسبب له مزيدا من الوهن . واستعمال جرعة من المورفين عند النوم أكبر من جرعة النهار يريح المريض من الألم مدة أطول ويضمن له نوما أفضل .

٤ــ **يجب علاج الآثار الجانبية بصورة منتظمة** . فيجب رصد الآثار الجانبية الشائعة للأفيونيات القوية ، وهي الإمساك والغثيان والقيء ، ومعالجتها بمضادات القيء والمليّنات . ويحتاج كل المرضى تقريبا ممن يتعاطون المورفين بانتظام إلى أخذ ملين ، كما يحتاج حوالي ثلثي هؤلاء المرضى إلى مضاد للقيء [52] . ومن ناحية أخرى فإن الخمود التنفسي respiratory depression ذو الأهمية السريرية (الاكلينيكية) نادرا ما يحدث مع اعطاء الأفيونيات القوية مدة طويلة [53] .

٥ــ **الأدوية المساعدة** adjuvant drugs . فيوصى بوصف مضاد للاكتئاب للمرضى الذين يظلون مكتئبين على الرغم من تحسن السيطرة على الألم ، ولمن يعانون من الألم الناجم عن إعاقة النبضات العصبية deafferentation pain الواردة (أنظر الصفحة ١١) . ويمكن إعطاء مزيل للقلق للمرضى الذين يعانون من القلق الشديد . هذا وللستيرويدات القشرية [50-51] ومضادات الاختلاج والأدوية المضادة للذهان دور تؤديه في حالات منتقاة (أنظر الملحق ١) .

٦ــ **ينبغي رصد تقدم صحة المريض بعناية** . فان مرضى السرطان الذين توصف لهم مسكنات أفيونية أو لا أفيونية يحتاجون إلى إشراف دقيق عليهم لتحقيق أقصى قدر من الراحة لهم مع أقل قدر ممكن من الآثار الجانبية . وأحيانا تلزم إعادة النظر في المعالجة مبدئيا خلال ساعات ، وهي في العادة تتم في خلال يوم أو يومين ، وتجرى دائما بعد الأسبوع الأول . وتتفاوت المتابعة اللاحقة تبعا للاحتياجات الخاصة للمريض . فقد ينشأ ألم جديد يستلزم إعادة تقييم

الحالة ، لا مجرد زيادة المداواة الحالية للألم ، وإن كان ذلك يمكن أن يكون خطوة مبدئية هامة .

وخلاصة القول أن مداواة مرضى السرطان الذين يعانون من الألم بالمسكنات عادة ما يحقق تسكين الألم بدرجة كافية . وتوجد معطيات كافية توحي بإمكان تطبيق هذا النهج بسهولة حيث لا يوجد الاختصاصيون ، واستخدامه بصفة عامة في معالجة مرضى السرطان الذين يعانون من آلام يعوزها التسكين .

تدخلات أخرى

لا تستجيب كل الآلام للمسكنات بنفس الدرجة ، فقد تكون إحصارات حل العصب neurolytic blocks والجراحة العصبية ضرورية كإجراء تكميلي في بضع حالات . وعلى الرغم من أن هذه الطرائق تحقق استراحة كبيرة من الألم ، فإن تأثيرها لا يدوم إلى ما لا نهاية.والداعي الرئيسي لاستعمال هذه الطرائق هو الألم المتصل بالنشاط والمقترن بانضغاط الأعصاب . وهذا النمط من الألم المعارض لا يستجيب جيدا للأفيونيات . ولا ينبغي إجراء إحصارات حل العصب أو الجراحة العصبية إلا بواسطة أخصائيين ذوي خبرة في مستشفى أو عيادة [4] .

وأنجح إحصار بحل العصب هو إحصار ضفيرة العصب المستقبل للجذع البطني coeliac axis autonomic nerve plexus ، وتتراوح نسبة فعاليتها بحسب التقارير بين ٦٠ و ٨٠ بالمئة في المرضى الذين يعانون من آلام سرطان البنكرياس والآلام الورمية الأخرى بأعلى البطن [23] . غير أن احصارات حل العصب التي يستخدم فيها الفينول أو الكحول ، هي احصارات غير انتقائية نسبيا . لذا فإن إحصارات الأعصاب الجسدية somatic nerve blocks قد تحدث خللا حسيا وحركيا أو تسبب خللا وظيفيا في التبول والتغوط . وأنجح إجراء جراحي عصبي لمعالجة ألم السرطان هو بضع الحبل النخاعي cordotomy من خلال الجلد أو بجراحة مفتوحة [24 , 54] . وعلى الرغم من أنه يمكن للأطباء من غير جراحي الأعصاب القيام بهذا الاجراء فانه يتطلب تدريبا خاصا وممارسة منتظمة للحفاظ على مستوى الكفاءة .

الرعاية المستمرة

ليست السيطرة على الألم إلا جزءا من نهج شامل لمعالجة مرضى السرطان الذين تعد الرعاية المستمرة لهم ضرورية لضمان أفضل نوعية ممكنة لحياتهم . وقد لخصت المنظمة الوطنية للمبرات بالولايات المتحدة الأمريكية فلسفة الرعاية المستمرة تلخيصا وافيا بقولها : إن الرعاية المستمرة تأخذ في اعتبارها أن الموت عملية طبيعية ... وهي لا تعجل الموت ولا تؤجله . والرعاية المستمرة تقوم على رجاء وعقيدة بأنه يمكن من خلال الرعاية الملائمة ، مع إيجاد مجتمع يهتم بالاحتياجات ويشعر بها ، أن تيسر للمرضى ولأسرهم بلوغ درجة مريحة من الاستعداد العقلي والروحي للموت [55] .

ويستعمل اصطلاح « الرعاية المستمرة » في هذا الكتاب بمعنى أوسع من معناه المعتاد ، حيث يشمل رعاية مريض السرطان ابتداء من التقرير الطبي والتشخيص المبدئي ، مرورا بتقييم الحالة والمعالجة ، وانتهاء بالمراحل النهائية للمرض ، سواء في البيت أو المستشفى . ومن العناصر الأساسية لمثل هذا البرنامج وجود مهني صحي معني أو توافر فريق عمل مهتم إذا أمكن .

والنهج الشامل الموصوف في هذه الصفحات للسيطرة على الألم يحمّل الأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين ممن يتولون رعاية مرضى السرطان ، أعباء بدنية كبيرة وضغوطا عاطفية هائلة . والعمل في إطار فريق يؤدي إلى تبادل الدعم والتشجيع ، كما أن العمل الجماعي ضروري لتحقيق الرعاية المثلى . ويختلف تكوين الفريق تبعا لاختلاف المرضى والبلدان . وهو يركز على المريض ويشمل أفراد أسرته وغيرهم من الأصدقاء والجيران والمتطوعين والأطباء والممرضات والمداوين والاخصائيين الاجتماعيين وعلماء النفس ورجال الدين وغيرهم . ويعنى الفريق عناية جماعية بالصالح العام للمريض وأسرته من النواحي البدنية والنفسية والروحية والاجتماعية والمالية . وفي هذه الحالة قد تتداخل الأدوار الفريدة ، بل قد تندمج بعضها في بعض .

وفيما يلي الأهداف الرئيسية للرعاية المستمرة :

* تفريج الألم وغيره من الأعراض التي تضايق المريض ؛
* الرعاية النفسية للمريض ؛
* إنشاء نظام داعم يساعد المرضى على الحياة بنشاط قدر الإمكان في مواجهة الموت الوشيك ؛
* الرعاية النفسية لأسرة المريض أثناء مرضه وعند وفاته .

لقد وضعت هذه الأهداف بواسطة حركة المبرات الحديثة [2 , 3] وهي مطبقة على نطاق واسع في برامج الرعاية المستمرة . إن برنامج الرعاية المستمرة ضروري للمريض الذي يعاني من الألم ، فبفضله يمكن معايرة جرعة الأفيونيات معايرة مقبولة ، والسيطرة على الآثار الجانبية والأعراض الأخرى . كما إن الرعاية المستمرة تحول دون عزلة المريض على الصعيد الاجتماعي .

التثقيف والتدريب

المهنيون العاملون بالرعاية الصحية

تحديث تقارير عديدة عن الافتقار إلى تثقيف المهنيين العاملين بالرعاية الصحية في مجال معالجة آلام السرطان [4 , 36 , 39 , 42] . والتثقيف من الأولويات التي تضمن التنفيذ الفعال لأي برنامج لتسكين آلام السرطان . ويمكن نقل التثقيف في معالجة آلام السرطان إلى نظم الرعاية الطبية وإدماجه فيها على نحو ما يشهد به نجاح حركة الميرات في عديد من البلدان [2 , 3] وما تشهد به تقارير أخرى [5] .

وإن « طريقة تسكين آلام السرطان » الواردة بالملحق ١ توفر أساسا للسيطرة الفعالة على آلام السرطان ، ويجب إتاحتها لأغراض التثقيف والتعليم في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء . ومن المشجع أن نلاحظ أن العديد من الجمعيات الطبية الرائدة ، والحكومات قد أصدرت تقارير عن آلام السرطان في الأعوام الأخيرة [33-38] تحث بقوة على تنفيذ برامج لمعالجة آلام السرطان تقوم على الخبرة الحالية في مجال المعالجة الدوائية .

وينبغي أن تشكل المعلومات المتعلقة بطبيعة وتقدير آلام السرطان ، وبالاستراتيجيات العلاجية ، أساس أي برنامج تثقيفي في هذا المجال ، على أن تكون أهداف مثل هذا البرنامج هي :

* إيجاد منهج دراسي أساسي مشترك يشتمل على الجوانب الأساسية لتسكين آلام السرطان ، وعلى مواد إضافية تستهدف بشكل أخص احتياجات كل مجموعة مهنية ؛
* تقديم برامج تدريبية للعاملين بالرعاية الصحية بالاشتراك مع مجالس التأهيل العلمي المهني ، والكليات الجامعية ، والمدارس العليا ، ومدارس التدريب القائمة ؛
* إدراج معالجة آلام السرطان في المناهج الدراسية لمعاهد التمريض وكليات الطب

وحتى يتحقق أقصى دعم ممكن لهذه المقترحات ينبغي أن تكون معالجة آلام السرطان :

* مدرجة بوصفها مادة إجبارية في الدورات الدراسية التي تؤهل للحصول على شهادات علمية ؛
* ومقبولة كمادة للاختبار بواسطة لجان الامتحانات ؛
* ومعترفا بها من قبل الجامعات بوصفها مادة للدراسة ولإعداد الرسالات العلمية والتخصص فيها للحصول على الدبلومات والدرجات العلمية العليا ؛
* ومعترفا بها بوصفها مادة تقدم لها المنح والبعثات الدراسية والمعونات من قبل المؤسسات الأكاديمية وهيئات تمويل البحوث .

ومما يزيد من احتمالات التقدم اتخاذ الخطوات التالية أيضاً :

* تعديل أو تكييف القوانين الوطنية المعمول بها فى البلدان التي يخضع فيها التعليم الطبي للتوجيه القانوني ، وتيسير وضع برامج تثقيفية ملائمة للعاملين في حقل الرعاية الصحية ؛
* تشجيع ومساعدة الجمعيات والمؤسسات المهتمة بالتثقيف المهني (مثل الرابطة الدولية لدراسة الألم) ، والاتحاد العالمي لرعاية مرضى السرطان ، والجمعيات الطبية الوطنية والدولية ، واتحادات الأخصائيين وكليات الدراسات الطبية العليا ، وجمعيات ومؤسسات السرطان ، إلى جانب رعاية المؤتمرات والحلقات الدراسية والاجتماعية ذات الصلة على الأصعدة المحلية والوطنية والاقليمية والدولية ؛
* إعداد قائمة شاملة بالمواد التعليمية المناسبة عن آلام السرطان والسيطرة على أعراضه ، وتيسير الحصول على هذه المواد من خلال أجهزة التثقيف الصحي القائمة ؛
* تشجيع الصناعات على دعم تثقيف المهنيين العاملين بالرعاية الصحية والجمهور عامة بشأن الأساليب المتوافرة لمعالجة آلام السرطان .

الجمهـــور

يتعين طمأنة الجمهور إلى ما يلي :

- أن السرطان ليس مؤلما في جميع الحالات .
- وأن هناك علاجا لتسكين آلام السرطان .
- وأن المعالجة بالأدوية هي قوام معالجة آلام السرطان .
- وأنه لا يتحتم على المريض معاناة آلام السرطان غير المحتملة مدة طويلة .
- وأن مسكّنات الألم يمكن تعاطيها مددا طويلة دون أن تفقد القدرة على تسكين الألم بدرجة كافية .
- وأن الاعتماد النفسي على العقاقير لا يمثل مشكلة عند تعاطي الأفيونيات القوية لتسكين آلام السرطان .

العوامل التشريعية وإساءة استعمال المواد المخدرة

تم تصميم نظم توزيع الأدوية الأفيونية ووصفاتها الطبية في وقت سابق على معرفة قيمة الاستعمال الفموي للأدوية في معالجة آلام السرطان . وقد استخدمت هذه النظم للحيلولة دون سوء الاستعمال الاجتماعي للأفيونيات القوية ، دون أن يقصد حظر استعمال الأفيونيات لتسكين آلام السرطان .

القوانين الدوائية الدولية والوطنية

تغطي الاتفاقية الوحيدة للعقاقير المخدرة التي أبرمت عام ١٩٦١ ثمانية أدوية من بين ٢٢ دواء يشيع استعمالها لتسكين الألم السرطاني . كما تغطي اتفاقية المواد ذات التأثير النفساني ، التي أبرمت عام ١٩٧١،واحدا آخر منها [56] . والغرض الرئيسي من هاتين الاتفاقيتين هو وقف الاتجار بالأدوية الخاضعة للرقابة أو استعمالها في غير الأغراض الطبية والعلمية . ولا تهدف الاتفاقيتان إلى إعاقة استعمال الأدوية اللازمة لتسكين آلام السرطان . ولذا فإن من المهم ألا تعوق القوانين الوطنية استعمال مرضى السرطان لهذه الأدوية . ولقد تجاوزت بعض البلدان الحد الأدنى من التدابير الرقابية التي نصت الاتفاقيتان عليها ، كما وضعت بعض البلدان الأخرى ضوابط صارمة ، ولا سيما فيما يتعلق بوصف الأدوية وتوزيعها .

وفي استقصاء أجري حول مدى توافر الأدوية المسكنة لآلام السرطان في الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية ، طُلبت معلومات عن القيود والعوائق التي تواجه المرضى في سبيل الحصول على الأدوية . ودلت المعلومات التي تم الحصول عليها من ٣٨ بلدا على وجود تنوع كبير في الاجراءات القانونية المتعلقة بمدى ما هو مسموح به لموظفي الرعاية الصحية في مختلف البلدان ، وبانماط منافذ التوزيع المأذون بها قانونا لتداول الادوية . كما كشف الاستقصاء عن وجود اختلافات كبيرة في الأساليب الوطنية المتعلقة بمتطلبات وصف هذه العقاقير . وكان من بين القيود المفروضة على توافر الأدوية تحديد حصص لواردات كل من الكودين والمورفين .

وفي محاولة لفهم العوامل التي تؤثر في توافر الأدوية ، اتضح أن مسؤولية التعامل في الأفيونيات في بعض البلدان ليست موحدة بالقدر الكافي على الصعيد الوطني . ويبدو أنه لا يوجد تنسيق بين هيئات التنظيم الدوائي ودوائر التفتيش على العقاقير ، ووزارات الصحة ، ومختلف الأجهزة الحكومية المسؤولة عن شراء الأدوية وتسعيرها ، وأرباح المؤسسات الصناعية ، والجمارك ، وإنفاذ القوانين . ولوحظ أن المناقشات وتبادل وجهات النظر بين هذه الهيئات الحكومية وبين أعضاء المهن الطبية وصناعة الأدوية لم تكن كافية .

وفي كثير من البلدان ، لا تتوافر الأفيونيات القوية للاستعمال بالفم ، إذ غالبا ما تكون الشواد agonists والضواد antagonists المختلطة (مثل البنتازوسين والبيرينورفين) وهي الأفيونيات الوحيدة المتوافرة على نطاق واسع ، حيث أن هذا الصنف من الأدوية تحكمه عادة ضوابط أقل صرامة من تلك التي تحكم الشواد الأفيونية (مثل المورفين وأشباهه من العقاقير) . بيد أن الشواد الأفيونية القوية تعتبر أفضل الأدوية للسيطرة على الألم الشديد . وإلى جانب الفروق الموجودة في التشريعات الدوائية وتوزيع الأدوية ، كانت هناك فوارق بين البلدان من حيث التدابير الأمنية المستخدمة فيها بشأن الأدوية منذ وقت صنعها أو استيرادها حتى وقت تعاطي المريض الدواء . وتجدر بالذكر النتائج التالية المرتكزة على المعطيات المتوافرة وعلى التقييم الأولي لبعض المصاعب .

١ــ إن تكاثر القوانين الوطنية أو التدبير الادارية المنظمة لوصف وتوزيع الأدوية الأفيونية اللازمة لتسكين آلام السرطان يعوق حصول المرضى على هذه الأدوية .

٢ــ إن التدابير الأمنية المعقدة تؤدى إلى قيام نظم معقدة لحفظ السجلات ، وعليه فإن الأدوية التي يمكن وصفها في المرة الواحدة في كل البدان تقريبا تكون كمياتها محدودة للغاية .

٣ــ أن هناك افتقارا إلى المرونة في النظم القائمة لتوزيع الأدوية ، مما يمنع فئات متنوعة من المهنيين العاملين بالرعاية الصحية من وصف أو توزيع أدوية تسكين آلام السرطان .

٤ــ أن حصص الاستيراد والتوزيع المفروضة داخليا تعوق توافر الأدوية للمرضى .

وينصح بإجراء دراسات أخرى على الصعيدين الوطني والدولي ، فمثل هذه الدراسات سوف تفيد فيما يلي ؛

* توضيح العلاقة بين القوانين الدوائية الوطنية القائمة وبين توافر أدوية تسكين الألم لمرضى السرطان في كل بلد ،
* وضع قائمة مراجعة check-list للملامح الأساسية لنظام مثالي لتنظيم تداول الأدوية الأفيونية [57] ؛
* تحديد الطرق التي من شأنها تمكين مرضى السرطان من الحصول على المسكنات في المناطق التي تعاني من نقص فى الصيدليات والأطباء ؛
* استقصاء الافتراض القائل بأن الضوابط الدوائية المفرطة تعرقل البحث الخلاق في مجال استنباط مسكنات قوية .

خطر اساءة استعمال المواد المخدرة

يتعين عند الدعوة إلى طريقة لتسكين آلام السرطان (الملحق ١) بحث الآثار الضارة الممكنة ، إذ لا ينبغي أن يتعارض البرنامج الموضوع لتسكين آلام السرطان مع البرامج الموضوعة لمكافحة إساءة استعمال المواد المخدرة والاتجار غير المشروع بالعقاقر ، والعكس بالعكس . بيد أن القلق إزاء الاستعمال غير المشروع للعقاقير وآثاره الاجتماعية قد حد من توافر الأدوية الافيونية للمرضى الذين يعانون من آلام السرطان . ولذا فمن الضروري دراسة ما حدث في البلدان التي تم فيها توفير المستحضرات الفموية للمسكنات الأفيونية القوية لهؤلاء المرضى .

وتعد السويد مثالا جيدا في هذا الخصوص . إذ أن الاستعمال الفموي للأفيونيات القوية لم يحظ بقبول واسع النطاق في السويد إلا أخيرا ، نظرا إلى أن إعطاء الأدوية عن طريق الفم كان يعتبر من قبل أقل نجاعة من إعطائها عن طريق الحقن . غير أن الاستعمال المنتظم للمورفين عن طريق الفم يعتبر الآن قوام معالجة آلام السرطان المزمنة في الحالات التي لا يجدي فيها استعمال المسكنات غير الأفيونية والمسكنات الأفيونية الضعيفة . ويتجلى هذا في زيادة استعمال مستحضرات المورفين والميتادون الفموية في السويد ، حيث تضاعف معدل استعمال مستحضرات المورفين والميتادون أكثر من ١٧ ضعفا بين عامي ١٩٧٥ و ١٩٨٢ [58] . وقد اتاحت زيادة توافر الأفيونيات القوية رعاية عدد أكبر من مرضى السرطان في المنازل . ومن المهم بنفس الدرجة ، أن ذلك لم يقترن بزيادة في معدل الاستعمال غير القانوني للعقاقير أو تسرب العقاقير إلى المدمنين .

كما تنبغي ملاحظة أن طريقة تسكين آلام السرطان الموصوفة في الملحق ١ مصممة من أجل مرضى السرطان في مراحله المتقدمة ، الذين تكون احتمالات شفائهم محدودة ، وأن عوامل الخطر المتعلقة بإساءة استعمال المواد المخدرة بالمقارنة بفوائدها ضئيلة إلى أقصى حد في هذه الحالة . وهناك أيضا بينات قوية على أن العقاقير التي يتم توريدها بطريقة شرعية تسهم اسهاما ضئيلا للغاية في نشاط السوق غير المشروعة . ويبدو أن انشاء برنامج لتوفير الأدوية الأفيونية للمرضى الذين يعانون من آلام السرطان هو أمر ممكن ومحدود المخاطر في آن واحد .

والواقع أن ثمة معلومات منشورة قليلة جدا تعنى بتقدير درجة الاعتماد الجسماني أو اساءة استعمال العقاقير لدى المرضى الذين يتعاطون مسكنات أفيونية لعلاج أي نوع من أنواع الألم المزمن . وقد تم رصد معدل إدمان الأفيونيات في حوالي ٤٠٠٠٠ مريض يعالجون داخليا بالمستشفيات في دراسة استباقية (مستقبلية) [59] فتبين وجود أربع حالات إدمان موثقة بدرجة معقولة لم يسبق لأصحابها إساءة استعمال العقاقير ، وذلك من بين حوالي ١٢٠٠٠ مريض تلقوا مستحضرا أفيونيا قويا واحدا على الأقل . وتوحي هذه المعطيات المستقاة من استقصاء لمجموعة عامة من المرضى

الداخليين بأن الاستعمال الطبي للأفيونيات القوية نادرا ما يقترن بحدوث الإدمان .

وكشفت سلسلة من الدراسات التي تتناول اساءة استعمال المسكنات بين المرضى المصابين بعلل مزمنة ، عن أن اساءة استعمال المسكنات اللا أفيونية أو التواليف الضعيفة من الأفيونيات واللا أفيونيات كان أكثر شيوعا من اساءة استعمال المسكنات الأفيونية القوية [60-62] . ويذكر العديد من الدراسات الحديثة التي تصف المعالجة المستمرة بالأفيونيات للمرضى الذين يعانون من ألم غير خبيث المنشأ ، أن استمرار استعمال الأفيونيات لا يقترن بإساءة استعمال المواد المخدرة بالاعتماد النفسي عليها [64,63] . وهذه الدراسات تؤيد الرأي القائل بأن استعمال الأدوية ليس وحده العامل الرئيسي في حدوث الاعتماد النفسي ، بل أن ثمة عوامل أخرى ، طبية واجتماعية ونفسية واقتصادية ، تقوم بدور هام في هذا الصدد . وهذه الاستنتاجات تؤيدها أيضا دراسات أجريت على عسكريين أمريكيين أدمنوا الأفيونيات القوية في فيتنام [65] . وكان سوء استعمال العقاقير في هذه المجموعة يعتمد إلى حد كبير على سلسلة من العوامل من بينها الشخصية الأساسية والبيئة الاجتماعية والقضايا الاقتصادية .

وهنالك بينات على أن المرضى الذين يتعاطون مسكنات أفيونية بصفة مستمرة يكتسبون قدرا من التحمل للتأثير المسكن لهذه الأدوية [66] . كما يحدث الاعتماد البدني على نحو ما يشهد به ظهور أعراض الامتناع في أعقاب إعطاء المريض الفالوكسون وما تؤكده التقارير الخاصة بأعراض الامتناع الحادة في المرضى الذين أقفو العلاج بالعقاقير فجأة بعد اجرائهم لعمليات تسكين الألم بحل العصب أو بجراحة الأعصاب [67] . بيد أن دراسات أنماط استعمال العقاقير بين مرضى السرطان كشفت عن أن تقدم مراحل المرض النقيلي metastatic disease الذي يسبب تزايد شدة الألم ، يعد عاملا رئيسيا فيما يتعلق بالحاجة إلى زيادة الجرعة المسكنه [68,67] . وقد وجد أن ثمة ارتباطا بين خفض مدخول الدواء وبين المعالجة النوعية الموجهة إلى سبب الألم . وفي دراسة أخرى لوحظ عدم وجود إفراط في جرعات الدواء أو اساءة استعمال المواد المخدرة أو الاعتماد النفسي [43] . كما تجدر الإشارة أيضا

إلى اختلاف معدلات حدوث التحمل بالنسبة لكل تأثير من التأثيرات الأفيونية ، حيث أن تحمل الخمود التنفسي respiratory depression يتم اكتسابه بسرعة على عكس تحمل التأثيرات الإمساكية الذي يحدث ببطء ، هذا إن هو حدث على الاطلاق .

ونادرا ما يشكل التحمل tolerance مشكلة عملية عند استعمال الأفيونيات القوية عن طريق الفم على النحو الموصى به فى « طريقة تسكين آلام السرطان » (الملحق ١) . وغالبا ما تكون العلامة الأولى للتحمل هي أن يشكو المريض من أن تأثير المسكن أصبح أقصر أمدا مما كان . وتؤدي هذه الشكوى إلى اتهام المريض بمراقبة الساعة طوال الوقت ، وقد يخطىء المشرفون عليه في تفسير ذلك فيعتبرونه علامة مبكرة من علامات الاعتماد النفسي . وقد أوضحت دراسة مراقبة controlled study حدوث تحول في منحنى الاستجابة للجرعات إلى اليمين في المرضى الذين يتعاطون المورفين بصفة مستمرة وذلك عند متابعتهم على فترات طول كل منها أسبوعان [69] .

الجوانب التنظيمية

تختلف البلدان اختلافا هائلا فيما بينها من حيث الإمكانيات الطبية ، الأمر الذي يستلزم تعديل التوصيات الواردة هنا في ضوء الظروف المحلية . ويقتضي التنفيذ الناجح لأي برنامج لتسكين آلام السرطان الاستعانة بأعداد كافية من العاملين الصحيين كما يتطلب إمدادات كافية من الأدوية والمعدات . ويتوقف نجاح مثل هذا البرنامج إلى حد كبير على استعداد الحكومة لتسهيل توفير هذه المتطلبات .

الخدمات الصحية

المستشفيات الكبرى المزودة بوحدات لمعالجة السرطان

ينبغي أن يكون بكل وحدة من وحدات معالجة السرطان فريق لمعالجة الألم قد يكون دوره استشاريا أو علاجيا أو تثقيفيا ، ويضم ممثلين لبعض التخصصات التالية : التبنيج (التخدير) ، والطب الباطني ، وجراحة الأعصاب ، وعلم الأورام ، وجراحة العظام ، والطب النفساني ، والتمريض ، والخدمة الاجتماعية . ويقدم أعضاء الفريق المشورة أو الرعاية للمرضى أثناء اقامتهم بالمستشفى وكذلك بعد عودتهم إلى بيوتهم إذااقتضى الأمر . ويجب أن يكون المستشفى المزود بوحدة لمعالجة السرطان قادرا على توفير جميع الأشكال الرئيسية لمعالجة آلام السرطان ، ألا وهي المعالجة بالأدوية ، والمداواة بالاشعة ، والاحصارات العصبية . كما يمكن في هذا المستوى توفير طرائق عالية التخصص ، مثل بضع الحبل النخاعي cordotomy من خلال الجلد . وإذا كان أقرب مستشفى رئيسي يبعد كثيرا عن بيت المريض ، فينبغي أن يكون مستشفى المنطقة قادرا على توفير المعالجة الكافية لآلام السرطان .

المراكز الصحية

تجمع بين المراكز الصحية على اختلاف أسمائها من بلد الى آخر سمة مشتركة هي عملها بوصفها قاعدة للرعاية الطبية في المجتمع. وعلى ذلك فان المراكز الصحية ينبغي أن تكون قاعدة معالجة مرضى السرطان من الألم وهم في بيوتهم ؛ ويشمل هذا ، من

الناحية العملية ، الغالبية العظمى من مرضى السرطان . وينبغي الا تقل الرعاية في المستشفى ، سواء تلك المقدمة للمرضى الخارجيين أو الداخليين ، عن الحد الأدنى اللازم لايجاد واستمرار نظام علاجي مناسب لتسكين الآلام .

إن أساس الرعاية في محيط المجتمع هو الاشراف المهني المستمر . فمعالجة الألم ليست مسؤولية الطبيب وحده ولكنها مسؤولية جميع المهنيين العاملين بالرعاية الصحية . وهؤلاء يلزم تدريبهم على تقييم حالة المرضى ، وتقديم المشورة إلى أسرهم بشأن الجوانب المختلفة لرعايتهم ، وعلى فهم المبادىء التي ينطوي عليها استعمال الأدوية في معالجة الألم ، وتمكينهم من تقديم الدعم النفسي للمرضى ولأسرهم على السواء . وقد تلزم الاستعانة بالمساعدين المتطوعين ، بما فيهم الجيران ، لتقديم الرعاية الكافية للمرضى ذوي الأسر القليلة العدد أو الذين لا أقارب لهم . ولا يقل عن ذلك أهمية احالة المرضى إلى الهيئات التي تقوم في بعض البلدان بتقديم المساعدة المالية لمرضى السرطان في مراحله المتقدمة .

المبـــرات

سوف تظل المبرات hospices تؤدي دورا بالغ الأهمية في الارتفاع بمستوى توقعات الناس ، وفي وضع معايير أفضل لرعاية المرضى في المراحل المتقدمة جدا من المرض [2 , 3] . كما تتيح المبرات فرصا لتثقيف وتدريب العاملين الصحيين المشتغلين في مجالات أخرى . ولقد أصبح بعض هذه المبرات مراكز للبحوث السريرية (الاكلينيكية) في مجال السيطرة على الآلام والأعراض . وعلى الرغم من اتفاق الآراء على أن التوسع في إنشاء المبرات ليس هو أفضل الوسائل لتحقيق التقدم ، فإنه ينبغي الاستفادة من امكاناتها استفادة كاملة ، حيث وجدت .

الأســـرة

لما كان عبء رعاية مريض السرطان المتقدم ، الذي يعالج في بيته ، يقع على عاتق الأسرة أساسا ، فانه ينبغي تدريب أفراد الأسرة على اختيار وإعداد الوجبات

المناسبة له ، واعطائه المسكنات عن طريق الفم والحقن ، وتطبيق التعليمات الخاصة بمعالجة المشكلات الطبية الخاصة (مثل معالجة المريض المصاب بالشلل الجزئي أو الشلل السفلي أو المصاب بالسلس) . إن فقدان أحد أفراد الاسرة لدخله بسبب مرضه أو اضطراره إلى الحد من ساعات عمله بسبب مرض أحد أفراد الأسرة الآخرين يحمّل الكثير من الأسر عبئا لا يطاق . وينبغي حيثما أمكن أن يتوافر الدعم الحكومي الكافي لتمكين المرضى من الموت فى بيوتهم إذا كانت تلك رغبتهم .

الاتصـــالات

إن الاتصال الجيد بين المهنيين العاملين بالرعاية الصحية وبين المرضى وأسرهم أمر أساسى ، بدونه يعانى المرضى غالبا مضايقات لا داعي لها وتصبح معالجتهم أكثر صعوبه . وينبغي إعلام المرضى وأسرهم بأي مساعدات عملية ومالية متاحة لهم . ولابد من اعطائهم معلومات وافية بلغة واضحة يسهل عليهم فهما . كما أن الاتصالات فيما بين أعضاء الفريق القائم برعاية المريض حول أهداف العلاج وخططه وتقدمه مسألة لها أهميتها الجوهرية .

موجز المقترحات الرئيسية

١ ـــ ينبغي لكل حكومة بحث إنشاء برنامج لتسكين آلام السرطان ، على أن تشترك فيه الدوائر الحكومية المعنية بالصحة ، والتنظيم الدوائي ، والتعليم ، وتطبيق القوانين ، والهيئات الوطنية للمهنيين العاملين بالرعاية الصحية وغير ذلك من التنظيمات المعنية بالسرطان . كما ينبغي العمل على جمع أو تخصيص الأموال اللازمة لتنفيذ مثل هذا البرنامج .

٢ ـــ ينبغي أن تتبادل الحكومات خبراتها في اقامة أجهزة للتنظيم الدوائي تضمن الحد بدرجة كافية من إساءة استعمال العقاقير دون أن تحول بين مرضى السرطان الذين يعانون من الألم وبين الحصول على العقاقير اللازمة لتسكين آلامهم .

٣ ـــ ينبغي مراجعة الاجراءات التنظيمية والإدارية الوطنية التي تتعلق بتوزيع المسكنات الأفيونية التي تؤخذ عن طريق الفم ، وبحث تنقيحها حيثما يكون ذلك ضروريا .

٤ ـــ ينبغي للحكومات تشجيع العاملين الصحيين على إبلاغ السلطات المختصة إذا لم تتوافر في أي وقت الأفيونيات الفموية اللازمة لمرضى السرطان الذين يحتاجون اليها .

موجز المقترحات الرئيسية

٥ ـ ينبغي تقييم ، طريقة تمكين الأم السرطان ، والطريقة التي يمكن بها للمراكز الوطنية لمعالجة السرطان ومع تخصيص موارد لها على مستوى العالم

٦ ـ ينبغي تعليم جميع العاملين الصحيين كيفية تشخيص الأم السرطان ، وفهم كيفية معالجتها ، على نحو يتناسب مع مستوى تدريب كل منهم .

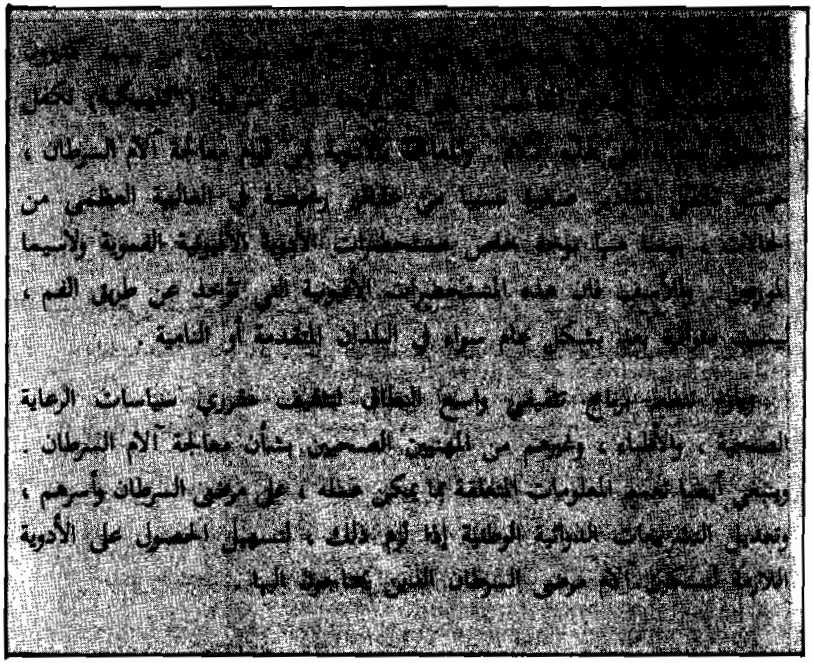
٧ ـ ينبغي تشجيع البحث في مجال معالجة الأم السرطان بطريقة تتلاءم مع احتياجات كل بلد ، على أن يتضمن هذا البحث تقييم خدمات تسكين الأم القائمة ومعرفة التغيرات التي تطرأ على التنظيم الدوائي والتثقيف المهني .

٨ ـ ينبغي للتعليم في المرحلة الجامعية ومرحلة الدراسات العليا ولأنظمة امتحان وتخريج الممرضات والأطباء وغيرهم من العاملين الصحيين المعنيين برعاية مرضى السرطان ، التأكيد على معرفة كيفية السيطرة على الأم .

٩ ـ ينبغي تمكين مرضى السرطان المتقدم الذين يعانون من الأم ، من تلقي الرعاية في بيوتهم إذا هم رغبوا في ذلك .

١٠ ـ ينبغي تدريب أفراد الأسرة على الرعاية المنزلية لمرضى السرطان الذين يعانون من الأم ، من خلال نظم الرعاية الصحية الموجودة على صعيد المجتمع .

الاستنتاجات



المراجع

1 STJERNSWARD, J. Cancer pain relief: an important global health issue. *The clinical journal of pain*, **1:** 95–97 (1985).

2 SAUNDERS, G.M. *The management of terminal illness*. London, Edward Arnold, 1985.

3 TWYCROSS, R.G. & LACK, S.A. *Symptom control in far advanced cancer: pain relief*. London, Pitman Books, 1983.

4 FOLEY, K.M. The treatment of cancer pain. *New England journal of medicine*, **313:** 84–95 (1985).

5 TAKEDA, F. Preliminary report from Japan on results of field testing of WHO draft interim guidelines for relief of cancer pain. *The pain clinic journal*, No. 2, 1986 (in press).

6 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer as a global problem. *Weekly epidemiological record*, **59:** 125–126 (1984).

7 BONICA, J.J. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields, H.L. et al., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9. New York, Raven Press, 1985, pp. 589–616.

8 FOLEY, K.M. The management of pain of malignant origin. In: Tyler, H.R. & Dawson, D.M., ed. *Current neurology*, vol. 2. Boston, Houghton Mifflin, 1979, pp. 279–302.

9 DAUT, R.L. & CLEELAND C.S. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*, **50:** 1913–1918 (1982).

10 TWYCROSS, R.G. & FAIRFIELD, S. Pain in far advanced cancer. *Pain*, **14:** 303–310 (1982).

11 FOLEY, K.M. Pain syndromes in patients with cancer. In: Bonica, J.J. & Ventafridda, V., ed. *Advances in cancer research and therapy*, vol. 2. New York, Raven Press, 1979, pp. 59–75.

12 INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Subcommittee on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, **6:** 249–252 (1979).

13 SPIEGAL, D. & BLOOM, J.R. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic medicine*, **45:** 333–339 (1983).

14 CLEELAND, C.S. The impact of pain on patients with cancer. *Cancer*, **54:** 26, 35–41 (1984).

15 BOND, M.R. Psychologic and emotional aspects of cancer pain. In: Bonica, J.J. & Ventafridda, V., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 2. New York, Raven Press, 1979, pp. 81–88.

16 WATSON, C.P. ET AL. Amitriptyline vs. placebo in post-herpetic neuralgia. *Neurology*, **32:** 671– 673 (1982).

17 TWYCROSS, R.G. & VENTAFRIDDA, V. *The continuing care of terminal cancer patients*. Oxford, Pergamon, 1980.

18 PARKES, C.M. & PARKES, J. Hospice versus hospital care: re-evaluation after ten years as seen by surviving spouses. *Postgraduate medical journal*, **60:** 120–124 (1984).
19 KANE, R.L. ET AL. A randomized controlled trial of hospice care. *Lancet*, **1:** 890–894 (1984).

20 COUSINS, M.J. & BRIDENBOUGH, P.O. *Neural blockage*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1980.
21 ARNER, S. The role of nerve blocks in the treatment of cancer pain. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, **74** (suppl.): 104–108 (1982).
22 SWERDLOW, M. Spinal and peripheral neurolysis for managing Pancoast syndrome. In: Bonica, J.J. et al., ed. *Advances in pain relief and therapy*, vol. 4. New York, Raven Press, 1979, pp. 135–143.
23 MOORE, D.C. Role of nerve blocks with neurolytic solutions in visceral and perineal pain. In: Bonica, J.J. & Ventafridda, V., ed. *Advances in pain relief and therapy*, vol. 3. New York, Raven Press, 1979, pp. 593–605.
24 FRIEDBERG, S. Neurosurgical treatment of pain caused by cancer. *Medical clinics of North America*, **59:** 481–485 (1975).
25 MEYERSON, B.A. The role of neurosurgery in the treatment of cancer pain. *Acta anaesthesiologica Scandinavica* , **74** (suppl.): 109–113 (1982).
26 VENTAFRIDDA, V. ET AL. Comprehensive treatment in cancer pain. In: Fields, H.L. et al., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9. New York, Raven Press, 1985, pp. 617–627.
27 TURK, D.C. ET AL. Application of biofeedback for the regulation of pain: a critical review. *Psychological bulletin*, **86:** 1322–1341 (1979).
28 BARBER, J. & GITELSON, J. Cancer pain: psychological management using hypnosis. *Cancer*, **30:** 130–135 (1980).
29 MUNRO, S. & MOUNT, B. Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association journal*, **119:** 1029–1034 (1978).
30 BEAVER, W.T. Management of cancer pain with parenteral medication. *Journal of the American Medical Association*, **244:** 2653–2657 (1980).
31 INTURRISI, C.E. & FOLEY, K.M. Narcotic analgesics in the management of pain. In: Kuhar, M. & Pasternak, G.W., ed. *Analgesics: neurochemical, behavioural and clinical perspectives*. New York, Raven Press, 1984, pp. 257–288.
32 RANE, A. ET AL. Pharmacological treatment of cancer pain with special reference to use of oral morphine. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, **74** (suppl.): 97–103, 1982.
33 Socialstyrelsens kungörelse om medikament till smärbehandling i terminalvard. *SOSFS (M)*, No. 21, pp. 1–9 (1979).
34 *Medicinalstyrelsens instruktionsbrev. Direcktiv om terminalvard*. Helsinki, 1980 (NO/NR 3024/02/80).
35 ROSETTI, P., ed. *Douleur et cancer*. Genève, Médecine et Hygiène, 1982.
36 AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE. Drug therapy for severe chronic pain in terminal illness. *Annals of internal medicine*, **99:** 870–873 (1983).

المراجع

37 *Questions and answers about pain control. A guide for people with cancer and their families.* New York, American Cancer Society, 1983.

38 *Pain. A monograph on the management of pain/Douleurs cancéreuses – une monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis des douleurs.* Ottawa, Ministry of Health and Welfare/Ministry of Supply and Services, 1984.

39 MARKS, R.M. & SACHAR, E.J. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Annals of internal medicine,* **78:** 173–181 (1973).

40 ANGELL, M. The quality of mercy. *New England journal of medicine,* **302:** 98–99 (1982).

41 CHARAP, A.D. The knowledge, attitudes and experience of medical personnel treating pain in the terminally ill. *Mount Sinai journal of medicine,* **45:** 561–580 (1978).

42 BONICA, J.J. Cancer pain. In: Bonica, J.J., ed. *Pain.* New York, Raven Press, 1980, pp. 335–362.

43 BUKBERG, J. ET AL. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic medicine,* **46:** 199–212 (1984).

44 HOUDE, R.W. ET AL. Clinical management of pain. In: Steven, S., ed. *Analgesics.* New York, Academic Press, 1965, pp. 75–122.

45 BEAVER, W.T. Comparison of analgesic effects of morphine sulphate, hydroxyzine and their combination in patients with postoperative pain. In: Bonica, J.J. & Ventafridda, V., ed. *Advances in pain research and therapy,* vol. 1. New York, Raven Press, 1976, pp. 553–557.

46 SAWE, J. ET AL. Steady-state kinetics and analgesic effect of oral morphine in cancer patients. *European journal of clinical pharmacology,* **24:** 537–542 (1983).

47 WALSH, T.R. Controlled study of slow release morphine for chronic pain in advanced cancer. *Pain* (suppl. 2): S202 (1984).

48 TWYCROSS, R.G. Choice of strong analgesic in terminal cancer: diamorphine or morphine. *Pain,* **3:** 93–104 (1977).

49 FOLEY, K.M. Current controversies in the clinical use of narcotics and related analgesics. In: Foley, K.M., & Inturrisi, C.E., ed. *Advances in pain research and therapy,* vol. 9. New York, Raven Press, 1985, pp. 3–12.

50 HANKS, G.W. ET AL. Corticosteroids in terminal cancer – a prospective analysis of current practice. *Postgraduate medical journal,* **59:** 702–706 (1983).

51 SCHELL, H.W. The risk of adrenal corticosteroid therapy in far advanced cancer. *American journal of medical sciences,* **252:** 641–644 (1966).

52 HANKS, G.W. Antiemetics for terminal cancer patients. *Lancet,* **1:** 1410 (1982).

53 WALSH, T.D. ET AL. High-dose morphine and respiratory function in chronic cancer pain. *Pain* (suppl. 1): S39 (1981).

54 TAKEDA, F. Neurosurgical treatment of chronic pain. *Postgraduate medical journal,* **60:** 905–913 (1984).

55 NATIONAL HOSPICE ORGANIZATION. *Standards of hospice programme of care.* Virginia, McLean, 1979.

56 REXED, B. ET AL. *Guidelines for the control of narcotic and psychotropic substances. In the context of the international treaties.* Geneva, World Health Organization, 1984.
57 JAYASURIYA, D.C. *Regulation of pharmaceuticals in developing countries. Legal issues and approaches.* Geneva, World Health Organization, 1985.
58 AGENAS, I. ET AL. Analgetikaterapi for cancerpatienter. [Analgesic therapy for cancer patients.] *Lakartidningen*, **79:** 287–289 (1982).
59 PORTER, J. and JICK, H. Addiction rate in patients treated with narcotics. *New England journal of medicine*, **302:** 123 (1980).
60 MARUTA, T. ET AL. Drug abuse and dependency in patients with chronic pain. *Mayo Clinic proceedings*, **54:** 241–244 (1979).
61 TENNANT, F.S. & RAWSON, R.A. Outpatient treatment of prescription opioid dependence. *Archives of internal medicine*, **142:** 1845–1847 (1982).
62 TENNANT, F.S. & UELMAN, G.F. Narcotic maintenance for chronic pain: medical and legal guidelines. *Postgraduate medicine*, **73:** 81–94 (1983).
63 TAUB, A. Opioid analgesics in the treatment of chronic intractable pain of non-neoplastic origin. In: Kitahata, L.M. & Collins, D., ed. *Narcotic analgesics in anaesthesiology*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1982, pp. 199–208.
64 PORTENOY, R. & FOLEY, K.M. The use of opiates in chronic non-malignant pain. *Pain* **25:** 171–186 (1986).
65 ROBINS, L.N. ET AL. How permanent was Vietnam drug addiction? *American journal of public health*, **64:** 38–43 (1974).
66 FOLEY, K.M. Pharmacologic approaches to cancer pain management. In: Fields, H.L. et al., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9. New York, Raven Press, 1985, pp. 629–653.
67 KANNER, R.M. & FOLEY, K.M. Patterns of narcotic drug use in cancer pain clinic. In: *Research development in drug and alcohol use.* New York, 1981, (Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 362) pp. 162–172.
68 TWYCROSS, R.G. Clinical experience with diamorphine in advanced malignant disease. *International journal of clinical pharmacology, therapeutics and toxicology*, **9:** 184–198 (1974).
69 HOUDE, R.W. ET AL. Evaluation of analgesics in patients with cancer pain. In: Lasagna, L., ed. *International encyclopaedia of pharmacology and therapeutics. Section 6: Clinical pharmacology.* New York, Pergamon Press, 1966, pp. 59–99.

الملحق ١

طريقة تسكين آلام السرطان

المحتوى — الصفحة

مقدمة ٤٧
تقييم آلام مرضى السرطان ٤٧
استراتيجية المعالجة ٥١
استعمال المسكّنات ٥٢
المسكّنات اللا أفيونية ٥٥
المسكّنات الأفيونية الضعيفة ٥٨
المسكّنات الأفيونية القوية ٥٩
الأدوية المساعدة ٦٩
الخلاصـــة ٧٧

مقدمـــة

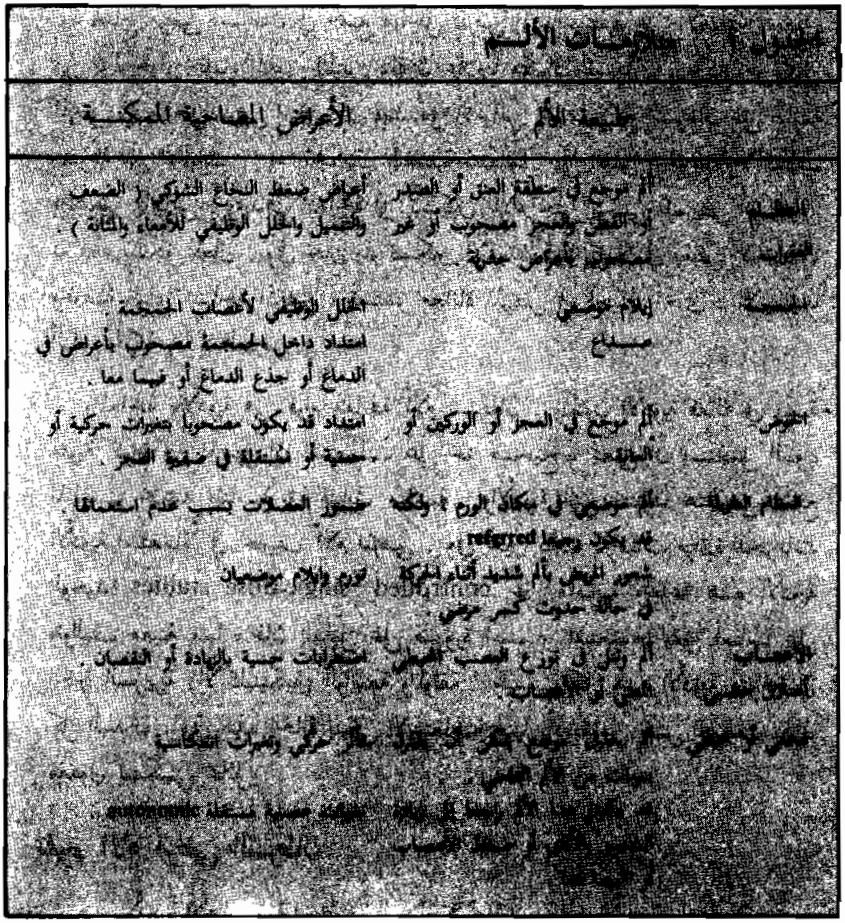
يشرح العرض الموجز التالي مبادىء تقييم حالة مرضى السرطان الذين يعانون من الألم ، ويقدم ملخصاً بسيطاً لاستعمال أدوية تسكين الألم ، يمثل ما اتفقت عليه آراء مجموعة من خبراء معالجة آلام السرطان (الملحق ٢) .

يحتاج مرضى السرطان في جميع مراحل المرض إلى السيطرة على آلامهم . ويعاني من الألم حوالي ثلث المرضى الذين يتلقون علاجا مضاداً للسرطان ، وأكثر من ثلثي المرضى في مراحل المرض المتقدمة . ويشتمل الأساس البدني لآلام السرطان على طائفة متنوعة من الآليات . أما الجوانب النفسية فتشتمل على القلق والخوف والاكتئاب والشعور باليأس . وتهدف المعالجة الى تسكين الألم حتى يتسنى للمريض أن يمارس نشاطه بشكل فعال . وفي حين يتم تسكين الألم تسكينا كاملا في بعض الأحيان ، وبخاصة أثناء استراحة المريض ، تستمر معاناة المريض في أحيان أخرى ، ولا سيما أثناء الحركة (الألم العارض) .

والمعالجة بالأدوية هي قوام معالجة آلام السرطان . وتكون الأدوية فعالة في نسبة مئوية كبيرة من المرضى إذا استعملت على نحو صحيح ، بمعنى أن يستعمل الدواء المناسب بجرعته المناسبة فى فترات مناسبة . والأدوية التي نتناولها هنا هي أشيع الأدوية استعمالاً في تخفيف آلام المرضى . وفي حين دلت دراسات مراقبة للجرعات الوحيدة controlled single-dose studies على مأمونية ونجاعة هذه الأدوية وتواليف معينة منها ، فان الدليل على ضرورة استمرار استعمالها يقوم أساسا على الخبرة السريرية (الاكلينيكية) الواسعة والموثقة . وليست كل هذه الأدوية متوافرة في كل البلدان ، وفي هذه الحالة ينبغي الاستعاضة عنها بأدوية من نفس الصنف ذات مفعول تسكيني مماثل .

تقييم آلام مرضى السرطان

من الأمور الأساسية قبل تقرير العلاج ، تحديد سبب الألم . ويلزم أولا دراسة تاريخ الألم وخصائصه وتقدير الحالة البدنية والنفسية للمريض . ويجب استقصاء



تابع الجدول ١

	طبيعة الألم	الأعراض المصاحبة الممكنة
تابع الأعصاب ، مرض الضفائر (العضدية والقطنية والعجزية)	ألم عصبى رجيع فى أحد الأطراف	تغيرات عصبية مستقلة
انضغاط النخاع الشوكي فوق الحافية	ألم جذرى وشريطي موضعي فى الجسم الفقارى	تغيرات حسية أو حركية أو عصبية مستقلة ، رنح ataxia
السرطان السحائى	صداع أو ألم فى الظهر ينتشر فى الأطراف السفلى	زيادة الضغط داخل الجمجمة ، والتخليط confusion
الأحشاء الأحشاء الجوفاء : ١ــ العضلية	ألم توجع رجيع فى جدار الصدر	ضيق النفس والسعال الصابر .
٢ــ البطنية	ألم توجع رجيع فى جدار البطن	انتفاخ البطن والمغص البطنى .
الأحشاء المصمتة	ألم متزايد الشدة بأعلى البطن epigastrium أو فى أيمن أو كليهما .	البراز فى حالة إصابة البنكرياس أو الكبد السود الفقرى
الأجزاء الأخرى ورم الأنسجة الرخوة	ألم فى موضع الورم إذا كان منتشرا .	تختلف الأعراض باختلاف موضع الورم

سوابق الألم بالتفصيل لتحديد موضعه وتوزعه ونوعيته ودرجة وخامته ، وما إذا كان ألما مستمرا أو متقطعا ، وما هي العوامل التي تؤدي الى تفاقمه أو تسكينه . كما ينبغي الحصول على معلومات تتعلق بالضعف الحركي ومظاهر العجز الحسي ، والقدرة على التحرك ، والخلل الوظيفي للأحشاء .

وينبغي بعدئذ إجراء فحص دقيق للحالة البدنية العامة للمريض ، ولمكان الألم ، وللأجزاء المعنية من الجهاز العصبي . وينبغي بوجه خاص أن يفرق الطبيب بين الألم الموضعي والألم الرجيع referred (كما في حالات إصابة الأحشاء مثلا) ، وبين إصابه الأعصاب والضفائر المحيطية أو النخاع الشوكي ، وبين الألم الصدري والألم الناجم عن إعاقة النبضات العصبية الواردة ، وبين الألم المستمر والألم العارض . وفي مراحل السرطان المتقدمة يغلب أن يكون الألم العارض ناجما عن الحركة . وتسكين هذا الألم أصعب من تسكين الألم المستمر . واذا كان الألم راجعا الى كسر مرضي أو الى حالة حادة معينة ، ينبغي توفير المعالجة المناسبة لهذه الحالات . والمعالجة المضادة للسرطان بالأشعة أو بالأدوية الكيميائية أو بالجراحة تؤلف ، عندما تكون مناسبة ومتوافرة ، جزءا من الخطة العلاجية المبدئية .

ويمكن تصنيف أسباب الألم تحت العناوين الرئيسية التالية : (١) الألم الناجم عن السرطان نفسه ، وهو أكثرها شيوعا إلى حد كبير ، (٢) الألم الناجم عن المعالجة (مثل الألم الناجم عن الندوب المختلفة عن الجراحة والتهاب الفم بعد المعالجة الكيميائية ، (٣) الألم المقترن بالضعف (مثل الإمساك وقروح الفراش) ، (٤) الألم الذي لا علاقة له بالسرطان (مثل الآلام الناجمة عن التهاب العضلات ولفافاتها) .

وكثير من مرضى السرطان في مراحله المتقدمة يعانون أكثر من نمط واحد من أنماط هذه الآلام في آن واحد . وأحيانا ما تكون هناك آلام متعددة ذات صلة بالسرطان ، أو قد يكون هنالك ألم راجع إلى السرطان بالإضافة إلى ألم ناجم عن المعالجة .

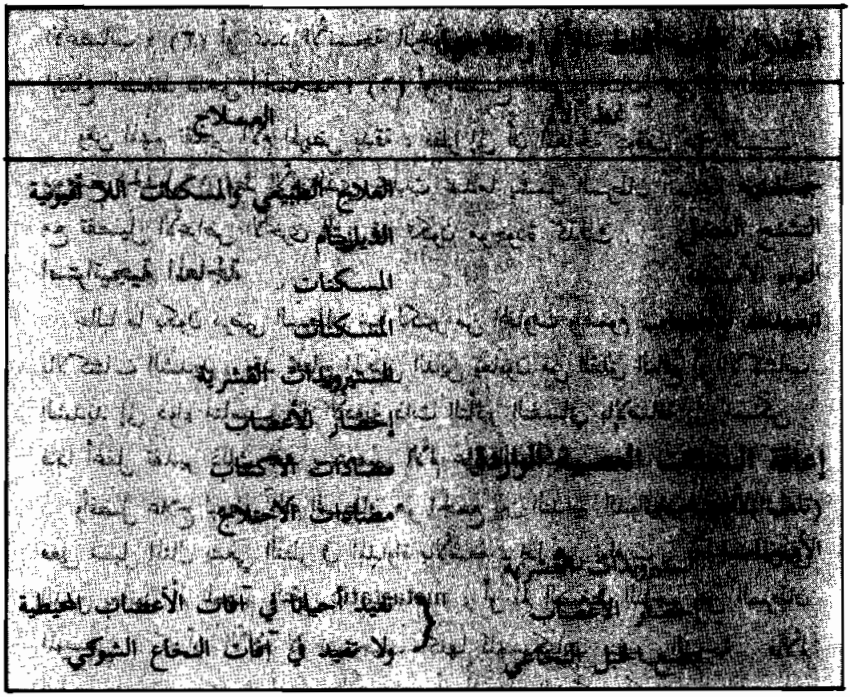
وقد يكون الألم الناجم عن السرطان راجعا إلى : (١) العظام ؛ (٢) أو انضغاط الأعصاب ؛ (٣) أو تمدد الأنسجة الرخوة ؛ (٤) أو اصابة الأحشاء ؛ (٥) أو ارتفاع الضغط داخل الجمجمة ؛ (٦) أو التشنج العضلي الناتج عن ألم العظام .

ومن المهم تقدير آلام المريض بدقة ، نظرا إلى أن المعالجة تتوقف على السبب . ويوضح الجدول ١ نمط الألم الذي يحدث عندما يشمل السرطان أنسجة مختلفة ، مع تفصيل الأعراض الأخرى التي قد تكون موجودة كذلك .

استراتيجية المعالجة

غالبا ما يكون مرضى السرطان نهبا لكثير من المخاوف والهموم . ويصاب بعضهم بالاكتئاب الشديد . وقد يحتاج المرضى الذين يعانون من القلق البالغ أو الاكتئاب الشديد إلى دواء مناسب من الأدوية ذات التأثير النفساني بالإضافة إلى مسكّن . فاذا أغفل تقدير ذلك فقد يستعصى الألم على التسكين .

وأفضل علاج لبعض آلام السرطان هو الجمع بين التدابير الدوائية وغير الدوائية . فعلى سبيل المثال ينبغي النظر في المداواة بالأشعة ، إذا هي توافرت ، لمعالجة المرضى الذين يعانون ألم العظم النقلي metastatic ، أو ألم الضغط الناجم عن السرطان الموضعي . كما أن الآلام لا تستجيب كلها للمسكنات بنفس الدرجة . فالألم الناجم عن تلف يحدث لبعض الأعصاب أو للنخاع الشوكي يكون سطحيا وحارقا (بسبب اضطراب الاحساس) ، ويسمى الألم الناجم عن اعاقة النبضات العصبية الواردة deafferentation ، وهو لا يستجيب عادة للمسكنات العادية . ومن المهم التعرف على هذا النمط من الألم نظرا إلى أنه غالبا ما يهدأ باستعمال دواء مضاد للاكتئاب . وقد يقترن الألم الناجم عن إعاقة النبضات العصبية الواردة بألم واخز أو بارق متقطع يستجيب لدواء مضاد للاختلاج . وقد يقترن ذلك بعلامات عصبية توجد أو لا توجد معها منطقة تنمل numbness area (نقص الحس) في ناحية الألم . والمرضى الذين يعانون من الألم الناجم عن إعاقة النبضات العصبية الواردة يشعرون عادة بنمط مختلف من الآلام . وفي حالة وجود أنماط متعددة من الألم ، فقد يكون من الضروري استعمال مضادات الاكتئاب مع مضادات الاختلاج ، بالإضافة إلى الأدوية المسكنة (الجدول ٢) .



استعمال المسكنات

ينبغي البدء في المعالجة بدواء مسكن مناسب أثناء تقدير طبيعة الألم وسببه ، إذ أن تقدير استعمال طرق المعالجة المضادة للسرطان لا يحول دون استعمال المسكنات في نفس الوقت . وينبغي على الفور انتقاء دواء مناسب وبدء المعالجة به . والمسكنات الثلاثة الرئيسية هي : الأسبرين والكودين والمورفين . ومن الضروري معرفة بديل أو بديلين لاستعمالهما في معالجة المرضى الذين لا يستطيعون تحمل المستحضر المعياري . كما يكون من الضروري أحيانا وصف دواء أو أكثر من الأدوية المساعدة adjuvant drugs (الجدول ٣) . وهناك مفهومان رئيسيان ينطوي عليهما استعمال المسكنات في معالجة آلام السرطان هما « انتظام المواعيد » و « التدرج » .

الجدول ٣ ــ قائمة الأدوية الأساسية

الفئـــة	الدواء الأصلي	البدائـــل
اللا أفيونيات	الأسبرين	الباراسيتامول
الأفيونيات الضعيفة	الكودين	الدكسترو بروبكسيفين
الأفيونيات القوية	المورفين	الميتادون
		البيتيدين
		البرينورفين
		الأفيون المعيارى
		الهدرومورفون
		الليفورفانول
الأدوية المساعدة		
مضادات الاختلاج	الكاربامازيبين	الفينيتوين
مضادات الذهان	البروكلور بيرازين	الكلور برومازين
	الهالوبيريدول	
مزيلات القلق	الديازيبام	
	الهدروكسيزين	
مضادات الاكتئاب	الأميتريبتيلين	
الستيرويدات القشرية	البريد نيزولون	الدكساميتازون

انتظام المواعيد

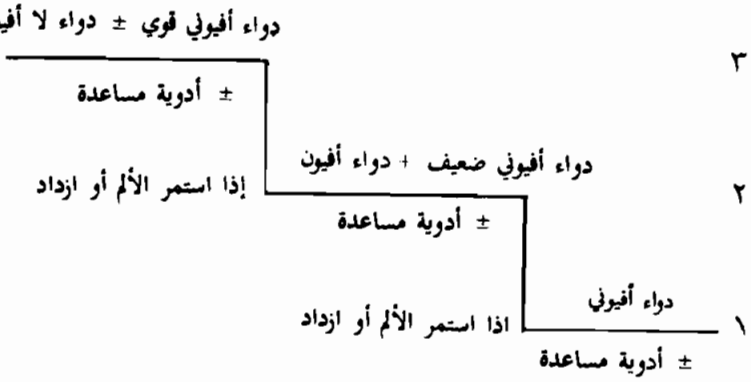
ينبغي إعطاء المريض المسكنات بشكل منتظم « في مواعيد محددة » . كما ينبغي معايرة جرعة المسكن بحسب درجة الألم الذي يشعر به المريض ، بحيث تزاد تدريجيا

إلى أن يشعر بالراحة . وتعطى الجرعة التالية قبل زوال تأثير الجرعة السابقة زوالا تاما ، وبهذه الطريقة يمكن تسكين الألم بصورة مستمرة .

التدرج

يوضح الرسم البياني التالي الاستعمال التتابعي للأدوية ، حيث يُبدأ باستعمال دواء أفيوني ، فاذا لم ينجح هذا الدواء في تسكين الألم بالجرعات والتواتر الموصى بها ينبغي أن يضاف إلى الدواء اللا أفيوني دواء من مجموعة الأفيونيات الضعيفة . فإذا فشل الجمع بين الدواء الأفيوني الضعيف والدواء اللا أفيوني فى تسكين الألم ينبغي استعمال دواء أفيوني قوي . ويمكن التسكين باعطاء المريض الأسبيرين بالاضافة إلى الدواء الأفيوني ، لاسيما بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ألم عظمي . وينبغي إضافة أدوية مساعدة إلى الأدوية الأفيونية واللا أفيونية إذا أقتضت ذلك دواعي استعمال معينة (أنظر الصفحة ٢٠) . ولا ينبغي إعطاء المريض أكثر من دواء واحد من كل من هذه المجموعات في وقت واحد . واذا فقد أحد هذه الأدوية فعاليته فلا ينبغي التحول إلى دواء بديل ذي قدرة مماثلة ، بل ينبغي وصف دواء أقوى قطعاً .

الملحق ١ ، الشكل ١ــ سلم المسكّنات المستعملة في معالجة آلام السرطان



المسكنات اللا أفيونية

الأسبرين والباراسيتامول هما المسكنان اللا أفيونيّان اللذان يتوافران عادة لمعالجة الألم الذي يتراوح بين الخفيف والمعتدل . ولهذين المركّبين آليات تأثير محيطية . ويفيد الأسبرين بشكل خاص في معالجة ألم النقائل العظمية metastatic عندما يغلب وجود تركز موضعي عال للبروستاغلنديات التي تنتجها الخلايا الورمية . ويحقق الأسبرين تسكين الألم عن طريق إحصار التخليق الحيوي للبروستاغلنديات ، كما أنه له تأثيرات مضادة للالتهاب والحمى . ولمعالجة المرضى الذين يعانون من ألم العظام ممن لا يتحملون الأسبرين ينبغي النظر في استعمال أحد الأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهاب التي يشيع استعمالها في حالات التهاب المفاصل . أما بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ألم غير ألم العظام والذين لا يتحملون الاسبرين فالباراسيتامول هو أفضل البدائل . وقد تنجح المسكنات اللا أفيومية أيضا في تسكين الألم الناجم عن : (١) التمدد الميكانيكي للسمحاق ؛ (٢) الانضغاط الميكانيكي للوتر أو العضل أو النسيج تحت الجلدي ؛ (٣) الانضغاط الميكانيكي للجنبة pleura أو الصفاق .

ويورد الجدول ٤ معطيات عملية تتعلق بهذه الأدوية .

الجدول ٤ ــ الأدوية اللا أفيونية

الدواء	الجرعة المقترحة	الآثار الجانبية
الأسبرين	٢٥٠ــ١٠٠٠ مغ كل ٤ــ٦ ساعات	اضطراب معدي معوي فقد الدم في البراز

ملحوظة : إن أخذ الأسبرين مع اللبن أو على معدة ممتلئة أو مضادات الحموضة ، قد يحد من الآثار الجانبية في المعدة . وإعطاء المريض أكثر من ٤ غرامات في اليوم لا يؤدي إلا إلى زيادة الآثار الجانبية .

الباراسيتامول ٥٠٠ــ١٠٠٠ مغ كل ٤ــ٦ ساعات تسمُّم الكبد

ملحوظة : ينبغي استعماله بحرص في معالجة المرضى المصابين بتلف الكبد . كما ينبغي أن تكون الجرعة اليومية الكلية ٢ــ٦ غرامات .

استعمال المسكنات اللا أفيونية

١ــ لتجنب الظواهر الأرجية allergic phenomena ينبغي التحقق مما إذا كان المريض يتحمل الأسبيرين أو المركبات المشابهة له .

٢ــ ينبغي استعمال المسكنات اللا أفيونية بانتظام وفي مواعيد محددة لتجنب رجعة الألم .

٣ــ ينبغي إعطاء المريض قدرا كافياً من الدواء ، مع العلم بأن الجرعات الزائدة عن الجرعات الموصى بها من هذه الأدوية لن تحقق تسكينا إضافيا (أنظر الجدول ٤) .

٤ــ يمكن استعمال المسكنات اللا أفيونية وحدها أو مع الأدوية ذات التأثير النفساني أو الأدوية الأفيونية .

٥ــ ينبغي التنبيه إلى الآثار الجانبية (الموصوفة بعد) ، وفي حالة حدوثها ينبغي التحول إلى دواء لا أفيوني بديل . فإذا تعذرت السيطرة على الآثار الجانبية وجب التفكير في إعطاء دواء أفيوني ضعيف .

الآثار الجانبية

١ــ **الآثار المَعِدية المِعَوية** . هي أهم الآثار الجانبية . فقد يؤدي الأسبيرين إلى تلف الغشاء المخاطي للمعدة محدثا التهاب المعدة الأكال والنزف المعدي . وأعراض ذلك هي الحموضة وعسر الهضم والغثيان والقيء ، أما العلامات الموضوعية فهي فقر الدم وفقد الدم في البراز . وقد يؤدي الى تفاقم هذه

الأعراض والعلامات معالجة مريض السرطان في الوقت ذاته بمركبات كيميائية .

٢ــ **التأثير على توقف النزف والتخثر** . يؤدي تثبيط تكدس الصفيحات الدموية إلى اطالة زمن النزف . ويستطيع الأسبيرين ، على عكس الباراسيتامول ، أن يحدث في الصفيحات أثرا لا عكوسا irreversible لا يزول إلا بتكون صفيحات جديدة .

٣ــ **فرط التحسس** . قد تحدث المظاهر السريرية (الإكلينيكية) لهذه المتلازمة النادرة نسبيا بعد دقائق من تناول الدواء . وهي تتراوح بين التهاب الأنف الوعائي المصحوب بافراز مائي غزير ، والوذمة الوعائية العصبية angioneurotic oedema ، والارتيكاريا ، والربو القصبي الشعبي ، وبين الوذمة الحنجرية ، والتضيق القصبي (الشعبي) ، وانخفاض الضغط ، والصدمة ، وفقدان الوعي ، والهبوط الوعائي الكامل . وقد يحدث هذا التفاعل استجابة لمقادير قليلة من الأسبيرين .

اعطاء الدواء

يعطى الأسبيرين عادة في شكل أقراص . وينبغي أخذه بعد الوجبات أو مع كوب من اللبن . وتتوافر منه مستحضرات قابلة للذوبان ، مثل الأسبيرين القابل للانتثار والأسبيرين المتعادل في بعض البلدان لمعالجة المرضى الذين يعانون من عسر البلع . وهي أيضا أقل تهيجا للمعدة .

وتتوافر في معظم البلدان طائفة من الأدوية المشابهة للأسبيرين (مضادات الالتهاب اللاستيرويدية) ومنها ما لا يلزم أخذه أكثر من مرة أو مرتين في اليوم . والمرضى الذين لا يمكنهم استعمال الأسبيرين ، والذين يمكن في نفس الوقت أن يفيدهم استعمال دواء مضاد للالتهاب ، قد يتحملون جيدا أحد هذه المستحضرات البديلة .

أما **الباراسيتامول** فيمكن الحصول عليه في شكل اكسير ، أو شراب ، أو محلول ، ولكنه يعطى في العادة في شكل أقراص .

عندما يفقد دواء لاأفيوني (مصحوب أو غير مصحوب بأدوية مساعدة) قدرته على السيطرة على الألم ، ينبغي إعطاء المريض مسكنا أفيونيا ضعيفا مع المسكن اللا أفيوني .

المسكنات الأفيونية الضعيفة

يعتبر الكودين والدكستروبروبوكسيفين أهم الأفيونيات الضعيفة . ويفضل استعمال الكودين ، وإن كان الدكستروبروبوكسيفين يعد بديلا مفيدا . ويؤخذ هذان الدواءان عن طريق الفم. ويتمثل الأثر الجانبي الرئيسي لهما في الإمساك ، الذي تمكن الوقاية منه باستعمال ملين (مثل السنامكي). كما يحدث غثيان وقيء. وقد يحدث الاعتماد البدني والتحمل tolerance وإن كانا لا يشكلان مشكلة شائعة مع استعمال هذين الدواءين في معالجة الألم .

الكودين

إن الجرعة الفموية التي يبلغ مقدارها ٣٠ مغ من الكودين تعادل تقريبا في تأثيرها المسكن ٦٥٠ مغ من الأسبيرين . ويعادل التأثير المسكن لهذين الدواءين معا تأثير ٦٠ مغ من الكودين أو يزيد عليه . ويمكن بالطبع استعمال الكودين وحده .

الجرعة الفموية المقترحة (فسفات الكودين مع الأسبيرين أو الباراسيتامول) : ما بين ٣٠ و ١٣٠ مغ من الكودين مع ٥٠٠ مغ من الباراسيتامول أو ما بين ٢٥٠ مغ و ٥٠٠ مغ من الأسبيرين كل ٤ إلى ٦ ساعات .

الدكستروبروبوكسفين

تستقر حالة المريض بعد يومين أو ثلاثة أيام من تكرار إعطاء هذا الدواء كل ست ساعات . وتحدث الجرعات العالية من هذا الدواء تأثيرات في الجهاز العصبي المركزي أحيانا ، مثل الهلوسة أو التخليط (التشوش) .

الجرعة المقترحة : إن ٥٠ إلى ١٠٠ مغ من الدكستروبروبوكسيفين مع ٢٥٠ إلى ٦٠٠ مغ من الأسبيرين أو ٥٠٠ مغ من الباراسيتامول تحدث تأثيرا مسكنا يفوق تأثير كل مركب على حدة .

ويتوافر هذا الدواء في شكل هدروكلوريد البروبوكسيفين ونابسيلات البروبوكسيفين ؛ و ١٠٠ مغ من النابسيلات تعادل ٦٥ مغ من الهدروكلوريد .

إذا لم يعد بالامكان السيطرة على الألم بواسطة دواء أفيوني ضعيف يؤخذ مع الأسبيرين أو الباراسيتامول (ودواء مساعد ، إذا لزم الأمر) ، فينبغي البدء فورا في معالجة المريض بدواء أفيوني قوي .

المسكنات الأفيونية القوية

اعتبارات عامة

المسكنات الأفيونية القوية هي قوام معالجة الألم السرطاني المعتدل والشديد نظراً الى بساطة طريقة إعطائها للمريض ، والى أن استخدامها بطريقة سليمة يحقق تسكين الألم بشكل فعال بالنسبة لمعظم المرضى . وتستعمل هذه الأدوية حالياً على أساس تجريبي . ويقتضي الاستخدام المأمون والرشيد للمسكنات الأفيونية فهم دوائياتها السريرية (فارماكولوجيتها الاكلينيكية) .

ويقترن استعمال المسكنات الأفيونية القوية بحدوث الاعتماد البدني والتحمل اللذين يشكلان استجابتين دوائيتين عاديّتين للاستعمال المستمر لهذه الأدوية . ويتميز الاعتماد البدني بحدوث أعراض الامتناع في حالة وقف المعالجة فجأة . أما التحمل فيتميز بتناقص تأثير الدواء بتكرار إعطائه ، مع احتمال الحاجة إلى زيادته للحفاظ على مفعوله المسكن . والاعتماد البدني والتحمل لا يحدان من قدرة الطبيب على استخدام الأدوية بشكل فعال .

أما الاعتماد النفسي فهو نمط سلوكي يتميز باشتهاء الدواء واهتمام طاغ بالحصول عليه . ولقد حدا القلق الزائد إزاء الاعتماد النفسي (الإدمان) بالأطباء والممرضات إلى استخدام المسكنات الأفيونية بجرعات غير كافية . وقد دلت الخبرة السريرية الواسعة

على أن الاعتماد النفسي نادرا ما يحدث ، إن هو حدث على الإطلاق ، بين من يتعاطون هذه الأدوية لمعالجة الألم المزمن . فالألم الذي يعاني منه مرضى السرطان عرض هام معالجته ممكنة بل واجبة .

كذلك ينبغي التأكيد على أنه يمكن وقف الاستعمال المستمر للمورفين الذي يؤخذ عن طريق الفم ، إذا نجحت المعالجة المضادة للسرطان (كالمداوة بالأشعة أو المعالجة الكيميائية) في علاج سبب الألم . وينبغي تقليل الجرعة بالتدريج ، ويمكن أن يتم ذلك على مدى ثلاثة أسابيع أو أكثر وبذلك يتم تجنب أعراض الامتناع .

وتجب مراعاة عوامل كثيرة ضمانا لاستعمال هذه الأدوية استعمالا فعالا . ومن هذه العوامل عمر المريض وحالته الغذائية ، ومدى انتشار المرض (وخاصة تأثر الكبد والكليتين) . وينبغي استعمال جرعات مبدئية قليله نسبيا عند معالجة المسنين ، نظرا للتغيرات التي تحدث في تأثير الأدوية وزيادة الاستجابة . كما ينبغي استعمال جرعات مبدئية قليلة نسبيا في معالجة المرضى الذين يعانون من سوء التغذية نظرا إلى ما يسببه سوء التغذية من تغيرات في تكوين الجسم ووظائفه . ونظرا إلى اختلاف الاستجابة من مريض إلى آخر ، فمن الضروري انتقاء أنسب دواء وإعطاؤه للمريض في جرعة تناسبه وبأبسط طريق . ويفضل إعطاء الدواء عن طريق الفم ، وان كان يتعين في ظروف معينة إعطاء المريض الدواء تحت اللسان أو عن طريق المستقيم أو بالحقن .

ويجب تعديل الجرعة المعيارية الموصى بها بحسب حاجة الفرد . ويتوقف هذا على شدة الألم والمداواة السابقة بالمسكنات ، وتوزع الدواء وتوافره في الجسم . وهذا التوافر الحيوي قد يتغير بفعل أمراض متداخلة ربما بما تحتم البدء بجرعة مبدئية صغيرة نسبيا تزاد أو تنقص بحسب احتياجات المريض .

ومعظم المسكنات الأفيونية القوية يتم استقلابها (أيضها) في الكبد أساسا ، ولذا فان اطراحها elimination يتوقف على كفاءة الكبد . وتؤدي أمراض مدارية مختلفة إلى إحداث خلل وظيفي بالكبد . ولا يعد تأثر الكبد من موانع استعمال الأفيونيات ، بل من المعروف أن المسكنات الأفيونية على عكس الجرعات العالية من

الباراسيتامول وبعض الأدوية المساعدة ، ليست سامة للكبد . غير أنه ينبغي استعمالها بحرص في علاج مرضى السرطان الذين يعانون أيضا من خلل في وظيفة الكبد . أما المرضى المصابون بتشمّع الكبد ، فقد ثبت أن التوافر الحيوي الفموي (جزء من جرعة فموية يصل إلى الدورة الدموية) يزيد بفعل البيتيدين والدكستروبروبوكسيفين . ويصاحب انخفاض حجم الدم المصفّى لكل وحدة زمنية زيادة أمد فعل الأدوية ، مما قد يؤدي إلى اشتداد المفعول والآثار الجانبية باستعمال جرعات صغيرة نسبيا .

وباستثناء بضع حالات قليلة ، يتم افراغ مستقلبات metabolites معظم الأدوية بواسطة الكليتين . ولذا يؤدي الخلل الوظيفي الكلوي إلى تراكم المستقلبات التي قد يحدث بعضها آثار سامة . وعلى سبيل المثال ، فانه يتم استقلاب (أيض) البيتيدين إلى النوربيتيدين الذي قد تحدث تراكيزاته العالية ارتجاجا عضليا ونوبات ، ولذا يحظر استعماله في معالجة المرضى الذين يعانون من الخلل الوظيفي الكلوي الشديد .

وتقترن بعض أمراض الكبد والكلي بانخفاض مستويات الألبومين مما قد يضعف قوة ارتباط بروتين البلازما . وبالتالي تزيد الحساسية للأدوية المسكنّة ، بما فيها الأسبيرين . كما أن سوء التغذية الشديد قد يغير درجة الاستجابة لهذه الأدوية وتوزيعها وتوافرها في الجسم . ونظرا إلى عدم توافر معطيات عن تأثيرها في المرضى الذين يعانون من سوء التغذية يلزم استعمالها بحرص ، وإن كان سوء التغذية لا يمنع من استعمالها .

استعمال المسكنات الأفيونية القوية

استعمال المورفين عن طريق الفم : يجب إعطاء المريض المسكنات الأفيونية في شكل مقبول . وأفضل الاشكال هو استعمالها عن طريق الفم ، حيث أنه يجنب المريض متاعب الحقن كما أنه يحفظ له استقلاله ، إذ أنه لا يضطر إلى الاعتماد على غيره في الحصول على الجرعة التالية .

ويمكن إعطاء المورفين في شكل محلول مائي من سلفات المورفين (أو الهدروكلوريد) بدرجات متفاوتة في شدة التركيز (من ميليغرام من سلفات المورفين لكل ميليلتر إلى ٢٠ ميليغرام لكل ميليلتر ، مثلا) . ويلزم وجود حافظ مضاد للجراثيم ، ولا سيما في الاجواء الأكثر حرارة . وهذا المحلول مر الطعم ، ويفضل بعض المرضى تناوله مع مشروب يغطى طعمه . وينبغي تخزين المحلول في قارورة قاتمة اللون تُحفظ في مكان بارد ولا تعرض لضوء الشمس المباشر . ويمكن أيضا تعبئة المورفين فى شكل شراب .

وتتوافر في بعض البلدان أقراص المورفين المتدرجة الانطلاق بدرجات متفاوتة التركيز تتراوح بين ١٠ مغ و ١٠٠ مغ . وأكثر درجات التركيز شيوعا هى ٣٠ مغ . ويتعين ألا تعطى هذه الأقراص إلا كل ٨ــ١٢ ساعة . وخلال مدة معايرة الجرعة المبدئية قد يحتاج المريض إلى أخذ جرعات إضافية من المورفين المتدرج الانطلاق أو تزويده بمورفين مائي لأخذه عند الحاجة . اما التوافر الحيوي والآثار الجانبية فهي متماثلة في كلا المستحضرات المتدرجة الانطلاق أو الفورية الانطلاق .

وتتفاوت الجرعات المسكنة الفعالة من المورفين تفاوتا كبيرا متراوحة بين ٥ مغ وأكثر من ٢٠٠ مغ . وتتم السيطرة على آلام كثير من المرضى بدرجة مقبولة بواسطة جرعات تتراوح بين ٥ مغ و ٣٠ مغ كل ٤ ساعات . غير أن تقدير الجرعات يختلف كثيرا باختلاف المرضى ، نظراً إلى الاختلافات الفردية الواسعة في التوافر الحيوي الفموي oral bioavailability للدواء . والجرعة المناسبة هي الجرعة التي تحقق الأثر المطلوب . ويجب إعطاء المريض الدواء في مواعيد محددة لا عند شكواه من الألم فقط ، اذ أن استعمال المورفين أمر تفرضه شدة الألم وليس أي اعتبار آخر .

التعليمات التي تقدم الى المريض : يجب التأكيد على ضرورة إعطاء المريض الدواء بانتظام كل أربع ساعات . وينبغي تحديد موعدي الجرعتين الأولى والأخيرة اللتين يتلقاهما المريض في يومه بحيث يوافقان موعدي استيقاظه ونومه . وأفضل المواعيد الإضافية في اليوم هي الساعة العاشرة صباحا والساعة الثانية بعد الظهر

والساعة السادسة مساء . وبهذا الجدول الزمني يتحقق التوازن الأمثل بين مدة التأثير المسكن وشدة الآثار الجانبية . وينبغي في أفضل الأحوال ، تحديد نظام دوائي للمريض يكتب بالتفصيل الوافي للمريض وأسرته للعمل به ، بما في ذلك أسماء الأدوية ، وسبب استعمالها (« للألم » أو « للأمعاء » مثلا) والجرعة (عدد الميلي لترات وعدد الأقراص) وعدد مرات أخذ الدواء في اليوم . وينبغي تنبيه المريض إلى الآثار الجانبية المبدئية الممكن حدوثها .

اختيار الجرعة المبدئية (انظر ايضا الجدول ٥) . تتوقف الجرعة المبدئية من سلفات المورفين أساسا على المداواة السابقة للمريض . فقد تكون الجرعة المبدئية الكافية للمرضى الذين تلقوا في السابق دواء أفيونيا ضعيفا (مثل الكودين أو الدكستروبروبوكسيفين) هو ٥ مغ وإن كان كثير من المرضى يحتاجون إلى ١٠ مغ وأحيانا إلى أكثر .

إذا أصبح المريض شديد النعاس ولا يشعر بألم بعد الجرعة الأولى ، ينبغي خفض الجرعة الثانية بنسبة ٥٠٪ . أما إذا لم يتحقق تسكين الألم بدرجة كافية بعد استمرار المداواة مدة ٢٤ ساعة ، ينبغي زيادة الجرعة المبدئية بنسبة ٥٠٪ . كما يمكن زيادة تواتر إعطاء الجرعة المبدئية بحيث تعطى في فترات تقل عن أربع ساعات لتجنب الألم المفرط .

وتجب إعادة تقدير حالة المريض بعد ٢٤ و ٧٢ ساعة ويفضل أن يقوم بذلك الطبيب . وإذا لم يتحقق تسكين الالم بدرجة كافية ، أو اذا تسبب الدواء المعطى في إحداث آثار جانبية غير مقبولة ، فانه ينبغي تجربة دواء أفيوني قوي آخر . وأحيانا يكون ألم المريض من نمط لا يستجيب للأفيونيات ، وعندئذ ينبغي النظر في اتخاذ تدابير غير دوائية (مثل الإحصارات العصبية) ، إذا كانت هذه التدابير متوافرة . وأحيانا يكون للألم مكون نفسي ملحوظ ، وعندئذ يمكن وصف مضاد للقلق أو مضاد للاكتئاب . فإذا أخفقت كل أشكال المداواة في تسكين الألم ينبغي المبادرة للبحث عن عوامل أخرى قد تكون وراء شكوى المريض من الألم .

الجدول ٥ ــ الجرعات المبدئية من المسكنات الأفيونية القوية التي تؤخذ عن طريق الفم وتحت اللسان

الدواء	الجرعات المبدئية النمطية	
المورفين	٥ــ١٠ مغ	عن طريق الفم
الميتادون	٥ــ١٠ مغ	
البيتيدين	٥٠ــ١٠٠ مغ	
البيرينورفين	٠,٢ــ٠,٤ مغ	تحت اللسان

المداواة أثناء الليل : ينبغي اعطاء المريض الدواء خلال الليل ، أو اعطاؤه جرعة أكبر عند النوم ، للحفاظ على ثبات مستوى الدواء في البلازما في حدود المدى الفعال . هذا ، وزيادة الجرعة بمقدار ٥٠٪ أو ١٠٠٪ عند النوم لا يحوج كثيرا من المرضى إلى جرعة أخرى خلال الليل .

إن المرضى الذين يحتاجون إلى ٦٠ مغ أو أكثر من المورفين يحتاجون عادة إلى جرعة خلال الليل حتى لا يوقظهم الألم في الهزيع الأخير من الليل .

السيطرة على الآثار غير المرغوبة

الغثيان : إذا شعر المريض بالغثيان عند بدء المعالجة ، فينبغي أن يوصف له مضاد للقيء يتعاطاه مع العلاج ، مثل البروكلوربيرازين (٥ الى ١٠ مغ مرة كل ٨ ساعات تزاد الى مرة كل ٤ ساعات) أو الميتوكلوبراميد (١٠ مغ مرة كل ٨ ساعات تزاد الى مرة كل ٤ ساعات) . ويعتبر الهالوبيريدول (١ الى ٢ مغ في اليوم) بديلا مفيدا لمضادي القيء المذكورين .

وإذا كان المريض يعاني من القياء ، تعين إعطاؤه مضادا للقيء في العضل ، ربما لمدة يومين . أما إذا كان المريض لا يشعر بالغثيان ، فيستحسن بوجه عام تزويده بمقدار يكفي أربعة أيام من مضاد للقيء لاستعماله على سبيل التوقي ، أو عند الطلب ، لتفادي حدوث الغثيان أو القياء عند بدء المعالجة .

النعاس : يجب تنبيه المريض إلى حدوث النعاس عند بدء المعالجة ،مع التأكيد أنه سينقشع بعد مدة تتراوح بين ثلاثة أيام وخمسة من الاستمرار في استعمال جرعة ثابتة .

التخليط (التشويش) : يجب تنبيه المرضى الأكبر سناً إلى احتمال تشويش أذهانهم أثناء الأيام القلائل الأولى من المعالجة وإلى ضرورة الصمود .

الدوخة / الاضطراب : يصدق في هذا الشأن ما يصدق على التخليط (التشوش) .

الامساك : يصاب المرضى جميعهم تقريبا بالامساك ما لم يكن لديهم فغر (فتحة) في القولون أو ما لم يكونوا مصابين بالإسهال الدهني . وينبغي وصف ملين للمريض عند بدء معالجته بالمورفين ويفضل إعطاؤه هذا الميلن ليلاً . كما ينبغي اتخاذ تدابير تتعلق بنظام الأكل إن أمكن . **ويلاحظ أن مكافحة الامساك قد تكون أصعب من السيطرة على الألم** .

واستعمال السنامكي بصفة منتظمة له فعل مضاد للامساك في معظم المرضى . ويتعين كما في حالة استعمال المورفين ، معايرة جرعة السنامكي لكل مريض إلى أن تتحقق النتيجة المرغوبة . والجرعة المبدئية المعتادة من السنامكي المعاير هي قرصان يؤخذان عند النوم ، تزاد إلى قرصين مرتين أو ثلاث مرات يوميا أو أكثر عند اللزوم . وقد يحتاج بعض المرضى إلى ملين ثان أو ملين بديل . أما إذا أصيب المريض بامساك شديد عقب استعماله دواء أفيونيا لأول مرة ، فان استعمال حمولات (لبوسات) أو حقنة يعتبر خطوة أولى هامة .

عدم تحمل المورفين : يصاب عدد قليل من المرضى بقياء متقطع سببه تأخر تفريغ المعدة ، كما يعاني بضعة مرضى من سكون ملحوظ . وهنالك حالات نادرة ، يعاني فيها المرضى من أعراض ذهانية أو أعراض تتعلق بإطلاق الهستامين (مثل الحِكّة و تضيّق الشعب) . وهؤلاء يتعين إعطاؤهم مسكنًا أفيونيا قويا بديلا (انظر الجدول ٥) .

المسكنات الأفيونية القوية البديلة

المورفين ناجع ومقبول كذلك بالنسبة لمعظم المرضى الذين يحتاجون إلى دواء أفيوني قوي ، وهو الدواء الأفضل . وإذا بدا أن المريض يعاني من عدم تحمّل مستمر للمورفين ، فانه ينبغي استعمال بديل متميز كيميائياً ، وذلك أملا في تفادي حدوث الآثار غير المرغوبة مرة أخرى .

والميتادون مسكن أفيوني تخليقي ذو آثار تشبه بصفة عامة آثار المورفين، ويتم امتصاصه جيدا أيا كان طريق إعطائه . وتعادل قدرته إذا أعطي عن طريق الفم نصف قدرته إذا أعطي عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل . ويحتمل حدوث مشكلات بسبب تراكمه في الدم ، ولا سيما في الضعفاء والمسنين . ولا تتحقق أقصى درجات التسكين ولا تحدث الآثار الجانبية إلا بعد استعماله مدة تتراوح بين ٤ أيام و ١٤ يوما . ويكون الميتادون أقوى قليلاً من المورفين إذا أعطي في جرعة واحدة ، أما إذا أعطي في جرعات متكررة ، فإنه يكون أكثر منه فاعلية أضعافا مضاعفة . ويعادل مداه التسكيني الفعال مدى المورفين . وفعله بصفة عامة أطول أمدا من فعل المورفين ، حيث أن تأثيره التسكيني المفيد يدوم مدة تتراوح بين ٦ و ٨ ساعات . والميتادون ، مثله مثل المورفين ، ليس له حد أقصى من التأثير .

ويلزم توخي المزيد من الحرص في استعمال الميتادون ، بالمقارنة إلى المورفين ، وخاصة في البداية عندما لا تكون استجابة المريض له قد عرفت بصورة وافية . كما ينبغي توخي المزيد من الحرص إذا كان المريض يعطى في الوقت نفسه أدوية نفسانية التأثير .

وينبغي عدم استعمال الميتادون في الحالات التالية :

* مع المسنين أو الخرفين ،
* أو مع من تظهر عليهم أعراض التخليط (التشوش) ،
* أو مع المرضى الذين يعانون من قصور ملحوظ في الجهاز التنفسي أو الكبد أو الكليتين .

ويعجل الريفامبيسين ، وهو مضاد حيوي ضد التدرن ، استقلاب الميتادون ، وقد يعجل أحيانا ظهور أعراض الامتناع .

والبيتيدين مسكن أفيوني تخليقي يشبه آثاره بصفة عامة آثار المورفين ، كما أن له آثارا شبيهة بآثار الأتروبين . وتعادل قدرته إذا أعطي عن طريق الفم ما يقرب من ثلث قدرته إذا تم حقنه تحت الجلد أو في العضل . وتماثل قدرته ثُمن قدرة المورفين . وقد لا تعادل فعاليته فعالية المورفين في تسكين الألم الشديد ، إلا أن فعاليته تفوق فعالية الكودين بكثير اذا أعطي بجرعات أكبر . وفعله بصفة عامة أقصر أمد من فعل المورفين ، حيث يدوم تأثيره التسكيني المفيد لفترة تتراوح ما بين ٣ ساعات و ٤ ساعات .

والبيتيدين ليس بديلا كاملا للمورفين . وقد يلزم اعطاؤه كل ٣ ساعات للمرضى الذين يعانون من ألم سرطاني شديد ، نظراً إلى أن أمد فعله أقصر . ويلاحظ أن أخذ جرعات ذات فعالية تسكين مماثلة من البيتيدين والمورفين تؤدي إلى حدوث آثار جانبية مشابهة ، كالقياء أو خمود المركز التنفسي .

ويتسبب البيتيدين في زيادة حدوث الآثار غير المرغوبة في الجهاز العصبي المركزي (وهي الرعاش ، والنفضات twitchings ، والهياج ، والاختلاجات) زيادة كبيرة اذا تجاوزت الجرعة أكثر من ٢٠٠ مغ كل ٣ ساعات . وينبغي عدم إعطاء البيتيدين للمرضى الذين يعانون من خلل كلوي ، وذلك نظراً إلى زيادة احتمالات حدوث الآثار الجانبية في الجهاز العصبي المركزي . ويزيد الفينوباربيتال والكلوربرومازين من سمّية البيتيدين .

والبرينورفين ، مسكن أفيوني قوي يمثل مجموعة من الأدوية الأفيونية تسمى الشواد والضواد المختلطة mixed agonist-antagonists . وهذا الصنف من الأدوية مستنبط حديثا ، والخبرة في استعمالها محدودة أكثر من الخبرة باستعمال الأدوية الأقدم . **وينبغي ألا تستعمل مع مسكنات أفيونية أخرى** خشية إبطال التسكين . ولتأثير البرينورفين حد أقصى ، ولذا فهو ليس بديلا كاملا للمورفين ، وتبلَغ آثاره المشابهة لآثار المورفين حدها الأقصى إذا بلغت جرعته حوالي ميليغرام واحد وأعطيت في العضل . ويبدأ مفعول الدواء بعد حوالي ٣٠ دقيقة ، ويبلغ ذروته بعد ٣ ساعات (يبلغ تأثير المورفين ذروته ما بين ساعة وساعتين) ، ويتراوح أمد تأثيره المفيد بين ٦ و ٩ ساعات تقريبا (ما بين ٤ و ٥ ساعات بالنسبة للمورفين) وتتم السيطرة بواسطته على الألم بدرجة مقبولة في معظم المرضى باعطائهم الجرعة كل ٨ ساعات بانتظام . **ويؤخذ هذا الدواء تحت اللسان** .

ويشبه هذا الدواء بصفة عامة المورفين من حيث آثاره الذاتية والنفسية ، إلا أن زيادة الجرعة يؤدي إلى إصابة المريض بالتململ ، على عكس المورفين . وتفوق قدرة البرينورفين المعطى تحت اللسان قدرة المورفين المعطى عن طريق الفم ما بين ٦٠ و ٨٠ ضعفا . أما المرضى الذين لا يعود المورفيه قادراً على السيطرة على آلامهم ، فينبغي تغيير نظام علاجهم باعطائهم سلفات المورفين عن طريق الفم . وتتحدد الجرعة المبدئية للمورفين في هذه الحالة بمضاعفة الجرعة اليومية الكلية من البرينورفين السابق أعطاؤها للمريض مئة ضعف ، على أن تتحول هذه الجرعة اليومية الكلية إلى نظام مناسب يقوم على إعطاء جرعة من المورفين كل أربع ساعات . وقد اتضح من الدراسات أن قدرة البرينورفين على إحداث حالة الاعتماد أقلّ من قدرة الكودين .

أفيونيات قوية أخرى

قد لا تتوافر في بعض البلدان بعض الأفيونيات السالفة الذكر وإن كان يمكن في هذه البلدان الحصول على أفيونيات قوية أخرى يمكن أن يحل معظمها محل المورفين الفموي ، ويكفي أن يتوافر منها ما يلي :

الأفيون المعياري ، وهو مورفين مخفف تقريبا . ويختلف محتواه المورفيني من بلد إلي آخر ولكنه عادة يمثل ١٠٪ من وزن مسحوق الأفيون . ويجب على الطبيب أن يحدد المحتوى المورفيني في بلده . ويُجمع بين الأفيون والأسبيرين في بعض البلدان في قرص ثابت الجرعة .

الهدروومورفون ، وتزيد قدرته على ستة أضعاف قدرة المورفين . ويستمر مفعوله حوالي ٣ ساعات . وتبلغ الجرعة المبدئية العادية منه ميليغراما واحدا في العضل أو ما يتراوح بين ٤ و ٨ مغ عن طريق الفم .

الليفورفانول ، وتزيد قدرته على ٥ أضعاف قدرة المورفين الفموي . ويسكّن الألم مدة تتراوح بين ٤ و ٦ ساعات وهو كالميتادون ، قد يتراكم في الدم ويحدث التسكين مع تكرار الجرعات . وتتراوح الجرعة المبدئية المعتادة بين ١ مغ و ٢ مغ في العضل ، أو بين ٢ مغ و ٤ مغ عن طريق الفم .

طرق بديلة لإعطاء الأفيونيات

إعطاء الأفيونيات عن طريق المستقيم . يمكن إعطاء المريض المورفين عن طريق المستقيم ، ولهذه الطريقة نفس فعالية إعطائه بالفم . ويمكن أن يفيد من هذه الطريقة المرضى الذين يتقيأون أو يعجزهم المرض عن تناول الأدوية عن طريق الفم . وتتوافر في بعض البلدان حمولات (لبوسات) تتراوح قوة تركيزها بين ١٠ مغ و ٦٠ مغ .

ويمكن في حالة عدم توافر الحمولات (اللبوسات) إعطاء المورفين عن طريق حقنة شرجية علي أن تعطي الجرعة في ما يتراوح بين ١٠ و ٢٠ ميليلترا من الماء . ويمكن أيضا اعطاء الأفيون والهدروومورفون عن طريق المستقيم .

الحقن تحت الجلد أو في العضل : ينبغي للمرضى الذين لا يمكنهم أخذ مسكنات أفيونية عن طريق الفم أو المستقيم أخذ هذه المسكنات تحت الجلد أو في العضل . ويمكن إعطاء المورفين والميتادون والبيرينورفين تحت الجلد . أما البيتيدين فيجب إعطاؤه عن طريق الحقن العميق في العضل ، على أن تتراوح جرعة المورفين

والبيتيدين المحقونة بين ثلث ونصف الجرعة الفموية التي كانت تكفي من قبل . ويجب خفض الجرعة في حالة المعالجة بالميتادون إلى النصف أما في حالة المعالجة بالبيرينورفين فتبقى الجرعة كما هي .

وعند التحول من الطريق الفموي إلى طريق الحقن ، ينبغي أن تكون استجابة المريض للمسكن هي العامل المحدد للجرعة ، نظرا إلى أن التوصيات المقدمة تقوم أساسا على دراسات أجريت على الجرعة المسكّنة الوحيدة ويمكن أيضا إعطاء الأفيون والهدرومورفون والليفورفنول عن طريق الحقن

إعطاء الأفيونيات بالوريد : يمكن إعطاء الأفيونيات داخل الوريد ، إما دفعة واحدة bolus injection أو بالتسريب المستمر ، وإن كان يفضل الاستمرار في معالجة المريض بالأدوية الفموية .

إعطاء الأفيونيات فوق الجافية وداخل القراب . استحدثت هاتان الطريقتان الجديدتان من طرق إعطاء الدواء لتسكين الألم تسكينا انتقاليا مع تقليل الآثار الجانبية إلى أدنى حد ممكن وهاتان الطريقتان تستلزمان توافر خبرة خاصة بإدخال القثاطر catheter كما تستلزمان وجود تجهيزات خاصة وعلى الرغم من فعالية هاتين الطريقتين فان دورهما في معالجة آلام السرطان لا يزال مثيرا للجدل

الأدوية المساعدة

اعتبارات عامة

تشمل الأدوية المساعدة adjuvant drugs سلسلة من المركّبات التي تختلف فيما بينها من حيث البنية الكيميائية ، وتستعمل لمعالجة آلام السرطان بإحدى طريقتين

١ــ معالجة أنماط معينة من الألم ؛
٢ــ أو تحسين الأعراض الأخرى التي تحدث عادة لمرضى السرطان

الملحق ١ ــ طريقة تسكين آلام السرطان

وأي محاولة لإعداد إرشادات لاستعمال هذه الأدوية في معالجة آلام السرطان يجب أن تراعى فيها الاعتبارات التالية :

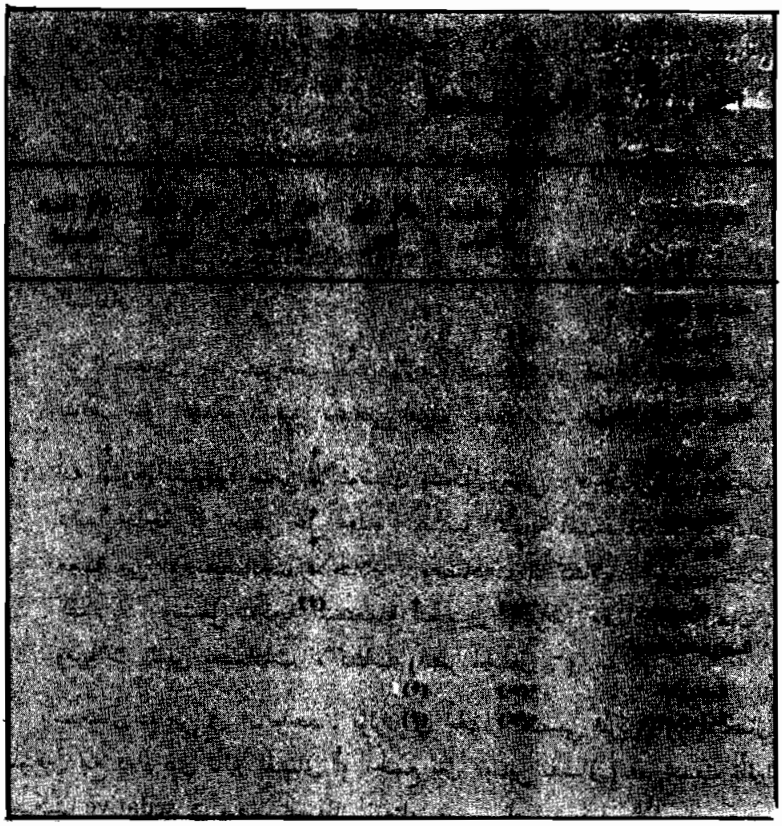
* أن هذه الأدوية استُنبطت واتيحت لدواعي استعمال سريرية أخرى غير تسكين الألم .

* أنه لم تجر دراسات مرقبة controlled حول استعمال هذه الأدوية لمعالجة آلام السرطان .

* أن الاستعمال المناسب لهذه الأدوية لزيادة التسكين أو لمعالجة الآثار الجانبية يتوقف على التقدير الدقيق لأعراض المريض والعلامات السريرية .

* أن الأدوية المساعدة ينبغي ألا توصف بشكل روتيني ، فاختبار الدواء تفرضه دائما حاجة كل مريض على حدة . وتشمل الأدوية المستعملة لمعالجة أنماط معينة من الألم مضادات الاختلاج ، ومضادات الأكتئاب ، والستيرويدات القشرية . وتشمل الأدوية المستعملة لتحسين الأعراض مضادات الذهان ، ومزيلات القلق ومضادات الاكتئاب (انظر الجدول ٦) .

واستعمال دواءين في آن واحد ، يؤثران في الجهاز العصبي المركزي (كاستعمال المورفين مع دواء ذي تأثير نفساني أو الجمع بين دواءين نفساني) قد يحدث تأثيرا تسكينيا sedative في مرضى السرطان المعتلين وسيىء التغذية يفوق الأثر التسكيني الذى يحدثه في غيرهم من المرضى . ويجب أن تكون الجرعات المبدئية من الأدوية ذات التأثير النفساني المستعملة لمعالجة مرضى السرطان الذين يعانون من الألم أقل عادة من الجرعات المبدئية المستعملة في العادة لمعالجة المرضى الأصحاء بدنيا .



(أ) مفيد غالبا في معالجة الألم الطعني (البارق ، الواخز) .

(ب) مفيد غالبا في معالجة الألم الناجم عن خلل الاحساس (الخرقان السطحي) .

جـ) يستعمل غالبا في معالجة انضغاط الأعصاب ، وانضغاط النخاع الشوكي ، وارتفاع الضغط داخل الجمجمة.

مضادات الاختلاج

الفنيتوين والكاربامازيبين دواءان تشمل آليات فعلهما كبت الإطلاق العصبي neuronal firing التلقائي . وقد كان استعمالهما فعالا في معالجة آلام عصبية معينة مثل ألم العصب الثلاثي التوائم trigeminal neuralgia . أما فى حالة السرطان فيفيد الكاربامازيبين في معالجة المكون الواخز stabbing component للألم الناجم عن إعاقة النبضات العصبية الواردة .

والجرعة المبدئية من الكاربامازيبين هي ١٠٠ مغ يوميا ، تضاف إليها ١٠٠ مغ أخرى كل ٣ــ٤ أيام إلى أن تبلغ جرعتها القصوى ٤٠٠ مغ أو ٥٠٠ــ٦٠٠ مغ في بعض الأحيان . وتشمل الآثار الجانبية الرئيسية لهذا الدواء الغثيان والقياء والرنح ataxia والدوخة والوسن lethargy والتخليط (التشوش) . ويمكن خفض هذه الآثار إلى أدنى حد ممكن عن طريق المعايرة التصاعدية البطيئة للجرعة ، مع الرصد الدقيق . هذا ، ومرضى السرطان أكثر تعرضا للاصابة بقلة الكريات البيض إذا كانوا يتلقون معالجة كيميائية منذ وقت قريب . ويجب أن تبدأ جرعة الفنيتوين بمئة مغ يوميا تزاد تدريجيا بإضافات تتراوح ما بين ٢٥ و ٥٠ مغ الى أن تبلغ الجرعة الكلية ما يتراوح بين ٢٥٠ و ٣٠٠ مغ يوميا علي الأكثر . وتستقر الحالة بعد ما بين أسبوع وأسبوعين . والآثار الجانبية لهذا الدواء شبيهة بالآثار الموصوفة بالنسبة للكاربامازيبين ، وهي عادة طفيفة ونادرا ما تعرقل المعالجة .

مضادات الذهان

الكلوربرومازين ، وهو ليس مسكنا ولا يحقق أخذه مع دواء أفيوني تسكينا إضافياً . وله آثار مضادة للقلق ، وقد يفيد في خفض القلق الذي يؤدي إلى تفاقم الألم . وله أيضا خصائص مضادة للقيء والذهان . وتشمل آثاره الجانبية إنخفاض الضغط ، وتغيم الرؤية ، وجفاف الفم ، وتسارع القلب ، واحتباس البول ، والإمساك ، وتأثيرات خارج الجهاز الهرمي ، الذي يسمى أيضا الجهاز القشري النخاعي . وتبلغ جرعته ١٠ــ٢٥ مغ وتعطى بالفم كل ٤ــ٨ ساعات .

البروكلوربيرازين ، ويستعمل مضادا للقيء . وتبلغ جرعته ٥ــ١٠ مغ تعطى بالفم كل ٤ــ٨ ساعات . وتتوافر منه مستحضرات تعطى حقنا أو في شكل حمولات (لبوسات) .

الهالوبيريدول ، هو أكثر ما يشيع استعماله في معالجة الذهان الحاد وحالات السرطان التي يعاني أصحابها من تخليط (تشويش) مصحوب بالهياج . بهذا الدواء مضاد للقيء وتفوق قدرته الكلوربرومازين وهو أقل تسكينا منه ، إلى جانب أن آثاره المضادة للفعل الكوليني وآثاره القلبية الوعائية أقل . ويُقترح أن تكون جرعته المبدئية ميليغراما واحدا يعطى بالفم مرة أو مرتين يوميا . أما الجرعات المستعملة لمعالجة الأعراض النفسانية فهي أعلى كثيرا ، إذ تصل إلى ١٠ مغ وتعطى ٢ــ٣ مرات يومياً .

مضادات القلق

الديازيبام ، ويستعمل عادة لمعالجة القلق الحاد والهلع . ويلاحظ وجود القلق عادة في المرضى الذين يعانون من الألم ، ولكنه يقل غالبا متى تمت السيطرة على الألم . وأخذ الديازيبام مع دواء أفيوني لا يحدث تسكينا اضافيا ، وإن كان يفيد في معالجة الألم الناجم عن التشنيج العضلي . وتشمل آثاره الجانبية النعاس ، وانخفاض الضغط الوضعي postural hypotension ونقص التوتر العضلي muscular hypotonia .

الجرعة : الجرعة المبدئية العادية من الديازيبام ٥ــ١٠ مغ . ويمكن اعطاؤها عن طريق الفم أو عن طريق المستقيم أو حقنا . وتتراوح جرعة الصيانة بين ٢ و ١٠ مغ عند النوم ، و ١٠ مغ ٢ــ٣ مرات يوميا بحسب الاحتياجات الفردية .

الهدروكسيزين ، وله تأثير مضاد للقلق ومضاد للهستامين وللتشنج والقيء . وهو عند أخذه مع المورفين يحدث تأثيرات مسكنه إضافية . وتشمل آثاره الجانبية التسكين sedation ، وفرط الاستثارة ، والارتجاج العضلي myoclonus المتعدد البؤر .

الجرعة - من ١٠ مغ ثلاث مرات في اليوم إلى ٢٥ مغ كل ٤ ساعات ، وأحيانا أكثر .

مضادات الأكتئاب

تستعمل مضادات الأكتئاب لمعالجة الأكتئاب المصاحب للسرطان لدى مرضى السرطان الذين يعانون من الألم . ويحدث اكتئاب واضح لنحو خمسة وعشرين بالمئة من مرضى السرطان . وتستعمل مضادات الاكتئاب أيضا لتسكين ألم خلل الاحساس ، الناجم عن إعاقة النبضات العصبية الواردة . وفي هذه الحالة تحدث مضادات الاكتئاب ، ولاسيما الأميتريبتيلين ، تأثيرات مسكنة بجرعات أقل من الجرعات المستعملة لمعالجة الاكتئاب . وللأميتريبتيلين أيضا تأثير منوم يساعد على تحسين نمط نوم المريض .

وتتراوح الجرعة المبدئية بين ١٠ و ٢٥ مغ تعطى مرة واحدة عند النوم . وعادة تؤدي زيادة الجرعة زيادة بطيئة إلى ٥٠ــ٧٥ مغ الى تخفيف الألم الناجم عن اعاقة النبضات العصبية الواردة ، وإلى تحسين النوم . وقد يحتاج علاج المرضى الذين يعانون من اكتئاب شديد إلى جرعات يومية تتراوح بين ١٥٠ و ٢٠٠ مغ . وتشمل الآثار الجانبية لهذا الدواء جفاف الفم، والإمساك، واحتباس البول ، والدوار ، والتخليط (التشويش) . كما قد يتسبب الدواء ، في حالات نادرة ، في حدوث فرط الاستثارة hyperexcitable state . ويحظر استعماله في معالجة المرضي المصابين بالزرق (الغلوكوما) .

الستيرويدات القشرية

قد تستعمل الستيرويدات القشرية كمسكنات مساعدة لتحسين المزاج (حالة النفسية) وتنبيه الشهية . ولها خصائص مضادة للالتهاب ، كما أنها تفيد في تسكين الألم المقترن بانضغاط الأعصاب ، وانضغاط النخاع الشوكي ، والصداع الناجم عن أرتفاع الضغط داخل الجمجمة وكذلك آلام العظام . ويتميز كل من البريدنيزولون

والدكساميتازون بفعاليته في معالجة هذه الأعراض . ويعادل ميليغرام واحد من الدكساميتازون ٧ مغ من البريدنيزولون .

وتتوقف الجرعة على الحالة السريرية (الاكلينيكية) ، فألم انضغاط الأعصاب يوصف لمعالجته ١٠ مغ من البريدنيزولون ثلاث مرات يوميا أو ٤ مغ من الدكساميتازون يوميا ، تخفض إلى جرعة صيانة أقل بعد ٧ــ١٠ أيام . ويلزم من وقت لآخر اعطاء جرعة أعلى لتحقيق فائدة يعتد بها . وفي حالة ارتفاع الضغط داخل الجمجمة ، فان ٤ مغ من الدكساميتازون ٤ مرات يوميا تعد جرعة مبدئية مناسبة ، يمكن تخفيضها إلى جرعة صيانة أقل بعد ٧ــ١٠ أيام .

أما في حالة انضغاط النخاع الشوكي فقد استعملت جرعات أكبر من ذلك بكثير في بعض المراكز ، حيث وصلت الجرعة المبدئية إلى ١٠٠ مغ يوميا ، خفضت بالتدريج إلى ١٦ مغ أثناء المداواة بالأشعاع .

أما الآثار الجانبية فتشمل الوذمة ، وعسر الهضم ، وفي بعض الأحيان النزف المَعِدي المِعَوي ، علاوة على إمكان حدوث اعتلال عضلي داني proximal myopathy ، وهياج ، وهوس خفيف وعدوى انتهازية . وقد يزيد معدل وقوع الآثار الجانبية في حالة استعمال الستيرويدات القشرية مع الأدوية المشابهة للأسبيرين .

الخلاصـــة

١ــ الألم السرطاني ألم تمكن بل تجب معالجته .

٢ــ ينبغي أولا استقصاء تاريخ المرض بدقة ، وفحص المريض بعناية . كما ينبغي استبعاد الحالات الحادة التي تتطلب علاجا نوعياً .

٣ــ تسكن الأدوية في العادة الألم تسكينا جيدا ، شريطة إعطاء المريض الدواء المناسب بالجرعة المناسبة وفي فترات مناسبة .

٤ــ ينبغي لمعالجة الألم المستمر أخذ الأدوية بانتظام وفق « مواعيد محددة » و « ليس عند الطلب » .

٥ــ ينبغي لمعالجة الألم الطفيف إلى المعتدل أن يوصف للمريض دواء لا أفيوني وضبط الجرعة عند مستواها الأمثل (انظر الجدول ٤) ، كما ينبغي استعمال دواء مساعد عند الضرورة .

٦ــ إذا فقد هذا العلاج قدرته على تسكين الألم فانه ينبغي أن يوصف للمريض بالإضافة إلى الدواء اللا أفيوني دواء أفيوني ضعيف ، علاوة على دواء مساعد ، إذا كان هذا مناسبا .

٧ــ إذا فقدت هذه الأدوية قدرتها على تسكين الألم ، فانه ينبغي وصف دواء أفيوني قوي علاوة على دواء مساعد لا أفيوني ، إذا كان هذا مناسبا .

٨ــ يجب الإشراف على المريض ما أمكن لضمان مجاراة العلاج للألم وتقليل الآثار الجانبية إلى أدنى حد ممكن .

الملحق ٢

الاجتماعات التي عقدتها منظمة الصحة العالمية بشأن تسكين آلام السرطان

اجتماع منظمة الصحة العالمية حول المعالجة الشاملة لآلام السرطان[1]

(جنيف ، ١١ ــ ١٤ كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٤)

قائمة المشتركين

الدكتور ك. بلوغلاس ، وحدة التعليم والبحوث بقسم الممارسة العامة بكلية الطب بجامعة برمنغهام ، برنغهام ، انكلترا.

الدكتور ج. بونيكا ، قسم التخدير ، جامعة واشنطن ، سياتل ، ولاية واشنطن ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الدكتور ل . براسور ، قسم التخدير والانعاش ، مستشفى بول بروس، فيلجويف ، فرنسا .

الدكتور إ.ك. تشيدومير ، وزارة الصحة الاتحادية ، يابا ــ لاغوس، نيجيريا .

الدكتور ج. دى سوزا (نائب الرئيس) مستشفى تاتا التذكاري ،بمباي، الهند .

الممرضة ب. ديتمر ، لمبورج/ لان ، جمهورية ألمانيا الاتحادية .

الدكتور إ. دونايفسكي ، قسم التخدير والعناية المركزة بمعهد ن. ن. بتروف لبحوث علم الأورام ، لننجراد ، الاتحاد السوفيتي .

الدكتور ك. فولي(الرئيس)، قسم طب الجهاز العصبي ، مركز سلون كترينغ لمعالجة السرطان ، نيويورك ، ولاية نيويورك ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الدّكتور ل. همنكي ، قسم الصحة العمومية ، جامعة تامبير ،تامبير، فنلندا .

(١) تعرب منظمة الصحة العالمية عن تقديرها وامتنانها للدعم المالي الذي قدمته حكومة جمهورية ألمانيا الاتحادية لهذا الاجتماع .

الدكتور ج. هندسدورفر ، وزارة الشباب الاتحادية ، إدارة الأسرة والصحة ، بون ، جمهورية ألمانيا الاتحادية .

الدكتور هـ. ج. إيليجير ، عيادة المجلس البلدي لمدينة أولدنبرج بجمهورية ألمانيا الاتحادية .

الدكتور جايا سوريا (نائب الرئيس) ، ناوالا ، سري لانكا .

الدكتور ليواكسوبني ، معهد بحوث السرطان ، بكين ، الصين .

الدكتور م. مارتاليت ، قسم التخدير ، مستشفى بورتو أليغري ، بورتو أليغري ، البرازيل .

الدكتور م. ماكس ، لجنة التثقيف بجمعية رعاية الألم الأمريكية ، روكفيل ، ولاية ماريلاند ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الدكتور ل. ج. باولو ، قسم الأدوية ، مانغينوس ، ريودي جانيرو ، البرازيل .

الدكتور ا. د. ج. ريتشاردز ، إدارة طب المجتمع ، ليدز ، انكلترا .

الدكتور م. سويردلو ، مانشستر ، انكلترا.

الدكتور ف. تاكيدا ، مركز سايتاما لمعالجة السرطان ، سايتاما ، اليابان .

الدكتور ر. تويكروس (المقرر) ، مستشفى تشرشل ، اكسفورد ، انكلترا.

الدكتور ف. فان دام ، أنتوني فان ليفنهوكيس ، من المعهد الهولندي للسرطان ، أمستردام ، هولندا .

الدكتور ك. و. فان جروتنبغ ، الهيئة المركزية لتفتيش الأدوية ، وزارة الرعاية والشئون الصحية والثقافية ، ليدشيدام ، هولندا .

الدكتور ف. ف. فنتافريدا ، مركز تسكين آلام السرطان المتعاون مع منظمة الصحة العالمية والتابع للمعهد الوطني للسرطان في ميلانو ، ايطاليا .

الدكتور أ. فيبر ، معهد الدوائيات السريرية (الاكلينيكية) ، العيادة الطبية الجامعية ، هيدلبرغ ، جمهورية المانيا الاتحادية .

ممثلون لمنظمات أخرى

الدكتور س. أندرسن، الرابطة الدولية لدراسة الألم في سياتل ، ولاية واشنطن ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الآنسة م. ك. كون ، الاتحاد الدولي لجمعيات منتجي الأدوية في جنيف ، سويسرا .

الدكتور ك. هالنان ، الاتحاد العالمي لرعاية مرضى السرطان ، لندن ، انكلترا .

الدكتور ب. سيلبي ، الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان ، جنيف ، سويسرا .

منظمة الصحة العالمية

الدكتور محمد عبد المؤمن ، مكتب تعزيز البحوث وتطويرها ، منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا .

الدكتور م. ج. ديوكس ، قسم المستحضرات الصيدلانية واستخدام الأدوية ، المكتب الاقليمي الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية ، كوبنهاغن ، الدانمرك .

الدكتور س. س. فلوس ، قسم التشريعات الصحية ، منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا .

الدكتور ج. أورلي ، قسم الصحة النفسية ، منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا .

الدكتور د. شونفلد ، مركز تقييم الإحصاءات الحيوية للسرطان المتعاون مع منظمة الصحة العالمية ، في بوسطن،ولاية ماساتشوسيتس ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الدكتور ك. ستانلي، أخصائي السرطان بمنظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا .

الدكتور ج. ستيرنسفارد ، أخصائي السرطان بمنظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا (الأمين) .

السيد م. تين هام ، أخصائي المستحضرات الصيدلانية بمنظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا .

اجتماع استشاري لمنظمة الصحة العالمية[1]

(ميلانو ، ايطاليا ، تشرين الأول / أكتوبر ١٩٨٢)

قائمة المشتركين

الدكتور ج. بيرخان ، مستشفى جامعة رامبام ، حيفا ، اسرائيل .

الدكتور ج. بونيكا ، عن الرابطة الدولية لدراسة الألم ، سياتل ، ولاية واشنطن ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الدكتور ب. ب. ديساي ، عن مركز تاتا التذكاري في باريل ، بومباي ، الهند .

الدكتور ك. فولي ، قسم طب الجهاز العصبي بمركز سلون كترينغ لمعالجة السرطان ، نيويورك ، ولاية نيويورك ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الدكتور م. مارتليت ، مستشفى بورتو أليغري ، بورتو أليغري ، البرازيل .

الدكتور أ. ران، اخصائي الدوائيات السريرية ، هودينج سيوكوس ، ستوكهولم ، السويد .

الدكتور م. سويردلو ، مستشفى الأمل ، سالفورد ، انكلترا (الرئيس) .

(١) تولى المشتركون في هذا الاجتماع إعداد مسودة الإرشادات التي بنيت عليها «طريقة تسكين آلام السرطان » (الملحق ١). ونعرب عن تقديرنا وامتناننا للعون الذى قدمته مؤسسة فلورياني في ميلانو لتنظيم هذا الاجتماع .

الدكتور ف. تاكيدا ، من مركز سايتاما للسرطان ، سايتاما ، اليابان .

الممرضة ف. ز. تيفاني ، مستشفى مارسدين الملكي ، لندن ، انكلترا .

الدكتور ر. تويكروس ، مستشفى تشرشل ، أكسفورد ، انكلترا .

الدكتور ف. ف. فنتافريدا ، قسم معالجة الألم ، المعهد الوطني للسرطان ومؤسسة فلورياني ، ميلانو ، إيطاليا .

منظمة الصحة العالمية

الدكتور ف. فان دام ، أنتوني فان ليفنهوكوس ، المعهد الهولندي للسرطان، أمستردام ، هولندا (مستشار مؤقت) .

الدكتور ر. جلبر ، مركز تقييم الإحصاءات الحيوية للسرطان المتعاون مع منظمة الصحة العالمية ، بوسطن ، ولاية ماساتشوسيتس ، الولايات المتحدة الأمريكية .

الدكتور ك. ستانلي ، اخصائي السرطان بمنظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا .

الدكتور ستيرنفارد ، أخصائي السرطان بمنظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا (الأمين) .

الدكتور ب. ويسين ، مركز تقييم الإحصاءات الحيوية للسرطان المتعاون مع منظمة الصحة العالمية ، بوسطن ، ولاية ماساتشوسيتس ، الولايات المتحدة الأمريكية .

مراقب

الآنسة م.ك. كون ، الاتحاد الدولي لجمعيات منتجي الأدوية ، جنيف ، سويسرا .

يعتبر تسكين آلام السرطان ، إحدى المسائل الصحية الهامة التى لا تزال مهملة سواء في البلدان المتقدمة أو البلدان النامية . غير أن تسكين آلام السرطان أمر ممكن بالنسبة للملايين من مرضى السرطان الذين يعانون حاليا من الألم كل يوم .

وتمثل المداواة بالمسكّنات أحد المقومات الأساسية لهذا النهج ، إذ أن استعمالها الصحيح كفيل بالسيطرة على آلام أكثر من ٩٠٪ من المرضى . وطريقة تسكين آلام السرطان المذكورة في الملحق الأول من هذا الكتاب هي طريقة استحدثتها واعتمدتها مجموعات دولية من الخبراء في طائفة كبيرة من التخصصات ، مثل معالجة الألم والتمريض ، وجراحة الأعصاب ، والدوائيات ، والتثقيف الصحي ، وغيرها ، بالإضافة إلى ممثلي العديد من المنظمات الدولية غير الحكومية .

وهذا الكتاب الذي يتناول بصورة مباشرة مشكلات مثل تحمل الأدوية وإدمانها ، حريّ بأن يطالعه كل المهتمين بمرضى السرطان ، في مراحله المتقدمة ومن بينهم الممرضات والممارسون العامون ، والإخصائيون ، وكذلك المديرون الصحيون وطلاب الطب .

يمكن الحصول على أسعار خاصة فيما يتعلق بطلبات الشراء الواردة من دول الإقليم ، ومن البلدان النامية ، وعند شراء كميات كبيرة . وتقدم الطلبات الخاصة بذلك إلى المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط .

الثمن : ١٣ فرنكاً سويسرياً