الطـب التلطيفـي

Palliative Medicine

الطبعة الأولى 2017

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

© المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية- ACMLS

ردمك : ISBN 978-99966-96-84-8

www.acmls.org

5225 ص. ب. الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

تليفون : 965-25338610/1/2 + فاكس :965-25338618/9 +

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)

الطب التلطيفي

تأليف

د. أمينة محمد أحمد الأنصاري

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية (172)

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)
دولة الكويت

الـطب الـتلـطيـفـي

تأليف

د. أمينة محمد أحمد الأنصاري

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

الطبعة العربية الأولى 2017

ردمك: ISBN: 978-99966-96-84-8

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أية مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة ـ رمز بريدي 13053 ـ دولة الكويت

هاتف : 25338610/1/2 (965)+ فاكس : 25338618/9 (965)+

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org

بسم الله الرحمن الرحيم

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

المقدمة	:	.....	ج
التمهيد	:	.....	هـ
المؤلف في سطور	:	.....	ز
مقدمة الكتاب	:	.....	ط
الفصل الأول	:	مفهوم الطب التلطيفي	1
الفصل الثاني	:	تحسين جودة حياة المريض.....	9
الفصل الثالث	:	الألم....مسبباته وأنواعه.....	37
الفصل الرابع	:	التدبير العلاجي للألم.....	45
الفصل الخامس	:	تقبل المعاناة.....	57
الفصل السادس	:	العناية بالمحتضرين.....	63
الفصل السابع	:	التعامل مع الحالات الطارئة في الطب التلطيفي	69
الفصل الثامن	:	الأدوية المستخدمة في الطب التلطيفي.....	75
المـراجـع	:	.....	97

المقدمة

يأتي مفهوم «دار إيواء المرضى» من الكلمة اللاتينية (Hospitium)، وهذا يعني الضيافة، وكان يستخدم في العصور الوسطى في أوروبا ومنطقة البحر الأبيض المتوسط لوصف مكان للراحة للمسافرين والحجاج. ولقد كان اليونانيون في القرن السادس يمارسون علاج المرضى بعيادات متنقلة، يقدمون خدمات الرعاية المنزلية ثم بدأوا استخدام أماكن ثابتة لضيافة ورعاية المرضى المسافرين. وقد اختفت هذه الدور لفترة من الوقت، لكنها ظهرت من جديد في القرن الحادي عشر بالمملكة المتحدة وفرنسا بشكل خاص، بهدف رعاية المرضى الميؤوس من شفائهم.

لقد تطور مفهوم الرعاية التلطيفية، في الوقت الحالي حيث يتم استشارة الفريق التلطيفي منذ بداية تشخيص الأمراض المزمنة التي يصاحبها أعراض تتسم بالتفاقم، وتهدد حياة المريض وتستمر الخدمة طوال فترة العلاج الفعال للمرض، وتمتد الرعاية التلطيفية إلى مرحلة ما بعد الوفاة لتقديم الدعم النفسي والروحي لأسرة المريض. أثبتت الدراسات أن التدخل المبكر لفريق الرعاية التلطيفية بالنسبة لمرضى الأمراض المزمنة التي تهدد الحياة يحسن من جودة حياة المرضى مقارنة بالذين لا يتلقون الرعاية التلطيفية.

يحتاج الأطباء غير المتخصصين بالطب التلطيفي في مختلف التخصصات إلى التدرب والإلمام بمبادئ الطب التلطيفي كعلاج الألم وباقي الأعراض وعلاج المريض بشكل شامل للجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية. ولقد أوصت منظمة الصحة العالمية بإدخال منهج الطب التلطيفي من ضمن مناهج كليات الطب في العالم حتى يتخرج الطبيب وهو ملم بمبادئ الطب التلطيفي ومميز للحالات التي تحتاج استشارة المتخصصين في هذا المجال من أجل تخفيف معاناة المريض.

نأمل أن يحقق هذا الكتاب الهدف المرجو منه، وأن يكون مفيداً لكل من يطلّع عليه.

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضي
الأمين العام
المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

التمهيد

عرّفت منظمة الصحة العالمية الطب التلطيفي بأنه نهج يعني بتحسين جودة حياة المرضى وأسرهم ممن يواجهون مشكلات ترتبط بأمراض تهدد حياتهم من خلال تخفيف معاناتهم ومعالجة الآلام وباقي الأعراض سواء كانت بدنية أو نفسية. ويتألف الطب التلطيفي من عدة جوانب، أولها الرعاية البدنية التي تتألف من ثلاثة جوانب هي، علاج الألم من خلال تحديد مصادره، ومن ثم تخفيفه باستعمال بعض الأدوية التي تتراوح ما بين المسكنات البسيطة أو المتوسطة أو القوية، وكذلك علاج الأعراض المصاحبة لبعض الأمراض مثل القيء، الغثيان، الإسهال والإمساك، وثاني الجوانب هي الرعاية النفسية التي تركز على معالجة الاكتئاب والحزن ومشكلات الصحة العقلية التي قد تحتاج علاجاً دوائيًا. والجانب الثالث هو الرعاية الروحية التي تشمل دعم رجال الدين للمريض وأسرته.

لقد شهدت الأوساط الطبية اهتماماً كبيراً بهذا النوع من الطب، وحددت منظمة الصحة العالمية عدة جوانب لا بد أن تتوافر في فريق الرعاية التلطيفية منها، امتلاك الفريق خبرات تمكنهم من معالجة الآلام والأعراض المختلفة، وامتلاكهم مهارات خاصة للتواصل مع المرضى وذويهم ومنحهم الوقت الكافي للحديث عن المشكلات التي تواجههم.

يحتوي الكتاب الذي بين أيدينا على ثمانية فصول، يعرض الفصل الأول مفهوم الطب التلطيفي، ويتحدث الفصل الثاني عن تحسين جودة حياة المريض، ويتضمن الفصل الثالث الحديث عن الألم ومسبباته وأنواعه، ويشير الفصل الرابع إلى التدبير العلاجي للألم، ويشرح الفصل الخامس تقبل المعاناة لدى المريض وأفراد أسرته وكذلك مقدمي الرعاية، ويستعرض الفصل السادس العناية بالمحتضرين، ويناقش الفصل السابع التعامل مع الحالات الطارئة في الطب التلطيفي، وأخيراً يُختتم الكتاب بفصله الثامن بالحديث عن الأدوية المستخدمة في الطب التلطيفي.

نأمل أن يستفيد القارئ من كل ما قدمناه من معلومات احتوت عليها فصول هذا الكتاب.

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور/ يعقوب أحمد الشراح
الأمين العام المساعد
المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

د. أمينة محمد أحمد الأنصاري

- كويتية الجنسية.
- حاصلة على بكالوريوس الطب والجراحة – كلية الطب – جامعة الكويت – 2001 م.
- حاصلة على البورد الكويتي وزميل الكلية الملكية لطب العائلة – 2007 م.
- حاصلة على زمالة الطب التلطيفي – مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث – 2013 م.
- تعمل حالياً استشاري طب تلطيفي – مركز الرعاية التلطيفية – دولة الكويت.

مقدمة الكتاب

الطب التلطيفي كما تصفه منظمة الصحة العالمية، وفقاً لما هو منشور على موقعها الإلكتروني عبر الإنترنت، بأنه نهج يعنى بتحسين جودة حياة المرضى وأسرهم ممن يواجهون مشكلات ترتبط بأمراض تهدد حياتهم عبر منع وتخفيف معاناتهم بالكشف المبكر والتقييم ومعالجة الآلام وباقي المشكلات سواء كانت بدنية، نفسية وروحية. يبدأ الطب التلطيفي من اليوم الأول بتشخيص الأمراض السرطانية وغير السرطانية، وهو يُعد من أرقى التخصصات الطبية وذلك لتركيزه على جميع الجوانب بنفس الأهمية لعلاج المريض وأسرته وتخفيف معاناتهم. إن إصابة المريض بأحد الأمراض المزمنة التي تهدد حياته تحدث شرخاً عميقاً في حياته وتهز كيانه من الأعماق وتجعله غير قادر على الاستمتاع بالحياة ولا يمكنه وضع مخطط واضح لحياته على ظروف مرضه وهذا ما يسمى بالمعاناة. ينطلق الطب التلطيفي من بداية تشخيص الأمراض المزمنة التي تهدد الحياة كالسرطان وغيرها من الأمراض المزمنة، مثل داء السكري والفشل الكلوي المزمن وهبوط عضلة القلب المزمن، وضيق الشعب الهوائية المزمن وغيرها من الأمراض وبالذات في المراحل الأخيرة عندما يعجز الأطباء المباشرون لهذه الحالات عن التحكم في هذه الأعراض بالأدوية المعتادة، هنا يأتي دور الرعاية التلطيفية. فلا يخفى على أحد أن المريض المصاب بهذه الأمراض يعاني من العديد من الأعراض كالآلام، وصعوبة التنفس والقيء والغثيان والقلق والاكتئاب وغيرها من الأعراض، ويحتاج المريض بعدها إلى المسكنات القوية والعقاقير المخدرة للسيطرة عليها، ويتم التركيز أيضاً على تأثير هذه الأعراض على حياة المريض ونفسيته وأسرته ويتم العلاج عن طريق فريق عمل متكامل لشمول جميع هذه الجوانب وتتزامن مع العلاج الأساسي للمرض وتشمل الجانب الجسدي والنفسي والروحاني والاجتماعي، وفي ذات الوقت مساعدة المريض وأسرته على تحمّل المرض ومضاعفاته وآلامه من خلال العلاج التلطيفي، ومن هذا المنطلق نأمل أن يغدو الطب التلطيفي شيئاً فشيئاً أن يكون جزءاً لا يتجزأ من الخدمات الطبية المقدمة لمرضى السرطان والأمراض المزمنة.

والله ولي التوفيق،،،

د. أمينة محمد الأنصاري

الفصل الأول

مفهوم الطب التلطيفي

الطب التلطيفي هو عبارة عن مجموعة الخدمات التي يقدمها أطباء متخصصون في الطب التلطيفي بالتعاون مع فريق من مختلف التخصصات الأخرى للأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة قد تهدد حياتهم، تقدم خدمة الطب التلطيفي إما من متخصص بهذا المجال، أو من باقي الأطباء الذين حصلوا على تدريب في مجال الطب التلطيفي مثل أطباء الأورام، والرعاية الأولية، والباطنية، والأطفال، وتخصصات أخرى، وتحترم الرعاية الملطِّفة اختيارات المرضى، وتساعد أسرهم على التعامل مع النواحي العملية، بما في ذلك مواجهة مشاعر الفقدان والحزن طوال فترة المرض وفي حالة الوفاة. لا يحتاج جميع المرضى المصابين بأمراض مزمنة إلى الرعاية التلطيفية المتخصصة بل الأمراض المزمنة التي تهدد حياة المريض، ولكن جميع مرضى الأمراض المزمنة يحتاجون لمبادئ الطب التلطيفي لتخفيف آلامهم المصاحبة للمرض وباقي الأعراض.

يحتاج الأطباء غير المتخصصين بالطب التلطيفي في مختلف التخصصات إلى التدرب والإلمام بمبادئ الطب التلطيفي كعلاج الألم وباقي الأعراض وعلاج المريض بشكل شامل للجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية. أوصت منظمة الصحة العالمية بإدخال منهج الطب التلطيفي من ضمن مناهج كليات الطب في العالم حتى يتخرج الطبيب وهو ملم بمبادئ الطب التلطيفي ومميز للحالات التي تحتاج التحويل أو استشارة المتخصصين في هذا المجال وذلك لتخفيف معاناة المريض.

المهام المطلوبة من الطبيب المتخصص في الطب التلطيفي

1. العمل في أجنحة تنويم المرضى: المرور اليومي على المرضى لتقييم الأعراض ومتابعة نتيجة الأدوية الموصوفة للمرضى وتقديم الدعم النفسي لهم.
2. الوقاية من الأعراض: وذلك بدراسة كل حالة على حدة ووضع تصور للمرحلة المقبلة من حياة المريض والاستعداد لمعالجة أي عرض متوقع وبقدر الإمكان تجنب حدوثه.
3. استغلال أفضل الإمكانيات والأدوية لعلاج الأعراض لدى المرضى.
4. التحلي بالصدق والأمانة والصبر مع المرضى وذويهم.

5. التعاون مع الزملاء و باقي أفراد فريق العمل.
6. تطوير مستواه العلمي عن طريق:
   - *حضور المحاضرات و المؤتمرات وورش العمل.*
   - *الاطلاع على الأبحاث الجديدة.*
   - *عمل البحوث و الدراسات باستمرار.*
7. تقديم الاستشارة للمرضى في مختلف المستشفيات.
8. تقديم الرعاية المنزلية للمرضى.

مفهوم الرعاية التلطيفية

الرعاية التلطيفية (المأخوذة من الكلمة اللاتينية Palliare معناها: التغطية)، وقد عرفتها منظمة الصحة العالمية بأنها الخدمة التي تعتني بتحسين جودة حياة المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة تهدد حياتهم، وذلك عن طريق تخفيف معاناتهم، وكذلك تخفف معاناة أسرهم بتوقع حدوث الأعراض العضوية والنفسية، والاجتماعية والبحث عنها وعلاجها، والتركيز على الآلام المزمنة.

شكل (1) : فريق الرعاية التلطيفية

سوف يلاحظ القارئ استخدام مصطلح الرعاية التلطيفية أكثر من الطب التلطيفي وذلك لشمولية المعنى أولاً، ثانياً لا يمكن تقديم الخدمة الكاملة وتحقيق الهدف المرجو إلا بتضافر جهود الطبيب المتخصص بالطب التلطيفي وفريق الرعاية التلطيفية الذي غالباً ما يشمل:

- الأطباء.
- الممرضين.
- الصيادلة.
- اختصاصي العلاج الطبيعي.
- اختصاصي العلاج المهني.
- الاختصاصي النفسي.
- اختصاصي التغذية.
- رجل الدين الروحاني.
- وغيرهم حسب احتياجات المريض.

تاريخ نشأة وتطور الطب التلطيفي

نشأ مفهوم الرعاية التلطيفية مع بداية دور إيواء المرضى. مفهوم «دار إيواء المرضى» من الكلمة اللاتينية (Hospitium)، وهذا يعني الضيافة، وكان يستخدم في العصور الوسطى في أوروبا ومنطقة البحر الأبيض المتوسط لوصف مكان للراحة للمسافرين والحجاج. في القرن السادس كان اليونانيون يمارسون علاج المرضى بعيادات متنقلة، وكانوا يقدمون خدمات الرعاية المنزلية ثم بدأو استخدام أماكن ثابتة لضيافة ورعاية المرضى المسافرين. اختفت هذه الدور لفترة من الوقت، ولكن ظهرت من جديد في القرن 11 بالمملكة المتحدة وفرنسا بشكل خاص، ومرة أخرى بدأت ترعى المرضى الميؤوس من شفائهم، وأيضاً توفر أماكن الإقامة لهم.

إن الاستخدام الحديث لمفهوم دور الإيواء بدأ في عام 1167 مع افتتاح دار «سانت كريستوفر» في لندن التي أنشأتها الدكتورة «دام سيسلي سوندرز» في القرن ال 20، حيث كان هناك وعي متزايد بتقدم الطب، والتوجه لعلاج الكثير من الأمراض، مما أدى أيضاً إلى تجاهل هؤلاء المرضى الذين لا يمكن علاجهم. إن دام سيسلي سوندرز، هي في الأصل ممرضة، ثم أصبحت متخصصة اجتماعية، ودرست الطب في نهاية المطاف لمواجهة هذا

التحدي، للتخفيف من معاناة المرضى الميؤوس من شفائهم. كان أسلوب عملها في بناء دار إيواء سانت كريستوفر لعلاج الألم مع باقي الأعراض متعدد الأبعاد من (الدعم العاطفي والنفسي والروحي) ليشمل المرضى وأسرهم.

تم استخدام «الرعاية التلطيفية» كمصطلح لأول مرة من قبل الجراح الكندي بلفور، في مستشفى رويال فيكتوريا الكندي، حيث قام بتغيير مسمى الملاجيء بسبب السمعة السيئة التي اكتسبتها هذه الأماكن مع الوقت إلى الرعاية التلطيفية، وتغير مفهوم الرعاية التلطيفية في الوسط الطبي من رعاية ما قبل الوفاة إلى تحسين جودة حياة المرضى. في نفس العام نشطت حركة الرعاية التلطيفية وإنشاء دور إلايواء بالولايات المتحدة الأمريكية، وأخذت بالتوسع والتركيز على رعاية المرضى المنزلية.

كذلك قام المعهد الوطني للسرطان بتمويل دار إيواء جديدة، وكانت أول دار في الولايات المتحدة الأمريكية. وكانت تقدم الرعاية التلطيفية بالمنزل للمرضى المشارفين على الوفاة.أخذ مفهوم الرعاية التلطيفية بالانتشار عالمياً، ولكن بشكل بطيء نظراً لعدم توفر الأدوية وكذلك لقلة الوعي بهذا المجال الرائع الذي يساعد المريض على العيش بطريقة تحقق له الراحة.

مبادئ الرعاية التلطيفية الإكلينيكية

- يُعد المريض و أفراد أسرته وحدة واحدة يستلزم رعايتها.
- يجب تقييم الأعراض باستمرار ومعالجتها بشكل فعال.
- يجب مراعاة أخلاقيات المهنة عند اتخاذ قرار خطة العلاج.
- يجب أن يكون تقديم الرعاية التلطيفية من قبل فريق متعدد التخصصات.
- تقدم الرعاية التلطيفية خدمة متواصلة ومترابطة.
- إن الموت جزء طبيعي من مراحل حياة الإنسان، والهدف الأساسي من الرعاية التلطيفية هو جودة ضمان الحياة.
- تقدم الرعاية التلطيفية الدعم الديني والجانب الروحاني الذي يزيد من تعلق المريض وأسرته بالله تعالى.
- لا تهدف الرعاية التلطيفية لتأجيل الوفاة ولا التعجل بالوفاة.
- تمتد رعاية أسرة المريض لفترة ما بعد وفاته ومساعدتهم لتخطي الفجيعة والحزن.

أسس الرعاية التلطيفية

تقوم الرعاية التلطيفية على ثلاثة أسس رئيسية وهي

1. التقييم المناسب لحالة المريض، حيث ينبغي التركيز على الأمور التالية

- التأكـد من تشـخيص المرض، وذلك بالرجوع إلى التحليلات المخبريـة والنسيجية والإشعاعية السابقة والتأكد من مطابقتها للمعلومات المدونة في أوراق حالة المريض.
- التأكد من المرحلة التي وصل إليها المرض، وفي حالات السرطان هل هو منتشر ألا، وإذا كان منتشراً فما مدى انتشاره؟.
- الاطلاع على المعالجات السابقة التي قدمت للمريض سواء كانت جراحية أو كيميائية أو إشعاعية أو غير ذلك.
- إعطاء المريض مقدمة تعريفية مبسطة عن مفهوم الرعاية التلطيفية، وما الذي يمكن أن تقدمه.
- الاستماع إلى التاريخ المرضي من المريض ومن رافقه خلال فترة المرض، والتركيز على المشكلات والأعراض التي تؤرق المريض، وتقديم الخدمة الشاملة التي تعتني بالجوانب الجسدية والروحية والنفسية والاجتماعية.
- الفحص الإكلينيكي بحسب الحاجة التي يتطلبها كل مريض.

2. وضع خطة العلاج الملائمة لحالة المريض، وينبغي هنا أن تعرض الخيارات العلاجية المتاحة للمريض، ويتم النقاش بشأنها مع بيان السلبيات والإيجابيات التي من خلالها يمكن المفاضلة بين الخيارات المتعددة إن وجدت. وبعد الاتفاق على الخطة العلاجية يجدر بالفريق الصحي التأكد من فهم المريض، ومن يرافقه من أفراد أسرته لخطة العلاج. ومن المناسب هنا التذكير بأن ما يبدوا مناسباً للفريق الصحي قد لا يكون كذلك بالنسبة للمريض أو عائلته.

3. المتابعة المستمرة، وينبغي هنا الإشارة إلى المدة التي يحتاجها الفريق الصحي لمتابعة المريض من خلالها بشكل دوري وهي من بضع دقائق أو ساعات إلى بضعة أيام أو أسابيع بناء على حاجة كل مريض. والأصل أن يتابع هؤلاء المرضى بانتظام وخلال فترات قصيرة نسبياً، نظراً لإمكانية حدوث تغييرات سريعة في أحوالهم، مما يستدعي تحوير خطط العلاج بما يناسب ذلك.

الوقت المناسب لتقديم الرعاية التلطيفية

ببداية ظهور الرعاية التلطيفية تم التعامل معها على أنها العناية بالمرضى الميؤوس من علاجهم أو المحتضرين، وتمتد لفترة بعد الوفاة لأسر المرضى المتوفين.

تغير حديثاً مفهوم الرعاية التلطيفية، حيث يتم استشارة الفريق التلطيفي منذ بداية تشخيص الأمراض المزمنة التي يصاحبها أعراض تتسم بالتفاقم، وتهدد حياة المريض وتستمر الخدمة طوال فترة العلاج الفعال للمرض، وتمتد الرعاية التلطيفية إلى مرحلة ما بعد الوفاة لتقديم الدعم النفسي والروحي لأسرة المريض. أثبتت الدراسات أن التدخل المبكر لفريق الرعاية التلطيفية بالنسبة لمرضى الأمراض المزمنة التي تهدد الحياة يحسن من جودة حياة المرضى حيث إنهم يعيشون بطريقة فضلى عن المرضى الذين لا يتلقون الرعاية التلطيفية.

المعنيون بالرعاية التلطيفية

تهدف برامج الرعاية التلطيفية إلى تقديم رعاية شاملة لفئة خاصة من المرضى وأفراد عائلاتهم الذين يشاركونهم المعاناة، يندرج تحت هذه الفئة عدد من الأمراض أهمها:

1. أمراض السرطان .
2. أمراض الفشل الكلوي المزمن في مراحله المتقدمة.
3. الأمراض الصدرية والقلبية المزمنة في مراحلها المتأخرة .
4. بعض الأمراض العصبية المتصفة بالتفاقم المستمر أو المراحل المتأخرة .
5. أمراض الدم المزمنة كفقر الدم المنجلي، الثلاسيمية.
6. المرضى المصابون بعوز مناعي.

وتشمل الحالات التي قد تكون في حاجة إلى الرعاية الملطِّفة الأمراض غير السارية المزمنة مثل الأمراض القلبية الوعائية، وداء الانسداد الرئوي المزمن، وأمراض الكبد المزمنة، والتصلب المتعدد، وداء باركنسون، والتهاب المفاصل الروماتويدي، والأمراض العصبية، وداء ألزهايمر، والخرف، والشذوذات الخلقية، والأمراض المعدية.

الحاجة للرعاية التلطيفية

إن تحديد الحاجة للرعاية التلطيفية أمر أساسي، ولتحديد هذه الحاجة يجب تقدير الحالات التي تحتاج هذه الرعاية .

كيفية تقدير الحاجة للرعاية التلطيفية

- بشكل عام يتراوح معدل الوفيات بين (3-15) شخصاً/ 1000 شخص.
- يتم ضرب معدل الوفيات الحالي لكل مليون شخص بالعدد الكلي للسكان بالمنطقة.

- يؤخذ 60 % من العدد الناتج وهو العدد التقريبي للأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية .
- بعدها يضاف للرقم عدد الأشخاص الذين يعتقد أنهم سيستفيدون من الرعاية التلطيفية منهم أسر (6) مرضى. ويضاف إلى ذلك عدد العاملين على رعاية المرضى الذي يكون (2) تقريباً.

لماذا نحتاج إلى الرعاية التلطيفية؟

- كثرة الأعراض في نهاية الحياة.
- التمكن من السيطرة على الألم.
- عدد المرضى المشخصين بالسرطان المتقدم كبير، ومنهم من يشخص في نهاية الحياة.

الرعاية التلطيفية حق لكل مريض

فيما يتعلق بالرعاية التلطيفية، أشارت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى أن الدول ملزمة بإتاحة فرص متكافئة لجميع الأشخاص للحصول على الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والحق في ذلك يقرُّ به دستور منظمة الصحة العالمية، والعديد من الصكوك الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان مثال: العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، واتفاقية مناهضة التعذيب وغيرها من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن نحو مليون شخص يحتاجون إلى خدمات الرعاية الملطّفة. وتشير التقديرات إلى أنه من بين عشرين مليون شخص الذين يحتاجون إلى الرعاية الملطِّفة في نهاية حياتهم، هناك 80 % منهم يعيشون في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل؛ ونحو 67 % منهم من كبار السن الذين تجاوزوا عمر الستين، في حين أن 6 % منهم من الأطفال.

يعاني أكثر من 30 مليون شخص حول العالم من آلام وأعراض أخرى، ولا يمكنهم تلقي الرعاية التلطيفية، وهذه المعاناة من غير المقبول وجودها في عصرنا الحالي مع وجود تخصص الرعاية التلطيفية الذي يسهم برفع معاناتهم عن طريق نشر الوعي بالمجتمع، وتشجيع المتخصصين لتقديم هذه الخدمة لتلبية الحاجات الملحة بالعالم. بالرغم من الجهود المبذولة في العقدين السابقين لتوسيع نطاق تقديم الرعاية الطبية، إلا أنه ما زال هناك

أشخاص لا يمكنهم الحصول على الخدمة لذا نحتاج إلى نشر الوعي بالمجتمعات فيما يحض الرعاية التلطيفية من حيث أهميتها وتوافرها، وكيفية الحصول عليها، ودمج الرعاية التلطيفية مع باقي الخدمات الطبية الأخرى لتلبية الحاجة الماسة إلى هذه الخدمة.

تدابير الأساس للرعاية التلطيفية

هناك أربع ركائز أساسية يجب توافرها لإدراج الرعاية التلطيفية تحت النظام الصحي بأية دولة:

1. **السياسة التشغيلية**، من الضروري بالبداية وضع سياسة واضحة تناسب ظروف وموارد المنطقة.
2. **توفر الأدوية**، الأفيونات من أهم الأدوية وأكثرها استخداماً في مجال الرعاية التلطيفية، لذا توافر هذه الأدوية، وغيرها من الأدوية أمر ضروري مع وضع السياسات الخاصة باستخدامها والتحكم بصرفها.
3. **التعليم**، من المهم البدء بالتعليم ونشر ثقافة الطب التلطيفي لدى الأطباء والممرضين العاملين في المجال الصحي بالدرجة الأولى، ثم الاهتمام بالوعي لدى أفراد المجتمع، وباقي التخصصات كالخدمات الاجتماعية والنفسية والمتطوعين وغيرهم.
4. **التطبيق**، إنشاء قسم للطب التلطيفي يرأسه متخصص في مجال الطب التلطيفي.

الفصل الثاني

تحسين جودة حياة المريض

مفهوم جودة حياة المريض

هي قدرة المريض على الاستمتاع بنشاطه اليومي بشكل طبيعي، وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن نحو 20 مليون شخص يحتاجون الرعاية التلطيفية سنوياً، وأن هناك عدداً مماثلاً من الأشخاص يحتاجون الرعاية التلطيفية خلال العام السابق لوفاتهم وبذالك يكون المجموع السنوي لهؤلاء الأشخاص 40 مليون شخص تقريباً. إن الغاية من الرعاية التلطيفية هي تحسين جودة حياة المرضى من خلال الحد من أعباء المرض، وذلك عن طريق تقديم الخدمات المتكاملة للأعراض التي تعيق المريض عن ممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي وتُستغل جميع الإمكانيات المتاحة، ويتم الاستعانة بالعمل التطوعي في بعض الأحيان للوصول لهذه الغاية السامية.

شكل (2) : جوانب معاناة مريض السرطان

الجوانب التي تهتم بها الرعاية التلطيفية

عند أخذ معاناة مريض السرطان كمثال فإن معاناة المريض المتقدم لديها عدة جوانب متداخلة مع بعضها البعض، ولتخفيف المعاناة يجب مراعاة جميع الجوانب والتركيز عليها للوصول إلى الهدف وهو تخفيف معاناة المريض وأسرته.

أولاً، الجانب الجسدي

يهتم الطب التلطيفي بعلاج أعراض المرض التي تؤثر على حياة المريض، ويمثل الألم واحداً من أكثر الأعراض التي يعاني منها المرضى المحتاجون للرعاية التلطيفية. وتعد المسكنات الأفيونية ضرورية لعلاج الألم المعتدل إلى الحاد لدى مرضى السرطان، والألم الحاد في المرضى المصابين بأمراض أخرى متقدمة غير سرطانية. وتتواتر حالات الألم بصفة خاصة في المراحل النهائية للمرض، فعلى سبيل المثال يعاني نحو 80 % من مرضى السرطان والإيدز و 67 % من المصابين بالأمراض القلبية الوعائية، وداء الانسداد الرئوي المزمن من الألم المعتدل إلى الحاد في نهاية حياتهم.ولا تقتصر الرعاية التلطيفية على التدبير العلاجي للمرض بل تشمل عدداً من الأعراض المزعجة الأخرى مثل، الضائقة التنفسية التي تتسم بالخطورة، وشدة التواتر لدى المصابين بالأمراض التي تهدد حياتهم. بالإضافة إلى الألم هناك أعراض جسدية أخرى كقلة النوم، والغثيان، والإمساك، وحالات التهيج، والالتباس، خصوصاً لدى مرضى السرطان المتقدم والمنتشر نتيجة إفراز الخلايا السرطانية لمواد تؤثر على الأعضاء الداخلية للمريض فتنتج عنها هذه الأعراض.

ثانياً، الجانب النفسي

إن الأمراض المزمنة التي لا تبرأ حيث تُعرض المريض لخطر الإصابة بالأمراض النفسية المختلفة نتيجة طول المعاناة و الآلام المصاحبة لها، وكذلك قلة الدعم النفسي للمريض سواء من الأسرة أو المجتمع أو الطاقم الطبي. مثال على ذلك مرضى السرطان المتقدم حيث تزيد لديهم فرصة الإصابة بالأمراض النفسية مثل الاكتئاب والتوتر.

هناك عوامل خطورة تزيد من احتمال إصابة مريض السرطان بالاكتئاب منها .

1. العيش وحيداً بلا أسرة.
2. بعض أنواع السرطان، مثل سرطان البنكرياس والدماغ.
3. وجود إعاقة جسدية.

4. وجود تاريخ مرضي بالاكتئاب.
5. وجود آلام غير متحكم بها أو ضغوط نفسية حادة

هناك تداخل بين الجانب النفسي والجسدي، ويساعد فهم هذا التداخل على وضع خطة علاج متكاملة للمريض، فطول المعاناة الجسدية يؤدي إلى مشكلات نفسية لدى المريض. يؤدي قلة الدعم الاجتماعي، وضعف الجانب الروحاني إلى عدم تقبل المعاناة والغضب والإحباط مما يسوق الإنسان إلى حالات التوتر والاكتئاب و تحولها إلى مرض معضل.

ثالثاً، الجانب الاجتماعي

يدعم فريق الرعاية التلطيفية الجانب الاجتماعي للمريض وأسرته بهدف تحسين جودة حياة المريض وأسرته . يشجع فريق الرعاية التلطيفية الأهل، ومن هم على صلة بالمريض على زيارة ودعم المريض. وتسهل هذه الأمور لهم بفتح باب الزيارة لفترات أطول وتوفير المكان الملائم للزوار. إن دعم المريض وحل المشكلات الأسرية والمادية أمر بالغ الأهمية، تتضافر جهود العاملين لتشمل هذه الناحية المهمة والوصول إلى أفضل الحلول لمساعدة المريض التي منها الاستعانة باللجان الخيرية، أو الشركات، أو المؤسسات، أو المتطوعين. تأتي هنا أهمية دور المتطوعين في مساندة مرضى الرعاية التلطيفية، ودعمهم المادي والمعنوي، خاصة المرضى الذين يعيشون بمفردهم، وليس لديهم أسر أو أصدقاء.

رابعاً، الجانب الروحاني

إن الروحانية لديها العديد من التفسيرات، وتشمل المعتقدات الفردية، والموقف تجاه الله، وبالنسبة للمسلمين، يعتقد أن قراءة القرآن الكريم ينتج عنها راحة البال والطمأنينة، وقد أظهرت الأبحاث التمريضية أن البعد الروحي للرعاية يتداخل مع جميع جوانب الرعاية التمريضية. وتحتاج ممرضات الرعاية التلطيفية الحصول على معلومات عن الجوانب الدينية لكل مريض كجزء من الرعاية الملطفة، يحتاج كل مريض سواء كان مسلماً أو غير مسلم للدعم الروحاني عن طريق رجال الدين أو الواعظين حتى يتم تعزيز هذا الجانب المهم في حياة كل مريض.

دور كل قسم في فريق الرعاية التلطيفية

دور الطبيب

- فحص و متابعة المريض منذ التشخيص و تقديم العلاج اللازم وفق أحدث ما توصل إليه العلم.

- وضع خطة العلاج والتأكد من سير الخطة بالشكل المطلوب، تحديد الأعراض والكشف عنها مبكراً وعلاجها قبل أن تتفاقم.
- تنسيق جهود فريق الرعاية التلطيفية بما يخدم الأهداف العامة التي يسعى إليها الفريق الصحي.
- العمل على تعليم وتدريب الأطباء والعاملين الصحيين، سواء أكانوا ضمن فريق الرعاية التلطيفية أو خارجه، وذلك بهدف ترويج مفهوم الرعاية التلطيفية والارتقاء بجودة الخدمات المقدمة في هذا المجال.
- عمل أبحاث و دراسات بشكل مستمر.

دور الممرض/ الممرضة

- تقديم الرعاية التمريضية للمرضى، ويعد ذلك من أهم الأدوار التي يقدمها الفريق الصحي، حيث يقضي الممرض مع المريض داخل المستشفى فترة زمنية أطول مما يقضيه أي عضو آخر من أعضاء الفريق الصحي.
- تلمس حاجات المريض واطلاع أعضاء الفريق الصحي عليها بحسب اختصاصاتهم، لكي يتسنى لهم تقويم الحالة والتعامل معها بالشكل المناسب.
- تنفيذ الزيارات المنزلية في حال وجود برنامج للرعاية المنزلية.
- المشاركة في تثقيف المريض وعائلته.
- العمل على تعليم وتدريب الآخرين بهدف ترويج المفاهيم الصحيحة للرعاية التلطيفية.
- المشاركة في الأبحاث العلمية.

دور المختص الاجتماعي

- تقويم الحالة الاجتماعية للمريض وتحديد الأولويات التي ينبغي التركيز عليها لتخفيف معاناة المريض وعائلته من الناحية الاجتماعيه.
- مساعدة المريض وعائلته وأفراد الفريق الصحي في وضع خطة العلاج المناسبة.
- التنسيق مع الجهات ذات العلاقة التي يمكن أن تساهم في حل بعض المشكلات الاجتماعية أو المادية التي يواجهها المريض وعائلته.
- المساعدة في تنسيق الاجتماعات التي تضم المريض، وعائلته وأعضاء الفريق الصحي.
- المساهمة الفعالة في التخطيط لعملية إخراج المريض من المستشفى بشكل ناجح ومريح للمريض وأفراد أسرته .
- المشاركة في تعليم وتدريب الآخرين بهدف ترويج المفاهيم الصحيحة للرعاية التلطيفية والمشاركة في الأبحاث العلمية.

دور مختص التغذية

- تقويم احتياجات المريض الغذائية واستعراض البدائل المناسبة في كل حالة.
- المساهمة في وضع الجوانب المتعلقة بالتغذية في خطة العلاج الشاملة.
- تدريب المريض وأفراد عائلته على تجهيز الوجبات الخاصة للمريض وكيفية تناولها.
- المشاركة في الأبحاث العلمية.

دور اختصاصي العلاج الطبيعي

- تقويم احتياجات المريض العضلية الحركية والمساهمة في وضع خطة لتحسين حالة المريض العضلية الحركية إلى أفضل وضع ممكن .
- تدريب المريض وعائلته للتعامل مع الحاجات اليومية مثل الأكل والاغتسال ودخول الخلاء بأفضل طريقة ممكنة.
- التوصية بالوسائل والأجهزة المساعدة التي يمكن أن تساعد المريض من الناحية العضلية والحركية ومن ثم تدريب المريض وعائلته على كيفية استخدامها والتعامل معها .
- المشاركة في الأبحاث المتعلقة بالعلاج الطبيعي.

تقديم الرعاية التلطيفية

- **الملاجئ**، بدأ النظام الجديد لتقديم الرعاية التلطيفية مع إنشاء ملجأ كريستوفر بالمملكة المتحدة، ومن ثم تم انتشار الرعاية التلطيفية تدريجياً. في كثير من الدول تكون الرعاية التلطيفية مستقلة وتقدم الرعاية للمرضى وذويهم في مبنى أو مكان منفصل ومصمم خصيصاً لهذا الغرض، وبدأت المملكة المتحدة بتطبيق نظام الفرق المتعددة لعلاج مرضى الرعاية التلطيفية وتدريب باقي المتخصصين لتقديم خدمات متكاملة للمرضى وذويهم.
- فريق الدعم، هو فريق متخصص يضم عدة تخصصات مجتمع] لتقديم الاستشارة وعادة ما يشمل: طبيب وممرضة ومتخصص اجتماعي أو معالج طبيعي أو معالج نفسي وقد يكون معهم أشخاص آخرون. يحدد فريق الدعم من الزيارة الأولى خطة العلاج المتكاملة و مكان تقديمها سواء بالمنزل أو المستشفى ومتابعة خطة العلاج لضمان راحة المريض و ذويه.
- فريق الرعاية المنزلية، تم إنشاء أول فريق رعاية منزلية لمرضى السرطان في لندن من قبل ملجأ كريستوفر، وفي البداية كان يقتصر على خدمة مرضى السرطان فقط، ولكن مع الوقت وشمول الرعاية التلطيفية اشتملت الخدمة مرضى الأمراض المزمنة

التي تهدد الحياة.يتكون فريق الرعاية المنزلية من طبيب متخصص وممرضة وفي بعض الأحيان يرافقهم المرشد الروحاني أو المعالج النفسي أو المتطوعون.

- **وحدة الطب التلطيفي،** هي وحدة متخصصة لمرضى الطب التلطيفي، وتشمل عدداً من الأسرة المخصصة، وتكون هذه الوحدات إما في مراكز علاج السرطان أو في المستشفيات العامة، تشمل الوحدة على الأقل (10 - 12) سريراً وعلى الأكثر (25 - 30) سريراً ويحتاج كل مريض ممرضة أو ممرضتين، وتكون مدة الإقامة المتوسطة (10 - 12) يوماً لمعالجة الأعراض المعقدة.
- **العيادات الخارجية،** تقدم خدمة الاستشارات للمرضى وذويهم ومن مميزاتها أنها بمواعيد منظمة ويمكن لأغلب المرضى الوصول إليها وتقدم خدمات أخرى كذلك، مثال الدعم النفسي عن طريق إشراك أحد المعالجين النفسيين مع الطبيب في العيادة وكذلك باقي التخصصات.
- **خدمة رعاية هل ليوم واحد؟** يقدم هذه الخدمة الطبية المعالج المهني فريق الدعم في بعض المراكز التي تضم أطباء من مختلف التخصصات لعلاج الأعراض المستعصية التي تحتاج إلى علاجات تداخلية.

الجدول (1) : الأعراض الأكثر شيوعاً لدى مرضى الرعاية التلطيفية.

العرض	النسبة المئوية	العرض	النسبة المئوية
الألم	%84	اضطراب النوم	%49
الإجهاد	%69	الاكتئاب	%41
الضعف العام	%66	الكحة	%38
فقد الشهية	%66	الغثيان	%36
جفاف الفم	%57	القلق	%24
الإمساك	%52	الهذيان	%21
ضيق التنفس	%50	صعوبة البلع	%18
فقدان الوزن	%50	الصداع	%11

الأعراض التي يتم التعامل معها في الطب التلطيفي

إن مرضى الرعاية التلطيفية لديهم أعراض عديدة قد تكون نتيجة المرض نفسه أو نتيجة استخدام دواء أو جراحة معينة. إن الطبيب المسؤول عن المرضى في المراحل المتقدمة من المرض يجب عليه أن يتوقع حدوث الأعراض، ويبدأ بالوقاية والعلاج المبكر لها حتى لا تتفاقم. إن الألم من أكثر الأعراض التي تمت دراستها وعمل بحث علمي عليه. يعد الإجهاد وقلة الشهية من أكثر الأعراض شيوعاً في نهاية الحياة عند المرضى الذين يعانون من السرطان وغيرها من الأمراض المزمنة التي تهدد الحياة. في آخر 48 ساعة من الحياة تكون هناك أعراض تنبىء قرب المريض من مرحلة الاحتضار وهي زيادة الضعف العام، وقلة الاستمتاع بالحياة، وقلة الأكل والشرب، وصعوبة بالبلع والنعاس.

الألم

يحدث الألم في معظم الحالات نتيجة لتأثير المرض على أنسجة الجسم وأعضائه المختلفة، ولكنه يمكن أن يحدث نتيجة لبعض التدخلات العلاجية كالجراحة، والمعالجة الإشعاعية أو الكيميائية والأدوية. أكثر من 80 % من مرضى السرطان المتقدم يعانون من الألم، لذا بدأ الطب في السنوات الأخيرة الاهتمام بعلاج الألم ومسبباته وأصدرت منظمة الصحة العالمية بروتوكولاً خاصاً بعلاج ألم السرطان .

الإجهاد والتعب

يعد الإجهاد والتعب من الأعراض المهمة والمهملة في نفس الوقت، حيث إن الكثير من الأطباء يعتقدون أنها من الأعراض التي لا يمكن علاجها، وأثبتت الدراسات العكس ففي بداية المرض يمكن علاج الإجهاد والتعب بالأدوية وعلاج الجانب النفسي لدى المريض، ولكنه يصبح أكثر صعوبة في مراحل المرض المتقدمة في الأمراض غير السرطانية مثل التصلب العصبي المنتشر والفشل الكلوي، ولا تقاس حدة المرض بحدة أو شدة الإجهاد، ولكن الأمر مختلف مع مرضى السرطان، حيث يزداد لديهم الإجهاد مع تقدم المرض، ويمكننا تشخيص *الإجهاد لديهم في ثلاث مراحل مهمة من السرطان وهي*

1. عند تلقي المعالجة الكيميائية أو الإشعاعية.
2. بعد فترة العلاج والتشافي .
3. في مراحل السرطان المتقدم في نهاية الحياة.

لتشخيص الإجهاد الناتج عن السرطان نحتاج إلى المعايير التالية

- وجود الأعراض التالية بشكل يومي تقريباً لمدة أسبوعين في الشهر
- إجهاد حاد أو نقص الطاقة أو زيادة الحاجة إلى الراحة، وتكون غير مبررة ولا تتماشى مع الوضع العام.
- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية بشكل شبه يومي خلال أسبوعين من الشهر

1. الشكوى من الضعف العام أو ثقل بالأطراف.
2. ضعف التركيز والانتباه .
3. قلة الاستمتاع بأمور الحياة اليومية.
4. قلة النوم أو كثرته.
5. النوم يكون غير مريح ولا ينشط بعده المريض.
6. اضطراب حاد بالمشاعر (حزن، غضب)
7. صعوبة في إنجاز المتطلبات اليومية نتيجة الإجهاد.
8. وجود مشكلة في الذاكرة القصيرة.
9. إجهاد يستمر لساعات بعد أي مجهود عضلي.

- الإجهاد ينتج عنه اضطراب قوي في النواحي الاجتماعية والمهنية .
- هناك مؤشرات واضحة من التاريخ المرضي أو الفحوص وهي أن المريض يعاني السرطان والإجهاد مرتبط به.
- الإجهاد غير مرتبط بأمراض نفسية مشخصة مثل الاكتئاب أو الهذيان.

قد يشعر المريض بالتعب والضعف والإجهاد نتيجة لتضافر عوامل عدة أهمها المرض الأساسي الذي استدعى تلقي المريض للرعاية التلطيفية كما قد تساهم عدة عوامل في حدوث الإجهاد والتعب منها:

1. فقر الدم.
2. سوء التغذية.
3. الأعراض النفسية كالاكتئاب والقلق.
4. علاج الأورام السرطانية بالمعالجة الكيميائية أو الإشعاعية ويبدأ الإجهاد الناتج عن المعالجة الكيميائية عادة بعد بضعة أيام من الجرعة ثم يزول تدريجياً إلى ما قبل

الجرعة التالية، أما الإجهاد الناشئ عن المعالجة الإشعاعية فإنه يبدأ تدريجياً خلال الأسبوعين أو الأسابيع الثلاثة الأولى من بدء العلاج، ويزداد مع تواصل الجرعات ومن ثم قد يستمر لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء جرعات العلاج.

هناك نظرية تمت دراستها و لكن بشكل غير كامل عن سبب الإجهاد والتعب لدى مرضى السرطان، حيث وضحت أن الورم السرطاني يفرز مواد تسمى بالسيتوكين تؤثر على نشاط الإنسان، ويكون مستوى هذه المواد بالدم لدى مرضى السرطان أعلى من الإنسان العادي.

علاج الإجهاد والتعب

قد تساعد الوسائل التالية في التعامل مع بعض حالات الإجهاد والتعب.

- علاج فقر الدم إن وجد.
- التقليل من عدد الأدوية التي يتعاطاها المريض إن أمكن وخاصة تلك التي يمكن أن تسبب الإجهاد كأثر جانبي عند استخدامها.
- تصحيح دورة النوم واليقظة لدى المريض، بحيث يستطيع أن يأخذ قسطاً كافياً من النوم بالليل فيخف شعوره بالإجهاد خلال النهار.
- علاج الأعراض الجسدية والنفسية لتخفيف تأثيرها المحتمل في حدوث الإجهاد والتعب.
- التقليل من الأنشطة التي تسبب التعب والإجهاد للمريض.
- تفويض بعض الأعمال التي تسبب الإجهاد إلى أفراد العائلة وذلك لتوفير طاقة المريض.
- حث المريض على أداء أنشطة أقل إجهاداً كالصلاة والجلوس في حديقة.
- قد يصف الطبيب بعض الأدوية التي قد يكون لها أثر إيجابي في شعور المريض بالنشاط مثل الكورتيزون، وبعض المنشطات مثل ميثيل فنيدات .

فقدان الشهية والدنف

الدنف هو متلازمة معقدة تضم،

1. فقدان الوزن.
2. تكسر الدهن.

3. تكسر العضلات.
4. تكسر بروتين الأحشاء الداخلية.
5. فقدان الشهية.
6. الغثيان المزمن.
7. الضعف العام.

يحدث الدنف وبشدة لدى مرضى السرطان المتقدم، أو مرضى متلازمة العوز المناعي المكتسب وكذلك المرضى الذين يصابون بأمراض يمكن علاجها، حيث يعالج عندهم الدنف عند القضاء على المرض المسبب. أكثر من 80 % من مرضى السرطان أو مرضى متلازمة العوز المناعي المكتسب يصابون بالدنف قبل الوفاة. بشكل عام فإن المرضى الذين لديهم أورام صلبة معرضون للإصابة بالدنف. يعد مرضى السرطان من الأطفال وكبار السن أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالدنف.

تقييم الوضع الغذائي للمريض

نظراً إلى طبيعة مرض السرطان المزمن فإن تشخيص الدنف يكون سهلاً وواضحاً. يكفي التاريخ الإكلينيكي للمريض ووجود نقصان مستمر في الوزن لتشخيص الدنف وبدقة لدى مرضى السرطان. دائماً يكون مستوى الألبومين في البلازما منخفضاً. يساعد قياس طية الجلد في منطقة الذراع وتحت لوح الكتف على التشخيص وكذلك تعتبر مقارنة القياسات من حين لآخر أمراً ضرورياً لمعرفة مستوى الدنف وتطور فقدان الوزن لدى مرضى السرطان المتقدم. لا نحتاج لتحاليل مخبرية متخصصة لتشخيص الدنف، حتى التحاليل المناعية وغيرها لا تكون نتائجها دقيقة لدى مرضى السرطان لتأثر الجهاز المناعي بالمرض.

ما سبب الدنف لدى مرضى السرطان؟

إن المسبب الرئيسي للدنف هو الخلل في عمليات الاستقلاب بالجسم، ويضاف إليها قلة الطعام واضطرابات امتصاص الطعام، فكلها عوامل مجتمعة تؤدي إلى الدنف والآثار المترتبة عليه وهي،

1. تهديد حياة المريض.
2. زيادة فرصة الآثار الجانبية للعلاج مثل العلاج الجراحي أو الإشعاعي أو الكيميائي.
3. الضعف العام.

4. الغثيان.
5. الآثار النفسية للمريض وذويه.

قلة تناول الطعام

فقدان الشهية هو العامل المشترك بين جميع حالات الدنف. إن قلة تناول الطعام وانخفاض مستوى السعرات الحرارية التي يتم تناولها بالطعام تكون أشد في حالة صعوبة البلع نتيجة الآلام الناتجة من سرطان الرأس والرقبة أو البلعوم أو المريء، كذلك يزداد فقدان الشهية لدى مرضى الاكتئاب ووجود الغثيان المزمن والتهابات الفم.

الخلل في عمليات الاستقلاب

في القديم كان يعتقد أن الدنف هو نتيجة استهلاك الورم السرطاني للسعرات الحرارية في الجسم للنمو وإفراز الورم لمواد تؤدي إلى فقدان الشهية وهذا التفسير يساوي في معناه أن علاج الدنف هو إعطاء المريض كمية كبيرة من الطعام و سعرات حرارية أكثر.

ظهرت نظرية جديدة و دراسات حديثة تنص على أن الدنف الذي يحدث لدى مرضى السرطان يكون نتيجة للاضطرابات الحادثة في عمليات الاستقلاب. إن اضطراب عمليات الاستقلاب ناتج عن إفراز الجهاز المناعي للسيتوكين كردة فعل لوجود الورم السرطاني بالجسم، كما أن الورم السرطاني يفرز الهرمونات الحالة للشحم، مما يؤدي إلى تكسير كبير في شحم الجسم و فقدان الشهية.

أسباب فقدان الشهية

1. عسر الهضم.
2. الغثيان والقيء.
3. الإمساك.
4. الشبع المبكر، وقد يكون من أسبابه الاستسقاء البطني أو تضخم الكبد أو سرطان المعدة أو استئصالها.
5. شلل المعدة وبطء إخراجها لمحتوياتها.
6. جفاف الفم والتهابه واختلال حاسة التذوق.
7. الألم الشديد.
8. الإجهاد والتعب والروائح الكريهة التي قد تنبعث من القروح ونحوها.

9. حدوث بعض الاضطرابات الكيميائية الحيوية في الجسم مثل ارتفاع نسبة الكالسيوم أو اليوريا وانخفاض نسبة الصوديوم بالدم.
10. العلاج الإشعاعي أو الكيميائي.
11. القلق والاكتئاب.

علاج ضعف الشهية

من الجدير بالذكر أن متلازمة ضعف الشهية والهزال المصاحبة لحالات السرطان المتقدم لم يثبت أنهما يتأثران بالتغذية التعويضية عن طريق الأنابيب، ولذلك فالأولى في مثل هذه الحالات أن تتبع النصائح التالية:

1. تجنب إكراه المريض على الطعام والشراب.
2. الحد من كمية الوجبة مع زيادة عدد الوجبات إلى ست وجبات أو أكثر في اليوم والليلة.
3. تجنب الأطعمة ذات الرائحة التي لا يقبلها المريض.
4. تقديم الطعام والشراب في الوقت الذي يطلبه المريض .
5. التغير في أنواع الواجبات بين الحين والآخر.
6. تجنب بعض الأطعمة والمشروبات التي تسبب الغازات .
7. قد ينصح الطبيب أحياناً باستخدام الأدوية المحفزة للشهية لفترة محدودة مع متابعة مدى استجابة المريض لها، بحيث يتم إيقافها خلال أسابيع إذا لم تؤد إلى نتائج إيجابية حسب تقويم المريض، علماً بأن النتيجة المرجوة هي تحسين شهية المريض وليس بالضرورة تحسن وزنه. يُعد الكورتيزون من الأدوية المستخدمة لفتح الشهية، حيث أثبتت الدراسات فعاليتة في فتح الشهية لدى مرضى السرطان المتقدم.

يوضح الشكل رقم (3) الطبق ممتلئ في هذه الحالة المريض المصاب بفقدان الشهية سوف يصاب بالإحباط لأنه لن يتمكن من إنهاء الكمية المقدمة له، أما في الشكل رقم (4) كمية الطعام في الطبق قليلة يمكن للمريض إنهائها والشعور بالرضى. ومن خلال فهم عملية التقويض الناتجة عن مرض السرطان، وأنها مستمرة طالما لم يتم علاج أو إزالة الورم السرطاني من الجسم، فإن فكرة إعطاء المريض الطعام بالقوة بالفم أو عن طريق الوريد لن تنفع مريض السرطان والمخرجات ستكون عقيمة بل قد تعود عليه بنتائج سلبية.

شكل (3) : وجبة دسمة

شكل (4) : وجبة معتدلة

جفاف الفم

إن جفاف الفم من الأعراض الشائعة التي يعاني منها المريض في المراحل المتقدمة من المرض و تزداد في الأيام الأخيرة من حياة المريض. إن قلة إفراز اللعاب (الإلعاب) تؤدي إلى مضاعفات عديدة مثل صعوبة مضغ الطعام وصعوبة بالكلام وتؤثر على وظائف الأسنان الاصطناعية وتضاعف فرصة تسوس الأسنان وأمراض اللثة، كما تزيد من فرصة حدوث الالتهابات الفطرية وغيرها بالفم.

فيزيولوجيا جفاف الفم

يتحكم في إفراز اللعاب الجهاز الودي ونظير الودي. إن عملية الإلعاب معقدة وتمر بعدة خطوات. وجود خلل في أية خطوة يؤدي إلى نقص في إفراز اللعاب، أكثر عامل يؤدي إلى نقص في إفراز اللعاب هو استخدام الأدوية مثل الأدوية مضادة الفعل الكوليني وأدوية القلب والأدوية المناهضة للجهاز الودي والأفيونات. إن المعدل الطبيعي لإفراز اللعاب في الفم من (3-5 ملي/دقيقة)، عندما يقل إفراز اللعاب عن(1 ملي /دقيقة) يُعد ذلك قصوراً في إفراز اللعاب.

الأمراض التي يصاحبها جفاف الفم أو نقص اللعاب

1. التهاب المفاصل الروماتويدي المزمن.
2. متلازمة شوجرن.

3. تشمع الكبد.
4. داء السكري.
5. الثلاسيمية.
6. الجفاف العام.
7. الفشل الكلوي.
8. الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري.
9. التهاب الكبد.
10. التهاب البنكرياس المزمن.
11. الإصابة بالداء البطني.
12. متلازمة داون.
13. قلة الشهية.

علاج جفاف الفم

- يعتمد علاج جفاف الفم على علاج المسبب الرئيسي، مثلاً إذا كان جفاف الفم نتيجة الأدوية يمكن استبدالها وتقليل الجرعة إن أمكن.
- عندما تكون الحالة نقص في إفراز اللعاب أو انخفاض في معدل الإفراز يستفيد المرضى من بعض الأدوية مثل :بيلوكاربين.
- من المهم العناية بالأسنان واللثة لدى مرضى نقص إفراز اللعاب وتقديم برنامج متكامل للعناية بالفم لتجنب تسوس الأسنان و الالتهابات.

اضطرابات النوم

يتكون النوم الطبيعي من عدة مراحل تتميز كل مرحلة بنمط معين .يدخل الإنسان الطبيعي في مرحلة النوم بداية من المرحلة الأولى إلى الرابعة كالتالي:

المرحلة الأولى، النوم الخفيف يتضمن حركة العين البطيئة وارتخاء العضلات .

المرحلة الثانية، توقف حركة العين وبطء موجات الدماغ مع ومضات سريعة.

المرحلة الثالثة، انخفاض موجات الدماغ بشكل كبير.

المرحلة الرابعة، سيطرة موجات دلتا على الدماغ .

تحدث اضطرابات النوم عند وجود خلل في هذه المراحل وتكون على شكل

- صعوبة في بدء النوم.
- صعوبة في الحفاظ على تواصل النوم.
- تقطع بالنوم.
- قلة النوم في آخر الليل.

فيزيولوجيا قلة النوم

هناك نظريتان تفسران قلة النوم تشملان إما أسباب نفسية، أو فرط الوعي والإدراك مقارنة بالنوم الطبيعي. يعرف اضطراب النوم بداية الليل، بتأخير وطول الفترة التي يحتاجها الإنسان للدخول في النوم وزيادة النشاط الجسدي قبل النوم ويصاحبه توتر وقلق عادة. إن دورة النوم مراحلها معقدة ويتحكم بها العديد من الناقلات العصبية مثل النورأدرينالين، السيروتونين، الأسيتيل كولين، الدوبامين، الهيستامين، حمض ألفا أمينوبوتيريك، هرمون الغدة النخامية، وهرمون الميلاتونين.

العلامات المهمة لتشخيص قلة النوم

1. صعوبة الدخول بالنوم لأكثر من 30 دقيقة، صعوبة الاستمرار بالنوم أكثر من 30 دقيقة، صعوبة الرجوع إلى النوم ،النهوض باكراً من النوم، تعب في فترة النهار، غفوة بالنهار، كوابيس.
2. يحدث اضطراب النوم على الأقل ثلاث ليالي في الأسبوع.
3. يؤثر اضطراب النوم على نشاط الإنسان اليومي وجودة الحياة .

علاج اضطراب النوم

إن خطة العلاج معقدة وتعتمد على التاريخ المرضي المفصل لنمط النوم والتاريخ الطبي للمريض والأدوية التي يستخدمها المريض وتفاصيل عمل المريض، مثال انتقال إلى مركز عمل جديد أو منصب جديد، كذلك عمل مدونة عن تفاصيل نومه. في الطب التلطيفي يعد البنزوديازيين هو الأفضل لعلاج قلة واضطراب النوم، وكذلك مضادات الاكتئاب ومضادات الهيستامين.

هناك علاجات غير الأدوية تساعد في علاج اضطراب النوم منها

- العلاج السلوكي، تغير المعتقدات الخاطئة عن النوم .
- العلاج الضوئي، استخدام الضوء الاصطناعي لضبط أوقات النوم .
- الاسترخاء، تعلم كيفية الاسترخاء وطرق الاسترخاء .
- الابتعاد عن العوامل التي تؤثر على جودة النوم.
- تقنيين فترة المكوث في الفراش، يكون المكوث في الفراش فقط وقت النوم .
- الرياضة، تحسن من جودة النوم وتحسن من صعوبة الدخول في مرحلة بداية النوم .
- تدفئة الجسم، تساعد على تحسين موجات المخ أثناء النوم.

الجدول (2) : الأدوية المستخدمة لعلاج اضطراب النوم وجرعتها.

الدواء	الجرعة
مجموعة البنزوديازيين	
البرازولام	(0.5-1) ملجرام
لورازيبام	(0.5-4) ملجرام
ميدازولام	(1-2) ملجرام
مجموعة مضادات الاكتئاب	
أميتريبتيلين	(25-100) ملجرام
ميرتازابين	(15-30) ملجرام
مجموعة مضادات الهيستامين	
دايفينهيدرامين	(25-50) ملجرام

الإمساك

الإمساك هو أن يكون التبرز غير منتظم، ويكون بصعوبة والبراز يكون صلباً. تساعد عوامل عديدة في حدوث الإمساك عند المرضى المعنيين بالرعاية التلطيفية، فبالإضافة إلى المرض ذاته، فإن قلة الحركة وقلة الأكل والشرب تعد عوامل مسببة للإمساك أيضاً، كما أن الأدوية ومن أهمها المسكنات الأفيونية تعد من أسباب حدوث الإمساك، فيجب على الطبيب المعالج وصف الملينات في نفس الوقت الذي يصف فيه الأفيونات.

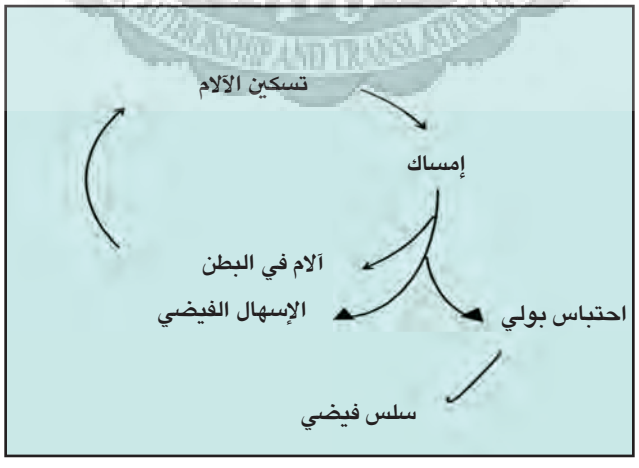
الأعراض المصاحبة للإمساك

- انتفاخ البطن.
- ألم بالبطن.
- الشعور بعدم استكمال خروج البراز.

الآثار المترتبة على طول فترة الإمساك

- قلة الشهية.
- غثيان و قيء.
- التهاب المسالك البولية.
- الهذيان.
- خروج السوائل بشكل لا إرادي من الشرج، حيث تتجمع السوائل فوق البراز المتحجر في الأمعاء، مما يؤدي الى توسع جدار الأمعاء ونزول هذه السوائل وقد يكون لا إرادياً من فتحة الشرج، وفي كثير من الأحيان يشتكي المريض من هذه النوبات على أنها إسهال.

في حالات الإمساك الشديد يضطر الطبيب لإفراغ المستقيم يدوياً، وذلك لتخليص المريض من البراز الصلب العالق بالأمعاء الذي يسبب الانسداد الكامل لها.



شكل (5) : الآثار المترتبة على الإمساك

وسائل علاج الإمساك والوقاية منه

1. شرب كمية مناسبة من السوائل يومياً.
2. أكل الأطعمة الغنية بالألياف مثل الخضراوات والفواكه.
3. التمرين البدني يومياً، وإذا كان هذا صعباً، يمكن أن يقوم المريض و هو في سريره بعدد من الحركات مثل قبض عضلات البطن وبسطها مراراً، وتحريك الأطراف انقباضاً وانبساطاً عدة مرات.
4. محاولة التبرز في الأوقات المعتادة للمريض، حيث يفضل كثير من الناس الذهاب إلى الخلاء بعد تناول الإفطار عادة.
5. إذا أحس بالرغبة في التبرز ينبغي أن يبادر إلى ذلك في أقرب وقت ممكن.
6. تناول الأدوية الملينة حسب وصف الطبيب، وتزداد أهمية هذه الأدوية إذا كان المريض تناول أدوية أخرى تسبب الإمساك.

الأدوية الملينة المستخدمة في الطب التلطيفي

1. الأدوية التي تساعد على ليونة الخروج، مثل الديكوسيت و الموفيكول نبدأ بجرعة واحدة، ومن ثم تزيد عدد الجرعات حسب الحالة. تحتاج الأدوية (12) ساعة حتى يبدأ مفعولها الواضح .
2. الأدوية التي تساعد على تحفيز حركة الأمعاء، مثل البيساكوديل والسيناكوت نبدأ بجرعة واحدة و تضاعف حسب الحاجة. تحتاج هذه الأدوية من (6– 12) ساعة حتى يبدأ مفعولها.
3. التحاميل الشرجية، يستخدم في حالة الإمساك الشديد الذي لم يستجب للعلاج بالفم.

الالتباس

الهذيان والالتباس من الأعراض الشائعة بين المرضى المعنيين بالرعاية التلطيفية وخاصة في المراحل المتأخرة، تصل نسبة الهذيان في نهاية الحياة إلى 80 %، ويمكن أن تحدث حالة الالتباس على شكل نوبات تطول أو تقصر، ويُعد الالتباس حالة من اختلال وظيفة الدماغ التي قد تظهر بشكل حاد أحياناً، وفي أحيان أخرى بشكل متدرج ومتذبذب ويكون الالتباس عادة مصحوباً بضعف الانتباه وربما بتهيج أو نعاس وهذيان وأوهام وقد يُكثر المريض من الأنين والتملل، مما يجعل أهله أو ربما الفريق الصحي يحتارون فيما إذا كان ذلك ناشئاً عن زيادة

في الألم أم أنه جزء من أعراض الالتباس. وقد تؤدي هذه الحيرة إلى إعطاء المريض جرعات زائدة من المسكنات قوية مما قد يزيده هيجاناً.

أنواع الالتباس

1. التباس يتميز بالتهيج و كثرة الحركة مع الهذيان.
2. التباس بتميز بالهدوء والانسحاب مع عدم التركيز وقد يشخص في كثير من الأحيان بالاكتئاب أو التعب الشديد.
3. التباس مختلط.

أسباب الالتباس

1. أنواع مختلفة من الأدوية .
2. الالتهابات الجرثومية.
3. التغيرات التي تحدث بالجسم بشكل مصاحب للأورام السرطانية، حيث تفرز الأورام السرطانية مواداً معينة يتفاعل معها الجسم وتؤثر على وظائف الدماغ.
4. الجفاف.
5. فشل في بعض الأجزاء الحيوية بالجسم كالكلى أو الكبد .
6. أورام الدماغ.
7. فقر الدم أو نقص الأكسجين بالدم.
8. الإمساك الشديد.

علاج الالتباس

1. التقييم الإكلينيكي والمخبري المناسب لحالة المريض.
2. علاج الأسباب إذا اكتشفت .

تُعد الأدوية المهدئة من أهم الأدوية المستخدمة لعلاج الهذيان. دواء الهالوبيريدول هو الأفضل ولقد أثبتت الدراسات فاعليته في السيطرة على الهذيان والالتباس، تبدأ الجرعة بـ (1) ملجرام بالفم أو حقنة وريدية أو تحت الجلد، تعطى الجرعة مرتين باليوم، ومن ثم تزيد حسب الحالة .

في حالات داء باركنسون قد يزيد دواء الهالوبيريدول من المرض وتيبس العضلات عندها يفضل استخدام أدوية أخرى أقل تأثيراً على المرض مثل الأولانزبين والكواتيبين. تضاف الأدوية المهدئة مثل الميدازولام واللورازيبام لمساعدة المريض على النوم، خاصة في الليل لتهدئة حالات التهيج المصاحبة للهذيان.

ضيق النفس

يُعد ضيق النفس من الأعراض غير الملموسة، ولا تقاس شدتها بالفحص الإكلينيكي أو بالتحاليل أو عمل الأشعة بل يسأل المريض بشكل مباشر عنها، ويحدث ضيق النفس لدي حوالي (30 - 75 %) من المرضى الذين يعانون من السرطان المتفاقم. ويحدث أكثر لدى المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة الأولي عن المرضى الذين يعانون من الانتشار الرئوي للسرطان في أماكن أخرى.

الفيزيولوجيا المرضية لضيق النفس لدى مرضى السرطان في مراحله المتقدمة معقدة، وتنطوي على العديد من العوامل و المستقبلات الكيميائية المركزية و الطرفية والمراكز القشرية والمستقبلات الرئوية، حيث تصل الإشارات إلى الدماغ فيستقبل حالة عدم التوازن بالنفس ويترجمها بضيق النفس.

أسباب ضيق التنفس

1. *أسباب تتعلق بالسرطان.*
2. فقر الدم.
3. القلق.
4. أمراض القلب.
5. أمراض الجهاز التنفسي مثل الربو.
6. الضعف العام و الإجهاد.
7. الالتهاب الرئوي.
8. وذمة الرئة.
9. تليف الرئة الناتج عن العلاج الكيميائي أو الإشعاعي.
10. جلطة الرئة.

علاج ضيق النفس

أولاً، علاج المسببات التي يمكن علاجها مثل فقر الدم بنقل الدم للمريض ومعالجة الالتهاب الرئوي بالمضادات الحيويه وهكذا.

ثانياً، يتم إعطاء المريض الأكسجين في حالة نقصه عن 10 % بالدم ، لا تتعلق شدة ضيق النفس لدى مرضى السرطان المتقدم دائماً بنسبة الأكسجين بالدم، وقد لا تتحسن بعض حالات سرطان الرئة المتقدم بإعطاء الأكسجين.

ثالثاً، أثبتت الدراسات فعالية المواد الأفيونية لتقليل الشعور بضيق النفس. إذا كان المريض يأخذ جرعات من المورفين لتسكين الألم فيمكنه استخدام نفس الجرعات لضيق النفس، أما إذا لم يستخدم المريض الأفيونات من قبل، فيحتاج جرعة مورفين شراب تتراوح من (2,5 - 5) ملجرام عند اللزوم، وتثبت الجرعة كل 4 ساعات إذا زاد احتياج المريض. يمكن إضافة المهدئات للتقليل من التوتر الناتج عن ضيق النفس والتخفيف من الشعور بالضيق.

رابعاً، يساعد المساج والاسترخاء واستخدام الإبر الصينية على التخفيف من ضيق النفس، وهناك بعض الدراسات التي أثبتت فعالية استخدام المروحة قريباً من وجه المريض حتى يشعر باندفاع الهواء إليه فيخفف الشعور بضيق النفس، حيث يتم بهذه الطريقة تحفيز العصب ثلاثي التوائم بالوجه.

السعال

السعال هو آلية فيزيولوجية طبيعية تحمي الشعب الهوائية والرئتين عن طريق إزالة المخاط والملوثات من الحنجرة والقصبة الهوائية والشعب الهوائية. يُعد السعال من الأعراض المزعجة لدى مرضى السرطان، فهو مؤلم لهم ويسبب اضطراب النوم، لذا فإن التركيز على علاج السعال أمر ضروري وعلاجه يسهم في تخفيف المعاناة لدى مرضى السرطان.

أسباب السعال

1. **الأسباب غير السرطانية**

- العدوى الحادة بالجهاز التنفسي العلوي .
- أمراض الشعب الهوائية، الربو، وداء الانسداد الرئوي المزمن.
- ارتجاع المريء.
- التصلب المتعدد.

1. **الأسباب السرطانية**
   - سرطان الرئة.
   - الانصباب الجنبي.
   - النقائل الرئوية المتعددة.
   - شلل الحبال الصوتية نتيجة العلاج الإشعاعي.

علاج السعال

يعتمد علاج السعال على علاج السبب أي الأمراض العارضة، أما الكحة نتيجة السرطان فتعالج بالأفيونات مثل المورفين أو الكودين.تبدأ جرعة الكودين من 30 ملجرام وترفع الجرعة حسب الحاجة، من أهم الأعراض الجانبية للكودين هو الإمساك، لذا يفضل إعطاء المريض الملينات عند وصفه. إذا لم يستجب المريض للكودين يستبدل بالمورفين الشراب وتبدأ الجرعة من (2.5- 5) ملجرام أو حسب حالة المريض.

في بعض الأحيان، لا تتحكم المواد الأفيونية وحدها في السعال المستمر، ويمكن أن يفيد استنشاق الكروموجليكات في هذه الحالة وقد تفيد مثبطات السعال مثل ديكسترومثورفان بجرعة 30 ملجرام كل أربع ساعات في علاج السعال الجاف المستمر.

القيء والغثيان

القيء و الغثيان من الأعراض المزعجة والشائعة لدى مرضى السرطان، حيث يعاني 70 % من مرضى السرطان المتفاقم من الغثيان والقيء، ويجب على الطبيب معالجة الأعراض بشكل فعال وعدم إهمالها حتى لا تتفاقم الحالة.

المواد التي تحفز منطقة القيء بالدماغ

1. أدوية مثال الأفيونات
2. الرواسب و الأملاح العالية نتيجة الفشل الكلوي.
3. ارتفاع نسبة الكالسيوم بالدم

وسائل التخفيف من أعراض الغثيان والقيء

1. علاج الأسباب التي يمكن علاجها مثل الأدوية المسببة للغثيان والإمساك والألم الشديد وارتفاع نسبة الكالسيوم بالدم والقلق الشديد، وغير ذلك مما يمكن علاجه في الغالب.
2. وصف الدواء المناسب لعلاج الغثيان والقيء، حيث إن الدواء قد يختلف باختلاف أسباب الغثيان و القيء.
3. تجنب الأطعمة الدهنية أو المقلية أو المشبعة بالفلفل والبهارات أو بالغة الحلاوة أو الملوحة.
4. تناول الأطعمة معتدلة الحرارة أو الباردة وتجنب الأطعمة الساخنة إذ هي أدعى لانبعاث رائحة الطعام التي قد تهيج الشعور بالغثيان.
5. العناية بنظافة الفم والأسنان.
6. الجلوس أو رفع الجذع قليلاً في حال الاستلقاء قد يخفف من الشعور بالغثيان.
7. تهوية المكان تهوية جيدة وتهيئة الجو النفسي حول المريض ليساعد على الاسترخاء، كما أن تسلية المريض بتجاذب أطراف الحديث الهادىء معه قد يساهم في تحويل تفكيره بعيداً عن الشعور بالغثيان.

الجدول (3) : أسباب القيء والغثيان وطرق علاجهما.

المسبب	أمثلة المسببات	جرعة بداية العلاج النموذجية
المواد الكيميائية	المواد الأفيونية، الديجوكسين، والمضادات الحيوية، السموم، ارتفاع الكالسيوم بالدم.	هالوبيريدول، بجرعة 1.5 ملجرام مرتين باليوم أو 5 ملجرام تحت الجلد كل 24 ساعة
تأخر تفريغ المعدة	المواد الأفيونية، مضادات الاكتئاب، الاستسقاء، تضخم الكبد، خلل الوظائف التلقائية	ميتوكلوبراميد، بجرعة 10 ملجرام ثلاث مرات باليوم أو 40 ملجرام تحت الجلد كل 24 ساعة

تابع/الجدول (3) : أسباب القيء والغثيان وطرق علاجهما.

المسبب	أمثلة المسببات	جرعة بداية العلاج النموذجية
مشكلات الجهاز الهضمي	انسداد الأمعاء	هيوسين بيوتيل بروميد، بجرعة 60 ملجرام تحت الجلد أكثر من 24 ساعة أو سيكليزين، بجرعة 150 ملجرام تحت الجلد على مدى 24 ساعة
	التهاب القولون أو المعالجة الإشعاعية الكيميائية	أوندانسيترون، بجرعة 8 ملجرام مرتين أو ثلاث مرات باليوم
مشكلات الدماغ	ارتفاع الضغط داخل الدماغ على سبيل المثال نتيجة ورم أو نزف	سيكليزين، بجرعة 50 ملجرام ثلاث مرات أو 150 ملجرام تحت الجلد خلال 24 (بالاشتراك مع ديكساميثازون)
مشكلات الأذن	التهاب العصب الدهليزي	سيكليزين، بجرعة 50 ملجرام ثلاث مرات باليوم أو 150 ملجرام تحت الجلد خلال 24 ساعة

الاكتئاب والتوتر

من الخطأ اعتبار الاكتئاب والتوتر من ردود الأفعال الطبيعية لدى المرضى الذين يعانون أمراضًا مزمنة. تتداخل أعراض الاكتئاب والسرطان مما يؤدي إلى إهمال الناحية النفسية لدى المريض والتعامل معها على أنها من أعراض السرطان المعتاده مثال: الخمول وقلة الاستمتاع بالنشاط اليومي وأمور الحياة واضطراب النوم و فقدان الشهية والانسحاب من الحياة الاجتماعية، فهذه الأعراض المشتركة يصعب في بعض الأحيان تشيخص ما إذا كانت نتيجة الاكتئاب أو السرطان أو الاثنين معاً!

إن تغير العواطف والإدراك لدى مرضى السرطان المتقدم يعكس التأثير النفسي للوضع الصحي والعلاجات المستخدمة للمريض. إن الآثار النفسية عند تشخيص مرض السرطان أو انتكاس وضع المريض بعد العلاج يترتب عليها الخوف والحزن والغضب، وتستمر الأعراض المنعكسة عن موقف ما مع المريض لمدة أسابيع، وعند تقديم العون الاجتماعي والنفسي والروحاني يستطيع الكثير من المرضى تخطي هذه المرحلة، بينما (10 - 20 %) منهم يصابون بالأمراض النفسية التي تحتاج تقديم خطة علاج مناسبة لهم .من المهم تقييم وعلاج الأمراض النفسية في وقت مبكر، فالتأخر في علاج المريض يؤدي إلى معاناة كبيرة لديه ويصعَّب من التزامه بخطة علاج السرطان وغيره من الأمراض. إن الاضطراب العاطفي والنفسي قد يصيب الأهل وحتى الطاقم الطبي لأنهم يتأثرون بالوضع العام للمريض.

الأعراض الإكلينيكية

من الصعب من خلال مقابلة المريض لأول مرة تحديد ما إذا كانت الحالة النفسية التي يمر بها هي ردة فعل طبيعية لموقف صعب أم أنها فعلاً مرض نفسي وله أبعاد ويحتاج خطة علاج محددة بناء على تقييم المتخصص بالحالة.

الأعراض الجسدية

غالباً ما تكون هناك أعراض جسدية يمر بها المريض نتيجة المرض النفسي.

مثال :الاكتئاب قد يصاحبه الشعور بالألم في مكان محدد وغير مفسر سببه، ويكون الألم موجوداً طوال الوقت، كذلك التوتر قد يأتي في صورة غثيان أو ضيق بالنفس كلما زادت الحالة النفسية اضطراباً وسوءاً. يجب على الطبيب البحث عن أسباب الاكتئاب والتوتر عندما لا تتماشى الأعراض مع طبيعة المرض أو عندما لا يستجيب المريض للعلاج .

الأعراض النفسية

تختلف الأعراض النفسية باختلاف شدة وفترة الأعراض. ينتاب المريض شعور بالذنب لكونه مريضاً وتشكل رعايته عبئاً على الآخرين. يعتمد تشخيص الاكتئاب على أعراض معينة يشترط تواجدها .

1. مزاج مكتئب أو تعكر المزاج أكثر من يوم، كل يوم تقريباً، كما هو مبين من قبل أي تقرير شخصي (على سبيل المثال، يشعر بالحزن) (على سبيل المثال، يظهر باكياً).

2. انخفاض الاهتمام أو المتعة في معظم الأنشطة.
3. تغيير كبير بالوزن أو تغير في الشهية.
4. اضطراب بالنوم.
5. تغيير بالنشاط.
6. التعب أو فقدان الطاقة.
7. الشعور بالذنب.
8. تقلص القدرة على التفكير أو التركيز، أو أكثر التردد.
9. أفكار الموت أو الانتحار.

علاج الاكتئاب

1. الدعم النفسي للمريض من ذويه ومن الطاقم الطبي، مع تلقي جلسات من طبيب نفسي لمساعدة المريض على التخلص من الاكتئاب والتوتر.

2. إعطاء المريض الأدوية المضادة للاكتئاب، ويظهر تأثيرها بعد أسبوعين تقريباً، لذا يحتاج المريض جرعات منتظمة من المهدئات حتى يبدأ مفعولها. *هناك نوعان من الأدوية المضادة للاكتئاب: أدوية الاكتئاب المضادة* للسيروتونين، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. في الأيام الأخيرة من حياة المريض يفضل استخدام الدواء ثلاثي الحلقات لأن مفعوله سريع في تحسين النوم وإزالة التوتر، ويمكن البدء بجرعة (10 -25) ملجرام قبل النوم وزيادة الجرعة تدريجياً، حسب حالة المريض، ويجب أن توصف الأدوية إذا تم التأكد وتحديد شدة الاكتئاب عند المريض أو في حالة فشل إحباط نوبة الاكتئاب المؤقتة بعد بضعة أسابيع. يتأخر تأثير مضاد الاكتئاب عدة أسابيع بعد بدء العلاج عادة يبدأ المفعول بعد أسبوعين. تعطي مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات استجابة جديرة بالاهتمام في حوالي 80 % من المرضى، و لديه عدة خصائص مثل تسكين الألم العصبي ومزيل للقلق و تحسين النوم. الأميتريبتيلين هو الدواء القياسي من بين المجموعة وتبدأ الجرعة 10 ملجرام مرة واحدة قبل النوم في حالات اضطراب النوم، و 25 ملجرام عند النوم في حالات ألم الأعصاب والاكتئاب أو التوتر.

الأعراض الجانبية الشائعة لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

- جفاف الفم.
- رؤية غير واضحة.

- الإمساك.
- احتباس البول.
- النعاس.
- زيادة الشهية، مما يؤدي إلى زيادة الوزن.
- انخفاض في ضغط الدم عند الانتقال من الجلوس إلى الوقوف، مما يؤدي إلى الإحساس بالدوار.
- فرط التعرق.

الجدول (4) : الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب وجرعتها.

الدواء	جرعة البدء	معدل الجرعة الفعالة	الاحتياطات
أميتريبتيلين	(25-10) ملجرام	(100-25) ملجرام	• مضاد للآثار المشتركة (التخدير، والهذيان، واحتباس البول، انخفاض ضغط الدم الانتصابي). • مفيد لعلاج الاعتلال العصبي.
دولوكستين	(60-30) ملجرام	60 ملجرام	• قد يتسبب في حدوث جفاف الفم، والتعرق، والإمساك وقد يساعد في علاج ألم الاعتلال العصبي.
ميثيل فنيدات	(5-2.5) ملجرام	(20-10) ملجرام	• جرعة في الصباح وعند الظهر لتجنب اضطراب النوم.
ميرتازبين	(15-7.5) ملجرام	(45-15) ملجرام	• يعطى عند النوم بسبب الآثار المهدئة . • قد يزيد الشهية.

الفصل الثالث

الألـم.... مسبباته وأنواعه

يتم نقل الألم إلى الدماغ عن طريق العصبونات الحسية نتيجة إصابة فعلية أو محتملة بالجسم. ومع ذلك، الألم هو أكثر من مجرد الإحساس، أو الوعي المادي للألم، حيث يتضمن الإدراك، والانزعاج، كما يعطي التصور وإدراك الألم بالدماغ معلومات عن الألم بالمكان وطبيعته.

انتشار الألم لدى مرضى السرطان

يعاني حوالي (60 - 80 %) من مرضى السرطان المتقدم من الألم. تكون شدة الألم لديهم متوسطة إلى شديدة وتعيق لديهم نشاطهم اليومي والتمتع بالحياة. يحدث الألم لدى مرضى السرطان في كل المراحل ويزداد كلما زاد انتشار الورم وتقدم المرض. المرضى الذين يعانون من انتشار السرطان بالعظم أكثر عرضة للمعاناة من الآلام الحادة من الذين لديهم انتشار السرطان بالأنسجة. المرضى الذين يعانون من سرطان البنكرياس والعظام والدماغ، وسرطان الغدد اللمفاوية والرئة والرقبة لديهم معدل أعلى لانتشار الألم من غيرهم. من 85 % من آلام مرضى السرطان هي نتيجة مباشرة أو غير مباشرة للسرطان و 15 % من الآلام نتيجة للآثار الجانبية للعلاج المستخدم للسيطرة على السرطان.

أسباب الألم لدى مرضى السرطان

أسباب تتعلق بالسرطان

- ورم خبيث بالعظام.
- النقائل بالأنسجة الرخوة.
- النقائل الحشوية.
- انسداد الأمعاء الخبيث.
- كسر بالعظام نتيجة السرطان.
- نزف بالورم.
- ألم الأعصاب المرتبطة بالورم.

أسباب ناتجة من استخدام علاجات السرطان

- الآثار الجانبية من العلاج الكيميائي، العلاج المناعي، والعلاج الهرموني، والعلاج الإشعاعي.
- آلام ما بعد العمليات الجراحية.

أسباب أخرى غير سرطانية

- الإمساك.
- التهاب الوريد الخثاري.
- عوامل نفسية واجتماعية لم تعالج.
- تشنج المثانة أو المستقيم.
- قرحة الفراش.
- محدودية حركة المفاصل الناتجة عن قلة الحركة.
- الالتهابات بأنواعها.
- آلام أسفل الظهر والمفاصل.

معنى الألم الشامل

إن ألم السرطان من الآلام المبرحة التي تتسم بالتفاقم والحدة مع تطور المرض، يختلف ألم السرطان عن باقي الآلام بأن له عدة جوانب تؤثر على شدته واستجابته للعلاج وهي الجوانب العضوية النفسية والاجتماعية والروحانية.

عند علاج ألم السرطان يؤخذ بالاعتبار جميع هذه الجوانب حتى يتم السيطرة على الألم. لا توجد هناك علاقة واضحة بين تلف الأنسجة و الشعور بالألم فبعض المرضى يكون لديهم آلام حادة ومصدر الألم غير معروف ولا يوجد تلف واضح بالأنسجة. لأن الألم يعد من الأعراض غير الملموسة ويتفاوت من شخص لآخر. يمكننا تعريف الألم كالتالي:

الألم، *هو تجربة يمر بها الشخص، وتستمر طالما يشتكي الشخص من وجود الألم، وشكوى الشخص من الألم هي المؤشر الوحيد القوي والدال على وجوده.*

أنواع الألم

1. **الألم الحسي**

ينتج عن استثارة مستقبلات الآلام بالأنسجة وينقسم إلى نوعين

- ***آلام الأحشاء***: تتصف بكونها لا يمكن تحديد نقطة الألم بالتحديد به حيث تكون المنطقة المشمولة واسعة، يظهر الألم على صورة مغص.
- ***آلام جسدية:*** محددة المكان، ونوعها مؤلم ومبهم .

2. الألم العصبي

ينتج الألم عن تلف أو خلل بالجهاز العصبي المحيطي أو المركزي، يوصف بالصدمة الكهربائية أو الحرقان. توجد منه عدة أنواع منها:

- آلام مركزية.
- آلام طرفية.

الجدول (5) : مقارنة بين نوعي الألم الرئيسيين.

الألم الحسي	الألم العصبي
يحدث نتيجة استثارة ويسبب تلف الأنسجة الطبيعية، عادة يستجيب للمسكنات غير الأفيونية أو الأفيونية. الآلام الجسدية: في العظم أو المفاصل أو العضلات أو الأنسجة الضامة. آلام الأحشاء: في الأحشاء مثل، الجهاز الهضمي والبنكرياس وتقسم إلى أ- ورم ممتد لغشاء الأحشاء ويسبب ألمًا مبهمًا محددًا في مكانه. ب- انسداد في الأحشاء المجوفة ويسبب الألم المتقطع والمغص ويصعب تحديد مكانه.	هو الناتج عن معالجة غير طبيعية للمدخلات الحسية عن طريق الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي. يعالج عادة بالأدوية المساندة مع المسكنات. أ- الآلام المركزية: نتيجة تلف بالجهاز العصبي المركزي أو الطرفي ب – الآلام الطرفية: – ألم طرفي متعدد. – ألم طرفي وحيد.

مصطلحات متداولة في علاج الألم

الإدمان، هناك نمط من تعاطي المخدرات القهري يتميز باستمرار الحنين لتعاطي المواد الأفيونية ويحتاج المريض إلى استخدام المواد الأفيونية لآثارها الجانبية (النشوة) وليس لتخفيف الآلام .

مسكن مساعد، دواء له دواعي استخدام أخرى غير تسكين الألم على سبيل المثال الأدوية المضادة للاكتئاب (ولكن أيضاً مسكن لبعض الظروف المؤلمة).

ناهض، هناك أنواع من المواد الأفيونية على سبيل المثال، بنتازوسين، نالبوفين، بوتورفانول تستخدم لتسكين الألم.

آلام أخرى، يشعر المريض بآلام نتيجة استثارة غير مؤلمة على الرغم من الأنسجة التي تظهر

طبيعية؛ شائعة في ألم الاعتلال العصبي.

سقف المسكن الأعلى، الجرعة التي لم يتم الحصول بعدها على تسكين إضافي.

جرعة السقف، هي الجرعة التي لا ينتج عنها أي تغيير في تسكين الألم.

فرط التألم، ألم مبالغ فيه.

تقييم الألم

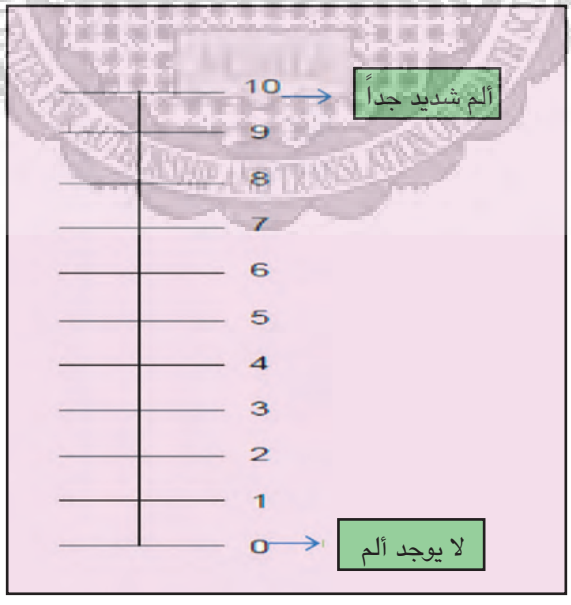
إن حجر الزاوية في السيطرة على الألم هو التقييم الشامل للمريض وتكرار إعادة التقييم. ينبغي أن يتضمن التقييم الأولي لكل مريض بالسرطان أسئلة لتحديد وجود الألم. ينبغي الاستمرار في السؤال عن الألم لمرضى السرطان في كل زيارة مع متخصص الرعاية الصحية. يجب أخذ التاريخ الكامل للألم وعمل الفحص البدني، مع التركيز على أعراض المريض بما في ذلك معلومات عن :

1. موقع الألم (منتشر، متركز في مكان واحد).
2. خصائص الألم (مثل حرق، أو خفقان، أو حاد، أو مؤلم).
3. توقيت الألم (البداية ومدتها، والتباين، والنمط).
4. شدة الألم.
5. العوامل التي تفاقم الشعور أو تخففه.
6. التاريخ المرضي، بما في ذلك الاستجابة للأدوية (والآثار الضارة).
7. فعالية الأدوية التي تستخدم حالياً لتسكين الألم والأدوية التي تم استخدامها من قبل.

8. الأعراض المصاحبة (الغثيان، القيء، الإمساك، التعرق، والتعب).
9. الضعف المعرفي، والعجز في الذاكرة.
10. وجود الشدة النفسية، والعوامل الأخرى التي تؤثر على الألم.
11. الأسرة، والمعتقدات والممارسات الدينية التي تؤثر على الألم.
12. التاريخ الاجتماعي (التأثير النفسي للألم في الأسرة والعمل والحياة الاجتماعية).
13. تاريخ الأسرة (الأمراض النفسية، وإدمان الكحول).
14. كيف أثر الألم في (المزاج، وأنماط النوم، والتركيز الذهني).
15. المخاوف، حول الألم والأدوية.

أولاً، شدة الألم

يمكن قياس شدة الألم من خلال درجته. تتيح جداول تصنيف الألم التي تم استخدامها لأكثر من عقد من الزمن قياس آلام المرضى حتى يتمكن مقدمو الرعاية الصحية من تحديد فعالية العلاج. الأكثر شيوعاً هو مقياس التصنيف الرقمي. تم تصنيف الألم على مقياس من (0 - 10) حيث يكون: (8 - 10) ألم شديد، (4 - 7) ألم معتدل، و (1 -3) ألم خفيف.



شكل (6) : مقياس التصنيف الرقمي لقياس شدة الألم

شكل (7) : تعابير الوجه التي تدل على وجود الألم و تحدد أيضاً شدة الألم

هنالك مقاييس أخرى، بما في ذلك مقياس التناظرية البصرية ومقياس التصنيف السلوكي، لقياس الألم لدى المريض. كل من هذه المقاييس لديها مزايا محددة في مساعدة المرضى على التعبير بشكل فعال عن شدة آلامهم. وبمجرد أن يتلقى المريض العلاج، يمكن تتبع الألم من خلال الاستفادة من حجم الألم ومتابعته يومياً أو حسب ما يحدده الطبيب المعالج. كما يسمح هذا النهج بإجراء تقييم موضوعي لفعالية العلاج.

إن حدوث ألم شديد يحتاج إلى تكرار المسكنات عند اللزوم ويجب متابعته بشكل دقيق، فعند ازدياد حاجة المريض على مدى اليوم للمسكنات يجب إبلاغ الطبيب المعالج لعمل اللازم وتغيير الجرعات، حيث إن بعض المرضى لا يرغبون في الاعتراف بزيادة الألم لأن هذا قد يترافق مع تطور المرض الكامن.

ثانياً، مكان الآلام

يتم البحث عن مكان الألم على وجه التحديد فذلك يساعد على تحديد نوع وطبيعة الألم. الألم المتمركز في مكان واحد يرجح أكثر أن يكون ألماً جسدياً ومؤشراً لانتشار المرض في المكان. عندما يكون الألم غير متمركز أو يصعب تحديد مكانه، فإنه قد يكون ألماً عميقاً حشويًا تساعد إشارة المريض بإصبعه على مكان الألم الطبيب على تحديد نوع الألم الذي يعاني منه المريض.

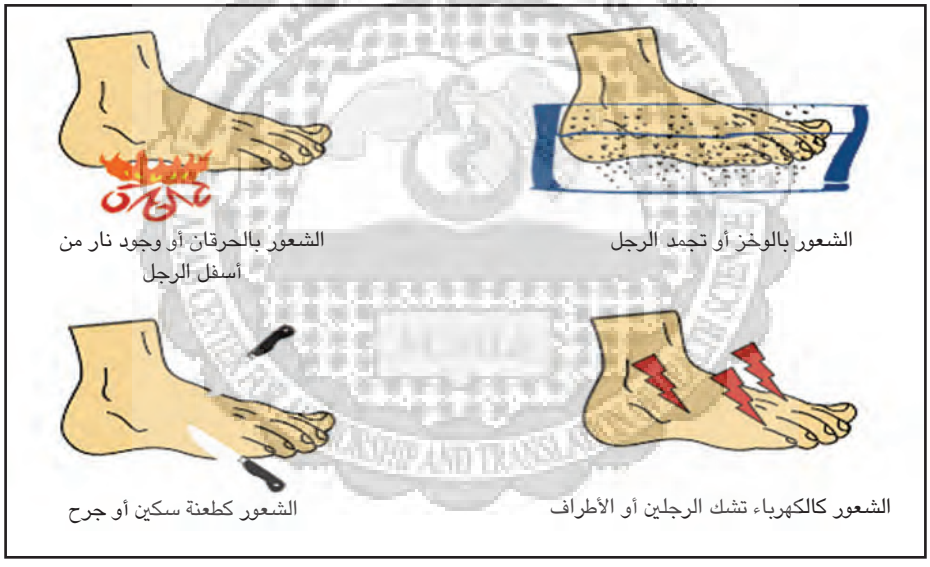
ثالثاً، عوامل الشدة و عوامل التخفيف

إن معرفة العوامل التي تزيد أو تقلل من شدة الألم تسهم في علاج الألم وتحديد فعالية الدواء. الألم الذي يزداد مع الحركة، وخاصة إذا كان في الطرف المتحرك فقط غالباً ما يدل

على سرطان عظمي في ذلك الطرف. الألم الذي يكثف في موقف راقد قد يعني الاشتراك في العمود الفقري، وينبغي اتخاذ إجراءات فورية. الألم الذي يزداد سوءاً مع لمسة خفيفة كما هو معروف في الآلام الجلدية، يمكن أن يكون متسقاً مع آلام الأعصاب.

رابعاً، وصف الألم

يجب على الطبيب مساعدة المريض في وصف نوع الألم لديه بتقديم المصطلحات المعبرة عن نوع الألم حتى يمكنه اختيار ما هو مناسب للتعبير عن نوع الألم. الألم الذي يوصف بأنه حرق، غالباً ما يكون ألم الأعصاب. غالباً ما يوصف الألم الجسدي بأنه حاد ومؤلم وثابت ويسوء مع الحركة. الألم الحشوي يمكن أن يكون عميقاً، ويظهر في صورة مغص.



شكل (8) : وصف الألم العصبي وأنواعه

خامساً، التوقيت

الألم الذي يزيد في أوقات معينة من اليوم يشير عموماً إلى أن جرعة الدواء غير كافية. وينبغي إعادة النظر للاستخدام المتكرر أو التغيير في الأدوية طويلة المفعول. إذا كان الألم يحدث فقط مع حركة معينة أو مع الأكل أو مع أي عامل محفز فإن الجرعة الأساسية للمسكن لا تزيد وذلك لأن نوبات الألم تكون مرتبطة بعامل مثير. قد يحدث ألم السرطان بشكل تلقائي أي بدون استثارة، وعند ازدياد عدد النوبات هذه نحتاج لرفع جرعة المسكن الأساسية.

إن توقيت حدوث الألم مهم جداً في بعض الحالات مثل، في حالات سرطان الدماغ، وعند حدوث ارتفاع بالضغط داخل الدماغ ويصحب ذلك صداع وتزيد شدته في الصباح الباكر.

سادساً، انتشار الألم

إن الألم الذي ينتشر على الجلد أو مع توزيعات الأعصاب يحدد مكان السرطان و يساعد على معرفة نوع الألم.مثال، انتشار السرطان بالعظم. ينتج عن انتشار الخلايا السرطانية بالعظم ألم يتميز بأنه مستمر، ومبهم، ومتركز في مكان وجود الورم ويزداد مع الوقت.

أوصت منظمة الصحة العالمية لعلاج ألم سرطان العظم بالمورفينات جنباً إلى جنب مع العلاجات المساعدة مثل البايوفسفونيت، الكورتيزون، والمعالجة الإشعاعية، يمكن في كثير من الأحيان السيطرة على الألم المستمر الناتج عن سرطان العظام. ألم سرطان العظام شائع. في المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي المتقدم والبروستاتة وسرطان الرئة، عند انتشار هذه الأورام في العظم تزيد احتمالية الرقود في الفراش والوفاة، وذلك نتيجة الخلل في شكل العظم، والألم الناتج عن الانتشار وفقر الدم وزيادة احتمالية حدوث الكسور.

الفصل الرابع

التدبير العلاجي للألم

وضعت منظمة الصحة العالمية (ثلاث خطوات تسمى سلم علاج الألم) لتحسين إدارة الألم في جميع أنحاء العالم.

الخطوة 1، في حالة الألم الخفيف: يعطى الأسيتامينوفين أو الأدوية اللاستيرودية المضادة للالتهاب مع أو بدون أدوية مساعدة.

الخطوة 2، في حالة الآلام الخفيفة إلى المعتدلة: تعطى الأفيونات الخفيفة مع الأسيتامينوفين أو الأدوية اللاستيرودية المضادة للالتهاب مع أو بدون أدوية مساعدة.

الخطوة 3، في حالة الآلام المتوسطة والشديدة: تعطى الأفيونات الأقوى مع الأسيتامينوفين أوالأدوية اللاستيرودية المضادة للالتهاب مع أو بدون أدوية مساعدة.

كما أوصت منظمة الصحة العالمية أنه في حالة تخفيف آلام السرطان، تعطى الأدوية وفقاً للإطار التالي،

1. عن طريق الفم

يعطى الدواء عن طريق الفم وهي وسيلة فعالة وغير مكلفة للمرضى، ويجب استخدامها عندما يكون ذلك ممكناً. من السهل تعيير الأدوية التي تعطى عن طريق الفم، وبالتالي فهي الأسلوب المفضل للتحكم بالألم.

2. على مدار الساعة

ينبغي إعطاء المرضى المسكنات بشكل منتظم إما بحساب الجرعة اليومية و تقسيمها على عدد ساعات منتظمة أو بإعطاء المريض الدواء بشكل متواصل باستخدام القنيات والمضخة، وهذا يسمح بتخفيف الألم المستمر، ويقلل من نوبات الألم التي يعاني منها المريض طوال فترة 24 ساعة.

3. تتبع خطوات سلم العلاج

يجب تغيير أنواع الأدوية وفقاً لشدة الألم، وذلك باستخدام نهج سلم علاج الألم الصادر عن منظمة الصحة العالمية كدليل لتحقيق أقصى قدر من تخفيف الألم، وذلك بدءاً بالدرجة المناسبة للألم و اختيار الدواء المناسب.

5. معاملة المرضى على أساس فردي

ينبغي أن يعامل كل مريض على حدة. قد يتطلب المرضى جرعات أو تدخلات مختلفة من أجل تحقيق تخفيف اللآلام.

6. الاهتمام بالتفاصيل

يحتاج المرضى إلى رصد دقيق لفعالية التدخل وظهور الآثار الجانبية أثناء العلاج. وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية مبادرة الدعوة إلى علاج الألم بقوة وتركيز. وأوصت المنظمة ممارسي علاج الألم أن تكون أنظمتهم متفردة لكل مريض على حدة، يمكن السيطرة على الألم بشكل عام بالاستخدام الملائم للأفيونات.

أصدرت الشبكة الوطنية لمكافحة السرطان الشامل مؤخراً المبادئ التوجيهية لعلاج آلام السرطان. وشددت على أهمية إجراء تقييم شامل وإعادة تقييم الألم باستمرار، توصي هذه المبادئ التوجيهية باستخدام أدوية وجرعات محددة تعتمد على شدة الألم. بالنسبة لكل من الألم المعتدل والحاد، ينصح باستخدام المواد الأفيونية قصيرة المفعول لمعايرة الجرعات الأولية بصورة دقيقة. بالإضافة إلى ذلك، فمن المستحسن العلاج الشامل بما في ذلك الأنشطة التعليمية والدعم النفسي والاجتماعي.

تُعد المواد الأفيونية هي الدعامة الأساسية للسيطرة على الألم لدى المرضى الذين يعانون من أمراض متقدمة، فهي فعالة في علاج معظم أنواع الألم. وتستخدم المواد الأفيونية "الضعيفة" مثل الكودين والهيدروكودون في البداية. كثيراً ما يتم الجمع بين هذه الأدوية (2 قرص) كل 4 ساعات. من المهم الوعي بالآثار الجانبية المحتملة، خاصة وأن العديد من المرضى يتلقون المواد الأفيونية لأول مرة لديهم. استخدام الأسيتامينوفين بحذر لدى المرضى الذين يعانون من خلل وظائف الكبد.

إذا لم تعد المواد الأفيونية الضعيفة فعالة، لابد من النظر في تغييرها إلى المواد الأفيونية الأقوى (كبريتات المورفين أوالهيدرومورفون). يمكن استخدام الجرعات العالية من دون آثار سامة محتملة إذا تم تعييرها بشكل سليم. وغالباً ما يشار إلى المورفين "بالمعيار الذهبي" في

مجال الرعاية الملطفة لأنه فعال وغير مكلف، وسهل المعايرة، باستخدام العديد من الطرق بما في ذلك الفم، الحقن، تحت الجلد، عند البدأ باستخدام المورفين فإنه يُعطى بجرعة منخفضة عن طريق الفم. جرعة البداية النموذجية هي (2.5 -5) ملجرام كل 4 ساعات.

يفضل البدء باستخدام جرعات قليلة من المسكنات و زيادة الجرعة ببطء خاصة عند كبار السن أو مرضى القصور الكلوي. تعاني الغالبية العظمى من مرضى السرطان من الألم، والاستخدام السليم للمواد الأفيونية، والأدوية المساعدة يمكن أن يوفر التخفيف الكافي للألم في معظم الحالات. وجدت الدراسات أن (75 - 85 %) من المرضى تمت السيطرة على آلامهم عند إعطائهم الأدوية عن طريق الفم، وعبر الجلد. يبدأ العلاج بالمواد الأفيونية عند فشل الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهابات و الأسيتامينوفين.

تنتج المواد الأفيونية تسكين للألم عندما تتحد بمستقبلات محددة بالدماغ والحبل النخاعي. يجب اتباع المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، باستخدام الأدوية الأفيونية الضعيفة في البداية، ومن ثم معايرة الدواء والوصول تدريجياً للمواد الأفيونية الأقوى. ومن العناصر المهمة للنجاح في استخدام المواد الأفيونية إعادة التقييم المتكررة لآلام المريض، والانتباه إلى الوقاية من الآثار الجانبية، والتواصل الفعال.

يجب البدء باستخدام الملينات مع جميع المرضى عند بدء العلاج بالمواد الأفيونية. تضاف منشطات الأمعاء والتحاميل إذا دعت الحاجة إلى ذلك. وينصح المرضى أيضاً بأن يكونوا على بينة بالآثار الجانبية المحتملة مثل الغثيان هو القيء أو التخدير. على الرغم من أن 45 % هذه الآثار الجانبية عابرة بشكل عام، إلا أنه يمكن إضافة أدوية معينة للتغلب عليها. وينبغي أن يتبع أي تغيير في جرعة المواد الأفيونية بإعادة تقييم خلال 24 ساعة للتأكد من فعالية العلاج واستباق أي تأثير سلبي.

إن الهدف من العلاج الفعال للألم هو تقليل ألم المريض، وتكون الحاجة إلى الدواء عند اللزوم فقط. عندما يرتاح المريض على نظام الجرعات المنتظمة، يجب تحويل المريض إلى دواء مديد المفعول. بذلك تكون جرعات المورفين للمريض "على مدار الساعة" مما يوفر له تسكين مستمر للألم على مدار اليوم، ويتم تزويده بالمورفين عند اللزوم، وتكون الجرعة 10 % من مجموع الجرعات التي يحتاجها المريض بانتظام خلال 24 ساعة.

الأدوية المسكنة غير الأفيونية

- الأسيتامينوفين.
- الأسبرين.

لا يؤثر الأسيتامينوفين على وظيفة الصفيحات الدموية، ونادراً ما يسبب تهيج للجهاز الهضمي. ويمكن إعطاؤه للمرضى الذين لديهم أرجية من الأسبرين، أو مضادات الالتهاب اللاستيرودية الأخرى. ومع ذلك، قد يسبب الأسيتامينوفين سمية الكبد، ويجب أن يستخدم بحذر لدى المرضى الذين يستهلكون كميات من الكحول. التوصية أن الجرعة يجب أن لا تتجاوز 4000 ملجرام / 24 ساعة. تشمل *الآثار الجانبية للأسيتامينوفين* (سمية الكبد، الغثيان، والتقيؤ، والهذيان، آلام بالبطن، اليرقان) وهذه الأعراض أكثر احتمالاً لدى المرضى الذين يعانون من،

- اختلال وظائف الكبد.
- الاستخدام المنتظم للكحول.
- نقائل الكبد، سرطان الكبد.
- تعاطي المخدرات.
- المرضى من كبار السن (أكبر من 60 عاماً).

بالنسبة لهؤلاء المرضى يجب الحد من الجرعة اليومية الكلية أو تجنب استخدام الأسيتامينوفين.

الأدوية اللاستيرودية المضادة للالتهابات

تعمل على تخفيف الألم من خلال آليات متعددة، بما في ذلك الجهاز العصبي المركزي، والطرفي. يثير تلف الأنسجة مجموعة معقدة من الأحداث التي تؤدي إلى تفعيل الأعصاب الحسية، وبالتالي الشعور بالألم. تخفف المسكنات الألم عن طريق التدخل في إنتاج البروستاجلاندين، حيث تقلل من إفرازها في جميع أنحاء الجسم، وهذا قد يسبب ضرر للطبقة المبطنة للجهاز الهضمي و ينتج عنه قرح ونزف ويعتبر ذلك من أشهر الآثار الجانبية للأدوية المضادة للالتهاب اللاستيرودية.

الأفيونات

الأفيون (باللاتينية: Opium) (هو مادة مخدرة، تستخرج من نبات الخشخاش) وطبقاً لمصادر الأمم المتحدة، تشكل أفغانستان حالياً المصدر الأول للأفيون.يطلق عليه كذلك الخشخاش أو أبو النوم. عصيره به مادة الأفيون التي تستخدم لتسكين الآلام وتسبب الإدمان. وعادة يصنع الأفيون علي هيئة قوالب أو عصى أو أقماع. وأجود أنواعه اليوغسلافي لأن به نسبة عالية من المورفين المسكن للآلام، ويستخرج الأفيون من كبسولة النبات عن طريق

تشريطها في الصباح الباكر، وهي على الشجرة لتخرج منها مادة لبنية لزجة تتجمد وتغمق في اللون. ومن المورفين يحضر الهيروين.

آلية عمل الأفيونات

تشبه المواد الأفيونية في عملها الببتيدات الأفيونية الذاتية من خلال التفاعل مع المستقبلات الموجودة في العصبونات بالتحديد في منطقة قبل المشبكي وبعد المشبكي بالجهاز العصبي. تعمل الأفيونات على إغلاق القنوات التي تنظم دخول الكالسيوم وتفتح القنوات الداخلية المعتمدة على الكالسيوم. كما أنها تقلل أحادي فسفات الأدينوزين الحقلي داخل الخلايا الذي ينظم إطلاق النواقل العصبية المسبب للألم .

الآثار الجانبية للأفيونات

تتشابه جميع الأفيونات تقريباً من حيث آثارها الجانبية ، وذلك لأن جميع الأفيونات تعمل على مستقبلات "ميو" مع وجود تفاوت بسيط بين الآثار الجانبية للأفيونات لقابلية البعض التأثير على مستقبلات أخرى مثل كابا أو دلتا أو غيرها .

الآثار الجانبية الشائعة للأفيونات،

- التخدير، والدوخة.
- الغثيان، والقيء.
- الإمساك.
- الاعتماد الجسدي.
- تثبيط الجهاز التنفسي.

الآثار الجانبية الأقل شيوعاً

- تأخر إفراغ المعدة.
- فرط التألم.
- خلل بالمناعة وخلل هرموني.
- تصلب العضلات.
- رمع عضلي.

الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً

- الإمساك
- الغثيان.

هذان العرضان يصعب التحكم فيهما وينطبق ذلك بشكل خاص على الإمساك. ويمكن أن تكون الأعراض شديدة بحيث تتطلب وقف المواد الأفيونية، تقليل الجرعات، وبالتالي عدم كفاية التسكين. الفحص السليم للمريض، والتعليم، والعلاجات الوقائية من العوامل التي قد تساعد في تحقيق أقصى قدر من الفعالية مع الحد من شدة الآثار الجانبية وآثارها السلبية. لذا يصرف الملين في نفس الوقت الذي يصرف فيه المسكن الأفيوني، كذلك أدوية القيء والغثيان عندما يكون المريض عرضة لها أو لديه تجربة سابقة مع الغثيان أثناء استخدام بعض العلاجات.

موانع استخدام الأفيونات

لا يوجد سبب قاطع لمنع استخدام الأفيونات خاصة إذا تم اتباع سلم علاج الألم الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية، حيث يتم البدء بجرعات منخفضة، وتزيد الجرعة بشكل بطيء ومدروس حسب استجابة المريض والأعراض الجانبية.

هناك بعض الأفيونات التي لا تعتمد على وظائف كلى المريض لإزالة جزيئاتها غير الفعالة ومن هذه الأفيونات الفينتانيل والميثادون، لذا في حالات الفشل الكلوي يفضل استخدامهم عن باقي الأفيونات. إذا لم يتوفر الفينتانيل أو الميثادون يمكن استخدام باقي الأنواع مع مراعاة زيادة الوقت بين الجرعات وتقليل الجرعة. وفيما يلي تقسيم لأنواع الأفيونات

أولاً، الأفيونات الضعيفة

تستخدم الأفيونات الضعيفة كخطوة ثانية في سلم مسكنات الألم، تعادل فعالية الأفيونات الضعيفة فعالية جرعة بسيطة من المورفين. تستخدم الأفيونات الضعيفة في حالات الألم الخفيف إلى المتوسط.

الكودين

يُعد الكودين من الأفيونات الطبيعية، وله خاصية مضادة للكحة ومضادة للإسهال. العمر المتوسط للكودين 255 ساعة، يتم التخلص منه بشكل بسيط عن طريق البول. يمر الكودين بعملية الاستقلاب في الكبد ويفكك إلى مركبات أيضية توازي في فعاليتها 1:10

مورفين شراب، أي أن كل 1 ملجرام مورفين يساوي 10 ملجرام كودين. يتوفر منه الشراب والحبوب وتوجد منه أنواع يتم فيها خلطه مع الأسيتامينوفين. الجرعة الأقل هي 15 ملجرام كل 6 ساعات و يتم رفعها حسب حاجة المريض. الحد الأعلى للكوديين هو 240 ملجرام/ اليوم.

الترامادول

يعد الترامادول من الأفيونات المصنعة، ويحمل الخصائص الأفيونية وغير الأفيونية. العمر المتوسط للدواء حوالي 6 ساعات بعد تناول الجرعة بالفم أو عن طريق الوريد. تتحقق ذروة مستوى الدواء في بلازما الدم بعد 3 ساعات من تناول الجرعة يقارب التوافر البيولوجي للترامادول 100 % بعد تناوله عن طريق الفم. يتخلص الجسم من الترامادول بشكل رئيسي عن طريق البول. يتحول الترامادول في الكبد إلى مركب فعال أيضي. (–10% 5) من الأشخاص البيض في أوربا لديهم نقص في الإنزيم الذي يحول الترامادول إلى مركب فعال لذا لا يكون الترامادول في بعض المرضى له تأثير على الألم. الترامادول له تأثير قليل على التنفس وأقل من باقي الأفيونات في تثبيط التنفس. ولأن تأثيره بسيط على حركة الأمعاء وتفريغ المعدة فهو أقلها تسبباً للإمساك. يجب استعمال الترامادول بحذر لدى المرضى الذين يعالجون بمضادات الاكتئاب نوعية ثلاثية الحلقات أو مضادات السيروتونين. للبدء بالترامادول تستخدم جرعة 50 ملجرام كل 8 ساعات للدواء سريع المفعول وكل 12 ساعة للدواء مديد المفعول، و ترفع الجرعة على حسب الحاجة. الحد الأعلى للترامادول هو 400 ملجرام/اليوم، ومن المحتمل حدوث تشنجات عند استخدام الترامادول بجرعات أكبر من 400 ملجرام/اليوم.

ثانياً، الأفيونات القوية

تأتي الأفيونات القوية في الدرجة الثانية من سلم التحكم بالألم ، و تستخدم في حالات الآلام المتوسطة إلى الشديدة وذلك لتأثيرها القوي في تسكين الألم. مازال هناك تحفظ لدى معظم الأطباء في العالم من استخدام الأفيونات وذلك تجنباً للآثار الجانبية لها وبعض الاعتقادات الخاطئة عنها .

المورفين

يُعد المورفين معيار الذهب بين المواد الأفيونية القوية وهو الخط الأول الذي يوصى به لعلاج الآلام المتوسطة والشديدة لدى مرضى السرطان. ولا يوجد سقف أعلى لجرعاته في

مجال الطب التلطيفي. ويتحقق امتصاصه جيداً من خلال الجهاز الهضمي، ولكن التوافر البيولوجي له متغير الاستقلاب (15 - 65 %). وذلك بسبب تأثير الخطوة الأولى التي تعتمد على سرعة الاستقلاب بالكبد. تتراوح فترة عمر النصف للمورفين بين (3 -4) ساعات وهذا يحدد طريقة إدارة الجرعات. يعد المورفين النموذج المعتمد للأفيونات، حيث يتكون من خمس حلقات متشابكة ومغلقة فيما بينها وتأخذ شكل الصليب ثلاثي الأبعاد مما يجعله مهيأ للتفاعل مع مستقبلات الأفيونات.

يحمل المورفين خاصية الذوبان في الماء وقلة الذوبان في الدهن. يتراوح التوافر البيولوجي للمورفين ما بين (15 - 65 %) عند أخذ الجرعة عن طريق الفم نتيجة تفكك المورفين بنسبة (90 %) .

تعتمد فترة عمر النصف للمورفين على كيفية أخذ الجرعة،

- ساعة ونصف عند أخذه بالوريد أو تحت الجلد.
- ساعة ونصف إلى أربع ساعات ونصف عند أخذه عن طريق الفم.

في حال تعطل وظائف الكلى يتراكم المورفين بالدم وتحدث الأعراض الجانبية وتثبيط الجهاز التنفسي. يتوفر المورفين بصور متعددة وجرعات مختلفة. يمكن إعطاء المورفين عن طريق الفم، أو الوريد أو تحت الجلد، كما يمكن إعطاؤه عن طريق الشرج أو المهبل.

عند البدء بإعطاء المورفين للمرضى الذين لم يستخدموا الأفيونات من قبل ينصح بإعطاء المورفين سريع المفعول كل أربع ساعات مع جرعة عند اللزم، ويتم تعيير الجرعات الثابتة يومياً حسب الأعراض الجانبية ومدى التحكم بالألم. بعد ثبات الجرعة والتحكم بالألم يتم الانتقال إلى الحبوب مديدة المفعول.

الدايامورفين

الدايامورفين أو الهيروين هو الدواء المساعد للمورفين. يتحول الدايامورفين بسرعة إلى مورفين في الكبد والكلى والدماغ والدم. يتم التخلص منه عن طريق البول على هيئة مورفين مقترن. لم يعد استخدام الدايامورفين شائعاً لتوافر أنواع أخرى أكثر أماناً منه من حيث الإدمان.

الميثادون

الميثادون من الأفيونات القوية التي تحتاج إلى طبيب متخصص لتعييره. يُعد الميثادون من الأدوية الرخيصة ، يتم امتصاصه بشكل جيد عند تناوله عن طريق الفم أو الشرج. يختلف استقلاب الميثادون من مريض لآخر و هذا ما يزيد من احتمالية حدوث مضاعفات، إن

فهم هذا الاختلاف والتمكن من تعيير الميثادون يقلل من نسبة حدوث أي مضاعفات. يذوب الميثادون بسرعة في الدهن، ويتم امتصاص (41- 97 %) من الدواء عند اخذه عن طريق الفم.

بالرغم من أن التخلص من الميثادون يعتمد على درجة باهاء البول، إلا أن الخلل في وظائف الكلى ليس له دور فعال في تصفية الميثادون من الجسم. للميثادون فترة فاعلية طويلة ومتفاوتة من (8 - 80) ساعة مما ينتج عنه تراكم الدواء وحدوث المضاعفات الشديدة التي من أهمها تثبيط الجهاز التنفسي. يعمل الميثادون على مستقبلات ميو وبعض مستقبلات دلتا وتزيد فاعليته على تسكين الألم لقدرته على الارتباط بمستقبلات N- ميثيل- D- حمض الاسبارتيك ويثبط اقترار السيروتونين في الجهاز العصبي. يستخدم الميثادون في الحالات التالية،

- حدوث المضاعفات من باقي الأفيونات.
- عدم التحكم بالألم.
- يوصى باستخدامه في حالات آلام الأعصاب.

تحويل المريض من الأفيون إلى الميثادون أصعب بكثير من التحويل بين الأفيونات الباقية.

للتحويل من المورفين الشراب إلى الميثادون اختلفت الآراء في النسبة، الطريقة المعتمدة الغالبة هي كالتالي،

- أقل من 100 وحدة مورفين تعادل 3 وحدات ميثادون.
- (100-300) وحدة مورفين تعادل 5 وحدات ميثادون.
- (300-600) وحدة مورفين تعادل 10 وحدات ميثادون.
- (600-800) وحدة مورفين تعادل 12 وحدة ميثادون.
- (800-1000) وحدة مورفين تعادل 15 وحدة ميثادون.
- أكثر من 1000 وحدة مورفين تعادل 20 وحدة ميثادون.
- للتحويل من الميثادون الشراب إلى الحقن الوريدية أو تحت الجلد تقسم الجرعة على 2 أي النسبة 1:2.

الأوكسيكودون

يُعد الأوكسيكودون من الأفيونات شبه المصنعة، ويحمل خصائص تشبه المورفين. يستخدم في حالة عدم توافق الأفيونات الأخرى مع المريض، يتم تمثيل الأوكسيكودون عن طريق إنزيم السيتوكروم P-450.

فترة عمر النصف للأوكسيكودون تتراوح من (3.5 - 5.6) ساعة أي مفعوله أطول من المورفين الشراب. ويتم تصفية الدواء والتخلص منه عن طريق الكلى والكبد. يتوافر الأوكسيكودون في شكل سريع وبطيء المفعول، وكذلك يتوفر منه الشراب والحبوب والإبر والتحاميل الشرجية. أثبتت بعض الدراسات أن الأوكسيكودون أفضل بقليل من المورفين من ناحية الأعراض الجانبية لدى بعض المرضى.

بوبرينورفين

يُعد البوبرينورفين من الأفيونات شبه المصنعة. له قابلية الذوبان في الماء والدهن، ويُعد فعالاً جزئياً على مستقبلات ميو وناهضاً جزئياً لمستقبلات كابا وضعيف الفعالية على مستقبلات دلتا، وتم تصنيع لاصقات جلد منه مما أعطاه فرصة كبرى للاستخدام لدى مرضى السرطان المتقدم. امتصاصه بالفم أفضل من الأمعاء لتأثير الإنزيمات على امتصاصه. يصفى ثلث البوبرينورفين في البول والثلثان الآخران عن طريق الخروج. لذا يُعد استخدامه آمناً في حالات الفشل الكلوي، ولكن في حالات فشل الكبد يجب تقليل الجرعة. يشابه البوبرينورفين الميثادون في تفاوت فترة الفاعلية لذا يجب الحذر عند استخدامه.

الهيدرومورفون

الهيدرومورفون هو دواء مسكن للألم المركزي وهو من الأفيونات القوية. لا يوجد هناك فارق كبير بين المورفين والهيدرومورفون من حيث كفاءة تسكين الألم أو الأعراض الجانبية. لدى الهيدرومورفون تركيب جزيئي مماثل للمورفين وله خصائص دوائية مماثلة وتتم عملية استقلابه بالكبد. ناتج الاستقلاب الرئيسي هو مركب المورفين -3 - جلوكورونيد، وهذا المركب ليس لديه أي نشاط مسكن ولكنه يتراكم لدى مرضى الفشل الكلوي مسبباً الأعراض الجانبية.

يعطى الهيدرومورفون في صور متعددة عن طريق الدم، الشرج، وتحت الجلد. كما يتوافر في صورة حقن مركزة للغاية يجعلها مثالية للاستخدام الوريدي أو تحت الجلد .نسبة التحويل الموصى بها هي 1: 7.5 (1.5 ملجم هيدرومورفون يعادل 10 ملجم من المورفين)، كما تتراوح نسبة التحويل (1: 4) عند تحويل الهيدرومورفون الذي يؤخذ عن طريق الفم إلى تحت الجلد.

الفنتانيل

يعد الفنتانيل والأفيونات الأخرى سريعة الذوبان بالدهن مثل سوفينتانيل، ألفينتانيل وريميفينتانيل، ولوفنتانيل من المسكنات الاصطناعية الفعالة التي تتميز ببداية سريعة ومدة قصيرة من العمل. وهو ناهض قوي لمستقبلات ميو الأفيونية. وكلها لديها قدرة على

اختراق الجهاز العصبي المركزي مقارنة بالمورفين، كما أنها أكثر فعالية من المورفين بحوالي (100- 150) مرة.

يتم التخلص من الفنتانيل بصورة أساسية عن طريق الأكسدة بالكبد وحوالي20% يتم التخلص منهم عن طريق الكلى، ووجد أن نصف عمر الفنتانيل في مصل الدم يتراوح من (2.5 - 3.5) ساعة سواء في حالة وظائف الكلى الطبيعية، أو في حالة الفشل الكلوي لذا يُعد الدواء المفضل في حالة قصور وظائف الكلى. يتوفر طيف واسع من الأشكال الصيدلانية للفنتانيل. إن انخفاض الوزن الجزيئي، والذوبان في الدهون، يجعل الفنتانيل مثالياً لاستخدامه عبر الجلد.

تُعد أقراص مص الفينتانيل شكلاً آخراً من الفينتانيل سيترات الذي يتم مسحه على الأنسجة المخاطية بداخل الفم (داخل الخد وعلى اللسان وتحته وعلى اللثة) لتحرير الفينتانيل بشكل سريع ليتم امتصاصه عبر الأغشية المخاطية إلى الدورة الدموية، ويوفر هذا المنتج التسكين السريع مع التأثير لمدة قصيرة. أيضاً توجد البخاخات الأنفية كشكل صيدلاني آخر من الفينتانيل سيترات الذي لديه توافر بيولوجي ويؤدي أيضاً إلى استجابة سريعة. وتعطى الأشكال الصيدلانية الأخرى عن طريق الحقن.

هناك أدلة تشير إلى أن الفنتانيل يسبب الإمساك بنسبة أقل من المورفين. هذا قد يكون مرتبطاً بطبيعته سريعة الذوبان في الدهون التي تتيح له النقل السريع في الجهاز العصبي المركزي مع تأثير موضعي أقل على مستقبلات المواد الأفيونية في الجهاز الهضمي.

كيفية البدء بالأفيونات والتحويل من نوع لآخر

هناك مبادىء مهمة يجب أخذها بالحسبان عند استخدام الأفيونات والبدء بها،

- البدء بالمورفين.
- معايرة الجرعة.
- التنبؤ بالآثار الجانبية.
- استخدام الدواء مديد المفعول.
- الانتقال من الدواء الفموي إلى الجرعات الوريدية.

يتم البدء مع الدواء سريع المفعول ثم بعد استقرار الألم يتحول المريض إلى جرعة الدواء مديد المفعول، ويفضل إعطاء الجرعات عند اللزوم وبعد مرور 24 ساعة تحسب جميع الجرعات التي احتاجها المريض وتقسم على 2، وتعطى كل 12 ساعة أو أكثر حسب الدواء المستخدم. يعطى المريض 10 % من الجرعة الكاملة خلال 24 ساعة كجرعة إنقاذ أي عند

اللزوم، وعندما يحتاج المريض إلى أكثر من (3 -4) مرات باليوم كجرعة إنقاذ تزيد الجرعة الأساسية بنسبة (30 - 50 %) حسب شدة الألم.

من المهم عند البدء باستخدام الأفيونات مناقشة الآثار الجانبية المحتملة والاستراتيجيات مع المرضى مثل،

- **الإمساك**، يحدث في غالبية المرضى ولا يزول عفوياً ويستخدم ملين.
- **الغثيان**، يحدث لدى حوالي (2 – 3) من المرضى، ولكن عادة ما يهدأ في غضون (3 - 7)أيام ويستخدم مضاد للقيء.
- **النعاس / التخدير**، يحدث بصورة مؤقتة لبضعة أيام، ننصح المريض بعدم التوقف عن إعطاء المواد الأفيونية، أو تبديل المواد الأفيونية.
- **التنفس**، هبوط النفس عن 8 أنفاس /الدقيقة.

الفصل الخامس

تـقـبـل المـعـانـاة

إن تقبل المرض والمعاناة من الأمور الهامة التي تساعد المريض على التعايش بشكل أفضل مع المرض وتسهم في التزامه بخطة العلاج و تقبل الاقتراحات التي تساعده لتخفيف معاناته، لذا يسعى فريق الرعاية التلطيفية لتفهم وضع المريض ومدى تقبله للمعاناة و تقديم الرعاية الشاملة للمريض وذويه. يتم بالبداية اختبار مدى تقبل المريض والأهل ومن ثم يتم البدء في مساعدتهم بالقدر المطلوب للأخذ بأيدهم لمرحلة القبول والرضا.

إنكار الوضع الصحي

يُعد الإنكار من ردود الأفعال الشائعة وهو يعد مرحلة من مراحل التأقلم لدى المرضى المشرفين على الموت. يساعد الإنكار هؤلاء المرضى على الهروب من الواقع المرير وعدم مواجهة المعلومات والحقائق المتعلقة بحالتهم. الإنكار كذلك وسيلة للتأقلم مع القلق و لتقليل الضغط النفسي، واستعادة توازن المشاعر لدى المريض. يحدث الإنكار في اللاوعي، ويشوه الواقع ليسهل على المريض التعامل معه.

عندما يستخدم الإنكار بشكل كبير تتعطل القدرة على التفرقة بين الواقع واللاواقع لدى المريض. أشارت الأكاديمية الأمريكية لأطباء العائلة أن المرضى الذين يشارفون على الموت يمرون بمشاعر معقدة منها:

- الشعور بفقد السيطرة.
- الشعور بفقد المسؤولية وتضاؤل الدور في الحياة.
- الخوف.
- الغضب.
- الوحدة والانعزال.
- نوبات روحانية.
- يتأقلم المرضى مع المشاعر المختلفة التي تعتريهم اعتماداً على تجاربهم الشخصية في الحياة. يؤثر الإنكار على أخذ القرار بشكل كبير لأنه يشكل حاجزاً لتلقي المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار.

الإنكار لدى الأهل والمريض

يمكن أن يحدث الإنكار لدى المريض أو الأهل أو مقدمي الخدمة الطبية. عند المريض يجب التفرقة بين الإنكار المتكيف والإنكار المختل.

- **الإنكار المتكيف**، مؤقت ويتم رفض المعلومات أثناء عملية التأقلم.
- ***الإنكار المختل***، مزمن، ويكون نتيجة عوامل عدة.

في أغلب الأحيان يكون صاحب القرار هو أحد أفراد أسرة المريض و ليس المريض نفسه ويكون لدى هذا المرافق إنكار لتقدم الحالة، وهذا يؤثر كثيراً على اتخاذ القرارات الخاصة بالمريض ويؤثر كذلك على التأقلم بعد فقد المريض.

الإنكار لدى مقدمي الخدمة الطبية

النقاط التالية مهمة في حال إنكار مقدمي الخدمة الطبية

1. عدم القدرة على التعامل مع بعض الحالات المشارفة على الاحتضار، مما يترتب عليه خطورة استخدام بعض الأدوية وإجراء أي تدخل طبي لإطالة حياة المريض وزيادة معاناته، كالإنعاش القلبي الرئوي وأجهزة التنفس الاصطناعي.
2. هناك اعتقاد اجتماعي أن الامتناع عن تقديم الإنعاش القلبي الرئوي يشرك الطبيب في التواطؤ لإنهاء حياة المريض بشكل سريع.
3. يحتاج مقدمو الخدمات الطبية محاولة الوصول للربط بين اتخاذ القرار وأخلاقيات المهنة والقانون حتى يتفادون العواقب المترتبة على اتخاذ القرارت الصعبة.

العوامل التي تحدد الإنكار

- المواقف المتزاحمة بمعنى كثرة الأخبار السيئة في وقت واحد.
- الخبرة بمواقف صادمة من قبل.
- الثقافات المختلفة.
- اتفاق العائلة على التزام الصمت مع المريض وعدم إشراكه في القرارات أو التدخل.
- نمط الشخصية.
- عوامل نفسية وعضوية.
- العلاقة بين الطبيب والمريض.

معالجة الإنكار

تهدف معالجة الإنكار إلى تسهيل عملية التأقلم مع الوضع على المدى القصير والطويل حتى يلتزم المريض والأهل ومقدم الخدمة الطبية بخطة العلاج والوصول إلى راحة المريض لتحقيق التوازن العاطفي عند الصدمة وتجاوز الإنكار لإحداث التغيير والعلاج عندما يكون الإنكار مرضياً .

طرق العلاج نوعان

أولاً، تدخلات عامة تعتمد على العقلانية الأخلاقية عندما يكون الإنكار ردة فعل طبيعية وليست مرضية ويكون العلاج النفسي فعالاً في هذه الحالة.

ثانياً، تدخلات متخصصة عند الوصول للحظة الإعلان عن إيقاف العلاج الفعال للمرض يجب معرفه مدى وعي المريض بتقدم مرضه و وضعه الحالي و سيكون هناك ثلاثة ردود أفعال محتملة:

1. قد يحتاج المريض إلى تأكيد الحقيقة وتقديم الشرح الوافي له.
2. قد يبدي المريض عدم رغبته في إدراك الوضع الذي يمر به وأنه يتوجه إلى الإنكار لتجنب التفكير بالمرض ومن الممكن أن تكون هذه الحالة مؤقته أو مزمنة.

العلاج في الحالة المؤقتة، احترام رد فعل المريض أمر ضروري حيث إنها تُعد من المراحل الطبيعية لتلقي الصدمة. وتعرف رد الفعل أنها طبيعية عندما يتقبل المريض تلقي العلاج والسير على خطة العلاج المقدم له دون التأثر بالقلق وغيره من الاضطرابات.

العلاج في الحالة المزمنة، عندما تخلط مشاعر القلق والتوتر مع الإنكار يعتمد العلاج على المواجهة الصريحة للإنكار، وقد يحتاج المريض لبعض الجلسات النفسية وإعطاء بعض الأدوية لإزالة القلق.

3. قد يكون المريض متأرجحاً بين الوعي والإنكار، وفي هذه الحالة يكون العلاج عن طريق اختبار وعي المريض بشكل متكرر من خلال استشارات متعددة، وتجنب إعطاء المريض معلومات أكثر من اللازم، كما يجب إدراك أن المريض في بعض الأحيان يكره الإسهاب بالموضوع.

مهارة إيصال الأخبار السيئة للمريض

مهارة إيصال الأخبار السيئة هي مهارة أساسية يجب أن يتحلى بها الأطباء، الكثير منهم يجدون صعوبة في نقل المعلومات السيئة، خصوصاً عندما ينطوي ذلك على تهديد لحياة

المريض. يشعر بعض الأطباء باستعداد غير كاف أو عديم الخبرة. ويخشى آخرون أن الأخبار ستكون محزنة وتؤثر سلباً على المريض والأسرة، أو الخطة العلاجية.

بروتوكول الخطوات الست لإيصال الخبر السيء

تم تصميم هذه البروتوكول بمثابة دليل منهجي لإيصال الأخبار السيئة. ومع ذلك، قد ينظر إليه بشكل عام على أنه نموذج لإيصال أية معلومات مهمة.

الخطوة 1، البدء والتحضير

قبل البدء بإيصال أي خبر، يجب الإعداد لهذا الموقف مسبقاً عن طريق النظر في النقاط التالية :

- التحضير المسبق بالمعلومات الصحيحة والوافية عن المريض وتاريخه المرضي، إذا شعر الطبيب أن المعلومات غير كافية يمكنه البحث أكثر.
- يجب التحضير للمقابلة عن طريق خلق بيئة ملائمة للتواصل الفعال.
- ضمان الخصوصية وتوفير المكان المناسب.
- التأكد من وجود علبة محارم ورقية لاستخدامها عند الحاجة (مثل بكاء المتلقي للخبر السيء).
- تخصيص الوقت الكافي للمناقشة، وتجنب مقاطعة المتحدث، ووضع الهاتف صامتاً، أو إغلاقه إن أمكن.
- يمكن السماح لأحد أفراد الأسرة أو أحد أفراد فريق العمل بالمستشفى بالحضور أثناء المقابلة بموافقة المريض.

الخطوة 2، اختبار مدى معرفة المريض بحالته

يبدأ النقاش بسؤال المريض عن الوضع الصحي له، وكذلك المرافق له، والتأكد إذا كان المريض والأسرة سوف يقدرون على فهم الأخبار السيئة.
ويمكن أن تشمل الأسئلة:

- ماذا تفهم عن مرضك؟
- كيف تصف الوضع الطبي الخاص بك؟
- هل لديك قلق حول مرضك أو الأعراض؟
- ماذا قال لك الأطباء الآخرون عن حالتك؟

- ما الذي أخبرك به الطبيب؟
- هل تعتقد أن شيئاً خطيراً كان يحدث عندما ...؟

في بعض الأحيان تحدث حالة من الصمت لدى المتلقي فيجب على الطبيب هنا التوقف عن الحديث وإعطاؤه فرصة للتعبير عن مشاعره وهضم الموقف، وفي هذه الحالة يكون المريض غير مستعد تماماً أو غير قادر على الاستجابة. لتهدئة الوضع وتحفيز النقاش يمكن سؤال المريض عن حالته أو التاريخ الطبي له والفحوص الأخيرة. إذا كان التحفيز غير فعال وبقي المريض صامتاً، أو إذا كان المريض يتطلب المزيد من الدعم، قد يكون من الأفضل إعادة جدولة الاجتماع لوقت آخر.

الخطوة 3، ما قدر المعلومات التي يحتاجها المريض؟

يجب تحديد كمية المعلومات التي يريد معرفتها المريض، فتقبل المعلومات والأخبار السيئة يختلف باختلاف ثقافة المرضى وعرقهم والثقافة الدينية والطبقة الاجتماعية والاقتصادية. كل شخص له حرية التحكم بقدر المعلومات التي يريد معرفتها أو اختيار من ينوب عنه لتلقي المعلومة. لاختبار قدر المعلومات التي يريد معرفتها المريض يمكن طرح الأسئلة التالية:

- في حالة تبين أن المرض قد يكون خطيراً، هل تريد أن تعرف؟
- هل تريد مني أن أقول لك التفاصيل الكاملة لحالتك؟ إذا لم يكن كذلك، هناك شخص آخر للتحدث معه؟

الخطوة 4، تبادل المعلومات

- يتم تقديم المعلومات بطريقة حساسة ولكن مباشرة. عند إعطاء المعلومة يفضل التوقف قليلاً قبل إعطاء المعلومة التي تليها، و تجنب إعطاء جميع المعلومات دفعة واحدة.
- يراعى استخدام اللغة البسيطة وعدم استخدام المصطلحات الطبية خلال الكلام ويجب التأكد من مدى فهم المريض للمعلومات المتلقاة. يفضل استخدام لغة الجسد التي تساعد في توصيل المعلومة.
- لا تحاول التقليل من أهمية ووقع الخبر السيء ففي بعض الأحيان يدخل المتلقي في حالة التباس.

الخطوة 5، ردة الفعل والمشاعر

تختلف ردود أفعال المرضى و ذويهم تجاه الأخبار السيئة. بعض الاستجابة تكون عاطفية بين الدموع والغضب والحزن والحب والقلق وغيرها من المشاعر القوية. آخرون يشعرون بالحرمان، واللوم، والشعور بالذنب، والخوف، أو الشعور بالخسارة أو الخجل. البعض يشعر بالرغبة بالانسحاب أو الهروب من الغرفة.

يجب إعطاء المريض و ذويه وقتاً للرد حتى يكون الطبيب على استعداد لتقديم الدعم من خلال تقييم ردود الفعل. هناك بعض العبارات التي تساعد الطبيب للتعبير عن فهمه لمشاعر المريض

- أتصور هذا هو الخبر الصعب ...
- يبدو أنك غاضب. يمكنك أن تقول لي ما كنت تشعر؟
- أخبرني المزيد عن كيفية شعورك حول ما قلته للتو.
- ما يقلقك أكثر؟
- ماذا يعني هذا الخبر لك؟
- سأحاول مساعدتك.
- هل هناك أي شخص ترغب في الاتصال به؟
- تذكير المرضى بأن ردود فعلهم طبيعية.
- النظر في لمس المريض في الوقت المناسب، بطريقة مطمئنة.
- توفر شربة ماء، كوب من الشاي، أو أي شيء آخر قد يكون مهدئاً.

خطوة 6، التخطيط والمتابعة

يجب على الطبيب وضع تصور لخطة العلاج أو الخطوة التالية في علاج المريض، الأمر الذي يحتاج إلى جمع معلومات إضافية أو القيام بمزيد من الاختبارات. يليه شرح للخطة ومناقشة الاحتمالات، بالإضافة إلى الدعم العاطفي من الطبيب وغيره مثل الأسرة والأصدقاء والمعالج الروحي والاجتماعي.

من المهم أن يبدي الطبيب المعالج استعداده للدعم واستمرارية تقديم المساعدة للقضاء على الأعراض المزعجة وتحسين جودة حياة المريض، ويكون على استعداد للرد على التساؤلات.في نهاية اللقاء يتم تحديد موعد قادم للمتابعة. تسلسل الخطوات بالترتيب أمر مهم أثناء المقابلة، ليس بالضروري استخدام جميع الخطوات في كل مقابلة لتبليغ الأخبار السيئة.

الفصل السادس

العناية بالمحتضرين

تعرف رعاية نهاية الحياة على أنها الرعاية التي تقدم للمريض في آخر مرحلة من حياته عندما يكون من الواضح أن هناك تدهوراً في حالة المريض. إن العناية بالمحتضرين هي جزء من الرعاية التلطيفية. يعاني مرضى الرعاية التلطيفية العديد من الأعراض الساعات الثماني والأربعين الأخيرة من حياتهم ومنها الضعف العام، وانعدام الحركة، وقلة الوعي، وصعوبة البلع، وبالتالي فقدان الاهتمام بالطعام والشراب.

عادة ما تكون هذه المرحلة من المراحل المتوقع حدوثها، وذلك نظراً لتطور المرض وكونه غير قابل للشفاء إلا أن التدهور المفاجئ قد يكون مؤلماً للمرضى وذويهم، بالإضافة إلى العديد من المشاعر السلبية المصاحبة مثل القلق والتوتر، من هنا كان الاهتمام بالسيطرة على الأعراض المصاحبة للمرض، وتقديم الدعم والمساندة للمرضى وذويهم من الأولويات في هذه المرحلة المتقدمة.

التعرّف على مرحلة ما قبل الوفاة

تقدم الطب الحديث في القرن العشرين، وكان التركيز على علاج المرض للقضاء عليه، أما في الفشل العلاج لم يكن مقبولاً وإن حدث يُترك المريض بمعاناته حتى الوفاة، وفي حالات السرطان المتقدم والأمراض المزمنة المستعصية يهمل المريض بشكل غير لائق لكرامة الإنسان. حتى أتت "دام سيسلي" التي تعد من المميزين والأوائل في مجال الطب التلطيفي وأخذت على عاتقها رعاية هؤلاء المرضى المشارفين على الوفاة وتقديم أقصى درجات الرعاية الطبية لهم.

مرحلة المشارفة على الوفاة والاحتضار مرحلة مهمة في حياة كل مريض وهناك أربعة أنواع من مراحل قبل الوفاة

- الموت فجأة بدون سابق إنذار.
- تقدم مستمر في تدهور حالة المريض.

- تقدم بطيء في تدهور حالة المريض.
- تقدم طويل في تدهور حالة المريض.

تظهر علامات محددة في نهاية الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة المتقدمة تنذر بقرب موعد الوفاة. بعض هذه العلامات والأعراض يمكن علاجها، وتشمل ما يلي:

- ملازمة الفراش أو وجود صعوبة شديدة في النهوض من الفراش نتيجة الضعف العام الشديد.
- وهن شديد.
- قلة الرغبة والمتعة بالطعام والشراب.
- صعوبة بالبلع.
- زيادة النوم والنعسان.

أما في الأيام القليلة ما قبل الاختلال والوفاة فالعلامات التالية تظهر على المريض وهي

- زيادة برودة الجلد تبدأ من الأطراف.
- زيادة نداوة الجلد.
- الجلد حول الفم والأطراف يتحول لونها إلى اللون الأزرق.
- يقل كمية البول.
- يقل الوعي.
- صعوبة في التنفس.
- ارتخاء عضلات الوجه وبروز الأنف.

باعتبار طاقم التمريض الراعي الأقرب اليومي للمريض، فيمكنه تمييز هذه العلامات. عند إدراك هذه المرحلة سوف تتغير خطة العلاج والتركيز على راحة المريض، وعدم عمل أي تدخلات قد يكون عبئاً على المريض بدون مخرجات متوقعة.

الأساسيات والمبادىء للسيطرة على الأعراض في مرحلة ما قبل الوفاة

يعتمد فريق الرعاية التلطيفية على أساسيات للسيطرة على الأعراض في هذه المرحلة وهي:

- التحليل والمتابعة المستمرة للأعراض اعتماداً على النتائج الإكلينيكية وليس الفحوص أو التحاليل.

- مراجعة كامل الأدوية المستخدمة من حيث الأولوية وطريقة الاستخدام على سبيل المثال، الأدوية المستخدمة لعلاج فرط ضغط الدم وداء السكري أو مضادات الاكتئاب حيث يقل استخدامها في هذه الفترة .

تعتمد طريقة استخدام الأدوية على حالة المريض الإكلينيكية ونوع الأدوية، حيث إن أغلب المرضى لايستطيعون تناول الدواء عن طريق الفم، مما يتطلب اللجوء الى إعطاء الدواء عن طريق الوريد أو تحت الجلد. يعتمد تعديل الجرعات المقدمة وتغيرها على مراقبة العرض ودرجة السيطرة على الآثار الجانبية للأدوية عن طريق المحافظة على التواصل الفعال مع المرضى إن أمكن وأسرهم، مع إيضاح خطة العلاج إلى جانب تقديم المساندة النفسية والطمأنينة لهم مما يؤثر إيجابياً على تخطي هذه المرحلة.

الأعراض وكيفية التحكم بها

1. الألم

يمكن التحكم بالألم بنسبة قد تصل إلى 80 % باستخدام المسكنات في سياق خطة علاجية معتمدة، حيث يتم تقييم وتحديد سبب الألم من خلال وصف المريض والفحص الإكلينيكي، ومن ثم وصف المسكنات بجرعات مناسبة مع المتابعة المستمرة حتى يتم السيطرة على الأعراض. قد يعاني المريض نوبات من الآلام الحادة التي يتم التعامل معها بشكل سريع ومناسب، وتختلف طرق استخدام المسكنات باختلاف حالة المريض فيمكن إعطاؤها عن طريق الفم إن أمكن أو بالوريد أو تحت الجلد ومن أكثر هذه المسكنات استخداماً المورفين، حيث يمكن إعطاؤه عن طريق مضخة وريدية على مدار 24 ساعة، كما يمكن خلطة مع بعض الأدوية الأخرى كالمهدئات ومضادات القيء ومضادات الاختلال. ويفضل استخدام الأدوية المخدرة قصيرة المدى، بينما ينصح بعدم استخدام الأدوية مديدة المفعول خاصة قبل الوفاة حيث يصعب تغييرها مثل لصقات الفينتالين. إذا كان المريض يعتمد على أدوية الألم من قبل فغالباً ما يتم الاستمرار عليها مع مراعاة الجرعة المعطاة وتعديلها حسب الحالة المرضية . يجب الأخذ في الاعتبار أن هناك بعض الآلام التي يصعب السيطرة عليها باستخدام الأفيونات ومنها آلام العظام التي يمكن التحكم بها عن طريق استخدام الأدوية اللاستيرودية المضادة للالتهاب والكورتيزون ويتم التحكم في آلام العضلات باستخدام الميدازولام.

هناك طرق أخرى قد تساعد على التخفيف من بعض الآلام مثل استخدام المرتبات الهوائية وتغيير وضعية المريض في الفراش باستمرار مع استخدام مخدر موضعي يقلل من الآلام الناتجة عن قرح الفراش، كما أن المحافظة على ترطيب الفم والعناية به قد يقلل من الآلام الناتجة عن جفاف الفم، وأيضاً تركيب قثطار بولية تساعد على تخفيف آلام انتفاخ وامتلاء المثانة.

2. ضيق النفس

- أولاً الأكسجين، ويمكن أن يساعد في بعض الحالات ويخفف الشعور بضيق النفس.
- ثانياً معالجة السبب، هناك بعض الأسباب التي تؤدي إلى ضيق النفس مثل فشل عضلة القلب ووذمة الرئة ويمكن معالجتها باستخدام مدرات البول.
- ثالثاً الأفيونات والبنزودايازيبين، يستخدم المورفين قصير المدى بجرعات صغيرة محددة للتحكم في الشعور بضيق النفس، فإذا كان المريض يتناول المورفين لعلاج الألم يمكن إعطاؤه جرعة إضافية لعلاج ضيق النفس، كما يستخدم الميدازولام لتقليل الشعور بالتوتر والقلق المصاحب لضيق النفس.
- رابعاً الهيوسين هيدروبروميد والجليكوبيرونيوم، تستخدم هذه الأدوية لعلاج الإفرازات الزائدة، جرعة الجليكوبيرونيوم 2، ملجرامم مرتين إلى ثلاث مرات باليوم ويستخدم الشراب أو الإبر.
- خامساً، استنشاق محلول ملحي بتركيز 9 % يساعد في حالات السعال، ولكن يجب تجنبه في الحالات المصاحبة بضيق النفس.

3. الأرق

كثيراً ما يصاب المريض بالأرق في هذه المرحلة من المرض، وخاصة هؤلاء الذين يعانون التوتر أو فقدان الوزن الشديد.

أسباب الأرق

- بعض الأدوية، كالأفيونات والكورتيزون ومضادات الذهان.
- أسباب عضوية، مثل الآلام الحادة وخلل الجهاز العصبي نتيجة الأورام والتجلطات، خلل وظائف بعض الأعضاء كالكبد والكليتين.
- خلل بعمليات الاستقلاب، كنقص الأكسجين أو زيادة الصوديوم.
- القلق والضيق قد يسببان الاضطراب للمريض.

علاج الأرق

- توفير الراحة والمناخ المناسب للمريض مثل الهدوء والضوء الخافت مع مراعاة أن يحاط المريض بالأشخاص المعروفين له كالأسرة والأصدقاء، كل ذلك قد يساعد المريض على تخطي هذه المرحلة.

- التعرف على الأسباب وعلاجها على سبيل المثال إذا كان السبب بعض الأدوية، فيجب مراجعة وتعديل الجرعات أو استبدالها بدواء آخر.

الأدوية التي يمكن استخدامها

– **الهالوبيريدول،** بجرعة (1.5 - 3) ملجرام عن طريق الفم، ويمكن تكرارها كل ساعة ويمكن استخدام الدواء تحت الجلد.

– **الميدازولام،** يستخدم في علاج التوتر، والاختلال بجرعة (2.5 - 5) ملجرام تحت الجلد.

- يمكن استخدام الهالوبيريدول و الميدازولام معاً في بعض الحالات مع مراعاة الجرعة حتى لا يصل المريض إلى التخدير الكلي.
- تقديم المشورة الطبية والمساندة المعنوية مع الشرح والإيضاح لأسرة المريض أو مقدمي الرعاية له

الفصل السابع

التعامل مع الحالات الطارئة في الطب التلطيفي

تعني الحالات الطارئة الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي طارئ و سريع لتفادي تهور الحالة وحدوث المضاعفات. في مجال الطب التلطيفي نادراً ما يحدث هذا الأمر وإن حدث يعالج المريض من قبل طبيبه المعالج مع احتمالية طلب المساعدة من طبيب من تخصصات أخرى.

تشمل الحالات الطارئة النزف الحاد وارتفاع نسبة الكالسيوم بالدم وانضغاط الحبل النخاعي وانسداد الوريد الأجوف العلوي.

1. ارتفاع نسبة الكالسيوم بالدم

يتراوح المعدل الطبيعي للكالسيوم فى الدم بين (2.12 -2.57) ملي مول/ لتر، أغلب الكالسيوم بالدم متحد مع بروتين الألبومين أي أنه إذا تأثرت نسبة بروتين الألبومين في الدم تغيرت معها نسبة الكالسيوم بالدم بالمعدل التالي :

لكل 1 جرام /ديسي لتر تغير في الألبومين بالدم يعادله 8، ملجرام/ديسي لتر تغير في الكالسيوم بالدم. هذه المعلومة مهمه خصوصاً لدى مرضى السرطان لأنهم يعانون في أغلب الحالات من انخفاض مستوى بروتين الألبومين بالدم.

أسباب ارتفاع نسبة الكالسيوم العامة

- نشاط الدريقات.
- نشاط الغدة الدرقية.
- تسمم بفيتامين D.
- السرطان الذي يمتاز بالورم الصلب على الأغلب، ولكن يحدث ارتفاع الكالسيوم أيضاً في حالات سرطان الثدي والرئة و الميلانوم.

أعراض ارتفاع نسبة الكالسيوم

- كثرة التبول وكثرة شرب الماء.
- غثيان وقيء.
- الجفاف.
- إمساك.
- عدم انتظام ضربات القلب.
- فقدان الوعي والغيبوبة.

علاج ارتفاع نسبة الكالسيوم لدى مرضى السرطان

- يستخدم الكورتيزون في الحالات التي تستجيب للكورتيزون مثل اللمفومة والميلانوم لخفض الكالسيوم بالدم بجرعة (40 – 100) ملجرام من البريدنيزولون يومياً.
- من المهم إعطاء المرضى المصابين بارتفاع الكالسيوم محلول ملحي عن طريق الوريد لعلاج الجفاف و حماية الكلى.

يعالج ارتفاع الكالسيوم في الطب التلطيفي في حالتين:

– معدل الكالسيوم أكثر من 3 ملي مول/ لتر.

– معدل الكالسيوم أقل من 3 ملي مول/ لتر، ولكنه مصاحب بالأعراض.

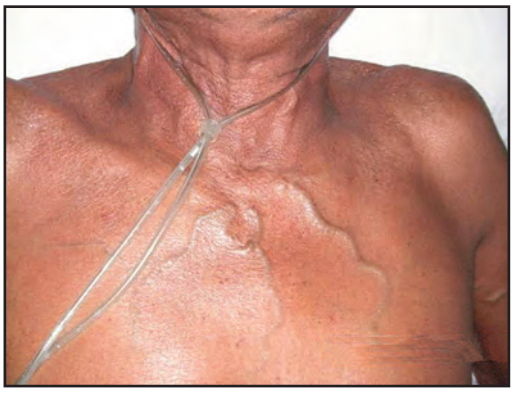
2. انسداد الوريد الأجوف العلوي

إن أغلب حالات انسداد الوريد الأجوف العلوي تكون بسبب سرطان المنصف (منتصف الصدر) 75% من سرطان القصبات الهوائية، و 8 % لمفومة نادراً ما يكون الوضع خطيراً ويؤدي إلى الوفاة، وهو لا يُعد من الحالات التي تحتاج إلى تدخل سريع في نفس اللحظة، ثلث المرضى تتطور الأعراض لديهم خلال أسبوعين.

يحدث انسداد الوريد الأجوف العلوي لدى

- 50% من حالات سرطان الرئة (الخلايا غير الصغيرة).
- 25% من حالات سرطان الرئة (الخلايا الصغيرة).
- 10 % من حالات المفومة.
- 15% أسباب أخرى.

أعراض انسداد الوريد الأجوف العلوي



شكل (9) : تمدد الأوردة السطحية بالصدر

- انتفاخ بالوجه والكتفين والذراعين.
- ازرقاق الوجه.
- ضيق النفس.
- كحة.
- تمدد الأوردة السطحية بالصدر.
- صداع.
- عدم تركيز وقلة الوعي.
- غيبوبة.

إن شدة الأعراض مهمة لتحديد خطة العلاج المناسبة للمريض، وشدة الأعراض تعتمد على سرعة حدوث الانسداد. يشخص السبب بإجراء الرنين المغناطيسي، وإن لم يتوافر فمن الممكن إجراء التصوير المقطعي المحسوب مع إعطاء الصبغة لتحديد الأوردة والأورام. عندما يصاحب انسداد الوريد الأجوف العلوي تجمع سوائل بالجنب الرئوي ينصح بسحب السوائل لتقليل معاناة المريض.

علاج انسداد الوريد الأجوف العلوي

في بعض الحالات يكون انسداد الوريد الأجوف العلوي هو بداية أعراض السرطان لدى المريض، و في هذه الحالة يتطلب عمل عينة من الورم لمعرفة نوع السرطان، ووضع خطة العلاج المناسبة له. في حالات السرطان المتقدم يكون الهدف من العلاج هو راحة المريض وعلاج الأعراض التي يعاني منها أهمها الشعور بضيق النفس نتيجة تجمع السوائل بالرئة مما يعطي الإحساس بالغرق.

في حالة التدهور السريع في الأعراض يفضل استخدام الكورتيزون، وكذلك الأخذ بعين الاعتبار العلاج الإشعاعي، حيث إنه يفيد في معظم حالات السرطان. جرعة الكورتيزون الموصى بها هي 5 ملجرام /اليوم، أما في حالات الجلطات أو أمراض جدار الوريد فوضع دعامات للوريد الأجوف العلوي يساهم في تخفيف الأعراض بشكل كبير. يستخدم العلاج الكيميائي في بعض حالات السرطان خاصة سرطان الخلايا غير الصغيرة بالرئة، وكذلك سرطان الخلايا الصغيرة، كذلك في حالات اللمفومة.

هناك توصيات تساعد على راحة المريض مثل

- رفع السرير من ناحية الرأس لتقليل التورم في منطقة الرأس.
- في حالة انسداد دعامة الوريد يفضل نزعها والبدء بالأدوية المسيلة للدم.
- من الممكن استخدام مدر البول في بعض الحالات، ولكنه لم يثبت علمياً فعاليته.
- استخدام المورفين لعلاج ضيق النفس والألم بجرعة 1ملجرام/ 4 ساعات.

3. انضغاط الحبل النخاعي

يحدث انضغاط الحبل النخاعي لدى نسبة 5% من مرضى السرطان. المشكلة الرئيسية في انضغاط الحبل النخاعي تأخر تشخيصه، ففي معظم حالات السرطان المتقدم يشخص الطبيب الضعف في القدمين على أنه ضمن أعراض تقدم السرطان، وكذلك يشخص عدم التحكم بالبول أو الخروج أنه نتيجة استخدام بعض الأدوية.

تختلف الأعراض العصبية من مريض لآخر، بعضها تشمل الأعصاب الحركية العلوية والبعض الآخر تشمل أعراض الأعصاب الحركية السفلية، والبعض يكون تأثراً خفيفاً بالإحساس، أما البعض الآخر يشمل فقد الإحساس تماماً. العلاج الفعال والسريع مهم جداً ويحدد مخرجات خطة العلاج. فإذا بدأ العلاج خلال (24 - 48) ساعة من بداية الأعراض العصبية يمكن علاجها بشكل كامل.

تحدث 85% من الحالات نتيجة تمدد الورم من فقرات العمود الفقري فتضغط على الحبل النخاعي. أكثر منطقة تتعرض للانضغاط بالعمود الفقري هي الفقرات الصدرية بنسبة 70 % تليها فقرات الحوض بنسبة 20 %. ثم فقرات الرقبة بنسبة 10 % وفي بعض الحالات يكون الانضغاط في أكثر من مستوى. آلام الظهر من الأعراض المبكرة لانضغاط الحبل النخاعي، وفي بعض الأحيان يصاحبها أعراض تهيج الجذور، حيث يشتكي المريض من ألم كالطوق حول الجسم يزيد مع الكحة والسعال والضغط لإخراج البراز.

معظم المرضى يكون لديهم ألم لأسابيع أو أشهر قبل شعورهم بضعف في الرجلين، ويكون الشعور في البداية بتيبس أكثر من أنه ضعف وتنميل بالقدمين يبدأ من أسفل القدمين ويصعد تدريجياً نحو الحوض.

مقارنة بالألم الذي يُعد من الأعراض بطيئة التطور فإن ضعف العضلات يكون سريعاً في حالة انضغاط الحبل النخاعي. عدم التحكم في البول أو تأخر البول مع الشعور بالتنميل حول منطقة الشرج من العلامات المتأخرة جداً نتيجة زيادة الضغط على الحبل النخاعي

الذي تصاحبه إما زيادة أو نقصان بالألم. من خلال فحص المريض يمكن تحديد مستوى الانضغاط حسب المنطقة المشمولة، وفي بعض الحالات يمكن أن يظهر عمل الأشعة المستوى المتأثر وكذلك إذا ما كان هناك انهيار بفقرات العمود الفقري أو تآكل في العظم وحتى بعض الأورام الكبيرة التي من الممكن رؤيتها بالأشعة. يعد الرنين المغناطيسي من أفضل الفحوص لتشخيص انضغاط العمود الفقري، لأنه غير تداخلي ويظهر جميع الفقرات بوضوح وكذلك مكان الورم و المسببات الأخرى بدقة .

علاج انضغاط الحبل النخاعي

بعد المعالجة الإشعاعية فإن 70 % من المرضى الذين كانوا يمشون بداية التشخيص يعودون للمشي، و35 % من الأشخاص الذين يعانون ضعف الرجلين بداية التشخيص يعودون للمشي مرة أخرى، و50 % فقط من المرضى الذين يعانون الشلل في بداية التشخيص يعودون للمشي مرة أخرى. من هذه النسب يتضح لدينا أهمية التشخيص المبكر قبل تتطور الأعراض العصبية، مثل ضعف القدمين والتنميل بالأرجل وفقدان السيطرة على التبول والتبرز.

يتم علاج انضغاط الحبل النخاعي عن طريق فريق متكامل من أطباء الأورام وجراحة الأعصاب والعلاج الإشعاعي والتمريض والعلاج الطبيعي. في معظم الحالات وبالأخص السرطان يستجيب المريض للعلاج بالكورتيزون ومن المهم البدء بإعطاء المريض الكورتيزون خلال 24 ساعة الأولى لتخفيف الضغط على العصب وجرعة الكورتيزون الموصى بها لعلاج الضغط العصبي 16 ملجرام باليوم .يستخدم العلاج الإشعاعي في حالات سرطان العمود الفقري واللمفومة للتخفيف من الألم والحد من نمو السرطان لمدة محدودة. في حالة وجود كسر أو تحرك في الفقرات تستخدم الجراحة لإصلاح الخلل وكذلك في حالة استخدام العلاج الإشعاعي من قبل وحدوث الانضغاط العصبي مرة أخرى يتم اللجوء للجراحة في هذه الحالة، خاصة إذا كانت حالة المريض تسمح بدخول العمليات . بعض الحالات قد تستجيب للعلاج الكيميائي بالأخص أورام الأطفال. في حالات السرطان المتقدم وفي حالة تدهور حالة المريض الصحية يستخدم فقط الكورتيزون لعلاج انضغاط الحبل النخاعي.

4. النزف الحاد

يحدث نزف حاد لدى مرضى السرطان المتقدم، وذلك لإفراز السرطان لمواد تؤثر على تجلط الدم، وتؤثر على وظائف الصفيحات الدموية فتفقدها وظيفتها.

هناك عوامل أخرى تؤدي إلى النزف،

- استخدام العلاج الكيميائي، حيث يقلل من نسبة الصفيحات الدموية.
- ارتفاع نسبة اليوريا بالدم وقصور وظائف الكبد.
- استخدام الأدوية اللاستيرودية المضادة للالتهاب وأدوية الاكتئاب.
- انفجار بالأوعية الدموية.

في حالة توقع حدوث نزف حاد، خاصة عندما يكون الورم مقارباً لأحد الأوعية الدموية الرئيسية بالجسم أو في الجهاز الهضمي يجب الاستعداد واتخاذ بعض الإجراءات الاحترازية وتجهز البطانيات الخضراء وتجهيز دواء الميدازولام. في حالة النزف الحاد يكون الوضع مخيفاً للمريض لذا يستوجب إعطاء المريض جرعة من الميدارولام لتهدئة المريض وتخديره قليلاً بجرعة تساوي 5 ملجرام ميدازولام عن طريق الوريد، أو بالفم إذا كان المريض قادر على البلع ولا يفضل إعطاء المريض الجرعة تحت الجلد لأن الدورة الدموية تكون ضعيفة. تكرر الجرعة حسب الحاجة، في حالة رعاية المريض في المنزل يعطى المريض دواء الديازيبام على شكل حقن شرجية بجرعة 10 ملجرام. في البداية عند توقع حدوث نزف يجب على الطبيب شرح الحالة المتوقعة لأسرة المريض أو مرافقيه وإعلام طاقم التمريض بذلك.

الفصل الثامن

الأدوية المستخدمة في الطب التلطيفي

أولاً: أدوية الجهاز الهضمي

1. مضادات الحموضة

تؤخذ مضادات الحموضة عن طريق الفم لمعادلة حموضة المعدة مثل،

- ملح المغنيزيوم. يُعد من الملينات القوية، ويمكن أن يسبب الإسهال، لذا يضاف إليه ملح الألمنيوم . تتفاوت الجرعة من (100 – 200) ملي خلال 24 ساعة.
- كربونات الكالسيوم. قد تُحدث كربونات الكالسيوم ردت فعل معاكسة للحموضة بعد مرور ساعتين من الجرعة وكثرة استخدامها قد يسبب ارتفاع الكالسيوم بالدم
- بيكربونات الصوديوم.

2. مضادات المسكارين

دواعي الاستعمال، الشد العضلي في العضلات اللاإرادية مثل المثانة والأمعاء وتستعمل لتجفيف الإفرازات في الجهاز التنفسي، ولتجفيف إفرازات الأمعاء أثناء الانسداد المعوي الكامل. يشمل تأثير مضادات المسكارين بالجسم:

- العين، توسع حدقة العين.
- القلب، خفقان القلب وعدم انتظام ضربات القلب.
- الجهاز الهضمي، جفاف الفم، حرقة المعدة، إمساك.
- الجهاز البولي، انحباس البول.
- الجلد، قلة التعرق، تورد الوجه.

الجرعات، تستخدم مضادات الماسكارين كمضادات للانقباضات ومضادات للإفرازات. تعمل مضادات الماسكارين على التقليل من إفرازات الأمعاء، ولها تأثير كذلك على التقليل من حركة الأمعاء والمعدة وتكون فعالة جداً في حالات انسداد الأمعاء الكامل في المراحل المتقدمة.

الجليكوبيرونيوم

دواعي الاستخدام، لتجفيف الإفرازات في الجهاز التنفسي والأمعاء والفم، في حالات تشنج العضلات اللاإرادية مثل المثانة، في حالات التعرق الزائد أو ارتفاع الحرارة الناتجة عن السرطان.امتصاص الجليكوبيرونيوم في الجهاز الهضمي قليل جداً، لذا فإن إعطاءه عن طريق الوريد أو تحت الجلد له مفعول أقوى.

الجرعة الموصى بها، 200 مكروجرام.

وقت بدء مفعول الجرعة، دقيقة بعد جرعة الوريد، (30 - 40) دقيقة بعد الإبرة تحت الجلد أو بالفم.

مدة عمله، سبع ساعات.

تحذيرات استخدامه، مع الميتوكلوبراميد والدومبريدون.

آثاره الجانبية، صعوبة البلع و تحسس من الضوء وتهيج المنطقة مكان إعطاء الإبرة.

أنواعه، شراب وحقن الوريد أو تحت الجلد، تبدأ الجرعة من 200 مكروجرام وتزيد حسب الحاجة إلى 1200 مكروجرام .

هيوسين بيوتيل بروميد

دواعي الاستخدام، تشنج العضلات اللاإرادية مثل تقلصات الأمعاء، تجفيف الإفرازات، لتسكين الآلام وتخفيف الإفرازات في حالات انسداد الأمعاء الكاملة، الحرارة المتواصلة، والتعرق المصاحب لبعض أنواع السرطان.

تحذيرات استخدامه، في حالات ضيق الزاوية لدى مرضى الزرق، ولا يستخدم مع الميتوكلوبراميد والدومبريدون.

هيوسين بيوتيل بروميد في مجال الطب التلطيفي، يستخدم هيوسين بيوتيل بروميد لتخفيف مغص البطن وتخفيف إفرازات الجهاز التنفسي العلوي قبل الوفاة .

الجرعة المستخدمة، تبدأ من 20 ملجرام عند اللزوم وتأثيرها أسرع من الجليكوبيرونيوم لتقليل إفراز الجهاز التنفسي قبل الوفاة .

وقت بدء مفعول الجرعة، أقل من 10 دقائق عند إعطاء الدواء بالوريد أو إبرة تحت الجلد، ساعة إلى ساعتين في حالات إعطائه عن طريق الفم .

مدة عمله، أقل من ساعتين .

آثاره الجانبية، مذكور أعلاه.

بدء الجرعة، (10 - 20) ملجرام عند اللزوم يمكن تثبيتها كل (6 - 8) ساعات .

الحد الأعلى الجرعة، 300 ملجرام خلال 24 ساعة .

أنواعه، حبوب تعطى عن طريق الفم، أمبولات للحقن الوريدي أو تحت الجلد.

3. المحفزات الحركية

هي التي تحفز الحركة في الجهاز الهضمي، ومنها

- مناهض الدوبامين، مثل الدومبريدون ، الميتوكلوبروميد.

ميتوكلوبراميد

دواعي الاستخدام، الغثيان والقيء المصاحب لحالات ركود الجهاز الهضمي أو انسداد الأمعاء الجزئي أو حالات الغثيان الناتجة عن استخدام العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، حرقة المعدة، والصداع النصفي، الفواق.

موانع الاستخدام، وجود نزف بالجهاز الهضمي أو ثقب بالجهاز الهضمي.

آليه عمل الميتوكلوبراميد، يعمل على تحفيز حركة الأمعاء ويعمل من خلال التأثير على الجهاز العصبي المركزي على تقليل الشعور بالغثيان، ولكنه يؤدي إلى آثار جانبية، مثل حدوث تقلصات غير طبيعية في العضلات. وتظهر الآثار في الأيام الأولى من بدء الجرعة وتختفي خلال 24 ساعة من إيقاف الدواء وتكون أكثر لدى المرضى صغار السن والنساء.

بداية مفعول الجرعة، (10 - 15) دقيقة بعد إبرة العضل، (15 - 60) دقيقة بعد تناوله بالفم.

مدة مفعول الجرعة، (2 - 3) ساعات .

تحذيرات، في حالات الصرع يفضل عدم استخدامه، لأنه يزيد القابلية لحدوث الاختلال.

الآثار الجانبية، تأثر الجهاز العصبي المركزي، تهيج، اكتئاب، إسهال.

الجرعات، تبدأ من 10 ملجرام ثلاث مرات باليوم وتتراوح جرعة المغذي المتواصلة تحت الجلد (40 – 60) ملجرام خلال 24 ساعة

أنواعه، إبر للحقن بالوريد أو تحت الجلد ، حبوب تعطى بالفم.

دومبيريدون

دواعي الاستخدام، الغثيان والقيء نتيجة اعتلال الحركة بالجهاز الهضمي، الجزر المعدي المريئي، القيء المصاحب لاستخدام الأدوية المضادة لداء باركنسون .

تحذيرات، لا يستخدم في حالة زيادة البرولاكتين، وفي حالات نزف الجهاز الهضمي أو ثقب الجهاز الهضمي.

طريقة عمله، يعمل كمناهض الدوبامين ولكنه لا يخترق الحائل الدموي الدماغي، لذا ليس لديه آثار جانبية عصبية مركزية، ولكنه يؤثر على منطقة الغثيان بالدماغ وكذلك يعمل على جدار المعدة. الدومبيريدون اختيار صحيح في حالات الرعاش، لأنه لا يعطي آثاراً عصبية مركزية مثل الميتوكلوبراميد.لا يسبب النعاس والدوخة مثل المتيتوكلوبراميد.

بدء مفعول الجرعة، بعد نصف ساعة .

مدة مفعول الجرعة، (12 - 24) ساعة.

آثاره الجانبية، التثدي لدى الرجال ،انقطاع الحيض لدى النساء، صداع، طفح جلدي.

البدأ بالجرعة، 20 ملجرام عن طريق الفم مرتين أو ثلاث مرات باليوم، تزيد حسب الحاجة

الحد الأعلى الجرعة، 800 ملجرام باليوم .

أنواعه، حبوب أو شراب عن طريق الفم.

الملينات

- ***المنشطات للحركة***

السنا، مستخلص من الأعشاب ولا يمكن امتصاصه في الأمعاء الدقيقة ولكن الجراثيم الموجودة بالأمعاء الغليظة تعمل على تحليله، لذا فإن مفعوله يكون في الأمعاء الغليظة وتبدأ *الجرعة* من 15 ملجرام وتزيد إلى 30 ملجرام ثلاث مرات باليوم .

البيساكوديل، يتحلل في الأمعاء عن طريق إنزيمات الأمعاء لذا فإن مفعوله يكون في الأمعاء الغليظة والدقيقة ويؤثر بشكل مباشر على جدار الأمعاء، لذا يمكن إعطاؤه عن طريق الشرج لتنشيط حركة الأمعاء. يؤخذ البيساكوديل، بجرعة تبدأ من 10 -20 ملجرام مرة وقت النوم، تزيد عند اللزوم إلى 20 ملجرام ثلاث مرات باليوم.التحميلة الشرجية مرة واحدة باليوم .

- ***ملينات البراز***

الدوكوسات (ملين لسطح البراز) .

دواعي الاستخدام، الإمساك، البواسير، شق الشرج، الانسداد الجزئي في الأمعاء.

آلية العمل، يزيد من رطوبة البراز في الأمعاء، و له تأثير ضعيف جداً على حركة الأمعاء، يقلل الدوكوسات من الضغط السطحي للبراز فيتخلله الماء والدهون، فيلين البراز الصلب المتواجد في الأمعاء وكذلك يقوم بتحفيز إفرازات الأمعاء الدقيقة والغليظة .

بداية مفعول الجرعة، (12 - 72) ساعة .

الآثار الجانبية، إسهال، غثيان، ألم البطن، طفح جلدي.

الجرعة الموصى بها، بشكل عام تبدأ الجرعة 100 ملجرام مرتين باليوم وتزيد حتى 500 ملجرام باليوم.

أنواعه، حبوب أو شراب ولكن الشراب له طعم مر غير مرغوب فيه لدى كبار السن، خاصة لذلك يمكن استخدامه عن طريق أنبوب المعدة أو الأمعاء لإعطاء المريض الجرعة اللازمة.

اللاكتولوز (ملين تناضحي)

دواعي الاستخدام، الإمساك.

تحذيرات، الانسداد الكامل للأمعاء، ارتفاع الجالاكتوز بالدم .

طريقة عمله، في الأمعاء يجمع كمية كبيرة من السوائل ويتحلل بالإنزيمات المعوية فينتج عنه تحفيز بسيط لحركة الأمعاء. لا يؤثر اللاكتولوز على مرض السكر واستخدامه أفضل من زيادة الألياف بالطعام لمرضى السرطان المتقدم لأنه لا يحتاج لأخذ كميات كبيرة منه .

بداية مفعول الجرعة، 48 ساعة .

الآثار الجانبية، انتفاخ البطن، غازات البطن، غثيان، مغص.

الجرعة الموصى بها، 15 ملي مرتين باليوم تزيد تدريجياً.

أنواعه، شراب.

ماكروجول (ملين تناضحي)

دواعي الاستخدام، إمساك، انحباس البراز في الأمعاء.

آليه العمل، حيث يمتص السوائل ويجمعها في الأمعاء، ويلين بعدها البراز ويزيد حجم البراز في الأمعاء .

بداية مفعول الجرعة، (1-2) يوم في حالات الإمساك، (1-3) أيام في حالات انحباس البراز.

الآثار الجانبية، انتفاخ في البطن، انخفاض الصوديوم بالدم، غثيان .

الجرعة الموصى بها، ياتي الماكروجول على هيئة مسحوق معبأ في أكياس تخلط مع الماء ويتناولها المريض. تبدأ الجرعة بكيس واحد (2-3) مرات يمكن و زيادة الجرعة.

ملح المغنيزيوم

دواعي الاستخدام، الإمساك.

آليه العمل، أيونات المغنيزيوم لا تمتص في الأمعاء، لذا لها خاصية تناضحية فتزيد نسبة

السوائل في الأمعاء، ولكن تعيير الجرعة المطلوبة لتليين البراز فيها صعوبة لتأثيرها القوي الذي يسبب الإسهال الشديد.

تحذيرات، قد يسبب ارتفاع المغنيزيوم خاصة لدى المرضى الذين يعانون تعطل وظائف الكلى .

ثانياً: أدوية القلب

فوروسيميد (دواء مدر للبول)

آلية عمله، يمنع إعادة امتصاص الصوديوم في الأنابيب الصاعدة بالكلى ويزيد من إفراز البوتاسيوم والكلوريد والمغنيزيوم.

بدء مفعول الجرعة، (30-60) دقيقة بعد جرعة الفم، 30 دقيقة بعد إبرة تحت الجلد، (2 - 5) دقايق بعد إبرة الوريد.

مدة مفعول الجرعة، أربع إلى ست ساعات بعد جرعة الفم، ساعتان بعد إبرة الوريد، أربع ساعات بعد جرعة تحت الجلد .

تحذيرات، عند استخدامه بجرعات كبيرة (أكثر من 40 ملجرام ثلاث مرات) يمكن أن يسبب الوفاة نتيجة عدم انتظام ضربات القلب ويمنع استخدامه في حالة فشل الكلي.

آثاره الجانبية، عسر الهضم، دوخة، ضعف عام، تقلصات في العضلات، مضاعفات أخرى مثل ارتفاع السكر وارتفاع اليوريا بالدم، نقص في الكالسيوم، البوتاسيوم والصوديوم .

جرعات، تبدأ جرعة الفم 40 ملجرام مرة واحدة تؤخذ صباحاً. تزيد الجرعة تدريجياً إلى 40 ملي مرتين.

الحد الأعلى للجرعة، 160 ملجرام / اليوم.

أنواعه، حبوب بالفم، إبر بالوريد.

سبيرونولاكتون

دواعي الاستخدام، الوذمة الطرفية، فشل القلب الاحتقاني، المتلازمة الكلوية.

تحذيرات، ارتفاع نسبة البوتاسيوم في الدم، مرض أديسون، تعطل وظائف الكلى.

طريقة عمله، يشتغل على الأنبوب البعيد في الكلى كمدر للبول في حالات الوزمة، أثبت السبيرونولاكتون فعاليته على التخفيف من الوزمة.

بداية مفعول الجرعة، 2–4 ساعات .

مدة مفعول الجرعة، أكثر من 24 ساعة .

الآثار الجانبية، دوخة، عدم تركيز، صداع، ارتفاع حرارة، وقلة شهية، عسر هضم، غثيان، مغص البطن، ارتفاع البوتاسيوم ،التثدي لدى الرجال، ألم في الثدي.

الجرعة، تبدأ الجرعة من (100-200) ملجرام يومياً صباحاً، إذا لزم الأمر تزيد الجرعة بمعدل 100 ملجرام كل (3-7) ايام.

الحد الأعلى الجرعة، (400-600) ملجرام باليوم .

أنواعه، حبوب.

ثلاثي نترات الجليسيريل

دواعي الاستخدام، الذبحة الصدرية، فشل البطين الأيسر، شق الشرج، تشنج عضلات المريء .

تحذيرات، يحذر استخدامه في حالات هبوط الضغط الحاد (الضغط الانقباضي أقل من 10)، ارتفاع الضغط الدماغي، أمراض القلب التالية: مثل، التهاب التأمور.

طريقة عمله، يعمل على ترخية العضلات بالأوعية الدموية والجهاز الهضمي لذا يساعد في حالات صعوبات البلع. يعطى حبة تحت اللسان، وكذلك يمكن استخدامه كلصقات على الجلد.

بداية مفعول الجرعة، (1- 3) دقائق بعد حبة تحت اللسان، (30 - 60) دقيقة بعد جرعة اللصقات الجلدية أو الدهان.

الآثار الجانبية، صداع، دوخة، خفقان بالقلب، غثيان، تورد الوجه.

الجرعة، في حالة صعوبة البلع: تبدأ الجرعة من (400-500) مكروجرام تحت اللسان

وتزيد حتى واحد ملجرام بالجرعة الواحدة. عندما يكون هناك تقلص عضلات مزمن تستخدم لصقات النترات.

- في حالات شق الشرج، يستخدم المرهم مرتين باليوم موضعياً على مكان الشق.
- في حالات الوذمة الرئوية، 400 مكروجرام تحت اللسان تكرر كل (5-10) دقيقة، يمكن إعطاؤه بالوريد بجرعة 10 مكروجرام/الدقيقة ويعاد كل (3-5) دقائق وتزيد الجرعة تدريجياً حتى الحد الأعلى وهو 200 مكروجرام بالدقيقة.

الهيبارين (منخفض الوزن الجزئيي)

دواعي الاستخدام، الوقاية من التجلطات بعد العمليات الجراحية ، لعلاج التجلطات الناتجة عن السرطان، في حالات الذبحة الصدرية غير المستقرة. يستخدم لعلاج حالات الجلطات الوريدية وتجلطات الرئة وله مفعول طويل الأمد، لذا يستخدم مرة واحدة باليوم مرضى السرطان لديهم قابليه للتجلطات ثلاثة أضعاف أكثر من غير مرضى السرطان.

تحذيرات، يحذر استخدامه في حالات النزف الحاد، حالات فرط ضغط الدم الحاد.

بداية مفعول الجرعة، خمس دقائق بعد جرعة الوريد، ثلاث ساعات بعد جرعة تحت اللسان .

مدة مفعول الجرعة، أكثر من 24 ساعة .

آثاره الجانبية، صداع، دوخة، نزف بسيط مكان أخذ الإبرة، نزف حاد في الحالات الجراحية، هبوط بالضغط، فقر الدم، غثيان، إمساك، دم مع البول .

الجرعة، كوقاية من التجلطات، 40 ملجرام جرعة واحدة يومياً. لعلاج التجلط : 1.5 ملجرام/ كيلو جرام جرعة واحدة يومياً لمدة (3-6 أشهر) بعدها تقل الجرعة إلى 40 ملجرام في اليوم .

أنواعه، إبر تحت الجلد.

مضادات حل الفيبرين

دواعي الاستخدام، لتجنب النزف في حالة استخدام المسيلات الأخرى، النزف السطحي للورم الممتد للجلد أو نزف الأنف أو الحلق أو الأعضاء المجوفة في الجهاز الهضمي.

تحذيرات، وجود أمراض تسبب التجلطات.

طريقة عمله، يعمل على منع اتحاد مولد البلازمين والبلازمين مع الفيبرين، لذا يعمل على منع حل مكونات تخثر الدم. يستخدم في حالات النزف السطحي لوقف النزف.

بداية مفعول الجرعة، (3-6) ساعات .

مدة مفعول الجرعة، 24 ساعة .

الآثار الجانبية، غثيان، ألم بالبطن، إسهال، في بعض الحالات يحدث عمى الألوان عندها يجب إيقاف الدواء.

الجرعة، 1 جرام ثلاث مرات باليوم تزيد الجرعة حسب الحاجة حتى جرامين اثنين وذلك ثلاث مرات باليوم بعد مرور أسبوع، ومع توقف النزف يمكن إيقاف الدواء أما إذا استمر النزف ولكن بكمية قليلة يمكن إعطاء الدواء مدة أطول بجرعة 500 ملجرام ثلاث مرات باليوم.

ثالثاً: أدوية الجهاز التنفسي

سالبوتامول

دواعي الاستخدام، الربو وحالات ضيق الشعب الهوائية القابلة للعلاج.

آلية عمله، السالبوتامول يعد ناهضاً لمستقبلات بيتا وهو قصير المفعول، وله أهمية في علاج حالات الربو المزمن وحالات ضيق الشعب الهوائية المزمنة وحالات تهيج كلتا الحالتين الحاد.

في حالة استخدام الدواء بجرعات قليلة يكون له مفعول جيد على توسعة الشعب الهوائية وفي نفس الوقت لن يؤثر على ضربات القلب، ولكن في حالة زيادة الجرعة، فإنه يؤدي إلى سرعة نبضات القلب. في حالات الربو المزمن يستخدم السالبوتامول فقط في حالات تهيج الربو، لذا يستخدم عند اللزوم، استخدامه لفترات طويلة لا يساعد على علاج الربو.

بداية مفعول الجرعة، 5 دقائق

مدة مفعول الجرعة، (4-6) ساعات.

التحذيرات، استخدام السالبوتامول يؤدي إلى هبوط في البوتاسيوم خاصة عند استخدامه مع الكورتيزون ومدارات البول والثيوفيلين.

الآثار الجانبية، رعاش في اليد، صداع، خفقان في القلب، تهيج في الفم والبلعوم.

الجرعة، البخاخ (1-4) مرات باليوم.

أنواعه، بخاخ وسائل للجهاز التنفسي.

الأكسجين

دواعي الاستخدام، في حالة نقص الأكسجين الحاد أو المزمن، حالات ضيق النفس مثال ضيق الشعب الهوائية المزمن، تليف نسيج الرئة، فشل القلب أو السرطان.

طريقة عمله، يستخدم الأكسجين في حالة هبوط الأكسجين في الدم لدى المرضى لإبقاء نسبة الأكسجين ثابتة بالأوردة.

تحذيرات الاستخدام، المرضى الذين يعانون ارتفاع الكربون بالدم الذين يعتمدون على نقص الأكسجين لإبقاء الجهاز التنفسي مستثاراً.

الأعراض الجانبية، الاعتماد النفسي على الأكسجين يزيد من الشعور بالتوتر والشعور بأنه مرتبط بمصدر الأكسجين الأمر الذي يحد من نشاطه اليومي.

استخدام الجرعة، عند استخدام الأنبوب الأنفي يحتاج المريض إلى (2 - 6) لتراً بالدقيقة. في حالة استخدام قناع الوجه يستخدم (5 - 10) لتراً بالدقيقة، عند نزول مستوى الأكسجين أقل من 85 % يحتاج المريض الى (10- 15) لتراً بالدقيقة.

إبراتروبيوم

يُعد من مضادات المسكارين وموسع للشعب الهوائية .

دواعي الاستخدام، ضيق الشعب الهوائية بالأخص ضيق الشعب الهوائية المزمن، الربو.

طريقة عمله، يُعد من مضادات المسكارين ذات المفعول القصير ويعمل على ترخية عضلات الشعب الهوائية.

بداية مفعول الجرعة، (3 - 30) دقيقة في حالات الربو، 15 دقيقة في حالات ضيق الشعب الهوائية المزمن.

مدة مفعول الجرعة، (4 - 8) ساعات

تحذيرات، في حالة ملامسة الدواء العين يمكن أن يسبب زرق العين للمرضى الذين لديهم قابلية للزرق .

الآثار الجانبية، صداع، دوخة، جفاف الفم، تهيج في منطقة البلعوم، كحة، الضيق في الشعب الهوائية، غثيان، اضطراب في حركة الجهاز الهضمي، زيادة خفقان القلب، اضطراب في ضربات القلب.

الجرعة، البخاخ الفموي (20 - 40) مكروجرام (رشة إلى رشتين) عند اللزوم ويمكن تكراره ثلاث إلى أربع مرات باليوم. *جهاز القناع التنفسي*، (250 -500) مكروجرام عند اللزوم حتى (3-4) مرات باليوم.

أنواعه، بخاخ، سائل للجهاز.

أدوية لعلاج الكحة أو السعال

برومهيكسين (طارد للبلغم وحال للمخاط)

تحذيرات، وجود قرحة بالمعدة من قبل.

طريقة عمله، يقلل من كثافة الإفرازات التي تفرزها الشعب الهوائية، لذا فإنه يسهل عملية طرد البلغم منها، وكذلك تقوم هذه الأدوية بتغيير الخواص الكيميائية والفيزيائية لمادة الموسين فتجعلها أطرى وأقرب للطبيعية .

آثاره الجانبية، عسر هضم، نزف بالجهاز الهضمي، طفح جلدي.

خامساً، أدوية الجهاز العصبي

مجموعة البينزودايازبين

دواعي الاستخدام، قلة النوم ،القلق، والصرع ويعتمد اختيارها على الطبيب المتخصص، لعلاج تشنج العضلات، الاضطراب والتهيج العقلي، الآلام العصبية، الغثيان، الحكة، الفواق.

تحذيرات، في حالة القصور الرئوي الحاد أو متلازمة انقطاع النفس النومي، فشل الكبد.

الدايازيبام

دواعي الاستخدام، قلة النوم، التوتر، نوبات الهلع، التهيج العقلي والنفسي، حالات الصرع المستعصية، لعلاج تشنج العضلات، وحالات انسحاب الكحول من الجسم.

تحذيرات الاستخدام، قصور الرئة الحاد أو متلازمة انقطاع النفس النومي، فشل الكبد.

آلية عمله، في حالة استخدام جرعات عالية يقلل من الاستقلاب بالكبد حيث إن الدايازيبام لديه مفعول مديد بالجسم لدرجة أنه في بعض المرضى يصل منتصف العمر للدواء إلى 120 ساعة.

بداية مفعول الجرعة، 15 دقيقة بعد جرعة الفم (1-5) دقائق بعد جرعة الوريد .

مدة مفعول الجرعة، (3 - 30) ساعة.

الآثار الجانبية، النعاس، اضطراب المهارات الحركية (صعوبة قيادة السيارة)، الوهن خاصة في فترة النهار، اضطراب في الإدراك، ضعف العضلات.

الجرعة، في حالة التوتر يعطى المريض من (2-20) ملجرام عن طريق الفم، في حالات الاختلاج، يعطى المريض 10 ملجرام حقنة شرجية أو عن طريق الوريد.

أنواعه، شراب، حقن، حقن شرجية.

ميدازولام

دواعي الاستخدام، التخدير، قلة النوم، التوتر، نوبات الهلع، التهيج النفسي الحاد، الهذيان، لعلاج تشنج العضلات، الغثيان، لأغراض انسحاب الكحول من الجسم، الحكة، الفواق.

تحذيرات، في حالات قصور الرئة الحاد، في حالة انقطاع النفس النومي، في حالات فشل الكبد.

طريقة عمله، يُعد من مجموعة البنزودايزبين قصيرة المدى، وله قابلية للذوبان في الماء وهذا ما يميز الميدازولام في استعماله في مجال الطب التلطيفي، لأنه يمكن أن يخلط مع العديد من الأدوية ويستخدم تحت الجلد وكذلك يمكن استخدامه تحت اللسان. في حالات ضيق النفس يستخدم الميدازولام مع المورفين لإعطاء نتائج أفضل .

بداية مفعول الجرعة، (5 -10) دقائق بعد جرعة تحت الجلد، (2 - 3) دقائق بعد الجرعة الوريد، 15 دقيقة بعد الجرعة تحت اللسان .

مدة مفعول الجرعة، من (2-4) دقائق قد تزيد في بعض الأحيان حسب الجسم .

الآثار الجانبية، نعسان، اضطراب في المهارات الحركية، اضطراب في الإدراك، ضعف العضلات.

الجرعة، تبدأ الجرعة من 1 ملجرام عند اللزوم وتزيد حسب الحاجة ولا يوجد هناك سقف أعلى للجرعة.

أنواعه، شراب، حقن.

اللورازيبام

دواعي الاستخدام، قلة النوم، القلق، نوبات الهلع، التهيج النفسي الحاد، الاختلاج، الغثيان، لمعالجة أعراض انسحاب الكحول.

الآثار الجانبية، نعسان، وهن، تشوش بالنظر، اضطراب بالذاكرة، قلة النوم، اكتئاب، صداع، زيادة خفقان القلب جفاف الفم، زيادة أو قلة الشهية، غثيان.

بداية مفعول الجرعة، 5 دقايق بعد جرعة تحت اللسان، (15-20) دقيقة بعد الجرعة الفم.

مدة مفعول الجرعة، 72 ساعة

الجرعة، (0.5-1) ملجرام عن طريق الفم مرة واحدة يومياً وتزيد تدريجياً.

أنواعه، حبوب توخذ عن طريق الفم، إبر بالوريد.

مضادات الذهان

هالوبيريدول

دواعي الاستخدام، الأعراض النفسية الحادة ،الفصام، التهيج، الالتباس .

آلية عمله، يُعد من مضادات الذهان النموذجية، يمتاز الهالوبيريدول بأن ليس له طعم ولا لون ولا رائحة، ليس له خصائص مضادة للمسكارين ولكن له تفاعلات في خارج السبيل الهرمي.

بداية مفعول الجرعة، (10-15) دقيقة بعد جرعة تحت الجلد، أكثر من ساعة بعد الجرعة الفم.

مدة مفعول الجرعة، تصل إلى 24 ساعة أكثر أو أقل حسب الجسم.

تحذيرات الاستخدام، في حالات الرعاش، الصرع، حيث إنه يزيد من احتمالية حدوث التشنجات.

الآثار الجانبية، التأثير في خارج السبيل الهرمي، انخفاض في الحرارة، نعسان هبوط في الضغط، اضطراب في ضغط الدم، تغير في وظائف الكبد.

الجرعة، تبدأ الجرعة من (1-2) ملجرام عند اللزوم وتزيد حسب الحاجة. يمكن تثبيت الجرعة (2-3) مرات باليوم، على أن لا تزيد الجرعة عن 30 جرام باليوم.

أنواعه، كبسولات، حبوب توخذ بالفم، أمبولات للحقن.

ليفوميبرومازين

دواعي الاستخدام، الاضطراب النفسي الحاد، الفصام، الألم في الحالات المرضية المتقدمة ،التهيج، الغثيان.

طريقة عمله، يعمل على عدة مستقبلات منها الدوبامين D2 –وألفا1–وألفا–2 وهيستامين1. يشابهه بتركيبه ووظيفته الكلوربرومازين، ولكنه يستخدم أكثر في الطب التلطيفي خصوصاً أنه يمكن اعطاؤه تحت الجلد. يكثر استخدامه في مجال الطب التلطيفي في حالات الهذيان وكذلك في حالات الغثيان.

بداية مفعول الجرعة، 30 دقيقة.

مدة مفعول الجرعة، 12–24 ساعة.

تحذيرات، في حالات الرعاش، هبوط الضغط الانتصابي، الصرع.

الآثار الجانبية، نعسان، هبوط الضغط الانتصابي.

الجرعة، 6.25 ملجرام عن طريق حقنة تحت الجلد عند اللزوم، وتزيد الجرعة حسب الحاجة ويمكن استخدامه بالحقن المتواصل تحت الجلد عن طريقة المضخة.

الحد الأعلى للجرعة، 100 ملجرام باليوم بالنسبة لجرعة الوريد، 200 ملجرام باليوم بالنسبة لجرعة الفم .

أنواعه، حبوب، أمبولات للحقن.

أولانزابين

دواعي الاستخدام، الأعراض النفسية الحادة، الهوس، الاضطراب ثنائي القطب، الفصام، الهذيان، الغثيان، الاكتئاب الحاد.

طريقة عمله، يعمل على سد مستقبلات الدوبامين D1 و D5 فيثبط التأثير المفرط للدوبامين.

بداية مفعول الجرعة، ساعات إلى أيام .

مدة مفعول الجرعة، (12 - 48) ساعة اعتماداً على حالة المريض.

الآثار الجانبية، نعسان، زيادة بالوزن، جفاف الفم، إمساك.

الجرعة، تبدأ من 2.5 ملجرام و تزيد تدريجياً حتى تصل 20 ملجرام باليوم .

أنواعه، حبوب بالفم، أمبولات للحقن.

الكواتيبين

دواعي الاستخدام، الأعراض النفسية الحادة، الهوس، اضطراب ثنائي القطب، التشوش الذهني، الاكتئاب، الذهان المصاحب للرعاش.

طريقة عمله، يعمل الكواتيبين على مستقبلات الدوبامين D2 ،D3، ويستخدم الكواتيبين أساسًا في حالات الفصام والذهان. يعطى عن طريق الفم ويمتص بشكل سريع في الجهاز الهضمي. له أقل تأثير على التفاعلات خارج السبيل الهرمي، لذا هو الخيار المفضل بعد الهالوبيريدول.

بداية مفعول الجرعة، ساعات إلى أيام في حالات الهذيان، أيام إلى أسابيع في حالات الذهان.

مدة مفعول الجرعة، 12 ساعة أو أكثر.

الآثار الجانبية، النعسان، جفاف الفم، إمساك، زيادة خفقان القلب، هبوط الضغط الحركي، الودمة الجانبية.

الجرعة، تبدأ من 12.5 ملجرام مرتين باليوم وتزيد تدريجياً حتى تصل إلى (300 - 400) ملجرام باليوم .

مضادات الاكتئاب

الأميتريبتيلين

يُعد من مجموعة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ويعمل على تثبيط استرداد النورأدرينالين .

دواعي الاستخدام، الاكتئاب والقلق، ونوباب الهلع، والآلام العصبية، وسلس البول، وزيادة الإلعاب.

طريقة عمله، يعمل على حجب المستقبلات قبل المشبكية في العصبونات لمنع استرداد السيروتونين والنورأدرينالين وهذا المفعول يضاد الاكتئاب والألم. كذلك له خاصية مضادة للمسكارين، لذا يسبب النعاس. له تأثير على الشهية فيزيد الشهية ويساعد على زيادة الوزن.

بداية مفعول الجرعة، (2-4) أسابيع.

مدة مفعول الجرعة، (12-24) ساعة.

الآثار الجانبية، النعسان، الهذيان، هبوط الضغط، نقص الصوديوم.

الجرعة، تبدأ من 10 ملجرام في حالات ألم العصب واضطراب النوم وتزيد تدريجياً، في حالات الاكتئاب تبدأ من (50-75) ملجرام عند النوم وتزيد تدريجيًا حتى تصل إلى (225) ملجرام باليوم.

الدلوكسيتين

دواعي الاستخدام، الاكتئاب، القلق، نوبات الهلع، الحكة.

تحذيرات الاستخدام، حالات الهوس كما أنه يمكن أن يزيد من التفكير، ومحاولة الانتحار في حالات الاكتئاب الحاد خصوصاً لدى المرضى أقل من 25 سنة.

طريقة عمله، يعمل على منع استراد السيروتونين والنورأدرينالين، يستخدم في حالات الاكتئاب ولتخفيف الألم العصبي لدى مرضى داء السكري.

بداية مفعول الجرعة، (2-3) اسابيع

مدة مفعول الجرعة، أكثر من 24 ساعة.

الآثار الجانبية، غثيان، قلة الرغبة الجنسية، اضطراب النوم، نعسان، إمساك، زيادة بالتعرق، صداع، تغير في حاسة التذوق، إسهال، قلة شهية.

الجرعة، تبدأ الجرعة من 60 ملجرام وتزيد تدريجياً.

أنواعه، حبوب.

ميرتازبين

دواعي الاستخدام، الاكتئاب، القلق، نوبات الهلع، الحكة، التسمم بالسيروتونين.

طريقة عمله، مفعوله المضاد للاكتئاب يعادل الأدوية ثلاثية الحلقات ومثبطات استرداد السيروتونين. يعطى في حالات الاكتئاب الحاد، يتم إضافة الميرتازبين مع مثبطات استرداد السيروتونين.

بداية مفعول الجرعة، ساعات إلى أيام .

مدة مفعول الجرعة، تختلف من مريض لآخر تصل في بعض الأحيان إلى أيام.

الآثار الجانبية، زيادة في الشهية وزيادة في الوزن، نعسان، تأثر وظائف الكبد .

الجرعة، تبدأ الجرعة من 15 ملجرام وقت النوم وتزيد تدريجياً حتى تصل إلى 45 ملجرام باليوم.

أنواعه، حبوب أو سائل يؤخذ عن طريق الفم.

المنبهات النفسية

الميثيل فينيدات

دواعي الاستخدام، في اضطراب النقص مع فرط النشاط، في حالات فرط النعاس، الاكتئاب خاصة في الأمراض المزمنة المتقدمة، النعسان المصاحب لاستخدام الأفيون، الوهن.

تحذيرات، في حالات التوتر والقلق الشديد، عدم انتظام ضربات القلب.

طريقة عمله، يعمل على استثارة الجهاز العصبي وله مفعول قصير المدى يتراوح ما بين (2-10) ساعات، كذلك يستخدم في حالات الاكتئاب لدى مرضى السرطان المتقدم.

بداية مفعول الجرعة، بعد (20 - 40) دقيقة.

مدة مفعول الجرعة، (2-6) ساعات.

الآثار الجانبية، توتر، اضطراب في النوم، صداع، دوخة، زيادة خفقان القلب، فرط ضغط الدم، ألم البطن، غثيان.

الجرعة، تبدأ من (2.5 -5) ملجرام مرتين باليوم وتزيد حسب الحاجة حتى تصل إلى 20 ملجرام مرتين.

أنواعه، حبوب عن طريق الفم.

مضادات الصرع

جابابينتين

دواعي الاستخدام، تستخدم كمكمل لأدوية أخرى مضادة للصرع، للألم العصبي، للحكة، لحالات الفواق، متلازمة تململ الساقين.

طريقة عمله، يتحد الجابابينتين مع مستقبلاته في الجزء قبل المشبكي وعمل على تنظيم ومنع دخول الكالسيوم للخليه، حيث إن الكالسيوم هو العنصر المثير للعصبونات. يستعمل في حالات آلام العصب المركزية والطرفية، يعطى مع المورفين لتسكين الألم العصبي.

بداية مفعول الجرعة، بعد (1-3) ساعات.

مدة مفعول الجرعة، (8 -12) ساعة وقد تكون أطول بكثير في حالات الفشل الكلوي.

الآثار الجانبية، زيادة التفكير بالانتحار، نعسان، قلق، وهن، رعشة بالأطراف، ألم بالمفاصل، آلام بالعضلات، وذمة طرفية، زيادة الوزن، جفاف الفم.

الجرعة، تبدأ الجرعة من 300 ملجرام عند النوم لمدة (2-3) أيام ثم تزيد إلى مرتين باليوم حتى يصل إلى 900 ملجرام باليوم و هي الجرعة المعتمدة لعلاج ألم العصب، ويمكن زيادة الجرعة حتى 2400 ملجرام باليوم.

أنواعه، كبسولات، حبوب.

البريجابالين

دواعي الاستخدام، الآلام العصبية، كعلاج مكمل في حالات الصرع الجزئي، وفي حالات القلق.

بداية مفعول الجرعة، أقل من 24 ساعة في حالات الألم العصبي، يومان في حالات الصرع.

مدة مفعول الجرعة، أكثر من 12 ساعة.

تحذيرات، في حالة الفشل الكلوي تضبط الجرعة حسب وظائف الكلى.

الآثار الجانبية، نعسان، التباس، هوس، اضطراب في النوم، قلة التركيز، عدم وضوح الرؤية، رعشة في الأطراف، عدم توازن، زيادة الشهية، جفاف الفم، عجز جنسي، وذمة.

الجرعة، تبدأ من 75 ملجرام مرتين باليوم وتزيد بعد ثلاثة أيام.

الحد الأعلى، 300 ملجرام مرتين باليوم.

سادساً، مضادات الجراثيم

تستخدم مضادات الجراثيم لتخفيف الألم. يعد مضاد الجراثيم مهماً في بعض الحالات لتخفيف الآلام الناتجة عن الالتهاب الناتج حول منطقة الورم السرطاني الذي يمكن التنبؤ به عندما تزيد حدة الألم بسرعة جداً مع عدم الاستجابة للمسكنات، ويكون عادة مصحوباً بالألم الجسدي العام وفي بعض الحالات المتقدمة يصاحب الالتهاب حالات الالتباس والتهيج. في أغلب الحالات يكون هناك خليط من الجراثيم الهوائية والجراثيم غير الهوائية.

التهاب المرارة الصاعد

يمكن حدوث التهاب المرارة الصاعد في حالات انسداد مجرى الصفراء الرئيسي المشترك، ويصاحب هذا الالتهاب أعراض وتفاعلات جسدية عامة، ويحتاج المريض للعلاج الفعال وهو كما يلي: كو – أموكسيكلاف بجرعة 1200 ملجرام بالوريد كل 8 ساعات، إذا كان للمريض أرجية من الأموكسيل يستخدم السيفوركسيم بدلاً منه بجرعة 1500 ملجرام بالوريد كل 8 ساعات. في حالات الصدمة الإنتانية يعطى المريض دواء الجنتاميسين بجرعة 5 ملجرام/كيلوجرام بالوريد لمدة (20-30) دقيقة.

التهاب الجهاز التنفسي لدى المرضى المشارفين على الاحتضار

في مراحلة ما قبل الاحتضار يضعف الجسم بشكل عام وتخور قوى الجسم حتى تبلغ إلى الأهداب التي لا ترى بالعين المجردة في الشعب الهوائية، فتتراكم الإفرازات وتصدر صوت يشبه القرقعة أثناء التنفس، اذا تغير لون الإفرازات وصاحبها التهاب في الرئة يفضل البدء باستخدام مضاد الجراثيم للتقليل من الإفرازات. لعلاج هذه الحالة يستخدم المضاد الحيوي سيفتريكسون بجرعة (1-2) جرام تعطى جرعة واحدة عن طريق الوريد، السيفتريكسون تُعد واسع المدى حيث يؤثر على أكثر من نوع من الجراثيم ويُعد مديد المفعول.

التهاب المسالك البولية

التهاب المسالك البولية من الالتهابات الشائعة لدى مرضى السرطان المتقدم خصوصاً في نهاية الحياة، أهم الجراثيم المسببة للالتهاب هي الإشريكية القولونية، وهي أكثر حدوثاً لدى النساء عن الرجال .

العلاج، تريمثيوبريم بجرعة 200 ملجرام كبسولة مرتين باليوم، أو نتروفورانتوين بجرعة 50 ملجرام كل 6 ساعات أو 100 ملجرام مرتين باليوم .

إذا كان المريض مرهقاً ولا يستطيع تناول الأدوية عن طريق الفم يعطى المريض الدواء عن طريق الوريد ويمكن استخدام الكو – أموكسيكلاف أو الجينتاميسين .

سابعاً، مضادات الفطريات

التهاب الفطريات الفموي

ثلث الأشخاص لديهم فطريات تعيش في أفواههم، ويعاني (50 -90 %) من مرضى السرطان المتقدم من التهاب الفطريات، والعوامل التالية تعرضهم لالتهاب الفطريات:

- الضعف العام.
- جفاف الفم.
- الأسنان الاصطناعية.
- استخدام الكورتيزون.
- حالات هبوط عدد كريات الدم البيضاء.
- حالات نقص المناعة المكتسب.

علاجه، علاج المسبباب من أهم خطوات العلاج، بعدها يأتي العلاج الموضعي كالنيستاتين وهو فعال جداً، أما في حالات الالتهاب الحاد أو عدم قدرة المريض على البلع يمكن استخدام إبر الفلوكونازول بالوريد لعلاج الفطريات.

الآثار الجانبية للإبر، صداع، نعسان، صعوبة في الهضم، غثيان، ألم في البطن، إسهال، طفح جلدي، حكة، هبوط في البوتاسيوم بالدم .

الجرعة، 5 ملي كل 6 ساعات لمدة 7 أيام.

المراجع

References

- محمد بن ظافر الشهري (2006): الرعاية التلطيفية. شمول الرعاية التلطيفية. الطبعة الأولى. مطابع الحميضي. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- منظمة الصحة العالمية (2014): جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر.
- Alberta Cancer Board (2001): Alberta Hospice Palliative Care Resource Manual. Second edition. A project of the Alberta Cancer Board with financial support provided by the Alberta Cancer Foundation. ISBN: 1-894809-29-7. http://lnx.mednemo.it/wp-content/uploads/2007/01/acb20pc20resource20manual.pdf
- A Cancer Care Ontario Working Paper (2006) : Improving the Quality of Palliative Care Services for Cancer Patients in Ontario.
- Benyamin R1, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, Glaser SE, Vallejo R (2008): Opioid complications and side effects. Pain Physician 11(2S): S105-20.
- Bovill JG (1997): Mechanisms of actions of opioids and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Eur J Anaesthesiol S15:9-15.
- Blasco A, Berzosa M, Iranzo V, Camps C (2009): Update in
- Cancer Pain. Cancer Chemother Rev 4(2):95-109
- Cheraghi MA1, Payne S, Salsali M (2005): Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. Int J Palliat Nurs.11(9):468-74.

- Fallon M and Hanks G (2006): ABC of Palliative Care. Second edition. Editors: Fallon M and Hanks G. Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK. ISBN-10: 1 4051 3079 2. http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1405130792.html
- http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/ijpn.2005.11.9.19781
- http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-delivery-in-the-home. Accessed 31/8/2016.
- i(9)van den Beuken-van Everdingen MH1, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J (2007): Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Annals of oncology (18): 1437-1449.
- http://pmj.sagepub.com/content/17/1/11.abstract.
- Kaasa S, Loge JH. (2003): Quality of life in palliative care: principles and practice Palliat Med 17(1):11-20.
- National Institute of Health and Care Excellence Guidelines NICE by the National Collaborating Centre for Cancer (2012): Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults.https://www.nice.org.uk/guidance/cg140/evidence/opioids-in-palliative-care-full-guideline-186485293.
- Perron V, Schonwetter RS (2001): Assessment and management of pain in palliative care patients. Cancer Control. 8(1):15-24
- South Australia Palliative Care (2012): Hospice - 12th to late 20th Centuries. http://www.pallcare.asn.au/about/history-of-palliative-care/hospice-12th-to-late-20th-centuries Accessed 26/5/2015.
- Twycross R1, Harcourt J, Bergl S (1996): A survey of pain in patients with advanced cancer. (14) J Pain Symptom Manage. 12(5):273-82

- Twycross R , Wilcock A (2011): Palliative Care Formulary (PCF4), FOURTH EDITION.ed: Twycross R , Wilcock A.halstan printing group, Amersham, UK.
- Walsh D (2009): Palliative Medicine. 1st Edition. Editor: Walsh D. Canada Saunders Elsevier Press.
- World Health Organization (2015): Cancer: WHO Definition of Palliative Care.http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/Accessed 1/5/2015.
- Wiley-MK Barten-CA:a cancer journal for clinicians,2014 online library

إصـــدارات

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

الكتب الأساسية والمعاجم والقواميس والأطالس

1 ـ دليل الأطباء العرب (1)	إعداد: المركز
2 ـ التنمية الصحية (2)	تأليف: د. رمسيس عبد العليم جمعة
3 ـ نظم وخدمات المعلومات الطبية (3)	تأليف: د. شوقي سالم وآخرين
4 ـ السرطان المهني (4)	تأليف: د. جاسم كاظم العجزان
5 ـ القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات (دراسة مقارنة للقوانين السارية) (5)	تأليف: د.ك. بورتر وآخرين ترجمة: المركز
6 ـ الدور العربي في منظمة الصحة العالمية (6)	إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
7 ـ دليل قرارات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة العرب (7)	إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
8 ـ الموجز الإرشادي عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (8)	تأليف: د. نيكول ثين ترجمة: د. إبراهيم القشلان
9 ـ السرطان: أنواعه ـ أسبابه ـ تشخيصه طرق العلاج والوقاية منه (9)	تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله
10 ـ دليل المستشفيات والمراكز العلاجية في الوطن العربي (10)	إعداد: المركز
11 ـ زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل (11)	تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله
12 ـ الموجز الإرشادي عن الممارسة الطبية العامة (12)	تأليف: كونراد. م. هاريس ترجمة: د.عدنان تكريتي
13 ـ الموجز الإرشادي عن الطب المهني (13)	تأليف: د. هـ.أ. والدرون ترجمة: د. محمد حازم غالب
14 ـ الموجز الإرشادي عن التاريخ المرضي والفحص السريري (15)	تأليف: روبرت تيرنر ترجمة: د. إبراهيم الصياد
15 ـ الموجز الإرشادي عن التخدير (16)	تأليف: د. ج.ن. لون ترجمة: د. سامي حسين
16 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض العظام والكسور (17)	تأليف: ت. دكوورث ترجمة: د. محمد سالم

17 ـ الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء (18)	تأليف: د. ر.ف.فلتشر ترجمة: د.نصر الدين محمود
18 ـ دليل طريقة التصوير الشعاعي (19)	تأليف: د. ت. هولم وآخرين ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
19 ـ دليل الممارس العام لقراءة الصور الشعاعية (20)	تحرير: د. ب.م.س بالمر وآخرين ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
20 ـ التسمية الدولية للأمراض (مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية) المجلد 2 الجزء 3 الأمراض المعدية (22)	ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
21 ـ الداء السكري لدى الطفل (23)	تأليف: د. مصطفى خياطي ترجمة: د. مروان القنواتي
22 ـ الأدوية النفسانية التأثير: تحسين ممارسات الوصف (24)	تحرير: د. عبدالحميد قدس ود. عنايت خان
23 ـ التعليم الصحي المستمر للعاملين في الحقل الصحي : دليل ورشة العمل (25)	تحرير: د. ف.ر.أ بات ود. أ. ميخيا ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
24 ـ التخدير في مستشفى المنطقة (26)	تأليف: د. مايكل ب. دوبسون ترجمة: د. برهان العابد مراجعة: د. هيثم الخياط
25 ـ الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي (27)	تأليف: د.ج.جي ترجمة: د. عاطف بدوي
26 ـ الطب التقليدي والرعاية الصحية (28)	تأليف: د. روبرت هـ. باترمان وآخرين ترجمة: د.نزيه الحكيم مراجعة: أ. عدنان يازجي
27 ـ أدوية الأطفال (29)	تأليف: د.ن.د بارنز وآخرين ترجمة: د. لبيبة الخردجي مراجعة: د. هيثم الخياط
28 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض العين (30)	تأليف: د. ب.د. تريفر ـ روبر ترجمة: د. عبدالرزاق السامرائي
29 ـ التشخيص الجراحي (31)	تأليف د. محمد عبداللطيف إبراهيم
30 ـ تقنية المعلومات الصحية (واقع واستخدامات تقنية واتصالات المعلومات البعدية في المجالات الصحية)(32)	ترجمة: د. شوقي سالم

31 ـ الموجز الإرشادي عن طب التوليد (33)	تأليف: د. جفري شامبر لين ترجمة: د. حافظ والي
32 ـ تدريس الإحصاء الصحي (عشرون مخططاً تمهيدياً لدروس وحلقات دراسية) (34)	تحرير: س.ك. لوانجا وتشو ـ يوك تي ترجمة: د. عصمت إبراهيم حمود مراجعة: د. عبدالمنعم محمد علي
33 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض الأنف والأذن والحنجرة (35)	تأليف: د. ب.د. بول ترجمة: د. زهير عبدالوهاب
34 ـ علم الأجنة السريري (37)	تأليف: د. ريتشارد سنل ترجمة: د. طليع بشور
35 ـ التشريح السريري (38)	تأليف: د. ريتشارد سنل ترجمة: د. محمد أحمد سليمان
36 ـ طب الاسنان الجنائي (39)	تأليف: د. صاحب القطان
37 ـ أطلس أمراض العين في الدول العربية سلسلة الأطالس الطبية (40)	تأليف: د.أحمد الجمل ود. عبداللطيف صيام
38 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض النساء (41)	تأليف: جوزفين بارنز ترجمة: د. حافظ والي
39 ـ التسمية التشريحية (قاموس تشريح) (42)	ترجمة: د. حافظ والي
40 ـ الموجز الإرشادي عن توازن السوائل والكهارل (43)	تأليف: د. شيلا ويللاتس ترجمة: د. حسن العوضي
41 ـ الموجز الإرشادي عن المسالك البولية (44)	تأليف: د. جون بلاندي ترجمة: د. محيي الدين صدقي
42 ـ الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية (45)	تأليف: د. جيمس و د. يليس و ج.م. ماركس ترجمة: د.محمد عماد فضلي
43 ـ دليل الطالب في أمراض العظام والكسور سلسلة المناهج الطبية (46)	تأليف: د. فرانك ألويسيو وآخرين ترجمة: د. أحمد ذياب وآخرين
44 ـ دليل المؤسسات التعليمية والبحثية الصحية في الوطن العربي ـ 3 أجزاء (47)	إعداد: المركز
45 ـ التدرن السريري (48)	تأليف: البروفيسور سير جون كروفتن وآخرين ترجمة: د. محمد علي شعبان
46 ـ مدخل إلى الآنثروبولوجيا البيولوجية (49)	تأليف: د. علي عبدالعزيز النفيلي
47 ـ الموجز الإرشادي عن التشريح (50)	تأليف: د. دي.بي. موفات ترجمة: د. محمد توفيق الرخاوي

48 ـ الموجز الإرشادي عن الطب السريري (51)	تأليف: د. ديڤيد روبنشتين و د. ديڤيد وين ترجمة: د. بيومي السباعي
49 ـ الموجز الإرشادي عن علم الأورام السريري (52)	تأليف: د. باري هانكوك و د.ج ديڤيد برادشو ترجمة: د. خالد أحمد الصالح
50 ـ معجم الاختصارات الطبية (53)	إعداد: المركز
51 ـ الموجز الإرشادي عن طب القلب سلسلة المناهج الطبية (55)	تأليف: د. ج. فليمنج وآخرين ترجمة: د. عاطف أحمد بدوي
52 ـ الهستولوجيا الوظيفية سلسلة المناهج الطبية (56)	تأليف: د. م. بوريسنكو و د. ت. بورينجر ترجمة: أ. عدنان اليازجي
53 ـ المفاهيم الأساسية في علم الأدوية سلسلة المناهج الطبية (57)	تأليف: د. جانيت سترينجر ترجمة: د. عادل نوفل
54 ـ المرجع في الأمراض الجلدية سلسلة المناهج الطبية (58)	تأليف: د. صالح داود و د. عبدالرحمن قادري
55 ـ أطلس الأمراض الجلدية سلسلة الأطالس الطبية (59)	تأليف: د. جيفري كالين وآخرين ترجمة: د. حجاب العجمي
56 ـ معجم مصطلحات الطب النفسي سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (60)	إعداد: د. لطفي الشربيني مراجعة: د. عادل صادق
57 ـ أساسيات طب الأعصاب سلسلة المناهج الطبية (61)	تأليف: د. إ.م.س. ولكنسون ترجمة: د. لطفي الشربيني، و د. هشام الحناوي
58 ـ معجم مصطلحات علم الأشعة والأورام سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (62)	إعداد: د. ضياء الدين الجماس وآخرين مراجعة وتحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
59 ـ علم الطفيليات الطبية سلسلة المناهج الطبية (63)	تأليف: د. و. بيك، ود. ج. ديڤيز ترجمة: د. محمد خير الحلبي
60 ـ الموجز الإرشادي عن فيزيولوجيا الإنسان سلسلة المناهج الطبية (64)	تحرير: د. جون براي وآخرين ترجمة: د. سامح السباعي
61 ـ أساسيات علم الوراثيات الطبية سلسلة المناهج الطبية (65)	تأليف: د. مايكل كونور ترجمة: د. سيد الحديدي
62 ـ معجم مصطلحات أمراض النساء والتوليد سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (66)	إعداد: د. محمد حجازي وآخرين تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
63 ـ أساسيات علم المناعة الطبية سلسلة المناهج الطبية (67)	تأليف: د.هيلين شابل وآخرين ترجمة: د. نائل بازركان
64 ـ معجم مصطلحات الباثولوجيا والمختبرات سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (68)	إعداد: د. سيد الحديدي وآخرين تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية

65 ـ أطلس الهستولوجيا سلسلة الأطالس الطبية (69)	تأليف: د. شو ـ زين زانج ترجمة: د. عبد المنعم الباز وآخرين مراجعة: مركز تعريب العلوم الصحية
66 ـ أمراض جهاز التنفس سلسلة المناهج الطبية (70)	تأليف: د. محمود باكير، د. محمد المسالمة د. محمد المميز، د. هيام الريس
67 ـ أساسيات طب الجهاز الهضمي (جزءان) سلسلة المناهج الطبية (71)	تأليف: د.ت. يامادا وآخرين ترجمة: د. حسين عبدالحميد وآخرين
68 ـ الميكروبيولوجيا الطبية (جزءان) سلسلة المناهج الطبية (72)	تأليف: د. جيو بروكس وآخرين ترجمة: د. عبد الحميد عطية وآخرين
69 ـ طب الأطفال وصحة الطفل سلسلة المناهج الطبية (73)	تأليف: د. ماري رودلف، د. مالكوم ليڤين ترجمة: د. حاتم موسى أبو ضيف وآخرين
70 ـ الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان) سلسلة المناهج الطبية (74)	تأليف: د.أ.د. تومسون، د.ر.إ. كوتون ترجمة: د. حافظ والي
71 ـ طب العائلة سلسلة المناهج الطبية (75)	تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
72 ـ الطبيب، أخلاق ومسؤولية سلسلة الكتب الطبية (76)	تأليف: د. محمد خالد المشعان
73 ـ هاربرز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء) سلسلة المناهج الطبية (77)	تأليف: د. روبرت موراي وآخرين ترجمة: د. عماد أبو عسلي ود. يوسف بركات
74 ـ أطلس أمراض الفم سلسلة الأطالس الطبية (78)	تأليف: د. كريسبيان سكولي وآخـرين ترجمة: د. صاحـب القطـان
75 ـ الموجز الإرشادي عن علم الاجتماع الطبي سلسلة المناهج الطبية (79)	تأليف: د. ديڤيد هاناي ترجمة: د. حسن العوضي
76 ـ دليل المراجعة في أمراض النساء والتوليد سلسلة المناهج الطبية (80)	تأليف: د. إيرول نورويتز ترجمة: د. فرحان كوجان
77 ـ دليل المراجعة في أمراض الكلى سلسلة المناهج الطبية (81)	تأليف: د. كريس كالاهان و د. باري برونر ترجمة: د. أحمد أبو اليسر
78 ـ دليل المراجعة في الكيمياء الحيوية سلسلة المناهج الطبية (82)	تأليف: د.بن جرينشتاين و د.آدم جرينشتاين ترجمة: د. يوسف بركات
79 ـ أساسيات علم الدمويات سلسلة المناهج الطبية (83)	تأليف: د.ڤ. هوفبراند وآخـرين ترجمة: د. سعد الدين جاويش وآخـرين
80 ـ الموجز الإرشادي عن طب العيون سلسلة المناهج الطبية (84)	تأليف: د. بروس جيمس ترجمة: د. سرى سبع العيش

81 ـ مبادئ نقص الخصوبة	تأليف: د. بيتر برود و د. أليسون تايلور
سلسلة المناهج الطبية (85)	ترجمة: د. وائل صبح و د. إسلام أحمد حسن
82 ـ دليل المراجعة في الجهاز الهضمي	تأليف: د. سانيش كاشاف
سلسلة المناهج الطبية (86)	ترجمة: د. يوسف بركات
83 ـ الجراحة الإكلينيكية	تأليف: د. ألفريد كوشيري وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (87)	ترجمة: د. بشير الجراح وآخرين
84 ـ دليل المراجعة في الجهاز القلبي الوعائي	تأليف: د. فيليب آرونسون
سلسلة المناهج الطبية (88)	ترجمة: د. محمد حجازي
85 ـ دليل المراجعة في المكروبيولوجيا	تأليف: د. ستيفن جليسبي و د. كاترين بامفورد
سلسلة المناهج الطبية (89)	ترجمة: د. وائل محمد صبح
86 ـ مبادئ طب الروماتزم	تأليف: د. ميشيل سناث
سلسلة المناهج الطبية (90)	ترجمة: د. محمود الناقة
87 ـ علم الغدد الصماء الأساسي والإكلينيكي	تأليف: فرنسيس جرينسبان و ديڤيد جاردنر
سلسلة المناهج الطبية (91)	ترجمة: د. أكرم حنفي وآخرين
88 ـ أطلس الوراثيات	تأليف: د. إبرهارد باسرج وآخرين
سلسلة الأطالس الطبية (92)	ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
89 ـ دليل المراجعة في العلوم العصبية	تأليف: د. روجر باركر وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (93)	ترجمة: د. لطفي الشربيني
90 ـ معجم مصطلحات أمراض الفم والأسنان	إعداد: د. فتحي عبدالمجيد وفا
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (94)	مراجعة: د. محمد فؤاد الذاكري وآخرين
91 ـ الإحصاء الطبي	تأليف: د. جينيفير بيت وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (95)	ترجمة: د. نائل عبدالقادر وآخرين
92 ـ إعاقات التعلم لدى الأطفال	تأليف: د. بيتر بيرك و د. كاتي سيجنو
سلسلة المناهج الطبية (96)	ترجمة: د. عبدالمنعم الباز و أ. سميرة مرجان
93 ـ السرطانات النسائية	تأليف: د. أحمد راغب
سلسلة المناهج الطبية (97)	تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
94 ـ معجم مصطلحات جراحة العظام والتأهيل	إعداد: د. عبدالرزاق سري السباعي وآخرين
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (98)	مراجعة: د. أحمد ذياب وآخرين
95 ـ التفاعلات الضائرة للغذاء	إعداد: د. جودث بيترس
سلسلة المناهج الطبية (99)	ترجمة: د. طه قمصاني و د. خالد مدني
96 ـ دليل المراجعة في الجراحة	تأليف: د. بيرس جراس و د. نيل بورلي
سلسلة المناهج الطبية (100)	ترجمة: د. طالب الحلبي

97 ـ الطب النفسي عند الأطفال سلسلة المناهج الطبية (101)	تأليف: د. روبرت جودمان و د. ستيفن سّكوت ترجمة: د. لطفي الشربيني و د. حنان طقش
98 ـ مبادئ نقص الخصوبة (ثنائي اللغة) سلسلة المناهج الطبية (102)	تأليف: د. بيتر برود ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
99 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية (الإصدار الأول حرف A) سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (103)	إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
100 ـ دليل المراجعة في التاريخ المرضي والفحص الإكلينيكي سلسلة المناهج الطبية (104)	تأليف: د. جونثان جليادل ترجمة: د. محمود الناقة و د. عبدالرزاق السباعي
101 ـ الأساسيات العامة ـ طب الأطفال سلسلة المناهج الطبية (105)	تأليف: د. جوديث سوندهايمر ترجمة: د. أحمد فرج الحسانين وآخرين
102 ـ دليل الاختبارات المعملية والفحوصات التشخيصية سلسلة المناهج الطبية (106)	تأليف: د.دنيس ويلسون ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين
103 ـ التغيرات العالمية والصحة سلسلة المناهج الطبية (107)	تحرير: د. كيلي لي و جيف كولين ترجمة: د. محمد براء الجندي
104 ـ التعرض الأولي الطب الباطني: طب المستشفيات سلسلة المناهج الطبية (108)	تأليف: د. تشارلز جريفيث وآخرين ترجمة: د. عبدالناصر كعدان وآخرين
105 ـ مكافحة الأمراض السارية سلسلة المناهج الطبية (109)	تحرير: د. نورمان نوح ترجمة: د. عبدالرحمن لطفي عبدالرحمن إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
106 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية (الإصدار الأول حرف B) سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (B)	
107 ـ علم النفس للممرضات ومهنيي الرعاية الصحية سلسلة المناهج الطبية (110)	تأليف: د. جين ولكر وآخرين ترجمة: د. سميرة ياقوت وآخرين
108 ـ التشريح العصبي (نص وأطلس) سلسلة الأطالس الطبية العربية (111)	تأليف: د. چون هـ ـ مارتن ترجمة: د.حافظ والي وآخرين

109 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية	إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
(الإصـدار الأول حرف C)	إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (C)	
110 ـ السرطان والتدبير العلاجي	تأليف: روبرت سوهامي ـ جيفري توبياس
سلسلة المناهج الطبية (112)	ترجمة: د. حسام خلف وآخرين
111 ـ التشخيص والمعالجة الحالية:	تحرير: د. جيفري د.كلوسنر وآخرين
الأمراض المنقولة جنسياً	ترجمة: د. حسام خلف وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (113)	
112 ـ الأمراض العدوائية .. قسم الطوارئ ـ	تحرير: د. إلين م.سلاڤين وآخرين
التشخيص والتدبير العلاجي	ترجمة: د. ضياء الدين الجماس وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (114)	
113 ـ أسس الرعاية الطارئة	تحرير: د. كليف ايڤانز وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (115)	ترجمة: د. جمال جودة وآخرين
114 ـ الصحة العامة للقرن الحادي والعشرين	تحرير: د. جودي أورم وآخرين
آفاق جديدة للسياسة والمشاركة والممارسة	ترجمة:د. حسناء حمدي وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (116)	
115 ـ الدقيقة الأخيرة ـ طب الطوارئ	تحرير: د. ماري جو واجنر وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (117)	ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن وآخرين
116 ـ فهم الصحة العالمية	تحرير: د. وليام هـ . ماركال وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (118)	ترجمة: د. جاكلين ولسن وآخرين
117 ـ التدبير العلاجي لألم السرطان	تأليف: د. مايكل فيسك و د. ألين برتون
سلسلة المناهج الطبية (119)	ترجمة: د.أحمد راغب و د. هشام الوكيل
118 ـ التشخيص والمعالجة الحالية ـ طب الروماتزم ـ	تأليف: د. جون إمبودن وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (120)	ترجمة: د. محمود الناقة وآخرين

119 ـ التشخيص والمعالجة الحالية ـ الطب الرياضي	تحرير: د. باتريك ماكموهون
سلسلة المناهج الطبية (121)	ترجمة: د. طالب الحلبي و د. نائل بازركان
120 ـ السياسة الاجتماعية للممرضات والمهن المساعدة	تأليف: د. ستيفن بيكهام و د.ليز ميرابياو
سلسلة المناهج الطبية (122)	ترجمة: د. لطفي عبد العزيز الشربيني وآخرين
121 ـ التسمم وجرعة الدواء المفرطة	تحرير: د. كينت أولسون وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (123)	ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
122 ـ الأرجية والربو	تحرير: د. مسعود محمدي
«التشخيص العملي والتدبير العلاجي»	ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (124)	
123 ـ دليل أمراض الكبد	تحرير: د. لورانس فريدمان و د. أميت كييفي
سلسلة المناهج الطبية (125)	ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي وآخرين
124 ـ الفيزيولوجيا التنفسية	تأليف: د. ميشيل م. كلوتير
سلسلة المناهج الطبية (126)	ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
125 ـ البيولوجيا الخلوية الطبية	تأليف: روبرت نورمان و ديفيد لودويك
سلسلة المناهج الطبية (127)	ترجمة: د. عماد أبوعسلي و د. رانيا توما
126 ـ الفيزيولوجيا الخلوية	تأليف: د. موردیكاي بلوشتاين وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (128)	ترجمة: د. نائل بازركان
127 ـ تطبيقات علم الاجتماع الطبي	تحرير: د. جراهام سكامبلر
سلسلة المناهج الطبية (129)	ترجمة: د. أحمد ديب دشاش
128 ـ طب نقل الدم	تأليف: د. جيفري ماكولف
سلسلة المناهج الطبية (130)	ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين
129 ـ الفيزيولوجيا الكلوية	تأليف: د.بروس كوبن وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (131)	ترجمة: د. محمد بركات

130 ـ الرعاية الشاملة للحروق	تأليف: د. ديڤيد هيرنادون
سلسلة المناهج الطبية (132)	ترجمة: د. حسام الدين خلف وآخرين
131 ـ سلامة المريض ـ بحوث الممارسة	تحرير: د. كيرين ولش و د. روث بودن
سلسلة المناهج الطبية (133)	ترجمة: د. تيسير العاصي
132 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية	إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
(الإصدار الأول حرف D)	إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (D)	
133 ـ طب السفر	تحرير: د. جاي كايستون وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (134)	ترجمة: د.عادل نوفل وآخرين
134 ـ زرع الأعضاء	تحرير: د. جون فورسيث
دليل للممارسة الجراحية التخصصية	ترجمة:د. عبد الرزاق السباعي
سلسلة المناهج الطبية (135)	د. أحمد طالب الحلبي
135 ـ إصابات الأسلحة النارية في الطب الشرعي	تأليف: د. محمد عصام الشيخ
سلسلة المناهج الطبية (136)	
136 ـ «ليڤين وأونيل» القدم السكري	تأليف: د. جون بوكر و مايكل فايڤر
سلسلة المناهج الطبية (137)	ترجمة:د. أشرف رمسيس وآخرين
137 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية	إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
(الإصدار الأول حرف E)	إشراف: د. عبدالرحمن عبد الله العوضي
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (E)	
138 ـ معجم تصحيح البصر وعلوم الإبصار	تأليف: د. ميشيل ميلودوت
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (138)	ترجمة: د. سُرى سبع العيش
	و د. جمال إبراهيم المرجان

139 ـ معجم «بيلير» للممرضين والممرضات والعاملين في مجال الرعايـة الصحيـة سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (139)	تأليف: د. باربرا ـ ف. ويللر ترجمة: د. طالب الحلبي وآخرين
140 ـ علم أعصاب النوم سلسلة المناهج الطبية (140)	تأليف: د. روبرت ستيكجولد و ماثوي والكر ترجمة: د. عبير محمد عدس و د. نيرمين سمير شنودة
141 ـ كيف يعمل الدواء «علم الأدوية الأساسي لمهنيي الرعاية الصحية» سلسلة المناهج الطبية (141)	تأليف: د. هيو مكجافوك ترجمة: د. دينا محمد صبري
142 ـ مشكلات التغذية لدى الأطفال «دليل عملي» سلسلة المناهج الطبية (142)	تحرير: أنجيلا ساوثال وكلاريسا مارتن ترجمة: د. خالد المدني وآخرين
143 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية (الإصدار الأول حرف F) سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (F)	إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
144 ـ المرض العقلي الخطير ـ الأساليب المتمركزة على الشخص سلسلة المناهج الطبية (143)	تحرير: إبراهام رودنيك وديفيد روي ترجمة: د. محمد صبري سليط
145 ـ المنهج الطبي المتكامل سلسلة المناهج الطبية (144)	تأليف: راجا باندارانا ياكي ترجمة: د. جاكلين ولسن تأليف: جانيتا بنسيولا
146 ـ فقد الحمل «الدليل إلـى ما يمكـن أن يوفـره كل من الطب المكمل والبديل» سلسلة المناهج الطبية (145)	ترجمة: د. محمد جابر صدقي
147 ـ الألم والمعاناة والمداواة «الاستبصار والفهم» سلسلة المناهج الطبية (146)	تحرير: بيتر ويميس جورمان ترجمة: د. هشام الوكيل

148 ـ الممارسة الإدارية والقيادة للأطباء سلسلة المناهج الطبية (147)	تأليف: جون واتيس و ستيفن كوران ترجمة: د. طارق حمزه عبد الرؤوف
149 ـ الأمراض الجلدية لدى المسنين سلسلة الأطالس الطبية العربية (148)	تأليف: كولبي كريغ إيفانز و ويتني هاي ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
150 ـ طبيعة ووظائف الأحلام سلسلة المناهج الطبية (149)	تأليف: د. أرنست هارتمان ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
151 ـ تاريخ الطب العربي سلسلة المناهج الطبية (150)	تأليف: د. محمد جابر صدقي
152 ـ عوائد المعرفة والصحة العامة سلسلة المناهج الطبية (151)	تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
153 ـ الإنسان واستدامة البيئة سلسلة المناهج الطبية (152)	تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
154 ـ كيف تؤثر الجينات على السلوك سلسلة المناهج الطبية (153)	تأليف: جوناثان فلنت و رالف غرينسبان و كينيث كندلر ترجمة: د. علي عبد العزيز النفيلي و د. إسراء عبد السلام بشر
155 ـ التمريض للصحة العامة التعزيز والمبادئ والممارسة سلسلة المناهج الطبية (154)	تحرير: بول لينسلي و روزلين كين وسارة أوين ترجمة: د. أشرف إبراهيم سليم
156 ـ مدخل إلى الاقتصاد الصحي سلسلة المناهج الطبية (155)	تحرير: لورنا جينيس و فيرجينيا وايزمان ترجمة: د. سارة سيد الحارتي وآخرين
157 ـ تمريض كبار السن سلسلة المناهج الطبية (156)	تحرير: جان ريد وشارلوت كلارك وآن ماكفارلين ترجمة: د. تيسير كايد عاصي و د. محمود علي الزغبي
158 ـ تمريض الحالات الحادة للبالغين كتاب حالات مرضية سلسلة المناهج الطبية (157)	تحرير: كارين باج و أيدين مكيني ترجمة: د. عبد المنعم محمد عطوه و د. عماد حسان الصادق
159 ـ النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية «تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية» سلسلة المناهج الطبية (158)	تحرير: جوسيب فيجويراس و مارتن ماكي ترجمة: د. تيسير كايد عاصي وآخرين

160 ـ الدليل العملي لرعاية مريض الخرف سلسلة المناهج الطبية (159)	تأليف: غاري موريس و جاك موريس ترجمة: د. عبير محمد عدس
161 ـ تعرّف على ما تأكل كيف تتناول الطعام دون قلق؟ سلسلة المناهج الطبية (160)	تأليف: جوليا بوكروبد ترجمة: د. إيهاب عبد الغني عبد الله إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
162 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية (الإصدار الأول حرف G)	إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
163 ـ العلة والصحة النفسية في علم الاجتماع سلسلة المناهج الطبية (161)	تأليف: آن روجرز و ديڤيد پلجريم ترجمة: د. تيسير عاصي و د. محمد صدقي د. سعد شبير
164 ـ تعايش صغار السن مع السرطان مقتضيات للسياسة والممارسة سلسلة المناهج الطبية (162)	تأليف: آن جرينيار ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
165 ـ مقالات في قضايا الصحة والبيئة سلسلة المناهج الطبية (163)	إعداد: مجموعة من الأطباء والمختصين
166 ـ الخدمة الاجتماعية وتعاطي المخدرات سلسلة المناهج الطبية (164)	تأليف: إيان بايلور و فيونا مشعام و هيوج أشير ترجمة: د. دينا محمد صبري
167 ـ أسس الممارسة الطبية المساندة رؤية نظرية سلسلة المناهج الطبية (165)	تحرير: آمندا بلاير ترجمة: د. صالح أحمد ليري و د. أشرف إبراهيم سليم
168 ـ الصحة البيئية سلسلة المناهج الطبية (166)	تأليف: ديد مولر ترجمة: د. حسام عبد الفتاح صديق
169 ـ الطب النووي سلسلة المناهج الطبية (167)	تأليف: د. إيمان مطر الشمري د. جيهان مطر الشمري
170 ـ الطب التكميلي والبديل سلسلة المناهج الطبية (168)	تأليف: د. محمد جابر صدقي
171 ـ 100 حالة في جراحة تقويم العظام وطب الروماتزم سلسلة المناهج الطبية (169)	تأليف: بارميندر سينج و كاثرين سوالز محرر السلسلة: جون ريس ترجمة: د. محمد جابر لطفي صدقي

172 ـ التشريح الشعاعي العملي
سلسلة المناهج الطبية (170)
تأليف: سارة ماك ويليامز
ترجمة: د.تيسير كايد عاصي

173 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف H)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (H)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

174 ـ التوحد
سلسلة المناهج الطبية (171)
تأليف: ماري كولمان و كريستوفر جيلبرج
ترجمة: د.تيسير كايد عاصي

175 ـ الطب التلطيفي
سلسلة المناهج الطبية (172)
تأليف: د. أمينة محمد أحمد الأنصاري

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

(ACMLS)

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Placement of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopeadias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

ⓒ**COPYRIGHT - 2017**
ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE
ISBN: 978-99966-96-84-8

All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or by any means, electronic, mechanical, photocopying, or otherwise, without the prior written permission of the publisher:

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE
(ACMLS - KUWAIT)

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/25338611
Fax. : + (965) 25338618

E-Mail: acmls@acmls.org
http:// www.acmls.org

Printed and Bound in the State of Kuwait.

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)

KUWAIT

Palliative Medicine

By

Dr. Amina M. A. Al-Ansari

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES