

دکتر ابوالقاسم پیرنیا *

و وحشت و یا باحالت تهوع توأم می باشد مثلاً درد انفارکتوس میوکارد که همیشه با این حالات همراه و بیشتر در اثر تحریکات سمپاتیک است. اغلب عرق این بیماران را به غلط بعلت سقوط فشار خون در انفارکتوس میوکارد می پندارند در صورتیکه میدانیم همیشه انفارکتوس میوکارد با کلاپسوس و سقوط شدید فشارخون و حالات شوک توأم نیست در حالیکه عرق سرد این بیماران و همچنین حالت اضطراب آنها از علائم مهم این بیماری بشمار میرود. عامل دیگری که شباهت و همبستگی این دو سیستم یعنی رشته های عصبی نوع C و رشته های سمپاتیک را مشخص میکند اختلاف حس درد و علائم مختلفی است که اشخاص در موقع درد نشان میدهند. اشخاصی که به علت فقدان رشته های نوسی سپتیو مبتلا به آنالژی

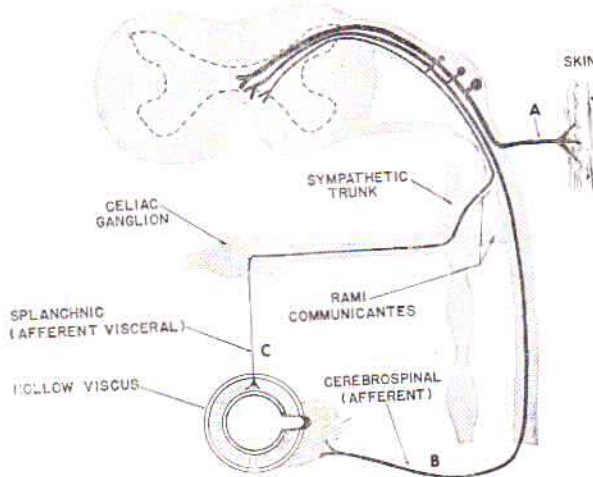
تا سال ۱۹۲۵ برای درد تعریف های مختلفی شده که هر کدام از نظر فیزیوپاتولوژی دارای معایبی است. برخی حتی برای فهماندن درد متوسل به فلسفه شده و به گفته های نویسنده گانی از قبیل بودلر و آنتول فرانس متوسل گردیده اند.

با پیشرفت تکنولوژی مخصوصاً در زمینه الکترونیک و امکان آزمایش های مخصوص بر روی انسان، شرینگتون درد را چنین تعریف میکند: « درد عبارت است از حس عوامل زیان بخش (Nocives) توسط یک سیستم عصبی مخصوصی به اسم سیستم نوسی سپتیو (Nociceptive) ». عوامل زیان بخش ممکن است مکانیک - الکترونیک - گرما یا سرما باشد که اندازه گیری شدت آنها با وسائل فیزیکی امکان پذیر است و یا شیمیائی باشد که شدت آن نسبت به غلظت آن اندازه گیری میشود. سیستم نوسی سپتیو دارای چند نوع رشته عصبی است که بطور اختصار به رشته های عصبی C, B, A تقسیم و نامیده شده اند. رشته های نوع A با قطر (۱۲ تا ۲۰ مو) با سرعتی برابر ۲۰ تا ۹۰ متر در ثانیه، آثار عوامل زیان بخش را به مراکز مغزی انتقال میدهند.

ساختمان این رشته ها شبیه به ساختمان اعصاب حرکتی و سایر حسها می باشد.

رشته های عصبی B قطری کمتر در حدود (۶ تا ۱۲ مو) دارند و سرعت انتقال در آنها خیلی کندتر است، ساختمان نشان شبیه رشته های عصبی آفران سمپاتیک می باشد. (شکل شماره ۱)

رشته های نوع C که از هر دو نوع فوق نازکتر و سرعت انتقالشان کمتر است (در حدود ۰/۵۰ متر در ثانیه) همبستگی کاملی با سیستم سمپاتیک دارد به همین دلیل بعضی از دردهای ویرال و لوآنکه شدید نباشد با علائم سمپاتیک مثل عرق و پریدگی رنگ یا اضطراب



شکل (۱) تصویر از بوکوس

* مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

کمک میکند ولی برخی از دردها مخصوصاً دردهای ویرال در محل ضایعه حس نشده و ممکن است درد بکی از محل آسیب دیده دور باشد .

بطور کلی این نوع دردها را که در خود عضو حس نشود و در اعضای دور دست از محل آسیب دیده حس شود دردهای آواره یا ریفردین (Referred pain) می نامند .

بعضی از دردهای شکمی خواه به شدت دردهای درام شکمی خواه بصورت یک درد ساده شکم بعلت آنکه بصورت یک درد آواره تظاهر میکنند موجب اشتباه در تشخیص بیماری اصلی میشود - مثلاً درد پنومونی مخصوصاً نزد جوانها و بچه ها که قبل از بروز هر گونه علائم بالینی دیگر، ممکن است بصورت یک درد شکمی یا درد آپاندیسیت حاد تظاهر کند .

عجب اینجاست که بیشتر اوقات این دردها عیناً مثل دردهای آپاندیسیت با انقباض عضلات شکمی توأم می باشد .

از نظر افتراق فقط لازم است بیک نکته کوچک و باریک توجه داشت و آن اینکه در آپاندیسیت حاد ، انقباض عضلات شکم و درد موقع شهیق حس میشود در صورتیکه اگر درد بعلت ضایعات ریوی یا جنبی باشد انقباض عضلاتی شکم و درد موقع زفير محسوس می گردد .

مثال دیگر برای این گونه دردهای آواره دردهای شکمی در جریان هپاتیت ویرال می باشد که آن هم بخصوص نزد درسالان بصورت یک درد آپاندیسیت حاد تظاهر میکند قبل از آنکه هیچ گونه علائم دیگری از یرقان وجود داشته باشد .

علت این است که در هپاتیت های ویرال برخلاف هپاتیت های انسدادی درد شکم یک هفته تا چند روز قبل از بروز سایر علائم یرقان ظاهر میشود در این موارد بطور کلی توصیه شده است که قبل از اقدام به عمل در ضمن درخواست آزمایشهای دیگر معمولی، از بیمار آزمایش ترانس آمیناز هم بعمل آید (این موضوع نزد اطفال بسیار مهم است) ترانس آمیناز که در این مواقع به تشخیص هپاتیت کمک زیادی میکند (SGPT) است چون عیار این ترانس آمیناز معمولاً قبل از بروز سایر علائم هپاتیت همیشه به مقدار نسبتاً زیاد بالا است .

بسیاری از بیماریهای داخلی دیگر، چه بیماری داخلی شکمی چه بیماری خارج از شکم ، وجود دارد که علائم یک درام شکمی را میدهند و باید قبل از تصمیم عمل به آنها توجه داشت .

بیماریهای داخلی خارج شکمی و داخلی شکمی که با دردهای آواره تظاهر میکنند :

۱- انفارکتوس جدار خلفی میوکارد

مادرزادی (Analgesie Congenital) هستند هیچ نوع دردی را حس نمی کنند، عیناً مثل اشخاصی که تحت تأثیر بیهوشی باشند ولی فشار بر بیضه آنها بجای درد در آنها يك حالت تهوع ایجاد می کند همچنین در اشخاص فوق تجریکات شدید درد آورو استرس - های روحی تولید عرق نمی کند ولی ریزش اشک ، حس گرما و سرما و حس لمس و همچنین رفلکس کورنه در این اشخاص باقی است .

درد از نظر فیزیوپاتولوژی یکی از علائم مهم شخصی (Subjectif) بشمار میرود و به گفته یکی از پاتولوگ ها درد به منزله چراغ قرمز راهنمایی است که هر وقت روشن شود خطری را اعلام می کند . متأسفانه تمام قسمتهای بدن بطور یکسان از این حس و این علائم مهم راهنما برخوردار نمی باشد .

حس درد در قسمتهای محیطی بدن کامل و خیلی زیاد است ولی به ترتیب از محیط هر چه به داخل اعضاء و امعاء شکم نزدیکتر شویم این حس کمتر میشود بطوریکه سطح خارجی صفاق حساس و سطح داخلی نسبت به درد حساس نیست ، همچنین پرده جنب محیطی حساس ولی قسمت احشائی آن نسبت به درد حساسیت ندارد . بهمین کیفیت بعضی از احشاء بدن دارای سیستم عصبی انتقال عواهل زبان بخش و برخی از آنها فاقد این حس می باشد . در زیر حساسیت اعضای بدن در مقابل درد شرح داده میشود :

اعضای بدن که دارای سیستم نوسی سپتو هستند :

پوست - کورنه - ملتحمه چشم - گوش و بینی - پولپ دندان - گلو - دستگاه تناسلی - مقعد - عضلات - پریوست استخوان - و ترها - منتر .

در قفسه صدری ، قسمتی از پریکارد - پلور محیطی - شریانیهای اکلیلی .

در شکم ، پدیدکول کبد - لوزالمعده - مجاری صفراوی - اورتر و کالیس کلیه ها (مری - معده - روده های کوچک و بزرگ و رکتوم فقط در اثر اتساع یا انقباض عضلات مربوطه دردناک می باشند) در قسمت ژنتال ، نسوج اطراف بیضه و تخمدان .

عضوهائیکه حس درد ندارند

پارانشیم مغز - پی مر - پلور و ویرال و پارانشیم ریه - کبد - طحال - کلیه - صفاق پارینتال - واژن - خود تخمدان و بیضه - استخوانها .

محل بعضی از دردها مخصوصاً دردهای پوستی و بعضی از اعضای حساس نسبت به درد را در خود محل آسیب دیده میتوان حس و تعیین نمود بدین ترتیب علامت درد به تشخیص عضو آسیب دیده

بیماریهای داخلی که دردهای شکمی بصورت درام شکمی میدهند.

علائم آزمایشگاهی	نام بیماری
E. C. G - LDH-SGOT - C.P.K	انفارکتوس میوکارد
++ قند خون - استون در ادرار ++	انغمای دیابتی
جوشاندن ادرار با HCl - رنگ قرمز ادرار در هوای آزاد و نور	پورفیری متناوب
++ کلسیم خون و کلسیم ادرار ++ فسفاتاز قلیائی ++ فسفر خون طبیعی	هیپرپاراتیروئیدی
کلسیم خون کم - فسفر خون طبیعی فسفاتاز قلیائی طبیعی	تنائی
++ سرم لیپید ++	لیپمی اصلی
تجسس گویچه سرخ در ادرار - رادیوگرافی ساده از شکم	کولیک نفرتیک
گرا تولاسیون مخصوص گویچه‌های سرخ در لام خون	مسمومیت با سرب

در مقابل دردهای آواره ، بعضی از بیماریهای جراحی هم ممکن است بصورت دردهای بیماریهای داخلی ظاهر کنند از این قبیل اند دردهای آواره مبتلایان به کله‌سیستیت و ضایعات کیسه صفرا و هم چنین دردهای اولس‌های پرفوره و آبسه‌های زیر دیافراگم و دردهای آبستنی خارج از رحم .

در کله‌سیستیت حاد ممکن است دردهای آواره آن در قفسه صدری بصورت درد آئزین صدری و انفارکتوس میوکارد یا بصورت دردهائی در کتف راست یا هردو کتف شبیه به دردهای آرتريت شانه ظاهر نماید. در این گونه موارد برای تشخیص علت دردها لازم است جراح از بیماریک الکتروکاردیوگرافی و ترانس آمیناز بخواهد و بالعکس برای اطباء داخلی لازم است در مواقعی که درد بیمار در قفسه صدری باشد و علائم الکتروکاردیوگرافی و آزمایشگاهی (ترانس آمینازها) منفی باشد. نظر جراح را برای تشخیص علت درد استفسار کنند .

اولس‌های پرفوره و آبستنی خارج از رحم ممکن است اغلب قبل از بروز علائم پریتونیت با دردی در هردو کتف یا بخصوص در کتف چپ شروع شود که باز در اینجا ممکن است این دردها اشتباهی در تشخیص پیش آورد .

بطور کلی هر وقت تحریکات صفاقی بعلت خونریزی در صفاق یا بعلت عفونت باشد علائم پریتونیت بعد از ۲۴ تا ۳۶ ساعت ظاهر میشود. در صورتیکه درد بعلت تحریکات عصب فرفرنیک از همان اوایل امر در ناحیه قفسه صدری و کتف بروز می‌کند. این نوع دردها را دردهای آواره رفلکس فرفرنیک می‌نامند از همین قبیل است دردی

۲- دیابت شیرین

۳- پورفیری متناوب

۴- تنائی

۵- مسمومیت با سرب

۶- پنومونی

۷- آمپیم پلور

۸- هپاتیت ویرال

۹- یرقان همولیتیک

۱۰- قلب ریوی حاد

۱۱- آنورسم دیسکانت آئورت

۱۲- انفارکتوس ریه

۱۳- پریکاردیت

۱۴- آلرژی

۱۵- هموکروه‌اتوز

۱۶- سندرم برنمن (Brennman)

۱۷- پری آرتريت گرهی

۱۸- بیماری کرون

۱۹- بیماری آدیسون

۲۰- کاشکسی سیمون

۲۱- اورمی

۲۲- سرخک

۲۳- بیماری شونلین هنوخ

۲۴- هیپرپاراتیروئیدی

۲۵- پانکر آتیت

۲۶- انفارکتوس طحال در لکوزها

۲۷- دنده هواج

۲۸- مسمومیت با فیزوهکس از راه گوارش

۲۹- لوبیا سبز خام

۳۰- مسمومیت با قارچ

۳۱- کارسینوئید

۳۲- تابس

دردهای بعضی از بیماریهای داخلی بصورت يك درام شکمی ظاهر میکنند که موجب میشود اغلب این بیماران بیهوده تحت عمل جراحی قرار گیرند. در این جدول مهم‌ترین آنها بانحوه تشخیص و علائم آزمایشگاهی از نظر خوانندگان میگذرد:

(Doubling up) می نامند در صورتیکه دردهای آواره اگر مربوط به دنده‌های موج باشد وضع ضد درد بیمار برعکس، قامت کشیده و راست است .

درد امعاء واحشاء مجوف معمولاً بصورت يك كليك است ولی اتفاق می افتد که مثلاً درد يك آپاندیسیت حاد یا يك سنگ مجاری ادراری بصورت يك درد آواره پزشك را در تشخیص دچار اشکال نماید . از جمله درد آپاندیسیت حاد ممکن است اول در اپیگاستر بعد دور ناف و پس از آن در ناحیه ما کبوره حس و لمس شود .

دردهای ناشی از انسداد مجاری ادراری در صورتیکه محل انسداد بالای مثانه باشد اغلب اوقات بصورت كليك نیست بلکه درد در ناحیه لومبر و گاهی در اپیگاستر است . با دردهای کلاسیک كليك نفر تیک وقتی روبرو می شویم که سنگ یا انسداد در قسمت اورتر مثانه‌ای باشد در هر صورت تکان شدید یا دق جایگاه کلیه موجب تشدید درد می گردد .

در ۲۵ درصد موارد عین همین دردهای کلیکی در پورفیری متناوب دیده میشود و در ۶۵ درصد موارد پورفیری، دردها بصورت درد کوله سیستیت یا آپاندیسیت حاد و یا ایلئوس است به همین دلیل ۴۵ درصد بیماران مبتلا به پورفیری، نابجا تحت عمل جراحی قرار میگیرند. برای پیشگیری از این گونه اعمال کافی است که پزشك فقط به فکر پورفیری متناوب باشد و از بیمار يك تجزیه ادرار از نظر وجود پرفوبیلی نوژن (Porphobilinogen) بخواهد .

که بملت خونروی از طحال قبل از هر چیز در شانه احساس میشود. در آستنی خارج از رحم، علاوه بر آزمایشهای معمولی زنانه اگر بیمار را سرازیر بخوابانیم فوراً دردهای کتفی بیماران شدت می یابد و علاوه بر این برخلاف دردهای آترتیت مفصلی این دردهای کتفی با حرکت مفصل زیاد نمیشود و با توجه به این دو نکته میتوان به تشخیص اصلی این نوع دردها پی برد .

در هر نی هیاتال هنگامی که هر نی مختنق میشود دردی در قسمت جناغ سینه یا در دو کتف ظاهر میشود که باید از نظر تشخیص افتراقی با درد انفارکتوس میوکارد و درد آواره کوله سیستیت بآن توجه داشت .

دردهای آواره هر نی هیاتال اولاً با حالت تهوع توأم نیست ثانیاً بیشتر اوقات با يك رفلو ازوفازین (Reflue oesophagien) همراه می باشد .

دردهای آواره مشترک جراحی و داخلی - اشخاصی که مبتلا به دنده موج (Costafluetuans) می باشند در تعقیب يك حرکت سریع یا تکان شدید در اتومبیل دنده‌های موج زیر سایر دنده‌ها گیر میکند و موجب درد شدیدی در قسمت بالای شکم و بخصوص در ناحیه شانه و کتف میشود که اگر مربوط به دنده‌های طرف راست قفسه صدری باشد لازم است از دردهای کوله سیستیت مجاری صفراوی متمایز گردد - باید دانست که در موقعی که درد مربوط به کیسه صفرا باشد وضع ضد درد بیماران بصورت سجود است که فرانسویان آنرا (Position de la Prière) و انگلیسی زبانها

BIBLIOGRAPHIE

1. Hadorn Vom Symptom zur Diagnose. 1960
2. Harrison Internal medicin
3. Bockus Gastroentology vol.I
4. Sodeman pathologic - physiology
5. Monographie Sandoz «das nociceptive System.» 1959
6. Der Internist Heft 4/ 1967.
7. Concours medical No. 3 1966 Les Hommes Loup
 - « 22 1966 Choc et collapsus
 - « 47 1968 Les manifestations non digestives des Pancreatites.
 - « 5 1965 Les douleurs gastriques
 - « 48 1968 Douleurs.