

درد ثانویه به آسیب‌های نخاعی: علایم بالینی، شیوع و اصطلاحات^۱

درد یک جزء همراه بسیار ناتوان کننده آسیب‌های نخاعی (SCI) است که باعث افزایش فشار بر بیمارانی می‌شود که در اثر این آسیب‌ها دچار تروهای فیزیکی و عاطفی می‌باشند. با وجودی که از بین رفتن فعالیت مهم ترین عارضه آسیب‌های نخاعی محسوب می‌شود، درد نقش مؤثری در توانایی چنین افرادی در بدست آوردن حد ایده‌آل فعالیت خود دارد. نتایج یک همه‌پرسی در انگلستان نشان می‌دهد که در ۱۱ درصد افرادی که به این مطالعه ۳۷ درصد بیماران دچار آسیب نخاعی با ضایعات بالای قفسه درصدی و یا گردنی و ۲۳ درصد بیماران با ضایعات پائین توراسیک و یا لومتوماکراال حاضر بوده‌اند به جای تسکین درد، فعالیت مثانه، روده و یا حتی فعالیت جنسی خود را از دست بدهند، نشان داده شده است.

با وجودی که ضایعات نخاعی یک مشکل شناخته شده می‌باشند عدم تناسب در میزان شیوع گزارش شده آن وجود دارد. بعلاوه لغات و روش‌های بسیار متعدد و متفاوتی برای طبقه‌بندی انواع درد ناشی از ضایعات نخاعی استفاده می‌شود. این مقاله به بررسی اپیدمیولوژی و علایم بالینی درد ضایعات نخاعی پرداخته و روش‌ها مختلف موجود برای تقسیم‌بندی آن را توضیح خواهد داد.

۱- Pain following spinal cord injury: Clinical features, prevalence, and Takonomy
IASP Newsletter. ۲۰۰۰, Issue ۳

ما از اصطلاحاتی که توسط کمیته^۲ طرح ضربت درد پس از ضایعات نخاعی توسط انجمن جهانی مطالعه درد^۲ ابداع شده است استفاده خواهیم کرد.

اپیدمیولوژی

شیوع و رواج درد ضایعات نخاعی: مطالعات بسیاری به بررسی شیوع درد ضایعات نخاعی پرداخته‌اند. یک جمع‌بندی از مجموع ۱۵ مطالعه در این رابطه نشان می‌دهد که حدود ۶۹ درصد چنین بیمارانی دچار درد شده و تقریباً یک سوم آنها درد خود را شدید ذکر می‌نمایند. مطالعات متعدد جدیدتری نیز این یافته‌ها را تأیید کرده‌اند. مطالعه‌ای روی ۹۰۱ بیمار نشان داده است که شیوع درد مزمن حدود ۶۶ درصد است. یک بررسی پرسش‌نامه‌ای نیز شیوع حدود ۶۶ درصد و دو مطالعه طولی نیز شیوع ۶۴ درصدی در ۶ ماه و ۶۳ درصدی در ۱۲ ماه در پی‌گیری‌های پس از ترخیص از بیمارستان پیدا کرده‌اند.

میزان متوسط گزارش شده برای شیوع ضایعات نخاعی مزمن حدود ۶۴ درصد بوده و یک سوم افراد مبتلا درد شدیدی را گزارش کرده‌اند. با این وجود تفاوت‌های گسترده‌ای در بین مقالات و مطالعات فردی وجود دارد. در یک بازنگری توسط Bonica، میزان متوسط شیوع بین ۴۴ تا ۹۰ درصد و درصد بیمارانی که درد شدید داشته‌اند نیز بین ۱۲ تا ۳۰ درصد متغیر بوده است.

۲- Task Force on Pain following spinal cord Injury of the International Association for the study of pain (IASP)

مقادیر مشابهی در مطالعات جدیدتر نیز یافت شده‌اند. در یک مطالعه اخیر انسیدانس دارد در طی بازپروری‌های در حال بستری پس از ضایعات نخاعی تا ۹۰ درصد بوده است.

ارتباط درد با سایر متغیرها، با وجودی که درد مشکل شایعی برای بیماران دارای ضایعات نخاعی است. فاکتورهای مداخله‌گر در این رابطه شناخته شده نیستند. فاکتورهای متعددی ممکن است دارای اهمیت باشند مانند سطح نخاعی جراحات ایجاد شده، علت جراحی و آسیب، میزان کامل بودن ضایعه نخاعی و مسایل روانی اجتماعی.

این وظیفه که جراحات وارده به سطوح مختلف نخاع شامل نواحی گردنی، وسیله‌ای کرمی، انتهای نخاع^۳ و رشته‌ها انتهایی^۴ به احتمال بسیار زیادی همراه با درد خواهند بود فاقد شواهد تأیید کننده می‌باشد. آسیب نخاعی ناشی از زخم گلوله به احتمال بیشتری همراه با درد می‌باشد. این یافته بالینی که درد نورپاتیکی در افرادی که ضایعه غیر کامل دارند بیشتر است توسط مطالعات اتوپسی مورد تأیید قرار گرفته است.

انواع زیر مجموعه‌های مختلف درد بطور شایع‌تری با انواع مختلف جراحات دیده می‌شوند. مطالعات متعددی بروز درد نورماتیک سگمنتال را به دنبال

۳- Conus medullaris

۴- Cauda Equina

جراحات کانال مرکزی گردنی نشان داده‌اند. چنین بیمارانی اکثراً از دردهای سوزنده و هیبرستیزی درد سنها و پاهای خود شکایت دارند. ارتباط بین جراحات غیر کامل گردنی و هیبرستیزی سگمنتال توسط یک مطالعه آینده‌نگر طولی تأیید شده است که در آن تنها ارتباط بارز بین فاکتورها و عوامل فیزیکی و درد شیوع بیشتر آلودمین در این بیماران بوده است. با وجود چنین شواهدی در مورد ارتباط بین عوامل فیزیکی و درد بدنبال ضایعات نخاعی، سایر مطالعات ارتباط بین وجود و یا شدت درد با سطح و یا میزان کامل بودن جراحی پیدا نکرده و در این رابطه عوامل روانی اجتماعی را مؤثرتر از عوامل فیزیکی شناخته‌اند. درد مزمن معمولاً همراه با علایم افسردگی و همچنین درک استرس بیشتر می‌باشد. آنالیز خوشه‌ای^۵ اطلاعات بدست آمده از پرسش‌نامه‌ها مؤید وجود ارتباط بین درد، اسپاستیسیتی، احساسات غیر طبیعی غیر دردناک، و اندوهگین است.

طبقه‌بندی انواع درد

عدم تناسب و تطابق گسترده‌ای که بین شیوع گزارش شده ضایعات نخاعی و ارتباط چنین نوع دردی با فاکتورهای مختلف دیگر وجود دارد. ممکن است در اثر تفاوت‌های فطری موجود بین روش‌های مختلف طراحی (مطالعات پرسش‌نامه‌ای، مصاحبه، مدت زمان‌بری شده از جراحی، شدت درد یا غیره)

۵- Cluster analysis

ایجاد شود. با این وجود، چنین ناهمخوانیهایی می‌توانند در اثر عدم وجود اتفاق نظر در رابطه با نوع دردی که باید در مطالعه قرار داشته باشد و یا اینکه چگونه آنها را تقسیم‌بندی نماییم ایجاد شده باشند. نیاز به یک طبقه‌بندی جامع و فراگیر در رابطه با درد ضایعات نخاعی غالباً مورد تأکید قرار می‌گیرد. عدم وجود یک تقسیم‌بندی جهانی باعث عدم امکان برقراری ارتباط مؤثر در زمینه‌های مختلف مطالعاتی و یا درمانی این مشکل شده است. یکی از اهداف کمیته ضربت IASP در ایجاد یک تقسیم‌بندی است که بطور عمومی قابل استفاده برای پزشکان و محققان این زمینه باشد.

چرا یک طبقه‌بندی جدید؟ روش‌های تقسیم‌بندی متعددی در گذشته توسط افراد مختلف ارایه شده‌اند، اما عدم وجود یک سیستم طبقه‌بندی که همگان آنرا قبول داشته باشند باعث بروز حداقل همخوانی در ترمینولوژی‌های استفاده شده در این رابطه شده است. با وجودی که تشابهات بسیاری بین این مطالعات وجود دارد، خیلی از محققان به انواعی از درد اشاره می‌کنند که توسط سایر پژوهشگران در نظر گرفته نشده است.

علاوه بر این با وجودی که چندین مدل بسیار گسترده طبقه‌بندی وجود دارند که دارای وجوه مشترک بسیاری می‌باشند، ترمینولوژی استفاده شده برای توصیف این طبقه‌بندی‌ها با هم متفاوت است. عدم وجود همخوانی در

چهارچوب‌ها و قواعد مربوط به انتخاب افرادی برای تحقیق و نیز در ترمینولوژی و لغت استفاده شده دارای تأثیرات منفی و غیر دلخواه مربوط به ضایعات نخاعی و ارزیابی روش‌های درمانی شده است.

مطالعات اپیدمیولوژی. چنین مطالعاتی نیز بخاطر عدم وجود یک سیستم طبقه‌بندی مورد تأیید جهانی دارای محدودیت می‌باشند. این مسأله توسط Bonica نیز مورد تأیید قرار گرفته است. وی متوجه گزارشات بسیار متناقض و متنوعی در ارتباط با شیوع درد ضایعات نخاعی شد. با وجودی که این ناهمخوانی می‌تواند بخاطر مسایل مربوط به روش تحقیق در ارتباط با جمع‌آوری اطلاعات باشد، این احتمال وجود دارد که چنین مشکلی در اثر تنوع مطالعات پایه. لزوم وجود یک طبقه‌بندی اصولی برای مطالعات پایه بسیار با اهمیت می‌باشد. انواع متعددی از مدل‌های حیوانی درد نوروپاتیک بدنبال SCI خصوصیات مختصراً متفاوتی دارند. این مدل‌ها برای بررسی مکانیزم‌های پاتوفیزیولوژیک دخیل در ایجاد درد بدنبال ضایعات نخاعی و نیز کشف اهداف جدید جهت ابداع روش‌های نوین درمانی استفاده می‌شوند. اما در صورتی که انواع مشخص و متمایزی از درد بدنبال ضایعات نخاعی ایجاد شوند. جهت تشخیص اصولی انواع مختلفی از درد که تحت بررسی می‌باشند احتیاج به یک

طبقه‌بندی اصولی مورد قبول جهانی می‌باشد. چنین سیستمی امکان بسط مؤثرتر یافته‌های تحقیقات را به طب بالینی افزایش می‌دهد.

تحقیقات بالینی: مطالعات درمانهای بالینی و نگهداری از بیمار نیز بعلت عدم وجود یک سیستم طبقه‌بندی مشترک دچار محدودیت می‌باشند. مطالعات مربوط به روش‌های درمانی ضایعات نخاعی معمولاً به توصیف کننده‌هایی جهت تفسیر نوع درد وابسته‌اند، اما از لغات دو پهلو استفاده می‌کنند که باعث تداخل در تفسیر نتایج می‌شود. حتی در مواردی که از یک طبقه‌بندی مشخص استفاده می‌شود، عدم تناسب بین مطالعات مختلف غالباً باعث مشکل شدن مقایسه نتایج و یا کاربرد آنها می‌شود. یک روش طبقه‌بندی استاندارد شده باعث بهبود ارتباط بین پزشکان و امکان بررسی و ارزیابی‌های دقیق‌تر روش‌های درمانی خاص برای انواع درد همراه با ضایعات نخاعی خواهد شد.

خصوصیات لازم برای یک طبقه‌بندی. گروه ضربت IASP یک سری خصوصیات و شروط را که برای هر طبقه‌بندی جدیدی لازم است تشخیص داده‌اند. یک سیستم طبقه‌بندی باید جامع بوده و بتوان هر نوع دردی را که مشاهده می‌شود در چهارچوب تعریف شده آن قرار داد. این روش همچنین باید نظام یافته بوده و چهارچوب منطقی‌ای ارائه نماید که دارای کاربرد بالینی بوده و با مفاهیم درد و لغات مربوط به آن مطابق باشد. در واقع چنین

سیستمی باید «طبقه‌بندی» را آسان‌تر نماید. تا حد امکان این روش طبقه‌بندی باید بر پایه مکانیزم‌های دیگر باشد تا منجر به رویکردی منطقی به تحقیق، ارزیابی و درمان شود. نهایتاً اگر یک طبقه‌بندی نخواهد مفید باشد، باید بطور مرتب و منظم توسط افرادی که از آن استفاده می‌کنند بکار برده شود.

انواع درد

برای ابداع یک روش طبقه‌بندی که در چهارچوب تعریف شده بالا قرار بگیرد، مسایل متعددی باید در نظر گرفته شوند. یک روش اجمالی باید حداکثر انواع درد را که معمولاً همراه با ضایعات نخاعی ایجاد می‌شوند شامل شود. لغات و عباراتی که در گذشته استفاده می‌شدند بسیار متعدد بوده و امکان ذکر کامل آنها در این جا وجود ندارد. اکثر آنها از لغات متفاوت و متعددی برای توصیف یک نوع درد استفاده می‌کنند. یک جمع‌بندی از انواع مختلف دردهای همراه با ضایعات نخاعی در زیر ارائه می‌شوند:

عدم ثبات مکانیکیز مهره^۶. این درد عضلانی اسکلتی در اثر پارگی لیگامان‌ها و یا شکستگی‌های مهره و عدم ثبات ناشی از آنها بوجود می‌آید هر چند که احتیاج به وجود ضایعات نخاعی ایجاد درد ندارد. این درد معمولاً از همان روز آسیب شروع شده و ندرتاً دیرتر در آن شروع خواهد شد.

۶- Ambiguous

۷- Mechanical instability of the spine

درد معمولاً در ناحیه مهره‌ها بوده و ممکن است به اندام منتشر شود اما معمولاً رادیوکر نیست. این وضعیت معمولاً در اثر حرکت اجزاء استخوانی در صفحات غیر طبیعی و یا دامنه حرکت غیر عادی بوجود آمده و بهمین دلیل با وضعیت مربوط بوده، با فعالیت کم و زیاد شده و با بی حرکتی کاهش می‌یابد. چنین عدم ثباتی توسط عکس‌های رادیوگرافی و یا روش‌های تصویربرداری CT و یا MR قابل تشخیص است. این نوع درد معمولاً توسط مخدرها و یا داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی تسکین می‌یابد. بی‌حرکتی که باعث بهبود خودبخود می‌شود یا فیوژن از طریق جراحی روش‌های درمانی مؤثری در تقریباً تمامی بیماران می‌باشند.

درد اسپاسم عضلانی. این نوع درد در مواردی از ضایعات نخاعی کامل و یا غیر کامل دیده می‌شود. این درد معمولاً مدتی پس از جراحی شروع شده و بهترین راه درمان آن نیز بر طرف نمودن اسپاسم عضلانی است. داروهای ضد درد و مسکن معمولاً ندرتاً کمک کننده‌اند.

سندرم استفاده بیش از حد ثانویه یا سندرم فشار^۸ معمولاً در نواحی که عصب‌گیری نرمال و طبیعی دارند دیده شده و احتمالاً در اثر استفاده بیش از حد بوجود می‌آیند. درد در عضلات پروگزیمال و یا در مناطقی مانند شانه، در

۸- Secondary overuse or pressure syndromes

التهاب تاندون حلقه گرداننده^۹، احساس می‌شود. شروع درد ممکن است ماهها و حتی سالها پس از آسیب باشد. درد معمولاً ماهیتی یکنواخت و موضعی داشته، در اثر استفاده از معضل درگیر و یا جزیی از بدن که با محل درد مرتبط است تشدید شده و با توجه به عوامل زمینه‌ای مانند وضعیت بدن و یا استفاده صحیح از صندلی چرخدار تسکین می‌یابد. درد همچنین ممکن است در اثر استراحت، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و مخدرها نیز ساکت شود. سندرم‌های فشار روی اعصاب ممکن است همراه شرایط مانند سندرم تونل کارپال دیده شوند که توسط مطالعات الکتریکی و یا MR تشخیص کشف می‌شوند. چنین دردی ممکن است توسط تعدیل عوامل و فاکتورهای محیطی، دکمپرسیون جراحی و یا استفاده از وسایل ارتوپدی بهبود بیابند.

درگیری و احتباس ریشه عصبی منجر به درد lanuhatiy، سوزش و یا شدید و گزنده در گستره یک ریشه عصبی واحد می‌شود. البته در این حالت ممکن است درد دو طرفه باشد. درد معمولاً در همان سطح جراحی و آسیب نخاعی ایجاد شده و اکثراً از همان زمان ایجاد جراحی وجود دارد. اگر که ریشه عصب درگیر جزو شبکه براکیال و یا لومبوساکرال باشد ممکن است اختلالات الکترومیوگرافیک و پتانسیل ایجادی نیز به همراه آن وجود داشته باشد. اکثراً در بررسی‌های رادیوگرافیک و یا اسکن‌های CT و MR تحت فشار قرار گرفتن

۹- Rotator cuff

ریشه عصبی در سوراخ بین مهره‌ای توسط یک مهره‌ای و یا استخوان مشهود است. البته چنین یافته‌هایی ممکن است حتی در عدم حضور درد نیز وجود داشته باشند. اگر که درد همراه با عدم ثبات مهره‌ای باشد، اکثراً با تثبیت مهره برطرف خواهد شد. درد فوق همچنین ممکن است توسط مخدرها و یا داروهای درمان کننده دردهای نوروپاتیک نیز تسکین پیدا نماید. در صورتی که چنین دردی بعلت اثر فشاری دیسک بین مهره‌ای و یا استخوان در سوراخ بین مهره‌ای بوجود آمده باشد دکمپرسیون جراحی نیز معمولاً موثر است.

درد در اثر آسیب به رشته‌های انتهایی نخاع نوعی از درد ریشه عصب است که ماهیتی سوزنده داشته و پاها، پرینه، نواحی تناسلی، و رکتوم را درگیر می‌نماید. با وجودی که اغلب ریشه این درد را نخاعی در نظر می‌گیرند، ممکن است مجبور به قبول درد این ناحیه بعنوان دردی نوروپاتیک با منشأ محیطی بشویم زیرا روش‌های جدید درمانی امروزه بطور اختصاصی حالات دردهای نوروپاتیک محیطی را درمان می‌نمایند.

درد ناشی از آوران زدایی سکمنتال^{۱۰} معمولاً در مرز بین نواحی دارای حس سالم و پوست بدون حس، منطقه‌ای با درد نوروپاتیک بوجود می‌آید که بعنوان درد کمربندی^{۱۱}، حد فاصل^{۱۲}، و یا

۱۰- Segmental deafferentation

۱۱ - Girdle Pain

۱۲- Border Pain

منطقه تغییر^{۱۳} شناخته می‌شود. درد فوق می‌تواند در یک نوار شامل ۲ تا ۴ سگمان ایجاد شده و یکطرفه یا دو طرفه و احاطه کننده باشد. این درد معمولاً در نواحی دردناک همراه با آلودینی و پر دردی ایجاد می‌کند. معمولاً در طی چند ماه اول پس از جراحی عصبی ظاهر شده و معمولاً به مخدرها پاسخی نمی‌دهد، اما ممکن است داروهای کنترل دردهای نوروپاتیک روی آن تأثیر داشته باشند. همچنین روش‌هایی مانند بلوک اپی دورال و یا بلوک ریشه سوماتیک، ضایعات ناحیه ورودی ریشه پشتی (DREZ)^{۱۴}، ریزوتومی دیستال، تحریک نخاع، یا کوروکتومی دیستال نیز با افزایش سطح حس تا بالای ناحیه دردناک در کنترل و تسکین این درد مؤثرند.

درد ناشی از جراحات نخاعی. این نوع درد معمولاً بطور منتشرتری در نواحی فاقد حس زیر سطح جراحی احساس شده و معمولاً دو طرفه است. معمولاً به این درد عباراتی مانند درد. آوران‌زدایی، درد دیس ستیری و یا سندرم دیس ستیری مرکزی نیز اطلاق می‌شود. اصطلاحات معمول جهت توصیف این درد عبارتند از: سوزنده، سوزن سوزنی، کرختی، دردناک و طپشی. درد فوق معمولاً ثابت بوده و به وضعیت بیمار و یا فعالیت کردن ارتباطی ندارد در حالی که ممکن است با عفونتهای همراه تشدید شود. این نوع

۱۳- Transitional zone pain

۱۴- Dorsal root entry zone

در غالباً مشکل ترین نوع درد از نظر درمان بوده و اکثراً پاسخ بسیار ضعیفی به مخدرها دارد، با این وجود ممکن است توسط داروهای تسکین دهنده درد نوروپاتیک بهبود یابد. همچنین در مواردی که روش‌های سیستمیک غیر مؤثر هستند، استفاده از مخدرهای انتراکال و کلونیدین می‌تواند مؤثر باشد. این درد معمولاً به کوردکتومی و یا روش‌های از بین برنده دیگر بدون پاسخ بوده و ندرتاً به تحریک مغز و یا نخاع پاسخ می‌دهد.

سیرلنگومیلی^{۱۵}: یک سیرنیکس^{۱۶} (حفره‌ای غیر طبیعی در نخاع) ممکن است

بطور تأخیری و گاهاً حتی سالها بعد از جراح و ترومای اولیه بوجود بیاید.

تظاهرات بیماری شامل نقص‌های صعود کننده نورولوژیک^{۱۷} و درد بوده و

معمولاً دارای مناطق کاهش حس درد و حرارت در بالای یک ضایعه کامل و یا

نسبی می‌باشد. توسط اسکن MR می‌توان این ضایعه را که معمولاً احتیاج به

درمان جراحی دارد تشخیص داد.

دردهای احتشایی. این نوع درد معمولاً دارای شروع تأخیری پس از ضایعات

نخاعی بوده و توسط دردی مواج با ماهیت یکنواخت، کرامیی و سوزنده در

شکم ظاهر می‌شود. چنین دردی ممکن است در اثر ورودی آوران نرمال توسط

اعصاب سمپاتیک و یا واگ (درپاراپلژیک‌ها) و یا از طریق عصب واگ (در

۱۵- Syringomyelia

۱۶- Syrinx

۱۷- Ascending neurologic deficits

تتراپلژیکها) باشد. درد احشایی معمولاً بطور واضح و مشخص وجود نداشته و ممکن است حتی در غیاب هرگونه پاتولوژی احشایی دیده شود.

فاکتورهای شناختی، عاطفی و محیطی نیز ممکن است به هر کدام از شرایط بالا اضافه شوند و منشأ مهمی در ایجاد ناتوانی و یا مانع در توان بخشی موفق به بیمار باشند. در منابع موجود تأکید زیادی روی نقش چنین فاکتورهایی در بروز رفتارهای درد و ناتوانی‌های ناشی از درد پس از ضایعات نخاعی شده است. این عوامل را می‌توان بدون توجه به نوع درد توسط رویکردهای اداره روان شناختی^{۱۸} بررسی کرد.

روشی برای طبقه‌بندی بخش قبلی لیست جامعی از انواع مختلف دردهایی که شایعاً پس از آسیب‌های نخاعی دیده می‌شوند ارائه کرده است. با این وجود، همانطوری که قبلاً اشاره شد، یکی از شروط لازم هر طبقه‌بندی‌ای، سیستماتیک بودن آن است. روش‌های مختلفی بر اساس محل، deocupter معرف‌ها^{۱۹}، پاتولوژی و یا مجموعه‌ای از آنها پیشنهاد شده‌اند. مانند طبقه‌بندی IASP، بعضی از این سیستم‌ها برای ارائه تعریف و توضیح بیشتر چندین طبقه و یا شاخه دارند. تقسیم کردن یک روش طبقه‌بندی به اجزاء و طبقه‌های مختلف باعث تسهیل

۱۸- Psychological management strategies

۱۹- Descriptors

ارزیابی بالینی، تشخیص مکانیزم‌ها و درمان خواهد شد. روش طبقه‌بندی پیشنهاد شده در این مقاله انواع مختلف دردهایی را که در بالا توضیح داده شده‌اند در یک چهارچوب سه سطحی قرار می‌دهد. هر سطح ساختمان درگیر و نیز پاتولوژی مسئول درد را توصیف می‌نماید.

اولین سطح که بسیار گسترده نیز می‌باشد بطور ساده‌ای درد را به دو نوع حسی^{۲۰} و نوروپاتیک تقسیم می‌نماید. این تقسیم‌بندی‌ها معمولاً با اطمینان بالایی بر اساس محل درد و توصیفات بیمار قابل تشخیص بوده و حداکثر کاربرد را در روش‌های درمانی دارند. درد noceptive حسی معمولاً به صورت مبهم، دردناک و کرامپی توصیف شده و اکثراً در نواحی‌های که حس در آنها حفظ شده وجود می‌آید. درد نورپاتیک را غالباً به صورت تیز، شلیکی^{۲۱} الکتریکی و یا سوزشی توصیف کرده و معمولاً در نواحی اختلال حس (مانند افزایش یا کاهش حساسیت) دیده می‌شود. سطح دوم معمولاً شرح بیشتری در رابطه با این دردهای گسترده ارائه کرده و راهنمایی‌های بیشتری جهت درمان ارائه می‌نماید. درد حسی به انواع عضلانی اسکلتی و احشایی تقسیم شده و درد نوروپاتیک به انواع «زیر سطح^{۲۲}» «هم سطح^{۲۳}» «فوق

۲۰- Nociceptive

۲۱- Shooting

۲۲- Below - level

۲۳- At - level

سطح^۴» تقسیم می‌شود که «سطح» معمولاً به سطحی از نخاع که آسیب دیده است اطلاق می‌شود. این سطح دوم تقسیم‌بندی در جدول شماره ۱ یافت می‌شود.

سطح سوم این طبقه‌بندی توضیحات بیشتری را به صورت اجزاء اختصاصی و پاتولوژی‌های درگیر را ارائه کرده و بهمین دلیل بطور دقیق تری مکانیزم‌های احتمالی و یا کاربردهای روش‌های درمانی را مورد بررسی قرار می‌دهد. بعنوان مثال دردهای عضلانی اسکلتی شامل داروهایی می‌شوند که در اثر اسپاسم عضلانی، ترومای استخوان، و یا التهاب در اطراف مفاصل ایجاد می‌شود. درد نوروپاتیک هم سطح نیز شامل دردهای ناشی از آسیب و تخریب ریشه عصبی (شامل آسیب به رشته‌های انتهایی نخاع)، سیرلنگومیلی و یا ترومای نخاعی می‌گردد.

در طبقه‌بندی فوق فاکتورهای روان شناختی به عنوان یک نوع از درد گنجانیده نشده‌اند. فاکتورهای شناختی، عاطفی و محیطی معمولاً به هر نوعی از درد پس از ضایعات نخاعی اضافه شده و باید همیشه بعنوان فاکتورهای مؤثر در نظر گرفته شوند. با این وجود گروه ضربت انجمن جهانی درد باور دارد که فاکتورهای روان‌شناختی باید به عنوان جزئی از هر سندرم دردناک در نظر گرفته شوند نه بعنوان جزیی از یک نوع خاص درد.

چه لغاتی جهت تشخیص انواع درد باید استفاده شوند؟ پس از شناخت عواملی که باید در نظر گرفته شوند، مرحله بعدی ایجاد یک ترمینولوژی است. چنین مسأله‌ای تحت تأثیر فاکتورها و عوامل مختلفی از جمله استفاده قبلی، میزان آشنایی، میزان صحت و سیستمی که از آن استفاده می‌شود قرار دارد. در سطح اول طبقه‌بندی لغات nociceptive و نوروپاتیک پیشنهاد شده اند. این طبقه‌بندی رده اول دارای کاربرد بالینی رایجی بوده و ارزیابی و درمان را ساده می‌نماید. درد nociceptive دردی است که از تحریک گیرنده‌های درد سوماتیک و یا احشایی بوجود می‌آید. در مورد درد نوروپاتیک، برای همخوانی با طبقه‌بندی IASP از پسوند - پاتیک به جای - ژنیک استفاده شده است زیرا در طبقه‌بندی IASP درد نوروژنیک در اثر اختلاف گذرای سیستم عصبی بوجود می‌آید.

در طبقه‌بندی دوم، درد nociceptive به دو نوع عضلانی اسکلتی و احشایی تقسیم می‌شود، که اینها هم جزو عبارات متداول می‌باشند. تقسیم‌بندی درد نوروپاتیک بر اساس محل، اجازه توصیف دقیق‌تر در این رابطه را فراهم می‌نماید. محل احساس درد به نسبت محل جراحت با توجه به میزان درک حال حاضر ما از مکانیزم‌های مختلف تقریباً تنها نوع تقسیم‌بندی دقیق‌تر می‌باشد. پاتولوژی (آسیب نخاع) همراه با درد نوروژنیک ضایعات نخاعی به نظر در بین

بیماران دچار درد هم سطح و یا زیر سطح یکی بوده اما تظاهرات بالینی آنها متفاوت است. مهم ترین خصوصیت قابل تشخیص این دو نوع درد محل آنهاست. درد ضایعات نخاعی و یا درد ریس ستزی بطور منتشر در زیر سطح ضایعه وجود دارند. از طرف دیگر، دردهایی که از ریشه های عصبی منشأ می گیرند، آوران زدایی سمینتال، و سیرنگومیلی معمولاً در درماتوم های چسبیده به محل ضایعه وجود دارند. بهمین دلیل افتراق این نوع از انواع درد بر اساس پاتولوژی معمولاً مشکل بوه و بهتر است بطور ساده به آنها دردهای نوروپاتیک هم سطح و زیر سطح اطلاق شود.

مهم ترین هدف سطح سوم طبقه بندی، تشخیص ساختمان و یا اجزاء خاصی و یا پاتولوژی های خاصی است که احتمال دارد باعث بروز درد شده باشند. جهت نیل به این هدف باید از استفاده از سندرم های مختلف در ترمینولوژی خودداری کرد.

استفاده از اصطلاحات پیشنهادی

سه سطح طبقه بندی فوق (جدول ۲) ارایه کننده چهارچوب برای طبقه بندی انواع مختلف درد و نیز روش های مختلف ارزیابی و درمان درد ضایعات نخاعی است. در حالی که سطح اول تأمین کننده اطلاعات عمومی جهت ارزیابی و درمان است، انتظار داریم که اکثر بیماران مبتلا به درد آسیب های نخاعی در

سطح دوم طبقه بندی شوند (دردهای عضلانی اسکلتی، درد احشایی، درد نوروپاتیک بالای سطح، هم سطح و زیر سطح).

امید این است که در اکثر بیماران دچار آسیب‌های نخاعی، ساختمانها و نیز پاتولوژی (سطح سوم) مسئول تولید درد به سادگی تشخیص داده شوند. به نظر می‌رسد که بررسی دقیق‌تر این جزئیات باعث تعریف و توصیف بهتر مکانیزم‌های مختلف شده و منجر به روش‌های درمانی مؤثرتر می‌شود. این اصرار وجود ندارد که همه ترمینولوژی موجود در هر سه سطح این طبقه بندی با هم در طب بالینی استفاده شوند اما باید از سطحی استفاده کرد که حداکثر اطلاعات در رابطه با مشکل بیمار را در اختیار می‌گذارد. به عنوان مثال، درد ناشی از اسپاسم عضله باید به عنوان درد اسپاسم عضله معرفی شود تا درد nociptive عضلانی اسکلتی از نوع اسپاسم عضلانی. اگر امکان تشخیص و توصیف یک جزء ساختمانی خاص وجود ندارد، می‌توان از سطح دوم و اصطلاحاتی مانند درد نوروپاتیک احشایی و یا هم سطح استفاده کرد.

نتایج

درد یک مشکل شایع در بین بیماران دچار آسیب‌های نخاعی است که محدودیت زیادی را نیز برای این افراد بوجود می‌آورد. انواع متعددی از درد می‌توانند در این بیماران بوجود بیایند که بطور جامع در دو طبقه nociceptive

و نوروپاتیک قرار می‌گیرند. این‌ها می‌توانند به انواع درد عضلانی اسکلتی، درد احشایی و دردهای نوروپاتیک زیر سطح، هم سطح و بالای سطح تقسیم‌بندی شوند. بعنوان سطح آخر می‌توان آنها را بر اساس اجزاء ساختمانی درگیر و نیز مکانیزم‌های پاتولوژی تقسیم‌بندی نمود. گروه ضربت IASP به این امید چنین طبقه‌بندی را پیشنهاد کرده است که منجر به ارتباط بیشترین محققان و پزشکان شده و نهایتاً روش‌های مطالعاتی و درمانی را بهبود بخشد. این طبقه‌بندی به این امید ارایه شده است که دانش روز در رابطه با خصوصیات بالینی و مکانیزم‌های درد ناشی از آسیب‌های نخاعی باعث بهبود بهتر طبقه‌بندی چنین دردی شود.