



به مناسبت جشن روز پزشک



دکتر حسن احمدنیا

متخصص ارولوژی - قلو شیب اندو ارولوژی
استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مطالعه یورودینامیک

(ادامه از شماره قبل)

دکتر محمد تقی صراف

استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد
قوی تخصص بیماری های عفونی کودکان

میگرن در کودکان

دکتر فرحناز ثمره محمدیان
متخصص پوست

کهیر

دکتر زهرا خادم
جراح و متخصص چشمه

کراتوکونژکتیویت آدنوویروسی



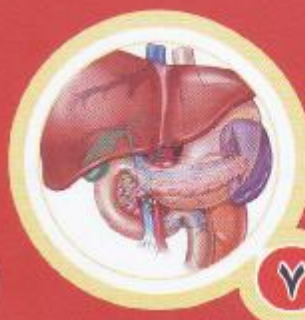
۱۲



۱۱

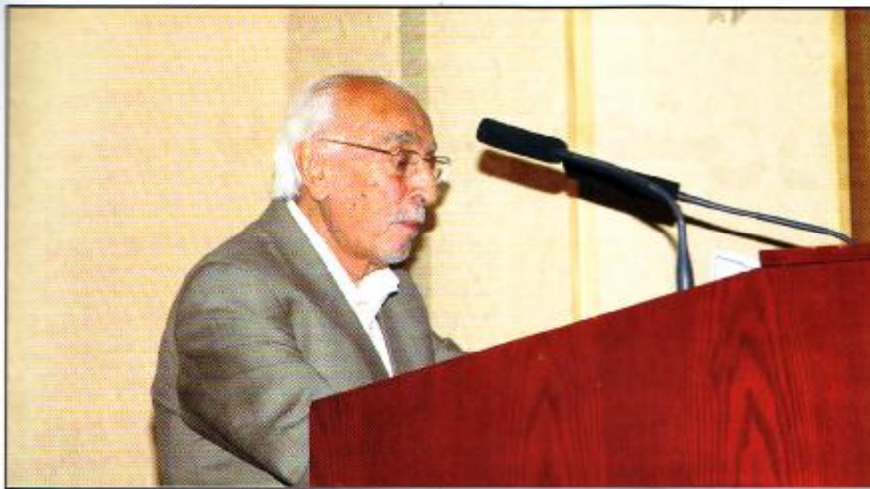


۱۰



۷

به مناسبت جشن روز پزشک



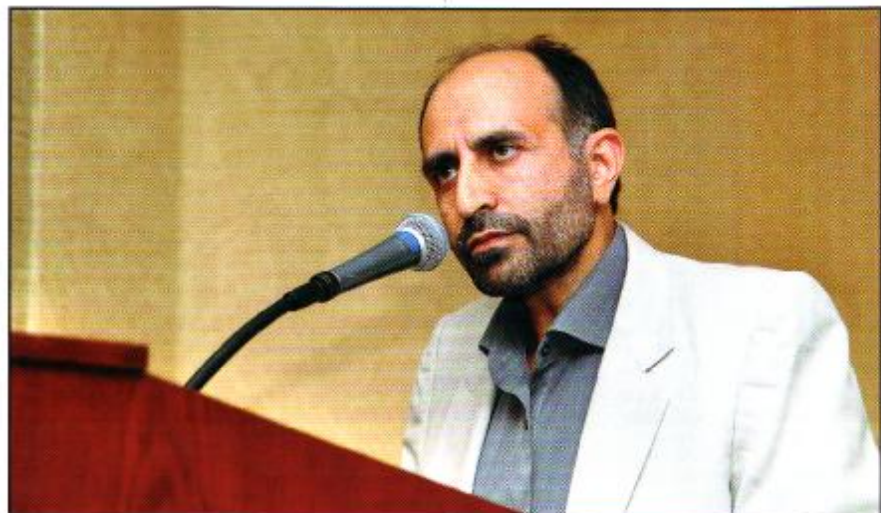
آقای دکتر امیر حسینی با بیان اینکه افزایش در خواست همکاری از طرف پزشکان محترم باعث افتخار و خوشبختی می باشد، از راه اندازی کلینیک های مختلفی در سطح شهر خبر دادند.

ایشان فرمودند امید داریم بتوانیم از همکاری پزشکان در خارج از کشور نیز استفاده نماییم تا بیماران خارج از مرز نیز مهارت و تبحر جراحان و متخصصین ایرانی را تجربه کنند و نیز متخصصین از دانش فنی خارج از کشور بهره بگیرند. ایشان در ادامه افزودند که در سال گذشته شرکت سرمایه گذاری میراث فرهنگی و گردشگری ایران با تعدادی از پزشکان سهام دار راه اندازی شد که یکی از دست آوردهای این شرکت اولین شهر بازی سر پوشیده استان خراسان است که به زودی راه اندازی خواهد شد.

ایشان در انتهای سخنان خود از همکاری دلسوزانه و اندیشمندانه مدیریت، پزشکان محترم، پرستاران و همکاران بخش درمانی و اداری تشکر نمودند و خواستار توفیقات روز افزون برای این عزیزان شدند.

مراسم با اجرای برنامه های متنوع و پذیرایی پایان یافت.

مبارک رمضان، روز پزشک را به همه پزشکان به خصوص پزشکان مشهد و دلسوز بیمارستان بنت



الهدی تبریک گفته و از حضور همه بزرگواران تشکر و قدر دانی نمودند.

به مناسبت اول شهریور، زادروز ابوعلی سینا دانشمند و پزشک شهیر ایرانی و به پاس نکوداشت مقام پزشک مراسمی در هتل همای شماره ۲ مشهد از طرف بیمارستان بنت الهدی با حضور مدیران محترم معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اعضای محترم هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد و جمعی از پزشکان و خانواده محترم آنها برگزار گردید.

در ابتدای مراسم و بعد از تلاوت آیاتی چند از کلام... مجید و بخش سرود جمهوری اسلامی ایران جناب آقای مهندس امیر حسینی مدیر عامل محترم بیمارستان ضمن عرض خیر مقدم و تبریک این روز، از حضور یکایک عزیزان در مراسم روز پزشک صمیمانه تقدیر و تشکر نمودند و توفیق خدمت رسانی به پزشکان و شهروندان عزیز را در ۸ سال گذشته ارج نهاده و بارانه گزارشی بیان داشتند: بیمارستان درجه یک بنت الهدی باز حیات و

عنايات تک تک پزشکان عالیقدر و بزرگوار سال گذشته نائل به دریافت گواهینامه ایزو گردید. ایشان در ادامه اظهار داشتند هم اکنون این بیمارستان یکی از بیمارستان های مطرح در عرصه تورسم درمانی می باشد.

سپس جناب آقای دکتر صراف، استاد محترم دانشگاه علوم پزشکی مشهد و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد، با تبریک ماه ضیافت الهی، زادروز فخر جهان طبابت ابوعلی سینا و زحمتهای زاری را به همکاران گرامی تبریک گفته و اظهار داشتند: بیمارستان بنت الهدی با کادری مجرب و به عنوان یک بیمارستان نمونه از نظر آموزشی نیز گام های ارزنده ای را برداشته است که از جمله می توان به چاپ کتاب بهداشت کودکان اشاره کرد.

در ادامه مراسم جناب آقای دکتر امیر حسینی ریاست محترم هیأت مدیره بیمارستان، ضمن آ...



میگرن در کودکان

دکتر محمد تقی صراف
استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد
فوق تخصص بیماری های عصبی کودکان

و به تدریج شدیدتر می شود. اغلب در آخر شب و صبح و با استفرغ همراه است و پس از قطع سردرد بهبودی مشاهده می شود. معاینات چشمی، رادیوگرافی جمجمه و اسکن یا MRI تشخیص راقطعی می نماید.

۲- اختلالات بینایی که معالجه باعث از بین رفتن سردرد می شود.

۳- مالفورماسیون های واسکولر که استثنائاً سردرد به تنهایی وجود دارد، سردرد همیشگی با EEG و سی تی اسکن و یا MRI تشخیص داده می شود.

۴- در سنین بالا سینوزیت قروناتال که با سردردهای پیشانی همراه است و با خم شدن، سردرد شدیدتر و با رادیوگرافی تشخیص داده می شود.

۵- فشارخون شریانی که با آزمایش های مخصوص تأیید می شود.

۶- سردردهای کودکان که دوره ای هستند مانند سردردهای نزدیک سن بلوغ در پسران که علت نامعلوم است و بعد از مدتی از بین می روند.

ب) تشخیص افتراقی همراه با علائم وخیم
معمولاً در اولین حمله با ضایعات سربال (واسکولر، تومورال) مطرح می شود اگر سی تی اسکن و MRI طبیعی باشد به تشخیص کمک می نماید.

از تباط بین میگرن و اپی لپسی
به عقیده بعضی از مؤلفین اپی لپسی بیشتر نزد بیماران میگرنی مشاهده می شود ولی میگرن باعث اپی لپسی نمی شود. اختلالات و آزمون توری می تواند فاکتوری برای اپی لپسی باشد. تشخیص اپی لپسی با EEG است و با فنوبار بیاتل بهبودی حاصل می شود.

فیز یوپاتولوژی میگرن
هنوز کاملاً مشخص نیست، معتقدند که کریز میگرن نتیجه یک فنومن و آزمون تورا است که ابتدا باعث آواز و کنستر یکسیون و کاهش دبی خون و سپس آواز و دیلاتاسیون و افزایش دبی خون مغز می شود که با سردرد مطابقت دارد. علت این پدیده مشخص نیست شاید اختلالات بیوشیمیک مسئول آن باشد.

سروتونین را گاهی موثر می دانند که بالا رفتن آن در پلاسما هم زمان با آواز و کنستر یکسیون است و پائین آمدن آن آواز و دیلاتاسیون ایجاد می نماید.

علل دیگر شامل فاکتورهای غذایی، آندوکرینی و هیستامین می باشد.

درمان

۱- **درمان حمله:** ضد دردهای معمولی و از همه مؤثرتر ترکیبات ارگوتامین (هیدرووار گوتامین ۳۰-۲۰ قطره بر حسب سن) یا تاراتات ارگوتامین (یگ فرص در کودکان) است، اسپرین اثر چندانی ندارد.

۲- **درمان پیشگیری:** رعایت بهداشت، حذف بعضی از غذاها مانند شکلات و بطور متناوب ارگوتامین

اندیکاسیون درمان
بستگی به تعدد سردردها و همچنین خصوصیات آن ها دارد.

میگرن عادی فقط در موقع کریز باید درمان شود. درمان پیشگیری موقعی انجام می شود که کریزها متعدد و با عوارض میگرن همراه باشند.

به طور کلی میگرن در کودکان نسبتاً شایع است، تشخیص گاهی آسان ولی بعضی مواقع مشکل است و درمان پیشگیری در شکل وخیم و یا تکرار شونده انجام می شود.

حدود ۶۰ درصد کودکان و اگر هر دو والدین مبتلا باشند ۸۲ درصد کودکان مبتلا می شوند.

سرما ی زیاد و یا برعکس آفتاب زدگی شدید، ورزش سنگین، زمان قاندرگی نزد زنان و گاهی استفاده از بعضی از غذاها زمینه مستعد کننده ای برای ایجاد میگرن می باشند.

بیشتر میگرن متغیر است. در نصف موارد منتهی به میگرن بالغین می شود، در یک سوم موارد بعد از چند سال بهبود حاصل می شود و در بقیه ممکن است بعد از چند سال بهبودی، مجدد ظاهر شود.

ب) میگرن همراه با علائم وخیم
مشخص می شود با یک سندرم نورولوژیک زود گذر و موقتی که علائم آن معمولاً قبل یا بعد از سردرد ظاهر می شود.

میگرن، اشکال مختلفی دارد:

۱- **میگرن همی پلژیک:** شایعترین شکل است که اغلب با سردرد همراه است، ابتدا پارستزی دستها سپس همی پلژی و غالباً اعضای فوقانی و طرف راست مبتلا می شوند همراه با آفازی یا دیس آرتری. چنانچه حملات تکرار شوند متناوباً طرف راست و چپ را مبتلا می نماید.

معمولاً همی پلژی بعد از قطع علائم میگرن بهبود می یابد.

بطور خیلی استثناء همی پلژی چند روز طول می کشد یا برای همیشه باقی می ماند.

گزارش شده که گاهی همی پلژی بدون دیگر علائم میگرن ظاهر می شود.

حمله های پاروکسیستیک و بهبود آن به تشخیص کمک می نماید. سابقه فامیلی بازش بوده و گاهی مدت ها بعد علائم میگرن مشاهده می شود.

۲- **میگرن افتالموپلژیک:** این شکل خیلی نادر است، کودکان قبل از ۱۰ سالگی مبتلا می شوند و معمولاً سهالی چهار روز پس از قطع حملات میگرن، بهبودی حاصل می شود.

معمولاً زوج سوم مبتلا می شود با **پتوز و دو بینی**.

اغلب حملات انترنسک گرفتار است (مدریاز) که ممکن است چند ساعت تا چند روز ادامه یابد و به طور نادر همیشگی است.

۳- **میگرن باز یلر:** معمولاً نزد زنان در سن بلوغ مشاهده می شود ولی ممکن است کودکان را در هر سنی مبتلا نماید. علائم نتیجه گرفتاری راههای شریان باز یلر می باشد و شامل سر گیجه و آتاکسی است و ممکن است منجر به عدم راه رفتن شود. اختلالات بینایی موقت، پارالزی اوکولوموتور، کوری و اختلالات هوشیاری دیده می شود. و در این شکل ممکن است بطور متناوب یکدفعه تنها میگرن ساده و دفعه بعد با علائم باز یلر خود را نشان دهد.

آزمایشهای پاراکلینیک

تا حدی به تشخیص کمک می نماید که نه ثابت است و نه اختصاصی. در حین درد امواج کند اغلب یکطرفه و گاهی دو طرفه می باشد که پس از قطع سردرد طبیعی می شود. استثنائاً EEG چند روز غیر طبیعی باقی می ماند.

در فاصله بین حملات هیچ علامت قطعی وجود ندارد، معاینه چشم و رادیوگرافی و سایر آزمایشات، کمکی نمی کند مگر اینکه طبیعی بودن آنها برای تشخیص افتراقی مفید باشد.

تشخیص های افتراقی

الف) **میگرن ساده:** بیماری هائی که مطرح می شود: ۱- افزایش فشار داخل جمجمه، سردرد خیلی شدید است

سردرد یکی از مشکلاتی است که در کودکان دیده می شود. تشخیص های متعددی که در بالغین دیده می شود در کودکان نیز مشابه است.

میگرن در کودکان با سردرد پاروکسیستیک (در فواصل درد کودک سالم است) مشخص می شود.

سایر علائم عبار تند از

۱- دردهای یکطرفه

۲- حالت تهوع

۳- اختلال بینایی

۴- سابقه میگرن در فامیل

علائم دیگری نیز گاهی اضافه می شوند:

۵- دردهای شکمی

۶- سردرد ضربان دار

۷- بهبودی بعد از خواب

تشخیص قطعی میگرن علاوه بر سردرد پاروکسیستیک باید با ۳ علامت از ۷ علامت نامبرده همراه باشد. در کودکانی که نتوانند مشخصات درد و سایر علائم آن را بیان نمایند تشخیص مشکل تر می شود.

بر اساس آمارهایی که داده شده ۵-۲ درصد کودکان کوچکتر از ۱۵ سال مبتلا به میگرن می باشند. این آمار تقریباً برابر شیوع تشنج ناشی از تب در کودکان است.

همچنین گزارش شده که ۴۳ درصد بالغین که دچار میگرن می باشند، از کودکی مبتلا بوده اند.

پسر ها بیش از دخترها مبتلا می شوند ولی در سن بلوغ در زن و مرد به یک نسبت وجود دارد.

اعتقاد بر این است که میگرن در زمان شیر خواری نیز ظاهر می شود، علائم آن خیلی متغیر و عبار تست از: فریاد، تحریک پذیری، استفرغ و قرمزی صورت. چنانچه در زمان کودکی میگرن ظاهر شود، می توان حدس زد که علائم دوره شیر خواری مربوط به میگرن بوده است.

نشانه های بالینی

دو فرم میگرن وجود دارد

۱- میگرن ساده یا میگرن عمومی

۲- میگرنی که همراه با علائم وخیم باشد.

الف) میگرن ساده

در یک سوم موارد این نوع با اورا همراه است که اشکال گوناگونی دارد:

۱- علائم بینایی (دپلوبی و یا مشاهده یک دایره نورانی)

۲- علائم حسی (حس مور مور شدن بعضی از نواحی بدن مانند بازو)

۳- علائم هاضمه ای (تهوع، درد شکم)

البته هر چه کودک کوچک تر باشد تشخیص اورا مشکل تر است. در کودکان سردرد ضربان دار و در ناحیه فرونتال در ۶۵ درصد موارد و استثنائاً بی تمپورال می باشد. بعد از سن بلوغ معمولاً نیمه سردرد ناک و یا استفرغ، گاهی سر گیجه و رنگ بریدگی شدید همراه می باشد.

سردرد حدود چند ساعت طول می کشد، کودک احتیاج به استراحت در محیط تاریک دارد و بعد از خواب سردرد قطع می شود که از علائم مشخص میگرن است.

تفاوت سردرد از کودکی به کودک دیگر متغیر است و در یک کودک هم ریتم خاصی ندارد.

ممکن است سالی دو سه مرتبه و یا در هر هفته چندین دفعه حملات تکرار شوند.

در بین فاکتورهای اتیولوژی سابقه فامیلی میگرن در ۸۰-۵۰ درصد موارد گزارش شده که به صورت غالب منتقل می شود و چنانکه یکی از والدین مبتلا به میگرن باشند

کراتو کونژنکتیویت آدنو ویروسی

(Adenoviral Kerto Conjunctivitis)

دکتر زهرا خادم
جراح و متخصص چشم

مقدمه

آدنو ویروس ها سبب طیف وسیعی از بیماری ها شامل عفونت سیستم تنفسی فوقانی، عفونت سطح چشم، مننژوانسفالیت، سیستیت هموراژیک حاد، اسهال، بیماری حاد تنفسی، نارسایی تنفسی و کبدی می شوند. انتقال آدنو ویروس ها از طریق تماس با ترشحات چشمی یا تنفسی آلوده است. امکان انتقال در مکان هایی مانند استخر، مدرسه و کمپ های تابستانی که افراد در تماس نزدیک با هم هستند بیشتر است. انتقال ویروس از طریق وسایل یا قطره های چشمی آلوده در مطب پزشکان هم امکان پذیر است.

علائم بالینی

آدنو ویروس ها دارای زیر گروه ها و تیپ های متفاوتی می باشند که هر یک تمایل به بافت خاصی دارند. این مسئله سبب می شود که هر گروه از آدنو ویروس ها علائم کلینیکی خاصی داشته باشند. درگیری چشمی به صورت یکی از سه سندرم زیر است:

۱- کونژنکتیویت فولیکولار

۲- تب فارنگو کونژنکتیوال

۳- کراتو کونژنکتیویت اپیدمیک

هر یک از این سندرم ها در ابتدا ممکن است یک طرفه یا دو طرفه باشند و در مراحل اولیه افتراق آن ها از یکدیگر مشکل است.

۱- کونژنکتیویت فولیکولار آدنو ویروسی یک بیماری چشمی خود محدود است. علائم سیستمیک وجود ندارد. درگیری چشمی به صورت ایجاد التهاب ملتحمه و وجود فولیکول در آن و ترشحات موکوئید است. درگیری قرنیه در این فرم معمولاً وجود ندارد اما اگر هم ایجاد شود خفیف و مختصر است.

۲- تب فارنگو کونژنکتیوال با تب، سردرد، فارنژیت، کونژنکتیویت فولیکولار و لنفادنوپاتی پره اوربیکولار مشخص می شود.

علائم سیستمیک همراه در این بیماری شبیه آنفلوآنزا است. اگر درگیری قرنیه ایجاد شود خفیف است.

۳- کراتو کونژنکتیویت اپیدمیک (EKC) تنها سندرم آدنو

کهیر (Urticaria)

دکتر فرحناز ثمره محمدیان - متخصص پوست

درمان نگهدارنده:

۱- در صورتی که ضایعات کهیری به صورت رضایت بخشی مهار نشوند دوز دارو را افزایش می دهند.

۲- دو تا سه هفته پس از کنترل رضایت بخش ضایعات، درمان با آنتی هیستامین ها را می توان قطع کرد. در صورت عود ضایعات، مجدداً درمان با آنتی هیستامین ها را

می توان آغاز نمود و سعی کرد که درمان را بعد از یک دوره دو هفته ای دیگر قطع کرد.

درمان جایگزین

گاهی شدت ضایعات کهیر، درمان شدیدتری را می طلبد و یا ممکن است بیمار به خوبی با آنتاگونیستهای H₁ به تنهایی کنترل نشود.

۱. آنتاگونیستهای H₂

۲. دوکسپین و ترکیبات مشابه: این داروها ترکیبات ضد افسردگی سه حلقه ای هستند که اثرات آنتاگونیستهای H₁ و H₂ دارند.

آرام بخشی و خشکی دهان شایع ترین عوارض جانبی آن ها است.

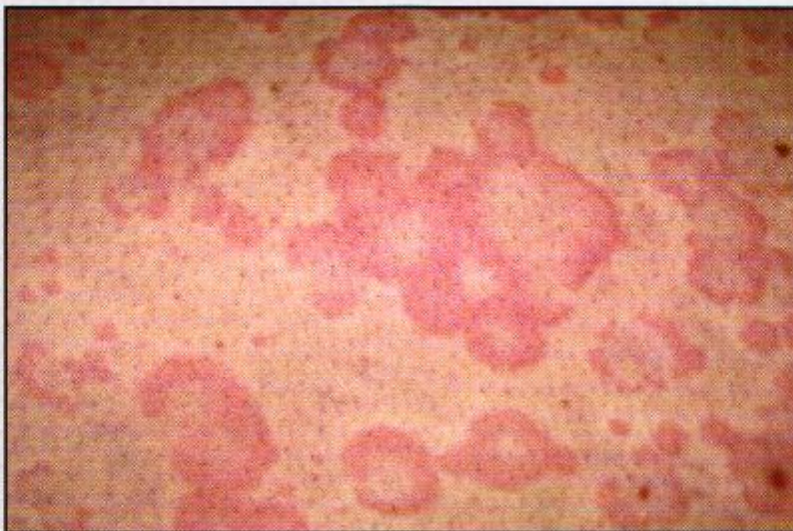
این دارو می تواند فاصله PR را افزایش داده و نقص هدایتی را

تشدید کند. بنابراین در بیماران با تاریخچه آریتم قلبی استفاده از این دارو باید با احتیاط صورت گیرد و عوارض چشمی

آنتی کولینرژیک دوکسپین مصرف آن را در افراد مسن محدود کرده است.

۳. آنتاگونیستهای H₃

دار باشند. آنژیوادم اکثر آنها، زبان، پلک ها و ناحیه تناسلی را درگیر می کند و با شیوع کمتر حنجره، دستگاه گوارشی و مثانه درگیر می شوند. آنژیوادم می تواند به تنهایی یا همراه با کهیر ایجاد شود و اکثر موارد آن ایدیوپاتیکی می باشد. اشکال ارثی آن به علت کاهش مهارکننده استراز C₁ (تیپ ۱) و یا اختلال فعالیت این آنزیم (تیپ ۲) ایجاد می شود.



کهیر با آنژیوادم در ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد در طول زندگی ایجاد می شود و تمام گروه های سنی را درگیر می کند. در حالی که کهیر حاد در بچه ها شایع تر است، کهیر مزمن، بیشتر در بالغین ایجاد شده و زن ها بیشتر از مردها مبتلا می شوند. ضایعات کهیری به صورت پاپول و پلاک های اریماتوزی خارش دار گذرا یا حدود مشخص می باشند که اندازه آن ها از چند میلیمتر تا چندین سانتی متر، متغیر است.

ضایعات اغلب گرد یا بیضی می باشند ولی ممکن است ضایعاتی بهم پیوسته و حلقوی یا کماتی یا حاشیه ای نامنظم، تشکیل دهند. ضایعات کهیری پوسته ریزی ندارند و تغییرات پیگمانتاسیون نیز در آن ها دیده نمی شود ولی ممکن است اطراف آنها، اریتم و یا رنگ پریدگی مشاهده شود.

هر کدام از ضایعات، شروع ناگهانی دارند و کمتر از ۲۴ ساعت دوام می آورند. کهیری که کمتر از ۶ هفته طول بکشد، حاد در نظر گرفته می شود و حملات راجعه کهیری که بیشتر از ۶ هفته ادامه داشته باشند کهیر مزمن خوانده می شوند.

علل شایع کهیر و آنژیوادم عبارتند از: عفونت ها، داروها، مواد تماسی، عوامل فیزیکی (گرما، سرما، ارتعاش، فشار، نور

و آ، آب، غذاها، افزودنی ها، خمیراکی، گزش حشرات، نیش از ۸۰ درصد موارد کهیر مزمن ایدیوپاتیکی میباشد.

آنژیوادم به تورم عمقی پوست و زیر جلد اطلاق می شود که ممکن است حاد یا مزمن باشد. ضایعات حاشیه مشخصی ندارند و اغلب رنگ طبیعی پوست را حفظ کرده اند. ضایعات

درمان کهیر حاد در زمان آغازین

۱- آنتی هیستامین ها: آنتاگونیستهای H₁. درمان انتخابی می باشند.

۲- گاهی در صورت مهار کهیر، برای کنترل ضایعات و جلوگیری

ویروسی است که درگیری فرنیه (کراتیت) به طور مشخص در آن ایجاد می شود. عفونت چشمی در اغلب بیماران دو طرفه است و ممکن است قبل از بروز علائم چشمی، علائم درگیری سیستم تنفسی فوقانی وجود داشته باشد. ۱۰-۷ روز بعد از آلودگی با ویروس، کونژنکتیویت فولیکولار شدید همراه با درگیری فرنیه به صورت اپی تلیال کراتیت Punctate ایجاد می شود. ممکن است کموزیس شدید در سطح ملتحمه، خونریزی های زیر ملتحمه ای به صورت نقطه ای یا حتی وسیع تر، و عشاء (ممبران) هایی در سطح ملتحمه نارسل ایجاد شود. آدنوپاتی پره اوربیکولار نیز وجود دارد. بیماران از انگ ریزش، حساسیت به نور و احساس جسم خارجی در چشم شکایت دارند. طی ۱۴-۷ روز بعد از شروع علائم چشمی، انفیلترای قرنیه به صورت مولتی فوکل و ساب اپی تلیال (استرومال) در معاینه با اسلیت لامپ دیده می شود. در این مرحله فتوفوبی و کاهش دید ناشی از وجود این انفیلترای ایجاد می شود که ممکن است ماه ها تا سال ها به طور مقاوم با عود کننده باقی بماند.

علت ایجاد کراتیت، رلیکاسیون و بروس داخل اپی تلیوم فرنیه است. علت ایجاد انفیلترای ساب اپی تلیال پاسخ ایمنولوژیک به عفونت ویرال کراتوسیت ها در استرومای سطحی قرنیه می باشد. عوارض مزمن ممبران های کونژنکتیوال عبارتند از: ایجاد اسکار ملتحمه ای، ایجاد سیمبلفارون و خشکی چشم ناشی از تغییرات داخل غدد اشکی یا مجاری اشکی.

درمان

برای عفونت های چشمی آدنو ویروسی درمان علامتی انجام می شود شامل کمپرس سرد، اشک مصنوعی و لوپریکانت ها که سبب کاهش سمپتوم های می شوند. آنتی بیوتیک توپیکال فقط وقتی اندیکاسیون دارد که علائم کلینیکی مثل ترشحات چرکی وجود داشته باشد که احتمال عفونت باکتر بال همراه را مطرح می کند. در بیمارانی که ممبران های ملتحمه ای دارند، برداشتن ممبران با فورسیس یا پلیکانور ۳-۲ روز و نیز استفاده از استروئیدهای موضعی می تواند سبب تسریع در بهبود شده و از ایجاد اسکار جلوگیری کند.

استروئیدهای موضعی همچنین با بهبود انفیلترای ساب اپی تلیال، فتوفوبی را کم می کنند و دید را بهبود می بخشند. اما از آنجا که استروئیدها ممکن است سبب طولانی تر شدن دوره انتقال و واگیری بیماری شوند، استفاده از آن ها باید محدود به مواردی باشد که علائم کلینیکی خاصی وجود دارد، یعنی وجود ممبران های ملتحمه ای، فتوفوبی و کاهش دید. داروهای آنتی انفلاماتوری غیر استروئیدی (NSAID) موضعی اثری روی انفیلترای ساب اپی تلیال ندارد اما می توانند از عود بیماری بعد از قطع استروئیدها جلوگیری کنند.

پیشگیری

افرادی که دچار عفونت فعال هستند به راحتی می توانند آدنو ویروس را منتقل کنند که این احتمال تا ۱۴ روز بعد از شروع علائم بیماری وجود دارد. با رعایت بهداشت شامل شستشوی مرتب دست ها، خودداری از دست دادن و رویوسی کردن، لزوم استفاده از حوله و پیش شخصی، عدم حضور در مدرسه یا محیط های کار سر بسته و استخرها تا زمانی که بیماری به طور فعال وجود دارد، می توان احتمال انتقال را کم کرد.

آنتاگونیستهای H₁ کافی نباشد، مؤثر واقع می شود. استفاده از آنتاگونیستهای H₂ به تنهایی ممکن است ضایعات کبیری را تشدید نماید. ۴- ترکیبات آدرنرژیک، در درمان موارد حاد کبیر و آنژیوادم مؤثر است. ۵- کورتیکواستروئیدها: در موارد بسیار شدید و غیر معمول کبیر که به درمان های ذکر شده پاسخ ندهند، ممکن است لازم باشد.

نکته ها

- ۱- در صورتی که ضایعات با دوز آغازین آنتی هیستامین H₁ کنترل نشده می توان دوز دارو را تا ایجاد عوارض جانبی قابل تحمل برای بیمار افزایش داد. اکثر واکنشهای حاد کبیری نیاز به اپی نفرین یا استروئید سیستمیک ندارند.
- ۲- کبیر حاد ممکن است تظاهری از آنفیلکسی سیستمیک باشد. در چنین مواردی بیمار را باید سریعاً تحت درمان های لازم برای آنفیلکسی قرار داد.
- ۳- اختلالات سیستمیک ممکن است به صورت کبیر حاد تظاهر کنند. در بیمارانی که علائم آنها کاملاً با کبیر توجیه نمی شود باید به دنبال بیماری های کمپلکس ایمنی و فازهای ابتدایی هیپاتیت ویروسی بود.
- ۴- خواب آلودگی، عارضه شایع درمان با آنتی هیستامین های پندولول، اغلب با ادامه درمان برطرف می گردد.
- ۵- بعضی از داروها مثلاً ترنفلادین و استمزول، باعث تاکی آریتمی های قلبی و افزایش فاصله QT می شوند. این ترکیبات در بیماران با بیماری کبیری یا آنهایی که تحت درمان با کتونازولول، اریتروما سین، آنتی بیوتیک ها و آنتی مایکوتیک های وابسته باشند نباید تجویز شوند.
- ۵- تمام داروهایی که کبیر را تشدید می کنند (مانند سالیسیلات ها و NSAIDs) را باید قطع نمود.
- ۶- در صورتی که ماده غذایی خاصی مسأول ایجاد کبیر باشد معمولاً ۲ ساعت بعد از مصرف آن باید کبیر ایجاد شود.

درمان کبیر مزمن

درمان آغازین

درمان آغازین مشابه موارد کبیر حاد، با آنتی هیستامین های باشد. درمان با آنتی هیستامین ها باید به صورت مداوم باشد نه

به صورت مقطعی و یا تنها در صورت بروز ضایعات. هدف اصلی درمان مهار خارش بیمار است، نه برطرف کردن کامل ضایعات. **درمان نگهدارنده**

- ۱- در صورتی که علائم برطرف و ضایعات کبیری از بین رفتند باید درمان با آنتی هیستامین ها را با حداقل دوز ممکن به صورت منظم تا مدتی (معمولاً چند هفته) ادامه و سپس در زمان را قطع نمود.
- ۲- در صورت عود ضایعات باید ۶ تا ۸ هفته دیگر بیمار را درمان نمود و سعی نمود که هر چه زودتر درمان را قطع کرد. در صورت نیاز می توان این دوره درمان و قطع درمان را تکرار کرد.

درمان جایگزین

آنتاگونیست های H₂ به تنهایی ممکن است کافی نباشند در این موارد می توان از داروهای زیر بسته به سورد و علائم همراه استفاده نمود.

- ۱- اضافه کردن آنتاگونیست های H₂ دیگر به درمان
- ۲- اضافه کردن آنتاگونیست های H₁
- ۳- دوکسین
- ۴- در صورتی که آنتی هیستامین، به تنهایی قادر به کنترل ضایعات نباشد، می توان از کورتیکواستروئید ها نیز استفاده کرد.
- ۵- ترکیبات آدرنرژیک
- ۶- مهار کننده های کانال های کلسیمی به عنوان درمان کمکی همراه با آنتی هیستامین ها مؤثر می باشد.
- ۷- کلشی سین و دایسون
- ۸- سولفاسالازین در بیماران با کبیر مزمن که در بیوپسی پوست، انفیلتراسیون سلول های PMN دارند، مؤثر گزارش شده است.
- ۹- آندروژن ها در بیمارانی که وابسته به کورتیکواستروئید سیستمیک هستند، ممکن است کمک کننده باشند و با استفاده از آن امکان کاهش دوز کورتیکواستروئید سیستمیک را فراهم نماید.
- ۱۰- کرومولین سدیم در موارد مقاوم ممکن است مفید باشد.
- ۱- کتوتیفن و زادیتن که با مکانیسم مهار ماست سل ها اثر می کنند.
- ۱۱- نور-UV، UVA و PUVA ممکن است در کاهش علائم

کبیر مزمن مؤثر باشد.

۱۲- پلاسمافرز: در موارد کبیر مزمن مؤثر گزارش شده است. همچنین IVIG در موارد مقاوم کبیر به کار رفته است.

۱۳- طب سوزنی

۱۴- سپکالوسپورین

نکته ها

- ۱- داروهایی که باعث تشدید ضایعات کبیری می شوند را باید قطع نمود. سالیسیلات ها از شایع ترین این داروها هستند.
- ۲- سیپروهیتادین: یک ترکیب اشتها آور است و ممکن است در بیماران به ویژه آنهایی که ترکیبات استروئیدی نیز دریافت می کنند، مشکل ساز باشد.
- ۳- کبیر مزمن، ممکن است واسکولیتی باشد. ضایعات کبیری حقیقی، کمتر از ۲۴ ساعت طول می کشد. در صورتی که ضایعات بیشتر از ۲۴ ساعت طول بکشد، برای رد واسکولیت باید بیوپسی به عمل آید.

درمان کبیر ناشی از سرما

درمان آغازین

درمان آغازین احتمالاً، سیپروهیتادین است. اکثر بیماران با این درمان بهبود می یابند.

درمان جایگزین

در صورتی که بیمار به سیپروهیتادین، پاسخ مناسبی ندهد، می توان از درمان های زیر استفاده کرد:

۱- دوکسین

۲- سایپتیدین

۳- ترکیبات کربونامین و آمینوفیلین

درمان کبیر کولینرژیک

درمان انتخابی، هیدروکسی رین با سیپروهیتادین است به دلایل ناشناخته، سایر آنتی هیستامین ها، اثر کمتری در درمان دارند. در صورت عدم پاسخ به درمان از درمان جایگزین ذکر شده در درمان کبیر مزمن، باید استفاده کرد.

درمان آنژیوادم

هر چند در ابتدا معمولاً از آنتی هیستامین ها، استفاده می شود، ولی معمولاً مؤثر واقع نمی شود و باید از استروئیدهای سیستمیک استفاده نمود که البته بستگی به شدت ضایعات دارد.

مطالعه یورودینامیک

دکتر حسن احمدنیا
متخصص ارولوژی - فلوشیپ اندولوژی
استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد
قسمت دوم

با VUR است.

فشار نقطه لیک با مانور والسالو (VLPP)

VLPP پایین ترین فشاری است که لیک ادراری با مانور والسالو در آن رخ می دهد.

مثانه با ماده حاجب تا حجم ۱۵۰ سی سی پر شده و از بیمار خواسته می شود سرفه کند، به طوری که فشار داخل مثانه افزایش یابد، تا لیک ادراری در Xray دیده شود (مشاهده مستقیم مثانتوس حساس تر از Xray است). اگر لیک در حجم ۱۵۰ سی سی رخ ندهد مثانه پر می شود و مانورهای استرسی تکرار می شود تا لیک ادراری رخ دهد و یا ظرفیت مثانه کامل شود.

VLPP پایین ترین فشار مثانه است که در آن لیک ادرار در غیاب انقباض دترسور رخ می دهد و ALPP پایین ترین فشار شکمی است که در آن لیک ادرار در غیاب انقباض دترسور رخ می دهد.

ارزش کلینیکی VLPP در آن است که مقدار کمتر از $60 \text{ cmH}_2\text{O}$ دلالت بر وجود ISD مشخص دارد.

VLPP بین $60 - 90 \text{ cmH}_2\text{O}$ مشکوک تلقی شده و ترکیبی از هیبرموپلیتی مجرا و ISD را پیشنهاد می کند و VLPP بالاتر از $90 \text{ cmH}_2\text{O}$ نشانه هیبرموپلیتی مجرا با حداقل ISD است.

سیستومتری طبیعی ۴ فاز دارد:

۱- فشار اولیه افزایش می یابد تا به فشار استراحت مثانه برسد.

۲- Tonus Limb که نشانگر خاصیت و یسکوالاستیک دیواره مثانه است.

۳- ساختار مثانه به حداکثر طول و حداکثر قدرت الاستیسیته می رسد، در این مرحله با افزایش مایع (ادامه پر شدن مثانه) فشار بالا می رود.

۴- فاز تخلیه و انقباضات طبیعی مثانه

مطالعات فشار جریان در حین ادرار کردن

Pressure Flow Studies (PFS)

در این بررسی هدف آن است که بیمار با Q_{max} پائین، ناشی از انسداد را از بیمارانی با Q_{max} پائین ناشی از انقباضات ضعیف دترسور، تشخیص دهیم. همچنین ممکن است در تشخیص بیمارانی با انسداد که اوروفلومتری طبیعی دارند نیز کمک کننده باشد.

با استفاده از نمودار ابراهام گرفت و با کمک اندازه گیری Q_{max} و فشار دترسور در Q_{max} در نمودار فشار جریان، می توان بیمارانی را از نظر انسداد در سه گروه تشخیصی قرار داد:

• انسداد $BOOI > 40$

• مشکوک به انسداد

$20 < BOOI < 40$

• عدم وجود انسداد $BOOI > 20$

$AG \text{ number} = P_{det} \text{ at } Q_{max} - 2 Q_{max}$

برای تعیین تکلیف بیمارانی گروه دوم نیز می توان از یکی از دو روش زیر استفاده کرد:

اگر حداقل فشار ادرار کردن بالای 40 سانتی متر آب باشد، انسداد وجود دارد.

اگر شیب خطی که فشار دترسور Q_{min} را به فشار دترسور Q_{max} متصل می کند بیش از 2 سانتی متر آب بر سی سی

مستعدی که هیچگونه علائمی ندارند).

دیس سینرژی اسفنکتر - دترسور

در شروع سیستومتری قبل از پر کردن مثانه از بیمار خواسته می شود کنترل ادراری اسفنکتر خود را با بولبو کاورنوز چک کند. پیک های ثبت شده در طی این معاینه نتیجه مثبت را نشان داده و دلالت بر سلامت قوس ساکرال دارند. سپس مثانه پر می شود. با این کار اسفنکتر به کار گرفته شده و افزایش تدریجی فرکانس، شدت و فراوانی اسپایکها (Spikes) دلالت بر عملکرد ذخیره ای مثانه حین فاز پر شدن دارد. در طی ادرار کردن فعالیت اسفنکتر باید قطع شود و نارسایی در این عمل (مقاومت در برابر جریان خروجی ادرار)، دیس سینرژی اسفنکتر - دترسور نامیده می شود.

فشار نقطه لیک دترسور (DLPP)

DLPP پایین ترین فشاری است که لیک ادراری در آن رخ



تست یورودینامیک با مجهزترین دستگاه کشور تحت نظارت جناب آقای دکتر احمدنیا در بیمارستان بنت الهدی انجام می شود

می دهد. بیمارانی که DLPP بیش از 40 سانتی متر آب دارند، در ریسک آسیب مستقیم به کلیه ها می باشند.

DLPP با کمپلیانس مثانه و قدرت اسفنکتر ارتباط دارد. DLPP در ارزیابی بیمارانی مشکوک به مثانه با کمپلیانس پائین ارزش دارد. DLPP به وسیله پر کردن مثانه تا زمانی که لیک رخ دهد با ظرفیت مثانه کامل شود، بررسی می شود.

کمپلیانس (Compliance)

تغییرات فشار در جریان تغییرات حجم مثانه را بیان می کند و حاصل تقسیم تغییرات حجم بر تغییرات فشار دترسور است.

در حقیقت کمپلیانس عکس العمل مثانه در قبال انقباض با افزایش حجم رami سنجید. کمپلیانس پائین مثانه دلالت بر قابلیت افساط ضعیف مثانه دارد که در آن شیب متحنی حجم به فشار به صورت تند است و فشار در قبال افزایش حجم اندک، سریعاً بالا می رود.

کمپلیانس مثانه طبیعی باید کمتر از $175 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$ باشد.

علل کاهش کمپلیانس

۱- نوروزنیک، میودیسیلازی، صدمات طناب نخاعی (SCI) سوپراساکرال، رادیکال هیسترکتومی، APR رکتوم
۲- غیر نوروزنیک: BOO، جراحی مثانه متعدد، IC، TB، رادیاسون، شیتستوزومیاز، کاتتر متمکن مزمن، داپورژن ادراری

علل افزایش کمپلیانس

۱- بیمارانی با ادرار کردن تأخیری طولانی مدت و پیشرونده
۲- اختلال حسی مثانه همچون دیابت و آنمی پرنشویوز
۳- مرحله متعاقب شوک نخاعی که افزایش کمپلیانس ۸-۶ هفته طول می کشد.

در بیمارانی با ریفلکس شدید، حجم زیادی از محلول پر کننده به سیستم فوقانی متسع شده وارد می شود و بدین ترتیب مثانه ای با ظرفیت و کمپلیانس کاهش یافته ممکن است نادیده گرفته شود. این مشکل به سادگی در بررسی ویدیو اورودینامیک مشخص می شود. عفونت های ادراری و کاتترهای غیر استاندارد در مراحل افزایش حساسیت مثانه ممکن است به صورت کاذب باعث کاهش ظرفیت و کمپلیانس، و ناپایداری دترسور در سیستومتری شوند. لذا انجام مطالعه تا در مان عفونت ادراری بایستی به تأخیر انداخته شود. بیمارانی که وابسته به کاتتر هستند به طور ایده آل بهتر است ابتدا خود را CIC کرده و سپس اورودینامیک انجام شود.

ناپایداری دترسور (Detrusor Instability)

بیانگر عدم هماهنگی کنترل CNS بر عملکرد مثانه می باشد. مثانه ناپایدار به حالتی گفته می شود که عضله دترسور به طور خودبخود یا با تحریک دچار انقباضات ناخواسته در حین سیستومتری شود، در حالی که بیمار تلاش می کند از ادرار کردن جلوگیری کند.

مثانه بیش فعال

بیش فعالی مثانه منجر به تظاهرات ناپایداری دترسور، هیپررفلکسی و کمپلیانس پائین می شود. مثانه هر چند مستعد انقباضات ادراری است اما به طور طبیعی نمی تواند بی اراده منقبض شود. حتی در هنگامی که مانورها یا تحریکاتی رخ دهد. به این حالت اصطلاح مثانه پایدار اطلاق می شود. در جریان ناپایداری مثانه یا بیش فعالی دترسور، مثانه به طور خودبخود یا با تحریک حین سیستومتری منقبض می شود. در حالی که بیمار تلاش می کند از ادرار کردن جلوگیری نماید. در نمودار سیستومتری اگر فشار دترسور به میزان 15 سانتی متر آب در فاز پر شدن افزایش پیدا کند، انقباض ناخواسته رخ داده است. ناپایداری دترسور می تواند به طور تیبیک با علائمی مثل تکرر، نوکچوری، فوریت و بی اختیاری تظاهر پیدا کند و یا اینکه کاملاً

ایزارهای مورد نیاز آن مشابه سیستمتری می باشد.

اندیکاسیون های PFS

- ۱- مردان مسن با LUTS و بدون سابقه بیماری تورولوژیک مثل MS، CVA یا پارکینسون
 - ۲- مردان جوان تر با LUTS برای تشخیص اختلالات فانکشنال مثل دیس فونکسیون گردن مثانه
 - ۳- مردان با BPH و Qmax بالای ۱۰ ml/s
 - ۴- زنان با دیس فونکسیون ادراری
- نتایج PFS را مطابق نونوگرام خطی LINPURR نیز می توان تقسیم بندی کرد:

بر این اساس انقباض دترسور از نمره VW

(Very Weak - خیلی ضعیف) تا ST (Strong - قوی) و میزان انسداد از درجه ۰ (بدون انسداد) تا ۶ (انسداد شدید) درجه بندی می شود.

Linear Passive Urethral Resistance Relation (LINPURR)

نقش EMG در بررسی اورودینامیک

EMG تکنیک منحصر به فرد تعیین بیوستگی عصب دهی عضلات برینه ال است. بنابراین EMG به عنوان یک بخش از بررسی اورودینامیک باید در نظر گرفته شود. در حقیقت EMG با بررسی و ثبت فعالیت دپولاریزاسیون عضلانی با قرار دادن الکترودهای سوزنی داخل عضلانی و الکترودهای سطحی واقع بر روی پوست یا مخاط عضله مورد نظر، تعیین می شود. فعالیت عضلانی در اسفنکتر مخطط در تمام مدت به جز در زمان Voiding آستانه پائین دارد. فعالیت EMG در اسفنکتر خارجی با بالا رفتن فشار داخل شکمی (سرفه) و در ضمن فاز پر شدن مثانه افزایش می یابد (در ضمن Voiding فعالیت EMG کاملاً از بین می رود).

در DSD انقباض دترسور همزمان با یک انقباض غیر ارادی عضله مخطط پری یورترا ل یا یورترا ل رخ می دهد. تشخیص آن با ویدیو اورودینامیک همزمان با استفاده از EMG است.

در اغلب موارد در DSD، فعالیت EMG در ضمن انقباض دترسور افزایش می یابد. علائم تشخیص DSD در ویدیو اورودینامیک عبارتند از:

فشار بالای Voiding

کاهش میزان جریان (Flow Rate)

مجرای نخعی شکل (Spinning Top)

ترابیکولاسیون یا یا بدون دیور تیکول

حجم باقیمانده بالا و احتمالاً VUR

پروفیلومتری فشار مجرا

(Urethral Pressure Profilometry)

اندازه گیری فشار مجرا و پروفیل فشار مجرا تکنیک هایی هستند که برای تهیه اطلاعاتی درباره قابلیت مجرا در جلوگیری از لیک ادراری به کار می روند.

اندازه گیری فشار داخل مجرا در سراسر طول آن می باشد. متغیرهای قابل اندازه گیری در این روش:

* Maximum Urethral Pressure (mup)

حداکثر فشار اندازه گیری شده است.

+ Maximum Urethral Closure Pressure (mucp)

حداکثر اختلاف میان فشار مجرا و فشار داخل مثانه است. در مردان حدود ۸۰-۶۰ cmH₂O یا بالاتر و در زنان

۶۰-۴۰ cmH₂O است.

* Functional Profile Length

طولی از مجرا که در آن مسیر، فشار مجرا بیشتر از فشار مثانه است. در مردان حدود ۶ cm و در زنان ۴ cm است.

علائم و تشخیص بیماری هپاتیت B

طاهره رسولی - مشاور رئیس بیمارستان در مدیریت خدمات پرستاری

میتلا هستند، سالیانه ۱ تا ۲ نفر ویروس را از بدن خود پاک کرده و آزمایش HBSAg آنها منفی می شود. تعداد بسیار کمی از این افراد در عرض چند سال، دچار عود بیماری شده و به اصطلاح فعالیت ویروس در بدن آنها مجدداً از سر گرفته می شود. به همین دلیل است که به حاملین هپاتیت B توصیه می شود نابرای معاینه و انجام آزمایشهای کبدی و بررسی وضعیتشان هر ۶ ماه یک بار به پزشک معالج خود مراجعه کنند.

بهرتر است ناقلین هپاتیت به صورت دوره ای (هر ۳ تا ۶ ماه) از نظر عملکرد کبد بررسی شوند تا در صورت تبدیل شدن به هپاتیت مزمن، تشخیص و درمان سریع تر صورت گیرد و از تخریب بیشتر کبد جلوگیری شود.

آیا امکان ابتلای ناقلین هپاتیت B به سیروز وجود دارد؟

در تعداد کمی از این بیماران که اختلال کار کبد به صورت پیشرونده است، این احتمال وجود دارد. خوشبختانه

امروزه با عرضه داروهای جدید امکان جلوگیری و یا به تأخیر انداختن این روند وجود دارد. تزریق واکسن ضد ویروس هپاتیت B به صورت سه دوز با فواصل صفر، یک ماه و ۶ ماه بعد می تواند بیش از ۹۵ درصد، مانع از ابتلا به این بیماری شود.

هپاتیت مزمن B

در تعدادی از افراد مبتلا به هپاتیت B، ویروس به صورت فعال سبب التهاب کبد می شود. آنزیم های کبدی (AST, ALT) در

خون این افراد افزایش می یابد. این افراد نیاز به تشخیص شدت التهاب در کبد و فعالیت ویروس در خون و احیانا درمان دارند. برای تشخیص فعال بودن بیماری و پیگیری بیماران بعد از شروع درمان، لازم است آزمایشات اندازه گیری سطح میزان ویروس در خون (اصطلاحاً PCR شمارشی) انجام شود. انجام PCR معمولی و غیر شمارشی فایده ای ندارد.

امروزه داروهای ضد ویروسی متعددی برای درمان هپاتیت مورد استفاده قرار می گیرند. داروی اینترفرون -آلفا دارای اثرات ضد ویروسی بوده و سبب تحریک سیستم دفاعی بدن می شود. تجویز این دارو طبق نظر پزشک صورت می گیرد. PCR شمارشی (VIRAL LOAD) در تعیین شدت بیماری و میزان پاسخ به درمان داروهای ضد ویروسی کمک فراوانی می کند.

یکی دیگر از داروهایی که در درمان هپاتیت مزمن استفاده می شود، قرص لاموودین است. این دارو با مهار آنزیم مسئول تکثیر ویروس هپاتیت B، سبب مهار تکثیر آن و کنترل بیماری هپاتیت مزمن B می شود.

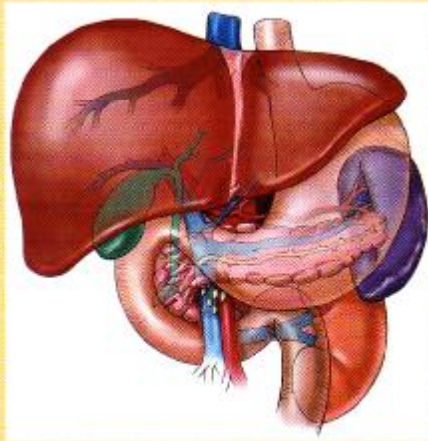
آیا هپاتیت B قابل پیشگیری است؟

تزریق واکسن ضد ویروس هپاتیت B به صورت سه دوز یا فواصل صفر، یک ماه و ۶ ماه بعد می تواند بیش از ۹۵ درصد مانع از ابتلا به این بیماری شود. شما هم می توانید با تلقیح واکسن، از ابتلای خود در برابر این عفونت محافظت

با توجه به اینکه در اغلب موارد این بیماری از مادران آلوده به نوزادان منتقل میشود، تا سال ها علامتی بروز نمیکنند. در برخی موارد به دنبال هپاتیت حاد ویروسی، فرد به صورت ناقل در می آید. در این افراد به دنبال علائم هپاتیت از جمله بی اشتها، ضعف، بی حالی، پر رنگی ادرار و زردی، سیستم ایمنی بدن نمی تواند آنتی ژن هپاتیت B را از بین ببرد و بعد از ۶ ماه، با وجود بهبودی ظاهری، فرد آلوده باقی می ماند. خوشبختانه تنها ۱۰ درصد افراد مبتلا به هپاتیت حاد ویروسی دچار هپاتیت مزمن می شوند و ناقل هپاتیت باقی می ماند. ولی متأسفانه در صورت انتقال عفونت از مادر به نوزاد، در اغلب موارد حالت ناقل پلرجا خواهد ماند و نوزادان آلوده، خود آلوده کننده جامعه خواهند بود.

تشخیص بیماری هپاتیت B

بر اساس اکثر گزارش های علمی، بسیاری از کسانی که به ویروس هپاتیت B آلوده می شوند، از بیماری خود آگاهی ندارند و سال ها پس از ابتلا، از وجود این بیماری مطلع می شوند. راه تشخیص این بیماری اندازه گیری آنتی ژن سطحی این ویروس یعنی HBS Ag است. اگر در فردی آزمایش HBS Ag مثبت شود، نشان می دهد که آلوده به ویروس هپاتیت B است یعنی در بدن وی ویروس هپاتیت B وجود دارد. آنچه این



آزمایش را معنی دار می کند، حال عمومی بیمار، وضعیت کبد (اندازه آن و نتایج آزمایش های مخصوص کبد) و چند آزمایش دیگر در مورد فعالیت ویروس در بدن است. در بسیاری از موارد به دنبال کشف یک مورد HBS Ag مثبت، سایر افراد خانواده نیز آزمایش شده و موارد مثبت بدون علامت شناسایی می شوند.

بهرتر است ناقلین هپاتیت به صورت دوره ای (۳ تا ۶ ماه) از نظر عملکرد کبد بررسی شوند تا در صورت تبدیل شدن به هپاتیت مزمن، تشخیص و درمان سریعتر صورت گیرد و از تخریب بیشتر کبد جلوگیری شود.

مهمترین مسئله در ارتباط با ناقلین هپاتیت B

این بیماران هیچ گونه علامت، نشانه و ناراحتی ندارند، ولی در خونشان ویروس وجود دارد. مهمترین مسئله در مورد این گروه از افراد، مراجعه به پزشک هر ۶ ماه یک بار و بررسی آزمایشگاهی جهت تعیین وضعیت کبدی است. این امر جنبه حیاتی دارد و با انجام آن می توان به فعال شدن بیماری در مراحل اولیه پی برد.

عاقبت ناقلین هپاتیت B

در اکثر موارد، شواهدی دال بر تخریب و التهاب سلول های کبدی دیده نمی شود، در واقع یک سازش و همزیستی بین ویروس ها و سیستم دفاعی بدن به وجود می آید. این سازگاری ممکن است تا سالیان سال باقی بماند و بیمار مشکل کبدی پیدا نکند و ویروس همچنان در حالت نهفته

هفت قاعده در مراقبت های پوست

(مورد تأکید متخصصین پوست)

دکتر امیر مسعود رجب پور
متخصص اطفال و نوزادان

تر آن که به نسخه نیاز ندارند (رتینول)، ملایم تر بوده و می توانند حداکثر طی سه ماه اثرات خود را ظاهر نمایند.

۵. روتین زندگی خود را به روز نمایید

سعی کنید هر ۶ تا ۱۲ ماه حداقل یکی از داروهای پوستی خود را تغییر دهید زیرا باعث تسریع در بهسازی پوست شما می گردد. هنگامی که شما محصولاتی را به صورت مداوم استفاده می نمایید، بعد از حدود یک سال پوست شما مقاومت پیدا می کند که جهت جوان سازی آن بهتر است از محصولات مختلف استفاده نمایید. برای آن که پوست جوانتری داشته باشید هفته ای دو مرتبه به جای رتینوئید، از کرم حاوی آلفاهیدروکسی اسید استفاده کنید.

۶. امگا ۳ مصرف کنید

این نوع «چربی خوب» در غذاهایی نظیر سالمون، حبوبات و مرطوب کننده های حاوی بادام وجود داشته و باعث نرمی و لطافت پوست می گردد. از طرفی، چربی های اشباع شده موجود در لبنیات و گوشت باعث افزایش رادیکال های آزاد شده و منجر به صدمه به پوست و پیری زودرس آن می گردند. سعی کنید مصرف چربی اشباع شده خود را به ۱۷ گرم در روز محدود سازید.

۷. ورزش منظم

مطالعات نشان داده اند زنانی که به طور منظم کار می کنند دارای پوست نرم تری نسبت به افرادی هستند که ورزش نمی کنند. ورزش باعث افزایش غلظت اکسیژن و مواد غذایی مورد نیاز تولید کلاژن در پوست می شود. برای حفظ سلامتی پوست خود، حداقل هفته ای سه جلسه سه دقیقه ای ورزش ایروتونیک انجام دهید.

نهایتاً به پیدایش چین و چروک و کک و مک در طی ۱۲ هفته ختم می گردد. اگر کرم های مرطوب کننده شما حاوی ضد آفتاب وسیع الطیف با SPF ۲۰ نمی باشد حتماً از یک کرم ضد آفتاب روزانه که بر علیه هر دو نوع اشعه UVA و UVB محافظت ایجاد نماید، استفاده کنید.

۳. مدیریت استرس

استرس های مختلف می توانند پوست شما را ۵ سال پیرتر از سن تقویمی شما نشان دهند. اضطراب مداوم باعث افزایش ترشح هورمون کورتیزول شده که به نوبه خود باعث ایجاد التهاب و تخریب کلاژن می گردد که در نتیجه آن و در اثر زنجیره ای از واکنش های مختلف، قرمزی پوست صورت، آکنه و کهیر ایجاد می شود. برای مقابله با این پدیده باید از غذاهای غنی از آنتی اکسیدان نظیر میوه های اسیدی مثل مرکبات، توت فرنگی و ... استفاده نمایید.

هنگامی که احساس اضطراب و تنش عصبی دارید توصیه می شود تا به مدت چند دقیقه نفس عمیق بکشید به صورتی که هوا را از طریق بینی وارد کرده و آن را برای سه ثانیه نگاهدارید و سپس از طریق دهان خارج نمایید.

۴. استفاده از رتینوئید

رتینوئید، ماده ای مشتق از ویتامین A می باشد که باعث تسریع ساخت و ساز سلولی و رشد کلاژن می شود و از این طریق باعث کمتر شدن چین های پوستی و محو شدن کک و مک های آن می گردد. برای کمک به پوست تان جهت مقاومت در برابر هر نوع قرمزی و یا ایجاد منافذ کافی است که هر سه شب یک مرتبه مقدار بسیار کمی (به اندازه یک نخود) از این ماده را روی صورت خود بمالید. انواع ضعیف

آیا مایلید که پوستی نرم، زیبا و جوان داشته باشید؟

در این مقاله هفت اصل کلی و کوچک را برای شما بیان می کنیم که می توانند باعث ایجاد تفاوت های بزرگی در سلامت پوست شما شوند.

۱. شستشوی با صابون در هنگام شب

مهمترین زمان برای شستشوی صورت، قبل از خوابیدن در هنگام شب می باشد. باقی ماندن گرد و خاک، باکتری ها و مواد آرایشی بر روی صورت در طول شب می تواند باعث تحریک پوست، ایجاد حفرات سر بسته و پراختیختن خشکی پوستی شود. شستشوی ملایم شبانه پوست باعث برداشته شدن این لایه جرم و آلودگی شده و از طرفی باعث نفوذ بهتر مواد ضد پیری به درون لایه های عمقی تر پوست و نهایتاً ایجاد پاسخ بهتر درمانی می گردد. به دنبال شستشوی مناسب باید برای ۱۰ تا ۱۵ دقیقه احساس رضایت بخشی از آرامش و کشیدگی پوست خود داشته باشید. از طرفی با توجه به کاهش تولید چربی پوست در دهه پنجم زندگی (ناشی از تغییرات هورمونا) شستشوی دو مرتبه یا بیشتر در روز می تواند باعث خشکی پوست و واضح تر شدن چروک های آن گردد.

برای شادابی پوست در هنگام صبح بهتر است آب ولرم را به صورت خود بپاشید.

۲. جلوگیری از تماس با اشعه ماوراء بنفش

اگر می خواهید که پوست تان جوان تر به نظر آید، چیزی مهمتر از استفاده از کرمهای ضد آفتاب (به خصوص با SPF ۳۰) در هنگام تماس با نور آفتاب، نیست. زیرا حتی ۱۰ دقیقه تماس روزانه با اشعه های نور خورشید می تواند باعث بروز تغییراتی شود که

تعداد کمی از افراد با کنترل عطسه و سرفه هایشان از انتشار میکروب ها جلوگیری می کنند

الیه باغداری - کارشناس مامایی

دستتان برای جلوگیری از انتشار میکروب استفاده می کنید دستتان پر از ویروس می شود. سپس شما با همین دست، دستگیره در، میزبان و دیگر اشیاء را لمس می کنید و سایر افراد نیز همین اشیاء را لمس می کنند و به این ترتیب ویروس منتشر می شود. سرفه کردن در دست ها ممکن است خوب باشد به شرط آنکه به طور مناسب و به روش صحیح دست ها بعد از سرفه ضد عفونی شوند.

متخصصان بهداشتی پیشنهاد می کنند که افراد هنگام عطسه دهان خود را به سمت آرنج بپزند، یعنی در



هوا بود.

نتیجه بد این بود که بسیاری از افراد (حدود دو سوم) از دستشان برای جلوگیری از انتشار میکروب های آلوده استفاده می کردند.

نتیجه این تحقیق مشخص شد که فقط ۳۰ درصد از افراد سرفه یا عطسه خود را در دستشان پنهان می کردند.

طی یک مطالعه تحقیقاتی که در کنفرانس بیماری های عفونی در آتلانتا ارائه شد، صد ها نفر از افرادی که سرفه و عطسه داشتند در ایستگاه های مترو، فروشگاه ها و یک بیمارستان در شهر ولینگتون نیوزیلند، به طور نامحسوس توسط دانشجویان پزشکی مورد بررسی قرار گرفتند. آنها مشاهده کردند که عده زیادی از افراد به طرز مناسبی از انتشار بیماری های عفونی و واگیردار جلوگیری نمی کنند. این مطالعه در زمانی که اخبار مربوط به بیماری آنفلوآنزا به طور بین المللی پخش شده بود و مراکز خدمات بهداشتی به کودکان و سالمندان در مورد گسترش ویروس بیماری هشدار می دادند انجام شد.

نتیجه خوب این تحقیق این بود که ۳ نفر از هر ۴ نفر سعی می کردند تا سرفه و عطسه خود را کنترل کنند که این تلاش مؤثر است، حجت حله گ م است. انتشار، مکعب ها،

داخل آرنج خود عطسه کنند. حدود یک مورد از ۷۷ مورد، از این حالت استفاده کردند. استفاده از دستمال کاغذی پیشنهاد دیگری است که یک نفر از ۳۰ نفر از آن استفاده کرده و به کار بردند.

خونریزی های بعد از زایمان

زهرا جوان - کارشناس پرستاری

خونریزی بعد از زایمان، در نتیجه خونریزی بیش از حد از محل لانه گزینی جفت، ترومای دستگاه تناسلی و ساختمان های مجاور و یا هر دو رخ می دهد. بنابراین خونریزی بعد از زایمان توصیفی از یک اتفاق است و یک تشخیص خاص محسوب نمی شود و هنگامی که با آن برخورد می شود باید علت آن مشخص گردد.

تعریف: خونریزی بعد از زایمان به طور مرسوم به از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر خون (یا بیشتر) بعد از تکمیل مرحله سوم لیبر گفته می شود. این تعریف قابل قبول نیست چون تقریباً در نیمی از زنان که با روش واژینال زایمان کرده اند اگر مقدار خونریزی به روش کمی اندازه گیری شود، همین مقدار خون یا بیشتر از دست می رود. بنابراین اگر با اندازه گیری دقیق، میزان حجم خون از دست رفته اندکی بیش از ۵۰۰ میلی لیتر باشد ضرورتاً به منزله واقعه نامعمول در روند زایمان واژینال نیست، چرا که تحقیقات نشان داده است که حدود ۵۰ درصد از زنانی که به صورت واژینال زایمان می کنند بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر خون از دست می دهند. بنابر این میزان برآورد شده خون از دست رفته معمولاً معادل نیمی از مقدار واقعی اتلاف خون است. به خونریزی بعد از ۲۴ ساعت اول، خونریزی تأخیری بعد از زایمان گفته می شود.

■ ویژگی های بالینی

آثار خونریزی به میزان قابل ملاحظه ای به حجم خون زنان در دوره قبل از حاملگی، شدت هیپرولمی ایجاد شده در اثر حاملگی و شدت کم خونی در زمان زایمان بستگی دارد. یکی از ویژگی های گمراه کننده خونریزی بعد از زایمان این است که تعداد ضربان قلب و فشار خون صرفاً تغییر متوسطی را نشان می دهد مگر اینکه مقدار زیادی خون از بدن خارج شده باشد. ممکن است زنانی که دارای فشار خون طبیعی هستند در پاسخ به خونریزی حداقل در اوایل خونریزی به در جانی دچار هیپرتانسیون شوند. علاوه بر این زنانی که از قبل دچار هیپرتانسیون بوده اند ممکن است دارای فشار خون طبیعی تلقی شوند در حالی که در واقع به طور چشمگیری هیپوولمیک هستند. نکته تأسف بار این است که ممکن است هیپوولمی تا مراحل بسیار نهایی شناسایی نشود. در مورد زنان مبتلا به اکلیمسی و پره اکلیمسی شدید، افزایش طبیعی حجم خون رخ نمی دهد. بنابراین این زنان در برابر از دست دادن مقداری خون که به طور طبیعی در هنگام زایمان از بدن خارج می شود بسیار حساس هستند و یا حتی تحمل آن

را ندارند. بنابراین در مواردی که در زنان مبتلا به هایپر تانسیون شدید ناشی از حاملگی شک به خونریزی بیش از حد وجود دارد باید بلافاصله تلاش شود آن دسته از یافته های بالینی و آزمایشگاهی که در صورت کشف آنها جایگزینی شدید و سریع با محلول های کریستالوئید و خون صورت می گیرد، شناسایی شوند.

در مواردی که فوندوس به حد کافی در دوره بعد از زایمان کنترل نشده است ممکن است خون از واژن خارج نشود و به جای آن در داخل رحم تجمع پیدا کند بنابراین ممکن است ۱۰۰۰ میلی لیتر خون (یا بیشتر)، رحم را متسع کند و در همین حال در اثر عدم توجه، رحم بزرگ شناسایی نشود و یا به اشتباه لایه ای از چربی شکم به جای رحم ماساژ داده شود. بنابراین مراقبت از رحم در دوره بعد از زایمان بسیار مهم می باشد.

■ تشخیص

احتمالاً به جز مواردی که تجمع خون در داخل رحم و واژن تشخیص داده نشده است و یا در مواردی از پارگی رحم که خونریزی به داخل صفاق رخ داده است، تشخیص خونریزی بعد از زایمان قاعدتاً باید آشکار باشد. افتراق خونریزی ناشی از آتونی رحم و خونریزی ناشی از پارگیها به طور نسبی بر اساس عوامل خطر زمینه ساز و وضعیت رحم صورت می گیرد.

اگر خونریزی علی رغم وجود رحم سفت و کاملاً منقبض ادامه پیدا کند به احتمال زیاد ناشی از پارگی است. وجود خون قرمز روشن نیز بر پارگی دلالت دارد.

به منظور کسب اطمینان از نقش پارگی به عنوان علت خونریزی، مشاهده دقیق واژن، سرویکس و رحم ضرورت دارد. گاهی اوقات خونریزی در اثر هر دو عامل (آتونی و تروما) ایجاد می شود. به طور کلی بعد از هر زایمان باید به منظور تشخیص پارگی ها، واژن و سرویکس بدقت مشاهده و بررسی شوند.

■ توضیحی مختصر از علل خونریزی بعد از زایمان

- **خونریزی مرحله سوم:** در مرحله سوم به علت جدا شدگی نسبی و گذرای جفت در جانی از خونریزی غیر قابل اجتناب است.
- **آتونی رحم:** ناتوانی رحم در انقباض مناسب به دنبال زایمان از علل شایع خونریزی زایمانی است.
- **خونریزی ناشی از قطعات باقیمانده جفت:** به ندرت در اثر باقی ماندن اجزای

کوچکی از جفت، بلافاصله بعد از زایمان خونریزی رخ می دهد اما باقی ماندن تکه کوچکی از جفت علل شایع خونریزی در مراحل آخر دوران نفاس است.

- **پلاستنا اگر تا، اینکرتا و پرکتا:** در اکثر موارد در طی چند دقیقه اول بعد از زایمان نوزاد، جفت به طور خود به خود از محل لانه گزینی جدا می شود. در موارد بسیار نادر این جدایی به تأخیر می افتد چون جفت به صورت غیر معمول به محل لانه گزینی که فاقد دسیدوا است و یا دسیدوای کمی دارد می چسبد، به این وضعیت پلاستنا اگر تا گفته می شود. این حالت در اثر افزایش میزان زایمان به روش سزارین، افزایش می یابد.

- **پارگی های دستگاه تناسلی:** شامل پارگی های واژن، پریته، آسیب های عضله لواتورائی (بالا برنده مقعد)، آسیب های سرویکس و... می باشد. خونریزی از رحمی که به شدت منقبض شده است نشانه ای از پارگی مجرای تناسلی، باقی ماندن قسمت هایی از جفت یا هر دو محسوب می شود.

- **هما توم های نفاسی:** هما توم ها به دنبال آسیب عروق خونی بدون پارگی بافت های سطحی ایجاد می شوند. این هما توم ها ممکن است در اثر زایمان خود به خود یا زایمان ابزاری ایجاد شوند. گاهی خونریزی حالت تأخیری دارد.

- **پارگی رحم:** پارگی رحم ممکن است در نتیجه آسیب قبلی رحم یا ناهنجاری های رحم ایجاد شود؛ همچنین پارگی رحم ممکن است با تروما در ارتباط باشد و یا در جریان لیبر در رحمی که فاقد اسکار قبلی بوده رخ دهد، اما می توان گفت: شایعترین علت پارگی رحم جدا شدن اسکار انسزیون قبلی سزارین است.

■ احیاء و درمان بیمار در مرحله حاد

اگر در هر مقطعی از زمان نشانه ای از اتلاف بیش از حد خون در دوره بعد از زایمان وجود داشته باشد، نکته اساسی این است که بلافاصله اقدامات اساسی برای شناسایی آتونی رحم، باقی ماندن قطعات جفت و یا پارگی های مجرای تناسلی و... به عمل آید. حداقل باید یک یا دو سیستم انفوزیون داخل وریدی با کالیبر بزرگ، بلافاصله برقرار شود تا تجویز سریع محلولهای کریستالوئیدی و خون امکان پذیر باشد.

اتاق عمل، تیم جراحی و متخصص بیهوشی باید بلافاصله در دسترس باشند. درمان خونریزی جدی، مستلزم جاگزینی مجدد و کافی حجم داخل عروقی است. محلولهای کریستالوئید به طور تیبیک برای احیاء اولیه حجم از دست رفته به کار گرفته می شوند.

عوارض ترانسفوزیون

صبا شیروز - کارشناس پرستاری

بادی های پلاسما می دهند، WBC های گیرنده را تحریک می کنند، به این WBC ها می چسبند و عروق کوچک ریه ها را مسدود می نمایند. این آسیب روی به صورت ادم ریوی در حدود ۴ ساعت بعد از ترانسفوزیون ظاهر می شود. علائم و نشانه های آن عبارتند از: تب، لرز، دیسترس حاد تنفسی. در مآلهای حمایتی شامل: اکسیژن تراپی، انتوباسیون و دیور تیکها می شوند.

■ واکنش همولیتیک تأخیری

این واکنش ۱۴ روز بعد از ترانسفوزیون اتفاق می افتد. در این زمان سطح آنتی بادی آنتی افزایش می یابد که سبب بروز واکنش می شود. همولیز RBC به صورت خارج عروقی و به شکل تدریجی می باشد. علائم شامل تب، کم خونی، افزایش سطح بیلی روبین، کاهش یا عدم هابتو گلوبین و احتمالاً یرقان می باشند. به ندرت هموگلوبینوری نیز دیده می شود. این واکنش ها معمولاً خفیف هستند و نیازی به مداخله ندارند.

■ اضافه بار آهن

یک واحد P.C حاوی ۲۵۰ میلی گرم آهن است. بنابراین با نیاز مزمن به ترانسفوزیون، بیمار سریعاً دچار آهن اضافی در بدن می شود. با گذشت زمان، این آهن اضافی در ارگانها رسوب کرده و به آنها آسیب می زند به خصوص اعضای چون کبد، قلب، بیضه ها و پانکراس. تجویز دفر و کسامین از آسیب نهایی اعضا (ناشی از مسمومیت آهن) جلوگیری می کند.

■ بیماریهای قابل انتقال از طریق ترانسفوزیون

هپاتیت ایدز - سیتموگالوویروس (CMV)

■ بیماری متقابل پیوند - میزبان

در گیرندگان با سیستم ایمنی ضعیف، این بیماری در اثر ترانسفوزیون لنفوسیتها و حمله آنها به لنفوسیتها یا بافتهای بدن میزبان ایجاد می شود. این واکنش فقط در افرادی که سیستم ایمنی آنها خیلی تضعیف شده است اتفاق می افتد (مثل بیماری هوچکین، پیوند مغز استخوان، تب، راش جلدی منتشر و قرمز، تهوع، استفراغ و اسهال از نشانه های این بیماری هستند).

■ بیماری Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD)

یک بیماری نادر است که موجب آسیب جبران ناپذیر مغز می شود.

■ اقدامات پرستاری برای واکنشهای ترانسفوزیون

ترانسفوزیون باید بلافاصله قطع شود. ورید بیمار بوسیله نرمال سالین باز نگهداشته شود.

بیمار به دقت بررسی شود، علائم حیاتی با علائم پایه بیمار مقایسه گردد. وجود صداهای تنفسی ناپجا، استفاده از عضلات فرعی تنفسی، شدت تنگی نفس و تغییرات وضعیت ذهنی مورد توجه قرار گیرند. به وجود لرز، تعریق، شکایت از درد پشت، کپیر و اتساع ورید ژوگولر توجه شود.

کیسه خون و لوله ها را به بانک خون بفرستید تا آزمایش مجدد و کشت آن انجام شود.

نمونه خون از بیمار تهیه کنید.

برای تعیین وجود هموگلوبین از بیمار نمونه ادرار بگیرد.

واکنش را ثبت نمایید.

از واکنش های بعدی جلوگیری کند.

■ اضافه حجم گردش خون

اگر حجم خون به سرعت انفوزیون گردد ممکن است هایپرولمی ایجاد شود. در بیمارانی که قبلاً افزایش حجم در گردش داشته اند (مثل بیماران CHF) این وضعیت شدیدتر است. packed cell ایمن تر از خون کامل است. اگر سرعت تجویز به اندازه کافی کند باشد ممکن است از افزایش حجم در گردش پیشگیری شود. برای بیمارانی که در معرض خطر اضافه حجم قرار دارند، ممکن است پس از ترانسفوزیون یا در بین واحدهای P.C، داروهای دیورتیک تجویز شود. بیماران دریافت کننده FFP یا حتی پلاکت نیز ممکن است دچار اضافه حجم شوند. بنابراین سرعت انفوزیون این فرآورده های خونی نیز باید بر حسب تحمل بیمار تنظیم شود.

علائم اضافه حجم در گردش عبارتند از: تنگی نفس، ارنوپنه (تنگی نفس در حالت خوابیده)، تاکیکاردی، اضطراب ناگهانی، همچنین اتساع وریدهای گردنی، صدای رال در قاعده ریه ها و افزایش فشار خون قابل توجه هستند. اگر ترانسفوزیون ادامه یابد، ممکن است ادم ربوی ایجاد شود که با تنگی نفس شدید و سرفه همراه یا خلط صورتی کف آلود مشخص می شود. بیمار در وضعیت نشسته قائم و پاها در وضعیت آویزان قرار داده



می شود، ترانسفوزیون خون باید قطع شده و به پزشک اطلاع داده شود.

■ آلودگی باکتریال

بروز آلودگی باکتریال در محصولات خونی کم است. اکثر باکتریها نمی توانند در درجه حرارت سردی که RBC ها ذخیره می شوند، زنده بمانند بنابراین پلاکتها بیشتر در معرض خطر آلودگی قرار دارند زیرا در حرارت اتاق نگهداری می شوند. طولانی شدن زمان ترانسفوزیون در درجه حرارت اتاق ممکن است سبب رشد باکتری ها شود.

علائم آلودگی باکتریال عبارتند از: تب، لرز و هایپوتانسیون که ممکن است تا پایان ترانسفوزیون ظاهر نشوند این علائم معمولاً چند ساعت پس از پایان ترانسفوزیون پدیدار می گردند. اگر این علائم بلافاصله به وسیله تجویز مایعات و آنتی بیوتیک های وسیع العلیف درمان نشوند، ممکن است شوک اتفاق بیفتد. بلافاصله پس از تشخیص واکنش، ترانسفوزیون قطع و به پزشک و بانک خون اطلاع داده شده و کیسه خون برای بررسی و کشت خون به بانک خون برگشت داده می شود.

■ آسیب حاد ریوی

این یک واکنش آیدئوسکرانیک و کشنده است. آنتی

تمام بیمارانی که ترانسفوزیون خون می گیرند ممکن است دچار عوارض ناشی از ترانسفوزیون شوند. مداخلات پرستاری شامل پیشگیری از عوارض، شناخت فوری عوارض و شروع اقداماتی برای کنترل آن در هنگام وقوع می باشند.

موارد ذیل شایعترین و شدیدترین واکنشهای وابسته به ترانسفوزیون هستند.

■ واکنش غیر همولیتیک تب زا

واکنش غیر همولیتیک شایعترین نوع واکنش ترانسفوزیون است. در بیمارانی که سابقه ترانسفوزیون های قبلی داشته اند یا زنان Rh منفی که نوزاد Rh مثبت به دنیا آورده اند، این واکنش مکرراً اتفاق می افتد. این واکنش در ۱ درصد موارد از ترانسفوزیون های RBC و ۲۰ درصد موارد از ترانسفوزیون های پلاکت، پیش می آید. تشخیص یک واکنش غیر همولیتیک تب زا با رد سایر علل احتمالی همچون واکنش همولیتیک یا آلودگی باکتریال فرآورده خونی محرز می گردد. علائم و نشانه ها شامل لرز و به دنبال آن تب (بیش از یک درجه سانتیگراد افزایش) می باشند. تب معمولاً دو ساعت بعد از شروع ترانسفوزیون آغاز می گردد.

برای جلوگیری از تب می توان از داروهای تب بر استفاده کرد اما تجویز آن قبل از ترانسفوزیون توصیه نمی شود زیرا علائم واکنش را پنهان می کند.

■ واکنش همولیتیک حاد

خطرناک ترین نوع واکنش ترانسفوزیون و در واقع تهدید کننده جان بیمار است. زمانی اتفاق می افتد که خون دهنده با خون گیرنده سازگاری نداشته باشد. سریعترین همولیز در موارد ناسازگاری ABO ایجاد می شود. این واکنش بعد از ترانسفوزیون حدود ۱۰-۱۵ سی سی RBC ظاهر می گردد. ناسازگاری Rh سبب واکنش خفیفتری می شود. نشانه های آن عبارتند از: تب، لرز، درد قسمت تحتانی پشت، تهوع، قشردگی سینه، تنگی نفس، اضطراب و هموگلوبینوری. هایپوتانسیون، بیرونکواسپاسم و کلاپس عروقی نیز ممکن است دیده شوند. کاهش خونرسانی کلیوی موجب نارسایی حاد کلیه و DIC می شود. این واکنش باید فوراً شناسایی شود و ترانسفوزیون بلافاصله قطع گردد. نمونه های خون و ادرار باید برای تشخیص شواهد همولیز گرفته شوند. اهداف درمان شامل حفظ حجم خون و خونرسانی کلیه و پیشگیری و درمان DIC می باشند.

■ واکنش آلرژیک

بعضی بیماران ممکن است در حین ترانسفوزیون دچار کپیر یا خارش عمومی شوند. به نظر می رسد که علت این عکس العمل ها واکنش به پروتئین پلاسما در خون ترانسفوزیون شده باشد. نشانه های واکنش آلرژیک عبارتند از: کپیر، خارش و برافروختگی پوست. واکنش ها معمولاً خفیف هستند. به آنتی هیستامین ها جواب می دهند. اگر نشانه ها پس از تجویز آنتی هیستامین بهبود یافتند ممکن است ترانسفوزیون ادامه یابد. به ندرت واکنش آلرژیک شدت می یابد که در این صورت با بیرونکواسپاسم، ادم حنجره و شوک همراه است. این واکنشها با تجویز اپی نفرین، کورتیکو استروئیدها و داروهای نگهدارنده فشار خون قابل درمان هستند. تجویز آنتی هیستامین به بیمار قبل از ترانسفوزیون ممکن است

مزاج شناسی

سوگند بر جسته - کارشناس گیاهان دارویی

از تمامی غذاها و نوشیدنیهایی که دارای مزاج گرم به ویژه گرم و خشک هستند، خصوصاً در هوای گرم برهیز و در صورت ضرورت و نیاز حتماً با مصلحات آن و به مقدار خیلی کم استفاده شود.

غذاهای مفید برای مزاج گرم و خشک

■ انواع مرکبات، انار، شاه توت، خیار، سیب، گلابی، آبله، گیلاس، آلو، شفتالو، گوجه سبز، زرشک، هندوانه، کدو خورشی، هویج فرنگی، روغن زیتون، سوپ جو، پاچه گوسفند همراه با تعدادی آلو بخارا، سبزیهایی مانند کاهو، اسفناج، لیمو ترش تازه، سیب زمینی بخارپز شده، بامیه، برگ هلو، زرد آلو، مغز بادام خام، برنج سفید با روغن زیتون، کدو حلوائی، نخود فرنگی، عدس، ماش، جوی دوسر، مخمر آبجو، رب انار، آب انار، لواشک خانگی، گریپ فروت، نرنجبین، شیر خشک، تمبر هندی، نان جو، آش جو، بذرهایی ملین مانند اسفرزه، بارهنگ، ترشیهای طبیعی، مغز فلوین، انگور.

■ نوشیدن روزانه یک ناسه لیوان شربت زرشک نیم ساعت قبل از غذا و دو ساعت و نیم بعد از آن نیز مفید است. عرق کاسنی و عرق شاتره بهترین نوشیدنی برای این گونه افراد است.

■ تخم خیار، مغز تخم هندوانه، تخم کاهو از هر کدام به مقدار مساوی مخلوط و آسیاب کرده و روزی دو بار و هر بار یک قاشق غذاخوری در یک لیوان آب حل کرده و میل کنند.

■ بطور کلی از تمامی غذاها و نوشیدنیهایی که دارای مزاج سرد به ویژه سرد و تر هستند استفاده نمایند.

مزاج گرم و خشک و استعداد بیماریها

افراد صفراوی مزاج در صورت عدم رعایت دستورات، استعداد بیشتری برای بروز علائم بیماریهای ذیل دارند؛ اضطراب و تنش فکری، تپش قلب، اسهال خونی، التهاب کبد، لکه بینی و افزایش خونریزی قاعدگی، انزال زودرس، سرفه خشک، بیخوابی، سوزش ادرار بدون علت، لاغری شدید، شوره سر و ... (ادامه دارد)

گوشت استفاده کنند. مصرف آب و مایعات را به همراه چند قطره آب لیمو ترش تازه افزایش دهند. حداقل ۶-۵ ساعت خواب شبانه توصیه میشود. در روزهای تابستان حداکثر یک ساعت خواب پس از ناهار رطوبت کافی به بدن آنها میرساند (البته بین صرف ناهار و خواب روز باید حداقل یک ساعت فاصله باشد). در شرایطی که تحت فشار عصبی قرار میگیرند تنفس طبیعی و تمرینات ذهنی آرامبخش را بکار ببرند و استراحت کافی را فراموش نکنند (برای فعالیت



زیاد و ورزش شدید، گرمی و خشکی را در آنها افزایش میدهد). فعالیت جسمی و ورزش را در هوای خنک، صبح زود یا شامگاه انجام دهند. هر ۱۲ ساعت بینی خود را با کمی روغن بادام شیرین مرطوب کنند. از محیط، فعالیتها و هیجان و خشک، که موجب افزایش گرمی و خشکی میگردد، برهیز نمایند.

برخی از برهیزهای مزاج گرم و خشک

برهیز از مصرف بیش از حد تخم مرغ، سیر، پیاز، ادویه های تند و تیز، گوشت قرمز، گوشت تمام پرندگان کوچک، بادمجان، موز، خربزه، آناناس، طالبی، انجیر، گردو، پسته، فندق، نارگیل، سیاهدانه، شنبلله.

شاید بتوان گفت که مزاج شناسی مهمترین بخش در فهم طب سنتی ایران و همچنین طب اسلامی است.

حکما معتقد بودند که انسان، حیوان، گیاه و ... همه از چهار عنصر یا رکن اصلی تشکیل شده اند، یعنی هر چیزی از تأثیر این چهار رکن بر روی هم و ایجاد یک کیفیت جدید ایجاد می شود.

این چهار رکن عبارتند از: آتش، هوا، آب، خاک

۱- آتش: طبیعت آتش گرم و خشک است.

۲- هوا: طبیعت آن گرم و تر است.

۳- آب: طبیعت آن سرد و تر است.

۴- خاک: طبیعت آن سرد و خشک است.

از تأثیر ارکان چهارگانه بر همه مزاجهای مختلف ایجاد می شود که در کل ۹ نوع مزاج خواهیم داشت، چهار نوع مفرد، چهار نوع مرکب و یک نوع معتدل.

برای راحتتر شدن بحث، چهار مزاج را انتخاب کرده و در رابطه با هر یک از آنها بحث خواهیم کرد.

۱- گرم و خشک: صفرا

۲- گرم و تر: دم

۳- سرد و تر: بلغم

۴- سرد و خشک: سودا

مزاج گرم و خشک (صفرا)

■ خصوصیات جسمی: این افراد لاغر اندام هستند، رنگ چهره و سفیدی چشم آنان به زردی میزند. پوستی گرم و خشک دارند. گرمایی هستند و تحمل تابستان را ندارند. عطش زیاد و دهانی خشک دارند. بهترین فصل برای ایشان فصل زمستان است. کم خواب هستند تمایل به خوردن ترشها مثل لواشک و سرکه و همچنین غذاهای سرد مثل خیار و کاهو دارند و به خوردن خوراکیهای شربین کمتر تمایل نشان می دهند.

■ خصوصیات روانی: زود عصبانی شده و زود هم آرام میشوند. افرادی پر جنب و جوش، پراترزی، با هوش و پرحرف هستند.

توصیه: از هوای تازه و خنک استفاده نمایند. در رژیم غذایی خود بیشتر از میوه ها و سبزیها بهره ببرند و کمتر از

حمیدرضا محبت الرضا - کارشناس صنایع غذایی

معرفی هفت ماده غذایی چربی سوز

۱- سیب

سیب سرشار از پکتین است که همان فیبر خوراکی است و از بین برنده چربی می باشد.

طی تحقیقات محققان برزیلی، اگر

سیب را قبل از غذا بخورید تأثیر آن در از بین بردن چربی و کاهش وزن ۳۳ درصد بیشتر خواهد بود.

۲- سیر

این ماده غذایی با داشتن ترکیب فعال آلیسین، دارای خواص آنتی باکتریال است و سطح کلسترول و چربی های غیر سالم را کاهش می دهد و چربی سوز قوی محسوب می شود.

۳- گوجه فرنگی

سعی کنید این ماده غذایی مفید را در

کمک می کند.

۴- هویج

استفاده از هویج قبل از هر وعده غذایی، کمک خوبی برای کاهش وزن و از بین بردن چربی های اضافی بدن خواهد بود.

۵- پرتقال

پرتقال ها دارای ویتامین C فراوان هستند و حاوی خواص چربی سوز می باشند.

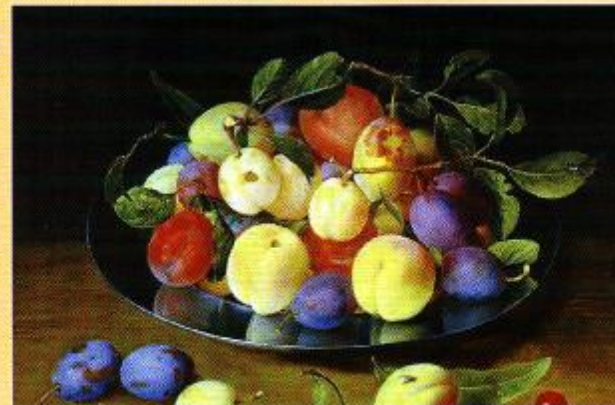
۶- انبه

انبه ها مملو از فیبر هستند و مقدار کالری آن ها بسیار کم است.

۷- اسفناج

اسفناج سرشار از آهن می باشد و سطح کلسترول خون را پایین می آورد و ضد سرطان است.

برنامه غذایی خود بگنجانید. خوردن گوجه فرنگی نه تنها باعث سوزاندن چربی های اضافی بدن می شود بلکه ضد سرطان بوده و به کاهش فشار خون بالا نیز





تأثیر بازی های کامپیوتری بر رفتار کودکان

دکتر پیام آهنی

را مورد باز بینی قرار دادند که تصویر ذهنی یک تصویر را منعکس می کند. زمانیکه تصویری از خشونت در زندگی واقعی به افراد مورد آزمایش نشان داده می شد آنهايي که بازی های ویدئویی خشن انجام می دادند واکنش تقلیل یافته ای از خود نشان دادند. با این حال زمانی که به همین گروه تصویر آشفته تری چون حیوانات مرده یا کودک مریض نشان داده شد، واکنش طبیعی تری از خود نشان دادند. زمانی که به یک گیم باز فرصت مجازات یک دشمن فرضی داده شد گیم بازهایی که بیشترین کاهش را در واکنش P300 از خود نشان دادند، سخت ترین مجازات ها را بر دشمن خود اعمال کردند. به هر حال دانشمندان معتقدند رابطه مستقیمی بین انجام بازی های خشن و بروز رفتار های خشونت آمیز وجود دارد.



کامپیوتری مطرح می شود. طبق مطالعات جدیدی که اخیراً منتشر شده، بازی های کامپیوتری خشن باعث می شود اکثر مردم رفتار های خشونت آمیز تری از خود نشان دهند. در تحقیقات مشخص شده افرادی که به اینگونه بازی های خشن روی می آورند بیشتر از دیگران رفتار خشونت آمیز از خود نشان می دهند. اما به عقیده بعضی از متخصصان، تحقیقات نشان می دهد که تنها مردم خشن جذب این بازی های می شوند. تیمی از دانشگاه میسوری در کلمبیا خاطر نشان کرد: بر اساس مطالعاتی که آنها روی فعالیت ذهنی ۳۹ گیم باز فعال انجام دادند، مشخص شد که یک رابطه علت و معلولی بین بازی های خشن و رفتار های خشونت آمیز وجود دارد. این محققان یک نوع فعالیت ذهنی به نام واکنش P300

امروزه بازی های کامپیوتری نه فقط ابزاری برای سرگرمی و تفریح، بلکه یکی از بزرگترین صنایع دنیای فناوری ارتباطات و اطلاعات هستند. بسیاری از کارشناسان ادعا می کنند که استفاده زیاد از بازی های کامپیوتری می تواند گرایشهای منفی اجتماعی - روانی (مانند تمایل به انزوای اجتماعی و حتی خشونت) را موجب شود و باعث اعتیاد کاربر به بازی شده و نهایتاً پیامدهایی برای سلامت فرد داشته باشد. مقالات متعددی در مورد تأثیر بازی کردن زیاد بر روی سلامت نوجوانان می توان یافت. عموم کاربران از خستگی چشم، سردرد، درد قفسه سینه، کوفتگی و نوسان وضعیت روحی شکایت دارند علاوه بر موارد فوق می توان به مواردی نظیر مکان و زمان انجام بازی ها که باعث محدود شدن خواب می شود و همچنین حلقه های سیاه زیر چشم و گرفتگی ماهیچه در شانه نیز اشاره کرد. متخصصان بهداشتی نگران تغییرات متابولیک و حملات قلبی هستند. بازی زیاد ممکن است باعث برگ به برگ شدگی مکرر شده و حتی حملات صرع را در افراد مستعد تحریک کند. بسیاری از پزشکان اعتقاد دارند که یکی از دلایل به وجود آمدن این مشکلات می تواند این باشد که کاربران خیلی نزدیک به صفحه می نشینند. استفاده از تصویر شفاف تر باعث برانگیخته شدن و تحریک کردن غدد و نهایتاً ترشحیات خاص، نسبت به تصویر تاریکتر می شود، نورهای چشمک زن و الگوهای هندسی ارائه شده در برخی بازیها ممکن است این موارد را تشدید کند. خشونت در بازیهای کامپیوتری یکی دیگر از مواردی است که بیش از سایر نکات به عنوان جنبه منفی بازی های

پرامدیرال

ماهانامه اختصاصی بیمارستان بنت الهدی
مهر ماه ۱۳۸۹
صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی
مدیر مسئول: علیرضا امیر حسینی
سر دبیر: دکتر وحید رضا یاقوت کار
دبیر اجرایی: شکوفه احمدی
طراحی و صفحه آرایی:
محمد حسن پنجه بند ۰۹۱۵۵۰۰۹۸۰۸

همکاران این شماره:
دکتر محمد تقی صراف - دکتر حسن احمدیان
دکتر فرحناز نمره محمدیان - دکتر زهره اخادم
دکتر امیر مسعود حبیبی - دکتر پیام آهنی
خانم طاهره ربیعی - خانم سنا شیرزور
خانم الهه باغداری - خانم زهره احوان
خانم سوگند پرچسته - آقای حمیدرضا صاحب الزما
خانم بهدیه جونی

آدرس: مشهد - خیابان بهار
بیمارستان بنت الهدی
تلفن: ۵-۸۵۹۰۰۵۱
تلفن و فاکس مستقیم مدیرت:
۸۵۱۸۱۱۴ - ۸۵۱۸۱۱۵
تلفن گویا: ۸۵۹۰۰۸۵

ژن موثر بر طول عمر

سال گذشته انجام شد و آقایانی که در این دو گروه بوده و تا سال ۲۰۰۷ زنده بودند (حداقل ۹۵ ساله) نیز به طور اختصاصی از نظر طول عمر بررسی شده و با مردانی از گروه که فوت کرده بودند مقایسه شدند. در بررسی عوامل ژنتیکی، ژنی به نام FOXO 3A توجه محققان را به خود جلب کرد. آن هایی که زنده بوده و سلامتی بهتری داشتند همگی دارای این ژن بودند. محققان معتقدند بالای ۵۰ درصد افزایش طول عمر با موارد ژنتیکی قابل توضیح و توجیه است. ژن مذکور در مسیر سیگنالینگ انسولین قرار داشته و ممکن است با نحوه پاسخگویی سلول ها به استرس ارتباط داشته باشد.

طول عمر به مجموعه عوامل و نه فقط یک عامل بستگی دارد. اما ماجرای ژن ها به دلیل پیچیدگی و پر رمز و راز بودن بسیار مورد توجه عموم و دانشمندان قرار گرفته و وقتی پای اصلاح ژنتیکی به میان می آید، این امید مطرح می شود که شاید در آینده با این نوع اصلاحات، ژن هایی داشته باشیم که طول عمر را افزایش دهند. در جدیدترین تحقیقات بر روی ۵ ژن مؤثر در طول عمر و زندگی سالم، ارتباط یکی از این ژن ها با طول عمر شناخته شد. در این تحقیق دو گروه از آقایان که اطلاعات سلامتی آن ها از سال های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳ جمع آوری شده بود مورد بررسی قرار گرفتند. این تحقیق