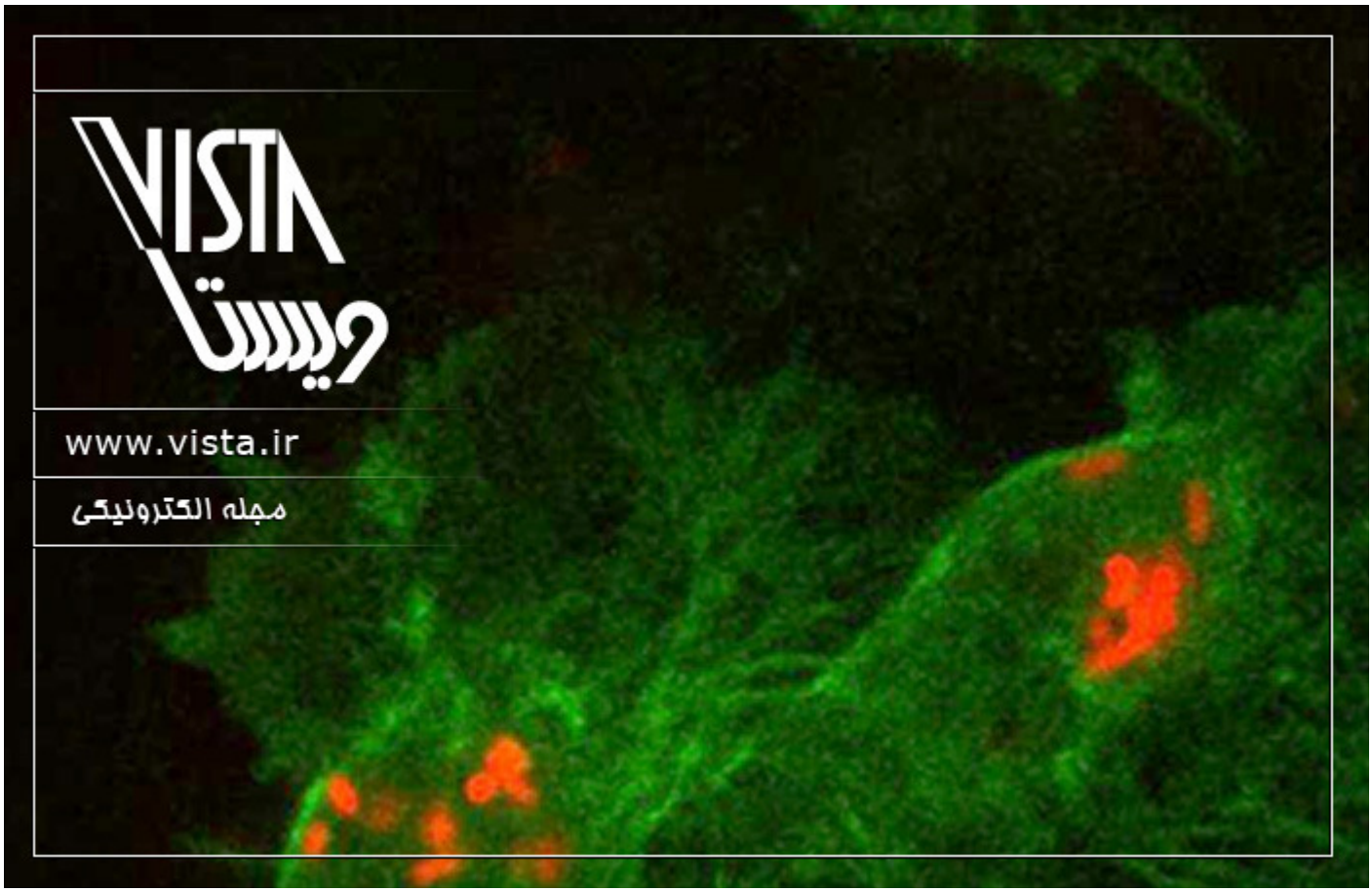


مجله الکترونیکی ویستا : تندرستی - شماره شانزدهم - بیماری های عفونی
تاریخ انتشار : دوشنبه ۲۸ تیر ۱۳۸۹

فهرست مطالب این شماره

- ۵ توصیه زیبا به سرماخورده‌ها
- آبسه پستان
- آبسه ریه
- آبله مرغان
- آبله مرغان Chicken pox
- آرتریت عفونی (چرکی)
- آشنایی با ویروس ابولا
- آلودگی به کرم‌های گرد روده‌ای در ایران
- آمبولی ریه
- آمپیم
- آنچه باید درباره ورم کبد یا هپاتیت ویروسی بدانیم
- آنچه راجع به سارس باید بدانیم (دانستنیهای علمی و پزشکی)علائم SARS چیست ؟
- آندوکاردیت

- آنسفالیت ویروسی
- آنفلوآنزا
- آنفلوآنزا (Influenza)
- آنفلوآنزا با سرما خواهد آمد مراقب باشید
- آنفلوآنزا سرما خوردگی نیست
- آنفلوآنزای خوکی با مرگ و میر آمد
- آنفلوانزا ؛ بیماری رام نشدنی
- آنفو لانزا
- آنفو لانزای مرغی
- آنفولانزا چیست؟؟؟
- آیا تبخال درمان دارد؟
- اپی گلوتیت
- اپیدیدیمیت
- اثر عفونت های دوران کودکی بر بروز بیماری های آلرژیک
- از آبله مرغان تا زونا
- از خاک به خوک
- اسپوروتریکوز
- استئومیلیت
- اسهال خونی باکتریایی
- اشتراک زیانبار با دوستان نامطمئن
- اصول پایه‌ای درباره آنفلوانزا
- اگر سرما خورده اید بخوانید!!
- انفلوانزای مرغی: اپیدمی بعدی یا ترس بیمورد
- انواع سلولیت
- اورتریت
- اوریون؛ بیماری زمستان
- اول سرما؛ اول سینوزیت
- بیماری فراموش شده
- با جذامی‌ها مهربان باشید...
- بچه ها و سرماخوردگی
- بررسی بیماری کزاز و علایم آن ؛ّرعشه ای در اندام ها
- بروسلوز

- برونشیت مزمن
- بلاستومیکوز
- بوتولین، مهلک ترین زهری که شفا می دهد!
- به مناسبت روز جهانی مالاریا
- بیماری دست، پا و دهان
- بیماری سرخچه
- بیماری سل
- بیماری شبه‌آنفلوآنزا همراه با بثورات پوستی
- بیماری کزاز
- بیماری کزاز در کمین کودکان
- بیماری های پوستی ناشی از آب استخرها
- بیماری های عفونی در تابستان
- بیماری‌های ویروسی و هومیوپاتی
- پارونیشیا
- پاندمی جهان را تهدید کرد
- پای ورزشکاران
- پسیتاکوز
- پلی آرتریت گرهی
- پیشگیری از هپاتیت B
- تاثیر آبله مرغان مادر بر جنین
- تب
- تب تیفوئید
- تب خال
- تب روماتیسمی
- تب روماتیسمی
- تب مالت
- تب و تشنج
- تبخال می زنید؟ نگران نباشید!
- تبخال ویروسی که پنهان می شود
- تبخال ویروسی یا «هرپس»
- تحقق رویای پیشگیری از آنفولا نزا
- تریشینوز

- تشخیص اسپوروتریکوز
- توکسوپلاسموز
- تهدید، تحدید می‌آورد
- تیزر
- تیفوس کنه‌ای
- جذام
- جذام چیست؟
- چگونه می توان از سرماخوردگی پیشگیری کرد و در صورت بروز آن را درمان نمود .
- چه کسی تنش می خارد؟
- حصبه یا تیفوئید
- حقیقت، جعلی جلوه داده شده است
- خانمهای خانه دار و راههای مقابله با «وبا»
- خانه ای که سیاه بود
- خلط خونی در افراد سیگاری
- داستان مالاریا در ایران
- در مورد هپاتیت ب چه میدانیم؟
- دردناک و هراسناک
- دردی برای تمام فصول
- درمان بیماری های بی نشانه
- درمان عفونت ادراری
- ذات الریه (پنومونی)
- راههای پیشگیری از آنفلوانزا
- رنج سال‌های وبا
- روتا ویروس؛ این نام را به خاطر بسپارید
- زخم های عسلی
- زمستان فصل سرماخوردگی
- زونا، دنباله آبله مرغان
- سالک
- سپری برای حمله ۲۰۰ ویروس عصبانی آماده کنید
- سرخجه
- سرخجه
- سرخک

- سرخک
- سرما خوردگی
- سرماخوردگی چیست ؟
- سرماخوردگی در کمین کودکان است
- سرماخوردگی را جدی بگیریم
- سرماخوردگی و آنفلوآنزا؛ خیال و واقعیت
- سرماخوردگی و مکمل های تغذیه ای
- سرماخوردگی یا آلرژی بینی؟
- سرماخوردگی، آنفولانزا یا آلرژی ؟
- سفلیس
- سل (Tuberculosis) چیست ؟
- سل، طاعون سفید
- سلولیت چیست؟
- سوزاک
- سوغات فصل سرد
- سیاره پی به نام بدن
- سیاه زخم، سلاح بیولوژیک
- سیفلیس
- سینوزیت
- سینوزیت
- سینوزیت در اطفال
- شیوع ویروس منتقله از طریق ترانسفوزیون در معتادان وریدی
- صورتی پر از ستاره
- عفونت زخم جراحی
- عفونت قارچی پا؛علل و راه حل
- عفونت کواشیورکور و درمانهای غذایی آن
- علل پدید آمدن تب
- غلبه بر بیماری هولناک
- فرضیه کبدی سلولیت
- فصل داغ سرماخوردگی
- کزاز
- کمی با آن مدارا کن

- کودکان زیر دو سال واکسن آنفلوانزا بزنند
- گوشک خطرناک نیست
- مادر بیماری های دیگر
- مالاریا
- مراقب آنفلوآنزا باشید
- مراقب وبا باشیم
- مراقبت از سرخجه و سندروم سرخجه مادرزادی
- مشکلی به نام سلولیت
- مننژیت
- منونوکلئوز عفونی
- موج به موج با زخم بستر
- مهجورترین بیماری جهان
- مهمانی مدرن: مهمانی آبله‌مرغان!
- نسخه تبخال را بپیچید!
- واکسیناسیون ـ واکسن سرخک
- وبا ؛ نترسید، اما مراقب باشید
- وبا چیست ؟
- وبای التور
- وقتی چشمها زرد می‌شود
- ولوواژینیت کاندیدایی
- وهم سبز
- ویروسهای هوایی
- ویروسی در بخش نوزادان
- هاری
- هپاتیت
- هپاتیت A چیست ؟
- هپاتیت از ایدز خطرناک تر است
- هپاتیت B
- هپاتیت B برای نوزادان خطرناک‌تر است
- هپاتیت C
- هپاتیت C
- هپاتیت C بیماری آرام ولی پرخطر

- هپاتیت C مشکل بزرگ
- هپاتیت را جدی بگیرید
- هپاتیت ها و راه های درمان و پیشگیری
- همه آنچه می خواهید در مورد سرماخوردگی بدانید
- همه چیز درباره آنفلوانزای خوکی
- همه چیز درباره وبا
- همه چیز راجع به سیاه زخم
- همه در معرض خطرند
- هیستوپلاسموز
- یک بیماری به ظاهر ساده و صدها ویروس مداخله گر!
- یک قصه با چند روایت
- یک میکروب و چند مشکل

لینک دانلود : **http://vista.ir/?view=pdf**

لینک ضمیمه : **http://vista.ir/?view=item&id=44420**

۵ توصیه زیبا به سرماخورده‌ها

حتما شما هم دوست ندارید وقتی سرما خورده‌اید، با بینی قرمز و چشمان باد کرده سرکارتان حاضر شوید، چون چندان هم زیبا به نظر نمی‌رسید، همه ما وقتی در این روزهای پاییزی سرما می‌خوریم، چندان هم راضی نیستم که با آن سر و وضع و صورت به هم ریخته جلوی دیگران ظاهر شویم. خستگی و بی‌حالی، سردرد و سوزش گلو و بینی دست در دست هم می‌دهند تا موجب شوند که احساس خوبی درباره خودمان نداشته باشیم. با این حال خیلی هم ناراحت نباشید...

پس از اندکی استراحت و میل کردن مایعات حال‌تان بهتر می‌شود ولی برای اینکه هنگامی که سرما خورده‌اید همچنان زیبا و جذاب به نظر برسید ما برای شما توصیه‌های خوبی داریم که حسابی به دردتان می‌خورد به خصوص که در این فصل خیلی‌ها سرما خورده‌اند:

۱) وقتی دستمال گوشه‌های بینی‌تان را زخم می‌کند

یکی از مشکلات اصلی در زمانی که سرما خورده‌اید این است که دایم یک دستمال کاغذی دست‌تان می‌گیرید و با آن بینی‌تان را می‌گیرید، تماس مداوم دستمال با پوست بینی و اطراف آن موجب قرمزی پوست اطراف بینی و حتی به مرور زخم شدن آن می‌شود. از طرف دیگر اگر شما دچار

آب‌ریزش از چشمان‌تان شده باشید، این دستمال را روی پلک‌هایتان هم می‌کشید که پلک‌های متورم و ملتهب شما را قرمز هم می‌کند. همچنین خود سرماخوردگی و بیماری و از دست رفتن آب بدن موجب می‌شود پوست شما خشک‌تر به نظر برسد. داشتن پوست شفاف و سالم یکی از نشانه‌های زیبایی است که سرماخوردگی پاییزی شما را از آن محروم می‌کند. از یک کرم مرطوب‌کننده عالی و قوی استفاده کنید و آن را روی پوست صورت و به خصوص زاویه‌های بینی بمالید. با این کار هم رطوبت از دست رفته پوست‌تان را به آن باز می‌گردانید و هم از میزان قرمزی و التهاب پوست شما کاسته می‌شود. وقتی این التهاب پوست کمتر شود و پوست‌تان صاف‌تر شده و کمتر خشک باشد شما راحت‌تر می‌توانید از کرم‌های آرایشی و پودرها و پنکک‌ها برای پوشاندن قرمزی و التهاب پوست‌تان استفاده کنید. شما می‌توانید با یک کانسلر مناسب قرمزی اطراف بینی و چشم‌هایتان را بپوشانید.

۲) راه‌حل گونه‌های رنگ پریده

حتما شما هم دیده‌اید که وقتی کسی سرماخورده است اول از همه رنگ‌روی رفته‌اش، شما را از بدحالی‌اش آگاه می‌کند. به‌طورمعمول در حالت سلامت گونه‌های همه ما اندکی برافروخته است و پوست آن اندکی از پوست نواحی دیگر صورت قرمزتر است ولی وقتی سرما می‌خورید گونه‌ها بی‌رنگ می‌شوند. بنابراین اگر قصد ندارید آرایش کنید حداقل وقتی سرما خورده‌اید از اندکی رژگونه استفاده کنید، استفاده از رژگونه وقتی سرماخورده‌اید اندکی صورت شما را سالم‌تر و تازه‌تر نشان می‌دهد. اگر شما پوست روشنی دارید رژگونه‌ای به رنگ صورتی روشن را انتخاب کنید ولی اگر پوست شما کمی سبزه است و یا خودتان را برنزه کرده‌اید، رنگ‌های تمشکی را به شما توصیه می‌کنیم.

۳) کمپرس خیار برای چشم‌هایتان

وقتی سرما خورده‌اید هر چه‌قدر هم وانمود کنید که بیمار نیستید چشم‌هایتان از فاصله چند متری نشان می‌دهند که شما حسابی با این ویروس‌های سمج درگیرید. چشم‌های قرمز باد کرده و پف کرده نشانه اصلی صورت‌های سرماخورده هستند. پوست اطراف چشم‌ها و پلک‌ها از پوست سایر نقاط صورت ظریف‌تر و نازک‌تر است و بافت‌های زیرین خیلی شل‌تر به آن متصل هستند به همین خاطر مایعات فضای زیادی در اطراف چشم‌ها دارند که در آنجا جمع شوند و پلک‌های شما را پف کرده نشان دهند. انقباض رگ‌های زیر پوست هم موجب می‌شود که مایعات نتوانند به راحتی جذب رگ شده و از اطراف پلک‌ها خارج شوند و این خود موجب می‌شود که تورم پلک‌هایتان وقتی سرما خورده‌اید بیشتر شود. شما برای اینکه از شر تورم چشم‌هایتان وقتی سرماخورده‌اید خلاص شوید، یک عدد خیار را داخل یخچال بگذارید تا خنک شود سپس آن را برش داده و برش‌هایی از آن را روی پلک‌های بسته‌تان بگذارید. البته می‌توانید از هر کمپرس سرد دیگری هم استفاده کنید. استفاده از چای‌های کیسه‌ای خنک یک راه‌حل ساده دیگر برای کاهش پف‌کردگی پلک‌های شماست. کافئین هم در کاهش پف‌کردگی پلک چشم و صاف و کشیده شدن پوست موثر است.

۴) لوازم آرایشی‌تان را ضدعفونی کنید

وقتی سرما خورده‌اید، باید بیش از هر زمان دیگری بهداشت لوازم آرایشی‌تان را رعایت کنید. چون میکروب‌هایی که روی ریمل شما و یا پدهای آرایشی شما می‌نشینند می‌توانند به راحتی با مخاط چشم و یا بینی و دهان شما تماس پیدا کرده و دوباره شما را دچار التهاب و عفونت و سرماخوردگی کنند. بنابراین وقتی سرماخورده‌اید پس از هر بار استفاده از برس‌های آرایشی و یا فرچه‌هایی که برای آرایش از آنها استفاده می‌کنید باید آنها را با یک ماده ضدعفونی کننده مخصوص این برس‌ها، ضدعفونی کنید تا از انتشار میکروب‌های سرماخوردگی پیشگیری کنید. محلول‌های ضدمیکروبی مخصوص ماشین‌هایی لباس‌شویی هم برای ضدعفونی لوازم آرایشی شما موثرند. فراموش نکنید به هیچ‌وجه وقتی سرماخورده‌اید لوازم و مواد آرایشی خودتان را در اختیار دیگران قرار ندهید چون همین استفاده از لوازم مشترک موجب انتقال میکروب سرماخوردگی خواهد شد. بعضی‌ها به‌دنبال سرماخوردگی دچار تبخال هم می‌شوند بنابراین وقتی سرماخورده‌اید به آرایشگاه نروید. چون لوازم و مواد آرایشی موجود در آرایشگاه به صورت اشتراکی بین مشتریان استفاده می‌شود و شما دیگران را نیز دچار خواهید کرد.

۵) رنگ‌هایی برای چشمان سرماخورده

اگر شما هم دچار سرماخوردگی شده‌اید، باید کمی نحوه آرایش‌تان را تغییر دهید و از رنگ‌هایی که قبلا استفاده می‌کرده‌اید، کمتر استفاده کنید. فراموش نکنید سایه‌های تیره و دودی صورت شما را گرفته‌تر از حالت عادی نشان می‌دهند. همچنین از سایه‌های صورتی استفاده نکنید. چون این سایه‌ها پلک‌های شما را بیش از پیش صورتی و قرمز و ملتهب نشان می‌دهند. به جای آن، سراغ سایه‌هایی به رنگ طبیعی‌تر مانند قهوه‌ای و خاکستری روشن بروید.

اگر در اثر سرماخوردگی چشمان‌تان اشک‌آلودند، بهتر است کاملا فکر آرایش چشم را از سرتان بیرون کنید ولی اگر اصرار دارید یک خط چشم نازک روی پلک بالایتان بکشید و از یک ریمل ضدآب استفاده کنید، این موجب می‌شود هم صورت شما از حالت بیمارگونه ناشی از سرماخوردگی بیرون بیاید و هم وقتی از چشمانتان آب می‌آید آرایش‌تان پخش نشود.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=350059

vista.ir
Online Classified Service

آبسه پستان

● اطلاعات اولیه

آبسه پستان عبارست است از یك ناحیه عفونی شده بافت پستان که در اثر مبارزه بدن باعفونت، چرك در آن جمع می‌شود، آبسه دربر گیرنده بافت پستان، نوك پستان، غدد شیری، و مجراهای شیری است.

● علایم شایع

▪ درد، حساسیت به لمس، قرمزی و سفتی پستان

▪ تب و لرز

▪ احساس ناخوشی عمومی

▪ دردناك شدن گره‌های لنفاوی زیر بغل

● علل

وارد شدن باکتری‌ها از راه نوك پستان (معمولاً از راه زخم‌های کوچك روی نوك پستان که در روزهای اولیه شیردهی ایجاد می‌شوند).

● عوامل افزایش‌دهنده خطر

▪ عفونت لگنی پس از زایمان

▪ دیابت (مرض قند)

▪ آرتریت روماتویید

▪ استفاده از داروهای استروییدی

▪ سیگار کشیدن به مقدار زیاد

▪ سابقه برداشتن قسمتی از پستان همراه با اشعه درمانی

▪ پستان مصنوعی سیلیکونی

● پیشگیری

▪ نوك پستان و خود پستان را پس از هر بار شیردهی کاملاً بشویید.

▪ نوك پستان را پس از شیردهی با پماد ویتامین ـ آ و د، یا سایر داروهای موضعی، نرم کنید (در صورت توصیه).

▪ از پارچه‌هایی که پستان را اذیت می‌کنند استفاده نکنید.

▪ اجازه ندهید کودك شیرخوارتان نوك پستان شما را گاز بگیرد یا بجود.

● عواقب مورد انتظار

▪ با درمان معمولاً در عرض ۱۰-۸ روز خوب می‌شود. برای تسریع بهبود آبسه، گاهی تخلیه آن ضروری است.

● عواض احتمالی

ندرتاً لازم است شیردهی متوقف شود، حتی در مواردی که عفونت شدید است. گاهی لزوم مصرف بعضی آنتی‌بیوتیك‌ها (به خصوص تتراسیکلین) و داروهای ضد درد موجب می‌شود که شیردهی برای مدت کوتاهی قطع شود. در این حالت باید شیر را مرتباً پمپ نمود.

ندرتاً ممکن است فیستول ایجاد شود (فیستول عبارت است از به وجود آمدن یك مجرای غیرطبیعی بین دو عضو بدن، یا بین یك عضو و محیط بیرون از بدن).

● درمان

▪ از پارچه یا حوله آب گرم برای تخفیف درد و تسریع التیام استفاده کنید (اگر آب سرد را امتحان کردید و دیدید بهتر است، از آب سرد استفاده کنید).

▪ تا زمان خوب شدن عفونت پستان، شیردهی به نوزاد را از آن پستان متوقف کنید. به طور منظم از یك پمپ مخصوص پستان برای خارج ساختن شیر از پستان عفونی شده استفاده کنید، تا زمانی که بتوانید شیردهی را مجدداً از آن پستان از سر بگیرید.

▪ جراحی برای تخلیه آبسه (معمولاً انجام نمی‌شود).

● داروها

▪ آنتی‌بیوتیك‌ها در صورت لزوم، برای مبارزه با عفونت

▪ استفاده از داروهای ضد درد معمولاً تنها برای ۷-۲ روز پس از انجام عمل جراحی لازم است.

▪ فعالیت

▪ پس از درمان، فعالیت‌های عادی خود را به محض رو به بهبود گذاشتن علایم از سر گیرید.

● رژیم غذایی

▪ هیچ رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

● در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علایم آبسه پستان را دارید.

▪ اگر یکی از مشکلات زیر به هنگام درمان رخ می‌دهد: تب؛ شدید شدن درد؛ گسترش عفونت علی‌رغم درمان؛ علایم در عرض ۷۲ ساعت رو به بهبود نگذارند.

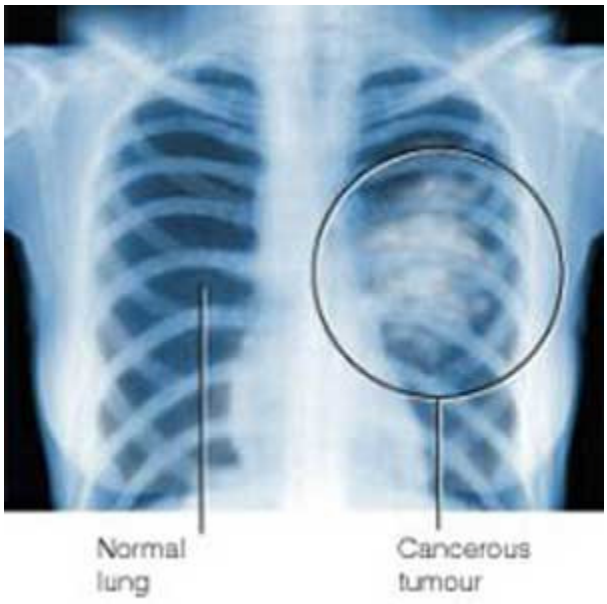
▪ اگر دچار علایم جدید و غیرقابل کنترل شده اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی سلامت ایرانیان

http://vista.ir/?view=article&id=242699

vista.ir
Online Classified Service

آبسه ریه



• شرح بیماری

آبسه ریه ناحیه‌ای از عفونت در ریه که توسط بافت ملتهب احاطه شده است. بافت عفونی شده ریه تخریب شده و چرک جایگزین آن می‌گردد. این بیماری مسری نیست.

• علایم شایع

۱) سرفه همراه خلط. خلط این بیماران چرکی، اغلب دارای رگه‌های خونی و گاهی بدبو است.

۲) بوی بد تنفس

۳) تعریق

۴) تب ۳/۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر

۵) لرز

۶) کاهش وزن

۷) درد سینه (گاهی)

• علل

آبسه ریه معمولاً به‌عنوان عارضه‌ای متعاقب پنومونی (ذات الریه) رخ می‌دهد. گاهی آبسه ریه در اثر استنشاق ترشحات آلوده از مجاری تنفسی فوقانی به داخل ریه، در یک فرد بیهوش یا دچار افت هوشیاری ایجاد می‌شود. افت هوشیاری بیماران ممکن است ناشی از ضربه سر، استفاده از بیهوشی یا بی‌حسی برای جراحی (شامل بیحسی دندانی)، مسمومیت ناشی از الکل و خواب عمیق اعمال شده توسط داروها باشد. عامل آبسه ریه عموماً باکتری‌های بیماری‌زایی نظیر کلبسیلا، پسودوموناس، استافیلوکوک یا استرپتوکوک بتاهمولیتیک می‌باشند.

• عوامل تشدید کننده بیماری

۱) بیماری اخیر، به ویژه پنومونی (ذات‌الریه) با سرعت بهبود آهسته

۲) اعتیاد به الکل

۳) بیهوشی عمومی برای جراحی یا صدمات اخیر منجر به بیهوشی

• پیشگیری

۱) اقدام فوری جهت درمان طبی در موارد عفونت‌های تنفسی و به ویژه پنومونی (ذات‌الریه) .

۲) حفظ بهداشت مطلوب دهان و دندان برای جلوگیری از عفونت‌های دهانی که می‌تواند منجر به آبسه ریه گردد.

• عواقب موردانتظار

معمولاً با درمان آنتی‌بیوتیکی طولانی‌مدت (تا شش ماه) قابل علاج است.

• عوارض احتمالی

۱) در صورت عدم پاسخ مناسب به درمان آنتی‌بیوتیکی، آبسه مزمن شده و عوارضی چون کاهش وزن، کم‌خونی، برونشکتازی یا بیماری مزمن ریه را در پی دارد.

۲) پاره شدن آبسه که منجر به آمپیم یا خونریزی شدید در ریه می‌گردد.

۳) گسترش عفونت به سایر نواحی بدن، به ویژه مغز

• درمان

▪ اصول کلی

۱) بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل آزمایش‌های خون، کشت چرک به‌دست آمده از آبسه جهت تعیین نوع آنتی بیوتیک تجویزی و عکس ساده ریه و اسکن ریه باشد. برونکوسکوپی (استفاده از یک وسیله بصری با چراغی در نوک آن که از نای عبور داده شده و وارد برونش‌ها می‌گردد) در موارد مشکوک به ورود جسم خارجی به ریه.

۲) ترک استعمال دخانیات

۳) در حد امکان به تمرین‌های ورزشی با تنفس عمیق بپردازید.

۴) نحوه تخلیه وضعیتی ریه را بیاموزید تا به خروج ترشحات نایژه ای کمک کنید. از ناحیه شکم به‌طوری بر روی تخت قرار گیرید که سر و سینه شما از لبه تخت آویزان باشد. خود را وادار به سرفه کنید. این کار را تا هنگامی که دیگر قادر به دفع خلط نباشید، ادامه دهید. این عمل را دوبار در روز به مدت ۱۰-۵ دقیقه انجام دهید.

۵) در صورت عدم بهبود آبسه، گاهی جراحی جهت تخلیه چرک آبسه یا برداشت آبسه و قسمت درگیر ریه لازم می‌شود.

- داروها

۱) آنتی بیوتیک ها به مدت طولانی برای مقابله با عفونت و جلوگیری از عود آن.

۲) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

۳) تا هنگامی که عکس ریه نشان‌دهنده پاک شدن عفونت باشد، فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری خود را کاهش دهید.

- رژیم غذایی

رژیم خاصی نیاز نیست. مصرف مایعات را افزایش دهید به‌طوری که روزانه حداقل هشت لیوان مایعات مصرف کنید. با مصرف مایعات بیش از حد معمول، بدن مجبور می‌شود تا قسمتی از این مایعات را از طریق ریه دفع کند و بنابراین ترشحات ریوی غلیظ، رقیق‌تر شده و دفع آن با سرفه آسان‌تر می‌گردد.

- درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دچار علایم آبسه ریه باشید.

۲) بروز موارد زیر در طی درمان:

۳) افزایش تب به ۳/۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر

۴) غلیظ شدن ترشحات با وجود درمان

۵) تخلیه وضعیتی ریه نشان‌دهنده تغییر در رنگ، مقدار یا قوام خلط باشد.

۶) علایم عفونت ریه پس از درمان عود نماید، به‌خصوص سرفه خلط‌دار، تب یا احساس ناخوشی عمومی

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238299

vista.ir
Online Classified Service

آبله مرغان

- توضیح کلی

آبله مرغان عبارت است از یك بیماری خفیف و بسیار مسری که توسط ویروس هرپس زوستر ایجاد می‌شود. این بیماری می‌تواند در سنی رخ دهد اما در کودکان شایع‌تر است.

- علایم شایع

علایم زیر معمولاً در کودکان خفیف، اما در بزرگسالان شدید هستند:

▪ تب

▪ درد شکمی یا احساس ناخوشی عمومی که ۲-۱ روز طول می‌کشد.

▪ بثورات پوستی که تقریباً در هر جای بدن می‌تواند پدید آید، از جمله روی پوست سر، آلت تناسلی، و داخل دهان، بینی، گلو، یا مهبل. تاول‌ها ممکن است در نواحی بسیار وسیعی از پوست گسترده شده باشند، اما در دست و پا کمتر ظاهر می‌شوند. تاول‌ها در عرض ۲۴ ساعت می‌ترکند و در محل آنها دلمه تشکیل می‌شود. هر ۴-۳ روز مجموعه‌هایی از تاول‌های جدید به وجود می‌آیند.

▪ در بزرگسالان یك سری علایم شبیه آنفلوآنزا وجود دارد.

● علل

عفونت با ویروس هرپس زوستر. این ویروس از راه قطره‌های ریز در هوا یا تماس با ضایعات پوستی، از فرد بیمار انتقال می‌یابد. دوره نهفته پیش از آغاز علایم بیماری ۲۱-۷ روز است.

اگر مادر یك نوزاد قبلاً یا در حین حاملگی آبله مرغان گرفته باشد، کودك وی تا چندین ماه در برابر آبله مرغان ایمنی دارد. اما این ایمنی در عرض ۱۲-۴ ماه پس از تولد کاهش می‌یابد.

● عوامل افزایش دهنده خطر

استفاده از داروهای سرکوب‌کننده دستگاه ایمنی بدن

● پیشگیری

در حال حاضر نمی‌توان از آن پیشگیری به عمل آورد. سرم حاوی پادتن علیه این ویروس برای افرادی که خطر ایجاد بیماری خطرناك در آنها زیاد است (مثل کسانی که داروهای ضدسرطان یا سرکوب‌کننده ایمنی دریافت می‌کنند) استفاده می‌شود. اخیراً یك واکسن جدید برای این بیماری مورد تأیید قرار گرفته است.

● عواقب مورد انتظار

▪ بهبود خود به خودی. کودکان معمولاً در عرض ۱۰-۷ روز بهبود می‌یابند، در بزرگسالان این مدت بیشتر است و احتمال بروز عوارض در آنها بیشتر است.

▪ پس از بهبود، فرد برای تمام عمر در مقابل آبله مرغان ایمنی دارد.

▪ گاهی پس از طی شدن سیر بیماری آبله مرغان، ویروس در بدن به حالت خفته باقی می‌ماند (احتمالاً در ریشه اعصاب نزدیك نخاع). این ویروس خفته ممکن است سال‌ها بعد دوباره بیدار شود و بیماری زونا را ایجاد کند.

● عوارض احتمالی

▪ عفونت باکتریایی ثانویه برروی تاول‌های آبله مرغان

▪ عفونت ویروسی چشم

▪ ندرتاً آنسفالیت (التهاب یا عفونت مغز)

▪ احتمال بروز زونا سال‌ها بعد در دوران بزرگسالی

▪ ندرتاً باقی‌ماندن جای تاول، در صورتی که تاول عفونی شود

▪ میوکاردیت (التهاب عضله قلب)

▪ آرتریت (التهاب مفصل) به طور گذرا

▪ ذات‌الریه

▪ نشانگان رای

● درمان

▪ اصول کلی

ـ تشخیص معمولاً با ظهور تاول‌های پوستی داده می‌شود و بنابراین انجام آزمایش ضرورتی ندارد.

درمان با هدف تخفیف علایم انجام می‌گیرد.

ـ برای کاهش خارش از پارچه، حوله، یا کمپرس آب سرد استفاده کنید.

ـ بیمار را تا حدامکان آرام و خنك نگهدارید. گرما و تعریق باعث بروز خارش می‌شوند.

ـ ناخن‌ها را کوتاه دارید تا بیمار نتواند خود را بخاراند. خاراندن تاول‌ها می‌تواند باعث عفونت ثانویه شود.

▪ داروها

- داروهای زیر ممکن است خارش را کم کنند: بی‌حس‌کننده‌های موضعی و آنتی‌هیستامین‌های موضعی. این داروها موجب تخفیف خارش به سرعت و در کوتاه مدت می‌شوند. محصولاتی که حاوی لیدوکایین و پراموکسین هستند کمترین احتمال بروز واکنش‌های آلرژی را دارند. لوسیون‌های حاوی فنول، منتول و کافور (مثل لوسیون کالامین) نیز شاید توصیه شود. دستور دارویی را در مورد محصولات فوق رعایت کنید.

- اگر تب وجود دارد، از استامینوفن استفاه کنید. به هیچ عنوان از آسپیرین استفاده نکنید زیرا این دارو ممکن است در بروز نشانگان رای (یك نوع آنسفالیت) در کودکانی که دچار عفونت ویروسی هستند نقش داشته باشد.

- امکان دارد آسیکلوویر تجویز شود.

▪ فعالیت

ـ استراحت در رختخواب ضروری نیست. بیمار می‌تواند فعالیت آرام در یك محیط خنك داشته باشد. اگر هوا خوب باشد، کودك می‌تواند بیرون از خانه و در سایه بازی کند.

ـ تا زمانی که تمام تاول‌ها دلمه نبسته باشند و تاول جدیدی تشکیل نشود، کودك باید از سایرین جدا باشد و مدرسه نیز نباید برود.

▪ رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

▪ در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید

ـ اگر شما یا کودکتان علایم آبله مرغان را دارید.

ـ اگر بی‌حالی، سردرد، یا حساسیت به نور روشن رخ دهد.

ـ اگر تب بالای ۳/۳۸ درجه سانتیگراد وجود داشته باشد.

ـ اگر ضایعات آبله مرغان، سرفه نیز به علایم اضافه شود

منبع : سایت دوستان

http://vista.ir/?view=article&id=258346

vista.ir
Online Classified Service

آبله مرغان Chicken pox

آبله مرغان یک عفونت شدیدا مسری است که علامت و مشخصه آن ضایعات پوستی (بثورات وزیکولی varicella zouster) می‌باشد.

● شرح بیماری

آبله‌مرغان توسط ویروس واریسلا زوستر که از خانواده هرپس ویروس است، ایجاد می‌شود. این ویروس بعد از ایجاد آبله‌مرغان ، در همه افراد به صورت نهفته ، در مسیر رشته‌های عصبی که از نخاع خارج می‌شوند، جایگزین می‌شود و فعالیت مجدد آن منجر به بیماری زونا یا هرپس زوستر Herpes zoster می‌گردد. این ویروس از راه قطره‌های ریز در هوا یا تماس با ضایعات پوستی ، از فرد بیمار انتقال می‌یابد.

انسان تنها مخزن ویروس آبله‌مرغان است. یک بیماری شدیدا مسری است بطوری که میزان ابتلای آن در افراد حساس حداقل ۹۰ درصد می‌باشد. عمدتا در اواخر زمستان و اوایل بهار در نواحی معتدل بروز می‌کند. بیشترین گروه سنی مستعد ابتلا ۹-۵ ساله هستند بقیه موارد اغلب بچه های زیر ۱۵ سال است. در حدود ۱۰% بالای ۱۵ سال را درگیر می‌کند. در نواحی معتدل معمولا ۹۵-۹۰% افراد ویروس واریسلا زوستر را در دوران کودکی کسب می‌کنند. استفاده از داروهای سرکوب کننده دستگاه ایمنی بدن خطر بروز این بیماری را افزایش می‌دهد.

● علایم آبله‌مرغان

بیماری معمولا ۱۷-۱۴ روز بعد از تماس (دوره کمون یا نهفته) با فرد مبتلا به آبله‌مرغان یا زونا شروع می‌شود.

▪ علایم عمومی

این علایم که شبیه علائم آنفلوانزا هست، عبارتند از تب ، بیحالی ، بی‌اشتهایی ، سردرد و گاهی اوقات درد خفیف شکم که ۲-۱ روز قبل از بروز ضایعات پوستی رخ می‌دهد. این علایم بیشتر در بچه‌های بزرگتر دیده می‌شوند و تا ۵-۴ روز باقی می‌مانند.

▪ ضایعات پوستی

ضایعات پوستی که علامت اصلی بیماری هستند، ابتدا روی پوست صورت و سینه ظاهر می‌شوند و بعد سایر قسمتهای بدن نیز مبتلا می‌شوند. ضایعات اولیه شامل ماکولوپاپولهای قرمز (شبیه جوش) شدیدا خارش‌دار است که در نهایت به وزیکولهای حاوی مایع روشن تبدیل می‌شوند سپس این ضایعات دلمه بسته و بهبود می‌یابند. و در یک زمان انواع مختلف این ضایعات روی پوست دیده می‌شوند. ضایعات را می‌توان روی مخاط حلق یا دستگاه تناسلی نیز پیدا کرد.

● انتقال یا سرایت بیماری

۱) محتمل‌ترین راه سرایت بیماری از طریق سیستم تنفسی و ترشحات تنفسی است. راه دیگر انتقال تماس مستقیم با ضایعات پوستی بیمار مبتلا به آبله‌مرغان یا زونا است. میزان انتقال در تماس‌های خانوادگی ۹۰-۸۰% است.

۲) دوره سرایت آبله‌مرغان از ۴۸-۲۴ ساعت قبل از ظهور ضایعات پوستی شروع می‌شود و تا وقتی است که تمام وزیکولها ضایعات پوستی دلمه بسته و خشک شوند و ضایعات آبدار وجود نداشته باشد.

۳) دوره نهفته (کمون) بیماری بین ۲۱-۱۰ روز است اما معمولا ۱۷-۱۴ روز طول می‌کشد.

● عوارض آبله‌مرغان

۱) عفونت پوست: شایعترین عارضه عفونی آبله‌مرغان ، اضافه شدن عفونت ثانویه باکتریال بر روی ضایعات پوستی است. علت این عفونت خراشیدگی آنها بدنبال خاراندن می‌باشد. همچنین برخی اوقات جای تاول در صورتی که تاول عفونی شود، باقی می‌ماند.

۲) عفونت ریه: وخیم‌ترین عارضه آبله‌مرغان است و اغلب بالغین را گرفتار می‌کند. معمولا ۵-۲ روز بعد از شروع بیماری با علایم تنگی نفس ، سرفه و تند شدن تنفس و تب ظاهر می‌شود و ممکن است باعث نارسایی تنفسی شود.

۳) بیماری زونا: گاهی پس از طی شدن سیر بیماری آبله مرغان ، ویروس در بدن به حالت خفته باقی می‌ماند (احتمالاً در ریشه اعصاب نزدیک نخاع). این ویروس خفته ممکن است سال‌ها بعد دوباره بیدار شود و بیماری زونا را ایجاد کند.این بیماری ناشی از فعال شدن دوباره ویروس واریسلا زوستر در رشته عصبی نخاعی است که با درد شدید و ضایعات پوستی مشخص می‌شود.

۴) سایر عوارض: عبارتند از عفونت مغز یا پرده‌های مغزی بوسیله ویروس واریسلا زوستر ، التهاب قلب ، قرنیه ، مفاصل و کبد و پانکراس.

● سیر بیماری

بهبود خود به خودی کودکان معمولاً در عرض ۱۰-۷ روز بهبود می‌یابند، در بزرگسالان این مدت بیشتر است و احتمال بروز عوارض در آنها بیشتر است. پس از بهبود ، فرد برای تمام عمر در مقابل آبله مرغان ایمنی دارد.

● آبله‌مرغان در حاملگی

در موارد نادر ، آبله‌مرغان مادر منجر به سندرم مادرزادی آبله‌مرغان می‌گردد که با علایم ، کوچکی سر (میکروسفالی) ، ناهنجاری در یک اندام ، نقایص چشمی و ضایعات پوستی موقع تولد مشخص می‌شود. زمانی که مادر در فاصله زمانی ۵ روز قبل از زایمان تا ۲روز بعد از زایمان مبتلا به آبله‌مرغان شود، نوزاد مبتلا به آبله‌مرغان پیشرونده می‌شود و میزان مرگ و میر بالاست.

● درمان

هدف درمان آبله‌مرغان جلوگیری از بروز عوارض آن است. برای این منظور گرفتن ناخنها ، حمام روزانه با آب ولرم و داروهای ضد خارش توصیه می‌شود. درمان با آسیکلوویر نیز در بیمارانی که کمتر از ۲۴ ساعت از بیماری آنها گذشته، توصیه می‌شود، بخصوص در بیماران بالای ۱۵ سال. اگر تب وجود دارد، از استامینوفن استفاه کنید. به هیچ عنوان از آسپیرین استفاده نکنید، زیرا این دارو ممکن است در بروز سندرم رای (یک نوع آنسفالیت) در کودکانی که دچار عفونت ویروسی هستند، نقش داشته باشد.

● پیشگیری

▪ واکسن: اخیرا نوعی واکسن زنده ضعیف شده واریسلا مورد تایید قرار گرفته است. این واکسن در کودکانی که از نظر ایمنی سالم هستند، استفاده می‌شود.

▪ ایمنوگلوبولین واریسلا زوستر (VZIG): VZIG حاوی آنتی‌بادی ضد ویروس واریسلا است که در موارد زیر استفاده می‌شود (در صورتی که این افراد تماس با بیمار داشته باشند.):

۱) بچه‌های با ضعف سیستم ایمنی

۲) افراد طبیعی در سن بلوغ که حساس هستند (از نظر ایمنی)

۳) خانمهای حامله

۴) نوزادانی که در معرض آبله‌مرغان مادر قرار گرفتند.

۵) نوزادان با سن کمتر از ۲۸ هفتگی که در بیمارستان بستری شده‌اند.

در موارد بالا VZIG باید در عرض ۹۶ ساعت بعد از تماس تزریق شود. در صورت ابتلا به آبله‌مرغان معمولا ایمنی برای تمام عمر باقی می‌ماند و دو بار ابتلا به آبله‌مرغان نادر است، ولی احتمال ابتلا به زونا در این فرد وجود دارد.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238310

vista.ir
Online Classified Service

آرتریت عفونی (چرکی)

● اطلاعات اولیه

آرتریت عفونی (چرکی) عبارت است التهاب در یك مفصل ناشی از عفونت. هر مفصلی می‌تواند درگیر شود، اما این بیماری در مفاصل بزرگتر مثل

مفصل ران، یا آن دسته از مفاصلی که در معرض ضربه قرار دارند مثل زانو یا مفاصل موجود در دست، شایع‌تر است.

● علایم شایع

▪ تب و لرز (گاهی تب بالا است)

▪ قرمزی، تورم، درد (اغلب ضرباندار) مفصل و درد به هنگام لمس مفصل. درد گاهی به سایر مفاصل انتشار می‌یابد و با حرکت بدتر می‌شود.

▪ درد در باسن، ران یا کشاله ران (گاهی)

● علل

واردشدن میکرب به مفصل، معمولاً باکتری‌ها (استرپتوکك، استافیلوکك، گنوکك [عامل سوزاك] ، هموفیلوس، یا باسیل سل) یا قارچ‌ها. میکروب‌ها از منشاءهای مختلف وارد مفصل می‌شوند: عفونت در مکانی دیگر در بدن، مثلاً در مورد سوزاك و بیماری سل عفونت در جوار مفصل، مثل جوش‌های چرکی روی پوست سلولیت، یا عفونت استخوانی. صدمه به مفصل، مثل زخم با اجسام سوراخ‌کننده، یا سائیدگی پوست روی مفصل.

● عوامل افزایش‌دهنده خطر

▪ سن بالاتر از ۶۰ سال

▪ بروز یك بیماری که مقاومت بدن را کم کرده است.

▪ عفونت‌های منتقله از راه جنسی

▪ دیابت شیرین (مرض قند)

▪ آرتریت روماتویید

▪ استفاده از داروهای سرکوب‌کننده ایمنی

▪ عمل جراحی روی مفصل

▪ تزریق داخل مفصل

▪ مصرف الکل

▪ مصرف داروهای روان‌گردان، به خصوص انواع تزریقی آنها

▪ بهداشت پایین

▪ وجود مفصل مصنوعی

▪ استفاده از آسپیرین و سایر داروهای ضدالتهابی غیراستروییدی برای سایر بیماری‌ها ممکن است علایم التهاب مفصل را سرکوب کند و تشخیص را به تعویق بیاندازد.

● پیشگیری

▪ به هنگام فعالیت‌هایی که حین آنها احتمال آسیب به مفصل‌های در معرض ضربه مثل زانو وجود دارد، دقت لازم را در محافظت از مفصل به عمل آورید.

▪ چنانچه عفونتی در جای دیگر بدن وجود دارد، سریعاً در صدد درمان آن برآیید.

● عواقب مورد انتظار

▪ معمولاً با تشخیص و درمان زودهنگام بهبود می‌یابد.

▪ البته بهبود کامل هفته‌ها یا ماه‌ها به طول می‌انجامد. تأخیر در درمان ممکن است موجب تخریب مفصل و از بین رفتن حرکات آن شود، که حتی نهایتاً ممکن است به تعویض مفصل هم بیانجامد.

● عوارض احتمالی

▪ تشخیص اشتباهی به عنوان نقرس یا یك بیماری غیرعفونی دیگر، که باعث به تأخیر افتادن استفاده از آنتی‌بیوتیك می‌شود.

▪ عفونت خون

▪ آسیب و یا معلولیت دایمی مفصل

● درمان

▪ آزمایشات تشخیصی ممکن است شامل موارد زیر باشد: شمارش سلول‌های خون، کشت خون، و کشت مایع مفصل عفونی شده، و عکس‌برداری از مفصل

▪ درمان شامل مصرف آنتی‌بیوتیك است. سیر بهبودی با کشت‌های متوالی از مفصل پیگیری می‌شود.

▪ بستری شدن (استراحت کامل) و استفاده از آنتی‌بیوتیك داخل وریدی

▪ جراحی برای تخلیه مایع مفصلی عفونی شده یا خارج نمودن جسم خارجی وارد شده به مفصل در اثر ضربه

▪ فیزیوتراپی پس از بهبود، برای به دست آوردن مجدداً توانایی‌های کامل مفصل

● داروها

▪ آنتی‌بیوتیك‌ها (اغلب داخل وریدی). تا زمانی که گفته نشده است، آنتی‌بیوتیك را قطع نکنید. امکان دارد عفونت پس از بهبود علایم مجدداً عود کند.

▪ داروهای ضددرد مخدری به طور کوتاه‌مدت برای دفع درد

● فعالیت

▪ امکان دارد استفاده از آتل یا گچ برای استراحت کامل مفصل ضروری باشد. توجه کنید که حرکت مفصل باعث به تعویق افتادن بهبود می‌شود.

▪ امکان دارد پس از درمان، از تمرینات مخصوص جهت بازگرداندن حرکت مفصل استفاده شود.

▪ پس از بهبودی، برای بازگرداندن کامل کار مفصل نیاز به فیزیوتراپی وجود دارد.

▪ همگام با بهبود علایم، فعالیت‌های عادی را به تدریج از سر گیرید.

● رژیم غذایی

▪ هیچ رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

● در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید

▪ اگر شما دچار علایم عفونت مفصلی هستید.

● اگر یکی از موارد زیر هنگام بیماری رخ دهد:

▪ تب مساوی یا بالاتر از ۹/۳۸ درجه سانتیگراد

▪ خستگی، سردرد، درد عضلانی، و عرق ریزش

▪ اگر دچار علایم جدید و غیر قابل کنترل شده اید. توجه داشته باشید که داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی سلامت ایرانیان

http://vista.ir/?view=article&id=242738

vista.ir
Online Classified Service

آشنایی با ویروس ابولا

ابولا (Ebola) گاه به گاه به‌طور مرگباری در میان انسان‌ها و میمون‌ها در آفریقا شایع می‌شود. این ویروس با ایجاد تب شدید و خونریزی بیمار را از پا درمی آورد و خیلی سریع گسترش می‌یابد.

در سال ۱۹۷۶ ابولا حدود ۳۰۰ نفر را مبتلا کرد و با شیوع آن از هر ۱۰ نفر مبتلا به بیماری ۹نفر مردند. بار دیگر در سال ۱۹۹۵ ابولا شایع شد و این بار ۸۰ درصد مبتلایان کشته شدند.

ابولا نام نوعی ویروس است. تب خونریزی دهنده ابولا، یک بیماری شدید و کشنده است که نخستین بار در سال ۱۹۷۶میلادی شناخته شد.

نام ویروس این بیماری از یکی از رودخانه‌های کشور زئیر، که امروزه جمهوری دموکراتیک کنگو نام دارد، گرفته شده. این بیماری برای اولین بار در کشور کنگو دیده شد.

پژوهشگران بر این باورند که ویروس ابولا از طریق حیوانات به انسان سرایت می‌کند و معمولا در بدن جانوری زندگی می‌کند که در قاره آفریقا سکونت دارد.

اکثر افرادی که ابتلای آنان به ابولا تا کنون تأیید شده اهل کشورهای آفریقایی بوده‌اند.تب خونریزی دهنده ابولا معمولا به صورت شیوع ناگهانی بروز می‌کند و شیوع آن هم از یک بیمارستان یا درمانگاه آغاز می‌شود.

در سال ۱۹۷۶ ابولا در آفریقا حدود ۳۰۰ نفر را مبتلا کرد و با شیوع آن از هر ۱۰ نفر مبتلا به بیماری ۹نفر مردند.

بار دیگر در سال ۱۹۹۵ ابولا شایع شد و این بار ۸۰ درصد مبتلایان کشته شدند.

اخیرا سازمان جهانی بهداشت شیوع تب خونریزی دهنده ابولا را در یکی از استان‌های کشور کنگو تأیید کرده است

در این شیوع نسبتا وسیع، تاکنون ابتلای ۱۷ نفر به ویروس ابولا تأیید شده است که ۶ نفر آن‌ها در استان جنوبی کاسای کشته شده‌اند. البته سخنگوی سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده آزمایشگاه مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها در آمریکا مشغول انجام آزمایش‌های بیشتر روی نمونه‌های به دست آمده از بیماران مشکوک به تب خونریزی دهنده ابولا است.

به‌دلیل خاصیت سرایت بالای این بیماری پرسنل بهداشتی ناگزیر از رعایت شدید و دقیق اصول بهداشتی برای پیگیری از انتشار بیماری و ابتلای خود هستند.

آن‌ها برای پوشش کامل بدن از لباس، دستکش و پوتین‌هایی استفاده می‌کنند که پس از استفاده باید نابود شود.

با وجودی که تعدادی از روستاهای استان کاسای در قرنطینه به سر می‌برند، اما سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده فعلا نیازی به اعمال محدودیت در روابط تجاری و سفر به کنگو وجود ندارد.

کارشناسان محلی دائما در حال فرستادن پیام‌هایی از طریق رادیو و تلویزیون هستند که به مردم آموزش می‌دهد چگونه از آلوده شدن به این ویروس پیشگیری کنند.

این خطر به ویژه در مراسم تدفین قربانیان ابولا و با تماس نزدیک افراد با جسد قربانیان وجود دارد.

خطر کشندگی ویروس ابولا که تا کنون درمانی برای آن پیدا نشده، بین ۵۰ تا ۹۰درصد است.

- ابولا چیست؟

ابولا در واقع نام نوعی ویروس است. تب خونریزی دهنده ابولا، یک بیماری شدید و کشنده است که نخستین بار در سال ۱۹۷۶میلادی شناخته شد.

نام ویروس این بیماری از یکی از رودخانه‌های کشور زئیر، که امروزه جمهوری دموکراتیک کنگو نام دارد، گرفته شده. این بیماری برای اولین بار در کشور کنگو دیده شد.

پژوهشگران بر این باورند که ویروس ابولا از طریق حیوانات به انسان سرایت می‌کند و معمولا در بدن جانوری زندگی می‌کند که در قاره آفریقا سکونت دارد.

اکثر افرادی که ابتلای آنان به ابولا تا کنون تأیید شده اهل کشورهای آفریقایی بوده‌اند.

تب خونریزی دهنده ابولا معمولا به صورت شیوع ناگهانی بروز می‌کند و شیوع آن هم از یک بیمارستان یا درمانگاه آغاز می‌شود.

● چگونه منتشر می‌شود؟

ـ تب خونریزی دهنده ابولا از بیماری‌های مشترک بین انسان و دام به شمار می‌رود.

ـ این بیماری فقط انسان، میمون و شامپانزه را مبتلا می‌کند.

ـ محل زندگی ویروس ابولا احتمالا در بدن گروهی از همین حیوانات است.

ـ انسان‌ها ناقل ویروس نیستند و به‌طور تصادفی به ویروس آلوده می‌شوند.

ـ اینکه چگونه ویروس ابولا از بدن حیوانات به بدن انسان وارد می‌شود به‌طور کامل مشخص نیست.

ـ پس از آنکه فردی به این ویروس آلوده شد، انسان‌های دیگر را آلوده می‌کند.

ـ یکی از راه‌های انتقال عفونت بین انسان‌ها، تماس مستقیم با خون و ترشحات بدن فرد آلوده است که معمولا در بین اطرافیان بیمار که سعی در نگهداری و پرستاری او دارند، رخ می‌دهد.

ـ یکی دیگر از راه‌های شایع گسترش این ویروس انتقال آن در بین بیماران و کارکنان یک بیمارستان یا درمانگاه است.

● چه علایمی دارد؟

علایم این بیماری در همه بیماران یکسان نیست.

پژوهشگران هنوز نمی‌دانند چرا تعدادی از افراد پس از ابتلا به این بیماری بهبود می‌یابند و برخی دیگر کشته می‌شوند.

به هر حال می‌توان گفت پاسخ ایمنی بیمارانی که در اثر ویروس ابولا کشته می‌شوند، چندان قوی نیست.

در چند روز اولی که انسان به ویروس آلوده می‌شود، تب بالا، سردرد، درد عضلات، دل درد، اسهال و خستگی بروز می‌کند.

بعضی از بیماران در این مرحله دچار گلودرد، سکسکه، قرمزی و خارش چشم، بثورات پوستی، اسهال خونی و استفراغ خونی می‌شوند.

با گذشت یک هفته از آلودگی، درد قفسه سینه، شوک و مرگ اتفاق می‌افتد. بعضی از بیماران در این مرحله کور شده و خونریزی می‌کنند.

● تشخیص و درمان

تشخیص زودرس تب خونریزی دهنده ابولا دشوار است چرا که علایم اولیه آن مثل خارش و قرمزی چشم و بثورات پوستی، در بیماری‌های دیگری که شایع‌تر هستند نیز دیده می‌شود.

ما اگر پزشک به این بیماری مشکوک شود، باید فورا از بیمار آزمایش خون به عمل آورد. اگر بیمار اسهال خونی نیز داشته باشد، مدفوع او هم مورد آزمایش قرار می‌گیرد.

برای درمان این بیماری هیچ درمان مشخصی وجود ندارد. در حال حاضر اکثر درمان‌هایی که به بیماران داده می‌شود، درمان‌های تقویتی هستند.

این درمان‌ها شامل کمک به حفظ فشار خون بیمار، حفظ مایعات بدن و نیز کمک به تنفس بیمار هستند.

چند سال پیش در شیوع ابولا در کیکویت، پزشکان راه جدیدی را برای درمان بیماران امتحان کردند.

آن‌ها به ۸ نفر از بیماران، خون افرادی را که به ابولا مبتلا شده و از آن جان سالم به‌در برده بودند، تزریق کردند. نتیجه رضایت بخش بود.

۷ نفر از بیماران زنده ماندند.

هر چند این نتیجه امیدوار کننده است اما چون پژوهش مذکور فقط روی ۸ نفر انجام شد، نمی‌توان آن را برای درمان همه بیماران تعمیم داد!

● چگونه می‌توان پیشگیری کرد؟

پیشگیری از بیماری تب خونریزی دهنده ابولا در آفریقا با دشواری‌های چندانی روبه‌روست.

ه‌دلیل آنکه هویت و محل زندگی حیواناتی که مخزن ابولا هستند ناشناخته است، تنها چند راه ابتدایی برای پیشگیری از بیماری پیشنهاد شده.

اصل مهم در پیشگیری از آلوده شدن پرهیز از تماس مستقیم با بیمار است.

اگر مواردی از بیماری مشاهده شود، اولین کسانی که باید بسیار مراقب خطر باشند، کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی هستند.

این افراد باید از پوشش کامل، ماسک، دستکش و عینک استفاده کنند. هدف از این کار ممانعت از آلوده شدن با خون و ترشحات بدن فرد مبتلاست. همچنین اگر بیمار بمیرد، باید از تماس با بدن مرده نیز خودداری کرد.

منبع : روزنامه همشهری

http://vista.ir/?view=article&id=349947

آلودگی به کرم‌های گرد روده‌ای در ایران

کرم‌های انگلی انسان به سه گروه اصلی گرد یا نخی (نماتودها)، پهن یا نواری (سستودها) و ترماتودها تقسیم می‌شوند. محل زندگی هرکدام از این کرم‌ها در بدن متفاوت است.

نماتودها انگل‌های استوانه‌ای و نخی شکل هستند که طول آن‌ها از یک میلی‌متر تا حدود یک متر متفاوت است. بعضی از نماتودها، مانند آسکاریس و کرمک، در لوله گوارش زندگی می‌کنند و به نماتودهای روده‌ای معروف هستند، برخی در بافت همبند ایجاد بیماری می‌کنند و بعضی نیز در قسمت‌های دیگر بدن به‌سر می‌برند.

چون که کرم‌های استوانه‌ای و نخی شکل انواع فراوان دارند، در این مقاله به آسکاریس، کرمک (اکسیور) و کرم‌های قلابدار اشاره می‌شود.

● آلودگی به آسکاریس

آسکارید یا آسکاریس بالغ کرمی است استوانه‌ای شکل که درازای آن از ۱۵ تا ۴۰ سانتی‌متر است. کرم ماده بزرگ‌تر از کرم نر است و روزانه بیش از ۲۰۰٫۰۰۰ تخم در روده رها می‌سازد. آسکاریازیس یا بیماری ناشی از آسکاریدها یکی از فراوان‌ترین بیماری‌های انگلی انسان است که در بین مردم کشورهای در حال توسعه شایع‌تر است. در واقع بیش از یک‌چهارم مردم جهان که اکثر آن‌ها در کشورهای غیر پیشرفته زندگی می‌کنند به آسکاریس آلوده هستند و آلودگی بیشتر در کودکان این مناطق مشاهده می‌شود. در نقاط روستایی که فاقد تسهیلات بهداشتی باشند و از کود انسانی در مزارع استفاده کنند آلودگی به آسکاریس شایع‌تر و شدیدتر است.

در مناطق روستایی ایران آلودگی به کرم آسکاریس بسیار زیاد است و در حدود نیمی از جمعیت کشور مبتلا به آلودگی با آسکاریس هستند.

آسکارید در روده باریک انسان زندگی می‌کند و با کمک فعالیت عضلانی، خود را در ژوژنوم روده کوچک نگه می‌دارد. برای آنکه تخم‌های آسکاریس خاصیت آلوده کنندگی پیدا کنند باید مدتی در محیط خارج از بدن و در درون خاک بمانند تا تحت شرایط مساعد در داخل تخم‌ها لارو تشکیل شود. پس از دو تا سه هفته تخم‌ها لارودار و آلوده کننده می‌شود. چنین تخم‌هایی قادرند ماه‌ها و سال‌ها در داخل خاک و شرایط مناسب زنده بمانند و خاصیت بیماری‌زایی خود را حفظ کنند.

● بیماری‌زایی و تظاهرات بالینی

انسان با خوردن آب و سبزی‌ها و یا مواد آلوده دیگر مانند خاک حاوی تخم آلوده‌کننده آلوده می‌شود. تخم در روده کوچک باز می‌شود و لارو آن آزاد می‌گردد. لارو از جدار روده می‌گذرد و خود را به مویرگ‌های خونی یا عروق لنفی می‌رساند و سرانجام به شش‌ها می‌رود. لارو پس از مدتی اقامت در ریه و گذراندن یک دوره ده روزه خود به نایژه‌ها، نای و اپیگلوت می‌رساند و مجددا خورده می‌شود و برای بار دوم وارد روده باریک می‌گردد. لارو در روده آخرین مراحل دگردیسی را به پایان می‌رساند و به کرم بالغ تبدیل می‌شود. معمولا از زمان ورود به تخم دارای لارو به روده تا هنگام بلوغ حدود ۲ تا ۳ ماه طول می‌کشد.

زمانی که لارو از شش عبور می‌کند ممکن است عوارض متعددی مانند سینه‌پهلو، سرفه خشک یا همراه با خلط، خس‌خس صدا، تب و افزایش

ائوزینوفیل‌های خون بروز کند. اگر تعداد کرم‌های بالغ روده زیاد نباشد علایم چشمگیری نیز بروز نمی‌کند، اما در صورتی که بار انگلی زیاد باشد درد شکم، بزرگ شدن شکم و حتی در موارد شدیدتر انسداد روده و درهم رفتگی روده نیز پیش می‌آید. گاه کرم بالغ وارد آپاندیس، مجاری صفراوی و لوزالمعده می‌شود و سبب ایجاد التهاب و دمل می‌گردد. در صورتی که کرم‌ها تحریک شوند امکان دارد به قسمت بالای دستگاه گوارش بیایند و از دهان خارج شوند و یا در درون حلق اختلال تنفسی ایجاد کنند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238232

vista.ir
Online Classified Service

آمبولی ریه

● شرح بیماری

آمبولی ریه وجود لخته خون یا چربی (به ندرت) در یکی از شریان هایی که به بافت ریه ها خونرسانی می‌کنند. لخته خون در ابتدا در یکی از وریدهای عمقی اندام تحتانی یا لگن شکل می‌گیرد. آمبولی چربی معمولاً از ناحیه یک شکستگی استخوانی تشکیل می‌شود. لخته خون یا آمبولی چربی از طریق جریان خون و با عبور از قلب به یکی از شریان‌های مشروب کننده بافت ریه راه یافته و در آنجا مستقر می‌گردد. این پدیده سبب انسداد شریان مزبور و در نتیجه کاهش توانایی تنفسی و گاهی تخریب بافت ریه می‌گردد. آمبولی ریه در همه سنین ممکن است رخ دهد ولی در بزرگسالان شایع‌تر است.

● علایم شایع

۱) کوتاهی نفس ناگهانی

۲) غش کردن یا حالت غش پیدا کردن

۳) درد قفسه سینه

۴) سرفه (گاهی همراه با خلط خونی)

۵) تندی ضربان قلب

۶) تب خفیف قبل از بروز علایم فوق معمولاً تورم و درد اندام تحتانی وجود دارد.

● علل

لخته شدن خون در وریدهای عمقی. این حالت هر زمان که خون در داخل ورید تجمع یافته و به خوبی جریان نداشته باشد می‌تواند ایجاد شود.

● عوامل تشدید کننده بیماری

۱) سن بالای ۶۰ سال

۲) هرگونه آسیب یا بیماری مستلزم استراحت طولانی در بستر

۳) نشستن در یک وضعیت ثابت به مدت طولانی مثلاً در طی مسافرت با هواپیما

۴) جراحی اخیر

۵) نارسایی احتقانی قلب

۶) اختلالات ریتم قلب

۷) پلی‌سیتمی؛ کم خونی همولیتیک

۸) شکستگی استخوان

۹) چاقی؛ استعمال دخانیات

۱۰) بارداری

۱۱) مصرف قرص‌های ضد بارداری به خصوص در خانم‌های سیگاری

- پیشگیری

۱) از استراحت طولانی‌مدت در بستر در طی بیماری خودداری کنید. در طی دوره نقاهت از جوراب کشی استفاده کنید (چه در هنگام استراحت در بستر و چه در هنگام برخاستن از بستر)

۲) پس از جراحی هر چه سریعتر حرکت اندام‌های تحتانی و راه رفتن را شروع کنید.

۳) خودداری از استعمال دخانیات، به خصوص در خانم‌های ۳۵ سال به بالا که قرص ضد بارداری مصرف می‌کنند.

۴) اجتناب از جراحی‌های غیر ضروری. در این موارد از روش‌های دیگری غیر از جراحی استفاده کنید.

۵) در طی سفر هر ۲-۱ ساعت مدتی ایستاده و راه بروید.

۶) مصرف یک قرص آسپرین در روز ممکن است نقش پیشگیری کننده در این زمینه داشته باشد؛ در این باره با پزشک خود مشورت کنید.

- عواقب مورد انتظار

معمولاً مراقبت‌های ویژه در عرض ۱۴-۱۰ روز بهبود می‌یابد.

- عوارض احتمالی

۱) مرگ سریع‌الوقوع در اثر یک لخته بزرگ که بیش از ۵۰% جریان خون ریه ها را مسدود کند.

۲) خونریزی شدید داخل ریه دراثر لخته‌های کوچکتر

- درمان

▪ اصول کلی

۱) بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل رادیوگرافی قفسه سینه، اسکن ریه، آنژیوگرافی ریه، نوار قلب، سمع قلب و ریه، و آزمایش‌های خون جهت اندازه‌گیری عوامل انعقادی و زمان پروترومبین باشد.

۲) هدف درمانی عبارتست‌از:

▪ حفظ عملکرد قلب و ریه در حد قابل قبول (تا برطرف شدن لخته) و جلوگیری از عود آمبولی

▪ جراحی ممکن است به منظور بستن ورید بزرگ منتهی به قلب و ریه (ورید اجوف) یا قرار دادن یک صافی در داخل آن برای جلوگیری از عبور لخته‌ها به سمت قلب لازم باشد (به ندرت)

▪ استفاده از جوراب‌کشی یا پیچیدن ساق پا با باند کشی

▪ از نشستن به حالتی که ساق‌ها یا مچ پاها را روی یکدیگر بیندازید خودداری کنید.

▪ در هنگام نشستن طولانی مدت طوری بنشینید که پاها بالاتر از ران‌ها قرار گیرند.

▪ در هنگام خوابیدن پاها را بالاتر از سطح بستر قرار دهید.

- داروها

۱) داروهای ضد انعقاد در جهت حل کردن لخته و جلوگیری از ایجاد دوباره آن. سطح داروهای ضد انعقاد باید به طور مرتب اندازه‌گیری شود تا اطمینان حاصل شود سطح آنها در حد مطلوب و بی‌خطر است.

۲) تجویز اکسیژن، در صورت نیاز

۳) آنتی بیوتیک ها، در موارد آمبولی عفونی

● فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا هنگام برطرف شدن علایم التهابی ناشی از لخته شدن خون در بستر استراحت نمایید. در طی استراحت در بستر اندام‌های تحتانی را به طور مکرر حرکت دهید تا به جریان یافتن خون در آن‌ها کمک شود.

● رژیم غذایی

رژیم خاصی نیاز نیست.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان دارای علایم آمبولی ریه باشید. این حالت یک اورژانس است!

۲) بروز موارد زیر در طی درمان:

▪ درد قفسه سینه

▪ سرفه همراه خلط خونی

▪ کوتاهی نفس

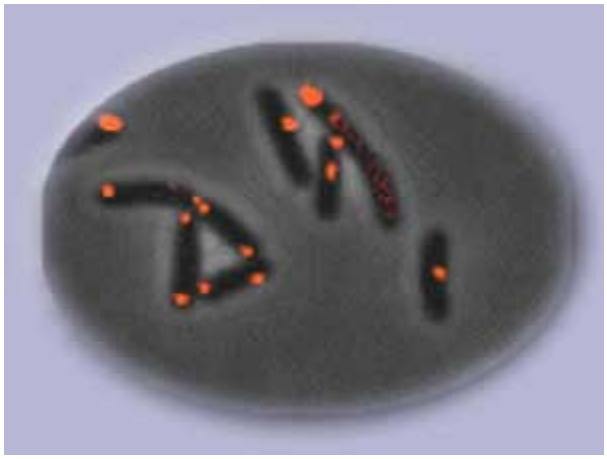
▪ تشدید تورم و درد ساق پا

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238358

vista.ir
Online Classified Service

آمپیم



● شرح بیماری

آمپیم عبارت است از تجمع چرک در یکی از حفرات بدن. معمولاً در فضای اطراف ریه‌ها بین لایه‌های پرده جنب دچار عفونت، اتفاق می‌افتد. آمپیم به علت استفاده از آنتی بیوتیک ها تقریباً به ندرت رخ می‌دهد.

●علایم شایع

۱) درد قفسه سینه. این درد می‌تواند از یک ناراحتی مبهم تا درد تند و تیز، متغیر باشد. درد غالباً با سرفه یا تنفس بدتر می‌شود. درد ممکن است به قسمت پایینی قفسه سینه یا شکم گسترش یابد.

۲) تنفس تند و سطحی

۳) لرز

۴) تب

۵) خستگی شدید

۶) سرفه خشک

۷) تنفس بد بو

۸) کاهش وزن

- علل

عارضه‌ای از:

۱) عفونت‌های ریه یا قفسه سینه، مثل ذات الریه، سل، یا آبسه ریه

۲ـ روی هم خوابیدن ریه یا آسیب به قفسه سینه

۳ـ وجود سرطان در سایر نقاط بدن

۴) بیماری از گروه بیماری‌های درگیر کننده بافت همبند و عروق، مثل لوپوس اریتمای منتشر بروز عفونت در نقطه‌ای دیگر از بدن که به قفسه سینه گسترش یافته باشد.

۵) نارسایی احتقانی قلب

۶) بیماری کلیه

۷) بیماری کبد

- عوامل تشدید کننده بیماری

۱) تغذیه نامناسب

۲) بیماری اخیر (قسمت علل را ببینید)

۳) سیگار کشیدن

۴) خستگی یا کار زیاد

۵) آب و هوای سرد و مرطوب

۶) محیط زندگی شلوغ و غیر بهداشتی

- پیشگیری

در صورت بروز هر گونه بیماری یا عفونت جدی که ممکن است باعث آمپیم شود، برای درمان به پزشک خود مراجعه کنید.

- عواقب مورد انتظار

۱) درمان موفقیت‌آمیز به کشف و درمان بیماری زمینه‌ساز بستگی دارد.

۲) خارج کردن چرک از فضای تجمع چرک باعث تسریع بهبود می‌شود. برای درمان معمولاً نیاز به تجویز دوز بالای آنتی بیوتیک وجود دارد و بیمار غالباً باید بستری شود.

- عوارض احتمالی

۱) مننژیت (عفونت پرده پوشاننده مغز)

۲) پریکاردیت (عفونت پرده دور قلب)

۳) آندوکاردیت (عفونت دریچه‌های قلب)

۴) آبسه مغز

- درمان

▪ اصول کلی

۱) برای تشخیص، کشت چرک و نیز عکس‌برداری از قفسه سینه با اشعه ایکس انجام می‌گیرد.

۲) درمان معمولاً شامل جراحی برای باز کردن حفره عفونی شده و تخلیه چرک است. این روش توراکوسنتز نامیده می‌شود.

۳) سیگار نکشید.

- داروها

۱) آنتی بیوتیک برای مبارزه با عفونت

۲) برای درد خفیف می‌توان از استامینوفن استفاده کرد.

- فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا زمانی که درد و تب برطرف نشده باشد فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری خود را کم کنید. سپس فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری های عادی خود را تدریجاً از سرگیرید. بهبود کامل حدود دو ماه زمان می‌برد.

- رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود مکمل‌های ویتامینی بخورید و مایعات بیشتر بنوشید.

- درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم آمپیم را دارید.

۲) اگر یکی از موارد زیر هنگام درمان رخ دهد:

۳) تب

۴) زیاد شدن درد

۵) بدتر شدن تنگی نفس

۶) سرفه خشک و بدون خلط شود

۷) بستر ناخن‌های دست یا پا تیره شود.

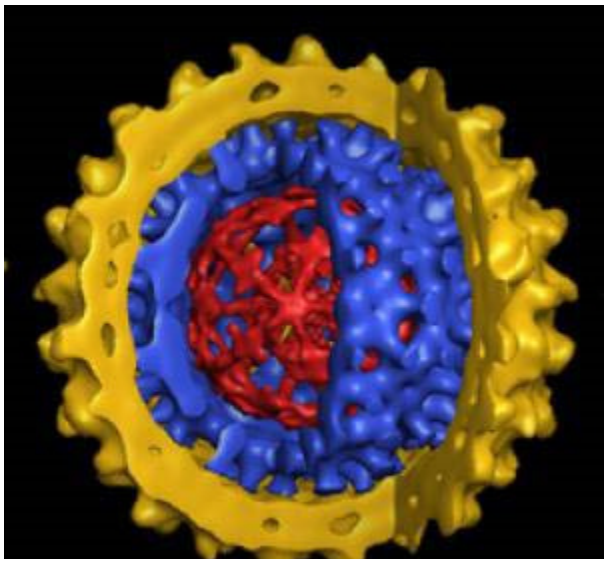
۸) در خلط خون ظاهر شود.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238359

vista.ir
Online Classified Service

آنچه باید درباره ورم کبد یا هپاتیت ویروسی بدانیم



ورم کبد یا هپاتیت ویروسی در سالهای اخیر به حدی شایع شده است که امروزه برای جلوگیری از شیوع و خطرات این عفونت ، اجرای برنامه واکسیناسیون ، در سه نوبت برای تمام افراد اجباری تلقی میگردد. آلودگی به ویروس هپاتیت می تواند به بروز اختلالات برگشت ناپذیر کبدی و در مواردی نیز به سرطان کبد منتهی شود. دراین شرایط با غیر فعال شدن بافت کبد امکان جایگزینی آن فقط از طریق پیوند کبد میسر است . عوامل ویروسی متعددی در آلودگی کبد نقش دارند که از میان آنها ویروس های هپاتیت موسوم به ا (A) ، بی (B) و سی (C) شایع تر هستند. هپاتیت نوع (ا) نسبتا شایع تر ولی کم خطر است ، در حالیکه انواع ویروس های هپاتیت (بی) و (سی) شیوع کمتری دارند ولی خطرات و عوارض آنها

بیشتر است . بنابراین آلودگی به این نوع ویروس ها می تواند منجربه تورم کبد و از بین رفتن بافت آن یعنی هپاتیت شود.

• ویروس هپاتیت چگونه به انسان سرایت می کند ؟

ویروس هپاتیت نوع (ا) از ویروس های دستگاه گوارش است که از طریق مدفوع شخص بیمار به بیرون راه پیدا کرده و در اثر آلودگی آب ، موادغذایی و سبزیجات به انسان منتقل می گردد. کودکان و نوجوانان به آلودگی با این ویروس مستعدترند. ویروس هپاتیت (بی) از طریق تزریق خون و فرآورده های خونی آلوده یا در اثر تماس جنسی ویا در دوران بارداری از طریق مادر به جنین منتقل می شود . ولی ویروس هپاتیت (سی) فقط از طریق خون آلوده قابل انتقال است .

• علائم هپاتیت چیست ؟

ابتلا به هپاتیت نوع (ا) در کودکان و جوانان عارضه مهمی ندارد ولی در بعضی افراد می تواند به زردی یا یرقان منجر شده و عوارض سخت تری را به همراه داشته باشد . در این نوع بیماری صدمات برگشت ناپذیری کبدی چندان زیاد نیست . در هپاتیت نوع (بی) غالب مبتلایان خود به خود بهبود یافته و حدود ۵ تا ۱۰ % آنها به صورت ناقل مزمن ویروس درخواهند آمد. ۹۰% نوزادان که از مادران آلوده به دنیا می آیند ، برای مدت طولانی ویروس را در بدن خود حفظ می کنند درافرادی که ناقل مزمن ویروس هستند احتمال دارد بافت کبد کاملا از بین رفته و غیر فعال شود که این حالت بیماری (سیروز) کبدی می باشد . در گروهی از این بیماران نیز احتمال سرطانی شدن آن وجود دارد.

• یرقان یا زردی چیست ؟

عامل زردی یا یرقان نوعی ماده به نام بیلی روبین است که از تجزیه هموگلوبین خون حاصل می شود . این ماده معمولا زرد رنگ است ، در کبد تحت تاثیر آنزیم های مختلف به مواد دیگری تبدیل شده و همراه صفرا وارد روده و دفع می گردد. دربیماران مبتلا به ورم کبد عمل تبدیل بیلی روبین به مواد دفعی به خوبی انجام نشده و در خون باقی می ماند. به همین دلیل پوست وملتحمه چشم این افراد زرد رنگ به نظر می رسد.

• راه تشخیص هپاتیت ویروسی چیست ؟

برای تشخیص هپاتیت (ا) و تایید عفونت حاد ، انجام آزمایش IgM , HAV قطعی و تایید کننده است و معمولا نیاز به پیگیری و آزمایشهای دیگر نمی باشد . برای تایید هپاتیت (بی) آزمایشهای متعددی انجام می شود که برحسب مرحله بیماری ، سن بیمار و انتظاری که از نتیجه آزمایش وجود دارد ، متفاوت می باشد . برای تایید عفونت فعال یا تشخیص آلودگی مزمن ، معمولا آزمایش موسوم به HBsAg انجام می شود. در چند سال اخیر روش های تشخیصی مولکولی که قادر است تعداد بسیار کمی از ویروس را در بدن مشخص کند معرفی شده است ، این آزمایشها به روش PCR معروفند و خوشبختانه در ایران هم انجام می گیرد. چنانچه آزمایش HCV که برای تشخیص هپاتیت انجام می گیرد مثبت باشد ممکن است برای تایید از آزمایش PCR استفاده شود. درافرادی که در دوران حاد بیماری هستند علاوه بر آزمایشهای فوق آنزیم های کبدی و بیلی روبین خون نیز ممکن است افزایش یابد.

• برای درمان این بیماری چه باید کرد؟

در نوع هپاتیت (ا) معمولا داروی مهمی تجویز نمی شود. با پرهیز غذایی خود به خود بهبود می یابد . ولی افرادی که به صورت مزمن به هپاتیت نوع (بی) یا (سی) مبتلا هستند ، با نظر پزشک معالج تحت درمان با نوعی دارو به نام (انترفرون) قرار می گیرند . اثر درمانی داروی تجویز شده ، فقط از طریق انجام آزمایش PCR امکان پذیر است . کسانی که آزمایش PCR آنها زودتر از ٦ ماه از درمان منفی شود ، جزو افرادی خواهند بود که به دارو پاسخ مثبت داده و بهبودی نسبی یافته اند.

• چگونه از ابتلا به بیماری جلوگیری می شود؟

برای جلوگیری از آلودگی به هپاتیت (ا) رعایت بهداشت و دوری جستن از تماس با بیماران کافی است . آلودگی هپاتیت نوع (بی) از طریق تجویز واکسن جلوگیر می شود . تجویز این واکسن برای افرادی که به صورت مکرر با خون آلوده در تماس هستند، ضرورت بیشتری دارد مثلا کارکنان موسسات پزشکی ، افرادی که تصمیم به جراحی و یا کار دندانپزشکی طولانی دارند و یا کسانی که به دلیل کم خونی مجبورند کهبه صورت مکرر خون دریافت دارند باید واکسینه شوند. این برنامه امروزه در مورد تمام افراد جامعه به منظور پیش گیری از بیماری توصیه می شود . در این صورت معمولا قبل از انجام واکسیناسیون آزمایش HBsAB به عمل می آید وتنها افرادی که جواب منفی دارند به انجام واکسیناسیون ترغیب می گردند.

این آزمایش یکبار دیگر نیزبعد از واکسیناسیون انجام می گیرد و زمانی اثر واکسیناسیون مفید بوده است که نتیجه آزمایش HBsAB بالاتر از ده واحد آنتی کررا نشان دهد

منبع : موسسه رژیم درمانی تن سالم

http://vista.ir/?view=article&id=316729

vista.ir
Online Classified Service

آنچه راجع به سارس باید بدانیم (دانستنیهای علمی و پزشکی)علائم SARS چیست ؟

علائم اصلی بیماری تب بالای ۳۸ درجه ، سرفه خشک ، گلودرد ، تنفس مشکل یا اختلالات تنفسی و شواهد رادیوگرافیک پنومونی می‌باشد ، سایر علائم نیز عبارتند از : سردرد ، درد مفاصل و ماهیچه‌ها ، بی اشتهائی ، اختلال هوشیاری ، راش و اسهال .

● روش درمان بیماران مبتلا به SARS چگونه است ؟

علیرغم تلاش پزشکان ، فعلا دارویی جهت درمان پیدا نشده است و تا حال آنتی بیوتیکی در این زمینه مؤثر نبوده است ولی داروی ریباورین با یا بدون تجویز استروئید با نتایج نامعلوم مصرف شده است. لذا برای کنترل بیماری در جامعه پیشگیری از اهمیت بسزایی برخوردار است.

● سرعت گسترش بیماری چگونه است ؟

SARS نسبت به آنفلونزا کمتر عفونی است دوره کمون آن ۷-۲ روز (بطور متوسط ۵-۳ روز) می‌باشد مسافرت‌های بین‌المللی ریسک گسترش سریع بیماری را افزایش می‌دهد.

تا به حال تعداد مبتلایان به بیماری و پراکندگی جغرافیایی آن چگونه بوده است؟

تا ۲۸ آوریل ۲۰۰۳ ، ۵۰۵۰ نفر مبتلا شده و از این تعداد ۳۲۱ نفر فوت کرده‌اند و تا حال این بیماری از کشورهای چین ، هنگ کنگ ، مالزی ، کانادا ، تایوان ، فرانسه ، آلمان ، اندونزی ، ایتالیا ، تایلند ، سنگاپور ، استرالیا ، برزیل ، بلغارستان ، هندوستان ، ژاپن ، کویت ، مغولستان ، جمهوری ایرلند ، رومانی ، فیلیپین ، آفریقای‌جنوبی ، اسپانیا ، انگلستان ، ایالات‌متحده ، سوئد ، سوئیس و ویتنام گزارش شده است.

● آیا SARS می تواند نتیجه بیوتروریسم باشد؟

هیچگونه دلیلی برای تأیید یا رد این ادعا وجود ندارد.

● تا چه حد باید نگران بود ؟

بیماری علاوه براینکه می‌تواند شدید باشد می‌تواند در مسافرت به کشورهای آلوده از سرعت انتشار بالایی بر خوردار باشد ولی درصد کشندگی آن پایین است (حدود ۴ %) این میزان با افزایش سن و وجود بیماریهای مزمن در فرد بالا می رود .

● سفر تا چه حد می‌تواند مخاطره‌آمیز باشد؟

WHO سفرهای غیرضروری به مناطق آلوده (مناطقی که زنجیره انتقال ویروس در آنجا مشاهده شده است) بخصوص مناطق آلوده چین و تورنتو

کانادا را منع می‌نماید ضمناً تمامی مسافرین باید از علائم اصلی بیماری آگاه گردند و از تماس نزدیک با افرادی که آلوده شده‌اند یا سابقه سفر اخیر به نواحی آلوده را داشته‌اند اجتناب نمایند و مسافرانی که دچار این علائم شده‌اند تا وقتی که بطور کامل بررسی نگردیده‌اند نباید آن کشور را ترک کنند . اما باتوجه به کنترل بیماری و عدم مشاهده موارد جدید طی فصل سرد جاری نگرانی زیادی از انتشار آن وجود ندارد.

WHo چه اهدافی را دنبال می کند ؟

۱) پیشگیری و کنترل شیوع بیماری

۲) مشخص نمودن عامل بیماری

۳) مشخص نمودن رژیم درمانی مؤثر

۴) حمایت کشورهای درگیر در صورت نیاز از طریق اعزام کارکنان بهداشتی

- عامل بیماری چیست؟

عامل بیماری ویروسی از خانواده کروناویروسها می‌باشد .

- روش انتقال بیماری چگونه است ؟

انتقال از شخص به شخص از طریق قطرات تنفسی و ترشحات بدن فرد بیمار بوده و بیشتر در افرادی که در بیمارستان یا در خانه با بیمار تماس نزدیک داشته‌اند صورت می‌گیرد بنابراین در صورت مراقبت از بیمار ، زندگی با وی و یا تماس نزدیک با ترشحات تنفسی ، مایعات بدن یا مدفوع بیماران ، احتمال انتقال بیماری وجود دارد.

- نحوه برخورد با بیماران مبتلا به SARS چگونه است ؟

بیمار باید از نظر تنفسی و سایر ترشحات ایزوله شود. معاینه بیماران توسط کارکنان و پزشکان باید با ماسک و عینک و پوشش سر و دستکش صورت گیرد(Hospital Infection control guidance) . دست ها قبل و بعد از تماس با فرد بیمار می‌بایستی شسته شود. بیمار باید در اتاق در بسته با فشار منفی نگهداری شده ولی پنجره‌ها را می توان برای تهویه خوب باز گذاشت (ولی این پنجره‌ها نباید به محل‌های عمومی باز شود).

روش بر خورد در موارد تماس احتمالی چگونه است ؟

۱)دادن اطلاعات در خصوص تابلو بالینی به بیمار

۲) ایزولاسیون در منزل بمدت ۱۰ روز

۳) ویزیت حضوری یا با تلفن بطور روزانه توسط یکی از اعضای تیم مراقبت ((Public health Care team

۴) کنترل روزانه تب (شایعترین علامتی که در ابتدا ظاهر می شود تب است)

چه اقداماتی در درمان بیماران مبتلا به SARS صورت می‌گیرد ؟

۱) ایزولاسیون

۲) گرفتن نمونه خلط ، خون و ادرار برای سایر علل معمول پنومونی بخصوص انواع آتیپیکال و یا مواردی که همراه با عاملSARS ممکن است وجود داشته باشند .

۳) شمارش گلبول های سفید با افتراق ، شمارش پلاکت ، تست های کبدی و کلیوی ، الکترولیت‌ها و سی آر پی .

۴) تجویز آنتی بیوتیک برای درمان پنومونی اکتسابی آتیپیکال

۵) استفاده از نبولایزر با یک برونکودیلاتور ، فیزیوتراپی سینه ، برونکوسکوپی

تعاریف تشخیصی بیماری چیست؟

- مورد مظنون :

هر فردی که بعداز اول نوامبر ۲۰۰۲ (۱۰ آبان ۱۳۸۱) باسابقه تب بالای ۳۸درجه و سرفه و مشکلات تنفسی و حداقل یکی از موارد زیر در فاصله ۱۰ روز قبل از شروع علائم را داشته باشد :

- تماس نزدیک یا زندگی کردن با هم، پرستاری کردن و یا تماس مستقیم با ترشحات تنفسی یا مایعات بدن بیمار مظنون .

- سابقه مسافرت به منطقه آلوده

- اقامت در یک منطقه آلوده

▪ مورد محتمل:

۱) یک مورد مظنون که در رادیوگرافی ریه نمای پنومونی یا سندرم دیسترس تنفسی (RDS) داشته باشد.

۲) یک مورد مظنون که در اتوپسی ریه یافته های سندرم دیسترس تنفسی (RDS) بدون عامل قابل شناسایی داشته باشد.

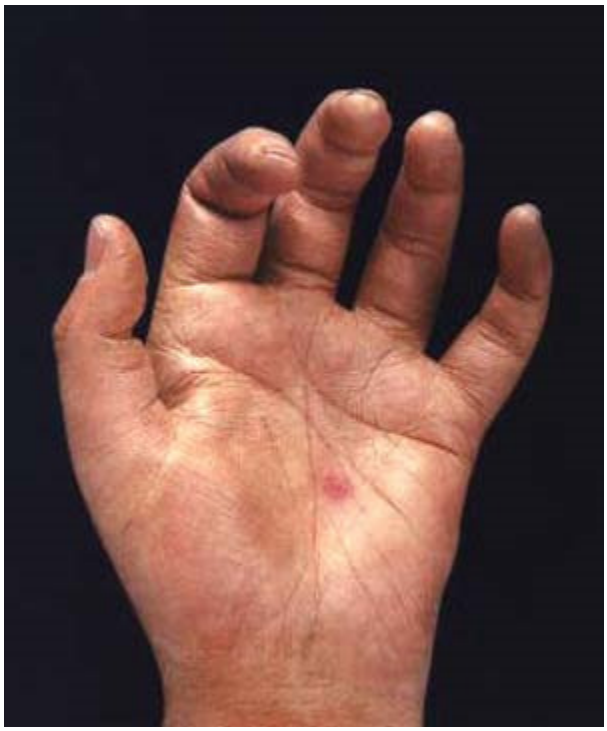
طبق آخرین دستورالعمل مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تا زمان تهیه ماسک مخصوص برای استفاده در مواجهه احتمالی با موارد بیماری ، پرسنل بهداشتی درمانی می‌توانند از ماسک‌های معمولی که در داخل آن ده تا بیست لایه گاز معمولی قرار داده شده است استفاده نمایند.

منبع : تو ماه دات کام

http://vista.ir/?view=article&id=328866

vista.ir
Online Classified Service

آندوکاردیت



● اطلاعات اولیه

آندوکاردیت عبارت است از یك عفونت غیر مسری که عضله قلب، دریچه‌های قلب، و آندوکاردیوم (پوشش داخلی حفرات یا دریچه‌های قلب) را درگیر می‌سازد. علایم شایع عبارت است از:

● علایم زودهنگام:

▪ خستگی و ضعف

▪ تب، لرز و تعریق زیاد، خصوصاً در شب

▪ کاهش وزن

▪ دردهای مبهم

▪ وجود صدای غیر طبیعی در قلب علایم دیر هنگام:

▪ لرز شدید و تب بالا

▪ تنگی نفس در هنگام فعالیت

▪ تورم پاها و شکم

▪ تند یا نامنظم شدن ضربان قلب

● علل

باکتری‌ها یا قارچهایی که وارد خون می‌شوند و دریچه‌ها و پوشش داخلی قلب را در کسانی که قبلاً آسیب قلبی (به قسمت عوامل خطر در زیر مراجعه کنید) داشته‌اند عفونی می‌کنند. باکتری‌ها یا قارچها به دریچه‌ها، عضله، و پوشش داخلی قلب آسیب وارد می‌آورند یا آسیبی که از قبل وجود داشته است را تشدید می‌کنند.

● عوامل افزایش‌دهنده خطر

▪ تب رماتیسمی

▪ بیماری مادرزادی قلب

پس از وارد آمدن آسیب به دریچه‌های قلب، خطر آندوکاردیت در اثر عوامل زیر بیشتر می‌شود: ـ حاملگی ـ تزریق مواد آلوده به داخل جریان خون، مثلاً همراه با تزریق وریدی مواد مخدر ـ سوء در مصرف الکل ـ استفاده از داروهای سرکوب‌کننده ایمنی ـ وجود دریچه مصنوعی در قلب

● پیشگیری

▪ اگر دریچه قلبتان آسیب دیده است یا صدای غیر طبیعی در قلب شما شنیده می‌شود:

▪ پیش از انجام هر گونه اقدام پزشکی که امکان ورود باکتری‌ها به خون در طی آن وجود دارد به پزشك یا دندانپزشك اطلاع دهید و آنتی‌بیوتیك مناسب جهت پیشگیری از بروز آندوکاردیت دریافت کنید. این مسأله به خصوص باید قبل از کارهای دندانپزشکی، زایمان، و جراحی در دستگاه ادراری یا گوارش مدنظر قرار گیرد.

▪ هیچگاه الکل ننوشید.

▪ قبل از حامله شدن، با پزشك خود مشورت کنید.

▪ مواد مخدر تزریقی مصرف نکنید.

● عواقب مورد انتظار

معمولاً با تشخیص و درمان زودهنگام قابل معالجه است، امابهبود ممکن است هفته‌ها طول بکشد. اگر درمان به تأخیر افتد، عملکرد قلب کاهش یافته و نارسایی احتقانی قلب و مرگ رخ خواهد داد.

● عوارض احتمالی

تشکیل لخته‌های خونی که ممکن است به مغز، کلیه‌ها، یا احشای شکمی بروند و باعث بروز عفونت، آبسه، یا سکته مغزی شوند. اختلالات ریتم قلب (شایعترین آن فیبریلاسیون دهلیزی است)

● درمان

▪ اقدامات تشخیصی ممکن است عبارت باشند از: شمارش سلول‌های خون و کشت خون، نوار قلب، عکس‌برداری از قلب و ریه‌ها با اشعه ایکس، و اکوکاردیوگرام

▪ هدف درمان، ریشه‌کنی میکروب‌ها با دارو، و فراهم آوردن مراقبت‌های حمایتی برای رفع علایم است.

▪ بستری شدن در بیمارستان در مرحله حاد بیماری. زمانی که وضعیت بیمار با ثبات شد، بعضی از بیماران را می‌توان از بیمارستان ترخیص کرد و ادامه مراقبت از آنها را در منزل پی گرفت.

▪ جراحی برای تعویض دریچه عفونی شده در بعضی از بیماران

▪ اگر دریچه قلبتان آسیب دیده است، قبل از هر اقدام پزشکی، مشکل خود را به پزشك یا دندانپزشك اطلاع دهید. در برخی از موقعیت‌ها، نیاز به استفاده از آنتی‌بیوتیك برای پیشگیری از آندوکاردیت وجود خواهد داشت.

▪ پس از رهایی از آندوکاریت، مرتب زیر نظر پزشك باشید تا از عود بیماری پیشگیری شود.

▪ همیشه دست‌بند یا گردن‌آویز مخصوص که نشان دهنده مشکل پزشکی شما باشد همراه داشته باشید. در کیف پول خود روی یك کارت فهرست آنتی‌بیوتیك‌های مورد نیاز برای مصرف پیش از کارهای دندانپزشکی و پزشکی را یادداشت کنید.

● داروها

مصرف آنتی‌بیوتیك به مدت چندین هفته برای مبارزه با عفونت. غالباً آنتی‌بیوتیك به صورت تزریقی مصرف می‌شود.

● فعالیت

▪ تا زمان بهبودی کامل در رختخواب استراحت کنید. زمانی که در رختخواب استراحت می‌کنید، پاهای خود را مرتب خم و راست کنید تا از تشکیل لخته در سیاهرگ‌های عمقی پا پیشگیری شود.

▪ فعالیت‌های عادی خود را در صورتی که وضعیت جسمی‌تان اجازه دهد از سر بگیرید.

● رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

● در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علایم آندوکاردیت را دارید.

▪ افزایش وزن بدن بدون اینکه رژیم غذایی تغییر کرده باشد.

▪ وجود خون در ادرار

▪ تنگی نفس یا درد قفسه سینه

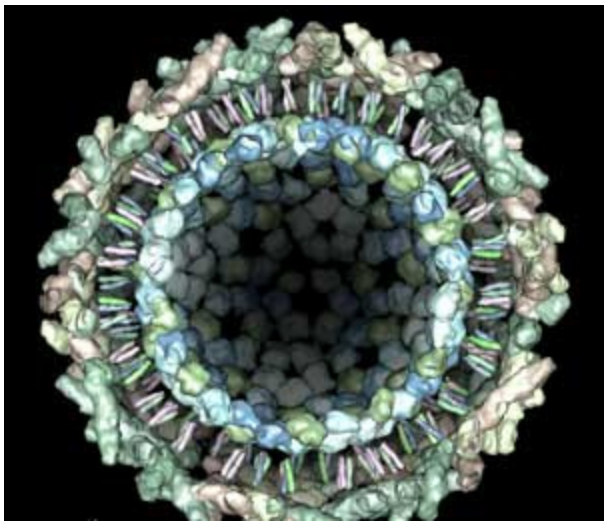
▪ ضعف یا فلج ناگهانی در عضلات صورت، تنه، یا اندامها

منبع : پایگاه اطلاع رسانی سلامت ایرانیان

http://vista.ir/?view=article&id=242797

vista.ir
Online Classified Service

آنسفالیت ویروسی



● شرح بیماری

آنسفالیت ویروسی عبارت است از التهاب حاد مغز در اثر عفونت ویروسی. عفونت ویروسی می‌تواند از همان اول باعث آنسفالیت شود و یا این که به عنوان عارضه‌ای ثانویه به دنبال عفونت‌های ویروسی مثل سرخک، آبله مرغان، سرخجه، آبله گاوی، و عفونت ناشی از سایر ویروس‌های کمتر شناخته شده، یا واکسیناسیون آبله رخ دهد.

● علایم شایع

▪ موارد خفیف:

۱) گاهی بدون علامت

۲) تب

▪ احساس ناخوشی موارد شدید:

۱) استفراغ

۲) تورم یا بیرون زدن ملاج شیرخواران

۳) سردرد

۴) سفتی گردن

۵) هماندازه نبودن مردمک ها

۶) از دست دادن هوشیاری

۷) تغییرات شخصیتی

۸) تشنج

۹) ضعف یا فلج گاهگاهی دست یا پا

۱۰) دو تا دیدن اشیاء

۱۱) اختلال در صحبت کردن

۱۲) از دست دادن شنوایی

۱۳) خواب‌آلودگی که به سمت اغما پیشرفت می‌کند.

- علل

۱) ویروس‌هایی که باعث بیماری‌های دیگر می‌شوند مثل فلج اطفال؛ تب خال؛ سرخک؛ اوریون؛ آبله مرغان؛ منونوکلئوز عفونی؛ هپاتیت عفونی؛ سرخجه؛ آبله؛ ویروس کوکساکی و بیماری‌های اکوویروسی

۲) ویروس‌هایی که ناقل آنها پشه‌ها یا سایر حشرات هستند.

۳) مسمومیت با سرب

۴) واکنش نسبت به واکسن

۵) سرطان خون

- عوامل تشدید کننده بیماری

۱) نوزادان و شیرخواران

۲) سن بالای ۶۰ سال

۳) وجود بیماری که مقاومت بدن را کم کرده باشد.

۴) محیط زندگی شلوغ یا غیر بهداشتی

۵) آلودگی با ویروس ایدز

- پیشگیری

۱) از تماس با هر بیماری که آنسفالیت دارد خودداری کنید.

۲) در صورت وجود هر گونه عفونتی در بدن به پزشک مراجعه کنید، خصوصاً عفونت‌های ویروسی که در قسمت علل ذکر شدند. باید تلاش شود تا از گسترش عفونت جلوگیری شود.

۳) اگر در نواحی پرخطر به سر می‌برید، از مواد دافع حشرات و توری جهت جلوگیری از گزش حشره استفاده کنید.

- عواقب مورد انتظار

۱) آنسفالیت ویروسی خفیف یک بیماری شایع است و امکان دارد اصلاً جلب توجه نکند. در مواردی که آنسفالیت شدید باشد معمولاً بیمار باید بستری شود.

۲) عوارض و موارد فوت ناشی از آنسفالیت بیشتر در شیرخواران و پیرمردان دیده می‌شود. بیمارانی که به سایر گروه‌های سنی تعلق دارند معمولاً به طور کامل بهبود می‌یابند. انتظار می‌رود بهبودی در عرض ۳-۲ هفته حاصل می‌شود، مگر در موارد شدید

- عوارض احتمالی

درصد بسیار کمی از بیماران دچار آسیب دایمی مغز می‌شوند که عملکرد ذهنی یا عضلانی بیمار را مختل می‌کند.

- درمان

▪ اصول کلی

۱) اقدامات تشخیصی ممکن است شامل موارد زیر باشند: بررسی‌های آزمایشگاهی خون و مایع نخاع، عکس‌برداری از جمجمه با اشعه ایکس و نوار مغز

۲) درمان مشتمل است بر داروهای متناسب و بر مبنای تشخیص، و نیز مراقبت‌های حمایتی

امکان دارد نیاز به بستری کردن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه (آی‌سی‌یو) وجود داشته باشد.

۳ـ بیمار باید از نظر مشکلات تنفسی یا گروه خون نیز تحت درمان قرار گیرد.

● داروها

۱) استامینوفن برای سردرد یا تب

۲) امکان دارد داروهای ضد ویروسی مثل آسیلکوویر یا آمانتادین تجویز شوند

۳) داروهای ضد تشنج

۴) ندرتاً داروهای کورتیزونی برای مهار التهاب

۵) در صورت لزوم، داروهای کنترل کننده صرع

۶) اگر آزمایشات نشان‌دهنده یک علت باکتریایی یا قارچی باشند، داروی اختصاصی آن تجویز خواهد شد.

● فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

باید در رختخواب استراحت کنید. همانطور که گفته شد، بهبود بیماری ۳-۲ هفته طول می‌کشد. البته تدریجاً هر چقدر که قدرت و احساس سلامتی‌تان اجازه می‌دهد فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری داشته باشید.

● رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود، البته ممکن است نیاز به سرم وجود داشته باشد. در بیماستان، وضعیت آب و الکترولیت بدن مرتباً کنترل می‌شود.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم آنسفالیت را دارید.

۲) اگر دچار علایم جدید و غیرقابل توجیه شده اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238393

vista.ir
Online Classified Service

آنفلوآنزا

آنفلوآنزای انسانی، بیماری حاد و واگیرداری است که به‌وسیله ۳ نوع ویروس آنفلوآنزا ایجاد شده و از طریق دستگاه تنفسی منتقل می‌شود و معمولا خود به خود بهبود می‌یابد. این بیماری ممکن است هر ۲ تا ۳ سال یکبار به صورت همه‌گیر بروز نماید و معمولاً همه‌گیری آن در ماه‌های سرد سال یعنی از اواخر پاییز تا اوایل بهار رخ می‌دهد.

● علائم آنفلوآنزا

این بیماری بیشتر به‌طور ناگهانی و با سردرد، درد عضلانی، سرفه خشک و آبریزش از بینی و اشک‌ریزش آغاز شده و به دنبال آن تب و لرز، درد مفاصل و بی‌اشتهایی نیز ظاهر می‌شود.

● انواع آنفلوآنزا

▪ آنفلوآنزای انسانی: در این نوع آنفلوآنزا که انواع مختلفی دارد، مخزن بیماری انسان است. یعنی بیماری از انسان به انسان منتقل می‌شود.

▪ آنفلوآنزای حیوانی: مخزن بیماری در این نوع، حیوان است. یعنی بیماری از حیوان به حیوان و در برخی از انواع آن به انسان منتقل می‌شود. مانند

آنفلوآنزای پرندگان که مخزن بیماری، مرغان دریایی هستند. این پرندگان می‌توانند در هنگام مهاجرت، ویروس آنفلوآنزای پرندگان را به ماکیان (مرغ، خروس و ...) انتقال دهند.

● روش‌های انتقال

ترشحات پرندگان آلوده (مدفوع، خون و ...)، آب آشامیدنی آلوده و اشیا و لوازم آلوده، تخم‌مرغ‌های آلوده شکسته شده، جابه‌جایی پرندگان آلوده بین طیور، پرندگان وحشی، استنشاق و تنفس هوای دارای ذرات آلوده به ویروس (از طریق خاک، گرد و غبار، فضله و بازدم پرندگان آلوده)، ناقلان مکانیکی مانند جوندگان، کک‌ها و تجهیزات آلوده (غذا، قفس، خودرو، لباس، کفش و ...).

ویروس آنفلوآنزای پرندگان معمولا به‌طور مستقیم و از طریق هوا از انسان به انسان منتقل نمی‌شود. در اکثر موارد، عفونت ناشی از تماس مستقیم انسان با طیور زنده یا تازه کشته شده (به‌خصوص هنگام ذبح، پر کندن، تکه کردن گوشت و آماده‌سازی برای پخت) و یا تماس مستقیم با سطوح آلوده بوده است. تاکنون اغلب موارد انسانی در مناطق روستایی و حومه شهرهایی که بسیاری از مردم تعدادی ماکیان (مرغ، خروس، اردک و...) در خانه نگهداری می‌کنند و اغلب این مرغان آزادانه در اطراف گردش می‌کنند، رخ داده است.

● علائم بیماری در پرندگان

▪ کاهش مصرف آب و دان

▪ نفس‌نفس زدن و آبریزش از منقار و چشم

▪ بی‌حالی شدید، پژمردگی

▪ تورم، خون‌مردگی و سیاه شدن تاج، ریش، ساق و انگشتان پا

ماکیان معمولاً در همان ابتدای شروع علائم بیماری به‌طور دسته‌جمعی می‌میرند.

● علائم در انسان

علائم بیماری آنفلوآنزای پروندگان در انسان به صورت همان آنفلوآنزای معمولی یعنی تب، سرفه، گلودرد و غیره است که به تدریج به از کار افتادن ریه‌ها و سایر اعضا منجر می‌شود.

دوره نهفتگی بیماری کوتاه بوده و معمولاً بین یک تا سه روز است و دوره واگیری آن ۳ تا ۷ روز بعد از بروز نشانه‌های بیماری است.

● روش‌های پیشگیری از بیماری آنفلوآنزای پرندگان:

پیشگیری در انسان

▪ شست‌وشوی دائم دست‌ها با آب و صابون (به‌خصوص بین انگشتان، زیر ناخن‌ها، کف و مچ دست حداقل به مدت حدود ۱۰ ثانیه و آبکشی کامل دست‌ها به‌ویژه پس از تماس با ماکیان و فرآورده‌های مرغی یا وسایل آلوده، قبل و بعد از صرف غذا و بعد از سرفه یا عطسه

▪ کاهش تماس با پرندگان مهاجر و خودداری از دست زدن به پرندگان و ماکیان بیمار یا لاشه آنها

▪ پوشاندن دهان در زمان سرفه یا عطسه و معدوم ساختن دستمال‌ها به روش صحیح

▪ عدم استفاده از آب‌هایی که به وسیله مرغابی‌های مهاجر، پرستوها و پرندگان دریایی آلوده شده‌اند

▪ نگهداری پرندگان و ماکیان در قفس و دور از محل سکونت

▪ استفاده از دستکش در حین انجام پر کندن، شستن و تکه کردن گوشت

▪ مغز پخت شدن گوشت ماکیان و فرآورده‌های مرغی (ویروس می‌تواند تا ۳ ماه در گوشت فریز شده زنده بماند)

▪ خودداری از حضور در اماکن تجمعی و شلوغ و تماس با دیگران در موقع بیماری

▪ استفاده از عینک، کلاه، گان (روپوش) بلند با آستین کشدار و یقه بسته، چکمه و... جهت کارکنان مرغداری‌ها، دامپزشکی و مشاغل پرخطر به‌خصوص در هنگام بروز بیماری

▪ استفاده از درمان طبی مناسب با نظر پزشک

پیشگیری در پرندگان

▪ خودداری از ورود و خروج افراد و یا دامپزشک بدون چکمه، روپوش، دستکش، ماسک و کلاه به مرغداری‌ها

▪ قطع هرگونه ارتباط طیور با پرندگان مهاجر و وحشی (به‌خصوص در فصل سرما)

▪ ضدعفونی و شست‌وشوی لباس کارگران

▪رعایت بهداشت در نگهداری پرندگان و ماکیان

▪ معدوم‌سازی سریع پرندگان آلوده و دفن صحیح آنها

▪ قرنطینه‌کردن مزارع آلوده و ضدعفونی کردن اماکن آلوده

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=292776

vista.ir
Online Classified Service

آنفلوآنزا (Influenza)

● علایم شایع

▪ لرز و تب متوسط تا بالا

▪ دردهای عضلانی، از جمله کمردرد

▪ سرفه که معمولاً یا با خلط بسیار کم همراه است یا اصولاً خلطی همراه آن وجود ندارد.

▪ گلودرد

▪ خشونت صدا

▪ آب ریزش از بینی

▪ سردرد

▪ خستگی

● علل

عفونت با ویروس‌های دسته میکسوویروس‌ها. این ویروس‌ها در اثر تماس مستقیم یا غیرمستقیم (مثلاً استفاده از لیوان آلوده) گسترش می یابند.

▪ عوامل افزایش دهنده خطر

ـ استرس

ـ خستگی شدید

ـ تغذیه نامناسب

ـ وجود بیماری اخیر که موجب کاهش مقاومت بدن شده باشد.

ـ بیماری مزمن، خصوصاً بیماری مزمن قلبی یا ریوی

ـ حاملگی (سه ماه سوم)

ـ افرادی که در یک محیط نیمه بسته زندگی می کنند.

ـ سرکوب ایمنی ناشی از دارو یا بیماری

ـ مکان‌های شلوغ به هنگام بروز همه‌گیری

• پیشگیری

حتی‌المقدور از خطرات ذکر شده در بالا پرهیز کنید.

اگر بالای ۶۵ سال سن دارید یا مبتلا به بیماری مزمن قلبی یا ریوی هستید، سالانه واکسن آنفلوانزا دریافت کنید. این واکسن تنها در برابر ۲ یا ۳ زیر گونه به خصوص از آنفلوانزای نوع A حفاظت ایجاد می کند.

از تماس غیر ضروری با افرادی که دچار عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی به هنگام فصل آنفلوانزا (زمستان) هستند خودداری کنید.

• عواقب مورد انتظار

بهبود خود به خودی در عرض ۷ تا ۱۰ روز در صورتی که هیچ عارضه‌ای رخ ندهد.

• عوارض احتمالی

عفونت‌های باکتریایی از جمله برونشیت یا ذات‌الریه. این عفونت‌ها ممکن است خصوصاً در افرادی که بیماری مزمن دارند یا افراد بالای ۶۵ سال خطرناک باشد.

• درمان

▪ بررسی‌های آزمایشگاهی، مثل آزمایش خون و کشت خلط ، عکس‌برداری اشعه ایکس از قفسه سینه (تنها در صورت بروز عوارض).

▪ برای تخفیف گرفتگی بینی، غالباً با آب گرم یا سرد، آب نمک قرقره کنید.

▪ برای افزایش رطوبت هوا از یک دستگاه بخور خنک استفاده نمایید. رطوبت کمک می کند تا ترشحات ریه رقیق گردد و راحت‌تر تخلیه شود. درون دستگاه بخور خنک دارو نگذارید، زیرا کمکی نمی کند. دستگاه را روزانه تمیز کنید.

▪ برای جلوگیری از سرایت بیماری به دیگران، دستان خود را مرتباً بشویید، خصوصاً پس از فین کردن یا پیش از دست زدن به غذا یا مواد غذایی

▪ روی عضلاتی که دچار درد هستند، کمپرس گرم یا صفحه گرم کننده بگذارید.

• داروها

بهترین داروی آنفوآنزا استفاده از بخور و دمکرده پونه و کاکوتی میباشد که واقعا معجزه میکند.

آسپیرین نخورید، زیرا در بعضی از تحقیقات مشخص شده است که بین مصرف آسپیرین (خصوصاً در کودکان) به هنگام بروز یک بیماری ویروسی و به وجود آمدن "نشانگان رای" ارتباط وجود دارد. نشانگان رای، یک نوع آنسفالیت (التهاب مغزی) است.

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

بهترین درمان برای آنفلوانزا استراحت است. اگر وضعیت سلامت عمومی شما خوب باشد، استراحت کمک می کند تا بدنتان با ویروس به خوبی مبارزه کند.

• رژیم غذایی

معمولاً اشتها به هنگام آنفلوانزا کم می شود. شاید در ابتدا فقط اشتها به مایعات داشته باشید و پس از مدتی به وعده‌های غذایی کوچک حاوی مواد نشاسته‌ای بدون ادویه (نان، برنج، پوره، غلات پخته شده، سیب زمینی پخته) اشتها پیدا کنید.

روزانه حداقل ۸ لیوان آب بنوشید (خصوصاً اگر تبتان بالا باشد). نوشیدن بیشتر مایعات مثل آب میوه،و نوشیدنی‌های غیر گازدار نیز به رقیق شدن ترشحات کمک می کنند.

• در چه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم آنفوآنزا را دارید.

▪ اگر یکی از موارد زیر به هنگام درمان رخ دهند:

افزایش تب یا سرفه ـ وجود خون در خلط ـ گوش درد ـ تنگی نفس یا درد قفسه سینه ـ ترشحات غلیظ از بینی، سینوس‌ها یا گوش‌ها ـ درد سینوس ـ درد یا سفتی گردن

http://vista.ir/?view=article&id=287625

vista.ir
Online Classified Service

آنفلوآنزا با سرما خواهد آمد مراقب باشید

با شروع فصل پاییز و شیوع سرماخوردگی، خیلی ها به این فکر می افتند قبل از این که هوا سردتر شود، واکسن آنفلوآنزا بزنند تا سراسر زمستان از شر این بیماری در امان باشند. همه ما بارها تجربه کرده ایم که شایع ترین علت غیبت از کار و مدرسه در این فصل سرماخوردگی است و این علاوه بر تحمیل بار مالی به خانواده ها، سبب می شود کلیه برنامه هفتگی خانواده دستخوش تغییرات شود. در این گزارش سعی کرده ایم با ذکر پاره ای از اصول علمی در خصوص پیش گیری و درمان آنفلوآنزا شما را با این بیماری و راه های مقابله با آن آشنا کنیم.

● آنفلوآنزا چیست؟

؛آنفلوآنزا شایع ترین بیماری ویروسی فصل سرماست که دستگاه تنفسی را درگیر می کند و به شدت هم مسری است. شاید کسی آنفلوآنزا را جدی نگیرد و حتی اگر از مردم پرسیده شود که فرق بین سرماخوردگی و آنفلوآنزا را بگویند شاید میان آن ها فرقی قائل نباشند اما عمق فاجعه ابتلا به ویروس ها خیلی بیشتر از این حرف هاست، مدت زمان شروع علایم از زمان وارد شدن ویروس به بدن ۴۸-۲۴ ساعت است.علایم و نشانه های آنفلوآنزا ناگهان آغاز می شوند. آن ها به میزان زیادی غیراختصاصی و شبیه دیگر بیماری های تنفسی هستند. دکتر پورحسن در گفت وگو با ما نشانه های آنفلوآنزا را لرز و تب متوسط تا بالا، دردهای عضلانی و استخوانی از جمله کمردرد، چشم درد و گلودرد، سرفه های خشک، آب ریزش از بینی، سردرد، ضعف، خستگی و کوفتگی می دانند. آنفلوآنزا همچنین در کودکان ممکن است سبب تهوع، استفراغ و اسهال شود. ضمنا نباید فراموش کرد که تمام علایم آنفلوآنزا می توانند توسط بیماری های بسیاری غیر از آنفلوآنزا ایجاد شوند.سرماخوردگی و آنفلوآنزا علایم مشابهی دارند با این تفاوت که سرماخوردگی معمولا خفیف تر است و ممکن است بدون تب و یا با تب پایین باشد اما آنفلوآنزا به طور ناگهانی شروع می شود و با تب بالا همراه است.

● راه های انتقال بیماری

؛افرادی که به ویروس آنفلوآنزا آلوده شوند، یک روز پیش از این که نشانه های بیماری بروز کند تا ۵ روز پس از بروز آن، می توانند دیگران را آلوده کنند. بنابراین، ممکن است شما زمانی که هنوز نمی دانید به این بیماری دچار شده اید، آن را به دیگران انتقال دهید. خانم دکتر سالاری متخصص داخلی دررابطه با انتقال این بیماری به ما می گوید: ویروس به راحتی از طریق ترشحات تنفسی از جمله عطسه و سرفه و نیز از طریق تماس نزدیک، نظیر دست دادن و روبوسی از فرد بیمار به افراد سالم منتقل می شود. همچنین رطوبت و درجه حرارت در انتشار ویروس نقش دارد. این بیماری در کشورهای مناطق معتدل در فصل سرما (زمستان وپاییز) به علت بارندگی و رطوبت بیشتر است. از دیگر علل افزایش بروز آنفلوآنزا در فصل سرما هم، استفاده نکردن از تهویه مناسب در فضاهای بسته همچون کلاس درس، وسایل نقلیه و محل کار است.رعایت نکات بهداشت فردی از سوی بیماران از جمله استفاده از وسایل و ظروف جداگانه، استفاده از دستمال در هنگام عطسه و سرفه، اجتناب از حضور در اماکن عمومی، مصرف مایعات فراوان، شست وشوی مداوم دست ها، دهان شویه با آب نمک مهم ترین وظیفه مبتلایان به آنفلوآنزا در قبال سلامت اطرافیان وجامعه است. اما با توجه به تحقیقات علمی گسترده در رابطه با آنفلوآنزا باید اعتراف کرد که تنها راه پیش گیری از آنفلوآنزا، علاوه بر رعایت نکات بهداشت عمومی و فردی، استفاده از واکسن آنفلوآنزاست.

● آنفلوآنزا واکسنی ضروری

؛شما با واکسینه شدن سالانه علیه ویروس آنفلوآنزا می توانید از این بیماری پیش گیری کنید. این واکسن به بدن شما تزریق می شود و بهترین زمان برای این کار ماه مهر و آبان است. در بیماران با بیماری های خاص و مزمن، از قبیل بیماری ریوی یا قلبی، آنفلوآنزا ممکن است بیماری اصلی را شدیدتر کند، که نیاز به جلوگیری از آنفلوآنزا را در این بیماران از طریق واکسیناسیون افزایش می دهد. واکسیناسیون برای بیماران آسیب پذیر خصوصا دارای ضعف سیستم ایمنی به خصوصی به منظور جلوگیری از بستری شدن در بیمارستان و کاهش خطر مرگ توصیه می شود. واکسیناسیون همچنین خطر بیماری تنفسی و ویزیت های پزشکی بعدی را کم می کند، که غیبت از محل کار و مدرسه را کاهش می دهد، هزینه های مراقبت های سلامت را کم کرده و مولد بودن را افزایش می دهد. دکتر پورحسن مصرف این واکسن را برای افراد زیر پیشنهاد می کنند:

- همه افراد بالای ۵۰ سال

- افراد مبتلا به بیماری های مزمن ریوی، آسم و برونشیت، بیماران کلیوی، بیماران قلبی، افراد مبتلا به HIV، بیماران دارای نقص سیستم ایمنی، بیماران دیابتی و تالاسمی

- همه کودکان بالای ٦ ماه

- کودکان مستعد آلرژی، آسم، بیماری های قلبی، مرض قند

- کودکان مبتلا به عفونت های مکرر

- کودکانی که مجبورند آسپرین طولانی مدت استفاده کنند.

- کودکانی که در مهدکودک و در تماس با سایر کودکان هستند.

- کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی

- زنانی که طی فصل آنفلوآنزا باردار هستند

- توجه داشته باشید که شیردهی منع مصرف واکسیناسیون آنفلوآنزا نیست، و این واکسن برای مادران شیرده و نوزادانشان بی خطر است.

در ادامه دکتر حسن پور می افزاید که برخی افراد از جمله: افرادی که حساسیت شدیدی به تخم مرغ دارند یا افرادی که قبلا واکنش و حساسیت شدیدی به واکسن آنفلوآنزا داشته اند، همچنین نوزادان کمتر از ٦ ماه و افرادی که مریضی شدید یا معمولی همراه باتب دارند باید تا کم شدن علایم بیماری صبر کنند و قبل از واکسیناسیون با پزشک مشورت کنند.

● چرا مصرف سالانه!

؛شاید برای شما هم این سوال پیش آمده است که چرا متخصصان واکسیناسیون هرساله آنفلوآنزا را توصیه می کنند؟ در پاسخ به این سوال خانم دکتر سالاری می گوید: ویروس آنفلوآنزا انواع مختلفی دارد که دائما تغییر شکل می دهد و به همین دلیل است که ساخت واکسن برای آن آسان نیست و براساس تحقیقات گسترده برای هر سال به صورت ویژه و خاص تولید می شود. تغییرات ویروسی آنفلوآنزا به ویژه هنگامی خطرناک تر می شوند که دو ویروس مختلف با یکدیگر ترکیب شوند و یک ویروس جدید را به وجود آورند که با ویروس های قبلی متفاوت است. انواع مختلف ویروس هر سال از طریق روشی که به عنوان «رانش آنتی ژن» شناخته می شود جهش پیدا می کند. این مسئله معضلات متعددی ایجاد می کند. افراد ممکن است از موارد بسیار آنفلوآنزا در طول زندگی شان رنج ببرند، چرا که معمولا ایمنی کم یا هیچ ایمنی از مدت سال گذشته وجود ندارد. به علاوه، واکسن های جدید هر سال با استفاده از برآوردهایی که کدام نژادهای ویروس برای آن سال فعال ترین خواهند بود، ساخته می شوند.در حالی که واکسن هایی که در سال ۲۰۰۷-۲۰۰٦ به کار رفت برای این فصل محافظت فراهم می کند، از اثربخشی آن ها برای فصل ۲۰۰۸-۲۰۰۷ نمی توان اطمینان حاصل کرد.

● تغذیه و آنفلوآنزا

؛ تغذیه یکی از شاخص های موثر در عملکرد سیستم ایمنی است، بنابراین سوءتغذیه در بروز بیماری های مختلف نقش مهمی را ایفا می کند. در حقیقت با تغذیه مناسب هم می توان تا حدودی از بیماری های مختلف در امان بود و هم دوره درمان را کوتاه تر و یا آسان تر گذراند. دکتر حسن پور برایمان این تغذیه ها را پیشنهاد می کنند: از آن جایی که معمولا اشتها به هنگام آنفلوآنزا کم می شود، شاید در ابتدا فقط اشتها به مایعات داشته باشید، پس از مدتی به وعده های غذایی کوچک حاوی مواد نشاسته ای بدون ادویه (نان سوخاری، برنج، پوره، غلات پخته شده، سیب زمینی پخته) اشتها پیدا کنید. در آنفلوآنزا مخاط بینی و دستگاه تنفسی دچار احتقان و التهاب شده، پس مصرف مداوم مایعات، استفاده از بخور در

تسکین علایم و سیر بهبود آن نقش دارد. روزانه حداقل ۸لیوان آب بنوشید (خصوصا اگر تبتان بالا باشد) نوشیدن مایعات بیشتر مثل آب میوه، چای و نوشیدنی های غیرگازدار نیز به رقیق شدن ترشحات کمک می کنند. استفاده از موادغذایی حاوی ویتامین C و نیز موادمعدنی همچون سلنیوم و روی در کاهش طول مدت بیماری موثر است. از مصرف غذاهای چرب، سرخ کرده، ادویه دار بپرهیزید. متاسفانه امروزه مصرف غذاهای غربی مانند Fast Food و غذاهای کارخانه ای همچون سوسیس و کالباس باعث کاهش قدرت و مقاومت بدن شده است، مصرف نکردن غذاهای توصیه شده در طب سنتی و کمبود مصرف میوه امکان ابتلا به کلیه بیماری ها از جمله سرماخوردگی را افزایش می دهد.

● و چند توصیه پایانی این که:

؛چنان چه دچار آنفلوآنزا شده اید یا خواهید شد این اقدامات می تواند کمکتان کند:استراحت در منزل به ویژه در هنگام تب، استفاده از مایعات فراوان مانند آب، آب میوه و سوپ رقیق، غرغره آب یا آب نمک ولرم، خودداری از استعمال دخانیات، استفاده از قطره های بینی حاوی آب و نمک برای تخفیف گرفتگی بینی، موثر است. برای افزایش رطوبت هوا از یک دستگاه بخور استفاده کنید. رطوبت کمک می کند تا ترشحات ریه رقیق و بنابراین راحت تر تخلیه شوند.

منبع : روزنامه خراسان

http://vista.ir/?view=article&id=345495

vista.ir
Online Classified Service

آنفلوآنزا سرما خوردگی نیست

● تعریف:

آنفلوآنزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفس است که با تب ، سر درد، درد عضلانی ، عرق ، آبریزش بینی ، گلودرد و سرفه تظاهر می کند. سرفه اغلب شدید است و برای مدتی ادامه می یابد ولی سایر نشانه های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خود به خود بهبود پیدا می کند. آنفلوآنزا در افراد مختلف ممکن است از سایر بیماری های ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد. اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده وممکن است نشانه هایی مثل سرماخوردگی ، برونشیت و پنومونی ویروسی را نشان دهد. اختلالات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ و اسهال) نیز بروز می کند.

● همه گیری بیماری:

در اجتماعات بسته مثل مدرسه های شبانه روزی و یا خانه سالمندان، همه گیری به ۵۰ درصد و بیشتر می رسد. همه گیری ها در مناطق معتدل بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیر بیشتر در ماه های بارانی سال اتفاق می افتد.

● عامل عفونت: سه نوع آنفلوانزای a - b - c شناخته شده است.

راه های انتقال: مهم ترین راه انتقال ویروس عمدتا از طریق تنفس می باشد و در محیط های بسته پرجمعیت مثل اتوبوس و مترو بیشتر است. چون ویروس آنفلوآنزا ممکن است ساعت ها در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط خارج زنده بماند ، انتقال مستقیم ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز می تواند صورت گیرد.

● پیشگیری ودرمان :

۱) استفاده از واکسن:

- در افراد ضعیف و ناتوان بالای ۶۰ سال ساکنین آسایشگاه ها - افراد با بیماریهای مزمن قلبی - عروقی ، ریوی و کلیوی (کودکان و نوجوانان ۶ ماهه تا ۱۸ ساله که تحت درمان با آسپرین می باشند-) کارکنان حرفه های پزشکی و افراد درمعرض تماس با بیماران.

۲) رعایت اصول بهداشت:

شستشوی مکرر دست ها با آب وصابون - استفاده از دستمال کاغذی و دفع بهداشتی آن - پوشاندن دهان به هنگام سرفه وعطسه - استراحت در منزل به هنگام بیماری - خودداری ازدست زدن به چشم ها و بینی درهنگام بیماری - خودداری ازدست دادن و روبوسی درهنگام بیماری ، تغذیه مناسب استراحت کافی

۳) جلوگیری از انتشار بیماری:

اجتناب از حضور در تجمعات در فصل بیماری بخصوص در زمانی که دچار استرس و خستگی زیاد هستید - اجتناب از تماس مستقیم با افراد بیمار - اجتناب از دست زدن به بینی ، چشم ها و دهان قبل از شستشوی دست ها - اجتناب از نشستن و ایستادن نزدیک افرادی که سرفه و عطسه می کنند و شستشوی دست ها پس ازتماس با افراد آلوده - تعویض مسواک پس از بهبودی - اجتناب از استرس‌های روحی ، روانی - دفع بهداشتی زباله ها - به حد اقل رساندن تماس با نوزادان - استفاده از ماسک هنگام بیماری - تمیز کردن و ضد عفونی منظم سطوح به وسیله صابون و آب.

۴) استفاده از داروهای ضدویروسی (صرفا با تجویز پزشک:)

داروهای ضد ویروسی می توانند به عنوان تکمیل پروفیلاکسی و درمان به کاربرده شوند. افرادی که در معرض بیماری نبوده و بیمار نشده اند درمان پیشگیرانه در آنها حد اقل برای چندین ماه ادامه خواهد یافت (پیشگیری اولیه) و در افرادی که در معرض عفونت بوده اند درمان پروفیلاکسی به مدت ۷-۱۰ روز تجویز می گردد.(پیشگیری ثانویه)

گروهای زیر سود بیشتری از داروهای ضد ویروسی خواهند برد؛۱ - بیماران قلبی یا ریوی شدید -۲بیماران با نقص ایمنی از جمله بیماران مبتلا به ایدز و بیماری های بدخیم شدید مانند لوسمی ولنفوم.

نکاتی در مورد داروهای ضد ویروسی در آنفلوآنزا: چهارداروی ضد ویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوآنزا مطرح شده است؛ آمانتادین، ریمانتادین (برای مقابله با ویروس آنفلوآنزای نوع)a تجویز می گردد و زانامیویر و اوسلتا میویر (که برای هر دو نوع آنفلوآنزای a و)b به کار می روند. این چهار دارو در صورتی که در ۴۸ ساعت اول پس از شروع علائم ، مورد استفاده قرار گیرند ، می توانند طول دوره آنفلوآنزا را کوتاه نمایند.

علائم هشدار دهنده: در صورت بروز حد اقل ۲-۳ علامت از موارد زیر حتما بیمار به پزشک مراجعه نموده و درمان شود؛

الف) کودکان:

تب بالا و طولانی مدت - تنفس سریع (سخت-) رنگ پوست آبی و کبود - ممانعت از نوشیدن مایعات - تغییرات در حالات مغزی - بیدارنشدن - تحریک پذیری یا تشنج - برگشت مجدد تب و بدتر شدن سرفه پس از بهبود علائم اولیه - بدتر شدن بیماری های مزمن موجود در کودکان.

ب) بالغین:

تب بالا و طولانی مدت - تنفس مشکل و کوتاهی آن - احساس درد و فشار در قفسه سینه - غش و ضعف - اغتشاش شعور - استفراغ شدید و مکرر.

جهت جلوگیری از عوارض بیماری و بهبودی سریع تر بیماری ، اقدامات ذیل توصیه می شود؛ نوشیدن زیاد مایعات گرم

- استراحت (خواب کافی-) برگشت تدریجی به فعالیت های روزمره - استفاده از غذاهای بدون ادویه - تنفس در هوای مرطوب - تنفس عمیق با بینی و تخلیه آرام از راه دهان (در مدت ۵ دقیقه در فواصل ۲-۳ ساعت در هوای پاک.)

منبع : روزنامه رسالت

http://vista.ir/?view=article&id=366164

vista.ir
Online Classified Service

آنفلوآنزای خوکی با مرگ و میر آمد

زن جوان در حالی که ماسک جراحی به صورت دارد در یک مرکز بهداشت ایستاده است. اطراف وی، بعضی روی صندلی نشسته‌اند و بعضی دیگر مانند وی ایستاده‌اند یا قدم می‌زنند. شاید تنها وجه اشتراک این افراد ماسک بهداشتی است که صورت آنها را پوشانده است و البته نگاه مایوسانه آنها به اعلامیه‌ای که با خط نه چندان زیبا، خبری نازیباتر به آنها می‌دهد: در حال حاضر واکسن آنفلوآنزا موجود نیست و زمان تهیه واکسن نیز نامشخص است...

اینجا مکزیکوسیتی، پایتخت مکزیک است. کشوری که این روزها مرکز توجه جهان شده است و البته این‌بار این توجه نه به دلیل آثار باستانی دیدنی آن است و نه به دلیل آب و هوای سواحل اقیانوس آرام. مرگ ۶۰ نفر بر اثر آنفلوآنزای خوکی، دلیل این همه توجه آمیخته به نگرانی است.

سال ۲۰۰۸ به نسبت سال‌های گذشته از نظر آنفلوآنزا سال کم‌خطری بود. آنفلوآنزا به طور معمول در هر سال باعث مرگ عده زیادی از بیماران به‌ویژه سالمندان می‌شود. با این وجود به دلیل عملکرد مناسب در زمینه به روز کردن واکسن‌های آنفلوآنزا ، میزان اثر بخشی واکسن جدید تا ۷۰ درصد افزایش داشت (در مقابل واکسن‌های سال ۲۰۰۷ که تنها بین ۲ تا ۲۰ درصد در مقابل گونه‌های موجود موجب ایمنی می‌شد).

در اوایل سال جدید میلادی مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا (CDC) آمار مرگ و میر کودکان از آنفلوآنزای فصلی را ۴۳ نفر اعلام کرد که در مقابل ۶۸ نفر در سال گذشته یک موفقیت محسوب می‌شد اما این فقط آرامش پیش از توفان بود.

اولین نشانه‌ها از این گونه جدید آنفولوانزا در ماه مارس نمایان شد. از ۱۸ ماه مارس، بیماران زیادی با علایمی شبیه به آنفلوآنزا به مراکز درمانی در مکزیک مراجعه می‌کردند و البته تمامی این بیماران با تشخیص «آنفلوآنزای فصلی» تحت درمان قرار می‌گرفتند. نزدیک به یک ماه طول کشید تا سازمان بهداشت جهانی دریابد که با یک نوع جدید از این ویروس طرف است. در ۲۸ ماه مارس، یعنی حدود یک ماه قبل، یک دختر ۹ ساله در منطقه ساندیه‌گو در آمریکا با علایم تب بالا و سرفه به یک مرکز درمانی مراجعه کرد. دو روز بعد یک پسر ۱۱ ساله در منطقه امپریال نیز با همین علایم به مرکز درمانی منطقه خود فرستاده شد.

پزشکان این دو مرکز نمونه‌هایی از بینی و حلق این دو بیمار تهیه کردند و برای اداره بهداشت ارسال کردند. لین فنیلی، کارشناس مرکز آنفلوآنزا در CDC، ارسال این نمونه‌ها را یک نوع «چراغ راهنمای به موقع» توصیف کرده است. گرچه هیچ‌کدام از این دو کودک بیماری شدیدی نداشتند و خیلی زود بهبود یافتند، اما پسر ۱۱ ساله پیش از اینکه تشخیص گونه جدید آنفلوآنزا قطعی شود، یک مسافرت هوایی به تگزاس داشت و تصور می‌شود تعدادی از بیماران شناخته شده آنفلوآنزای جدید – موسوم به آنفلوآنزای خوکی – توسط این کودک مبتلا شده باشند.

- انسان، پرنده، خوک

آنفلونزا نوعی بیماری تنفسی است که توسط نوعی ویروس ایجاد می‌شود. گونه‌های مختلف این ویروس می‌توانند پرندگان یا پستانداران را گرفتار سازند. در انسان، علایم آنفلوآنزا اغلب با علایم سرماخوردگی معمولی اشتباه گرفته می‌شود. با این وجود بر خلاف سرماخوردگی معمولی، آنفلوآنزا می‌تواند بیماری خطرناکی باشد. این بیماری در انسان به طور معمول با تب، لرز، سردرد شدید، سرفه و ضعف عضلانی نمود پیدا می‌کند. آنفلوآنزا به‌ویژه زمانی که باعث ذات‌الریه شود می‌تواند خطرناک بوده و به‌خصوص در کودکان و سالمندان کشنده باشد.

گرچه روش‌های انتقال ویروس آنفلوآنزا بسیار گسترده است اما آنفلوآنزا در انسان به طور معمول از راه تنفسی و به وسیله سرفه با ایجاد قطرک‌های حاوی ویروس انتقال می‌یابد. در نوع مربوط به پرندگان، فضله این حیوانات می‌تواند به همین روش موجب انتقال بیماری شود.

بنا به دلایل ژنتیکی، ویروس آنفلوآنزا هر چند سال یک بار دچار یک تغییر می‌گردد. این تغییر سبب ایجاد گونه جدیدی می‌شود که معمولا بدن میزبان در برابر آن مقاوم نیست. در طول قرن بیستم، ویروس آنفلوآنزا بارها با ایجاد گونه ای جدید باعث بروز همه‌گیری بیماری در عده زیادی از ساکنان این کره خاکی شده و تعدادی را نیز به کام مرگ کشیده است.

ابتلا به آنفلوآنزای خوکی مساله جدیدی نیست. در سال‌های گذشته نیز موارد ابتلا به آنفلوآنزای خوکی در نقاط مختلف جهان گزارش شده است. از سال ۲۰۰۵ تا کنون حداقل ۱۲ مورد آنفلوآنزای خوکی به مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا گزارش شده که در اکثر موارد بیماران بهبود یافته‌اند. اما آنچه امروز در مکزیک و قسمت‌هایی از ایالات متحده دیده می‌شود خطرناک‌تر از سال‌های گذشته به نظر می‌رسد و باعث نگرانی جامعه بین‌الملل شده است. تجربه‌های تلخ سازمان بهداشت جهانی از آنفلوآنزای پرندگان و سارس (نشانگان زجر تنفسی حاد) این نگرانی را به خوبی توجیه می‌کند.

● تا اطلاع ثانوی، همه جا تعطیل است!

شاید از زمان زلزله سال ۱۹۸۵ که با شدت ۱/۸ ریشتر باعث مرگ ۱۰ هزار نفر شد، هیچ کس مکزیکوسیتی را به این شکل ندیده باشد. نیروی‌های پلیس در خیابان‌ها بین مردم ماسک‌های جراحی پخش می‌کنند. به مردم توصیه شده که تا زمانی که خطر برطرف نشده حتی‌الامکان از دست دادن و روبوسی با دیگران بپرهیزند. سراغ موزه معروف مکزیکو سیتی را هم نگیرید! چون تعطیل است!

مکزیک که عملا به دلیل صنعت توریسم بسیار معروف و شناخته شده است، در حال حاضر به واسطه خطر آنفلوآنزای خوکی به حالت نیمه تعطیل در آمده است. دولت مکزیک تمامی اماکن عمومی مانند سینماها، ورزشگاه‌ها و کتابخانه‌ها را به حالت تعلیق درآورده تا امکان انتقال ویروس به حداقل برسد. بیش از شش میلیون دانش‌آموز و هزاران دانشجو به دلیل تعطیلی مدارس و دانشگاه‌ها در منازل خود به سر می‌برند. از مردم خواسته شده است به علت احتمال آلوده بودن بیمارستان‌ها جز در موارد اورژانس و یا بروز علایم شبیه به آنفلوآنزا از مراجعه به بیمارستان‌ها بپرهیزند.

این نگرانی دولت مکزیک چندان هم بی‌جهت نیست. سرعت گسترش بیماری جدید خیره کننده بود. آنچه که به نظر یک آنفلوآنزای معمولی تصور می‌شد به ناگاه چهره خود را نشان داد.

خوزه آنخل کوردوبا، وزیر بهداشت مکزیک اعلام کرد تا روز ۲۴ آوریل بیش از ۶۸ نفر در مکزیک در اثر بیماری «شبیه به آنفلوآنزا» در گذشتند که در بررسی‌های آزمایشگاهی ارتباط مرگ ۲۰ مورد آنها با آنفلوآنزای خوکی تایید شده است. این مساله سرعت بالای گسترش این بیماری را نشان می‌دهد. موارد دیگری نیز وجود دارد که موجب شده است حساسیت نسبت به این بیماری افزایش یابد. علاوه بر نمای جغرافیایی گسترش این بیماری که در مناطق مختلفی با فاصله نسبتا زیاد از یکدیگر مشاهده شده است، محدوده سنی درگیری این بیماری نیز قابل توجه است.

آنفلوآنزای فصلی به طور معمول کودکان یا سالمندان را درگیر می‌کند اما بیماری جدید اکثرا در میان جوانان و افراد میانسالی مشاهده شده است که از سایر جهات سالم بوده‌اند. همچنین نوع انتقال بیماری نیز نگران‌کننده است.

دکتر آرنولد مونتو، متخصص آنفلوآنزا در دانشگاه میشیگان با اشاره به این موضوع می‌گوید: «ما در سال‌های قبل هم موارد آنفلوآنزای خوکی را در انسان

دیده ایم و تقریبا در تمامی موارد این بیماری از طریق تماس مستقیم با خوک‌ها انتقال می‌یافت». ولی گونه جدید آنفلوآنزا این قابلیت را دارد تا به طور مستقیم از انسان به انسان انتقال یابد و همین آنرا به یک فاجعه بالقوه می‌کند. در مورد آنفولانزای پرندگان تنها خوشحالی پزشکان این بود که انتقال از انسان به انسان در این نوع ویروس به وجود نیامده است.

● باز هم تعلل

عملکرد دولت مکزیک در قبال این مشکل عکس‌العمل‌های متفاوتی را در میان مردم پدید آورده است. تعطیلی مدارس از سوی والدین کودکان با استقبال خوبی مواجه شده است. همچنین مکزیک آمادگی خود را برای درمان دارویی حداقل یک میلیون بیمار اعلام کرده است. اما تغییر لحن ناگهانی دولت مکزیک در یک هفته اخیر موجب خشم بسیاری از مردم شده است. تا پنجشنبه گذشته وزارت بهداشت مکزیک با وجود گزارش‌های متعدد و همچنین طولانی شدن غیرطبیعی فصل بیماری آنفلوآنزا، هرگونه نکته غیرطبیعی را انکار می‌کرد.

آراسیل کروز، دانشجوی ۲۴ ساله ساکن مکزیکوسیتی، در حالی که ماسک به صورت دارد با عصبانیت می‌گوید: «آنها می‌توانستند اعلام خطر کنند. آنها می‌توانستند موجب توقف بیماری شوند. اما به راحتی صبر کردند تا بیماری میان مردم شیوع پیدا کند.»

چنین اتهام‌هایی در سال ۲۰۰۲ در زمان شیوع بیماری سارس (نشانگان زجر تنفسی حاد) به دولت چین وارد شد. دولت چین موارد مشکوک را بسیار دیر به سازمان جهانی بهداشت اطلاع داد و این مساله خشم مجامع بین‌المللی را بر انگیخت به نحوی در نهایت دولت چین مجبور به عذر خواهی رسمی شد و وزیر بهداشت چین نیز استعفا داد.

• نگرانی در سایر کشورها

بیشترین میزان نگرانی در ایالات متحده به چشم می‌خورد. البته این مساله به دلیل داشتن مرز مشترک زمینی با مکزیک و رفت و آمدهای متعدد بین این دو کشور کاملا قابل توجیه است. از ۲۱ آوریل، مرکز کنترل بیماری‌ها در آمریکا گشت‌های بهداشتی را در مناطق حساس به‌ویژه در مرز ایالات متحده با مکزیک مستقر کرده است. این مرکز همچنین به بررسی ویروس به دست آمده از دو کودک ۹ و ۱۱ ساله پرداخت.

بنا بر بررسی‌های این مرکز، ویروس آنفلوآنزای خوکی شناخته شده ترکیبی ژنتیکی از ویروس خوکی شمال ایلات متحده، ویروس آنفلوآنزای انسانی و ویروس آنفلوآنزای پرندگان در ناحیه اروپا و آسیا دارد و به دو داروی معروف ضد آنفلوآنزا (آمانتادین و ریمانتادین) مقاوم است. در حال حاضر بیشتر موارد شناخته شده این بیماری در نیویورک، کالیفرنیا و تگزاس مشاهده شده‌اند. آرنولد شوارتزینگر، فرماندار کالیفرنیا تیمی اختصاصی برای بررسی این موضوع تشکیل داده و در سایر مناطق ایالات متحده نیز اقدامات مشابهی صورت گرفته است. در نیویورک ۱۵۰ دانش‌آموز که اکثر آنها سابقه سفر به مکزیک را داشتند علایم بیماری را نشان دادند که از این میان ۸ نفر موارد احتمالی آنفلوآنزای خوکی شناخته شده‌اند. نکته جالب درمورد این بیماری آن است که به نظر میرسد تاثیرات کشنده این ویروس در مکزیک بیشتر مشاهده می‌شود به نحوی که هیچ یک از بیماران ایالات متحده تا به حال فوت نکرده‌اند.

سازمان بهداشت جهانی روز ۲۴ اوریل جلسه اضطراری خود را برای بررسی این مساله برگزار کرد. گرچه هنوز این سازمان محدودیت‌هایی مانند کنترل پروازهای هوایی را برای کشورها لازم ندانسته اما نگرانی عمیق خود را از خطر گسترش این بیماری ابراز کرده است. دکتر مارگارت چان، مدیر عمومی سازمان بهداشت جهانی این بیماری را وضعیت نگران کننده جهانی نامیده است اما در عین حال تاکید کرده است که برای اعلام خطر بروز یک همه‌گیری جهانی هنوز زود است.

• ویروس ۲۰۰۰چهره

ویروس آنفلوآنزا از نظر تغییرات ژنتیک یک ویروس منحصر به فرد به شمار می‌رود. این ویروس این قابلیت را دارد تا در گونه‌های مختلفی از جانداران ایجاد بیماری کند. نمونه این اتفاق ابتلای اتفاقی انسان به بیماری آنفلوآنزای خوکی است که موارد مختلف آن در سال‌های قبل دیده می‌شد اما یکی از جالب‌ترین خصوصیات این ویروس، خاصیتی است از که از آن به نام شیفت آنتی‌ژنی نام برده می‌شود. آنتی‌ژن‌ها ساختارهای سلولی کوچکی هستند که روی سطح سلول وجود دارند.

اگر دو یا چند سویه متفاوت ویروس آنفلوآنزا در آن واحد در بدن یک بیمار وجود داشته باشند از ترکیب این دو گونه، ویروس جدیدی ممکن است به‌وجود آید که ترکیب خاصی از آنتی‌ژن‌های هر دو نوع ویروس را نمایش می‌دهد. این گونه جدید ویروس آنفلوآنزا می‌تواند بیماری‌زایی متفاوتی نسبت به گونه‌های قبلی داشته باشد. از این شیفت آنتی ژنی، گونه‌های ترکیبی از انواع مختلف ویروس‌های آنفلوآنزای انسان، پرندگان یا سایر پستانداران به وجود می‌آید. چنین تغییراتی احتمالا منشأ ایجاد همه‌گیری‌های مهم تاریخ مانند همه‌گیری «آنفلوآنزای هنگ کنگی» در سال ۱۹۶۸ بوده است. ضمن اینکه جهش‌های ژنی شایع در ویروس آنفلوآنزا که با نام «انحراف آنتی ژنی» شناخته می‌شوند نیز می‌توانند باعث ایجاد گونه‌های جدیدی از ویروس آنفلوآنزا شوند که بدن نسبت به آنها مقاومت ندارد. همه گیری معروف سال ۱۹۱۸ موسوم به «آنفلوآنزای اسپانیایی» که بین ۴۰ تا ۱۰۰ میلیون نفر را در سراسر دنیا به کام مرگ کشید حاصل این گونه انحرافات آنتی ژنی بوده است.

• حال اوباما خوب است!

سرعت گسترش این بیماری تا حدود زیادی مایه تعجب سازمان بهداشت جهانی شده است. در روز ۲۶ آوریل، فرماندار ایالت نوو اسکوشیای کانادا وجود حداقل ۶ مورد تایید شده این بیماری را در این ایالت تایید کرد. تقریبا تمامی بیماران در هفته‌های اخیر به مکزیک مسافرت کرده‌اند. با رسیدن تعداد قربانیان این بیماری در مکزیک به ۸۶ نفر و شناسایی افراد مبتلا به این ویروس در کانادا و زلاند نو، سازمان بهداشت جهانی با اعلام اینکه این ویروس قابلیت ایجاد یک پاندمی (همه‌گیری جهانی) را دارد از کشورها خواست به دقت الگوهای معمول بیماری آنفلوآنزای فصلی را در نظر

گرفته و به هر گونه تغییر در این الگوها توجه کنند. از آنجا که مکزیک به عنوان محل آغاز گسترش بیماری شناخته شده است، سازمان‌های جهانی تلاش دارند با کمک به مکزیک در کنترل بیماری، از احتمال انتقال آن به سایر مناطق بکاهند. اگوستین کارستن، وزیر بودجه مکزیک اعلام کرد بانک جهانی ۲۰۵ میلیون دلار برای مبارزه با این بیماری به مکزیک قرض خواهد داد. در عین حال جامعه جهانی سعی دارد تا ضمن پیگیری دقیق وقایع، از ایجاد نگرانی بی‌مورد در میان مردم جلوگیری کند. میزان نگرانی‌ها در آمریکا به حدی رسیده است که در جلسه خبری سی‌ان‌ان، خبرنگاران والری جارت مشاور کاخ سفید را در مورد سفر اخیر باراک اوباما به مکزیک و احتمال مبتلا شدن وی به آنفلوآنزای خوکی مورد پرسش قرار دادند!

● مدیریت بحران

در مواردی از قبیل همه‌گیری بیماری‌ها، یکی از مهم‌ترین اقدامات مدیریت دقیق مشکل است. همان‌گونه که خبر رسانی دیرهنگام می‌تواند با گسترش بیماری سبب ایجاد یک فاجعه انسانی شود، اعلام اطلاعات ناقص بدون اطمینان کافی می‌تواند با ایجاد فضای رعب و وحشت، نتایج غیر قابل برگشتی را پدید آورد. نمونه این تصمیم‌گیری‌های زود هنگام را می توان در همه گیری آنفلوآنزای خوکی در سال ۱۹۷۶ در ایالات متحده مشاهده کرد. در فوریه ۱۹۷۶، یک سرباز آمریکایی با علایم آنفلوآنزا بستری شد و روز بعد در گذشت. تعدادی از هم‌قطاران وی نیز به همین علت بستری شدند. دو هفته بعد از مرگ وی، مسوولان بهداشتی اعلام کردند که ویروس آنفلوآنزای شناسایی شده همانند ویروسی است که در همه‌گیری ۱۹۱۸ مشاهده شد. فشارهای جامعه و نگرانی مردم موجب شد تا جرالد فورد، رییس‌جمهور وقت آمریکا دستور واکسیناسیون عمومی بر علیه این بیماری را اعلام کند. پیش از آنکه برنامه واکسیناسیون به دلیل غیر ضروری بودن ملغی شود ۲۵ درصد از جمعیت آمریکا واکسینه شدند. امروزه تصور می‌شود حداقل ۵۰۰ مورد بیماری خطرناک گیلن-باره که در نهایت به مرگ ۲۵ نفر منجر شد، ناشی از واکنش حساسیتی به واکسن مزبور بوده است.

● نگرانی به سبک آسیایی

گرچه فاصله کشورهای آسیایی با مناطق درگیر شده توسط آنفلوآنزای خوکی بسیار زیاد است اما تجربه تلخ این کشورها در زمینه سارس و آنفلوآنزای پرندگان، باعث شده است تا این کشورهای خیلی زود نسبت به انجام اقدامات پیشگیرانه اقدام کنند.

دولت چین مکان‌هایی را برای قرنطینه کردن بیمارانی که دچار علایم شبیه آنفلوآنزا بوده و طی دو هفته اخیر به مناطق شیوع این بیماری مسافرت داشته‌اند در نظر گرفته است. دولت ژاپن نیز گشت‌هایی را برای معاینه خوک‌های وارداتی در نظر گرفته است. گرچه با پخته شدن گوشت خوک خطر انتقال بیماری از بین می‌رود اما بعضی کشورها محدودیت‌هایی را برای واردات گوشت خوک از آمریکا و مکزیک وضع کرده‌اند. در فرودگاه‌های ژاپن و کره شمالی دستگاه‌های حرارت سنج خاصی نصب شده است تا با بررسی مسافران، مبتلایان احتمالی شناسایی و جهت بررسی‌های بیشتر به مراکز بهداشتی اعزام شوند. دولت سنگاپور نیز محدودیت‌هایی را برای مسافرت به مکزیک و بعضی ایالت‌های آمریکا در نظر گرفته است.

● در ایران

خوشبختانه به‌نظر می‌رسد تاکنون در موارد متعدد اپیدمی‌ها، کشور عزیز ما هیچ‌گاه در معرض خطر قرار نگرفته است.

در مورد آنفلوآنزای پرندگان نیز گرچه مواردی از پرندگان بیمار در خاک کشورمان مشاهده شد (جدول روزنگار وقایع آنفلوآنزای مرغی – سازمان بهداشت جهانی) اما خوشبختانه هیچ مورد بیماری در هموطنانمان مشاهده نشد. به دنبال اعلامیه سازمان بهداشت جهانی در مورد آنفلوآنزای خوکی، دکتر حسن امامی رضوی، معاون سلامت وزارت بهداشت اعلام کرد وزارت بهداشت همچون سال‌های گذشته اقدامات پیشگیرانه خود را با استقرار تیم‌های پزشکی به‌ویژه در مرزهای کشور انجام خواهد داد. وی با تاکید اینکه وزارت بهداشت متولی سلامت کشور است اعلام کرد:«به محض شیوع هر بیماری، اطلاع‌رسانی لازم و شفاف صورت خواهد گرفت اما با توجه به مشاهده نشدن این بیماری در کشورهای همسایه نگرانی خاصی در این زمینه وجود ندارد.»

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=368291

vista.ir
Online Classified Service

آنفلوانزا ؛ بیماری رام نشدنی

هر ساله با شروع فصل سرما، بیماری آنفلوانزا هم در کشور شایع می شود. این در حالی است که آنفلوانزا و عوارض آن سالانه باعث مرگ و میر هزاران نفر در سراسر جهان می شود و با وجود سرمایه گذاری عظیم تحقیقاتی هنوز این بیماری کنترل نشده است.

اگرچه امروزه واکسنهایی برای درمان آنفلوانزا ساخته شده و در دسترس همگان است، ولی هر چند سال یك بار نوع جدیدی از آنفلوانزا شایع می شود که به سرعت گسترش می یابد و قبل از هرگونه اقدامی موجب همه گیری جهانی شده و زندگی میلیونها نفر را به خطر می اندازد.

بررسیهای انجام شده طی سالهای اخیر نشان می دهد وحشتناك ترین همه گیری آنفلوانزا در سال ۱۹۱۸ که به آنفلوانزای اسپانیایی معروف شد اتفاق افتاد و طی آن بیش از ۲۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به علت ابتلا به این بیماری و عوارض آن فوت کرده اند که بسیاری از آنها افراد مسن و یا دچار بیماریهای قلبی و ریوی زمینه ای بودند.

شیوع بیماری آنفلوانزا در کشور و عوارض آن خبرنگار ما را بر آن داشت تا در گفت و گویی با پزشکان و متخصصان مشکلات ناشی از همه گیری این بیماری را بررسی کنیم.

- یك بیماری در سه تیپ

دکتر حسین گهرفر فوق تخصص بیماریهای عفونی و استاد دانشگاه شهید بهشتی در مورد بیماری آنفلوانزا می گوید: آنفلوانزا یك بیماری ویروسی است که در انسان و حیوان (به خصوص پرندگان) بیماری تنفسی ایجاد می کند.

این ویروس سه نوع مختلف دارد؛ تیپ «A» و تیپ «B» عامل همه گیری آنفلوانزاست و شایع تر است، تیپ «C» هم سرماخوردگی خفیف به صورت موارد تك گیر ایجاد می کند. بیماری آنفلوانزا به دلیل تنوع آنتی ژنی ویروس، شرایط خاص همه گیر شناختی دارد. بدین معنی که دو نوع آنتی ژن اصلی روی سطح ویروس وجود دارد. آنتی ژن H (هما گلوتینین) و آنتی ژن N (نور آمینیداز).

این آنتی ژنها تنوع و تغییرپذیری مداوم دارند و چون حدود ۱۵ نوع آنتی ژن «H» و ۹ نوع آنتی ژن «N» وجود دارد، ترکیب آنها باعث ایجاد فرمهای مختلف آنتی ژن می شود. آنتی ژن، قسمتی از ویروس است که سیستم ایمنی بدن انسان به وسیله آن ویروس را شناسایی و مطابق با آن آنتی بادی خنثی کننده ویروس را می سازد.

وقتی فرم آنتی ژن ویروس عوض می شود، سیستم دفاعی بدن به رغم تماس قبلی با ویروس آنفلوانزا قادر به مقاومت نیست و همین موضوع باعث بروز بیماری و شیوع سریع آن در جامعه می شود. در این موارد مرگ و میر بیماری افزایش می یابد، زیرا بسیاری از افراد جامعه به ویروس جدید حساس هستند.

وی در مورد روشهای شیوع این بیماری می گوید: این ویروس از راه ذرات ریز وارد دستگاه تنفسی می شود و به سلولهای کرك دار پوشش دستگاه تنفسی فوقانی می چسبد و باعث اختلال در عملکرد مژکها و نیز مرگ سلولهای «اپی تلیال» می شود. همچنین میزان مخاط کاسته

شده و سلولهای آسیب دیده از سطح پوشش مجاری تنفسی جدا می شوند که همین امر به کاهش قدرت دفاعی بدن و هجوم عفونت میکروبی ثانویه به سیستم تنفسی منجر می شود. به همین علت بروز عفونت میکروبی در نسج ریه (پنومونی) یا گوش میانی (اوتیت مدیا) از عوارض شایع آنفلوانزاست، ضمن اینکه گاهی ویروس آنفلوانزا باعث التهاب عضله قلب یا عضلات اسکلتی می شود.

● علایم بالینی و پیشگیری

دکتر گهرفر در مورد علایم بالینی آنفلوانزا خاطرنشان می کند: شروع بیماری حاد است، بعد از دوره کمون ۲ تا ۳ روز، بیماری با تب، لرز، گلو درد، آب ریزش بینی، سرفه خشك، خارش و سوزش چشم آغاز می شود.

سردرد، تهوع، استفراغ، اسهال و احساس ضعف و کوفتگی بدن از دیگر علایم هستند. مدت بیماری ۲ تا ۴ روز است، اما سرفه مدت طولانی تری ادامه دارد.

با توجه به این علایم، بیماری در تشخیص افتراقی سرماخوردگی معمولی، گلو درد استرپتوکوکی، سینوزیت و انواع عفونتهای ویروسی قرار می گیرد و اغلب افتراق آنها از نظر بالینی ممکن نیست.

وی در مورد پیشگیری از این بیماری نیز تصریح می کند: برای پیشگیری از بیماری آنفلوانزا دو روش وجود دارد که یکی پیشگیری با استفاده از داروست. مصرف «آمانتادین» روزانه باعث پیشگیری از آنفلوانزای تیپ «A» می شود و فقط در افرادی که در معرض خطر هستند به کار می رود.

دکتر گهرفر می گوید: دومین روش پیشگیری تزریق واکسن است، زیرا واکسن غیرفعال شده آنفلوانزا اکنون بهترین روش پیشگیری است. از آن جا که واکسن باید حاوی آنتی ژنهای ویروسی شایع در جامعه باشد؛ هر سال تابستان براساس شیوع فرم آنتی ژنی که برای زمستان همان سال پیش بینی شده، فراهم می شود.

هر واکسن سه فرم آنتی ژنی (دو نوع از تیپ A و یك نوع از تیپ B) را پوشش می دهد و از کشت ویروس روی جنین جوجه به دست می آید.

وی درخصوص واکسنهای آنفلوانزای موجود می گوید: دو نوع واکسن وجود دارد که در یکی تمام ساختمان ویروس به کار رفته است و در دیگری تنها اجزایی از ویروس وجود دارد. فرم دوم خاصیت تب زایی کمتری دارد و در اطفال زیر ۱۲ سال کاربرد آن توصیه می شود.

وی می گوید: واکسن کنونی موجود در ایران نیز از همین نوع (split) است و می توان آن را در اطفال بالای ۶ ماه، کودکان، جوانان و بالغان تزریق کرد.

وی در پاسخ به این پرسش که این واکسن را باید در چه مواردی تزریق نمود، اظهار می دارد: گروههای زیر باید واکسن آنفلوانزا تزریق کنند:

- اطفالی که دچار بیماری مزمن ریوی هستند، از جمله مبتلایان به بیماریهای آسم، بیماری فیبروز کتسیتك و دیس پلازی؛

- اطفالی که دچار بیماری قلبی با احتقان قابل توجه در عروق ریوی هستند؛

- افرادی که دچار بیماریهای مزمن هستند (در هر سنی) و در مراکز خاص نگهداری می شوند، از جمله مراکز نگهداری سالمندان یا معلولان و کودکان استثنایی؛

- بیمارانی که در سال گذشته و به خصوص ۳ ماه اخیر به دلایل طبی مثل بیماری قند، نارسایی کلیه، تالاسمی و سایر اختلالات زنجیره هموگلوبین و نقص ایمنی (شیمی درمانی، ایدز) به طور مرتب مراجعه سرپایی یا بستری در بیمارستان داشته اند.

این متخصص درخصوص دیگر گروههایی که باید در برابر آنفلوانزا واکسینه شوند، می گوید: اطفال ۶ ماهه تا افراد ۱۸ ساله که مجبور به استفاده روزانه و طولانی مدت از آسپرین برای درمان روماتیسم مفصلی، کاوازاکی یا تب روماتیسمی هستند، تمام افراد بالای ۶۵ سال و نیز کارکنان حرفه پزشکی، پرستاران و مراقبان افراد خانواده، بهتر است برای کاهش احتمال انتقال بیماری واکسینه شوند.

وی به افرادی که تمایل دارند کمتر به آنفلوانزا مبتلا شوند و نیز به خانمهای حامله که در سه ماهه دوم و سوم حاملگی هستند و در فصل شیوع آنفلوانزا حاملگی خود را طی می کنند، توصیه می کند خود را در برابر این بیماری واکسینه کنند.

وی تأکید می کند: در هیچ کشوری، واکسن آنفلوانزا در برنامه واکسیناسیون همگانی اطفال توصیه نمی شود، زیرا آنفلوانزا یکی از دهها علت سرماخوردگی است و در اطفال سالم به خوبی تحمل می شود، این در حالی است که به دلیل بار مالی که واکسیناسیون برای سیستم بهداشتی دارد، در حال حاضر هیچ دستورالعملی در این زمینه در ایران و سایر کشورها وجود ندارد.

● واکسن سرماخوردگی واقعی نیست

چندی قبل یکی از خبرگزاریها در خبری که منبع و راوی آن مشخص نبود درخصوص واکسن سرماخوردگی آورده بود که براساس آن بیماری

سرماخوردگی هم به لحاظ علایم و هم به لحاظ عامل ایجاد کننده با بیماری آنفلوانزا متفاوت است و آنچه در داروخانه ها عرضه می شود، واکسن آنفلوانزاست و تاکنون در دنیا واکسنی تحت عنوان سرماخوردگی و ویروسهای ایجاد کننده این بیماری تهیه و تولید نشده است و آنچه در برخی از مراکز تحت عنوان واکسن سرماخوردگی ارایه می شود با واقعیت همخوانی ندارد.

در این خبر آمده بود؛ مصرف واکسن آنفلوانزا با توجه به متفاوت بودن ویروس آنفلوانزا و ویروسهای ایجاد کننده بیماری سرماخوردگی، تأثیری در پیشگیری از ابتلا به سرماخوردگی ندارد.

واکسن آنفلوانزا مشابه سایر واکسنها باید در شرایط مناسب دمایی در زنجیره سرما نگهداری شود، بنابراین حمل و نقل آن بدون رعایت و حفظ درجه برودت مناسب، باعث صدمه خوردن به تأثیر واکسن خواهد شد.

● نیازی به آنتی بیوتیك نیست

چندی قبل دکتر علیرضا طارمی - متخصص اطفال - در مصاحبه با رسانه های گروهی اظهار داشته بود، درمان سرماخوردگی و آنفلوانزا به پادزیست (آنتی بیوتیك) نیازی ندارد، زیرا مصرف آنتی بیوتیك تأثیری در درمان آنفلوانزا و سرماخوردگی ندارد از این رو والدین از درمان خودسرانه بپرهیزند.

وی افزوده بود: مصرف خودسرانه انواع داروهای پادزیست در بیماری آنفلوانزا و سرماخوردگی موجب بهبودی نمی شود و فقط احتمال ابتلا به اسهال را در بیماران افزایش می دهد، این در حالی است که درمان نکردن به موقع بیماری سرماخوردگی و آنفلوانزا موجب بروز بیماریهای تنفسی، عفونت ریوی و گوش می شود.

وی تصریح کرد، سرماخوردگی شایع ترین بیماری دوره کودکی است و کودکان به خاطر حضور در مکانهای عمومی نظیر مهدکودکها به طور متوسط در سال، شش تا هفت بار دچار سرماخوردگی می شوند که البته با افزایش سن احتمال ابتلا به آن کاهش می یابد.

وی به خانواده ها توصیه کرده است در صورت بروز سرماخوردگی از پوشاندن لباس و خوراندن غذای زیاد به کودکان پرهیز کنند و به آنان آب میوه طبیعی بدهند.

● آیا آنفلوانزا با دارو درمان شدنی است؟

دکتر فرشید دواتی متخصص بیماریهای عفونی درخصوص درمان آنفلوانزا می گوید: در واقع درمانهای مورد استفاده در آنفلوانزا تنها به منظور بهبود علایم بیمار کاربرد دارد. اغلب بیماران به استراحت در بستر نیاز دارند.

وی تأکید می کند: به طور کلی زمانی که فردی دچار آنفلوانزا می شود باید از داروهایی نظیر استامینوفن برای کاهش تب، سردرد و درد عضلانی استفاده کند.

باید توجه داشته باشید، مصرف آسپرین در افراد زیر ۱۸ سال ممکن است به اختلال عصبی شدید منجر شود، بنابراین باید از مصرف آن در کودکان اجتناب نمود.

وی با تأکید بر اینکه تب، باعث تعریق زیاد و کاهش آب بدن می شود، اضافه می کند: در این شرایط بیمار باید آب، آبمیوه و مایعات بیشتری دریافت کند.

دکتر دواتی خاطرنشان می سازد: در مواردی که سرفه ها شدید و آزاردهنده هستند، مصرف دارو توصیه می شود، ضمن اینکه استفاده از مایعات شیرین و گرم هم اثر بسیار خوبی دارد. همچنین مصرف سیگار باعث بدترشدن علایم بیماری آنفلوانزا می شود، لذا توصیه می شود از محیطهایی که پر از دود سیگار است، اجتناب شود.

وی می افزاید: بیمارانی که دچار تب و درد عضلانی هستند باید استراحت کنند، زیرا این کار نه تنها سبب بهبود علایم آنها می شود، بلکه از انتشار نیافتن ویروس توسط بیمار مطمئن می شویم.

این متخصص ضمن تأکید بر این نکته که آنتی بیوتیکها بر ضد ویروس آنفلوانزا تأثیر ندارد، ولی برای درمان عوارض آنفلوانزا مانند ذات الریه به کار می رود، اضافه می کند: دو داروی «آمانتادین» و «ریمانتادین» هم بر ضد ویروس آنفلوانزا در دسترس است.

این داروها فقط در مقابل ویروس آنفلوانزای نوع «A» فعالیت دارند اگر طی ۴۸ ساعت اول پس از شروع بیماری مصرف شوند، طول دوره بیماری را کاهش می دهند، ضمن اینکه مصرف این داروها تنها با دستور پزشك مجاز است. وی در مورد معالجه و پیشگیری از آنفلوانزا هم می افزاید: دانشمندان علم پزشکی به مدت سه دهه در حال آزمایش داروهایی بوده اند که ویروس آنفلوانزا را از فعالیت بیندازند. اکنون به نظر می رسد یك

ضد ویروس جدید بسیاری از نشانه های هر دو نوع ویروس آنفلوانزا را تضعیف کرده و یا به کل از بین می برد.

محققان دریافته اند ترکیب دارویی جدید، اگر به مدت ۴ هفته در دوران بحران آنفلوانزا مصرف شود، می تواند در مقابل هر دو نوع ویروس این بیماری نقش پیشگیری داشته باشد.

شایان ذکر است، این دارو در حال حاضر مراحل آزمایشگاهی اش را طی کرده و هنوز به تحقیقات بیشتری نیاز دارد.

وی تأکید می کند: تعداد زیادی از محققان بر این باورند، دیر یا زود پزشکان به طور حتم با یك موج مرگبار بیماری آنفلوانزا به آن گونه که در سال ۱۹۱۸ دهها میلیون نفر را قربانی کرد، مواجه خواهند شد. در صورت وقوع چنین فاجعه ای، داروی جدید که «زاناملویر» نام دارد، قادر است بر ضد ویروس آنفلوانزا بجنگد.

منبع : روزنامه قدس

http://vista.ir/?view=article&id=246708

vista.ir
Online Classified Service

آنفو لانزا

● آنفولانزا چیست

آنفلوانزا شایعترین بیماری ویروسی فصل سرما است که دستگاه تنفسی‌را درگیر می کند و شدیدا مسری است.مدت زمان شروع علایم از زمان وارد شدن ویروس به بدن ۴۸-۲۴ ساعت است. سه نوع اصلی ویروس آنفلوانزا (A,B,C) وجود دارد، اما این ویروس‌ها توانایی جهش به انواع گوناگونی را دارند. شیوع ناگهانی انواع مختلف آنفلوانزا تقریباً هر زمستان رخ می‌دهد ولی شدت آنها متفاوت است.

● علایم شایع

▪ لرز و تب متوسط تا بالا

▪ دردهای عضلانی واستخوانی، از جمله کمردرد

▪ چشم درد و گلودرد

▪ سرفه های خشک

▪ آبریزش از بینی

▪ سردرد

▪ ضعف ،خستگی و کوفتگی

● تفاوت آنفولانزا و سرماخوردگی

سرما خوردگی و آنفولانزا علایم مشابهی دارند با این تفاوت که سرما خوردگی معمولا خفیف تراست وممکن است بدون تب ویا با تب پایین باشد اما آنفولانزا بطورناگهانی شروع می شود و با تب بالا همراه است. همچنین مدت زمان بیشتری طول می کشد تا آنفولانزا بهبود یابد اما این مدت در سرماخوردگی کوتاه تر است.

- عوامل افزایش دهنده خطر
  - استرس
  - خستگی شدید
  - تغذیه نامناسب
  - وجود بیماری اخیر که موجب کاهش مقاومت بدن شده باشد.
  - بیماری مزمن، خصوصاً بیماری مزمن قلبی ، ریوی‌و کلیوی
  - بارداری (سه ماه سوم(
  - افرادی که در یك محیط بسته با تهویه نامناسب زندگی یا کار می‌کنند.
  - مکان‌های شلوغ به هنگام بروزهمه‌گیری
- راههای انتقال بیماری

ویروس به راحتی از طریق ترشحات تنفسی ازجمله عطسه و سرفه و نیز از طریق تماس نزدیک ،نظیردست دادن و روبوسی از فرد بیماربه افراد سالم منتقل می شود.

- پیشگیری
  - رعایت نکات بهداشتی ازسوی فرد بیمارازجمله استفاده از وسایل وظروف جداگانه واستفاده از دستمال در هنگام عطسه و سرفه.
  - استراحت فرد بیماردر منزل که هم باعث کاهش علائم و بهبود بیماری می شود و هم مانع انتقال بیماری به سایر افراد می شود.
  - شستشوی مداوم دستها
  - کاهش مسافرتهای غیر ضروری
  - استفاده از پوشش مناسب در روزهای سرد
  - خودداری از تماس غیرضروری با افرادی که دچار آنفلوانزا هستند
  - تزریق واکسن آنفولانزا ایمنی ۸۰ درصدی را برای یکسال ایجاد می کند.
- تزریق واکسن آنفولانزا برای چه کسانی ضروری است

افراد بالای ۶۵ سال ،افراد مبتلا به بیماریهای مزمن ریوی،آسم و برونشیت ، بیماران کلیوی ،بیماران قلبی ،افراد مبتلا به HIV ، بیماران دارای نقص سیستم ایمنی ،بیماران دیابتی وتالاسمی، کودکان ۶ تا ۲۳ ماه بویژه کودکانی که در مهدکودک و در تماس با سایر کودکان هستند، کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی ، کارکنان مرغداریها ،شکاربانان و افرادی که با پرندگان در تماس هستند.

- اقدامات درمانی

مصرف داروحتما باید با صلاحدید و تجویز پزشک انجام شود.

بخاطر داشته باشید که ازمصرف خودسرانه آسپرین خودداری کنید.زیرا مصرف خودسرانه آسپرین باعث عوارضی چون حساسیتهای پوستی و مشکلات گوارشی خواهد شد

اقدامات زیر برای کاهش علائم و بهبود بیماری موثر است:

- استراحت در منزل بویژه در هنگام تب
- استفاده از مایعات فروان مانند آب ،آب میوه و سوپ رقیق
- غرغره آب یا آب نمک ولرم
- خودداری از استعمال دخانیات
- استفاده از قطره های بینی حاوی آب و نمک برای تخفیف گرفتگی بینی، موثر است.
- برای افزایش رطوبت هوا از یك دستگاه بخور استفاده نمایید. رطوبت کمك می‌کند تا ترشحات ریه رقیق و بنابراین راحت‌تر تخلیه شوند..
- رژیم غذایی

معمولاً اشتها به هنگام آنفلوانزا کم می‌شود، شاید درابتدا فقط اشتها به مایعات داشته باشید، پس از مدتی به وعده‌های غذایی کوچك حاوی

مواد نشاسته‌ای بدون ادویه (نان سوخاری، برنج، پوره، غلات پخته شده، سیب‌زمینی پخته) اشتها پیدا کنید. روزانه حداقل ۸ لیوان آب بنوشید (خصوصاً اگر تبتان بالا باشد). نوشیدن مایعات بیشتر مثل آب میوه، چای و نوشیدنی‌های غیر گازدار نیز به رقیق شدن ترشحات کمك می‌کنند.استفاده از مواد غذایی حاوی ویتامین C در کاهش طول مدت بیماری موثر است.از مصرف غذاهای چرب ،سرخ کرده ،ادویه دار بپرهیزید.

منبع : شرکت ملی صنایع پتروشیمی

http://vista.ir/?view=article&id=250337

vista.ir
Online Classified Service

آنفو لانزای مرغی

آنفولانزای مرغی ماکیان را مبتلا می‌کند و عامل مولد آن ویروسی است که با ساختار فیزیکی پرندگان سازگار شده است.

با وجود اینکه این بیماری مخصوص ماکیان است، اما در سالهای اخیر ظاهرا این ویروس به گونه‌های دیگر جانداران نیز منتقل شده و موجب ابتلای انسان‌ها به این بیماری شده است.

در مقابل، ویروس آنفولانزای فصلی بویژه با بدن انسان سازگار می‌شود. بر خلاف آنفولانزای مرغی، آنفولانزای فصلی به آسانی از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود و هر ساله جان صدها هزار تن را می‌گیرد.

طبق گزارشها و آمارهای به دست آمده، از آخرین پژوهش‌ها، تا کنون ۵۰ تن به بیماری آنفولانزای مرغی مبتلا شده‌اند که حدود ۸۰ درصد آنها جان باختند و تقریبا تمام آنها از منطقه جنوب شرق آسیا بوده‌اند.

این ویروس اغلب در فضولات پرندگان یافت می‌شوند و مرغدارانی که این ویروس را تنفس می‌کنند به آن مبتلا می‌شوند.

انتقال بیماری از انسان به انسان بسیار به ندرت اتفاق می‌افتد. آنچه این بیماری را برای انسان خطرناک می‌کند، اینست که ویروس آن به شکلی دچار جهش ژنتیکی و تغییر رفتار شود که بتواند از انسانی به انسان دیگر منتقل شود.

در نتیجه این امر، شیوع بیماری بسیار گسترده خواهد شد. خطرناکتر از این وضعیت آنست که ویروس مرغی بتواند فردی را آلوده کند که همزمان به بیماری آنفولانزای انسانی مبتلاست.

در صورتی که ژن‌های ویروس‌های مرغی و انسانی در این شرایط با یکدیگر ترکیب شوند ویروس می‌تواند از فردی به فرد دیگر منتقل شود و در نتیجه یک آنفولانزای عالمگیر شایع خواهد شد.

تقریبا هیچ فردی به طور طبیعی در برابر ویروس جدید مصونیت نخواهد داشت. در حالی که این ویروس می‌تواند ظرف ۶ ماه به همه مناطق جهان برسد.

هیچ کس نمی‌داند ما چقدر به زمان این اپیدمی احتمالی جهانی نزدیک هستیم، اما بسیاری از دانشمندان می‌گویند که ما به این نقطه خواهیم رسید، چرا که به نظر می‌رسد همه‌گیری آنفولانزا در سیکل‌های ۲۵ ساله به وقوع می‌پیوندند و آخرین دوره آن در سال ۱۹۶۸ بوده است.

آنچه نگرانی‌ها را در این اواخر بیشتر کرده اینست که آنفولانزای مرغی آلوده کردن پستانداران را از جمله پلنگ‌ها و ببرها را آغاز کرده است.

یک بررسی اخیر آزمایشگاهی نشان داد که ویروس آنفولانزای مرغی می‌تواند در میان گربه‌ها نیز رد و بدل شود. همچنین این ویروس توانسته اردک‌ها را بدون بروز بیماری و علائم ظاهری آن آلوده کند.

این امر خطر آلودگی مرغداران را افزایش می‌دهد. در مورد علائم بیماری باید یادآور شد که ابتدا با یک تب خفیف، سردرد و درد مفاصل آغاز می‌شود.

تب بیمار ممکنست به مدت یک روز فروکش کند. بیمار به سختی تنفس می‌کند و به تدریج سرفه‌ها آغاز می‌شود.

همزمان با کم رسیدن اکسیژن به مغز در اثر اشکال در تنفس حالت کما و مرگ به همراه خواهد داشت. از آنجا که علائم آنفولانزای مرغی بسیار مشابه آنفولانزای معمولی است، خطر آن اینست که ممکنست پزشکان نتوانند تفاوت آنها را تشخیص دهند.

اما در صورتی که این بیماری ظرف ۴۸ ساعت تشخیص داده شود و بیمار تحت درمان خاص بیماری مانند مصرف داروی ضد ویروسی Tamiflu قرار گیرد، بیمار معمولا بهبودی کامل بدست می‌آورد.

تا کنون به منظور توقف این بیماری میلیون‌ها مرغ، جوجه و اردک در کشورهای آلوده شده آسیایی به منظور کاهش خطر ابتلا در میان پرندگان و انسان‌های سالم، کشتار شده‌اند.

نجات و پاکسازی در مناطق مستعد و آسیب‌پذیر مانند مرغداری‌ها و مزارع افزایش یافته است.

همچنین از پزشکان خواسته شده تا نسبت به علائم بیماری در بیماران کنجکاوتر بوده و آنها را تحت کنترل دقیق داشته باشند.

با این حال سازمان جهانی بهداشت هشدار داده که اگر در حال حاضر این بیماری شایع شود، هیچ کشوری برای مقابله با آن چه به لحاظ دارویی و چه به لحاظ واکسینه کردن آماده نیست.

امکان انتقال بیماری از راه خوردن گوشت مرغ آلوده وجود ندارد اما این در صورتی است که گوشت کاملا پخته شده و خام نباشد این امکان وجود خواهد داشت.

در زمینه تهیه واکسن این بیماری لازم به ذکرست که دانشمندان در مراحل بسیار اولیه از آزمایش یک واکسن آزمایشی علیه زنجیره H۵N۱ از آنفولانزای مرغی هستند که در آسیا در حال گردش است.

اگر یک حالت عالمگیر از این زنجیره در سال آینده و سالهای آتی بروز کند، میلیونها تن در اروپا و آمریکا و میلیاردها تن دیگر در سایر نقاط جهان به این واکسن دسترسی نخواهند داشت.

به علاوه دولت‌های هر کشور باید تصمیم بگیرند چه گروهی از جامعه برای تزریق این واکسن در اولویت قرار دارند که این تصمیم بستگی به این دارد که به آنها بخواهند مرگ و میر احتمالی را کاهش دهند، آسیب جوامع را به حداقل برسانند و یا آسیب اقتصادی از این اپیدمی را کاهش دهند.

در خصوص یک تلاش بین‌المللی برای مقابله با این ویروس باید متذکر شد که نوامبر سال ۲۰۰۴، سازمان جهانی بهداشت در یک درخواست قطعی از دولت‌ها خواست تا در جهت تولید و توزیع واکسن بیماری اقدام کنند.

ظاهرا تاکید آمریکا در این زمینه در رأس کشورهای اروپایی قرار داشته است.

هم اکنون درحدود ۱۰ شرکت در حال کار کردن بر روی تهیه واکسن این بیماری هستند و بسیار نیز انتظار می‌رود که در سال جاری آزمایشهای بالینی در این زمینه را آغاز کنند.

در مقایسه با سارس باید گفت از آنجا که آنفولانزای مرغی برخلاف سارس به صورت دوره‌ای در حال گردش است، اما سارس را می‌توان برای مدتی تحت کنترل قرار داده و شیوع آن را متوقف کرد.

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

http://vista.ir/?view=article&id=306496

vista.ir
Online Classified Service

آنفولانزا چیست؟؟؟

آنفولانزا يك بيماری ويروسی است كه بخش‌های بالايی مجراهای تنفسی را درگير می‌كند. اين بيماری به‌ناگاه رخ می‌دهد و نشانه‌هايی مانند تب، كوفتگی و درد در بدن، سر درد، خستگی، از دست دادن اشتها، سرفه‌ی خشك و گلوی دردناك يا خشك را بروز می‌دهد. انفولانزا با سرماخوردگی تفاوت دارد؛ به طور معمول نشانه‌های آنفولانزا شديدتر است و بيمار اغلب نسبت به سرماخوردگی زمان بيش‌تری از كار و مدرسه بازمی‌ماند.

بيش‌تر مردم بدون مشكل جدی از اين بيماری رهايی می‌يابند، اما گاهی بيماری به عفونت باكتريايی، از جمله عفونت گوش، عفونت سينوس‌ها يا عفونت مجراهای تنفسی(برونشيت)، می‌انجامد. البته، با نگهداری مناسب از بيمار در خانه می‌توان از اين عفونت‌ها پيش‌گيری كرد. در برخی بيماران ممكن است عفونت‌های دردسر سازتری مانند نومونيا به وجود بيايد. بيمارانی كه در خطر چنين عفونتی هستند و بايد در بيمارستان بستری شوند، عبارت‌اند از: بچه‌های كم سن، بزرگسالان ۶۵ ساله يا بيش‌تر و كسانی كه ناراحتی‌های پزشكی جدی دارند.

● چه چيزی آنفولانزا را به وجود می‌آورد؟

ـ دو نوع ويروس آنفولانزا، A و B ، باعث آنفولانزا می‌شوند. به طور معمول نوع A عامل همه‌گيری سالانه‌ای است كه رخ می‌دهد. اين ويروس‌ها پيوسته تغيير می‌كنند و زيرنوع‌ها يا سوش‌هايی را توليد می‌كنند كه با ويروس اولی تفاوت دارند اما برخی از ويژگی‌های آن را حفظ كرده‌اند. سوش‌های ويروس آنفولانزا كه باعث آنفولانزا می‌شوند ممكن است از سالی به سال ديگر تفاوت داشته باشد.

● نشانه‌های آنفولانزا چيست؟

ـ آنفولانزا با تب، سرفه، احساس سردی همراه با لرز، كوفتگی و درد در بدن، سر درد و خستگی همراه است. اين نشانه‌ها به طور معمول ۳ تا ۴ روز ادامه دارند و پس از آن ممكن است بيمار برای يك هفته‌ی ديگر يا بيش‌تر، سرفه‌های خشك، آب‌ريزش بينی و گلودرد داشته باشد. دوره‌ی كمون(شكل‌گيری)، يعنی زمانی كه فرد در معرض ويروس آنفولانزا قرار می‌گيرد تا زمانی كه نشانه‌های بيماری را بروز می‌دهد، ۱ تا ۴ روز است.

اگرچه مردم اغلب واژه‌ی آنفولانزا را برای هر نوع بيماری به كار می‌برند كه نشانه‌هايی مانند آنفولانزا دارد(مانند سرماخوردگی معمولی يا ويروس معده)، آنفولانزا يك بيماری ويروسی مجزا با نشانه‌های ويژه‌ی خود است و به‌طور معمول در زمان‌های ويژه‌ای از سال، پايان پاييز و طی زمستان، رخ می‌دهد.

● آنفولانزا چگونه تشخيص داده می‌شود؟

ـ متخصصان بهداشت به طور معمول آنفولانزا را از روی نشانه‌های آن تشخيص می‌دهند، به‌ويژه اگر موردهای مشابه زيادی از بيماری در جامعه ديده شود و مركز بهداشت منطقه شيوع بيماری را تاييد كرده باشد. به طور معمول به آزمون‌های مرسوم از افرادی كه نشانه‌های شاخص آنفولانزا

را دارند، نیازی نیست. به‌ندرت، با آزمون نمونه‌ی خون یا مایع بینی یا گلو، ویروس آنفولانزا را شناسایی می‌کنند.

● آنفولانزا چگونه درمان می‌شود؟

ـ مراقبت و استراحت در خانه همه‌ی چیزی است که برای تسکین نشانه‌های آنفولانزا نیاز هست. باوجود این، داروهای ضد ویروس برای کاهش مدت زمان بیماری و شدت نشانه‌ها نیز وجود دارد. این داروها به‌ویژه برای افراد مسن و کسانی که خطر شدت گرفتن پیامدهای بیماری در آنان بالاست، مفید هستند. مصرف این داروها را طی دو روز پس از بروز نخستین نشانه‌ها باید آغاز کرد. مصرف این داروها به دستور پزشك نیاز دارد.

● درمان خانگی آنفولانزا چیست؟

ـ استراحت، استراحت و استراحت. برای کاهش تب و سر درد می‌توانید از استامینوفن یا ایبوپروفن استفاده کنید. دکانجستانت‌ها می‌توانند آبریزش بینی را کاهش دهند و از فشار و درد بافت‌های باد کرده در صورت و پشت پرده‌ی صماخ گوش بکاهند. با نوشیدن مایع و ضد سرفه‌هایی که به تجویز پزشك نیاز ندارند، می‌توانید از سرفه‌ها بکاهید. شستن دست و صورت و پاشویه، البته نه با آب بسیار سرد، نیز به کاهش تب کمك می‌کند.

● آیا ازآنفولانزا می‌توان پیش‌گیری کرد؟

ـ شما با واکسینه‌شدن سالانه علیه ویروس آنفولانزا می‌توانید از این بیماری پیش‌گیری کنید. این واکسن به بدن شما تزریق می شود و بهترین زمان برای این کار ماه مهر و آبان است. این واکسن را به کودکان بالاتر از ۶ ماه و هر فردی که می‌خواهد به پیش‌گیری از این بیمار کمك کند، تزریق کرد. این واکسن برای افراد زیر سفارش می‌شود:

۱) همه‌ی کودکان۶ تا ۲۳ ماهه

۲) همه‌ی بزرگسالان بالاتر از ۵۰ سال

۳) بزرگسالان و کودکان ۲ ساله و بیش‌تر که به ناراحتی‌های دیگری مانند آسم، بیماری قلبی، ناراحتی‌های تنفسی یا بیماری‌های دستگاه ایمنی دچار هستند

۴) زنانی که طی فصل آنفولانزا باردار هستند

واکسنی دیگر نیز به بازار آمده است که نوعی افشانه‌ی بینی است و برای کودکان سالم و بزرگسالان ۵ تا ۴۹ سال مناسب است. این واکسن به زنان باردار و کسانی که بیماری دستگاه ایمنی دارند، داده نمی‌شود.

● بیش‌تر بدانیم

همه‌گیری گسترده‌ی آنفولانزا درپی تغییرهای شگرفی در ویروس آنفولانزا رخ می‌دهد. این همه‌گیری حدود هر ۱۰ سال رخ می‌دهد. وقتی تغییر شگرفی در ویروس رخ می‌دهد، افرادی که به آنفولانزا مبتلا شده‌اند، با شدن بیش‌تری بیمار می‌شوند.

ویروس سرماخوردگی از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود. قطره‌های کوچکی از سرفه یا عطسه‌ی دیگران، چیزهایی مانند دستمال یا هوله که به مایع بینی یا گلوی فرد بیمار آلوده شده باشد یا تماس با دست آلوده‌ی فرد مبتلا، می‌تواند شما را بیمار کند. از این رو، شستن دست‌ها، به‌ویژه طی زمستان، سفارش شده است.

افرادی که به ویروس آنفولانزا آلوده شوند، ۱ روز پیش از این که نشانه‌های بیماری بروز کند تا ۵ روز پس از بروز آن، می‌توانند دیگران را آلوده کنند. بنابراین، ممکن است شما زمانی که هنوز نمی‌دانید به این بیماری دچار شده‌اید، آن را به دیگران انتقال دهید.

دور نگه‌داشتن دست‌ها از بینی، چشم‌ها و دهان نیز به پیش‌گیری از بیماری کمك می‌کند. احتمال این که ویروس از این راه‌ها به بدن شما وارد شود، زیاد است.

ورزش منظم، غذای مناسب، سیگار نکشیدن به پیشگری از آنفولانزا کمك می‌کند.دود سیگار به پوشش مجراهای تنفسی و شش‌ها آسیب می‌رساند و آن‌ها را به ویروس حساس می‌کند.

آنفولانزا به طور معمول طی ۵ تا ۷ روز فروکش می‌کند. البته، خستگی آن ممکن است ادامه داشته باشد. گاهی ممکن است به عفونت‌های باکتریایی نیز دچار شوید که در این صورت باید بی‌درنگ به پزشك مراجعه کنید. عفونت گوش، مجراهای تنفسی و سینوس‌ها از نشانه‌های عفونت باکتریایی است.

شما به مصرف آنتی‌بیوتیك نمی‌توانید از این بیماری پیش‌گیری یا آن را درمان کنید. آنتی‌بیوتیك‌ها برای مبارزه با باکتری‌ها مناسب هستند و روی

ویروس‌ها اثری ندارند. البته، آنتی‌بیوتیك‌ها باید همواره با نظر پزشك مصرف شوند.

مصرف فراوان ویتامین‌ها، مواد معدنی، مانند قرص‌های ویتامین سی و روی یا داروهای گیاهی به درمان یا پیشگیری از آنفولانزا کمك نمی‌کنند و بهتر است به رژیم غذایی سالم توجه بیش‌تری داشته باشیم.

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

http://vista.ir/?view=article&id=271551

vista.ir
Online Classified Service

آیا تبخال درمان دارد؟

شاید کمتر کسی را بتوان یافت که تا به حال تبخال را تجربه نکرده باشد؛ زخمی دردناک با ظاهری ناخوشایند که همه از آن گریزانند، اما به سراغ اکثر مردم می‌آید.

عفونت تبخال از بیماری‌های شایع دهان به‌شمار می‌رود که در اثر ویروسی به‌نام هرپس سیمپلکس به وجود می‌آید این ویروس ۲ نوع اصلی دارد HSV-۱ و HSV-۲ که HSV-۱ در انسان به تبخال دهان می‌انجامد.

بیماری بسیاری از مبتلایان به تبخال تشخیص داده نشده است و بعضی‌ها هم با وجود ویروس در بدنشان علائم خاصی ندارند. به همین دلیل تبخال شیوع فراوانی در جهان دارد. در اروپا بین ۵۰ تا ۸۵ درصد جمعیت حامل ویروس تبخال هستند، ولی در آمریکا ۲۰ تا ۳۰ درصد، استرالیا حدوداً ۱۲ درصد و خاورمیانه حدوداً ۸۰ درصد میزان ابتلا به تبخال در جوامعی با بافت جمعیتی فشرده بیشتر است.

وقتی ویروس تبخال به بدن وارد شود، به راحتی از بین نمی‌رود. ویروس به گره‌های عصبی وارد شده و در آنجا ساکن می‌شود. این ویروس در دوره‌های ۲ الی ۲۱ روزه فعال می‌شود و اطراف و داخل دهان تاول‌های دردناک می‌زند. مایع درون این تاول‌ها حاوی ویروس است. تاول‌ها پس از مدتی خودبه‌خود از بین می‌رود.

تا به حال انواع مختلفی از ویروس مولد تبخال کشف شده‌اند که دوره‌های فعالیت و کمون متفاوتی دارند. ویروس پس از سرایت به اعصاب می‌رود و تقریباً تا پایان عمر فرد به زندگی ادامه می‌دهد، اما هر از گاهی فعال شده به سطح پوست می‌آید. در این زمان فرد مبتلا تبخال می‌زند.

دقیقاً مشخص نیست که چه عاملی باعث می‌شود ویروس تبخال فعال شود، ولی احتمالاً آفتاب‌سوختگی، اشعه ماورای بنفش، توفان، تب، آنفلوآنزا و بیماری‌هایی از این دست، جراحی و استرس در فعال شدن ویروس موثر است.

به مرور زمان دوره‌های فعالیت ویروس کاهش می‌یابد. چون بدن در مقابلش نوعی مقاومت ویژه به وجود می‌آورد.

● درمان

تبخال درمان قطعی ندارد و داروها و اقدامات موجود همه در جهت کاهش علائم بیماری و افزایش سرعت بهبودی است. از داروهای ضدویروس همچون آسیکلوویر و والاسیکلویر ـ به شکل قرص یا پماد ـ می‌توان برای کم کردن تکثیر ویروس و کاهش ضایعات استفاده کرد.

داروهای دیگری نیز در کنار داروهای ضد ویروس علائم بیماری را کاهش می‌دهند؛ مثلا آسپرین التهاب ضایعات را کاهش می‌دهد. در حال حاضر هنوز واکسن موثری برای پیشگیری از تبخال روانه بازار نشده است، ولی نوعی واکسن مراحل آزمایشی را می‌گذراند.

البته گفته می‌شود این واکسن برای کسانی که تا به حال در معرض ویروس تبخال قرار نگرفته‌اند حدودا ۷۸ درصد موثر است. سازمان غذا و داروهای آمریکا اعلام کرده که احتمالا این واکسن امسال یا سال آینده در دسترس عموم قرار می‌گیرد.

▪ اولین اقدام در مواجهه با تبخال این است که سریعا وارد عمل شوید. اگر تبخال به سرعت و قبل از آنکه وسعت یابد، شناسایی شود، به راحتی می‌توان از یک عفونت سخت جلوگیری کرد.

▪ پس از تشخیص تبخال باید به فاصله هر نیم ساعت یک قالب یخ روی ضایعه بگذارید و آنقدر نگاه دارید تا یخ آب شود. البته هر چند ثانیه آن را بردارید و دوباره بگذارید تا به بافت لب آسیبی نرسد.

▪ سپس به طور متناوب محل ضایعه را با نمک بپوشانید. البته انجام این کار ممکن است خیلی دردناک باشد، ولی روش بسیار موثری است.

▪ در حین دوران معالجه از محلول‌های دهان شویه مثل محلول بنزیدآمین استفاده کنید و یک الی ۲ ساعت دهانتان را بشویید تا تبخال به حفره دهان سرایت نکند.

▪ بهتر است بیشتر غذاهای مایع و ولرم بخورید تا فضای اطراف دهان و لب‌ها تحریک نشوند.

▪ سطح لب‌ها را با مرطوب‌کننده‌های مناسب مثل پماد ویتامین A بپوشانید تا از خشک شدن لب‌ها و عفونی شدن تبخال جلوگیری شود.

اگر با وجود انجام این اقدامات روند بهبودی حاصل نشد، به پزشک متخصص دهان و دندان یا دندانپزشک مراجعه کنید؛ چون بی‌اعتنایی به تبخال، ضایعه را دچار عفونت ثانویه می‌کند و حتی ممکن است به التهاب دهان و لثه بینجامد.

● انتقال و پیشگیری

تبخال از طریق تماس مستقیم فرد با ضایعات تبخال بیمار منتقل می‌شود. در فرد آلوده تا مدت‌ها علائم بیماری دیده نمی‌شود. همچنین مدرکی مبنی بر انتقال ویروس از راه اشیا وجود ندارد؛ مثل حوله، دستشویی یا ظروف غذا.

ویروس تبخال از راه خراش‌های کوچک روی پوست یا مخاط دهان منتقل می‌شود و حتی ضایعات میکروسکوبی تبخال هم برای انتقال بیماری کافی هستند.

● روش‌های پیشگیری

▪ هنگام ابتلا به تبخال مسواک خود را دور بیندازید تا از عود مکرر بیماری جلوگیری به عمل آید. همچنین آن را در حمام نگهداری نکنید، چون مسواک مرطوب یا یک جای مرطوب دقیقا محیطی است که تبخال برای رشد به آن نیاز دارد.

▪ حتی‌الامکان از استرس و اضطراب دوری کنید تا امکان فعال شدن ویروس کاهش یابد.

▪ تقویت بدن و ورزش سیستم ایمنی بدن را قوی می‌کند و در کاهش حملات تبخال موثرند.

▪ از عوامل محیطی و خارجی مثل باد و آفتاب دوری کنید، چون ممکن است ویروس تبخال را فعال کنند.

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=316826

vista.ir
Online Classified Service

اپی گلوتیت

● شرح بیماری

اپی‌گلوتیت عبارت است از یک عفونت ناگهانی و تهدیدکننده زندگی در کودکان که در اپی‌گلوت روی می‌دهد. اپی‌گلوت یک صفحه بافتی کوچک در عقب گلو است که از ورودی نای مراقبت به عمل می‌آورد. اپی‌گلوتیت مسری است و اغلب با خروسک (کروپ) که خطر کمتری دارد اشتباه می‌شود. توجه داشته باشید که تورم اپی‌گلوت ممکن است در عرض ۱۲ ساعت از شروع بیماری باعث بسته شدن کامل راه هوایی شود، بنابراین بیمار باید فوراً تحت درمان قرار گیرد.

● علایم شایع

۱ـ صدا یا گریه خفه و گرفته (در خروسک صدا یا گریه خشن‌تر است).

۲ـ سرفه در حد کم (در خروسک سرفه زیاد و شبیه پارس سگ است).

۳ـ گلو درد

۴ـ تب

۵ـ خشونت صدا

۶ـ آبریزش از دهان به علت مشکل در بلع بزاق

۷ـ مشکل تنفسی فزاینده

۸ـ دم پر سروصدا، جیغ مانند و با فرکانس بالا

۹ـ بنفش شدن پوست و بستر ناخن‌ها

۱۰ـ کودک سر خود را ممکن است در وضعیت نامعمولی قرار دهد. کودک گردن خود را به عقب و بدن خود را به جلو خم می‌کند، زبانش را بیرون می‌آورد و پره‌های بینی را تا حد امکان گشاد می‌کند. با این کار کودک تلاش دارد تا هوای بیشتری را استنشاق کند.

●علل

عفونت اپی‌گلوت توسط باکتری (معمولاً هموفیلوس آنفلوانزا ، پنوموکک، یا استرپتوکک). تورم اپی‌گلوت باعث بسته شدن ورودی نای می‌شود.

● عوامل تشدید کننده بیماری

۱ـ وجود یک بیماری که مقاومت بدن را کاهش داده باشد.

۲ـ محیط زندگی شلوغ یا غیربهداشتی

● پیشگیری

۱ـ اگر کودکتان قبلاً مبتلا به اپی‌گلوتیت شده است، هرگونه عفونت تنفسی را جدی بگیرید و برای درمان تحت نظارت مراجعه کنید.

۲ـ کودک باید واکسن هموفیلوس آنفلوآنزا را بزند.

● عواقب مورد انتظار

بهبود کامل در صورت تشخیص و درمان زودهنگام

● عوارض احتمالی

۱ـ ذات الریه، مننژیت، عفونت مفصل، عفونت و التهاب پرده دور قلب، یا سلولیت (عفونت بافت عمقی زیر پوست)

۲ـ بدون درمان امکان دارد مسیر هوایی کاملاً مسدود شود و کودک ممکن است در عرض چند ساعت فوت کند.

● درمان

▪ اصول کلی

۱ـ اقدامات تشخیصی ممکن است شامل کشت خون، کشت گلو، و سایر اقداماتی که تحت کنترل دقیق انجام می‌گیرند تا از بروز عوارض جلوگیری شود باشد.

۲ـ اگر مشکوک به اپی‌گلوتیت هستید هرگز سعی نکنید ته گلوی کودک را نگاه کنید.

۳ـ کودک را به جای خواباندن بنشانید.

۴ـ کودک را تا رسیدن به بیمارستان آرام و بی‌حرکت نگاه دارید. اضطراب و ترس بچه باعث بدتر شدن مشکلات تنفسی می‌شود.

۵ـ بستری کردن کودک برای دادن اکسیژن و انجام سایر اقدامات مراقبتی ویژه

جراحی برای باز کردن راهی به نای یا قرار دادن لوله‌ای در نای برای اینکه کودک بتواند تنفس کند. ۶ـ راهی که به نای باز شده است (یا لوله‌ای که در نای قرار داده شده است) در عرض ۳-۱ روز بسته (یا درآورده) می‌شود.

۷ـ پس از ترخیص از بیمارستان، شب‌ها در اتاق کودک یک دستگاه بخور تولید هوای مرطوب خنک بگذارید. این کار را ۳-۲ هفته ادامه دهید. ضمناً دستگاه باید روزانه تمیز شود.

● داروها

۱ـ آنتی بیوتیک برای کنترل عفونت. آنتی‌بیوتیک باید حداقل ۱۰ روز ادامه یابد.

۲ـ داروهای کورتیزونی برای کاهش التهاب

● فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا وقتی که تمام علایم برطرف نشده باشند، استراحت در رختخواب ضروری است. سپس کودک می‌تواند به‌تدریج فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری هایش را از سر گیرد.

● رژیم غذایی

تا زمانی که کودک دوباره قادر به بلع باشد باید تنها از مایعات (معمولاً سرم) استفاده شود. پس از ترخیص از بیمارستان، کودک را تشویق کنید که مایعات بیشتر بنوشد. رژیم غذایی کودک در این هنگام به حالت عادی برمی‌گردد.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱ـ اگر کودکتان علایم اپی‌گلوتیت را دارد. خصوصاً اگر کودک مشکل تنفسی داشته باشد، اورژانس را خبر کنید.

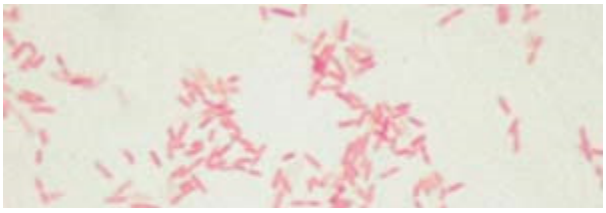
۲ـ اگر کودک شما قبلاً مبتلا به اپی‌گلوتیت شده است، و هم‌اکنون علایم عفونت تنفسی دارد.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238427

vista.ir
Online Classified Service

اپیدیدیمیت



● اطلاعات اولیه

اپیدیدیمیت عبارت است از التهاب و عفونت اپیدیدیم. اپیدیدیم یك ساختار مستطیلی شکل است که به قسمت بالایی هر کدام از بیضه‌ها می‌چسبد.

● علایم شایع

▪ بزرگ، سفت و دردناك شدن بیضه.

▪ تب

▪ شروع سریع درد، گرمی و تورم در پشت یکی از بیضه‌ها (گاهی هر دو بیضه)

▪ حساس بودن محتویات کیشه بیضه به لمس

▪ گاهی حساس بودن بیضه دیگر به لمس

▪ غالباً التهاب حاد پیشابراه که باعث سوزش به هنگام ادرار می‌شود.

● علل

▪ معمولاً عارضه‌ای از یك عفونت باکتریایی در قسمت دیگری از بدن است، مثلاً سوزاك؛ عفونت پروستات؛ یا عفونت مثانه یا کلیه

▪ اپیدیدیمیت ممکن است عارضه‌ای از عفونت در کیسه بیضه باشد یا به علت آسیب به کیسه بیضه ایجاد شود.

● عوامل افزایش‌دهنده خطر

▪ بیماری اخیر، خصوصاً التهاب حاد یا مزمن پروستات، التهاب پیشابراه، یا عفونت مجاری ادراری تنگی پیشابراه

▪ بودن سوند ادراری به‌مدت طولانی

● پیشگیری

▪ استفاده از کاندوم و عدم بی‌بندوباری

▪ حتی‌المقدور اجتناب از سوند ادراری.

● عواقب مورد انتظار

▪ معمولاً با درمان خوب می‌شود. درد معمولاً در عرض ۳-۱ روز بهبود می‌یابد، اما بهبودی کامل ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها به طول انجامد.

● عوارض احتمالی

▪ گاهی یبوست، زیرا اجابت مزاج باعث بدتر شدن درد می‌شود.

▪ عقیمی یا تنگی و انسداد پیشابراه. در صورتی که اپیدیدیمیت در هر دو طرف رخ داده باشد. این موارد احتیاج به جراحی دارند.

● درمان

▪ بررسی‌های آزمایشگاهی مثل آزمایش ادرار و کشت ترشحات پروستات برای شناسایی میکروب مسؤول

▪ هدف درمان عبارت است از مبارزه با عفونت و کاهش درد و تورم درمان معمولاً می‌تواند در منزل انجام گیرد.

▪ سعی شود کیسه بیضه از زیر نگاه داشته شود تا درد کمتر شود. برای این کار می‌توان از یك حوله نرم استفاده کرد و آن را بین پاها و زیر ناحیه ملتهب قرار داد.

▪ برای کمك به کاهش درد و تورم، یك کیسه یخ را روی نواحی ملتهب قراردهید. از گرما استفاده نکنید.

▪ پیش از شروع فعالیت‌های عادی از یك وسیله محافظت‌کننده و نگهدارنده که در بعضی از ورزش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد یا لباس زیر نسبتاً تنگ استفاده نمایید.

▪ ندرتاً برای تشخیص قطعی و نجات بیضه، عمل جراحی تفحصی انجام می‌شود.

▪ امکان دارد عمل جراحی برای موارد شدید که به آنتی‌بیوتیك‌ها جواب نمی‌دهند ضرورت یابد.

● داروها

▪ آنتی‌بیوتیك برای مبارزه با عفونت

▪ ایبوپروفن یا استامینوفن برای درد خفیف. در مواردی که درد متوسط تا شدید وجود داشته باشد ممکن است داروهای ضد درد قوی‌تر تجویز شوند.

▪ نرم‌کننده‌های مدفوع

● فعالیت

تا وقتی که تب، درد و تورم بهبود نیافته‌اند، در رختخواب استراحت کنید. از مقاربت جنسی خودداری کنید؛ حداقل یك ماه پس از فروکش کردن کلیه علایم صبر کنید.

● رژیم غذایی

▪ از خوردن الکل، چای، قهوه، یا نوشابه‌های گاز دار خودداری کنید. این مواد باعث تحریك و آزردگی دستگاه ادراری می‌شوند.

▪ برای پیشگیری از یبوست، غذاهای مسهل طبیعی بخورید، مثل آلو، میوه تازه، غلات سبوس‌دار و آجیل

● در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علایم اپیدیدیمیت را دارید.

▪ اگر درد با کارهای توصیه شده تخفیف نیابد.

▪ اگر شما دچار تب شوید

▪ اگر شما دچار یبوست شوید

▪ اگر علایم در عرض ۴ روز پس از شروع درمان، رو به بهبود نگذارند.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی سلامت ایرانیان

http://vista.ir/?view=article&id=242813

vista.ir
Online Classified Service

اثر عفونت های دوران کودکی بر بروز بیماری های آلرژیک

شیوع بیماری های آلرژیک مثل آسم، در کشورهای توسعه یافته در حال افزایش است. بنابر اطلاعات اپیدمیولوژیکی و تجربی اخیر ابتلاء به برخی بیماری های عفونی شایع در کشورهای در حال توسعه در دوران کودکی به دلیل واکسیناسیون کامل و دقیق در کشورهای توسعه یافته، ممکن است باعث بروز بیماری های آلرژیک گردد. در این مقاله، اطلاعات موجود در این زمینه مرور می شود.

● اثر بیماری های عفونی برآتوپی

شیوع اختلالات آتوپیک، به ویژه آسم، در کشورهای توسعه یافته در مقایسه با کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است به طوری که در این کشورها ۳۰ـ ۲۰ درصد جمعیت به این اختلالات مبتلا هستند. شیوع آسم در جوامع غربی در ۲۰ سال اخیر دو برابر شده است (۲و۱). علت دقیق این اختلالات روشن نیست اما چند دلیل احتمالی برای آن وجود دارد:

۱) ممکن است مردم کشورهای توسعه یافته در مقایسه با مردم کشورهای جهان سوم زمینه ژنتیکی متفاوتی داشته باشند که بیشتر به بیماری های آلرژیک مبتلا می شوند. ولی به نظر می رسد این دلیل اختلاف یاد شده نباشد. هر چند آسم فامیلی است و تحقیقات مختلف

لوکوس های ژنتیکی گوناگونی را نشان داده که مستعد کننده این بیماری هستند، بعید است ترکیب ژنتیکی جمعیت در طول یک قرن به طور قابل توجهی تغییر کند (۲و۱). در ضمن وقتی مردمی که متعلق به کشورهای در حال توسعه هستند در معرض شرایط زندگی غربی قرار می گیرند دچار افزایش بیماری های آلرژیک می شوند(۲).

۲) ممکن است میزان پایین تر آلودگی صنعتی در کشورهای در حال توسعه، به بروز کمتر بیماری های آلرژیک منجر شود. با وجود این نسبت آتوپی در افرادی که در مناطق بسیار آلوده لهستان یا آلمان شرقی سابق زندگی می کنند کمتر از افرادی است که در سوئد یا آلمان سکونت دارند که اساسا این کشورها کمتر آلوده هستند(۲).

۳) بالاخره تصور می شود افزایش آتوپی تا حدی به علت کاهش منظم میزان و یا شدت بیماری های عفونی در جهان توسعه یافته باشد (۳و۲). مطابق فرضیه بهداشت (Hygiene Hypothesis) برخورد کمتر با آلودگی و عفونت های دوران کورکی ممکن است به بلوغ ناکارآمد ایمنی و بنابراین بروز آلرژی در افراد آتوپیک منجر شود(۴). مطالعات اپیدمیولوژیکی اخیر که نشان می دهند رابطه معکوسی بین آتوپی و ایمونیزاسیون و یا عفونت با مایکوباکتریا، سرخک یا هپاتیت A وجود دارد تأیید کننده این فرضیه می باشند(۲). همین طور مشاهده شده رابطه معکوسی بین تعداد افراد خانواده و خطر آتوپی وجود دارد، به طور مثال شانس ابتلا به آسم در بچه هایی که خواهر و برادر ندارند بیشتر است، که احتمالا این رابطه با این فرضیه قابل توضیح است که عفونت های دوران کودکی درخانواده های بزرگتر متداول تر می باشد (۵و۳).

درباره فرض سوم تناقضاتی در مطالعات وجود دارد: مثلا درباره بعد خانواده در مطالعات دیگر نشان داده شده ارتباط تعداد افراد خانوده با بیماری های آتوپیک بر مبنای بیماری های عفونی شایعی مثل سرخک، خروسک، سیاه سرفه، آبله مرغان، سرخجه و اوریون که در دوران کودکی ایجاد می شوند قابل توضیح نیست (۶و۳). یا در برخی مطالعات، به طور کلی شواهدی مبنی بر عفونت های کمتر (شامل خروسک، سیاه سرفه، سرخک، اوریون و آبله مرغان) در کسانی که بیماری آلرژیک در آن ها پیشرفت می کند پیدا نشد (۷و۶). در مطالعه آینده نگری که Ponsonby و همکاران (۵) انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که عفونت های مجرای تنفسی تحتانی در سال اول زندگی با افزایش خطر آسم در ۷ سالگی مرتبط است، همچنین مشخص کردند که سرماخوردگی (عفونت مجرای تنفسی فوقانی) در یک ماهگی با افزایش خطر آسم در ۷ سالگی همراه می باشد.

با این حال شواهد غیر مستقیمی برای این فرضیه هست: نشان داده در گینه بیسااو، بچه هایی که سرخک گرفته باشند کمتر از آن هایی که سرخک نگرفته اند حساسیت پوستی به ماهیت پیدا می کنند، همین طور بچه های ژاپنی که ازدیاد حساسیت تأخیری به توبرکولین دارند کمتر از بچه های توبرکولین منفی دچار آتوپی یا علایم آسم می شوند و سربازان ارتش ایتالیا اگر از نظر سرولوژیک برای هپاتیت A مثبت باشند احتمال کمتری دارد آسم، رینیت آلرژیک یا آتوپی بگیرند، که این شاهد اخیر، به تازگی در نمونه جمعیتی کلی هم مشاهده شده است (۷و۱،۳). از زمان معمول شدن ایمن سازی علیه سرخک و سیاه سرفه در انگلیس در سال ۱۹۵۰ و ۱۹۶۸، وقوع این بیماری ها کاهش داشته است و این کاهش با افزایش شیوع آسم در بچه ها منطبق می باشد.

در مطالعه cohort که در سال ۲۰۰۱ در آلمان انجام شد، مشخص شد عفونت های مکرر ویروسی غیر از عفونت های مجرایی تنفسی تحتانی در اوایل زندگی، ممکن است سیستم ایمنی نابالغ را به سمت فنوتیپ Th۱ تحریک کنند، بنابراین خطر پیشرفت آسم را تا زمان سن مدرسه کاهش می دهند. در این مطالعه مطرح شد فقط عفونت های ویروسی ارتباط معکوس معنی داری با آسم در سن ۷ سالگی دارند و اثر حفاظتی بیماریهای عفونی ویروسی عمدتا وابسته به دو زیر گروه است: runny nose و عفونت های ویروسی تیپ هرپس (هرپس، التهاب منتشر مخاط دهان یا stomatitis، واریسلا). عفونت های باکتریایی، قارچی، گوارشی یا عفونت های مجرای ادراری هیچ اثر معنی داری بر آسم نداشتند(۸). در مطالعه ای که در سال ۱۹۹۸ در دانش آموزان ابردین (Aberdeen) انگلیس انجام شد، مشخص شد داشتن سه خواهر و یا برادر بزرگ تر یا بیشتر با کاهش معنی دار خطر اگزما و تب یونجه همراه است. در مقابل، داشتن سه خواهر و یا برادر کوچک تر یا بیشتر با خطر کمتر آسم همراه است. تعداد کلی خواهرها و برادرها، نسبت به تعداد خواهر و برادرها ی بزرگ تر یا کوچک تر اثر حفاظتی مستقل قوی تری بر بیماری آتوپیک دارد (۳). محققان آلمانی کشف کرده اند که شیوع آسم در کوچک ترین بچه های خانواده های بزرگ، نسبت به بچه های بزرگتر کمتر است (۱). بچه های کوچک تر در مقایسه با بچه های تنها یا بزرگ تر از خواهرها و برادرهایشان عفونت های بیشتر می گیرند. با این حال بعید به نظر می رسد که تغییرات تعداد افراد خانواده در سه دهه گذشته چنان اثری بر آسم داشته باشد تا مسؤول تغییر در شیوع این بیماری باشد(۳).

جالب توجه است که در مطالعه ابردین، افرادی که سرخجه، سیاه سرفه، اوریون یا آبله مرغان قبل از سه سالگی یا در سه سالگی گرفته بودند،

در مقایسه با آن هایی که این عفونت ها را در بچگی (یعنی قبل از سن ۱۴ـ ۱۰ سالگی) نگرفته بودند در موارد بیشتری به آسم، اگزما یا تب یونجه مبتلا شدند. بعد از تنظیم سن، جنس، موقعیت اجتماعی پدر، تعداد کل خواهرها و برادرها، تنها عفونتی که با افزایش معنی دار خطر ابتلا به آلرژی همراه بود، سرخجه بود که به طور مستقل به اگزما مرتبط است. سرخک دوران اولیه کودکی اثر بسیار کمی بر شیوع بیماری آتوپیک دارد، هر چند شیوع آسم تا حدی در آن هایی که قبل از سه سالگی سرخک می گیرند پایین تر است(۳).

به هر حال این تناقض ها در مطالعات ممکن است ناشی از اختلافات در نمونه های جمعیتی و روش های مطالعه باشد، یا عفونت هایی که از آتوپی جلوگیری می کنند ممکن است آن هایی باشند که در این مطالعات بررسی نشده اند (۷و۳،۶).

در تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ در ایتالیا انجام شد، مشخص شد مواجه با عفونت های دهانی گوارشی یا عفونت های غذایی (توکسوپلاسما گوندی، ویروس هپاتیت A و هلیکوباکترپیلوری) ارتباط معکوس با آتوپی و آلرژی تنفسی دارد اما ویروس هایی که از طریق مسیرهای دیگر منتقل می شوند، یعنی سرخک، اوریون، سرخجه، آبله مرغان، هرپس سیمپلکس تیپ او سیتومگالو ویروس چنین ارتباطی ندارند. ویروس هپاتیت A ، توکسوپلاسماگوندی و هلیکوباکترپیلوری از راه دهان و آب و غذای آلوده می توانند ایجاد بیماری کنند. در مقابل سرخک، اوریون، سرخجه و آبله مرغان ویروس های هوایی هستند که انتقال آن ها کمتر تحت تأثیر بهداشت قرار می گیرد، ویروس هرپس سیمپلکس و سیتومگالو ویروس هم به طور عمده از طریق تماس طولانی فرد با فرد منتقل می شوند. در این مطالعه، اولین شواهد اپیدمیولوژیکی فراهم شد مبنی بر این که میکروب های دهانی گوارشی و غذایی بیشتر از ویروس های تنفسی هوایی اثر محافظتی ضد آتوپی ایجاد می کنند و مطرح می کند که بافت لنفوئیدی همراه روده، همان محلی است که در آن در اثر مواجه میکروبی مناسب انحراف پاسخ ایمنی در مقابل آلرژن های هوایی معمول می شود. مدل های حیوانی شواهدی برای این فرض فراهم می کنند، مثلا در موش بعد از تولد، فلور روده برای افزایش ترجیحی ایمنی (Th۱ T- helper) در برابر آنتی ژن های محیطی ضروری است، یا در موش صحرایی، باکتری های روده ای تغییر ایزوتایپ l gE را تنظیم می کنند، یا در موش های germ free پاسخ های Th۲ به القای تولرانس دهانی حساس نیستند، و تشکیل مجدد میکروفلور روده ای یا تجویز دهانی مواد میکروبی (لیپوپلی ساکارید) این حساسیت را بهبود می دهد بنابراین مانع آتوپی می شود (۷).

در یک بررسی فلورکومانسال روده ای بچه های سوئدی (که در آن ها شیوع آلرژی بالا است) با بچه های استونی (که در آنها شیوع آلرژی پایین است) بررسی و مقایسه شد، مشخص شد که ممکن است تفاوت هایی در کلونیزاسیون مجرای گوارشی جمعیت هایی که شیوع بیماری های آلرژیک در آن ها بالا است وجود داشته باشد. در بچه های استونی یک ساله، کلونیزاسیون شدید با لاکتوباسیلوس ها وجود داشت در حالی که کلسترید یا در بچه های سوئدی بیشتر بود. تحقیقات بیشتر نشان داد بچه های هر دو جمعیت که بیماری های آتوپیک در آن ها بروز می کند کمتر با لاکتوباسیلوس ها کلونیزه می شوند ودارای میزان بیشتری از ارگانیسم های هوازی هستند. از طرف دیگر، ممکن است بچه هایی که بیماری آلرژیک در آن ها پیشرفت می کند نتوانند محصولات باکتریایی را که از فلورکومانسال مشتق می شوند بشناسند یا پاسخ کاملی علیه آن ها ایجاد کنند. این حالت ممکن است در بچه هایی که پاسخ ضعیف به واکسیناسیون DPT دارند و بعدها در آن ها آتوپی پیشرفت می کند وجود داشته باشد، پاسخی که ممکن است مشاهده همراهی معکوس بین پاسخ های توبرکولینی و بیماری آتوپیک را توضیح دهد(۹).

در مطالعه ای که Farooqi و Hopkin انجام دادند (۶) نشان داده شد سه متغیر به طور معنی دار با آسم، تب یونجه و اگزمای بعدی همراهند که شامل آتوپی مادرزادی (مادری)، ایمن سازی با واکسن پرتوسیس سلولی و درمان با آنتی بیوتیک های خوراکی در اوان زندگی می باشند. اثر آتوپی مادری به عنوان یک اثر ژنتیکی قابل درک است. واکسن پرتوسیس سلولی کامل به صورت بخشی از واکسن سه گانه DPT همراه ادجوانت آلوم تجویز می شود و به طور معنی دار با اختلالات آتوپیک بعدی مرتبط است. در حیوانات تجربی هم تعدادی از مشاهدات تأکید می کنند بوردوتلاپرتوسیس و توکسین هایش قدرت بالقوه افزایش Th۲ را دارند و در جوندگان عامل مشوق قوی تولید lgE هستند. در این مطالعه درمان خوراکی آنتی بیوتیکی به هر دلیلی در دو سال اول زندگی قوی ترین پیش گویی کننده اختلالات آتوپیک بعدی بود. البته در تفسیر آن، یک موضوع مهم که باید در نظر گرفته شود علت معکوس است، از آن جا که اختلالات آتوپیک باعث علایم تنفسی می شوند، که ممکن است با عفونت اشتباه یا با آن مخلوط شود، بیماری آتوپیک ایجاد شده باید با آنتی بیوتیک ها آماده درمان شود، از این رو تصور می شود درمان آنتی بیوتیکی باعث اختلال آلرژیک شده است. به علاوه، آنتی بیوتیک ها ممکن است برای عفونت هایی داده شود که ممکن است خودشان Th۲ را افزایش دهند مثل ویروس ستسیشیال تنفسی.

لازم به ذکر است در مطالعه ای که s.llli و همکاران انجام دادند (۸) هیچ ارتباطی بین درمان آنتی بیوتیکی و بروز آسم در سن ۷ سالگی پیدا

نکردند.

با این حال فلور میکروبی روده نقش مهمی در برنامه ریزی و پیشرفت ایمنی سیستمیک در اوان زندگی ایفا می کند و بافت لنفوئیدی حیواناتی که در وضعیت بدون میکروب (germ free) به دنیا می آیند یا آن هایی که تحت آلودگی زدایی آنتی بیوتیکی روده قرار می گیرند، به طور ضعیفی پیشرفت می کند و این ها مکانیسم ایمنی Th۱ معیوب دارند. بنابراین، درمان بچه های کوچک با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف خوراکی ممکن است روده را از عناصر مهم پیش برنده Th۱ فلورمیکروبی تهی کند، در سن حساسی که به برتری ایمنی Th۱ بر Th۲ و افزایش اختلالات آتوپیک منجر می شود آنتی بیوتیک ها ممکن است اثرات مستقیمی بر اعمال ایمنی انسان هم داشته باشند (۶).

یکی از جنبه های غریب ارتباط بین عفونت ها و آتوپی، ارتباط مثبت بین اختلالات آتوپیک و سندرم هایی مثل عفونت های مجرای ادراری است که برای آن هیچ ارتباط گزارش شده ای با اختلالات آتوپیک وجود ندارد. درمان آنتی بیوتیکی برای بسیاری از این بیماری هایی عفونی متداول است و شاید به همین دلیل اختلالات آتوپیک بعد از ابتلا به آن ها افزایش می یابند (۶).

مسأله دیگر این که اختلال آتوپیک بعد عفونت سرخک (اگر قبلا ایمن سازی سرخک انجام نشده باشد)، نسبت به موقعی که عفونت سرخک بعد ایمن سازی سرخک ایجاد می شود کمتر است (۶و۳) اطلاعات بیشتری لازم است تا این مطلب روشن شود چون عفونت سرخک اثرات ایمنی پیچیده ای دارد، بعد از عفونت سرخک سایتوکاین IL– ۱۲ کاهش یافته و IL-۴ افزایش می یابد. ایمن سازی سرخک هم با القای پاسخ غالب Th۲ حساسیت به آتوپی ایجاد می کند. بنابراین برنامه واکسیناسیون ملی سرخک در انگلیس ممکن است تا قسمتی تغییر در افزایش شیوع آسم را توضیح دهد (۶و۳).

جالب است که اطلاعات اخیر مطرح می کنند لازم نیست میکروب ها بیماری را ایجاد کنند تا اثر حفاظتی ضد آتوپی ایجاد شود. برای مثال، بیشتر موارد ابتلا به توکسوپلاسماگوندی بعد از تولد بدون تظاهرات بالینی است، اما توکوپلاسماگوندی قویا سلول های دندریتیک را تحریک می کند تا در بدن IL – ۱۲ تولید کنند که ملکول کلیدی در انحراف پاسخ های سلول T به سمت فنوتیپ Th۱ می باشد. باکتری های هوازی بیماری زا مثل مایکوباکتریوم توبرکلوزیس، یا مواد باکتریایی استنشاقی (اندوتوکسین ها) هم ممکن است با تحریک مکان های دیگر مثل بافت لنفوئیدی برونشی مانع آلرژی تنفسی شوند (۷).

در ضمن باید توجه کرد که محققان الزاما نقش سببی مستقیمی برای هلیکوباکترپیلوری، ویروس هپاتیت A یا توکسوپلاسماگوندی در کاهش خطر آتوپی که مشاهده می شود قایل نیستند. ترجیحا، در نظر گرفته می شود که مثبت بودن سرمی به این میکروب ها، نشانه بسیار قابل اعتمادی از پرورده شدن در محیطی است که مواجهه بیشتری با میکروب های دهانی گوارشی یا غذایی دیگر وجود دارد که ممکن است اثراتی را اعمال کنند که مانع آتوپی می شوند. این مطالعات مطرح می کنند که تحریک میکروبی مناسب در افرادی که در معرض توکسوپلاسماگوندی، ویروس هپاتیت A یا هلیکوباکترپیلوری قرار می گیرند در اوان کودکی کاملا مانع آتوپی می شود یا در برخی افراد ممکن است دیرتر عمل کند تا در دوران بزرگسالی از افزایش حساسیت بدون علایم بالینی که طی دوران کودکی شروع شده بود و آغاز علایم تنفسی آلرژیک ممانعت کند. بنابراین، این فرضیه وجود دارد که ممانعت از حساسیت آتوپیکی ممکن است منحصرا محدود به یک دوره مشخص در اوایل زندگی نباشد، ترجیحا ممکن است پروسه دینامیک و کمی باشد که تا حداقل دوره جوانی امتداد می یابد و تابع فاکتورهای ژنتیکی است که تنظیم می کنند چقدر زود و چقدر شدید مواجه میکروبی مداوم باید باشد تا محافظت دایم از حساس سازی آتوپیک ایجاد یا در شروعش تأخیر ایجاد کند (۷). اما محققان دیگر ممکن است در سرکوب فنوتیپ آتوپیک مؤثر باشد که درباره آن در ادامه توضیح داده می شود.

- اثر رژیم غذایی و حیوانات بر آتوپی

خوردن روزانه غذاهای سنتی که مواد محافظ ضد میکروبی ندارند و تحت مراحل بهداشتی قرار نگرفته اند ممکن است به جلوگیری از آتوپی کمک کند. رژیم غذایی سنتی ممکن است یا با فراهم کردن تحریک روزانه میکروبی مناسب سیستم ایمنی مخاطی عمل کند (مثل گونه های مایکوباکتریا)، یا با حمایت از تشکیل کلونی روده ای و Tu rnover بالای کومانسال های مناسب (مثل انتروباکتریاسه، یا گونه های لاکتوباسیلوس) عمل کند (۷). در ضمن گفته شده تغییر در میزان بیماریهای آتوپیک در کشورهای غربی ممکن است به تغییر در گرفتن مواد محافظتی مربوط باشد که از طریق غذا به بدن می رسند (۳).

ارتباط معکوس بین توکسوپلاسماگوندی و آتوپی ممکن است بر این امر دلالت کند که مواجه بیشتر با میکروب ها و آنتی ژنهای آن ها که از حیوانات آزاد می شود ممکن است مانع آتوپی شود، فرضیه ای که با مطالعه بچه های کشاورزان ایجاد شده است. در اینجا باید احتیاط کرد، چون

مواجهه زودرس با حیوانات خانگی در محیط بهداشتی، ممکن است در افراد مستعد حساس سازی IgE اختصاصی نسبت به آلرژن های حیوانی را تسهیل کند (۷).

- بیماریهای عفونی و پاسخ های ایمنی تیپ ۱ Th

چطور بیماریهای عفونی می توانند مانع ظهور بیماریهای آتوپیک شوند؟ عفونت های داخل سلولی مثل سرخچه، آنفولانزا، هپاتیت A و سل، پاسخ های تیپ ۱ Th را القا می کنند، که به محیط ایمونولوژیکی منجر می شود که اینترفرون گامای (&#۹۴۷; – IFN) فراوان دارد. &#۹۴۷; – IFN ، هم در بدن وهم در آزمایشگاه در سرکوب پاسخ های ایمنی ۲ Th نقش دارد. نشان داده شده است که سلول های native T ، بعد از فعال شدن با سلول های عرضه کننده آنتی ژن و در غیاب ۴ – IL ، هم زنجیره آلفا هم بتای گیرنده ۱۲ – IL را بیان می کنند، بنابراین پیشرفت سلول ۱ Th با واسطه ۱۲– IL تسهیل می شود. با این حال در حضور ۴ – IL، بیان زنجیره بتای گیرنده ۱۲ – IL مهار می شود و به تکامل سلول ۲ Th منجر می شود. زنجیره بتای گیرنده ۱۲ – IL در حضور &#۹۴۷; – IFN بیان می شود، صرف نظر از این که ۴ – IL باشد یا نباشد، بنابراین در میان مخزن سلول native T تکامل سلول ۱ Th را تحریک می کند (۲). احتمال شگفت آور این است که محیط Th۱ که بیماریهای عفونی ایجاد می کنند ممکن است مانع تکامل سلول های ۲ Th اختصاصی آلرژن شود و از نتایج چنین تکاملی (یعنی اختلالات آتوپیک) جلوگیری کند. چند مطالعه از این نظریه حمایت می کنند، ثابت شده عفونت M.bovis –BCG در موش ها می تواند گسترش ائوزینوفیلی راه های هوایی را که به واسطه آلرژن القا می شود و حساسیت بیش ازحد راه های هوایی را مهار کند. توضیح احتمالی این نتایج این است که &#۹۴۷; – IFN که در طول پاسخ Th۱ تولید می شود به طور مستقیم مانع تکامل سلولهای Th۲ اختصاصی آلرژن با مکانیسمی که در بالا توضیح داده شد می شود. با این وجود این ممکن است مکانیسم های دیگری هم باشند که به واسطه آن ها عفونت ها مانع تکامل فنوتیپ آلرژیک می شوند. مثلاً محیط سایتوکاینی که پاسخ های Th۱ القا می کنند ممکن است سلول های native T helper را به سمت Th۱ ببرد و از تکامل به سمت سلولهای Th۲ دور کند، که این کار را با مهار بیان فاکتورهای رونویسی که برای تمایز سلول های ۲ Th لازمند و یا القای تولید فاکتورهای رونویسی که مسئول ایجاد سلولهای Th۱ هستند انجام می دهند. به علاوه، پاسخ های ایمنی Th۱ ممکن است به طریقی مانع بیان کموکاین هایی شود که به طور طبیعی در طول التهاب آلرژیک القا می شوند و برای جایگزینی مناسب ائوزینوفیل ها و سلول های Th۲ در بافت های ملتهب ضروری هستند. هر چند واضح است که عفونت هایی که پاسخ های Th۱ را القا می کنند این قابلیت را دارند که پاسخ های Th۲ را مهار کنند، ممکن است موقعیت هایی باشد که در آن این اتفاق نمی افتد. مثلاً، عفونت با M.Bovis – BCG قویاً مانع پیشرفت پاسخ Th۲ موضعی در ریه می شود اما مانع پاسخ آلرژیک سیستمیک نمی شود. این امر مطرح می کند که عفونت باید در همان محل پاسخ آلرژیک رخ دهد تا بیشترین اثر مهاری را داشته باشد. اگر قضیه این طور نباشد، ظاهرا پاسخ های Th۱ و Th۲ می توانند همزمان در نقاط مختلف بدن وجود داشته باشند. علاوه بر این، زمان عفونت نسبت به سن فرد هم ممکن است در سرکوب فنوتیپ آتوپیک مؤثر باشد (۲). پاسخ ایمنی نوزادان غیر آتوپیک به سمت پاسخ های Th۲ انحراف دارد (فنوتیپ طبیعی سلول T جنین Th۲ است، مکانیسمی که جنین را از &#۹۴۷; - IFN مادری حفظ می کند)، که بعدا در طول سال های اول زندگی به سمت پاسخ های Th۱ شفیت پیدا می کند تا در مقابل عفونت ها کودک را حفظ کند (۳،۲). در مقابل، بچه هایی که آتوپیک می شوند پاسخ Th۲ را از دست نمی دهند. یک گزارش تازه عدم مهار پاسخ Th۲ در بچه های آتوپیک را به ناتوانی این بچه ها در تولید مقادیر کافی &#۹۴۷; - IFN نسبت می دهد. این امر مطرح می کند که بیماری های عفونی که باعث القای تولید &#۹۴۷; - IFN می شوند باید در طول دوره بلافاصله بعد از تولد، یا دوران اولیه کودکی بیشترین تأثیر را بر مهار اختلالات آتوپیک داشته باشند و عفونت های که بعدها در زندگی رخ می دهند هیچ اثر مهاری ندارند. مشاهده این که در بچه های غیر آتوپیک قبل از سن ۵ سالگی الگوی T h۱ اختصاصی آلرژن می یابد و نه الگوی Th۲ القا کننده آتوپی، این نظریه را تقویت می کند (۲). البته در این فرضیه پیدایش بیماری های آلرژیک، شرایط ارگان هدف هم نقش دارد، به عبارت دیگر برای بروز این بیماری ها وجود کوفاکتور نیز اهمیت دارد. به عنوان مثال در مورد پیدایش بیماری آسم دخالت عفونت ویروس سنسیشیال تنفسی (RSV)، قرار گرفتن در معرض آلرژن ها، دود سیگار و آلودگی هوا احتمالا مکانیسم تنظیم ایمنی (Immune.regulation) موجود در سطح مخاط ها را تغییر می دهد و زمینه را برای واکنش ایمنی Th۲ و بروز بیماری آلرژیک فراهم می سازد.

مطلب مهم دیگر اینکه در موش ها، عفونت شیستوزوما مانسونی شدید پاسخ های ۲ Th را القا می کند. این عفونت به صورت مداوم پاسخ Th۱ به آنتی ژن های دیگر را کاهش می دهد و کلیرانس ویروس واکسینیا را به تاخیر می اندازد. با این حال، در انسانهای مبتلا به فیلاریازیس، که نمودار سایتوکاینی Th۲ نشان می دهند، توانایی پاسخ به پروتئین های Mtb از دست نمی رود. بچه های مبتلا به اگزما، گهگاه بعد از عفونت های

شدید باکتریایی یا ویروسی بهبود خودبخودی پیدا می کنند (اگرچه اغلب موقتی است). هر دو این مشاهدات مطرح می کنند که تغییر در تعادل Th۲ /Th۱ ممکن است فقط در حضور عفونت مداوم و شدید مهم شود (۱).

اثر بیماری های عفونی که بعد از اختلال آتوپیک بروز می کنند، بر پیشرفت اختلالات آتوپیک

همانطور که در بالا بحث شد، واضح به نظر می رسد که عفونت هایی که پاسخ تیپ Th۲ را القا می کنند می توانند تحت شرایط معینی مانع پیشرفت فنوتیپ آتوپیک شوند. با این حال، وقتی عفونت بعد از این که اختلال آلرژیک کاملا پیشرفت کرد و مزمن شد در همان محل رخ می دهد چه اتفاقی می افتد؟به نظر می رسد یکی از این دو نتیجه غالب می شود، که به قدرت پاسخ T h۲ و بنابراین مقدار IL – ۴ که تولید می شود بستگی دارد. حضور IL – ۴ در طول پرایمینگ سلول T ممکن است پاسخ Th۱ که در حالت طبیعی غالب است و توسط عامل عفونی القا می شود را به پاسخ مخلوط Th۲ /Th۱ منحرف کند، که به تشدید اختلال آتوپیک منجر می شود. گزارشاتی این نظریه را تایید می کنند، گزارشاتی که نشان می دهند IL – ۴ می تواند تولید پاسخ های Th۲ را تحت شرایطی که در حالت طبیعی فقط حمایت کننده تولید سلول های Th۱ هستند، القا کند. در مقابل، اگر پاسخ آلرژیک ضعیفی با مقادیر پایین I L – ۴ وجود داشته باشد، پاسخ Th۱ در مقابل عفونت احتمالا به پاسخ Th۲ / Th۱ مخلوط منحرف نمی شود. در مجموع، ممکن است که پاسخ Th۱ که با عفونت القا می شود تحت نفوذ پاسخ آلرژیک قوی به تیپ Th۲ منحرف شود. هر چند هنوز مانده تا این امر از نظر تجربی اثبات شود، ولی مشاهده بالینی آسمی که با عفونت القا می شود مطرح می کند که این اثر می تواند اتفاق بیفتد.

مکانیسم دیگری که توسط آن بیماری های عفونی ممکن است علایم پاسخ های آلرژیک مستقر شده را افزایش دهند با فراهم کردن IL – ۲ برای سلولهای Th۲ اختصاصی آلرژن است که در حال تکثیر هستند و به پاسخ های Th۲ قوی تر منجر می شود. مشاهده این که سلولهای IL ،Th۱ ۲– تولید می کنند و سلولهای Th۲ , IL – ۲ را برای پیشرفت مطلوب لازم دارند از این نظریه حمایت می کند (۲).

- بیماریهای عفونی القا کننده پاسخ های تیپ Th۲

بیماریهای عفونی دیگری که ممکن است بر پیشرفت اختلالات آتوپیک اثر بگذارند کرم های متازوئیک (چند یاخته ای) هستند. در مقایسه با عفونت ناشی از پاتوژن های داخل سلولی، عفونت های کرم های انگلی پاسخ های تیپ Th۲ بسیار مشخصی را القا می کنند. آلرژن هایی که قوی ترین پاسخ های IgE را در طبیعت تولید می کنند از انگل های کرمی منشاء می گیرند (۱۰).

بنابراین، انتظار می رود عفونت های کرمی با القای بیان IL – ۴ و احتمالا از طریق القای فاکتورهای ترجمه ای خاص سلول Th۲ در سلولهای naive آتوپی را افزایش دهند، که به پیشرفت بیشتر سلول های Th۲ اختصاصی آلرژن منجر می شود. به علاوه، افزایش تعداد کل ائوزینوفیل ها و القای تولید ماستوسیت ها که بعد از عفونت های کرمی مشاهده می شود ممکن است مستقیما التهاب تیپ آلرژیک را افزایش دهد (۲).

خارش مکانیکی در محل التهاب آلرژیک در طول مهاجرت کرم (مثلا آسکاریس در شش) ممکن است به طور کلی فنوتیپ آتوپیک را هم با افزایش پاسخ های التهابی در این محل افزایش دهد. این مشاهده در توافق با مطالعاتی است که نشان می دهد تظاهرات آلرژیک بیشتر در بچه هایی بروز می کند که از نظر سرمی برای توکسوکارا مثبت هستند تا در بچه های سرونگاتیو. به علاوه، درمان ضدکرمی افرادی که در مناطقی که آلودگی های کرمی شیوع بالایی دارد زندگی می کنند هم به بهبود آسم منجر می شود. جالب است که این پدیده فقط وقتی مشاهده می شود که افراد بار انگلی نسبتا پایینی داشته باشند، ریشه کنی کرمی در بچه هایی که بار انگلی بالاتری دارند القای بیماری آتوپیک آغاز می کند. به علاوه، در کشورهای درحال توسعه یافته شایع نیست. مبنای این مشاهدات واضح نیست. یک احتمال این است که مردم کشورهای در حال توسعه ممکن است بیشتر در معرض عفونت های القا کننده Th۱ قرار گیرند، که به مهار اختلالات آتوپیک صرف نظر از عفونت های کرمی منجر می شود. فرضیه شگفت آور دیگر این است که هر چند عفونت های کرمی ممکن است عملا موجب افزایش پاسخهای Th۲ به سمت آلرژن ها شوند، ممکن است باعث مهار اعمال افکتور آتوپیک هم بشوند (۲).

مطالعات ایمونولوژیکی اخیر نشان داده دو پاسخ IgE مختلف علیه عفونت های کرمی وجود دارد: اولین اینها پاسخ دفاعی میزبان است که IgE اختصاصی آنتی ژن های پارازیتی تولید می کند. پاسخ ثانویه این است که میزبان IgE پلی کلونال وابسته به IL – ۴ / Th۲ غیر اختصاصی تولید می کند که به افزایش مقدار کل IgE سرمی در جمعیت های آلوده به انگل منجر می شود. این تولید پلی کلونال IgE ممکن است مکانیزم دفاعی کرم در برابر اثرات ضد انگلی IgE باشد. محرک پلی کلونال می تواند با کاهش تولید آنتی بادی IgE اختصاصی پاسخهای آلرژیک را مهار کند، که به رابطه معکوس بین مقادیر IgE سرمی اختصاصی و مقدار کل IgE منجر می شود. IgE پلی کلونال گیرنده های IgE روی ماست سل ها را هم

اشباع می کند، بنابراین به طور رقابتی مانع اتصال IgE اختصاصی آلرژن می شود. این فعالیت مهاری ممکن ایت دلیل کاهش شیوع بیماری های آلرژیک باشد که در برخی جمعیت های گرمسیری گزارش شده است (۱۰و۱،۲). این احتمال که انگل ها با تحریک تولید IgE اضافی از پاسخ ایمنی فرار می کنند اهمیت زیادی دارد. برای مثال، در جمعیت هایی که به صورت اندمیک در معرض کرم ها قرار می گیرند، افرادی که بالاترین مقادیر IgE کل سرمی را دارند نسبت به آن هایی که مقادیر پایین تر IgE کل سرمی دارند، بعد درمان ضد کرمی سریع تر با انگل ها دوباره آلوده می شوند. به علاوه افراد آتوپیک در چنین جمعیت هایی به طور قابل توجهی مقادیر IgE کل پایین تر، غلظت IgE ضد انگلی اختصاصی بالاتر، و عفونت های کرمی ضعیف تری نسبت به افراد مشابه غیر آتوپیک دارند. این مشاهدات مطرح می کنند که میزبانان آتوپیک از طریق تکامل پاسخ های اختصاصی مؤثری در برابر انگل ها کسب کرده اند، و این که کرم ها هم از طریق تکامل با افزایش آلرژن هایی که پاسخ IgE پلی کلونال را تحریک می کنند با آن مقابله می کنند. افراد آتوپیک مؤثرترین پاسخ های IgE را ایجاد می کنند، و در اصطلاح تکاملی، ممکن است این امر جبران اثرات مضر بیماری آلرژیک را بکند. بنابراین به نظر می رسد وضعیت آتوپیک به نفع اختصاصی در مقابل پاسخ IgE پلی کلونال باشد و بنابراین ژن هایی که این را تعیین می کنند ممکن است حفظ شده باشند. با وجود این، در غیاب مواجهه محیطی با انگل ها، این اثر بیشتر از این که مفید باشد مضر است (۱۰).

هر چند اثرات عفونت کرمی بر پاسخ های آلرژیک واضح نیست، برخی عوامل عفونی که پاسخ های Th۲ را القا می کنند به نظر می رسد پیشرفت اختلالات آتوپیک را افزایش دهند. برای مثال، گزارش شده عفونت با ویروس سنسیشیال تنفسی (RSV)، بیماری آسم را هم در انسان هم در موش تشدید می کند و ابتلا به برونشیولیت RSV در سال اول زندگی عامل خطر قوی برای پیشرفت آسم و آتوپی است هر چند مکانیسم افکتور ایمنی که از طریق آن ها عفونت های RSV این اثر را القا می کنند واضح نیست، تصور می شود این اثر حداقل تا حدی به واسطه القای مستقیم پاسخ های Th۲ در ریه توسط ویروس باشد (۴ و ۲).

- گفتار آخر

در مجموع شواهد خوبی وجود دارد که عفونت ها می توانند قویا بر پیشرفت و شدت اختلالات آتوپیک اثر بگذارند (۲). افزایش شیوع و شدت بیماری های آلرژیک که اخیرا در کشورهای توسعه یافته مشاهده می شود به عدم تعادل Th۱ /Th۲ نسبت داده می شود که با کاهش مواجه با عفونت های باکتریایی و ویروسی متداول ایجاد می شود، اما کاهش عفونت های کرمی را هم باید در این زمینه در نظر گرفت (۱۰). عفونت هایی مثل سرخک، انفولانزا و سل پاسخ های Th۱ بسیار مؤثری القا می کنند و به نظر می رسد یا مستقیما با مهار پیشرفت سلول Th۲ اختصاصی آلرژن یا با مکانیسم های فعلا ناشناخته دیگر مانع پیشرفت آتوپی می شوند. با وجود این، این اثر به نظر می رسد مثل شمشیر دو لبه باشد چون اگر بعد از این که فنوتیپ آتوپیک کاملا پیشرفت کرد این عفونت ها رخ دهند ممکن است عملا شدت اختلالات آتوپیک راافزایش دهند. عفونت های کرمی پیچیدگی واکنش های مقابلی را که میانجی پیشرفت اختلالات آلرژیک هستند بیشتر روشن می کنند. هر چند تولید IL – ۴ که کرم القا می کند ممکن است پاسخ های Th۲ را بر ضد آلرژن ها افزایش دهد، مکانیسم های افکتور آلرژیک (فعال شدن ماست سل ها با واسطه IgE) ممکن است عملا مهار می شود. با این حال، پیش بینی طولانی مدت ممکن است تشدید بیماری آتوپیک در زمانی باشد که مقادیر IgE پلی کلونال بعد از حذف طبیعی یا معالجه ای کرم ها کاهش می یابد (۲).

شواهد بالا به مناظره علمی منجر شده است که از میکروب های خاص یا ملکول های آن ها، بدون ایجاد بیماری عفونی، برای جلوگیری از آتوپی استفاده شود (۷ و۲). مثلا در تحقیقی که اخیرا Isolauri و همکاران (۱۱) انجام دادند، اثر پروبیوتیک ها را بر کنترل اگزمای آتوپیک بررسی کردند. پروبیوتیک ها که به عنوان اجزای غذایی میکروبی زنده که برای سلامتی مفید هستند تعریف می شوند، باکتری های کومانسال طبیعی میکروفلورای روده ای انسان سالم هستند. پروبیوتیک ها از طریق اثر بر روده تأثیرات مفیدی بر سلامت میزبان می گذارند. بیشترین نوعی از آن ها که استفاده می شود لاکتوباسیلوس ها (lactobacilli) و بیفیدوباکتریاها (bifidobacteria) هستند، و بیشترین استفاده درمانی ثبت شده و رایج آن ها در پیشگیری و درمان بیماری های اسهالی است. در این مطالعه، اثر مصرف خوراکی Lactobacillus strain و Bifidobacterium factis GG بر شیر خوارانی که علایم اگزمای آتوپیک را نشان می دادند بررسی شد و مشخص شد که پروبیوتیک های یاد شده میزان، شدت و علایم فردی اگزمای آتوپیک رادر شیر خواران کاهش می دهند.

به علاوه پیشنهاد شده با واکسن نزدن علیه بیماری های کودکی، افراد کمتری ممکن است در طول زندگی شان دچار آتوپیک شوند، هر چند خطرات این راه ممکن است از فوایدش بیشتر باشد. چنین طرح هایی ممکن است در آخر بیشتر مضر باشند تا مفید، مگر این که ما بتوانیم به نحو کامل تری مکانیسم های افکتور ایمنی را که میانجی پاسخ بیماری های عفونی و آلرژن ها هستند درک کنیم (۲).

منبع : بنياد انديشه اسلامي

http://vista.ir/?view=article&id=337213

از آبله مرغان تا زونا

بیشتر ما در کودکی دانه‌های قرمز خارش‌دار آبله‌مرغان را تجربه کرده‌ایم. عامل این بیماری ویروسی است که تا پایان عمر به صورت خفته در بدن ما مهمان است. ای کاش هیچ‌وقت این ویروس خفته و نیمه جان فعال نشود تا هیچ‌کس دردهای وحشتناك زونا را تجربه نکند. برای آگاهی از این بیماری کودکانه که بخشی از خاطرات ما را می‌سازد، با دکتر سیادتی گفتگو کردیم.

ـ آقای دکتر، لطفا درباره بیماری آبله‌مرغان توضیح دهید؟

آبله‌مرغان، يك بیماری ویروسی است که به‌خصوص در این فصل بهار شایع است. این بیماری، بسیار واگیر دارد و هیچ بیماری مثل آبله‌مرغان، مسری نیست. بیماری‌های سرخك و سرخجه نیز به شدت مسری هستند ولی آبله‌مرغان خیلی شدیدتر است و تقریبا غیرممکن است که شخصی در تماس با ویروس باشد و مبتلا نشود. این بیماری مخصوص انسان‌ها است و میزبان دیگری ندارد و به طور معمول در سنین ۵ تا ۱۲ سال در کودکان بروز می‌کند.

ـ راه‌های سرایت ویروس کدام است؟

راه انتقال آن از راه هوا و دستگاه تنفسی است. اگر فردی تا به حال به این بیماری مبتلا نشده باشد و در خانه‌ای باشد که ویروس آبله‌مرغان در هوای آن خانه باشد، به آن مبتلا می‌شود. زمان بیشترین احتمال سرایت بیماری از دوره قبل از ظاهرشدن بثورات و تا يك هفته بعد از آن است. البته بثورات خشك شده، حالت واگیری ندارند.

از زمانی که ویروس وارد بدن فرد می‌شود تا بروز علایم، يك دوره ۱۲ تا ۱۶ روزه به صورت دوره نهفته بیماری وجود دارد. بیشتر افراد در کودکی به آبله‌مرغان مبتلا می‌شوند و گاهی از اوقات حتی مادر متوجه بیماری کودك نمی‌شود. چون در این سن، بیماری گاهی اوقات خیلی سبك بروز می‌کند و حتی خود شخص در بزرگسالی به یاد نمی‌آورد که به بیماری مبتلا شده است، به‌خصوص قدیم‌ترها که مادران بچه‌ها را هفتگی حمام می‌کردند و متوجه نبودند.

ـ این بیماری علایم خاصی دارد؟

به طور معمول تب، کسالت و بی‌اشتهایی و پس از آن بثورات جلدی قرمزرنگ ظاهر می‌شود که این بثورات به خودی خود، خشك می‌شوند و می‌افتند و جای آنها نیز به طور معمول باقی نمی‌ماند.

ـ این بثورات پوستی بیشتر در کدام مناطق پوست دیده می‌شوند؟

بیشتر در جلو و پشت تنه دیده می‌شود و از آنجا به تمام نقاط بدن منتشر می‌شود و هیچ جای بدن نیست که از آبله‌مرغان و این بثورات در امان

باشد حتی داخل چشم، دهان، بینی، گوش و اندام‌های تناسلی. ابتدا به صورت شکل خاصی از زخم ایجاد می‌شود که بعدها در آن آب جمع می‌شود و مایع وسطش شفاف است و قاعده این بثورات، قرمزرنگ است.

ـ این بیماری در افراد بالغ نیز دیده می‌شود؟

بله. در افراد بالغ و افراد مسن و همچنین بیماران مبتلا به سرطان یا آنهایی که تحت کورتون درمانی هستند، علایم بیماری و حالات آن بسیار سخت‌تر بروز می‌کند. حتی در کودکانی که از ناقلان دیگر می‌گیرند، علایم سخت‌تری بروز می‌کند و ناقلان بعدی نیز بر شدت بیماری‌شان افزوده می‌شود.

ـ راه‌های پیشگیری از بیماری چگونه است؟

این بیماری واگیردار است و بیشتر افراد به آن مبتلا می‌شوند و اصلی‌ترین سن ابتلا نیز در کودکی است چون در بزرگسالی، شدت بیماری بیشتر می‌شود. ابتلا به آبله‌مرغان برای نوزادان و بچه‌های شیرخوار خطرناك است و افرادی که احتمال آلودگی به ویروس را دارند نباید با نوزاد در تماس باشند یا به اتاق نوزاد بروند.

ـ آیا ابتلا به آبله مرغان، ایجاد عوارض نیز می‌کند؟

بله. هیچ بیماری بدون عارضه نیست اما چون در ایران بیشتر افراد در سنین کودکی به آن دچار می‌شوند، عوارض زیادی دیده نمی‌شود. مگر آنکه کودك محل بثورات را بخاراند وباعث عفونی شدن زخمها شود. گاهی‌اوقات حالت‌های پنومونی (سینه پهلو) پانکراتیت، هپاتیت و مشکلات مغزی به صورت بروز نداشتن تعادل نیز دیده می‌شود. ممکن است پلاکت خون بیمار کم شود و این باعث خون‌ریزی شود یا درون بثورات به جای مایع شفاف، مایع خونی دیده شود.

ـ آیا برای جلوگیری از این عوارض، راه درمانی وجود دارد؟

درمان فقط حالت نگه‌دارنده است. یعنی برای از بین بردن تب در فرد مبتلا، استامینوفن تجویز می‌شود و نباید به هیچ وجه از آسپرین استفاده شود چون امکان بروز <سندرم رای >Ray(است که بیمار بی‌هوش می‌شود، تشنج می‌کند و از بین می‌رود.

دوم آنکه، در فرم‌های شدید بیماری یا در افرادی که نقص ایمنی دارند و بیماران مبتلا به سرطان یا افراد تحت کورتون درمانی یا کودکی که از ناقل دوم و سوم مبتلا شده است، آسیکلوویر تجویز می‌شود و مهم است که تجویز آن به تاخیر نیفتد. آسیکلوویر باعث خفیف‌ترشدن بیماری و کمترشدن عوارض آن می‌شود.

سوم آنکه، مالیدن هرگونه پماد روی بثورات جلدی کاملا خطاست و هیچ تاثیری ندارد. برای رفع خارش نیز از بعضی داروهای ضد خارش و آنتی‌هیستامین استفاده می‌شود. مصرف آنتی‌بیوتیك نیز جایگاهی در درمان آبله‌مرغان ندارد، مگر به علت عفونت اضافه شده روی زخم‌ها.

ـ آیا آبله‌مرغان واکسن نیز دارد؟

بله. ویروس زنده ضعیف شده است. وقتی که در کودکی واکسن می‌زنند، به بیماری مبتلا نمی‌شوند و ممکن است در زمان بلوغ و بزرگسالی مبتلا شوند که حالت‌های بیماری بسیار شدیدتر بروز می‌کند. به همین دلیل در اغلب کشورها در سنین ۵ تا ۱۲ سالگی واکسیناسیون توصیه نمی‌شود و ما در ایران نیز این کار را انجام نمی‌دهیم مگر در موارد خاص مثل افراد مبتلا به سرطان، لنفوما، لوسمی و کسانی که کورتون درمانی می‌شوند به دلیل ضعف سیستم ایمنی بدن‌شان، ابتلا به بیماری برایشان بسیار خطرناك است.

ـ برای جلوگیری از ابتلای کودك مبتلا به سرطان که در حال شیمی‌درمانی است و در تماس با ویروس بیماری بوده است، چه اقدام سریعی باید انجام داد؟

دارویی به نام VZIG، ایمونوگلوبین اختصاصی برای آبله‌مرغان وجود دارد که باعث می‌شود فرد مصرف‌کننده آن یا آبله‌مرغان نگیرد یا بسیار خفیف مبتلا شود. متاسفانه در ایران این دارو را نداریم و توصیه می‌کنیم از تماس افراد مبتلا به آبله‌مرغان با گروه یاد شده جلوگیری به عمل آید.

ـ تفاوت آبله‌مرغان و زونا چیست؟

کسی که به آبله‌مرغان مبتلا می‌شود، ویروس آن مادام‌العمر در بدنش به صورت خفته می‌ماند. وقتی که زمینه مساعد شود یعنی اگر ایمنی بدن شخص پایین بیاید، به هر دلیلی، ویروس آبله‌مرغان که در عقده‌ها یا گره‌های عصبی لانه‌گزینی کرده است، فعال می‌شود و ضایعات پوستی شبیه آبله‌مرغان در قسمتی که آبله‌مرغان اولیه وجود داشته است، در مسیر عصب‌دهی آن گره خاص ایجاد می‌کند. به طور معمول از بروز آبله‌مرغان تا زونا چند سال فاصله است و ما آن را زنگ خطر تلقی می‌کنیم.

ـ چرا؟

همان‌طور که گفتم، ممکن است يك بیماری در شخص وجود داشته باشد مثل سرطان یا لنفوما و به همین دلیل زونا ایجاد شده است. زونا به طور معمول در بالغین، به‌خصوص افراد مسن دیده می‌شود و آن‌قدر دردناك است که گاهی با درد قلبی (انفارکتوس) اشتباه گرفته می‌شود و در معاینه به وضوح ،بثورات آبله‌مرغان مانند را در ناحیه کمر از خط وسط تا پهلو می‌یابیم (چون آبله‌مرغان اولیه به‌طور معمول در تنه بیشتر است.) زونا با این‌که درمان ندارد اما باید برای تشخیص عامل اولیه، کاهش مقاومت در بدن و درمان آن جدی گرفته شود و به پزشك مراجعه شود.

ـ چرا گاهی در بچه‌ها زونا دیده می‌شود؟

قاعدتا بروز چنین مواردی کم سابقه است و باید سریع به پزشك ارجاع شود اما ممکن است طفل در دوران نوزادی مبتلا به آبله‌مرغان شده باشد یا مادرش در دوران بارداری مبتلا به آبله‌مرغان شده باشد، که البته خانم‌های بارداری که آبله‌مرغان نگرفته‌اند به هیچ وجه نباید در معرض ویروس قرار بگیرند چون احتمال ابتلای جنین به نقص خلقتی بسیار زیاد است یعنی ممکن است که نوزاد يك چشم نداشته باشد یا پوست و عضله يك قسمت از بدن او تشکیل نشود و استخوان نمایان شود.

خلاصه زونا را جدی بگیرید چون يك زنگ خطر است. درمان آن فقط داروهای تسکین‌دهنده است و آبله‌مرغان اولیه شما در هر محلی بیشتر بوده باشد، زونا در آنجا حاصل می‌شود.

▪ خلاصه گفتگو

ـ آبله‌مرغان، يك بیماری ویروسی است که به‌خصوص در این فصل بهار شایع است. این بیماری، بسیار واگیر دارد و هیچ بیماری مثل آبله‌مرغان، مسری نیست.

ـ دارویی به نام VZIG، ایمونوگلوبین اختصاصی برای آبله‌مرغان وجود دارد که باعث می‌شود فرد مصرف‌کننده آن یا آبله‌مرغان نگیرد یا بسیار خفیف مبتلا شود.

ـ آبله مرغان واگیردار است و بیشتر افراد به آن مبتلا می‌شوند و اصلی‌ترین سن ابتلا نیز در کودکی است.

ـ درمان فقط حالت نگه‌دارنده است. یعنی برای از بین بردن تب در فرد مبتلا، استامینوفن تجویز می‌شود و نباید به هیچ وجه از آسپرین استفاده شود.

ـ زونا را جدی بگیرید چون يك زنگ خطر است. درمان آن فقط داروهای تسکین‌دهنده است و آبله‌مرغان اولیه شما در هر محلی بیشتر بوده باشد، زونا در آنجا حاصل می‌شود.

بثورات پوستی آبله‌مرغان ممکن است در دوران بزرگسالی به صورت بیماری زونا تظاهر کند

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=264306

vista.ir
Online Classified Service

از خاک به خوک

با پیش‌بینی شیوع آنفلوآنزای خوکی در آمریکا صاحب‌نظران معتقدند چالش جدی آینده دولت اوباما سلامت اجتماعی است. چند روز پیش در آستانه صد روز دوم دولت جدید، ژوزف بایدن، معاون رییس‌جمهور گفت: «اولین و

مهم‌ترین دستور کار دولت سلامت اجتماعی است.» ...

همه‌گیری آنفلوآنزای خوکی زوایای تاریک و روشن نظام سلامت و بهداشت آمریکا را می‌تواند روشن کند. در آزمایشگاه‌های تخصصی ویروس‌شناسان امیدوارند به زودی واکسن بیماری را پیدا کنند، ولی در کشوری که از هر هفت نفر یک نفر بیمه نیست و به دنبال آن به خدمات درمانی و دارو و پزشک دسترسی آسان ندارد، نگرانی این است که مردم تا چه اندازه می‌توانند به کنترل و درمان بیماری در سطح اجتماع امیدوار باشند. در صورت همه‌گیری آنفلوآنزا وضع بیمه نشده‌ها از همه بدتر است که یا به طرف بخش‌های اورژانس هجوم می‌آورند یا با درمان سرخود با داروهای دم‌دستی سرماخوردگی وضع را بدتر و پیچیده‌تر می‌کنند.

بسیاری از این افراد نمی‌دانند با مراجعه مراکز دولتی می‌توانند بدون پرداخت پول یا با پول کمی ویزیت شوند. البته کمک به یک جمعیت ۵۰ میلیون نفری بیمه نشده آخر ماجرا نیست. مثلا معلوم نیست تکلیف مهاجران غیرقانونی که نام و نشانی از آنها ثبت نشده و جزو اولین و پرخطرترین کانون‌های بیماری‌های واگیردار هستند، چیست؟ متخصصان بهداشت عمومی می‌گویند ایجاد مانع در راه دسترسی به مراقبت‌های پزشکی حتی با بهانه قانون برای جامعه شناور و پرتحرکی مثل ایالات‌متحده درنهایت نتایج منفی خود را نشان خواهد داد. دکتر جرج بنجامین، رییس هیات مدیره مرکز سلامت عمومی آمریکا می‌گوید: «نگرانی ما اول در مورد کسانی است که با تأخیر در مراجعه و درمان، خود و دیگران را به خطر می‌اندازند. در صورت همه‌گیری بیماری آنفلوآنزا میلیون‌ها نفر به دلیل ناتوانی در پرداخت پول معالجه به پزشک مراجعه نمی‌کنند و این تازه دردسر اول نظام بهداشت و درمان ما است.» به احتمال قوی لایحه بهداشت و درمانی که در کنگره در حال بررسی است به جلوگیری از شیوع قریب‌الوقوع آنفلوآنزا وصال نمی‌دهد و باید خارج از روند قانون‌گذاری سریع‌تر عمل کرد. نمایندگان جمهوری‌خواه و دموکرات لایحه‌ای را برای پوشش افراد بیمه نشده در وضعیت فوریت‌های پزشکی این هفته تقدیم کنگره کرده‌اند که کاربرد آن در مورد بلایای پیش‌بینی نشده طبیعی مثل زمین‌لرزه، حملات میکروبی تروریستی (bioterror attack) یا وضعیت اورژانس اپیدمی مثل آنفلوآنزا است. نمایندگان کنگره می‌گویند: «وقتی یک بیماری واگیر کشور را پر کند نمی‌توان مردم را از دسترسی به دارو و درمان بازداشت.» برخی دیگر هم پیشنهاد می‌کنند واکسن آنفلوآنزا هر ساله به صورت رایگان عرضه شود. با وجود آنکه مسوولان دولت اوباما هنوز نظر قانونی و یکسانی درباره لایحه‌ها و طرح‌های ارایه شده به کنگره ندارند، تجهیز مراکز دولتی بهداشت با داروهای ضدآنفلوآنزا که بتواند در اختیار بیمه‌نشده‌ها قرار گیرد مدتی است شروع شده. دکتر جف‌لوی، رییس «بنیاد سلامت آمریکا» یک گروه سلامت عمومی که درباره آنفلوآنزا کار می‌کند، می‌گوید: «درباره مساله‌ای اورژانسی مثل آنفلوآنزا دولت باید قدم پیش بگذارد و به مردم نیازمند کمک کند.» البته هنوز هیچ تغییری در لوایح قبلی داده نشده است و محدودیت‌های دولتی در مورد کمک‌رسانی به مردم از دولت قبلی جورج‌بوش هنوز وجود دارند.

- چالش مهاجران در اپیدمی‌ها

در مورد اپیدمی بیماری‌های عفونی چالش مهاجران- قانونی یا غیرقانونی- که از جمله پرخطرترین و آسیب‌پذیرترین افراد هستند بزرگ‌ترین مشکل مسوولان بهداشت است. بسیاری از بیمه‌نشدگان متولد آمریکا هستند، ولی آمارها نشان می‌دهند مهاجران بیمه نشده دو برابر افراد بیمه نشده بومی هستند. در زمان سلطه جمهوری‌خواهان بر کنگره تسری شبکه بهداشت حتی برای مهاجران قانونی هم ممنوعیت داشت. وقتی کنگره به دست دموکرات‌ها افتاد، این رویکرد با بیمه دولتی کودکان خانواده‌های کم‌درآمد برای مهاجران قانونی هم تعدیل شد، ولی آنفلوآنزای خوکی مهاجر قانونی یا غیرقانونی نمی‌شناسد و محدودیت‌های دولتی هم اثری بر گسترش ویروس ندارد، پس باید در اقدامات کوتاه مدت مهاجران غیرقانونی را هم در نظر داشت. از طرف دیگر از آنجا که کانون بحران از کشور مکزیک، همسایه جنوبی ایالات‌متحده آغاز شده است، کارشناسان عقیده دارند اعمال چنین اقداماتی سیل مهاجران غیرقانونی مکزیکی را که در کشور خود دسترسی به درمان ندارند به سوی ایالات‌متحده سرازیر خواهد کرد. البته انداختن همه تقصیرها به گردن مهاجران قانونی یا غیرقانونی تنها ساده کردن مساله است. متخصصان می‌گویند: «انبوهی از مردم آمریکا که به بهداشت عمومی دسترسی درست ندارند، بحران اقتصادی جدی و بیمارستان‌های شلوغ در صورت بروز یک وضع اضطراری می‌توانند آمریکا را با یک فاجعه بهداشتی روبه‌رو کنند.»

• یک حساب سرانگشتی

نظام پزشکی آمریکا پیشرفته‌ترین و به روزترین اطلاعات و کشفیات را در اختیار دارد. در ۵ بیمارستان بزرگ کشور مجموعا بیش از همه بیمارستان‌های آمریکا اقدامات بالینی انجام می‌شود، ولی در یک نگاه کلی، نظام بهداشت و درمان ما شکست خورده است. با یک مرور سردستی در آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO) می‌بینیم که طول عمر آمریکایی‌ها از طول عمر یونانی‌ها کمتر است. کودکان ما دو برابر کودکان پرتغالی در معرض مرگ و میر در سن پنج سالگی و زنانمان ۱۱ بار بیش از زنان ایرلندی در خطر مرگ هنگام زایمان قرار دارند و آن وقت ما سطح سلامت اروپایی‌ها را پایین‌تر از مال خود می‌دانیم. قسمت عمده سرمایه‌گذاری‌های ما به خصوص از طرف بخش خصوصی در بخش مراقبت‌های بالینی بیشتر پیشرفته مثل (CAT Scans) و قسمت بسیار کمتری برای سلامت عمومی هزینه می‌شود. انگار فقط وجود یک نوبل پزشکی ما را برای توجه به سلامت و بهداشت عمومی به تلاش وامی‌دارد. جورج‌بوش در زمان ریاست جمهوری از ترس آنفلوآنزای مرغی یا به دلیل کتابی که در مورد همه‌گیری آنفلوآنزا در سال ۱۹۱۸ خوانده بود اقداماتی به خصوص برای همه‌گیری آنفلوآنزا انجام داد، ولی او و سایر رییس‌جمهوران آمریکا دست و دلشان به گسترش نظام سلامت عمومی پیش نرفت تا به وضعیت آشفته فعلی رسیدیم. بیمارستان‌های ما تخت کافی ندارند.

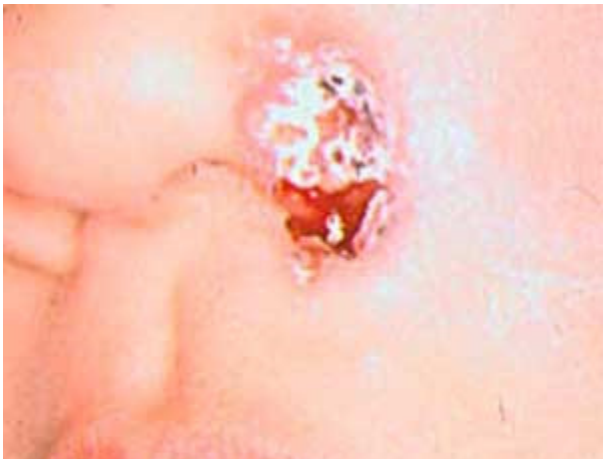
پرسنل درمانی هم برای چنین همه‌گیری آموزش کافی ندیده‌اند. یک مطالعه کلی نشان می‌دهد در صورت شیوع آنفلوآنزا ده میلیون آمریکایی باید در بیمارستان بستری شوند، در حالی که در حال حاضر از یک میلیون تخت بیمارستانی کشور دو سوم اشغال هستند. سال گذشته یکی از نمایندگان کنگره دستور داد ظرفیت مراکز اورژانس ما در صورت انجام حملات تروریستی بررسی شود. نتیجه این بود که بیش از نیمی از بخش‌های اورژانس حتی بالاتر از ظرفیت خود کار می‌کنند. هیچ‌کس نمی‌داند تلفات شیوع آنفلوآنزا واقعا چه‌قدر خواهد بود. همه آمارها و پیش‌بینی‌ها تنها گمانه‌زنی هستند. تنها به یاد داریم اولین موج همه‌گیری آنفلوآنزا در سال ۱۹۱۹ با تلفات کمی شروع شد و پس از تنها سه ماه ده‌ها میلیون نفر در سراسر جهان را کشت. نمی‌توان اقدامات پیشگیرانه را تنها به تکرار ضرورت شستن دست با آب و صابون محدود کرد. مهم‌ترین اقدام بازسازی دوباره نظام بهداشت ما است. در صورت شیوع بیماری خطرناکی مثل آنفلوآنزا ما و نسل‌های بعدی تا چند دهه باید شاهد عواقب آن باشیم.

منبع : هفته نامه سپید

http://vista.ir/?view=article&id=368513

vista.ir
Online Classified Service

اسپوروتریکوز



• شرح بیماری

اسپوروتریکوز عبارت است از يك بیماری قارچی عفونی که باعث ایجاد زخم و آبسه در پوست، غدد لنفاوی و عروق لنفاوی می‌گردد. مزرعه‌داران و باغداران به ویژه افرادی که با گل‌سرخ، خزه مردابی و یا زرشك سر و کار دارند، بیشتر آلوده می‌شوند. اسپوروتریکوز سرایت فرد به فرد ندارد. در بزرگسالان از هر دو جنس ایجاد می‌شود ولی در مردان شایع‌تر است.

• علایم شایع

▪ مراحل اولیه: يك ندول کوچك، قابل حرکت و غیرحساس به درد در زیر

پوست انگشتان ظاهر می‌شود. ندول به آهستگی بزرگ شده، صورتی و زخمی می‌گردد. در عرض چند روز یا هفته:

ندول‌های تیره‌ای در امتداد عروق لنفاوی تخلیه‌کننده ناحیه ظاهر می‌شود.

اگر قارچ عامل ایجادکننده به ریه برسد، سرفه همراه با خلط آغاز می‌گردد (نادر).

برخلاف سایر بیماری‌های قارچی که باعث تب، لرز، احساس ناخوشی کلی و بی‌اشتهایی می‌شوند، معمولاً علایم دیگری وجود ندارد.

● علل

عفونت با قارچی به نام اسپوروتریکوز شنکی که در خاك، خزه مردابی، علف‌های هرزه و سبزیجات آلی در حال فساد زندگی می‌کند.

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ سابقه طبی سارکوئیدوز یا سل

▪ شغل‌هایی که با گیاهان و خاك سر و کار دارند مثل کشاورزی و پرورش گل

▪ سرکوب ایمنی ناشی از بیماری یا داروها

● پیشگیری

در هنگام کار با خاك، دستکش بپوشید.

● عواقب مورد انتظار

معمولاً با درمان در عرض ۲-۱ ماه پس از بهبود ضایعات قابل علاج است ولی ممکن است بهبودی ۷-۶ ماه طول بکشد. میزان کشندگی در صورت گسترش عفونت در بدن، بالا است.

● عوارض احتمالی

گسترش قارچ در بدن که باعث عفونت سرتاسر و تهدیدکننده زندگی می‌گردد (نادر).

● درمان

▪ اصول کلی

آزمون‌های تشخیصی می‌توانند شامل کشت آزمایشگاهی چرك حاصل از ضایعات باشند. آزمون پوستی برای آن وجود ندارد. ممکن است برای رد سایر اختلالات از جمله سل، سارکوئیدوز، استئومیلیت باکتریایی و نئوپلازی، آزمون‌های دیگری انجام گیرند.

ممکن است بتوان در منزل با دارو درمان کرد.

از آنجا که اسپوروتریکوز مسری نیست، لازم نیست شخص قرنطینه شود.

گرم کردن می‌تواند به کاهش درد کمك کند.

ضایعات را با بانداژهای شل بپوشانید تا از عفونت ثانویه با باکتری‌ها جلوگیری کنید.

روزانه خود را وزن و آن را ثبت کنید.

در صورت بروز عوارض، بستری شوید. ممکن است برای بیماران مبتلا به بیماری استخوان و مفاصل یا ضایعات ریوی، جراحی توصیه گردد.

▪ داروها

ـ محلول اشباع شده یدید پتاسیم. آن را در آب، آب میوه یا سایر نوشیدنی‌ها رقیق کند و هر روز ۳ بار بعد از غذا مصرف کنید. برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان‌ها آن را با نی بنوشید.

ـ داروهای ضد قارچ مثل فلوکونازول یا ایتراکونازول

▪ فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

محدودیتی لازم نیست مگر این که علایم عفونت منتشر ایجاد گردد.

▪ رژیم غذایی

رژیم غذایی خاصی ندارد.

▪ درچه شرایطی باید به پزشك مراجعه نمود؟

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم اسپوروتریکوز را داشته باشید.

اگر در طول درمان موارد زیر پیش بیایند:

ـ کاهش وزن غیرقابل توجیه

ـ تب ۳/۳۸ درجه سانتیگراد با دماسنج دهانی

اگر دچار علایم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید.

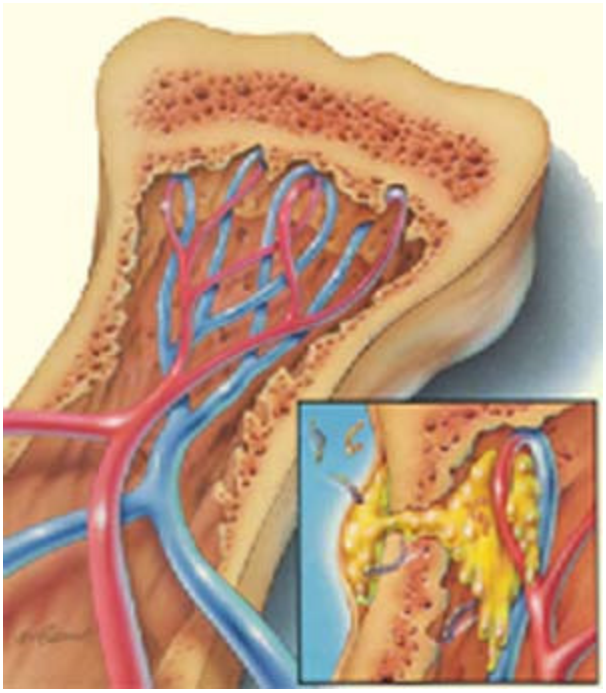
داروهای ضد قارچ مورد استفاده در درمان ممکن است عوارضی جانبی مثل بثور پوستی، تحریك زبان و دهان و سرفه ایجاد کنند.

منبع : پایگاه جامع اطلاع رسانی پزشکان ایران

http://vista.ir/?view=article&id=255883

vista.ir
Online Classified Service

استئومیلیت



● اطلاعات اولیه

استئومیلیت عفونت استخوان و مغزاستخوان. هر یك از استخوان‌های بدن ممکن است درگیر شود. در کودکان استخوان‌هایی که معمولاً درگیر می‌شوند عبارتند از استخوان ران، درشت نی، استخوان بازو یا ساعد. در بزرگسالان استخوان‌های لگن و ستون فقرات معمولاً درگیر می‌شوند. این بیماری در هر دو جنس و همه سنین دیده می‌شود، ولی در کودکان در دوره رشد سریع (۱۴-۵ سال)، به خصوص در جنس مذکر شایع‌تر است.

● علایم شایع

▪ تب. گاهی تنها علامت بیماری است.

▪ درد، تورم، قرمزی، گرمی و احساس درد با لمس برروی استخوان مبتلا، به خصوص هنگام حرکت دادن مفصل مجاور آن. مفاصل مجاور ناحیه مبتلا، نیز ممکن است دچار قرمزی، گرمی و تورم باشند.

▪ در کودکانی که هنوز قادر به تکلم نیستند، وجود درد ممکن است خود را به صورت امتناع از حرکت دادن اندام فوقانی یا تحتانی، خودداری از راه رفتن، لنگیدن هنگام راه رفتن یا جیغ‌زدن هنگام لمس یا حرکت دادن عضو مبتلا، نشان دهد.

▪ خروج چرك از طریق آبسه پوستی، بدون تب یا درد شدید (تنها در موارد استئومیلیت مزمن)

▪ احساس ناخوشی عمومی

● علل

علت این بیماری اغلب عفونت استافیلوکوکی است ولی سایر باکتری‌ها نیز می‌توانند عامل آن باشند. باکتری ممکن است از منابع زیر و از طریق

جریان خون به استخوان گسترش یابد:

▪ شکستگی پا یا سایر صدمات

▪ کورك، کفگیرك یا هرگونه ضایعه پوستی

▪ عفونت گوش میانی پنومونی [ذات‌الریه]

● عوامل افزایش‌دهنده خطر

▪ بیماری‌های تضعیف کننده مقاومت بدن

▪ رشد سریع در طی کودکی

▪ دیابت شیرین

▪ کاشتن وسایل ارتوپدی (مثلاً زانوی مصنوعی)

▪ مصرف وریدی داروها

● پیشگیری

اقدام فوری برای درمان هرگونه عفونت باکتریایی جهت پیشگیری از گسترش آن به استخوان‌ها یا سایر نواحی بدن

● عواقب مورد انتظار

این بیماری معمولاً با درمان فوری و شدید قابل علاج است.

● عوارض احتمالی

▪ آبسه سرباز کرده به بیرون از طریق پوست که تا هنگام التیام استخوان درگیر بهبود نمی‌یابد.

▪ سفتی دایمی در مفصل مجاور (به ندرت)

▪ شکستگی استخوانی

▪ شل شدن وسیله ارتوپدی کاشته شده در بدن

▪ در صورت انسداد جریان خون عضو یا قانقاریا ممکن است قطع عضو مبتلا لازم باشد.

● درمان

▪ بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل آزمایش‌های خون، کشت خون برای شناسایی باکتری عامل بیماری، اسکن رادیونوکلئید استخوان، سی‌تی اسکن یا امآرآی استخوان باشد. رادیوگرافی استخوان اغلب تغییرات استخوانی را تا ۳-۲ هفته پس از شروع عفونت نشان نمی‌دهد.

▪ درمان مشتمل است بر تجویز داروها، استراحت و سایر اقدامات حمایتی

▪ عضو مبتلا را در سطح بدن نگه داشته یا با قراردادن بالش زیر آن مختصری بالا نگه داشته و آن را بی‌حرکت کنید. از آویزان نگه‌داشتن عضو مبتلا خودداری کنید.

▪ سایر نواحی غیرمبتلای بدن را فعال نگه دارید تا از بروز زخم‌های فشاری در طی دوره طولانی استراحت در بستر به طور اجباری، پیشگیری شود.

▪ بستری در بیمارستان برای جراحی جهت برداشت قسمت درگیر استخوان و / یا برای تجویز مقدار بالای آنتی‌بیوتیك‌ها (گاهی به صورت وریدی) ممکن است ضرورت یابد.

▪ ممکن است لازم باشد وسایل ارتوپدی قبلاً کاشته شده (نظیر زانوی مصنوعی) خارج گردد (گاهی همزمان با این عمل، تعویض وسیله قبلی با وسیله جدید قابل انجام است).

● داروها

مقدار بالای آنتی‌بیوتیك‌ها. با وجود آنتی‌بیوتیك‌های قوی جدید، تجویز وریدی آنتی‌بیوتیك‌ها که سابقاً یك ضرورت بود ممکن است دیگر لازم نباشد. تجویز آنتی‌بیوتیك چه به صورت خوراکی و چه وریدی ممکن است ۱۰-۸ هفته لازم باشد.

● مسکن‌ها

مسهل‌ها، در صورت بروز یبوست در طی دوره طولانی استراحت در بستر

● فعالیت

تا ۳-۲ هفته پس از برطرف شدن علایم در بستر استراحت کنید. پس از آن فعالیت‌های طبیعی خود را به تدریج از سر بگیرید.

● رژیم غذایی

رژیم خاصی نیاز نیست. از یك رژیم متعادل استفاده کنید. در صورت نیاز از مکمل‌های مواد معدنی و ویتامین‌ها استفاده کنید.

● در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دارای علایم استئومیلیت باشید.

▪ بروز موارد زیر در طی درمان:

▪ تشکیل آبسه برروی استخوان مبتلا یا افزایش خروج چرك از آبسه موجود

▪ تب

▪ درد غیرقابل کنترل

▪ اگر دچار علایم جدید و غیرقابل توجیه شده اید. داروهای تجویزی ممکن است با عوارض جانبی همراه باشند.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی سلامت ایرانیان

http://vista.ir/?view=article&id=243543

vista.ir
Online Classified Service

اسهال خونی باکتریایی

● شرح بیماری

اسهال خونی باکتریایی (شیگلوز) عبارت است از یک عفونت باکتریایی در لایه‌های سطحی پوشاننده جدار داخلی روده ها. این بیماری در اثر تماس نزدیک فردی است و به صورت همه‌گیری رخ می‌دهد. از زمان ورود باکتری‌ها تا ظهور علایم ۴-۱ روز طول می‌کشد.

● علایم شایع

الف) دل پیچه

ب)تب

ج)اسهال (تا ۲۰ یا حتی ۳۰ بار اجابت مزاج آبکی در روز)

د)وجود خون، مخاط، یا چرک در مدفوع

و)تهوع یا استفراغ

هـ)دردهای عضلانی

ی)گاهی در شروع بیماری، شمارش گلبول‌های سفید کمتر از حد طبیعی است.

● علل

یک نوع باکتری به نام شیگلا که به جدار روده بزرگ تهاجم می‌کند. این باکتری معمولاً از طریق دست‌ها، غذا، یا آب آلوده، از یک فرد به فرد دیگر انتقال می‌یابد.

- عوامل تشدید کننده بیماری

الف)مسافرت به کشورهای خارجی

ب)محیط زندگی شلوغ یا غیر بهداشتی

- پیشگیری

الف)دستان خود را پس از اجابت مزاج و قبل از دست زدن به مواد غذایی بشویید.

ب)هر کس که علایم اسهال خونی باکتریایی را دارد جداسازی نمایید.

ج)لباس‌های آلوده و ملحفه‌جات را در سطل‌های پوشیده و پر از آب و صابون قرار دهید تا زمانی که بتوان آنها را جوشاند.

- عواقب مورد انتظار

با درمان معمولاً در عرض ۷ روز قابل معالجه است. اغلب عفونت‌های شیگلایی خفیف هستند و درمان جدی احتیاج ندارند. البته در موارد شدید، اگر درمان موفقیت‌آمیز نباشد، از دست رفتن آب زیاد از بدن ممکن است مرگبار باشد (خصوصاً در شیرخواران و کودکان کم سن و سال).

- عوارض احتمالی

الف)کم آبی بدن به طور خطرناک، خصوصاً در کودکان

ب)در موارد نادر، باکتری ها ممکن است از مجرای گوارش به خون وارد شوند و سایر اعضای بدن را درگیر سازند، مثل کلیه ها، کیسه صفرا، کبد، یا قلب و مفاصل. این حالت شاید به شوک و مرگ بیانجامد.

- درمان

الف) اصول کلی

۱)اقدامات تشخیصی ممکن است شامل بررسی آزمایشی و کشت نمونه مدفوع باشد. اطلاع از بروز همه‌گیری بیماری و نیز آشنایی به نواحی بومی می‌تواند در رسیدن به تشخیص کمک کننده باشد.

۲)درمان شامل جایگزینی مایعات از دست رفته، غذای کم حجم، و نیز گاهی دارو می‌شود.

۳)بیمار را از بقیه جدا نمایید.

۴)برای تخفیف درد، یک صفحه گرم کننده یا شیشه آب داغ را روی شکم قرار دهید.

۵)بیمار باید مرتباً مایعات دریافت کند.

۶)بستری کردن بیمارانی که شدیداً مریض احوالند (خصوصاً کودکان کم سن و سالی که کم‌آبی دارند). بیمار جدا از بقیه بستری می‌شود و مایعات تکمیلی از راه سرم به وی رسانده خواهد شد.

ب)داروها

۱)امکان دارد آنتی بیوتیک تجویز شود.

۲)از مصرف ترکیبات ضد اسهال خودداری کنید مگر اینکه با نظر پزشک تجویز شده باشند. این ترکیبات ممکن است بیماری را طولانی کنند. اگر تا کنون مورد استفاده قرار می‌گرفته‌اند بلافاصله مصرف آنها را متوقف کنید.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا حداقل ۳ روز پس از رفع تب، اسهال، و سایر علایم، استراحت در رختخواب ضروری است مگر برای توالت. البته پاها را در رختخواب باید مرتباً ورزش داد.

د)رژیم غذایی

مایعات یا جامدات نرم تا زمانی که اسهال متوقف شود، سپس رژیم عادی.

- درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

الف)اگر شما یا کودکتان علایم اسهال خونی باکتریایی را دارید.

ب)اگر یکی از موارد زیر هنگام درمان رخ دهد:

ج)تب ۹/۳۸ درجه سانتیگراد یا بیشتر

د)گلو درد، سردرد، یا گوش درد

و)تنگی نفس یا سرفه شدید

هـ)رگه خون در خلط سینه

ی)درد یا تورم شدید شکم

ر)خونریزی گوارشی از مقعد

ز)درد در ساق پا یا تمام پا

ژ)تورم مفاصل

ص)علایم کم آبی بدن (بی‌حالی، فرورفتگی چشم ها، کاهش وزن سریع، یا خشکی پوست) ظاهر شوند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=239165

vista.ir
Online Classified Service

اشتراک زیانبار با دوستان نامطمئن

کبد عضوی است که در بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن مانند مقابله با عفونت ها از طریق تولید پروتئین های مخصوص، توقف خونریزی به وسیله تولید پروتئین های انعقادی، پاک کردن خون از سموم و داروها و ذخیره انرژی به شکل قند (گلیکوژن) در بدن نقش دارد. هپاتیت یا «التهاب کبد» دارای علل مختلفی از جمله دارو، الکل، سموم مختلف و... است. عفونت های ویروسی یکی از این علل است. شایع ترین انواع آن هپاتیت A، هپاتیت B و هپاتیت C است. تصور بر آن است که هپاتیت از قدیم الایام وجود داشته است. اثبات عفونی بودن بیماری بعد از بررسی های فراوان، درست بعد از جنگ جهانی دوم صورت گرفت و به تدریج انواع ویروس های ایجادکننده هپاتیت شناخته شدند. در حال حاضر بیماری هپاتیت مزمن ویروسی، یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی جهان را تشکیل می دهد. ایران جزء مناطق متوسط آلودگی به HBV (ویروس هپاتیت B) محسوب می شود و متأسفانه عمده افراد آلوده در سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی یعنی سنین فعال عمر خود هستند. شیوع سرمی عفونت ویروس هپاتیت C یاHCV (ویروس هپاتیت C) در سطح جهانی حدود یک درصد است. درصد عمده پی از موارد آلودگی به هپاتیتC به صورت مزمن در بدن باقی می ماند. در ایالات متحده امریکا میلیون ها نفر، هپاتیت ویروسی دارند. هپاتیت های ویروسی عامل اصلی تهدید سلامت عمومی هستند زیرا باعث بروز بیماری های خطیر شده، میلیون ها نفر را آلوده کرده و ارتباط نزدیکی با آلودگی HIV (ویروس نقص ایمنی اکتسابی و عامل ایجادکننده بیماری ایدز) دارد. این بیماری به خصوص در معتادان تزریقی مشکل جدی است. آگاهی رو به رشد نسبت به این معضل، عامل گشایش افق های جدیدی است، اما تلاش برای جلوگیری از این بیماری ها و کاهش هزینه های پزشکی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن همچنان ما را به چالش می طلبد. هپاتیت ویروسی A (HAV)، ویروس هپاتیت A) به طور عمده از طریق مدفوعی- دهانی به دنبال خوردن غذا یا مایعات آغشته با ترشحات فرد آلوده به این ویروس منتقل می شود. اپیدمی ها به راحتی در محل های تجمع (مانند سربازخانه ها، مدارس، مهدهای کودک و زندان ها) به خصوص در

صورت عدم رعایت بهداشت رخ می دهد. بروز وسیع بیماری هپاتیت ویروسی A به خصوص بین معتادان تزریقی گزارش شده است. حدود یک سوم امریکایی ها سابقه عفونت با این ویروس در گذشته را دارند. هپاتیت A از طریق واکسیناسیون قابل پیشگیری است. عفونت هپاتیت ویروسی HBV) B) هنگامی رخ می دهد که خون یا مایعات بدن از فرد آلوده، وارد بدن فرد غیرآلوده شود. رفتارهای جنسی پرخطر (مانند تماس جنسی محافظت نشده یا با شرکای جنسی متعدد) و تزریق مواد، بزرگ ترین عوامل خطر ابتلا به بیماری محسوب می شوند. حدود ۵ درصد جمعیت امریکا شواهدی از عفونت گذشته با HBV را دارند و تقریباً ۲/۱ میلیون نفر عفونت مزمن هپاتیت ویروسی B را دارند. هپاتیت B نیز مانند هپاتیت C، به طور نابرابری افراد با رنگ پوست مختلف را آلوده می کند. در سال ۲۰۰۰ تخمین زده شده است که ۳۷هزار مورد جدید ابتلا به این بیماری رخ داده است. بیشتر عفونت ها در بالغان جوان ۲۰ تا ۳۹ ساله رخ داده است. هپاتیت ویروسی B از طریق واکسیناسیون قابل پیشگیری است.

عفونت هپاتیت ویروسی HCV) C) زمانی رخ می دهد که خون (با شیوع کمتر مایعات بدن مانند منی و ترشحات واژن) از شخص آلوده وارد بدن شخص سالم شود. تزریق مواد مخدر بزرگ ترین خطر برای ابتلا به عفونت HCV است. حدود ۹/۳ میلیون نفر امریکایی به این ویروس آلوده شده اند و ۷/۲ میلیون نفر نیز عفونت مزمن HCV دارند. هپاتیت ویروسی C افراد نژادهای مختلف را به طور نابرابر درگیر می کند؛ ۲/۳ درصد امریکایی های آفریقایی تبار و۱/۲ درصد امریکایی های مکزیکی تبار به این ویروس آلوده اند، حال آنکه در سفیدپوست های غیراسپانیایی این رقم به ۵/۱ درصد می رسد. به نظر می رسد این ارقام کمتر از میزان واقعی آلودگی باشد زیرا زندانیان و افراد بی خانمان را در نظر نمی گیرد. در سال ۲۰۰۰ حدود سی هزار مورد عفونت جدید رخ داده است. بیشتر این عفونت ها در بالغان جوان ۲۰ تا ۳۹ ساله رخ داده است.

- هزینه های پزشکی و مراقبت های بهداشتی

همه ساله هشت تا ده هزار نفر از عوارض کبدی ناشی از هپاتیت ویروسی C و حدود پنج هزار نفر از عوارض ناشی از هپاتیت ویروسی B می میرند. بیماری مزمن کبدی در حال حاضر دهمین علت مرگ و نارسایی کبدی ناشی از هپاتیت C مهم ترین عامل پیوند کبد است. در ایالات متحده، هزینه های پزشکی و اتلاف سرمایه ناشی از بیماری های کبدی همراه هپاتیت های ویروسی، سالانه حدود ۶۰۰ میلیون دلار برای هپاتیت C و ۷۰۰ میلیون دلار برای هپاتیت B تخمین زده می شود. هزینه های فردی و اجتماعی ناشی از هپاتیت A به خصوص در کشورهای در حال توسعه قابل توجه است.

- هپاتیت ویروسی می تواند تدریجی باشد

به طور شایع علائم عفونت جدید خفیف یا بدون علامت است، لذا ممکن است حتی تشخیص داده نشود که فرد مبتلا به هپاتیت ویروسی است. افراد دارای علائم، ممکن است نشانه هایی شبیه سرماخوردگی، خستگی، تهوع، درد در قسمت فوقانی شکم و گاهی اوقات زردی یا یرقان داشته باشند. افرادی که دچار هپاتیت ویروسی A می شوند، می توانند ویروس را به طور کامل از بدن پاک کرده و کامل بهبود یابند. این افراد مصونیت مادام العمر نسبت به این ویروس پیدا می کنند.وضعیت در خصوص هپاتیت های B و C کاملاً متفاوت است.

- اکثر افرادی که بعد از پنج سالگی به عفونت HBV مبتلا می شوند، می توانند ویروس را از بدن پاکسازی کنند. به هرحال، حدود دو تا شش درصد مبتلایان قادر به پاکسازی ویروس نیستند و به سمت مزمن شدن بیماری پیش می روند. درصد بالایی از شیرخواران (۹۰ درصد) و خردسالان (۳۰درصد) دچار این بیماری می شوند.
- حدود ۷۵ تا ۸۵ درصد مردم با عفونت HCV قادر به پاکسازی ویروس نبوده و دچار عفونت مزمن می شوند.

بسیاری از افراد دچار عفونت مزمن (۶۰ درصد افراد با عفونت HBV و ۷۰ درصد با عفونت HCV) دچار بیماری مزمن کبدی می شوند که ویروس در این حالت به کبد آسیب می رساند. آسیب ممکن است به سمت بیماری شدید مثل سیروز کبدی، سرطان کبد و نارسایی کبد پیشرفت کند. بیماری پیشرونده کبدی به آهستگی در طول بیست تا سی سال نمود می یابد. به خاطر کمی یا فقدان علائم، اکثر افراد با عفونت مزمن HBV و HCV از آلودگی خود خبر ندارند و می توانند بیماری را به دیگران انتقال دهند. در بسیاری از موارد علائم و نشانه ها زمانی ظاهر می شود که بیماری پیش رفته و درمان کمتر موثر است.

- شیوع هپاتیت ویروسی بین معتادان تزریقی

چون HBV و HCV از طریق تماس مستقیم با خون یا مایعات آلوده بدن منتقل می شود، معتادان تزریقی در خطر بالایی از اکتساب هر دو بیماری هستند.

● راه های انتقال هپاتیت B وC

آلودگی به هپاتیتB وC به طور عمده در نتیجه تماس با خون و ترشحات جنسی آلوده به روش های زیر صورت می گیرد؛

تماس جنسی حفاظت نشده (عدم استفاده از کاندوم) با فرد آلوده، استفاده مشترک از ابزار آلوده تیز و برنده نظیر سرنگ و سوزن، تیغ اصلاح و مسواک، خالکوبی، حجامت و سوراخ کردن گوش در محل های نامطمئن و آلوده، خدمات پزشکی و دندانپزشکی (در صورت رعایت نکردن شرایط استریلیزاسیون)، تزریق مکرر خون یا فرآورده های خونی آلوده، تولد از مادر آلوده، دیالیز با وسایل آلوده و پیوند اعضای آلوده.

اغلب موارد آلودگی به هپاتیتC مربوط به افرادی است که با استفاده از سرنگ و سوزن مشترک اقدام به تزریق مواد مخدر می کنند. هپاتیت B و C از طریق دست دادن، در آغوش گرفتن، بوسیدن و نشستن در کنار فرد آلوده و دیگر تماس های معمولی منتقل نمی شود و حضور افراد آلوده در محیط های کار و اجتماع بلامانع است.

● واکسن هپاتیت B

کلیه نوزادان بلافاصله در بدو تولد، دو ماهگی و شش ماهگی باید واکسینه شوند. (در کشور ما کلیه کودکان متولد شده از ۱/۱/۷۲ علیه این بیماری واکسینه شده اند.) در سال های اخیر افراد جوان حدود ۱۷ تا ۱۸ سالگی به طور رایگان علیه این بیماری واکسینه می شوند.

پزشکان، دندانپزشکان و پیراپزشکان، افراد تحت دیالیز، افرادی که به علت ابتلا به بیماری های زمینه یی نظیر هموفیلی و تالاسمی، بارها خون یا فرآورده های خونی دریافت می کنند و افراد خانواده فرد آلوده که با وی هم منزل هستند نیز باید واکسینه شوند. عفونت هایHBV و HCV بین معتادان تزریقی نسبتاً سریع گسترش می یابد. ۵۰ تا ۷۰ درصد معتادان تزریقی طی پنج سال از ابتدای تزریق به HBV آلوده می شوند. طی همین زمان آلودگی به HCV در این افراد به ۵۰ تا ۸۰ درصد می رسد. چندین عامل، انتقال سریع HCV را بین معتادان تزریقی تغییر می دهد؛

▪ عوامل وابسته به ویروس HCV :

از طریق تماس خونی به طور موثری منتقل می شود.

▪ عوامل وابسته به میزبان؛

تعداد زیادی از افراد آلوده هستند که این به نوبه خود شرایط انتقال از طریق تزریق مشترک را افزایش می دهد.

▪ عوامل وابسته به اشتراک تزریق؛

معتادان تزریقی معمولاً دارو و سرنگ و... را با هم تهیه و مصرف می کنند. همه این عوامل دست به دست هم می دهد و خطر انتقال ویروس به تک تک افراد را در صورت آلودگی هر کدام از وسایل تزریق مشترک افزایش می دهد.

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=308973

vista.ir
Online Classified Service

اصول پایه‌ای درباره آنفلوانزا

تنها ظرف ۶ روز، از یک گزارش از ۲ مورد جدید عفونت آنفلوانزای H۱N۱ (آنفلوانزای خوکی) در کالیفرنیا، به مرحله ۵ پاندمی آنفلوانزا رسیدیم؛ مرحله‌ای که طبق تعریف، مشخصه آن «انتقال ویروس از انسان به انسان به درون مرزهای حداقل ۲ کشور در یک منطقه (Region) از سازمان جهانی

بهداشت (WHO)» است...

با این پاندمی زودرس آنفلوانزای H۱N۱، شکل‌گیری سریع مقاومت به داروهای ضدویروسی، افزایش پوشش واکسن‌های فصلی آنفلوانزا و همچنین سهولت مسافرت از قاره‌ای به قاره دیگر، به سختی می‌توان با دقت بالا، وضعیت آنفلوانزا و تاثیرات احتمالی آن را پیش‌بینی نمود. اما به مثابه تمام سیستم‌های بیولوژیک، پیامد نهایی که از همه‌گیری آنفلوانزا به ذهن متبادر می‌شود، محدود به مجموعه معینی از احتمالات ممکن است. در نظر داشتن ۱۲ اصل پایه‌ای درباره آنفلوانزا می‌تواند در تعیین پاسخ‌ها و اقدامات بالینی و همچنین سیاستگزاری برای عموم مردم کمک شایانی نماید.

۱) ویروس‌های آنفلوانزای انسانی، از طریق فرد به فرد منتقل می‌شوند. اگر این زنجیره شکسته شود، هیچ مورد اضافه‌تری از بیماری رخ نخواهد داد.

▪ استنباط: حفظ فاصله در محیطهای اجتماعی یعنی دور نگهداشتن افراد حساس به بیماری از موارد شناخته شده، روش موثری برای همگان است تا بوسیله آن از انتقال ویروس جلوگیری به عمل آورند.

▪ کاربرد بالینی: اطلاعاتی که به بیماران ارایه می‌کنیم می‌تواند مداخله زودرس برای پیشگیری از عفونت آنفلوانزای H۱N۱ باشد.

۲) ویروس‌های آنفلوانزا، عمدتا توسط ذرات و قطرات تنفسی منتشر می‌شوند؛ ریزقطرات تنفسی تحت تاثیر عوامل زیر قرار دارند: نیروی جاذبه و قوانین فیزیک. ریزقطرات تنفسی، از ترشحات تنفسی منشا می‌گیرند و با سرفه و عطسه به اطراف پراکنده می‌شوند.

▪ استنباط: محدود کردن و جلوگیری از پخش شدن ریزقطرات تنفسی باعث پیشگیری از انتقال عفونت خواهد شد. استفاده از ماسک‌های صورت توسط افراد بیمار یا مشکوک به عفونت، می‌تواند در جلوگیری از انتقال ویروس موثر باشد.

▪ کاربرد بالینی: مراکز بهداشتی و درمانی باید به اندازه کافی ماسک برای توزیع بین کارکنان مراقبت کننده از بیماران و خود بیماران داشته باشند؛ البته به همراه مطالب و پوسترهای آموزشی.

۳) ویروس‌های آنفلوانزا، هوای سرد و خشک را بیشتر دوست دارند. آنفلوانزا، یک ویروس به شدت فصلی است که اکثر موارد انتقال آن در عرض جغرافیایی معتدل، محدود به اواخر پاییز و همچنین زمستان است.

▪ استنباط: انتقال می‌تواند در سایر زمان‌ها اتفاق بیفتد، ولی به مراتب ناکارآمدتر است. انتقال به میزان قابل توجهی هم ممکن است در شرایط دیگر روی دهد؛ البته بسته به ماهیت ویروس و جمعیت در معرض مواجهه.

▪ کاربرد بالینی: وقتی ویروس‌های جدیدی (مثل آنفلوانزای H۱N۱) بوجود می‌آیند، انتقال ممکن است در زمان های غیرمتعارف رخ دهد که علت آن، نبود ایمنی در جمعیت در معرض خطر است.

۴) هدف اصلی ویروس‌های آنفلوانزا، مخاط دستگاه تنفسی است. آن بخش از مخاط تنفسی که بالقوه «در معرض مواجهه» به حساب می‌آید عبارتست از راه‌های عبور هوا از بینی، نازوفارنکس، ملتحمه، حلق، حنجره، نای، برونش‌ها، برونشیول‌ها و آلوئول‌ها.

▪ استنباط: محافظت از مخاط تنفسی در برابر ریز قطرات و یا تماس مستقیم، باعث پیشگیری از انتقال خواهد شد. دست‌های آلوده می‌توانند مسبب تماس مستقیم شوند و شستن دست‌ها این تماس مستقیم را کاهش می‌دهد.

▪ کاربرد بالینی: شستن مکرر دست‌ها و استفاده از ماسک صورت می‌تواند از مخاط تنفسی در برابر مواجهه با آنفلوانزای H۱N۱ محافظت به عمل آورد.

۵) وقتی مواجهه اتفاق افتاد، دوره انکوباسیون نسبتا قابل پیش‌بینی برای ویروس‌های آنفلوانزا وجود دارد. ناخوشی بالینی معمولا بین ۷۲-۲۴ ساعت پس از عفونت، تظاهر پیدا می‌کند.

▪ استنباط: عدم بروز ناخوشی بالینی پس از مواجهه، دال بر این است که عفونتی وجود ندارد، ایمنی به اندازه کافی است یا عفونت به شکل تحت بالینی است.

▪ کاربرد بالینی: سابقه مواجهه با یک مورد تایید شده آنفلوانزای H۱N۱ به مدت ۳-۱ روز قبل از شروع علایم، کلید تشخیصی ارزشمندی به حساب می‌آید.

۶) وقتی عفونت حادث شد، یک دوره نسبتا قابل پیش‌بینی از دفع ویروس و انتقال آن را می‌توان انتظار داشت. حداکثر دفع ویروس معمولا طی ۳-۲ روز از ناخوشی بالینی اتفاق می‌افتد که عموما همزمان و منطبق بر دوره حداکثر علایم بیمار است.

▪ استنباط: افراد بیمار احتمالا کمتر می‌توانند در جامعه جابجا شوند و حرکت کنند. اما سیستم‌های پزشکی غالبا از افراد بیمار می‌خواهند که به جامعه برگردند و در تماس باشند (اصل شماره۱). پس از گذشت ۶-۵ روز از ناخوشی، احتمال انتقال آنفلوانزا از فرد بیمار، غیرمحتمل خواهد بود.

▪ کاربرد بالینی: درک دوره ناخوشی و دفع ویروس، به بیماران کمک خواهد کرد که ارزش ماندن در منزل در طی دوره بیماری را بهتر درک کنند.

۷) به دنبال عفونت، در بدن میزبان این ویروس فعال خواهد شد. پاسخ ایمنی هم منجر به بروز برخی از نشانه‌های آنفلوانزا می‌شود.

▪ استنباط: با فرض اینکه دستگاه ایمنی بدن میزبان سالم است، ابتلای به عفونت و بهبود پس از آن، ایمنی طولانی‌مدت نسبت به آن سوش خاص از ویروس آنفلوانزا بوجود می‌آورد.

▪ کاربرد بالینی: افراد سالم و بیمارانی که از آنفلوانزای H۱N۱ اجتناب و دوری می‌کنند، در آینده نسبت به آن حساس خواهند بود و باید به محض آنکه واکسنی برای مقابله با این ویروس در دسترس قرار می‌گیرد و توصیه می‌شود، نسبت به آن واکسینه شوند.

۸) ابتلای به این عفونت در یک سر طیف منجر به بهبود و ایمنی و یا در آن سر طیف منتهی به مرگ می‌شود.

▪ استنباط: حرکت به سمت مرگ میزبان، وابسته به عوامل مربوط به روش ویروس و عوامل میزبانی است. به طور کلی، مرگ و میر ناشی از آنفلوانزا در گروه بسیار مسن و بسیار خردسال (کودکان) و همچنین در افرادی که بیشترین ضعف سیستم ایمنی را دارند، در بالاترین حد خود قرار دارد.

▪ کاربرد بالینی: پزشکان باید از طیف در حال تغییر ویروس آنفلوانزای H۱N۱ و اینکه کدام بیماران بیشترین موربیدیته و یا مرگ و میر را خواهند داشت، آگاه باشند.

۹) ایمنی را می‌توان از راه ابتلا به عفونت یا از راه ایمن‌سازی و واکسیناسیون کسب کرد.

▪ استنباط: سابقه ابتلای قبلی به سایر روش‌ها و یا ایمنی‌سازی قبلی، تضمینی برای ایمنی بودن نیست. عوامل مرتبط با میزبان و تطابق نامناسب وضعیت واکسن‌ها، ایمنی فرد را به شدت کاهش می‌دهد.

▪ کاربرد بالینی: هر وقت که واکسن آنفلوانزای H۱N۱ در دسترس قرار گیرد، لازم است پزشکان مطابق توصیه‌ها اقدام به ایمن‌سازی بیماران نمایند.

۱۰) اپیدمی‌های آنفلوانزا، الگوهای قابل پیش‌بینی را در طی زمان دنبال می‌کنند. این رفتار کلی را می‌توان با تخمین میزان ایمنی، قابلیت انتقال و زمان تکثیر ویروس (generation time) مدل‌سازی یا شبیه‌سازی کرد.

▪ استنباط: به دست آوردن بسیاری از متغیرها و پارامترهای مورد نیاز برای مدل‌سازی اپیدمی‌ها، آسان نیست؛ مدل‌ها عمدتا در دیدگاه گذشته‌نگر بهتر کار می‌کنند.

▪ کاربرد بالینی: نظام‌های مراقبت ملی و منطقه‌ای بسیار قابل و توانمندی در سرتاسر دنیا مشغول فعالیت‌اند. اطلاعات به دست آمده از نظام مراقبت می‌تواند در جهت هدایت به سمت رفتار و تصمیمات صحیح، بسیار کمک کننده باشد.

۱۱) تعامل بین عفونت‌زایی یک ویروس و سطح ایمنی قبلی یک جمعیت، بسیار حساس و ظریف است. برای اینکه انتقال ویروس اتفاق بیفتد، وجود افراد حساس در جمعیت مواجهه یافته ضروری است. کاهش احتمال تماس با یک فرد حساس باعث کاهش عفونت‌زایی یک ویروس می‌شود.

▪ استنباط: ویروس‌های جدید آنفلوانزا، بوسیله فاکتورهای مرتبط با ایمنی میزبان محدود نمی‌شوند و در نتیجه از پتانسیل عفونت‌زایی بالایی برخوردارند.

▪ کاربرد بالینی: آنفلوانزای H۱N۱ در یک زمان غیرمعمول در حال گسترش است. با رسیدن به اواخر پاییز و فصل زمستان، احتمالا گسترش آنفلوانزای H۱N۱ به مراتب بدتر خواهد شد.

۱۲) تمام موجودات زنده، نشانه‌هایی از غیرقابل پیش‌بینی بودن را دارند که باعث می‌شوند اتفاقات عجیب و بعضا غیرقابل توجیه را رقم بزنند. هر کدام از اصولی که تاکنون گفتیم ممکن است در هر لحظه از زمان، زیر پا گذاشته شود؛ ویروس‌های آنفلوانزا، توانایی بالایی برای جهش ژنی دارند، ژنوم آنها ممکن است دچار نوترکیبی شود و همچنین الگوهای جمعیتی نیز همیشه ثابت نیستند.

▪ استنباط: هرچند که این اصول پایه، فضا را برای برنامه‌ریزی اقدامات مهیا می‌کنند، اما مراقبت مداوم و تغییر پاسخ‌ها بر حسب ضرورت، برای دستیابی به پیشگیری موثر و کنترل اثربخش، ضرورت دارد.

▪ کاربرد بالینی: پزشکان و خصوصا پزشکان خانواده، در خط مقدم مراقبت از آنفلوانزا قرار دارند و لازم است در جریان آخرین اطلاعات در حال تغییر باشند تا بهترین مراقبت را از بیماران و از جامعه خود به عمل آورند.

● توضیح

مشخصه بالینی ویروس آنفلوانزای H۱N۱ عبارتست از تب ۸/۳۷ درجه سانتیگراد (و بالاتر) همراه با سرفه، گلودرد و کوریزا. موارد مشکوک آنهایی هستند که یک ارتباط اپیدمیولوژیک با یک مورد تایید شده بیماری یا با یک جامعه‌ای که آنفلوانزای H۱N۱ در آن تایید شده دارند. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده (CDC) استفاده از مهارکننده‌های نورآمینیداز برای درمان اولیه بیماران مبتلا به آنفلوانزای H۱N۱ را توصیه می‌کند (دو دارو از این دسته به نام‌های اسلتامیویر (تامی‌فلو) و زانامی‌ویر (رلنزا) در ایران موجود است.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

http://vista.ir/?view=article&id=369624

vista.ir
Online Classified Service

اگر سرما خورده اید بخوانید!!

۱) حداقل سی سانتیمتر از افرادی که سرفه یا عطسه می کنند فاصله بگیرید.

قطره های ریزعطسه یا سرفه حدوداً تا مسافت ۳۰ سانتی متری پراکنده می شوند. دکتر دنیس موری ، پزشک اطفال از دانشکده پزشکی ایالت میشیگان، خاطرنشان می کند که اگر یکی از این قطره ها روی چشم یا بینی شما قرار بگیرد، چند روز بعد به بیماری سرماخوردگی مبتلا می شوید . هرگاه در آسانسور با فردی که سرفه می کند مواجه شدید، رویتان را برگردانید.

۲) در هر فرصتی دستهایتان را بشویید.

اکثر میکروب های سرماخوردگی از طریق تماس فیزیکی غیرمستقیم منتقل می شوند. به طور مثال ، فرد بیماری که ویروس سرماخوردگی را از بینی به دستهایش منتقل می کند، به هر شیئی که دست بزند آن را آلوده می کند (ویروسهای سرماخوردگی به مدت ۳ ساعت بر روی اشیاء ، زنده می مانند.) افرادی که این اشیاء را لمس کنند و بعد بینی یا چشمهایشان را بمالند به بیماری مبتلا می شوند. پس نتیجه می گیریم که شستشوی مدام دستها مهمترین کاری است که می توانید برای پیشگیری از سرماخوردگی انجام دهید. بنابراین دستهایتان را در هر فرصتی بشویید.

۳) در محیط هایی که تهویه مناسب ندارد، از خودتان بیشتر مراقبت کنید.

ساختمانهای اداری که از تهویه هوای مناسب برخوردار نیستند یکی از محیط هایی محسوب می شوند که خطر ابتلا به سرماخوردگی را افزایش می دهند، زیرا در این مکانها ویروس سرماخوردگی راه خروج ندارد. بدتر از آن رطوبت کم است که باعث خشکی مخاط بینی می شود، در نتیجه ، مخاط را برای شکار ویروسها مستعد می سازد. به همین دلیل هواپیماها هم محیط های مشابه دیگری برای ابتلا به سرماخوردگی محسوب می شوند. دکتر مارگارت گرادیسون از انجمن پزشکی دانشگاه دوک می گوید: بهترین پادتن ، مرطوب کردن سوراخهای بینی با اسپری محتوی آب نمک مخصوص بینی است .

۴) مایعات مختلف بنوشید.

نوشیدن مایعات گوناگون ، میکروبهای فعال سرماخوردگی را از بین می برند و همینطور از کمبود آب بدن که معمولاً با بیماری سرماخوردگی همراه است جلوگیری می کنند. دکتر ترادیسون می گوید: " تنفس از راه دهان ، دمیدن به داخل بینی و مصرف داروهای آبریزش بینی ، کمبود آب بدن را افزایش می دهد. برای مقابله با این کمبود ، حداقل روزی هشت لیوان آب، آب میوه و یا مایعات بدون کافئین بنوشید.

۵) از مالیدن بیش از حد چشم و بینی خودداری کنید.

با توجه به بررسی های انجام شده ، افراد در هنگام سرماخوردگی این اعضاء صورت خود را سه بار در ساعت می مالند. اگر احساس می کنید که باید این کار را انجام دهید، بهتر است به جای نوک انگشت از بند انگشتانتان استفاده کنید، چون این قسمت کمتربه میکروب سرماخوردگی آلوده می شود.

۶) از رختخواب بیرون بیایید و به ورزش بپردازید.

نیال مونیا ، زیست شناس می گوید : " شما می توانید سه بار در هفته و به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به انجام ورزشهای ساده ، مثل پیاده روی و دوچرخه سواری بپردازید و با این کار مقاومت بخش بالایی مجرای تنفسی را نسبت به عفونتها افزایش دهید.

۷) اسکاچهای ظرفشویی را ضد عفونی کنید.

اکثر میکروبهای سرماخوردگی در آشپزخانه منتقل می شوند. مهمترین عامل اسکاچهای ظرفشویی هستند که برای رشد و نمو میکروب های سرماخوردگی محیطی گرم و مرطوب را فراهم می کنند .

بهتر است برای جلوگیری از ابتلا به سرماخوردگی ، روزی دو تا سه مرتبه این اشیاء را در جریان آب جوش قرار دهید. اگر یکی از اعضای خانواده بیماراست ، برای احتیاط بیشتر بهتر است تمام لوازم منزل را که بیشتر با آنها در تماس هستند، ضدعفونی کنید.

۸) ویتامین "E " مصرف کنید.

ویتامین "E " نقش مهمی درعملکرد سیستم ایمنی بدن ایفا می کند. اما از آنجایی که این ویتامین بیشتر در مواد غذایی پرچرب وجود دارد ، افرادی که رژیم لاغری دارند ، نمی توانند از آن استفاده کنند. دکتر جان – اچ ویسبرگر توصیه می کند که روزانه ۱۰۰ تا ۲۰۰ واحد (واحد بین المللی)، مکمل ویتامینE مصرف کنید.

اکثر افراد برای افزایش توانایی بدنشان در مصرف این قرص ، باید آن را همراه با نهار و شام (غذاهای اصلی) مصرف کنند. در مورد خاصیت ضد سرماخوردگی ویتامین "C" هیچ گونه شواهدی وجود ندارد. اما چند تحقیق حاکی از آن است که این ویتامین تا اندازه ای دوره و شدت سرماخوردگی را کاهش می دهد. به خاطر داشته باشید، روزانه، بیشتراز ۵۰۰ میلی گرم از آن مصرف نکنید ، چون مصرف بیش از حد این ویتامین باعث اختلال در دستگاه گوارش می شود.

۹) سرفه را تسکین دهید.

برای سرفه های خشک و تک سرفه ها از شربتی که حاوی مواد التیام دهنده است استفاده کنید. برا ی سرفه هایی که با خلط همراه است ، از شربت سینه و داروی خلط آور استفاده کنید که باعث می شود مقدار ترشح مخاطی افزایش یافته ، در نتیجه فرد راحت تر سرفه کند.

۱۰) خواب شبانه آرامی داشته باشید.

با توجه به تحقیقات انجام شده در مؤسسه بهداشت سنتیاگو ، خواب خوب و آرام موجب تقویت سلولهای سیستم ایمنی بدن می شود. در این بررسی ، ۴۳ نفر (افرادی که به سرما خوردگی مبتلا نبوده اند) به طور داوطلبانه تنها نیمی از شب را در خواب سپری کردند . فردای آن روز ۳۰% از سلولهای مدافع بدن آنها از بین رفتند .اما شب بعد، زمانی که این افراد ، حداقل هشت ساعت را در خواب سپری کردند، سلولهای نابود کننده

بدن آنها کاملاً مقاوم شدند.

۱۱) از بازکننده های (مجرای بینی و سینه) مناسب استفاده کنید.

برای التیام گرفتگی بینی ، بهتراست از اسپری و قطره های باز کننده استفاده کنید، زیرا این نوع داروها علائم بیماری را سریع تر از داروهای خوراکی از بین می برند و نیز اثرات جانبی کمتری را به دنبال دارند. داروهای خوراکی باعث افزایش ضربان قلب می شوند. بنابراین افرادی که مبتلا به فشار خون بالا با بیماری هستند . نباید از آنها استفاده کنند.

بازکننده های بوییدنی را نباید بیش از سه روز پیاپی مصرف کرد، چون ممکن است اثر این دارو کاهش یابد و گرفتگی بینی بدتر از قبل شود.

۱۲) گلو درد را تسکین دهید.

دکترموری ازایالت میشیگان معتقد است غرغره کردن با آب نمک گرم برای تسکین گلو درد فوق العاده مؤثر است .

(یک قاشق چایخوری نمک برای هر لیوان آب) او می گوید :" هیچ گونه شواهدی وجود ندارد که برای التیام درد مکیدن آب نباتهای دارویی معمولی از آب نباتهای سفت و محکم بهتراست . هر دوی این مواد ، مقدار بزاق دهان را افزایش داده و سطح گلو را پوشش می دهند . به همین دلیل است که نوشیدن " چای وعسل " برای التیام گلو درد تأثیر بسزایی دارد. آب نباتهای دارویی حاوی " منتول" بهتر از آب نباتهای سفت و محکم کارایی دارند چون باعث بی حسی گلو می شوند.

۱۳) در هر وعده از غذاهای اصلی " نهار و شام "، سوپ کم چربی بخورید.

مایعات گرم در بی اثر کردن ویروس سرماخوردگی نقش مهمی را ایفا می کنند و نوعی مُسکن محسوب می شوند. سوپ جوجه برای تسکین این بیماری تأثیر فوق العاده ای دارد. دکتر گرادیسون معتقد است : " این سوپ حاوی پروتئین ، ویتامین و مواد معدنی است ، که همگی به از بین بردن ویروس سرماخوردگی کمک می کنند."

در هنگام سرماخوردگی سعی کنید سرفه های آرام و آهسته کنید تا سرماخوردگی شما به دیگران منتقل نشود . این اصل را به کودکانتان نیز آموزش دهید

. گرادیسون می گوید : " اگر هر فردی اصول ساده بهداشتی را رعایت کند، مطمئناً به نتایج فوق العاده ای در این زمینه خواهیم رسید."

منبع : پایگاه اطلاع رسانی پزشکی شفا

http://vista.ir/?view=article&id=355169

vista.ir
Online Classified Service

انفلوانزای مرغی: اپیدمی بعدی یا ترس بیمورد

به دلیل توجه بیش از پیش رسانه های گروهی و سیاستگذاران جهان در ماهها و بخصوص در هفته های پیش بر آن شدیم تا در طی چند مصاحبه جنبه های علمی—پزشکی –اجتماعی —اقتصادی آنفلوانزای مرغی را با چند کارشناس مطرح کنیم تا واقعیت را از حدیث جدا سازیم. آشکار است که یک اپیدمی جهانی می تواند موجب مرگ میلیونها شود و یا معضل جهانی بیسابقه ای ایجاد کند. در نشست اول با دکترامونا فرید

استادایرانی تبار بیماریهای عفونی در دانشگاه جان هاپکینزبه صحبت نشستیم. بعدعلمی— پزشکی مساله از قرار زیر است: "در قرن گذشته، سه بار بیماری آنفولانزا (در طی سالهای ۱۹۱۸، ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸) بطور شدید شیوع یافت که علت آن ظهور نوع جدیدی از ویروس آنفلوانزای انسانی بود. اخیراً بیماری آنفلوانزای مرغی بعلت آنکه ویروس آن میتواند به انسان سرایت نموده موجب بیماری شدید و مهلک گردد توجه جهانیان را بخود جلب کرده است. آنفلوانزای مرغی یک بیماری واگیردار در بین پرندگان است که بر اثر ویروس (آ) آنفلوانزای مرغی ایجاد می شود. آنفولانزای مرغی بواسطه نوع فرعی پروتئینی که در سطح سلول ویروس وجود دارد از آنفلوانزای انسانی متمایز میگردد. دو نوع پروتئین مهمی که شدت بیماری زائی این ویروس را تعیین میکنند عبارتند از" هماگلوتینی" (اچ) و " نورامی نیداس" (ان). ۱۶ نوع فرعی پروتئین (اچ) و ۹ نوع فرعی پروتئین (ان) وجود دارد که فقط ویروس هائی که دارای "اچ ۵ " (اچ ۵ ان ۱) و " اچ ۷" (اچ ۷ ان ۷ و اچ ۷ ان ۳) میباشند بعنوان عامل خطرناک ترین نوع آنفولانزای مرغی شناخته شده اند. در حال حاضر حدوث شش جهش یا موتاسیون دراین ویروس می تواند موجب انتقال سریع بین انسانها و اپیدمی یا آندمی جهانگیری شود.

ویروس آنفلوانزای مرغی را در بزاق ، ترشحات بینی وفضولات پرندگان مبتلا یافت می شود که اگر پرندگان دیگر با این مواد آلوده تماس پیدا کنند به این بیماری مبتلا میشوند. معمولاً مرغ، مرغابی ، غاز و بوقلمون از جمله پرندگانی هستند که بیشتر به این بیماری مبتلا می شوند. سرایت آنفلوانزای مرغی به انسان اغلب بر اثر تماس مستقیم با پرنده بیمار یا محل های که از تراوشات و فضولات پرندگان بیمار آلوده بوده پیش آمده است. اکثریت موارد سرایت به انسان در مناطق روستائی که بسیاری از خانواده ها به پرورش پرندگان اشتغال دارند و مرغان آزادانه به هر طرف حرکت می کنند و امکان آلوده نمودن محیط و سرایت بیماری را افزایش میدهند، دیده شده است. به احتمال قوی انتقال بیماری درهنگام ذبح ، تمیز کردن و آماده نمودن مرغان برای آشپزی پیش می آید. هیچگونه شواهدی در دست نیست که نشان دهد مرغ یا تخم مرغ کاملاً پخته شده باعث ابتلا شده باشد. انتقال آنفلوانزای مرغی از انسان به انسان محدود به موارد معدودی بوده که در خانواده هائی که در تماس نزدیک و مستقیم با فرد مبتلا بوده اند دیده شده است. تا کنون هیچگونه موردی از اینکه تماس اتفاقی با فرد مبتلا منجر به بیماری شده باشد تائید نشده است.

از دسامبر ۲۰۰۳ تا آگست ۲۰۰۵ ، شیوع ویروس " اچ ۵ ان ۱" در مراکز پرورش پرندگان در کشور های جمهوری کره ، ویتنام ، ژاپن ، تایلند ، کامبج ، لائوس ، اندونزی ، چین ، مالزی ، روسیه ، قزاقستان و مغولستان دیده شده است. اخیراً یعنی در اکتبر ۲۰۰۵ ، این بیماری در بین پرندگان در ترکیه و رومانی نیز دیده شده است. دیروز نیز این ویروس در کانادا شناسائی شد. علیرغم ابتلای میلیون ها مرغ ، فقط ۱۳۲ مورد آنفلوانزای مرغی در انسان دیده شده است که منجر به مرگ ۶۴ نفر در ۵ کشور آسیائی یعنی هنک کنک، ویتنام، تایلند، کامبج و اندونزی گردیده است. اکثر بیماران قبل از ابتلا، کودکان و افراد کاملاً سالمی بوده اند. علائم آنفلوانزای مرغی در انسان شامل علائمی شبیه سرماخوردگی، مانند تب شدید، سرفه ، دردهای عضلانی ، گلو درد و سردرد و همچنین چشم درد ، ذات الریه، درد شکم ، اسهال، تورم مغز و اختلالات شدید دستگاه تنفسی میباشد. اکثر بیماران حدود یک هفته بعد از تماس با پرندگان مبتلا یا محیط آلوده ، علائم بیماری در آنها ظاهر می گردد . همچنین مواردی از ابتلای خفیف غیر بالینی نیز گزارش شده است که نمیتوان تعداد آنها را مشخص نمود ، چه که اینگونه بیماران هرگز به پزشگ مراجعه نمی کنند.

در حال حاضر هیچگونه واکسنی برای این بیماری وجود ندارد ، گر چه از آوریل ۲۰۰۵ تلاشهائی در این زمینه بعمل آمده است. دو ماده ضد ویروس وجود دارد که ممکن است شدت و طول بیماری آنفلوانزای مرغی را در انسان کاهش دهد که عبارتند از " اوسلتامی ویر"(تامیفلو) و" زانامی ویر" (رلنزا). اما این داروها اغلب اگر ظرف ۴۸ ساعت از ظهور علائم مرض مصرف گردد موثر واقع می شود. بالا بودن قیمت این داروها توزیع آنها را در کشورهائی که بیشتر به آن نیاز دارند مشکل می سازد. در حال حاضر هیچگونه درمانی برای آنفلوانزای مرغی وجود ندارد و معلوم نیست چرا افرادی که در معرض این ویروس قرار می گیرند بعضی مبتلا شده بعضی نمیشوند. مشکل اینجاست که انواع ویروس های آنفلوانزا میتوانند تغییر یابند و پروتئین های سطح خود را از طریق فرآیندی بنام " جهش ژنتیکی" تغییر دهند و باین ترتیب انواع جدیدی از این ویروس بوجود خواهند آمد. از آنجائی که آنفلوانزای مرغی معمولاً انسان را مبتلا نمی سازد ، بدن انسان به مصونیت این ویروس مجهز نمی باشد. از اینرو دانشمندان و مسئولان بهداشت عمومی وضع ویروس" اچ ۵ ان ۱" را در آسیا بطور دقیق زیر نظر دارند تا در صورتیکه این ویروس تحول پیدا کند و بصورت نوع جدیدی از ویروس تکامل یابد که بتواند آسان تر و در سطحی وسیع تر از انسان به انسان منتقل گردد ، آمادگی لازم را داشته باشند. "

منبع : آسمان پارس

http://vista.ir/?view=article&id=272786

انواع سلولیت

دونوع مشخص سلولیت وجود دارد یکی سلولیت سفت و دیگری سلولیت شل.

● چطور سلولیت سفت را تشخیص دهیم؟

بعضی اوقات در نظر اول مشکل است سلولیت سفت را شناخت.این نوع سلولیت ضخیمتر به نظر می‌رسد و چسبیده به عضلات است، به سختی می‌توان آن را با فشار دست به یك طرف راند، موقعی که نسج مبتلا را بین دو انگشت شست و سبابه بگیرید و یا روی آن فشار وارد آورید متوجه می‌شوید که حساس است و شخص مبتلا احساس ناراحتی می‌کند دلیلش این است که احتمالاً در محل سلولیت انتهای اعصاب تحت فشار قرار گرفته‌اند.

● در چه اشخاصی سلولیت سفت را می‌توان یافت؟

بجز در موارد استثنائی معمولاً سلولیت سفت را در خانمهای جوان با شرایط خوب جسمی می‌توان دید. خانمها در هر سنی و با هر شرایط جسمی نیز گاهی به این نوع عارضه دچار می‌گردند حتی آنهائی که ورزیده و قهرمان هستند. بطور مثال سلولیت سفت در بین رقاصان فراوان یافت می‌شود.

● چه عوارضی با سلولیت سفت همراه است؟

پوست در ناحیه سلولیت عموماً خشك است، بعضی مواقع زیر هم هست که نتیجه بدی تغذیه پوست می‌باشد. کشیدگی پوست مشکل دیگری است که در این نوع وجود دارد.

فیبرهای قابل انعطاف و قابل ارتجاع نسج سفت شده حرکت دادن پوست روی سطح زیرین آن را ناممکن می‌سازند، پوست کشیده شده و یك حالت انقباضی دارد.

موقعی که برای مدت زیادی این فیبرها بیش از حد کشیده شوند پاره می‌شوند و بجای خود یك جوش خوردگی یا سیکاتریس باقی می‌گذارند.

معمولا این نوع خطوط جوش خوردگی روی پوست شکم پس از زایمان بوجود می‌آید در اینجا نیز به همان دلیل که پوس نمی‌تواند همگام با برآمدگی و بزرگ شدن حجم نسج زیرپوستی کش بیاید فیبرها پاره شده خطوط جوش خوردگی از خود به یادگار باقی می‌گذارند.

● چگونه سلولیت شل را می‌توان تشخیص داد؟

سلولیت شل با آنچه در مورد سلولیت سفت گفته شد کاملاً متفاوت است. این نوع سلولیت محدود و در یك نقطه متمرکز نیست و اغلب ناحیه بزرگی از بدن را اشغال می‌کند. ناحیه مبتلا سفت نیست و به نظر می‌رسد سلولیت بین عضلات و پوست مواج است.

این نوع سلولیت که تعداد زیادی از خانمها را مبتلا نموده توجه بسیاری از متخصصین را به خود جلب نموده است.

لمس ناحیه مبتلا به این نوع سلولیت جهت تشخیص آن ضروری به نظر نمی‌رسد زیرا ظاهر آن گویای ابتلاء به این عارضه می‌باشد. برعکس

سلولیت سفت که نمی‌توان آن را در زیر پوست جابجا کرد و حرکت داد در اینجا می‌توان براحتی آن را روی عضلات با فشار دست به این طرف و آن طرف راند. به علت شل بودنش در این ناحیه پوست آویزان با کمی برجستگی شل پف‌آلود دست و با هر حرکت بدن می‌جنبد که منظره ناخوشایندی را بوجود می‌آورد.

● چه اشخاصی مبتلا به سلولیت شل می‌شوند؟

سلولیت شل اغلب در خانمهائی که مدت زیادی پرتحرك بوده و بعداً بدون فعالیت و تحرك می‌شوند دیده می‌شوند. افرادی که مجبور به انجام کارهای خسته‌کننده و شاق هستند نیز مبتلا می‌شوند.

نسج سفتی کمی دارد و محکم نیست، پوست نرم است، عضلات قدرت کافی ندارند و وریدها گشاد و مستع گردیده‌اند.

کسانی که برای لاغر شدن رژیم‌های سخت می‌گیرند و در مدت کوتاهی خود را لاغر می‌نمایند نیز در معرض ابتلاء به این نوع سلولیت می‌باشند. رژیم‌های سختی که با عرق کردن زیاد توأم گردد صدمه و آسیب سختی به بدن وارد می‌آورد. این نوع خانمها که زود خود را لاغر می‌کنند عموماً به همین ترتیب هم زود دوباره چاق می‌شوند. انساج در این لاغر و چاق شدن پی در پی حالت ارتجاعی و محکم خود را از دست می‌دهند و شل و آویزان می‌شوند.

منبع : موسسه اطلاع‌رسانی طعام اسرار

http://vista.ir/?view=article&id=226004

vista.ir
Online Classified Service

اورتریت

اورتریت عبارت است از التهاب یا عفونت مجرای ادرار (لوله‌ای که ادرار از طریق آن از مثانه به خارج می‌رود). اورتریت غالباً باعفونت یا التهاب مثانه (سیستیت) همراه است. تمام سنین و هر دو جنس را مبتلا می‌کند ولی در جنس مؤنث ۱۰ برابر شایع‌تر است.

● علایم شایع

الف) ادرار کردن همراه با درد یا سوزش

ب) اضطرار فراوان برای ادرار کردن حتی در هنگامی که ادرار زیادی در مثانه نیست.

ج) مقاربت جنسی دردناک یا ناتوانی جنسی موقتی در مردان

د) قطره‌قطره آمدن ادرار در مردان بالای ۵۰ سال

● علل

الف) همان عفونت باکتریایی مشابه که باعث سوزاک می‌شود، اورتریت گنوکوکی ایجاد می‌کند؛ اورتریت غیر اختصاصی (اورتریت غیرگنوکوکی نیز نام دارد)، ممکن است ناشی از انواع ارگانیسم‌ها از جمله باکتری، قارچ و عفونت کلامیدیایی باشد.

ب) سایر علل می‌توانند شامل ترومای ناشی از آسیب یا جراحی یا مواد شیمیایی مثل ضدعفونی‌کننده‌ها باشند.

ج) نشان داده شده است که خوشبوکننده‌های حمام و روغن‌های حمام باعث اورتریت می‌گردند.

- عوامل افزایش‌دهنده خطر

الف) عفونت باکتریایی که گسترش می‌یابد و از پوست اطراف ناحیه تناسلی و مقعد وارد مجرای ادرار می‌گردد.

ب) کبودی در طول مقاربت جنسی

ج) تماس با شریک جنسی دچار عفونت

د) استفاده از سوند ادراری

و) استفاده از داروهایی که باکتری‌های عامل عفونت نسبت به آنها مقاوم شده‌اند.

هـ) شرکای جنسی متعدد

ی) سابقه سنگ کلیه، پروستاتیت، اپیدیدیمیت یا آسیب به ناحیه تناسلی

ر) سابقه بیماری آمیزشی

- پیشگیری

الف) برای علل مرتبط بافعالیت جنسی:

۱) قبل از مقاربت جنسی یک لیوان آب بنوشید و ظرف ۱۵ دقیقه پس از آن ادرار کنید.

۲) از کاندوم لاستیکی استفاده کنید.

۳) از یک نرمکننده محلول در آب (مهبلی) مثل ژل K-Y استفاده کنید. *از وضعیت‌های مقاربتی مختلف استفاده کنید تا احتمال آسیب به مجرای ادرار زن کاهش یابد.

۴) برای عللی که تنها به زنان ارتباط دارند:

۵) پس از اجابت مزاج از جلو تا عقب را پاک کنید و با صابون و آب بشویید.

۶) به جای وان حمام از دوش استفاده کنید.

۷) برای هردو جنس، هر روز ۸ لیوان آب میل کنید.

- عواقب مورد انتظار

اورتریت معمولاً «از درجه خفیف» است و به ندرت بیماری طولانی مدت خطرناکی ایجاد می‌کند. عود شایع است.

- عوارض احتمالی

الف) اورتریت و سیستیت مزمن در صورت ناکافی بودن درمان

ب) گسترش عفونت به مجاری ادرار و کلیه

- درمان

الف) اصول کلی

۱) آزمون‌های تشخیصی می‌توانند شامل بررسی‌های آزمایشگاهی خون و ترشحات و آزمایش ادرار باشند.

۲) درمان در منزل کافی است و شامل داروهایی برای شما و همسرتان است.

۳) برای تسکین درد، در وان حاوی آب داغ به مدت ۱۵ دقیقه حداقل ۳ بار در روز بنشینید.

۴) مردان: با کشیدن پوست تناسلی به پایین برای بازکردن مجرای ادرار و بررسی این که آیا همچنان ترشح وجود دارد یا خیر، مجرای ادرار را تحریک نکنید. آلت تناسلی را می‌توان مشاهده کرد ولی آن را فشار ندهید.

۵) اطراف ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارید. از صابون ساده و بدون بو استفاده کنید.

ب) داروها

آنتی بیوتیک ها برای مقابله با عفونت. از تکمیل دوز تجویز شده اطمینان حاصل کنید حتی اگر علایم زودتر فروکش یابند.

ج) فعالیت

محدودیتی وجود ندارد. تا دو هفته پس از رفع علایم از تحریک و مقاربت جنسی بپرهیزید.

د) رژیم غذایی

۱) هر روز ۸ لیوان آب بنوشید.

۲) در طول درمان از کافئین بپرهیزید.

۳) برای اسیدی کردن ادرار آب آلبالو بنوشید. برخی داروها با ادرار اسیدی اثربخش‌تر هستند.

● در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید

الف)اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم اورتریت را داشته باشید.

ب)اگر در طول درمان هریک از موارد زیر رخ دهند:

ج) تب ۳/۳۸ درجه سانتیگراد یا بیشتر

د) خونریزی از مجرای ادرار یا خون در ادرار

و) عدم بهبودی ظرف یک هفته علی‌رغم درمان

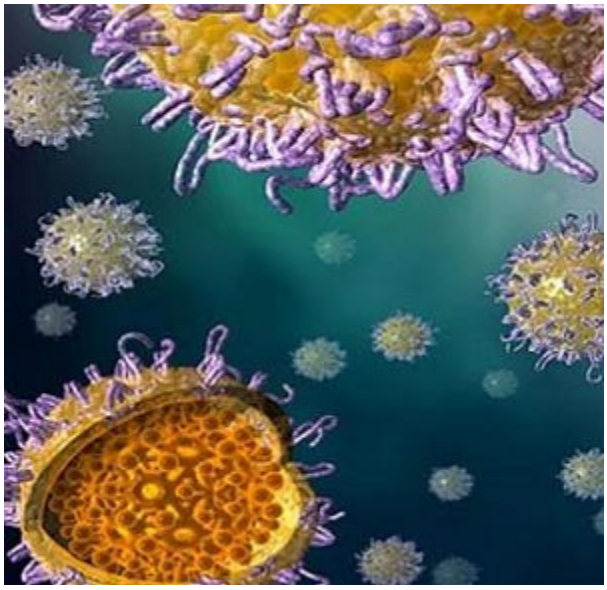
هـ) اگر شما دچار علایم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی ایجاد کنند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=239190

vista.ir
Online Classified Service

اوریون؛ بیماری زمستان



اوریون، یک بیماری واگیردار ویروسی حاد است که عمدتا در کودکان ۵-۱۰ ساله رخ می‌دهد این بیماری با بزرگ شدن دردناک غدد بزاقی شروع شده و به دنبال آن تب، بی‌قراری، سردرد، بی‌اشتهایی، سرگیجه و درد به هنگام غذا خوردن و حرف زدن را نیز می‌توان در کودک مشاهده کرد. بیشترین میزان شیوع بیماری در زمستان و بهار است و عامل انتقال آن به واسطه انتشار قطرات آب دهان و تماس مستقیم با بزاق افراد آلوده و بعضا در موارد خاص از طریق بافت ملتحمه چشم وارد بدن شده و در حدود ۱۵-۲۵ روز که دوره کمون آن محسوب می‌شود در بخش فوقانی مجاری تنفسی و عقده‌های لنفاوی گردن همانندسازی می‌کند و سپس از طریق خون به سایر اندامها از جمله مننژ، کلیه‌ها، تیروئید، تخمدان‌ها و بیضه‌ها می‌رسد و از آنجا که ویروس این بیماری می‌تواند باعث عفونت و التهاب این اندامها گردد عوارض جانبی این بیماری می‌تواند بسیار وسیع باشد.

همچنین اختلالات دهلیزی در اوریون شیوع کمی دارد و به این علت سرگیجه‌های متوالی پس از بیماری به ندرت در بیماران دیده می‌شود و اکثر افراد مبتلا آزمایش‌های Eng پاسخ‌های طبیعی دارند و فقط در درصد کمی از موارد پاسخ‌های از بین رفته مشاهده می‌شود. البته دیده شده که در برخی از موارد مبتلایان به این بیماری هیچ‌گونه علائم بالینی مشخصی را نشان نمی‌دهند. با این وجود آزمایش‌های خون یا ادرار وجود ویروس را در بدن آنها تائید می‌کند. اوریون در مردان کمی آشکارتر از زنان دیده می‌شود و هرچه سن بیمار در زمان ابتلاء بیشتر باشد عوارض شدیدتری در فرد

ایجاد خواهد شد.

از آنجا که آنتی‌کورهای مادر در دوران بارداری از طریق جفت به نوزاد منتقل می‌شود امکان مبتلا شدن نوزادن کمتر از یکسال به این بیماری ویروسی بسیار کمی باشد. یکبار ابتلا به اوریون، ایمنی طولانی می‌دهد و ابتلای مجدد آن بسیار نادر است. با این وجود بهتر است کودکان هرزمان بعد از یک سالگی واکسن اروپون را به تنهایی و یا به همراه مایه سرخک و سرخجه تحت عنوان واکسن MMR دریافت نمایند. این واکسن را بویژه بایستی در کودکان یا بالغینی که قبلا مبتلا به اوریون بالینی نشده یا واکسینه نگشته‌اند تجویز نمود و این امر در افرادی که در ارتباط با مبتلایان به این بیماری هستند ضرورت بیشتری پیدا می‌کند زیرا تجربه ثابت کرده که جدا کردن بیماران از افراد سالم به طور موثر از انتشار عفونت جلوگیری نمی‌کند. علی‌رغم مصونیت‌دهی واکسن اوریون درمقابل این بیماری باید توجه داشت از استعمال این واکسن در کودکان کمتر از یکسال، بیماران تب‌دار و کسانی که دچار بیماری‌های بدخیم عمومی هستند و بالاخص در زنان باردار باید جدا خودداری کرد. در صورت ابتلا کودکان به این بیماری درمان خاصی برای آن وجود ندارد و کودک باید تحت درمان با داروهای مسکن، هورمونهای استروئید، رژیم غذایی خاص و استراحت کامل قرار بگیرد.

یکی از عوارض شایع ابتلا کودکان به اوریون ضایعات شدید گوش داخلی است که طبعا مشکلات شنوایی از نتایج آن است در این بیماری قسمت‌های مختلف حلزونی از جمله غشاء تکتوریای، استریاوس کولاریس و اندام کرتی دچار آسیب شدید می‌شوند. کم‌شنوایی حاصله معمولا از نوع حسی - عصبی، به صورت ناگهانی و شدید، همراه با سرگیجه وزوز گوش در بیمار ایجاد می‌شود. به دلیل اینکه کری ناشی از اوریون غالبا یک طرفه است تا مدت‌ها در کودکان تشخیص داده نمی‌شود و کودک با مشکلات کم‌شنوایی یک طرفه که یکی از بارزترین آنها عدم توانایی در جهت‌یابی صدا است مواجه می‌شود. این مسئله به خوبی ضرورت انجام آزمایش‌های اویولوژیک روتین دبستانی را روشن می‌نماید. با وجود اینکه برای کم‌شنوایی ناشی از اوریون درمانی وجود ندارد معذلک کودکان دبستانی و بزرگسالانی که در اثر اوریون یا بیماری‌های مشابه و حوادث دچار کم‌شنوایی یک طرفه می‌شوند می‌توانند به منظور پیشرفت در دروس و مقاصد خاص شغلی و اجتماعی از اقدامات ویژه توانبخشی استفاده نمایند.

منبع : روزنامه رسالت

http://vista.ir/?view=article&id=291998

vista.ir
Online Classified Service

اول سرما؛ اول سینوزیت

همزمان با شروع فصل سرما، به‌خصوص صبح زود و شب که سوز سرما بیشتر است- مردمی را می‌بینیم که شال‌گردن‌ها را تا جلوی بینی کشیده و پیشانی‌بند به سر بسته رد می‌شوند، اما حتی این محافظت‌ها هم نمی‌تواند مانع شیوع بیماری سینوزیت در این فصل شود.

اگر شما هم سردردها و ترشحات حلقی چسبنده را تجربه کرده باشید، اقرار می‌کنید که برای خلاصی از شر این بیماری انواع و اقسام درمان‌ها و توصیه‌ها را امتحان کرده‌اید.

بد نیست حرف‌ها و توصیه‌های دو متخصص این رشته یعنی - دکتر مسعود

مردانی-فوق‌تخصص بیماری‌های عفونی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- و دکتر حمید عمادی- متخصص عفونی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران- را نیز در این‌باره بخوانید.

آنها که در دبیرستان مثلثات خوانده‌اند، با شنیدن نام این بیماری، سینوس و کوسینوس مثلثاتی را به یاد می‌آورند، اما سینوس‌های صورت، حفره‌هایی داخل استخوان‌های اطراف بینی هستند که هوای استنشاق شده را گرم و مرطوب و تا حدی تصفیه می‌کنند و هیچ ربطی به مثلثات ندارند.

این حفره‌های استخوانی معمولا باید پر از هوا باشند و اگر به جای هوا مایع یا چرک در آنها جمع شود، بیمار احساس سنگینی سر و سردرد می‌کند.

- ترشحات از کجا می‌آیند؟

بیماری سینوزیت بر اثر ورود ویروس و باکتری یا بروز آلرژی ایجاد می‌شود.

دکتر مسعود مردانی درباره علت ایجاد بیماری سینوزیت می‌گوید: «این بیماری به علت التهاب سینوس‌های اطراف صورت بر اثر عفونت‌های میکروبی، باکتریایی و ویروسی به وجود آمده یا به دنبال عفونت فوقانی دستگاه تنفس ایجاد می‌شود.

ترشحات مخاط سینوس‌ها، باکتری‌ها را به دام می‌اندازد و مژک‌هایی که در جدار سطح داخلی بینی وجود دارد و سطح سینوس‌ها را پوشانده، با حرکات منظم خود ترشحات مخاط سینوس را به داخل بینی و حلق تخلیه می‌کند.

در صورت ایجاد عفونت ویروسی ناشی از سرماخوردگی، سینوس ملتهب شده و این التهاب از حرکت ترشحات به داخل بینی و حلق ممانعت می‌کند.

در نتیجه ترشحات در سینوس باقی مانده و منجر به تکثیر میکروب می‌شود؛ به همین علت خیلی وقت‌ها سینوزیت باکتریایی به دنبال سینوزیت ویروسی یا آلرژیک سراغ آدم می‌آید». اولین علائم این بیماری- که بیشتر کودکان و نوجوانان را گرفتار می‌کند - همان نشانه‌های سرماخوردگی مانند آب‌ریزش بینی و سرفه است که بیش از حد معمول طول می‌کشد.

پس ترشحات زرد متمایل به سبز از بینی، احساس پری و درد در ناحیه گونه‌ها و پیشانی هم به آن اضافه می‌شود.

گاهی درد شدید در پشت دندان‌های فک فوقانی و در بعضی موارد، تب هم وجود دارد.

- سلام دکتر

با توجه به اینکه علائم سینوزیت شبیه علائم سرماخوردگی است، ابتدا ممکن است با سرماخوردگی اشتباه گرفته شود، اما اگر علائم طول کشید (مثلا اگر ترشحات زرد متمایل به سبز بیشتر از ۸ روز مشاهده شد) بیمار با شک سینوزیت باید به پزشک مراجعه کند.

در این موارد، پزشک با عمل عکس‌برداری از سینوس‌ها یا سی‌تی‌اسکن صورت، بیماری را تشخیص داده و درصورت حاد بودن بیماری، آنتی بیوتیک تجویز می‌کند.

پس از مصرف دارو التهاب بهبود پیدا کرده و عفونت میکروبی از بین می‌رود.

- سینوزیت هم انواع و اقسام دارد

سینوزیت در دو نوع حاد و مزمن دیده می‌شود. هر کسی ممکن است دچار سینوزیت حاد شود.

گرفتگی بینی، تب، سردرد، تشدید درد سینوس هنگام لمس و فشردن و احساس سنگینی سر هنگام خم‌شدن از علائمی است که بیمار را ناراحت می‌کند.

در این نوع سینوزیت، سینوس‌ها دچار عفونت می‌شوند. دکتر حمید عمادی - متخصص عفونی و استاد دانشگاه تهران - درباره انواع سینوزیت می‌گوید: «در مواردی که سینوزیت کهنه می‌شود، سینوزیت مزمن ایجاد می‌شود.

این نوع بیماران درد یا مشکل خاصی ندارند، اما همیشه از پشت حلق شان ترشحات چرکی پایین می‌رود و اغلب از اینکه صبح‌ها خلط دارند شکایت می‌کنند.

این افراد بیشتر از سایرین دچار سینوزیت حاد می‌شوند و در واقع می‌توان گفت افراد مبتلا به سینوزیت مزمن، مستعد ابتلا به سینوزیت حاد مکرر

هستند».

بد نیست بدانید تشخیص سینوزیت مزمن مشکل‌تر از نوع حاد آن است چون ممکن است بیمار نشانه‌های حاد را نداشته باشد و به علت گرفتگی بینی، سردرد یا درد ریشه دندان به پزشک مراجعه کند.

در این حالت، التهاب باعث می‌شود مخاط ضخیم شود و میکروب‌ها در خلل و فرج ایجاد شده قرار بگیرند.

متاسفانه مصرف چرک‌خشک‌کن و آنتی‌بیوتیک نمی‌تواند سلامت را به این بیماران برگرداند.

قبلا از عمل جراحی برای این بیماران استفاده می‌شد اما در حال حاضر با روش‌های آندوسکوپی مخاط را می‌تراشند و خلل و فرج ایجاد شده را از بین می‌برند که البته کار سخت و مشکلی است و گاهی هم جواب نمی‌دهد.

- پس از سینوزیت

دکتر مردانی در پاسخ به این سؤال که بیماران بعد از ابتلا به سینوزیت چه اقداماتی انجام دهند تا روند بهبودی‌شان تسریع شود، گفت: «بیماران برای تسکین درد می‌توانند از قرص یا شربت استامینوفن استفاده کنند.

بهتر است از غذاهای محرک - که باعث گرفتگی بینی می‌شود - استفاده نکنند.

مصرف زیاد آب و مایعات هم مفید است. بخور آب گرم هم باعث بهبود گرفتگی بینی شده و در تسریع درمان مؤثر است».

- البته یادتان باشد که :

نباید خودسرانه آنتی بیوتیک مصرف کنید، وگرنه دچار مقاومت نسبت به دارو شده و در درمان های بعدی با مشکل مواجه می‌شوید.

اگر درمان سینوزیت به درستی صورت نگیرد، ممکن است عوارضی هم با خود به دنبال بیاورد.

این استاد دانشگاه شهید بهشتی درباره عوارض بیماری سینوزیت گفت: «سینوزیت ممکن است باعث ایجاد آبسه در مغز، تجمع چرک در ناحیه ماستوئید، عفونت قسمت‌های فوقانی دستگاه تنفس، سینه‌پهلو و در موارد نادری مننژیت شود».

بد نیست بدانید آلودگی هوا بهبود این بیماری را به تأخیر می‌اندازد و در مواقع حاد بهتر است بیماران در روزهایی که آلودگی هوا زیاد است، در مناطق آلوده شهر تردد نکنند تا روند بهبودی شان تسریع شود.

- توصیه‌ها را جدی بگیرید

توصیه اغلب پزشکان به بیمارانی که سینوزیت مزمن دارند، این است که از محلول آب و نمک استفاده کنند.(البته بهتر است به جای محلول آب و نمک، از محلول سرم فیزیولوژی استفاده کنید که در داروخانه ها می فروشند و از نظر غلظت نمک، استاندارد و مطمئن هستند.)

اما متاسفانه این توصیه معمولا جدی گرفته نمی‌شود. دکتر عمادی هم معتقد است: «یک راه مؤثر برای درمان و پیشگیری از بروز سینوزیت حاد در افرادی که سینوزیت مزمن دارند، شست‌وشوی حلق و بینی با آب و نمک است.

برای شست‌وشو بهتر است از ترکیب ۵/۴گرم نمک در نیم لیتر آب، با غلظتی کم و مشابه سرم‌های فیزیولوژیک استفاده شود. هنگام شست‌وشو باید مخلوط آب و نمک مانند هوا از راه بینی عمیق تنفس شده و از راه دهان خارج شود، طوری که شوری در حلق و دهان احساس شود».

به گفته این متخصص عفونی، اگر بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن، روزی ۲ تا ۳ دفعه بینی و حلق‌شان را با محلول آب و نمک شست‌وشو دهند، به میزان زیادی از ایجاد سینوزیت حاد پیشگیری کرده‌اند. لازم است بدانید بهتر است محلول آب و نمک استریل باشد.

دکتر عمادی می‌گوید: «بیماران بهتر است برای تهیه محلول شست‌وشوی آب و نمک از بسته‌های ۵/۴گرمی نمک استریل - که در داروخانه‌ها به قیمت ارزان موجود است - و بطری‌های نیم لیتری آب معدنی استفاده کنند».

آن شال و کلاه بستن‌ها که در خیابان‌های شهر می‌بینیم هم بی‌حکمت نیست. پزشکان هم این روش را برای پیشگیری توصیه می‌کنند.

با توجه به اینکه بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن حساس‌ترند و بیشتر از دیگران در معرض ابتلا به سینوزیت حاد قرار دارند، بهتر است بیشتر مراقب باشند و وقتی بیرون می‌روند یا روی موتور می‌نشینند، با استفاده از شال و کلاه، سر و صورت خود را بپوشانند و سینوس‌های‌شان را گرم نگه دارند.

منبع : علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرند

http://vista.ir/?view=article&id=325004

vista.ir
Online Classified Service

بیماری فراموش شده

از میان بیماری‌های باستانی، جذام از قدیمی‌ترین و پرآوازه‌ترین بیماری‌هاست. بیماری‌ای که تقریباً در سراسر جهان، از یادها رفته است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت زمانی که شیوع یک بیماری در کشوری به یک در هر ده هزار مورد برسد، آن بیماری حذف شده تلقی می‌شود. به گفته کارشناسان، ایران سال‌هاست که در آمار بیماری جذام به این عدد رسیده است. تعداد موارد کشف شده جذام در ایران در سال ۱۳۷۰، ۱۹۱ مورد بوده که در سال ۱۳۸۶ شیوع این بیماری به ۳۷ نفر کاهش یافته است.

جذام روزی بیماری فقر خوانده می‌شد؛ امروز نیز این روند حفظ شده و با وجود تکنیک‌های جدید تشخیص و درمان حتمی، کشورهای فقیرنشین و محروم از امکانات پیشرفته بهداشتی - درمانی هنوز هم با جذام دست به گریبان هستند. آنچه که در این بیماری اهمیت دارد، آغاز سریع درمان است.

جذام در طول تاریخ بیش از هر بیماری دیگری وحشت و انزوای مبتلایان و اطرافیان آنها را به دنبال داشت. امروز هم با وجود تاکید متخصصان به درمان صددرصد این بیماری، باز هم نشانه‌هایی از وحشت عموم جامعه نسبت به جذام دیده می‌شود. همچنین باید گفت که برخلاف تصور عموم، انتقال این بیماری نیازمند تماس مداوم و نزدیک با فرد ناقل است.

انگی که به این بیماری زده شده از جمله موانع بر سر راه ریشه‌کنی قطعی این بیماری محسوب می‌شود؛ چرا که ممکن است مبتلایان به آن به نوعی خود را از نظرها دور داشته و مخفی شوند.

دکتر محمد شیزرپور، متخصص پوست و محقق مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، جذام را نوعی بیماری مزمن می‌داند که با عامل باکتری به وجود می‌آید و در صورت عدم درمان به موقع آسیب‌های جدی و دائمی را به دنبال دارد.

وی با بیان این که عدم درمان به موقع جذام، آسیب‌های جدی به پوست، اعصاب، دست و پا وچشم را سبب می‌شود؛ می‌گوید: پوست و اعصاب مهم‌ترین مکان‌هایی هستند که گرفتار این بیماری می‌شوند؛ هر چند که سایر اندام‌های بدن هم از این بیماری مصون نیستند.

از آنجا که عصب اعضای درگیر در این بیماری از بین می‌رود، بیمار آسیب دیدگی و سوختگی حاصل از بیماری را احساس نمی‌کند و ضایعه حاصله ممکن است به زخم تبدیل شود.

افراد معمولی هنگام تماس با جسم داغ سریع عکس‌العمل نشان می‌دهند و خود را از منبع گرما دور می‌کنند، این در حالی است که به گفته دکتر شیزرپور، بیمار جذامی به دلیل از دست دادن حس و اعصاب خود، گرما را متوجه نشده و به سوختگی‌هایی مبتلا می‌شود که نتیجه این سوختگی‌ها هم زخم در اندام‌هاست. این زخم‌ها می‌تواند پیشرفت کرده و در صورت عدم درمان به آسیب‌های دایمی به اندام‌ها منجر شود. از طرف دیگر جذام ممکن است به صورت فلج ماهیچه و فلج عضلات خود را نشان دهد.

- جذام مسری نیست

برخلاف تصور عموم که این بیماری را مسری می‌خوانند و به شدت از مبتلایان وحشت دارند، جذام چندان مسری نبوده و انتقال آن نیازمند تماس

مداوم با فرد مبتلاست. این متخصص پوست در این باره می‌گوید: انتقال جذام به صورت مستقیم، از انسان به انسان و از طریق ترشحات تنفسی صورت می‌گیرد. سرایت این بیماری نیازمند دوره تماس طولانی است. همچنین برای مبتلا شدن به این بیماری وجود استعداد ژنتیکی لازم است. به این ترتیب همه افراد نمی‌توانند به آن مبتلا شوند. بیش از ۹۵ درصد افراد جامعه در مقابل جذام مصون هستند. همچنین جذام می‌تواند هر دو جنس زن و مرد را گرفتار کند. دوره نهفتگی این بیماری طولانی میان پنج تا سه سال است. به این ترتیب باکتری جذام چند سال پس از ورود به بدن خود را نشان می‌دهد. جذام خطر مرگ ندارد؛ این در حالی است که در صورت عدم درمان فرد را به معلولیت‌هایی دچار می‌کند.

● جذام، قابل درمان است

جذام در زمان‌های دور به علت کمبود امکانات تشخیصی - درمانی عوارض غیرقابل جبرانی را به جا می‌گذاشت. اگرچه جذام بیماری تاریخی با عوارض نامطلوب بوده و از سابقه طولانی برخوردار است؛ اما در حال حاضر صد در صد قابل درمان است. دکتر شیزرپور نیز بر این امر صحه گذاشته و می‌گوید: در حال حاضر روش دارویی بسیار موثری برای درمان جذام وجود دارد که صد در صد بیماری را درمان می‌کند. در صورت تشخیص به موقع بیماری، بیمار در مراحل اولیه کاملا بهبود می‌یابد. درمان دارویی جذام به صورت رایگان در تمام مراکز بهداشتی درمانی در اختیار بیماران قرار می‌گیرد.

در زمان‌های دور مبتلایان به جذام از دیگر بیماران جدا می‌شدند و در مکان‌هایی با عنوان "جذام خانه" و به صورت متمرکز تحت درمان قرار می‌گرفتند. مکان‌هایی که امروز نامی از آنها شنیده نمی‌شود و حتی اذهان نسل جدید با این واژه بیگانه است. دکتر شیزرپور در این باره می‌گوید: در گذشته درمان جذام به صورت متمرکز صورت می‌گرفت و مکان‌هایی به نام جذام خانه برای مبتلایان در نظر گرفته شده بود. سازمان بهداشت جهانی تصمیم بر جمع کردن مراکز جذام خانه و ادغام تشخیص و درمان جذام در سیستم‌های بهداشتی - درمانی گرفت. در ایران نیز از سال ۱۳۷۰ این امر انجام شد و سازمان مبارزه با جذام به تدریج حذف شد و تشخیص و درمان جذام را در شبکه‌های بهداشتی ادغام کرد؛ چرا که شبکه‌های بهداشتی درمانی در همه نقاط کشور حتی دورترین روستاها هم در دسترسند.

این در حالی است که سازمان جذام این امکان را نداشت. علاوه بر آن نوعی داغ اجتماعی در این بیماری وجود داشت؛ به این ترتیب که افراد از ترس طرد شدن از جامعه به جذام خانه‌ها مراجعه نمی‌کردند.

جذام که روزی «خوره» نامیده می‌شد و جوامع از جمله سازمان بهداشت جهانی را در تب و تاب و چاره‌اندیشی انداخته و آنها را با چالش‌هایی روبرو کرده بود، امروز با کاهش شیوع بیماری از ذهن‌ها حتی اذهان پزشکان هم دور مانده و کمتر سخنی از آن شنیده می‌شود. بر این اساس تشخیص موارد جدید مبتلایان این بیماری می‌تواند به تاخیر بیفتد. دکتر شیزرپور در این باره می‌گوید: در حال حاضر شیوع جذام در ایران بسیار کاهش یافته و تقریبا بروز آن بسیار نادر شده است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی زمانی که شیوع بیماری در کشوری به یک در هر ده هزار مورد برسد، بیماری حذف شده تلقی می‌شود. ایران سال‌هاست که به این عدد رسیده است.

وی به تاخیر افتادن تشخیص بیماری را از جمله مشکلات امروزی جذام می‌داند و می‌گوید: از آنجا که در ایران شیوع جذام بسیار کاهش یافته و حتی از مرحله حذف هم گذشته است، اکثر پزشکان این بیماری را فراموش کرده‌اند. به این ترتیب معدود بیمارانی هم که وجود دارند بسیار دیر تشخیص داده می‌شوند.

بنابراین اگر عوارضی از این بیماری ایجاد شود به دلیل همین تشخیص دیرهنگام است.

جذام روزی به بیماری فقر شهرت داشت. این در حالی است که امروز هم با وجود شعارهای رنگارنگ سازمان‌های بین‌المللی و ادعای صرف هزینه‌های کلان در کنترل بیماری‌ها باز هم جذام در ملت‌های فقیر به دلیل عدم برخورداری از ابزارهای تشخیصی و درمانی مطلوب، شایع است. دکتر شیزرپور در این باره می‌گوید: در حال حاضر جذام در مناطق فقیری مانند هند، نپال و برزیل همچنان با شیوع بالا همراه است. علت آن است که در مناطق فقیر امکانات تشخیصی و درمانی مناسبی در این بیماری وجود ندارد. این در حالی است که در مناطق مرفه‌نشین بیماران سریع تشخیص داده شده و درمان می‌شوند.

وی می‌افزاید: درمان سه دارویی شامل سه عدد آنتی بیوتیک و به مدت یک سال برای درمان جذام به کار گرفته می‌شود که از سال ۱۹۷۹ توسط سازمان بهداشت جهانی به صورت رایگان در اختیار همه کشورها قرار گرفت. از سال ۱۹۷۹ که آغاز درمان چند دارویی جذام در سراسر دنیا بود تا سال ۱۹۹۰ شیوع بیماری در دنیا به میزان ۹۰درصد کاهش یافت. بنابراین دیگر نیازی به تهیه واکسن در مقابله با جذام نبود. به این ترتیب برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی برای تهیه واکسن بیماری جذام کنار گذاشته شد؛ چرا که بهترین راه کنترل جذام، تشخیص و درمان به موقع

است. به این ترتیب چرخه انتقال بیماری قطع و شیوع آن در جوامع کاهش می‌یابد.

دکتر شیزرپور با اشاره به مشکلات کنونی بیماران مبتلا به جذام می‌افزاید: در حال حاضر تعداد معدودی از بیماران از ادامه درمان به دلیل ترس از عوارض دارویی و طولانی بودن دوره درمان امتناع می‌کنند، این در حالی است که داروها تقریبا بدون عارضه بوده و ایمن هستند. تداوم وجود داغ اجتماعی ناشی از جذام در اذهان عمومی جامعه، تردد مهاجرین خارجی به ویژه افاغنه و همچنین فراموش شدن بیماری در ذهن پزشکان به علت کاهش شیوع بیماری از دیگر مشکلات کنونی در شناسایی و درمان بیماران است.

دکتر شیزرپور در رابطه با علائم بروز جذام، می‌گوید: معمولا جذام با گروهی از علائم پوستی و حسی خود را نشان می‌دهد. ضایعات پوستی ناشی از جذام بسیار متنوعند که می‌تواند شامل لکه‌های سفید، قرمز و خشکی پوست باشد، اما این ضایعه‌های پوستی برخلاف دیگر ضایعات پوستی شایع، حس یا علامت دیگری مانند خارش ندارند. هر چند در سال‌های دور بیماری‌های دیگری مانند سل و طاعون نیز شایع بودند؛ اما این بیماری‌های عفونی، فرد مبتلا را از بین می‌بردند و ظاهر بیمار تحت تاثیر قرار نمی‌گرفت. این در حالی است که جذام خطر مرگ نداشته اما فرد را معلول و شکل ظاهری وی را از بین می‌برد. به همین علت تصور ناخوشایندی از بیماری در اذهان عموم ملت‌ها شکل گرفت. متاسفانه هنوز هم داغ اجتماعی ناشی از جذام در جوامع وجود دارد. امروزه با وجود درمان صد در صد جذام و چه بسا درمانی بسیار راحت‌تر از سایر بیماری‌ها، لازم است تصورات ذهنی قدیمی جذام از خاطره‌ها پاک شود.

منبع : روزنامه اطلاعات

http://vista.ir/?view=article&id=361462

vista.ir
Online Classified Service

با جذامی‌ها مهربان باشید...

هشتم بهمن‌ماه هر سال ۲۸ ژانویه به نام روزجهانی کمک به جذامیان نامگذاری شده است. جذام یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌های شناخته شده در جهان است که امروزه در اغلب کشورها تقریباً حذف شده است و تنها در ۵ کشور جهان بطور عمده وجود دارد.

در کشور ما هم بیماری جذام در گذشته پر رنگ‌تر از امروز بوده، بطوری‌که در سال ۱۳۶۲ تعداد مبتلایان به این بیماری در حدود ۱۲ هزار نفر بوده است، اما در حال حاضر با پیشگیری، پیگیری و درمان جذام، این بیماری خطرناک در کشور در حال ریشه‌کنی است.

به بهانه روز جهانی کمک به جذامیان با دکتر الهام حسینی پزشک متخصص جذام گفت و گو کرده ایم :

برای شروع تعریفی خلاصه از بیماری جذام داشته باشید.

اگر بخواهم تعریفی برای این بیماری داشته باشم باید بگویم جذام یک عفونت باکتریایی است و اولین نشانه‌های بروزش هم لکه‌های روی پوست و بی‌حسی موضعی است. ابتلا به جذام روی اعصاب زیرپوستی اثر می‌گذارد و به همین دلیل است که حساسیت را در مقابل درد کاهش می‌دهد.

تورم از دست دادن یا تغییر شکل انگشتان دست و پا را هم در پی دارد. فکر می‌کنم تعریف خلاصه شده و فشرده‌یی از این بیماری بود.

این بیمای از چه زمانی شایع شد؟

در کتب مختلف، تاریخ و زمان مشخصی برای ابتلا به این بیماری وجود ندارد، اما همانطور که حتماً خود شما هم شنیده‌اید، یکی از قدیمی‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌ها بوده و آنطور که نوشته‌اند قبل از میلاد مسیح این بیماری وجود داشته.

در حال حاضر وضعیت ایران از نظر تعداد مبتلا به این بیماری چگونه است؟

از این نظر ایران در وضعیت خوبی قراردارد. تا آنجایی که اطلاع دارم از طرف سازمان جهانی بهداشت کشور ما جزو کشورهایی است که بیماری در آن حذف شده است.

یعنی یک نفر بیمار جذامی در کشور نیست؟

البته که نه! سازمان بهداشت جهانی ایران را جزو کشورهایی جذام خیز تلقی نمی‌کند. این تقسیم‌بندی هم اینگونه است که اگر تعداد مبتلایان به این بیماری در کشوری از یک در ده هزار نفر کمتر باشد آن کشور جذام خیز نیست. کشور ما، ۱۲/۰ در ده هزار نفر جذامی دارد. بنابراین جزو این دسته است.

تعداد جذامیان در حال حاضر به چند نفر می‌رسد؟

طبق آخرین اطلاعاتی که از این موضوع دارم، در سال ۸۳ حدودا ۷۰۰ بیمار در کشور ما وجود داشته که مطمئناص این تعداد امسال رو به کاهش است. این موضوع جای خوشحالی بسیار دارد، چراکه در ایران از نظر کنترل و جلوگیری به ابتلا روند رو به رشدی طی شده است.

این آمار در مقایسه با آمار و ارقامی که سال‌های گذشته وجود داشته آمار فوق‌العاده‌یی است.

برای اطلاع بیشتر باید بگویم در سال ۱۳۶۲، ۱۲ هزار نفر جذامی در کشور ما بوده و اگر خدا یاری کند تا سال ۲۰۲۰ که سازمان بهداشت جهانی برای ریشه‌کنی کامل این بیماری در جهان اعلام کرده، ما در ایران یک نفر هم جذامی نداشته باشیم.

در مجموع این بیماری در کشور ما کنترل شده است.

چه برنامه‌هایی برای همین تعداد کم جذامی وجود دارد و آیا اصلاً مراکز درمانی خاص برای درمان این بیماری در کشور وجود دارد.

ببینید اگر درمان و پیشگیری و پیگیری‌ها مداوم و برنامه‌ریزی‌ها نبود، امکان نداشت این کنترل و کاهش تعداد جذامی‌ها صورت پذیرد. با توجه به اینکه بیماری جذام قابل درمان است، بسیاری از بیماران مبتلا علاج شده و بهبود کامل حاصل می‌کنند. ضمن اینکه باید گفت همین تعداد کم هم تحت درمان‌های تخصصی هستند و نظارت کافی به آنها می‌شود.

درخصوص قسمت دوم سوال شما هم تا آنجایی که اطلاع دارم دو مرکز تخصصی یکی در مشهد و دیگری در تبریز بدین منظور وجود دارد.

کمی هم از درمان این بیماری بگویید. عده‌یی تصور می‌کنند جذام علاج ندارد.

سابقاً از داروهای فراوانی برای درمان استفاده می‌شد که امروزه دیگر استفاده نمی‌شوند. درمان بیماری جذام، بسته به اینکه این بیماری در چه مرحله و نابودی‌های حاصل از آن در بدن فرد بیمار تا چه حد است صورت می‌گیرد.داروهای معالج مثل آنتی بیوتیک‌ها مهمترین داروهای درمان این بیماری هستند و سپس روش‌های ترمیمی، همچون جراحی پلاستیک و در صورت لزوم استفاده از پروتزهای مصنوعی هم بعضاً انجام می‌گیرد. استفاده از انواع دارویی سولفون‌ها هم رایج است.

اشاره‌یی به سال ۲۰۲۰ و ریشه‌کنی این بیماری در جهان داشتید، از نظر شما ریشه‌کنی کامل این بیماری در کشور ما چه زمانی رخ می‌دهد؟

اگر بتوانیم با برنامه‌ریزی‌های علمی و بهداشتی در مناطق آلوده کشور بیماریابی کنیم، در زمان اندکی به ریشه‌کنی بیماری خواهیم رسید. آن زمان است که دیگر هیچ جذامی در کشور ما نخواهد بود.

برخورد جامعه با این بیماری چگونه بوده و هست؟

متاسفانه بعضی از مردم اطلاعات چندانی نسبت به این بیماری ندارند و تا کلمه «جذام» را می‌شنوند، فکر می‌کنند سرطان است. از جذامی فاصله می‌گیرند و طردش می‌کنند.

البته این عدم آگاهی در سال‌های اخیر کمتر شده، اما لازم است که نسبت به ارتقای سطح اطلاعاتی مردم درخصوص این بیماری کوشش و تلاش بیشتری کرد. در مجموع احساس می‌کنم برخورد خوبی از جانب مردم و جامعه در این مورد وجود ندارد.

بسیاری از مردم از این بیماری هنوز وحشت دارند، در صورتی که جذام فقط یک بیماری است و با داروهای مناسب و رسیدگی کامل و تحت نظر قرار گرفتن درمان‌پذیر است.

بیماران جذامی در مواجهه با این بیماری چه عکس‌العملی دارند؟

سابقاً چون اطلاعی در این خصوص نبود، وقتی کسی مبتلا می‌شد طوری با او رفتار می‌کردند که تصور می‌کرد سرطان دارد و چون توسط جامعه طرد می‌شد، روحیه خود را به کلی از دست داده و آماده مرگ بود.

این موضوع امروزه کم و کمتر شده و با تغییر نگرش‌ها و مطلع بودن اکثر بیمارها، درمان نیز ساده‌تر انجام می‌شود. وقتی بیماران جذامی، یکدیگر را

می‌بینند که درمان قطعی می‌شوند، روحیه خوبی پیدا کرده و تلاش می‌کنند تا آنها هم در درمان خود موثر باشند.

به عنوان آخرین سوال فکر می‌کنید کمک به بیماران جذامی در وضعیت ایده‌آلی است؟

فکر می‌کنم با یکی دو روز نامگذاری و گذاشتن نشست‌ها و سمینارهای پژوهشی مشکل حل نمی‌شود. توجه به این بیماری به یکی دو روز نباید خلاصه شود. بنابراین امیدوارم با برنامه‌ریزی مناسب و پیگیری بیشتر و کمک همه اقشار جامعه هرچه زودتر شاهد ریشه‌کنی این بیماری در کشور باشیم.

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=217031

vista.ir
Online Classified Service

بچه ها و سرماخوردگی

هر بچه‌ای گاهی سرما میخورد. سرماخوردگی و بهطور کلی عفونتهای ویروسی دستگاه تنفس، در حدود نیمی از بیماریهای گذرای کودکان را تشکیل میدهند. عفونتهایی که نه فقط سرفه و آبریزش بینی، بلکه گلودرد، خروسك، فارنژیت (التهاب حلق)، لارنژیت (التهاب حنجره) و برونشیت (التهاب مجاری هوایی درون ریه) هم ممکن است ایجاد کنند. کودکان اغلب قبل از یك سالگی برای اولین بار سرماخوردگی را تجربه میکنند و تا سن ۶ سالگی، یعنی زمانی که به نظر میرسد دستگاه ایمنی آنها کامل شده باشد، مستعد ابتلا به سرماخوردگی هستند. به عبارت دیگر، تا این سن باید در سرما بیشتر مراقب آنان بود.قبل از سنین مدرسه، هر کودك به طور متوسط ۶ تا ۸ بار در سال دچار سرماخوردگی میشود. این رقم در مورد کودکانی که به مهدکودك یا کودکستان میروند، بیشتر است و به ماهی یك بار هم میرسد. به عبارت دیگر وقتی سرماخوردگیهای مکرر کودکان نگران کننده است که بیش از یك بار در ماه به آن مبتلا شوند.

● چه زمانی باید به پزشك مراجعه کرد

برای هر نوع سرماخوردگی در یك کودك سالم طبیعی، نیازی به مراجعه به پزشك نیست، مگر اینکه علائم زیر بروز کنند: از دست رفتن اشتها تا حدی که کودك از نوشیدن مایعات هم امتناع کند، استفراغ، درد شکم، بی قراری مداوم، خواب آلودگی غیرمعمول، سردرد شدید، گریه مداوم، گلودرد، اشکال در بلع یا تنفس، گوش درد یا دندان درد، برجستگی غده های لنفاوی، از دست رفتن آب بدن، سرفه همراه با خلط سبز یا زرد، تب بالای ۹۳ درجه که برای ۴۲ ساعت ادامه یابد، لرز، کبودی لب ها، پوست و ناخن ها، درد در صورت در ناحیه سینوس ها، بثورات یا دانه های پوستی. زمانی که این علائم برای یك تا دو هفته بدون بهبودی ادامه یابند، حتی اگر علائم رایج سرماخوردگی مانند احتقان بینی و سرفه باشند، میبایست به پزشك مراجعه کرد. سرماخوردگی طول کشیده یا عودکننده میتواند نشاندهنده این واقعیت باشد که کودك شما دچار بیماری جدی تری مانند سینوزیت، عفونت با میکروب استرپتوکوك، آبله مرغان، آلرژی یا آسم شده است که با درمان های معمولی سرماخوردگی از میان نرفته

است.

● درمانها تنها برای تسکین علائم است

سرماخوردگی درمانی ندارد و هیچ یك از داروهای موجود نمیتوانند بهبود بیماری را تسریع بخشند. داروها به کاهش علائم بیماری کمك میکنند اما به هر حال باید مراقب بروز عوارض احتمالی باشید. برای اینکه فرزندتان دوره بیماری را راحت تر طی کند، او را وادارید که: به اندازه کافی استراحت کند، در اتاقی گرم <و نه داغ> که هوایش توسط دستگاه مرطوب کننده یا مولد بخار مرطوب شده باشد، استراحت کند، مقدار زیادی مایع بنوشد تا به شل و رقیق شدن ترشحات دستگاه تنفس وی کمك کند، برای تسکین گلودرد، روزانه چندین بار با آب ولرم و نمك غرغره کند. در مورد کودکان بزرگتر، مکیدن آب نبات یا استعمال قطره سرفه می تواند در تسکین درد گلو موثر باشد. از دادن آب نبات، قطره سرفه یا قرص مکیدنی به کودکان زیر ۴ سال بپرهیزید . در کودکان نوپا این چیزها به آسانی در حلق کودك پریده، باعث خفگی وی میشوند، جهت نرم کردن سرفهها و گلو و کمك به خروج ترشحات، نوشیدنی های گرم بنوشد، لباس های راحت و سبك مناسب برای دمای اتاق بپوشد، حتی اگر تب و یا اندکی لرز دارد، برای نرم کردن پوست اطراف بینی، از وازلین استفاده کند، مرتب بینی اش را خالی کند تا از شر ترشحات خلاص شود، از استرس بپرهیزد و بیشتر به استراحت و آرامش بپردازد.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=251875

vista.ir
Online Classified Service

بررسی بیماری کزاز و علایم آن ؛ّرعشه ای در اندام ها

کزاز بیماری است عفونی، مشترك بین انسان و دامها که معمولاً به صورت تك تك و پراکنده دیده می شود. به علت آلوده بودن وسایل جراحی نیز ممکن است برخی در بخش جراحی بدان دچار گردند. این بیماری متأسفانه در کشور ما زیاد دیده می شود .

کزاز، میکروب خاصی است که در انتهای آن «اسپور» وجود دارد (سنجاق مانند) در محیط خارج مقاومت زیادی از خود نشان می دهد و «اسپوری» تولید می کند که مقاومتش خیلی زیادتر است. اثرات میکروب به واسطه سم بسیار قوی است که ترشح می کند و از راه لنف و خون به مراکز عصبی می رود. با سم میکروب کزاز توانسته اند علایم بیماری را تولید کنند. میکروب کزاز در خاك، مدفوع اسب و گاو و آب و گرد و خاك وجود دارد .

ابتلا به کزاز ایمنی کاملی ایجاد نمی کند، لذا بهترین وسیله برای جلوگیری از آن واکسیناسیون است. از سوی دیگر، سرم ضد کزاز برای پیشگیری سودمند است، ولی برای درمان به ویژه پس از بروز نشانه های بیماری مفید نیست.

● نشانه های کزاز

دوران پنهانی متوسط این بیماری ۸ تا ۷ روز است، هر قدر دوران نهفتگی کوتاهتر باشد، عاقبت بیماری خطرناکتر است. گاهی در مرحله نهایی

چرك زخم كم شده و سوزش و انقباض عضلانی ظاهر می شود. امكان ابتلای دوباره در غیاب واكسیناسیون وجود دارد و هر اندازه فاصله بین شروع و انقباض عمومی حاصل از سم بیشتر باشد، پیش آگهی بهتر است .

اولین نشانه كزاز دشواری بلع و كلید شدن دهان است . بیمار خیلی به زحمت دهان خود را باز می كند، عضلاتی كه برای جویدن به كار می رود در موقع انقباض دردناك و سفت هستند، سپس انقباض در عضلات گردن، صورت و ستون فقرات و شكم و... فرا می رسد (انقباض عمومی) .

انقباض عضلات صورت، شكل مخصوصی به مبتلا می دهد و مانند این است كه بیمار خنده بی نمكی به لب دارد (خنده شیطان) در حالت حمله، عضلات جونده منقبض شده و به واسطه گرفتاری ماهیچه های ستون فقرات بدن به عقب خم می شود (نظیر كمان)؛ یعنی سطح اتكا تنها پشت سر و پاشنه ها می باشد.

هر گاه انقباض عضلات یك طرف بدن زیاد شود، بدن به همان طرف خم می شود و اگر تمام عضلات بدن به طور یكنواخت دچار شده باشند، تمام بدن كشیده و به شكل خبردار در می آید. در شیرخواران و افراد خیلی پیر كزاز خطرناك است .

انقباض عضلات عمومی به صوت حمله ای ظاهر می شود؛ یعنی بر اثر تحریك بیمار با روشنایی و صدا، تزریق و یا لمس بدن، جمع شدن عمومی بدن فرا می رسد، فكها سخت به هم فشرده شده و سایر عضلات نیز سفت می شوند. انقباض عضلات حنجره و شكم و دیافراگم وعضلات تنفسی باعث خفگی می شود. اگر انقباض ماهیچه های تنفس طولانی باشد موجب كبودی رنگ می گردد.

حملات انقباضی بیمار را فرسوده و خسته می كند . كلید شدن دهان سبب تشنگی، اتلاف شدید انرژی، عرق (دفع الكترولیتها) آسیب ماهیچه ها (پارگی) و گرسنگی می شود .

تب در ابتدای بیماری درحدود ۳۸ درجه بوده و به تدریج بالا میرود و به ۴۰ و بالاتر می رسد. نبض سریع نیست تعداد تنفس در خارج از حملات تند است و اگر به ۴۰ بار در دقیقه برسد تقریباً وقوع مرگ حتمی است.

در كزاز تعریق زیاد و فشار خون پایین است و بی خوابی در بیمار وجود دارد. گاه بیماری شدت می یابد و بیمار در مدت ۳ تا ۲ روز در حالت سكته قلبی یا خفگی یا وارد شدن مواد غذایی در ریه ها تلف می شود و یا برعكس در مدت چند هفته انقباض عضلانی تخفیف یافته، بهبودی حاصل می گردد .

انواع خیلی سخت و سبك بیماری هم وجود دارد . فلج یك پا و یا دو پا و فلج صورت و چشم به تنهایی دیده می شود. اگر فاصله بین اولین علامت كزاز با شروع انقباض عمومی ماهیچه ها كمتر از ۴۸ ساعت باشد، بیماری خیلی جدی و بدخیم است.

منبع : روزنامه قدس

http://vista.ir/?view=article&id=263711

vista.ir
Online Classified Service

بروسلوز

- تعریف :

بروسلوز بیماری عفونی است كه توسط میكروب های جنس بروسلا (Brucella) در حیوانات و انسان ایجاد بیماری می نماید. بیماری در انسان معمولا" از طریق انتقال از حیوانات اتفاق می افتد.

این بیماری از بیماریهای مهم مشترک است. بروسلوز در حیواناتی از قبیل

گاو، گوسفند، بز و خوک ایجاد سقط جنین می کند و در انسان با علائم تب، عرق شدید، ضعف، کاهش وزن و درد و ناراحتی عمومی همراه است. اسامی دیگر بروسلوز در حیوانات و انسان عبارتند از: تب آبورتوس، سقط جنین واگیر، تب متناوب، بیماری بانگ، تب مالت، (Malta Fever)

• سبب شناسی :

بروسلوز انسانی عفونتی است که در اثر یکی از انواع بروسلاملی تنسیس (B.Melitensis) از گوسفند و بز، بروسلاسیوس (B.Suis) از خوک و بروسلا آبورتوس (B.Abortus) از گاو در انسان ایجاد بیماری می نماید. مواردی چند به علت بروسلا کانیس (B.canis) از سگها به انسان گزارش شده است و در کشورهائی که سگها را برای منظورهای متفاوتی پرورش می دهند و یا در منازل نگهداری می نمایند میزان شیوع این نوع بروسلوز (یعنی با منشاء بروسلاکانیس) در انسان ممکن است رو به افزایش باشد.

اگر چه عفونت بروسلوز معمولا" به میزبانهای عمده حیوانی مهمی که ذکر شد محدود می باشد ولی عفونتهای بروسلوزی ناشی از بروسلا آبورتوس در خوک و بروسلاسیوس در گاو نیز ممکن است اتفاق افتد. عفونتهای بروسلائی در حیوانات دیگر مثل آهو، گوزن، اسب، گربه و جوجه نیز گزارش شده است. گونه های بروسلا توسط واکنش ها و آزمایشهای بیو شیمیائی، میکروب شناسی و سرولوژیک از یکدیگر متمایز می شوند . عوامل بروسلائی اجرامی کوچک و زنده، غیر متحرک، بدون هاگ و گرم منفی می باشند که در محیط کشت تریپتوفسفات در PH بین ۶/۶ تا ۸/۶ و حرارت ۲۷ درجه سانتی گراد و تحت شرایط حضور مقدار زیادی CO۲ بخوبی رشد و تکثیر می یابند .

• اپیدمیولوژی

میکروب های بروسلا قادر هستند از طریق هر یک از بافتها وارد بدن شوند و چون در محل ورود خود آثار قابل رؤیتی به جای نمی گذارند مشکل است که مشخص نمود آلودگی به چه نسبتی از راه پوست یا بافتهای مخاطی دهان، چشم و دستگاه تناسلی وارد بدن می شود. منبع طبیعی بروسلوز انسانی، حیوانات اهلی بخصوص گاو، گوسفند، بز و خوک می باشند. انتقال بروسلوز از حیوان به حیوان دیگر معمولا" از طریق آمیزشی و یا بلع مواد و نسوج آلوده و یا شیر صورت می گیرد. عفونت بروسلوز در انسان عمدتا" از طریق خوردن بافتهای آلوده حیوانات و یا فرآورده ای لبنی و یا انتقال مستقیم از راه پوست صورت می گیرد. انسان از طریق تنفس نیز به بروسلوز مبتلا می شود. میمونها با گرد و خاک آلوده به میکروب که داخل چشم آنها ریخته شده است ، مبتلا به بروسلوز شده اند.

بر اساس یک معیار جهانی میزان شیوع بروسلوز انسانی در هر کشوری بستگی بسیار نزدیکی با میزان شیوع بروسلوز حیوانات در آن کشور دارد. در برخی کشورهای اسکاندیناوی (سوئد و دانمارک) و آلمان که میزان شیوع بیماری در حیوانات بسیار پائین می باشد بروسلوز تقریبا" ریشه کن شده است.

در آمریکا سالانه قریب ۲۰۰ مورد بروسلوز در انسان گزارش می شود. بیماری بروسلوز در اکثر نقاط ایران به طور وسیعی در انسان و دام شایع است و بررسی و برنامه ریزی دقیقی برای کنترل و ریشه کنی آن ضرورت دارد. از نظر مقررات مملکتی بایستی این بیماری جزء بیماریهای مهم تلقی و اعلام آن توسط پزشکان اجباری شود تا تشخیص سریع تر بروسلوز در بیماران آسانتر باشد. بروسلوز بیشتر به صورت موارد انفرادی که با نسوج آلوده بروسلائی حیوانات، شیر یا فرآورده های لبنی سر و کار دارند از قبیل کارگران کشتارگاهها، تولید کنندگان محصولات دامی، دامداران، دامپزشکان و سرانجام اشخاصی که از شیر غیر پاستوریزه و یا شیر خام استفاده می کنند اتفاق می افتد.

خوشبختانه از گوشتهای آلوده ای که مدتی در یخچال نگهداری شوند میکروب بروسلا کمتر جدا شده است ولی میزان شیوع بیماری از طریق تماس گوشتهای آلوده با جراحات جلدی در کارگران حمل گوشت و یا در آشپزهائی که موقع بریدن و قطع گوشت زخمی شده اند با نسبت درصد بالائی گزارش شده است. تماس با حیوانات تازه ذبح شده بخصوص با غدد لنفاوی موجود در لاشه هائی که آلوده به میکروب های بروسلا بوده اند برای تمام افرادی که در معرض خطر ابتلا بوده اند در سوابق مبتلایان به این بیماری کرارا" گزارش شده است. در آلاسکا مواردی از انتقال بروسلوز در انسان به علت مصرف گوشت خام گوزنها گزارش شده است .

درصد قلیلی (۲ تا ۳ درصد) از ابتلا به بروسلوز در دامپزشکان، تکنسین ها و واکسیناتورهای دامپزشکی به طور اتفاقی به هنگام مایه کوبی دامها با واکسن های زنده بروسلائی گزارش شده است.

گاو آلوده به بروسلا میکروب را متناوبا" ولی اغلب برای مدتهای طولانی همراه شیر دفع می کند. بروسلوز، در بز نیز مانند گاو سقط جنین ایجاد می کند ولی هر دو نوع حیوان ممکن است در حین ابتلا سابقه ای از جنین نداشته باشند .

- علائم بالینی در انسان:

دوره کمول بیماری بروسلوز معمولا" بین ۷ تا ۲۱ روز متغیر می باشد، اگر چه گاهی اوقات چندین ماه ممکن است بین زمان ابتلا به عفونت و شروع اولیه نشانه های ظاهری فاصله افتد.شروع بیماری غالبا" ناگهانی است و در بیمار ابتدا تب خفیفی وجود دارد و هیچگونه نشانهٔ موضعی خاصی در بدن مشاهده نمی شود.

تنها بیمار از سر درد، ضعف عمومی، بی خوابی، عرق کردن، یبوست، درد کمر و پشت و سرانجام دردهای عمومی سراسر بدن شکایت دارد.

اکثر بیماران بی اشتها شده، کاهش وزن نشان می دهند. سرفه، درد ناحیه پشت کره چشم و درد مفاصل و دست و پا و حالت گیجی در تعداد معدودی از بیماران وجود دارند . علائم غیر عادی که معمولا" در دامپزشکانی که جفت های باقیمانده را از رحم گاوهای مبتلا خارج کرده اند به صورت بروز دانه های قرمز رنگ روی پوست بدن مشاهده شده اند که تصور می رود این واکنش مربوط به افزایش حساسیت ناشی از پادگن های بروسلا باشد .

آندوکاردیت باکتریائی ناشی از بروسلوز اگر چه بندرت اتفاق می افتد ولی از عوارض بسیار جدی این بیماری می باشد که بایستی مورد توجه قرار گیرد. در بین سایر عوارض ثانویه ای که به طور معدود در مبتلایان به بروسلوز در انسان گزارش شده است ، علاوه بر آندوکاردیت بایستی آبسه ای ریوی ، ذات الجنب چرکی، پیوتوراکس یا وجود چرک در قفسه صدری، نفریت، اوستئومیلیت ، آرتریت چرکی، نوریت اعصاب بینائی و سرانجام مننگو آنسفالیت را نام برد.

هنگامی که بیماری به صورت حاد بروز می کند، تب، عرق، بی اشتهائی، یبوست، سخت شدگی عضلات درد مفاصل وجود خواهد داشت. تعداد حرکات تنفسی زیاد می گردد گرههای لنفاوی، طحال و کبد بزرگ شده و گاهی از نظر بالینی قابل لمس هستند. در شمارش گلبولی خون ئوترفیل ها همراه با لنفوسیت ها ازدیاد پیدا می کنند.بیمار افسره یا تحریک پذیر می شود. آلودگی نخاع شوکی ممکن است منجر به ایجاد آبسه در اطراف ستون فقرات شود و صفحات بین مهره ای نیز امکان دارد مبتلا شوند که این حالت در بیماری سل نادر است.

افتراق شکل مزمن بروسلوز از نظر بالینی با توجه به سایر بیماریهای عفونی با علائم مشابه از قبیل آنفلوآنزا، مونونوکلئوز، توکسوپلاسموز، هپاتیت ویروسی، سل، لپتوسپیروز و تیفوئید بسیار بعید و مشکل به نظر می رسد. در بعضی اشخاص ممکن است این بیماری طی ماهها و حتی سالها به طور مزمن باقی بماند و فرد مبتلا به طور مزمن حالات ضعف و خستگی، دردهای مبهم و سر انجام علائم نامشخص غیر طبیعی از خود نشان دهد. تغییرات پرتونگاری (رادیوگرافیک) استخوانهای آلوده و بالا رفتن تیترآگلوتیناسیون بروسلا در خون از نشانه های مهم تشخیصی هستند ولی جدا کردن میکروب بروسلا از خون و یا آبسه بدون شک تشخیص را قطعی می کند. بعضی اوقات در بروسلوز مزمن، ابتلای قلب منجر به آندکاردیت می شود و چنین حالتی بدون استثناء کشنده است. میکروب های بروسلا در داخل سلول ها ازدیاد پیدا می کنند و در بدن بخصوص در سلول های سیستم رتیکولو آندوتلیال، طحال، غدد لنفاوی و کبد موضع می گیرند . ارکیت هم در انسان از عوارض بروسلوز است.

- تشخیص

میکروب های بروسلا از کشت خون و یا نسوج مبتلا در محیط های اختصاصی جدا می شوند. بروسلا آبورتوس برای رشد احتیاج به اکسید دو کربن دارد در حالی که دو گونه دیگر بروسلا نیازی به ماده ندارند. آزمایش اگلوتیناسیون داخل لوله برای تشخیص بیماری بسیار مهم است. شواهد قطعی تشخیص بروسلوز در انسان همان جدا کردن میکروب بروسلا از بیمار است. البته کشت میکروب های بروسلا ممکن است برای کارکنان آزمایشگاه خطرناک باشد رعایت نکات دقیق بهداشتی در آزمایش کشت میکروب های بروسلا نهایت اهمیت را دارد. تمام محیط های کشت در آژمایشگاه بایستی علامت گذاری شوند. علامت « خطر احتمال بروسلوز» برای جلوگیری از خطرات احتمالی، باید روی نمونه ها نوشته شود. تمام تکنیک ها بایستی در شرایط استریل و تحت شرایط استفاده از دستگاه هود و در محوطه محدود انجام گیرنده توصیه می شود آزمایشگاههایی که تمام امکانات را در اختیار ندارند و از تجهیزات ایمنی کافی برخوردار نیستند اقدام به کشت موارد مشکوک بروسلا ننمایند.

حداقل نیمی از بیمارانی که مبتلا به بروسلا هستند چنانچه در شروع بیماری خونشان کشت داده شود و از آنتی بیوتیک ها نیز استفاده نکرده باشند، میکروب های بروسلا وقتی در محیط تریپتوفاز سویا کشت داده شود، طی یک تا سه هفته حضور ۵ تا ۱۰ درصد CO_2 رشد می کنند. البته بعضی آزمایشگاهها بعد از ۱۰ روز محیط های کشتی را که رشد بروسلا ها را نشان نمی دهند معدوم می کنند. تشخیص بروسلوز مزمن مشکل

است و برای تشخیص این حالت از بیماری علاوه بر آزمایش اگلوتیناسیون داخل لوله ، آزمایشهای ثبوت عناصر مکمل (C.F.T) وآزمایش کومبز (Coomb &#۰۳۹;s test) نیز بایستی انجام گیرند.

قابل اعتمادترین آزمایش سرولوژیک بروسلوز استفاده از لوله های اگلوتیناسیون استاندارد (Wrigth test) بروسلا می باشد که میزان پادتن های موجود در خون بیمار را اندازه می گیرد. این پادتن ها در اثر تاثیرمستقیم پادگن های پانی ساکارید بروسلا در خون ترشح می گردند. معمولا" نمونه های خونی که یک تا چهارهفته بعد از ابتلا به بروسلوز از انسان گرفته می شوند. در صورتی که در رقتهای چهاربرابر یا بیشتر، تیتر پادتن در سرم خون مشخص گردد مثبت تلقی می شوند. البته واکنش های مثبت کاذب نیز به علت تست جلدی بروسلا، واکسیناسیون وبا، عفونت ویبرنوز و سرانجام ابتلا به فرانسیسلاتولارنسیس (عامل بیماری تولارمی) ممکن است مشاهده شود.

- اهمیت یافته های سرولوژیک :

تغییر ۱۶۰ یا بالاتر بندرت در افرادی که در معرض ابتلا به اجرام بروسلائی بوده اند مشاهده می شود. چنانچه علائم بالینی بیمار حاکی از ظن قوی بروسلوز باشند بایستی رقتهای ۱۲۸۰/ ۱ سرم خون بیمار مشکوک به تب مالت را تهیه نمود زیرا در رقتهای ۶۴۰/۱ به پائین دراثر پدیده جایگزین شدن و باز دارنده واکنش پادتن ها Blocking antibodies واکنش ها منفی کاذب نیز گزارش شده اند .

بیماران مبتلا به بروسلوز در خون خود هر دو پادتن IgG و IgM را در پاسخ به واکنش اثرات پادگن های بروسلائی نشان می دهند. زمانی که تشخیص فوری و سریع انجام شود و بیمار تحت درمان آنتی بیوتیک ها به میزان کافی قرار گیرد، مقدار IgG بندرت در خون باقی می ماند . اگر چه در بعضی بیماران ممکن است چنین نباشد و تیتر بالائی از IgG را در خون خود نشان دهند. برخی بیماران تیتر بالائی از ایمونوگلوبولین ام را برای مدتهای طولانی حتی چندین سال در خون خود نشان می دهند. این افراد حتی بعد از آنکه مدتها تحت درمان قرار گرفته اند و ظاهرا" سالم به نظر می رسند تیتر بالائی از IgG در سرم خون خود نشان می دهند.

پادتن های جمع کننده IgG می توانند به وسیله عصاره گیری با (۲-mercapto ethanol ۰,۵ (ME خالص و سپس تشخیص داده شوند. این روش تنها میزان ایمونوگلوبولین جی را مشخص می نماید و بروز تیتر بالای این قسمت از پادتن های بروسلا دلالت بر عفونت جاری و یا ابتلای اخیر بیمار به بروسلا دارد و در این صورت (حتی با یک بار آزمایش مثبت) نیاز به اقدامات درمانی را ایجاب می کند. سایر آزمایشهای سرولوژیک از قبیل آزمایش جلدی بروسلین فاقد اهمیت و اعتبار تشخیصی می باشند.

- درمان بروسلوز در انسان:

بر خلاف دامپزشکی که اصولا" درمان دامهای مبتلا به بروسلوز توصیه نمی شود در پزشکی روی درمان تب مالت مطالعات زیادی انجام گرفته است . در انسان تتراسیکلین خوراکی به مقدار ۵۰۰ میلی گرم چهار نوبت در روز برای مدت ۶ هفته به اضافه استریتومیسین تزریقی داخل عضلانی روزانه به مقدار یک گرم برای مدت دو هفته تواما" تجویز می شود و این روش درمانی بهتر از تجویز تتراسیکلین تنها نتیجه داشته است. طولانی بودن دوره درمان، به بیمار فرصت می دهد تا سیستم دفاعی بدن وی به حرکت درآیدو با انجام این برنامه درمانی عود بیماری فقط در ۲% موارد گزارش شده است که این نیز به درمان مجدد جواب داده است.

انواع داروهای دیگر شامل جنتامیسین (Gentamycin) همراه با استریتومیسین، دوکی سیکلین + جای تتراسیکلین، « تریمتوپریم، سولفا» یا ریفامپسین نیز به کار رفته ولی هیچکدام از آنها مزیتی بر تجویز تتراسیکلین تؤام با استرپتومیسین نداشته است. از داروهای فوق الذکر تنها در مواردی باید استفاده شود که بیمار قدرت تحمل تتراسیکلین و یا استرپتومیسین را نداشته باشد.

بیمارانی که دچار فرم حاد یا تحت حاد بروسلوز شده اند و بی اشتهائی ضعف شدید و تب مداوم و ملایمی از خود نشان می دهند تحت معالجه کوتاه مدت استروئیدها قرار گرفته اند.

مقدار ۶۰ میلی گرم پردنیزون Prednisone روزانه به طور خوراکی حداکثر به مدت ۷ روز ثمر بخش بوده است ولی نبایستی در مورد همه بیماران از استروئیدها استفاده کرد. مصرف و کاربرد واکسن بروسلا به منظور کاربرد درمانی در انسان مورد بحث می باشد ولی تا کنون توصیه نشده است عوارض سردرد، کمر درد و دردهای عمومی بیماران را با تجویز مسکن ها می توان رفع نمود.

- پیشگیری:

پیشگیری بروسلوز در گاو با به کار بردن واکسن زنده تخفیف حدت یافته بروسلا (۶۱۹ در گاو و Rev در گوسفند) می تواند انجام گیرد . برای پیشگیری بیماری در انسان در برخی کشورها هیچگونه واکسنی وجود ندارد ولی در فرانسه واکسن ضد بروسلا آبورتوس در دسترس است. خطر

انتقال و اکتساب بیماری بروسلوز در انسان با توجه به رعایت نکات بهداشتی در جهت پرهیز از تماس با نسوج حیوانات مبتلای ذبح شده و با عدم مصرف شیر غیر پاستوریزه، می تواند در جوامع مختلف کاهش یابد. کارگران کشتارگاهها، بازرسان بهداشتی گوشت، دامپزشکان و سایر افرادی که به مناسبت حرفه خود با حیوانات زنده و یا با لاشه حیوانات بخصوص گاو و گوسفند تماس دارند می توانند با استفاده از دستکش و لباسهای بهداشتی بخصوص در موقع کار از خطر انتقال بیماری جلوگیری می کنند ولی به هر حال بروسلوز را که یکی از بیماریهای مهم و خطرناک مشترک انسان و دام می باشد هرگز نمی توان بدون حذف، کنترل و یا مبارزه جدی با بیماری در حیوانات آن را در جمعیت های انسانی ریشه کن نمود. برای کنترل بروسلوز در هر کشوری با توجه به سویه و یا سویه های موجود بروسلا و مطابق با شرایط فرهنگی ، اقتصادی ، اجتماعی و بهداشتی جامعه، برنامه ریزی دقیق و متناسبی مورد نیاز است.

منبع : درمانگران حکیم خراسان

http://vista.ir/?view=article&id=255529

vista.ir
Online Classified Service

برونشیت مزمن

● برونشیت مزمن چیست؟

برونشیت به معنای التهاب لوله های برونشی(نایژکها) می باشد. زمانیکه نایژکها ملتهب یا عفونی می شوند، هوای کمتری قادر به عبور و ورود و خروج به ریه ها خواهد بود و معمولاً فرد مقادیر زیادی خلط در طی سرفه دفع می کند. بسیاری از افراد در طول زندگی ممکن است به برونشیت حاد دچار شوند که همراه با سرفه و دفع خلط در طی سرماخوردگی می باشد. برونشیت حاد معمولاً همراه با تب نیست.

برونشیت مزمن بصورت وجود سرفه خلط دار در اکثر روزهای یک ماه و در سه ماه از سال و برای دو سال پی در پی در عدم حضور سایر بیماریهای زمینه ای که منجر به بروز سرفه می شوند تعریف می شود . این التهاب حتی می تواند منجر به از بین رفتن پوشش نایژکها شود. زمانیکه نایژکها به مدت زمان طولانی دچار تحریک می شوند، مقادیر زیادی خلط بصورت دائمی ساخته می شود و ضخامت پوشش نایژکها افزایش یافته و سرفه های تحریکی افزایش می یابد و جریان هوا در داخل نایژکها با مشکل مواجه شده و ریه ها نیز دچار آسیب می شوند. سپس نایژکها مکان مناسبی برای ایجاد عفونت خواهند شد.

برونشیت مزمن می تواند قبل یا همراه آمفیزم ایجاد شود. این دو حالت را با یکدیگر بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD) نامگذاری می کنند.

● علل ایجاد برونشیت مزمن چیست؟

کشیدن سیگار شایعترین علت ایجاد برونشیت مزمن است . هر چند نایژکهای افراد مبتلا به برونشیت مزمن می توانند در ابتد ا توسط عفونتهای ویروسی و باکتریایی نیز مورد آسیب قرار گیرند.

افرادی که در محل های کار خود در تماس، با گرد و غبار و بخارهای صنعتی هستند، نظیر معدنچیان ذغال سنگ،کارگران کارخانه های ذوب فلزات نیز در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند.

در مطالعه ای که اخیراً صورت گرفته است مشخص شده که بخشی از افراد مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، که حدود ۲/۱۹ در صد بودند

بدلیل شرایط کاری و ۳۱ درصد در غیاب تماس با سیگار به این بیماری مبتلا شده اند.

آلودگی هوا زمانیکه غلظت دی اکسید گوگرد و سایر آلاینده ها در اتمسفر افزایش می یابد، منجر به تشدید علائم برونشیت مزمن می شود. این علائم زمانیکه فرد سیگاری نیز باشد بسیار بیشتر خواهد بود.

● برونشیت مزمن تا چه اندازه جدی و خطرناک است؟

سالانه بیش از ۱/۹ میلیون نفر در امریکا با برونشیت مزمن تشخیص داده می شوند. این بیماری افراد را در تمامی سنین مبتلا می سازد اما احتمال ابتلا در سن بالای ۴۵ سال بیشتر است. بنظر می رسد زنان ۲ برابر بیشتر از مردان به آن مبتلا می شوند. در سال ۲۰۰۲، ۹/۲ میلیون نفر مرد و ۲/۶ میلیون نفر زن با برونشیت مزمن مورد تشخیص قرار گرفتند.

همراه با آمفیزم و سایر بیماریهای مزمن ریوی بجز آسم، بیماری مزمن انسدادی ریه، چهارمین علت مرگ در آمریکا به حساب می آید.

بسیار از افراد تا زمانی که این بیماری به حالت پیشرفته در نیاید به آن توجهی نمی کنند. زیرا اکثراً اعتقاد دارند این بیماری چندان تهدید کننده حیات نیست. اما با این حال ریه اکثر افراد مبتلا در زمان مراجعه به پزشک به شدت دچار صدمه شده است و بعد از آن ممکن است فرد دچار اختلالات تنفسی بسیار شدید یا نارسایی قلبی شود.

● حملات برونشیت مزمن چگونه است؟

این بیماری معمولاً یکباره ایجاد نمی شود. عمولاً بعد از آن که سرماخوردگی فرد به نظر بهبود یافته است. امکان دارد همچنان سرفه و تولیدی مقادیر زیاد خلط برای چند هفته ادامه یابد.از آنجایی که اکثر افرادی که مبتلا به این بیماری هستند، سیگاری می باشند، سرفه ناشی از این بیماری با سرفه ناشی از سیگار اشتباه می کنند. همچنان که زمان سپری می شود، سرما خوردگی ها مخرب تر می شوند و طول دوره های سرفه ها و تولید خلط بعد از هر سرماخوردگی بیشتر می شود.

بدون اطلاع از آن،فرد این دو روند سرفه را وابسته به دوره خود بیماری سرماخوردگی می داند و خیلی زود بیمار در تمامی اوقات حتی قبل از سرماخوردگی، در طی آن و بعد از آن، در اکثر روزهای سال دچار سرفه و خلط می شود. معمولاً سرفه در صبح، در هوای سرد و خشک شدیدتر است. فرد ممکن است در طی روز یکبار یا بیشتر همراه با سرفه خود خلط زرد رنگی داشته باشد.

● درمان برونشیت مزمن

هدف اصلی در درمان برونشیت مزمن در ابتدا کاهش تحریک بر نایژکها می باشد. کشف آنتی بیوتیک ها در درمان عفونتهای باکتریایی حاد وابسته به برونشیت بسیار مفید بوده است ، هرچند این بیماران نیازی به استفاده مداوم از آنتی بیوتیک ها ندارند.

داروهای گشاد کننده برونشها نیز ممکن است به منظور شل کردن و باز نمودن مجاری هوایی موجود در ریه ها تجویز شوند،این داروها بصورت اسپری های استنشاقی یا بصورت خوراکی می توانند مورد استفاده قرار گیرند. بعضی از پزشکان معتقدند استفاده از کورتیکوستروئیدهای استنشاقی نیز می توانند مفید باشند.

اگر فرد در محیط کار خود با گرد و غبار و بخار سر و کار دارد، پزشک باید تغییر محیط کار را به بیمار خود توصیه نماید. تمامی افراد مبتلا به برونشیت مزمن باید برنامه ای به منظور داشتن یک روش زندگی سالم داشته باشند. بهبود سلامت عمومی یک فرد توانایی بدن وی را جهت مقابله با عفونتها افزایش می دهد.

● اگر شما مبتلا به برونشیت مزمن هستید چه کار باید بکنید؟

یک برنامه بهداشتی و سلامتی خوب برای هر فرد مبتلا به برونشیت مزمن شامل موارد زیر است:

▪ در ابتدای شروع سرماخوردگی یا هرگونه عفونت تنفسی حتماً به پزشک مراجعه نمائید.

▪ سیگار نکشید.

▪ از یک برنامه غذایی سالم، مغذی و متعادل استفاده نمائید. و وزن بدن خود را در حد ایده ال نگه دارید.

▪ بدون آنکه خود را بیش از حد خسته کنید، هر روز فعالیتهای بدنی منظم انجام دهید.

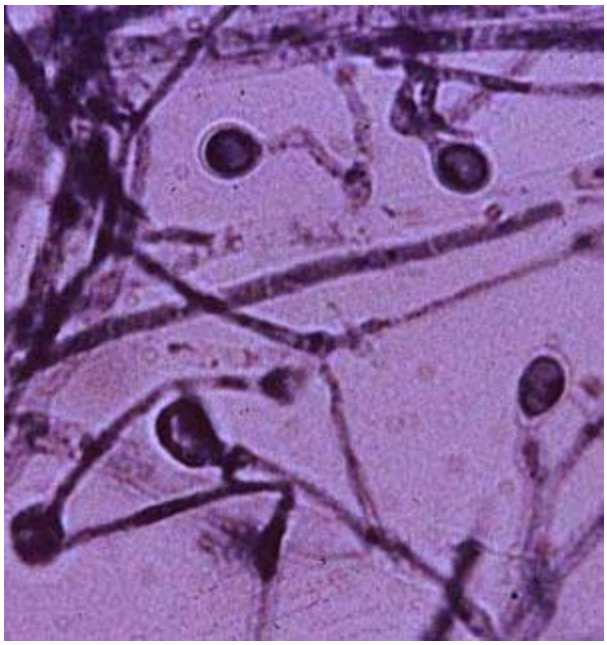
▪ از پزشک خود جهت تزریق واکسن آنفولانزا یا پنوموکوک سؤال کنید.

▪ از تماس با افرادمبتلا به سرماخوردگی یا آنفولانزا در خانه یا در جامعه خودداری نموده و از محرکهای تنفسی نظیر تماس با دود سیگار و سایر آلاینده های محیطی اجتناب ورزید.

منبع : دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234158

بلاستومیکوز



● شرح بیماری

بلاستومیکوز عبارت است از یک بیماری عفونی قارچی که در ریه‌ها پدیدار می‌شود. گاهی از راه خون به سایر نقاط بدن، به خصوص پوست، گسترش می‌یابد. بلاستومیکوز مستقیماً از انسان به انسان انتقال پیدا نمی‌کند، اما امکان دارد از راه گاز گرفتن سگ‌های بیمار انتقال یابد. عفونت می‌تواند در ریه‌ها، دهان، پوست و بافت‌های زیر پوستی، پروستات، و اپیدیدم گسترش پیدا کند.

● علایم شایع

▪ علایم ممکن است به آهستگی آغاز شوند، یا برعکس عفونت ممکن است خیلی ناگهانی خود را نشان دهد.

▪ سرفه، که امکان دارد خشک و بدون خلط، یا خلط‌دار باشد.

▪ درد قفسه سینه

▪ لرز، تب، و عرق‌ریزش فراوان

▪ تنگی نفس

▪ خستگی، بی‌اشتهایی

▪ ضایعات پوستی یا آبسه، در صورت درگیری پوست

● علل

عفونت با قارچ بلاستومیسِس درماتیتیدیس ، که در چوب و خاک پیدا می‌شود. امکان دارد ارتباطی باخانه سگ‌های آبی وجود داشته باشد. ضایعات پوستی عمدتاً در باغبانان یا کشاورزان رخ می‌دهد، اما منشأ اصلی این قارچ در طبیعت هنوز مشخص نشده است.

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ باغبانی و کشاورزی

▪ دیابت شیرین

▪ مصرف داروهای سرکوب‌کننده ایمنی

● پیشگیری

در حال حاضر نمی‌توان از آن پیشگیری کرد.

● عواقب مورد انتظار

این قارچ می‌تواند باعث بیماری شدید و ناتوان‌کننده شود، که بدون درمان ممکن است مرگبار باشد. با درمان مجدانه، معمولاً در عرض چند هفته

معالجه می‌شود.

● عوارض احتمالی

▪ گسترش به سایر نقاط بدن، که باعث بیماری جدی و احیاناً مرگ می‌شود. در اثر گسترش عفونت امکان دارد علایم زیر ظاهر شوند:

الف) درد در استخوان‌های دراز

ب) ضایعات پوستی که اول به صورت جوش‌های کوچک غیرچرکی یا چرکی در نواحی باز بدن پدیدار می‌شوند. این جوش‌ها به آهستگی گسترش می‌یابند. با گذشت زمان، ضایعات تبدیل به زخم‌های دلمه بسته می‌شوند که حاشیه آنها فرو رفته و رنگ بنفش رو به قرمز است.

ج) تورم کیسه بیضه و ظاهر شدن برجستگی‌های دردناک و حساس به لمس روی آن

● درمان

الف) اصولی کلی

▪ ممکن است آزمایشات تشخیصی شامل موارد زیر باشند: کشت از ضایعات پوستی، چرک، خلط، یا ترشحات ریوی؛ نمونه‌برداری از بافت پوست یا ریه؛ عکس قفسه سینه، و سایر آزمایشات

▪ درمان با دارو. در صورت لزوم، سایر اقدامات حمایتی انجام می‌پذیرد.

▪ بیمار معمولاً در بیمارستان بستری می‌شود و درمان در آنجا آغاز می‌شود.

▪ استفاده از گرما شاید درد مفصلی را تخفیف دهد.

▪ بیمار باید روزانه وزن شود و مقادیر آن در یک برگه ثبت گردد. در صورت کاهش وزن بدون توجیه، باید به گسترش یافتن عفونت مشکوک شد.

بیمار حتماً باید به قرارهای ملاقاتی که جهت پیگیری وضع وی ترتیب داده می‌شود پایبند باشد. بررسی اینکه آیا درمان اثربخش بوده است یا خیر، و نیز بررسی وجود اثرات جانبی داروها اهمیت زیادی دارند.

ب) داروها

داروهای ضد قارچ، داروهای انتخابی برای مبارزه با این بیماری هستند.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

به هنگام مرحله حاد بیماری، در رختخواب استراحت کنید. با برگشت تدریجی قوای جسمانی، فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری های خود را تدریجاً از سر گیرید.

د) رژیم غذایی

هیچ رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

● در این شرایط به پزشک خود مراجعه کنید

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علایم بلاستومیکوز را دارید.

▪ اگر یکی از مشکلات زیر به هنگام درمان رخ دهد: کاهش وزن، تب، اسهالی که با درمان‌های خانگی قابل کنترل نباشد، سردرد شدید و سختی گردن

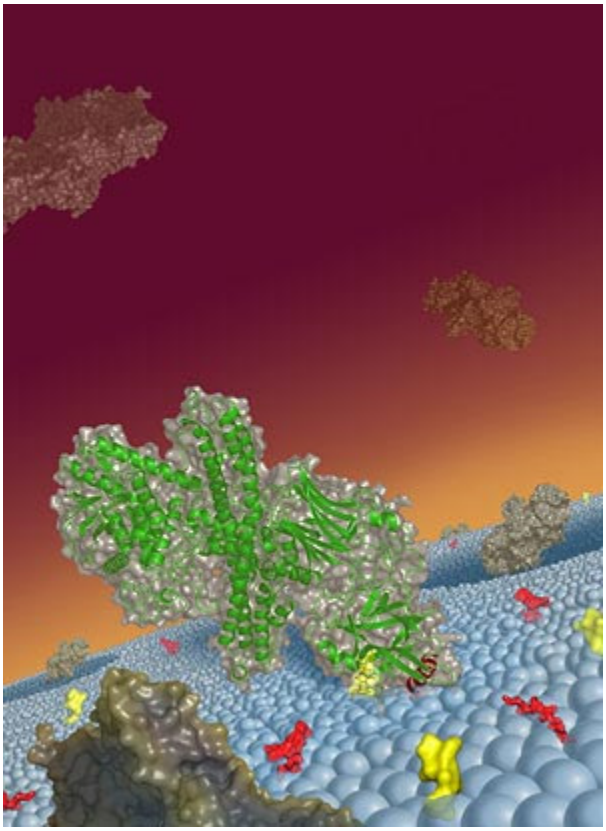
▪ اگر دچار علایم جدید و غیرقابل کنترل شده اید. داروهای مورد استفاده در درمان، عوارض جانبی به همراه دارند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=240160

vista.ir
Online Classified Service

بوتولین، مهلک ترین زهری که شفا می دهد!



بوتولین مهلک ترین زهری است که تاکنون در جهان شناخته شده است. این زهر یک نوروتوکسین و اگزوتوکسین کلستریدیوم بوتولینوم (dotulinium Clostribium-) است. قدرت این سم به قدری است که یک میلی گرم می تواند ۲۰ میلیون موش آزمایشگاهی را از پای درآورد. میزان کشندگی سم در نزد انسان ۹ تا ۱۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است و چنانچه میانگین وزن انسان را از ریز و درشت ۶۰ کیلوگرم بگیریم ۶۰ میلی گرم از این سم می تواند یک میلیارد انسان را به هلا کت برساند.

بوتولیسم ناشی از سم باسیل به بیهواری کلستریدیوم و بوتولینوم اطلا ق می شود. این مسمومیت در اثر مصرف غذاهای کنسروی یا قوطی اغذیه خانگی که خوب حرارت ندیده اند یافت می شود.

چون اولین بار این مسمومیت در اثر مصرف سوسیس گندیده حاصل شد نام بوتولیسم از Botulus به معنای سوسیس برای آن به کار رفت.

سم بوتولین مقاوم به اسید معده است و شش نوع آنتی ژنیک متفاوت دارد که به A/B/C/D/E/F تقسیم کرده اند.

تیپ E در ماهی وجود دارد. اسپور باکتری های مولد این سم در لجن های سواحل دریاچه ها و شن های ساحلی وجود دارد.

در گیلا ن مسمومیت با ماهی کپور و دودی و پس از مصرف اشبل (Ashdal) (خاویار ماهی) گزارش شده است. نخستین گزارش در سال ۱۳۴۴ توسط Lappysonnie نماینده سازمان بهداشت جهانی از مجارستان در بیمارستان پورسینای رشت بود که خانواده ای در اثر خوردن ماهی دچار مسمومیت شده بودند.

در سال ۱۳۶۱ خانواده ای پس از مصرف کنسرو ماهی دچار مسمومیت شدند و از آن پس گزارش مسمومیت های شدید غذایی پی درپی در مطبوعات منعکس شد. از آن جمله مسمومیت با کشک که بدین میکروب خطرناک آلوده شده بود و مدت ها خوراک خبری ستون حوادث روزنامه ها را تشکیل می داد.

سبزیجات کنسرو شده مانند فلفل و لوبیا و نخود سبز و نیز قارچ که PH خنثی دارند مسوول همه گیری تیپ A و Bهستند.

صرف این که مواد غذایی در محل مطمئنی چون یخچال نگهداری می شوند مانع آلودگی آنها بدین میکرب نخواهد بود.

غذاهای مسموم ممکن است در اثر آلودگی متعفن شوند ولی اغلب موارد حتی ظاهر و طعم غذا تغییر نمی یابد.

توکسین اصولا در معده و بخش فوقانی روده کوچک جذب می شود. ولی ممکن است روده بزرگ جذب بیشتری داشته باشد.

دوز مرگ آور از راه دهان ۱۰۰۰ بار بیشتر از تجویز داخل وریدی است. علا یم بالینی بوتولیسم عبارتند از: استفراغ - دل درد- یبوست - اختلا ل در دید - اختلا ل حرکتی - خشکی دهان و حلق - عطش - سرفه خروسکی - میدریازوپتوز. بوتولیسم از طریق زخم آلوده به خاک نیز پیدا می شود. علا یم مسمومیت از طریق زخم دو فرق عمده با شکل گوارشی دارد. یکی این که علا یم گوارشی مانند تهوع و استفراغ در کار نیست. دیگر آن که دور نهفته آن طولا نی تر از شکل گوارشی و از ۴ تا ۱۴ روز تغییر می کند.

دوره نهفته در مسمومیت گوارشی ۱۸ تا ۳۶ ساعت است ولی ممکن است خیلی کوتاه پس از دو ساعت از مصرف غذا یا بسیار طولا نی تا ۸ روز پس از مصرف غذاهای گندیده باشد.

این نوع بوتولیسم در معتادان به مواد مخدر که از تزریق داخل سیاهرگی استفاده می کنند دیده شده است ۶۰ مورد در سال های ۱۹۸۲ و ۱۹۸۳ از بوتولیسم زخمی در معتادان به مواد مخدر در آمریکا گزارش شد.

برای درمان بوتولیسم از تزریق آنتی توکسین چند ظرفیتی برای تیپ A به میزان ۷۵۰۰ U.I و تیپ B به میزان ۵۵۰۰ و برای تیپ E به میزان U.I ۸۵۰۰ استفاده می کنند.

برای پیشگیری از بوتولیسم باید غذاها را با حرارت بالا طبخ کرد و جوشاند اسپورها ۳۰ دقیقه در درجه حرارت مرطوب ۱۲۰ درجه و توکسین در اثر جوشاندن به مدت ۱۰دقیقه از اثر می افتند.

- بوتولیسم شیرخواران

نخستین گزارش از این نوع بوتولیسم در سال ۱۹۷۶ بود که به عنوان شکل جداگانه ای از بوتولیسم معرفی شد و تا به امروز ۱۰۰۰ مورد آن در ایالا ت متحده آمریکا مورد شناسایی و تائید قرار گرفت. بیماری مشخص می شود و با فلج نزولی متقارن و پیشرونده اعصاب مغزی که تا نارسایی کامل تنفسی پیش می رود.

این بیماری سیر بطئی و تدریجی دارد. بوتولیسم شیرخواران در ۹۰ درصد موارد در کودکان ۶-۱ ماهه ظاهر می شود.

چون شیرخواران مصرف غذایی ندارند بنابراین آلودگی به سم میکروب مسوول این بیماری نخواهد بود بلکه دستگاه گوارشآنها بگونه ای به اسپور میکروبی آلوده می شود، عسل منبع اسپورکلستریدیوم بوتولیسم است و شیرخوارانی که از تغذیه عسل استفاده کردند مبتلا خواهند شد. به دلیل آزاد شدن تدریجی اگزو توکسین بروز علا یم بالینی روند تدریجی خواهد داشت.

این شکل از بوتولیسم ممکن است بخشی از علل سندرم مرگ ناگهانی شیرخواران را تشکیل دهد حفظ تنفس این شیرخواران در برنامه درمانی آنها حائز اهمیت فراوان است.

گزارش های اولیه در سال ۱۹۷۹ خاطر نشان می کند که تراکئوتومی اولیه برای اجتناب از عوارض دیرپای لوله گذاری (ionzIntuda) انجام پذیرد ولی مطالعات بیمارستان اطفال کریستوفر در آمریکا در رسیدگی به ۱۱ مورد از بوتولیسم شیرخوار نشان داد که لوله گذاری به طور میانگین ۱۶ روز در برقراری تنفس بسیار موثر بوده است. پس از لوله برداری (Extudation) درمان کامل تنفس برجا گذاشتن یادگار نامطلوب لا رنگوتر اکنال پدید آمده و تراکئوتومی به ندرت لا زم بوده است.

بازگشت کامل کارکرد حرکتی این شیرخواران ممکن است هفته ها تا ماه ها به طول انجامد.

- جنبه های درمانی بوتولیسم

بهره یابی از زهر قتاله ای چون سم بوتولیسم که وصف آن آمد از شگفتی های دانش امروز است که انسان با کنترل آن توانسته است در جهت معالجه بیماری های صعب العلا ج به کار گیرد.

در سال ۱۹۸۱ سم بوتولین برای درمان استرابیسم به کار رفت. از آن پس برای بی عصب کردن (Denervation) ماهیچه با تزریق سم در اختلا لا ت عصبی ماهیچه ای و دیس تونی سروگردن استفاده شده است.

- کاربرد بالینی شامل
- استرابیسم
- بلفارو اسپاسم
- اسپاسم همی فاسیال
- تورتیکولی، دیستونی کرانیوفاسیال
- دیستونی دست
- دیستونی دهانی فکی
- دیستونی اسپاسموریک و عدم تقارنی که در اثر فلج عصب صورتی حاصل می شود بوده است.

یکی از جالب ترین کاربردهای سم بوتولینوم که در تجارت به نام بوتوکس (Botox) خوانده می شود دیستونی اسپاستیک حنجره است که بدان دیس تونی حنجره (btstonia Larmgeal) نیز نام داده اند.

دیستونی اسپاستیک برای نخستین بار به وسیله Traud در سال ۱۸۷۱ توصیف شد که او آن را گرفتگی صدای عصبی تعبیر کرد.

Critchley در سال ۱۹۳۹ این عارضه را بدین گونه توصیف کرد که: بیمار کوشش می کند حرف بزند ولی احساس خفگی به وی دست می دهد.

درمان دیس فونی با دارو نتیجه کامل نمی دهد و معمولا ناموفق است، Dobe قطع عصب راجعه حنجره را برای بیماران پیشنهاد کرد با این وجود

علا یم حنجره ای مجددا تظاهر کرد. تجربه قطع شاخه های عصب صورتی برای بلفار و اسپاسم وریزوتومی برای تورتیکولی آثار موقت داشته و با عوارض ناخواسته ای همراه بوده اند.

مکانیسم تاثیر بوتوکس Botox همانند سم بوتولینوم در پایانه های پیش سیناپس بوده که از آزاد شدن کلسیم وابسته به استیل کولین جلوگیری می کند.

فلج ماهیچه های مجاور عارضه عمده تزریق موضعی سم بوده است.

برای درمان دیسفونی اسپاستیک سم را در ماهیچه تیروآری تنویید تزریق کرده اند.

برای این منظور ۲/۵ تا ۷/۵ واحد بین المللی سم بوتوکس را با کنترل الکترومیوگرافی در محل تزریق کرده اند.

در یک بررسی از ۱۲ مورد از ۱۶ مورد آزمایش سرعت بلع تقلیل یافته بود که یک مورد آن دچار آسپیراسیون شده بود و این نشان می دهد که سم بوتولینوم از ماهیچه های حلق عبور نموده و سبب فلج آن شده است. سم بوتولینوم به راحتی از نیام ماهیچه ها عبور می کند.

مثال دیگر تزریق داخل ماهیچه دور چشم (Ocuali Ordicularis) است که تزریق زیاده سبب از دست رفتن کامل کارکرد ماهیچه ای و متعاقب آن بروز کراتیت تماسی است که در اثر نفوذ به ماهیچه های زیرین خارج کره چشمی ایجاد لوچی (Stradismus Vertical) می نماید.

بنابر این دقت در تزریق محل مورد انتخاب و نیز تزریق مقدار دقیق سم در این تکنیک با تاکید باید مورد توجه قرار گیرد.

- سم بوتولین برای جلوگیری از افزایش ترشح بزاق

این گزارش از گروه پژوهشگران اسکاندیناوی از کاربرد دیگر این سم بی همانند خبر می دهد. در یک تجربه بالینی در بیمارانی که ترشح مقاوم بزاق داشته اند سم بوتولینوم گروه A در غده های بزاقی تحت فکی تزریق شد. محققان مطالعه ای رادر خارج از بدن با جایگزین کردن و کنترل توزیع تشریحی مایع تزریق شده در پارانشیم غده تحت فکی آغاز کرده اند و حجم مایع را برای انتشار مطلوب به دست آورده اند. آنها غدد طبیعی از بیمارانی که تحت تشریح بنیادی قرار گرفته اند استخراج کرده اند و ماده حاجب محلول در آب را تزریق کرده اند و غدد را از نظریه پرتونگاری در مراحل مختلف عمل تزریق ارزیابی کرده اند. مطالعه داخل بدن در کودکانی صورت گرفت که مبتلا به فلج مغزی با ترشح شدید بزاق بوده اند. این عمل زیربیهوشی عمومی با هدایت ورای صوت پذیرفت. در جریان ترشح بزاق به طور متعارف پس از ۲۴ هفته از درمان اندازه گیری شد و نشان داده شد که تزریق سم بوتولین با هدایت ورای صورت به طور مستقیم در پارانشیم غده بزاقی یک روش مناسب و مطمئن است.

- درمان تزریقی در چین و چروک سالخوردگان

کاربرد مواد تزریقی به ویژه پرکننده ای اختصاصی و بوتولینیوم تیپ A در سال های اخیر به علت شیوه ای با حداقل مزاحمت استقبال فزاینده ای پیدا کرده است.

فراوان ترین عمل زیبایی در ایالات متحده آمریکا سم بوتولینیوم تیپ A چین و چروک پوست صورت در اثر ضعیف کردن ماهیچه های فعال صورت است که شش ماه این حالت را حفظ می کند. مواد دیگر مانند اسید هیالورونیک و کلاژن های انسانی نیز به عنوان مواد تزریقی به کار می رود که کاربرد آنها بر مبنای تجربه مورد اعتبار خواهد بود. سم بوتولینیوم تیپ A یک ماده فلج کننده تزریقی است یا به طور مستقل یا ترکیبی با مواد موثر دیگر به کار می رود و می تواند چروک را از بین برده و حجم از دست رفته صورت را باز گرداند و آن را پر کند و نمای جوان تری به سیمای سالخوردگان بدهد. اطلاعات راجع به این تزریق و عوارض بالقوه باید به بیمار پیش از عمل گوشزد شود و عکس پیش و پس از عمل الزامی است.

هر چه بوتوکس به طور فزاینده در منطقه سر و گردن به کار گرفته می شود مرور این کارآیی های جدید نیز ارزنده می شود.

در این مرور ما به ترمیم زخم صورت برخورد می کنیم که از طریق فلج ماهیچه ها تسهیل می یابد درد غیرعادی صورت، میگرن و سردرد کششی (Heabache Tension) با تزریق بوتوکس درمان پذیرفته اند.

تاثیر فرضی آن روی گیرنده های حساسه عصبی (Noclireceptor) است و حتی افسردگی را با بوتوکس درمان کرده اند. کاربرد بوتوکس در وزوز گوش شرح داده شده است ولی کاربرد واقعی آن روی میوکلونوس کام و دندان قروچه (بروکسیسم) است.

دیس تونی (اختلال در قوام ماهیچه) حنجره نمودار شناخته شده ای برای کاربرد بوتوکس است. اثر جالب کاربرد بوتوکس روی فلج دوطرفه حنجره است با این فرض که کشش باقیمانده در طناب صوتی از طریق عصب حنجره فوقانی اعمال می شود. انسداد عصبی موجب دور ماندن طناب ها از همدیگر شده و بازسازی گلوت را بهبود می بخشد.

کاربردهای دیگر شامل اختلال بلع، اسپاسم کریکوفارنژه و درمان دیسفونی دهانی فکی است. در ابداع کاربردی جدید برای دارویی جدید به هر

تقدیر باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

منبع : روزنامه مردم سالاری

http://vista.ir/?view=article&id=301895

به مناسبت روز جهانی مالاریا

مالاریا یک بیماری عفونی است و از طریق انگل مالاریا که در بدن پشه آنوفل وجود دارد به انسان منتقل می شود. پس از اینکه این پشه عفونی انسان را نیش می زند. انگل آن به کلیه و سلول های قرمز خون هم وارد می شود. علائم این بیماری بیشتر شبیه سرماخوردگی و بیماری های انگلی و یا تب بالا، لرزکردن، درد عضلات و اسهال خستگی، سردرد و حالت تهوع همراه است. با شروع بیماری همه این عوامل بروز می کند و تکرار خواهد شد.

نوع دیگری از این بیماری وجود دارد که خطرات جدی تری به انسان وارد می کند و قلب، ریه، کلیه و مغز را تحت تاثیر خود قرار می دهد و در بعضی از موارد هم منجر به مرگ بیمار می شود. در موارد بسیار نادری هم دیده شده است که اگر کسی با خون آلوده افراد مبتلا به این بیماری در تماس باشد به مالاریا مبتلا خواهد شد.

مالاریا بیشتر در آفریقا، قسمت هایی از آسیا و آمریکای مرکزی و جنوبی شیوع پیدا می کند اما یونان، خاورمیانه و ترکیه از مناطقی هستند که میکروب این بیماری در آنجا زیاد دیده نشده است، در آمریکا هم بیشتر کسانی که دچار مالاریا شده اند، مهاجرانی هستند که به مناطق دیگر مسافرت کرده اند. کسانی که قصد مهاجرت به مناطق ذکر شده را دارند باید قبل و بعد از سفر خود مراقبت های لازم را به عمل آورند. با وجود این همیشه با انجام این مراقبت ها نمی توان از ابتلا به مالاریا پیشگیری کرد.

به این علت که بعضی از انگل های ایجاد کننده این بیماری طی درمان مقاوم تر می شوند بنابراین می توان گفت میزان درمان و یا پیشگیری از مالاریا بستگی به مقاومت انگل دارد. در نواحی که این بیماری وجود دارد مردم محلی نسبت به آن مقاوم شده و یا از مقاومت تقریبی برخوردارند و یا اگر هم به میکروب آن مبتلا شوند علائم کمی از آن در بدنشان بروز می کند. البته شدت این بیماری بستگی به سیستم ایمنی خود فرد دارد.

علائم مالاریا هم بستگی به چرخه زندگی انگل آن دارد. انگل مالاریا پس از تولیدشدن از گلبول های قرمز خون و سلول های کبدی در بدن آزاد می شود.

هرساله ۵۰۰ میلیون نفر در جهان به مالاریا مبتلا می شوند و یک میلیون نفر جان خود را از دست می دهند. ۹۰ درصد از این مرگ ومیرها در آفریقا و در کودکان زیر پنج سال رخ می دهد. چهار سال پیش رهبران آفریقایی با امضای قراردادی تصمیم گرفتند تا سال ۲۰۱۰ قدم هایی برای کاهش مالاریا بردارند. سازمان USAID نقش مهمی در پیشگیری از این بیماری به عهده دارد و فعالیت های آن در تمام دنیا گسترده شده است. این سازمان بیش از ۸۰ برنامه برای بیماری مالاریا در دنیا دارد.

دولت آمریکا هم بیش از همیشه برای مقابله با این بیماری تدابیری اندیشیده است. تدابیر سازمان USAID برای کاهش مالاریا اینچنین است:

- جلوگیری از بیماری مالاریا

▪ راه های درمانی موثر برای این بیماری

▪ حفاظت از خانم های باردار علیه مالاریا

▪ گسترش داروهای مخصوص برای این بیماری

▪ یافتن ابزار و روش های جدید برای کنترل و پیشگیری از مالاریا

▪ توجه به نیازهای جمعیت

تحقق این اهداف مستلزم آن است که شبکه های ارتباطی برای بیماری مالاریا در جهان ساخته شود و سازمان های غیردولتی با بخش های خصوصی همکاری کنند و این بیماری را تحت کنترل خود درآورند. برنامه های مالاریا باید در بیش از ۲۰ کشور آفریقایی تقویت شود. سازمان USAID هم باید حمایت بیشتری از راه های درمانی جدید این بیماری به عمل آورد.

این سازمان در همکاری با یونیسف در تلاش است تا با در نظر داشتن برنامه های جدید برای سلامت بچه ها از گسترش مالاریا جلوگیری کند. سازمان USAID در حال حاضر فعالیتش را روی دو مورد متمرکز ساخته است؛ یکی ساختن واکنش های مالاریا که تست آن در کنیا آغاز شده است و دیگری حفاظت خانم ها از ابتلا به این بیماری. به گفته این سازمان شعار خانم های باردار مبتلا به مالاریا از همه مهمتر است. تلاش های این سازمان طی چند سال اخیر در رواندا، سنگال و زامبیا بسیار تاثیرگذار بوده است.

امروزه گروه های بسیاری با تعیین روز مالاریا در آفریقا تلاش می کنند آگاهی همه مردم جهان را نسبت به این بیماری افزایش دهند. به گفته سازمان جهانی سلامت بیماری مالاریا بیشتر از بیماران ایدزی در آفریقا کشته برجای گذاشته است. به عنوان مثال در مالی تعداد کشته شدگان این بیماری ۱۰ برابر بیماری ایدز است. در آفریقا گروهی به نام کومبا با استفاده از موسیقی آفریقایی و نقاشی تلاش می کنند توجه جهانیان را به بیماری مالاریا جلب کنند.

● روش های پیشگیری

روش های بسیار زیادی برای جلوگیری از چرخه این بیماری و مرگ ومیرهای ناشی از آن وجود دارد. یکی از روش های ضروری برای پیشگیری از مالاریا از بین بردن آب های راکد برای جلوگیری از تخم ریزی پشه مالاریا و استفاده از آفت کش هایی به نام د.د.ت است. این دو روش در گذشته بسیار موثر واقع می شد بخصوص در شهرهایی که احتمال گسترش این بیماری در آنجا بسیار کم بود مثل واشنگتن، اما در مناطقی که احتمال بروز مالاریا بسیار زیاد است، این روش ها دیگر کاربرد چندانی ندارند.

از دیگر عواملی که به پیشگیری از مالاریا کمک می کند نصب پنجره های توردار در منازل و یا پشه بند است. هر چه انسان کمتر در معرض پشه آنوفل قرار گیرد، احتمال بروز او به این بیماری طبیعتا کمتر است. تمام مسافرانی که به مناطق گرمسیر مسافرت می کنند اعم از بچه، طفل و... باید با استفاده از داروهای ضدمالاریا از خود حفاظت کنند.

مسافران می توانند با مراجعه به سایتhttp// travel/www.cdc.gov: مطلع شوند که آیا منطقه ای که قصد مسافرت به آن را دارند از مناطق خطرناک است یا خیر. البته چهار تا شش هفته پیش از مسافرت باید با پزشک خود مشورت کنند و در صورت لزوم واکسن مالاریا بزنند.پزشک معالج شما باید داروی مناسب را برایتان تجویز کند چون برخی از داروهای مالاریا در برخی از مناطق کمکی به پیشگیری از مالاریا نمی کنند. باید دقت شود که بچه ها هم حتما طبق سن و وزن خود دارو مصرف کنند. داروهایی که برای مالاریا مصرف می شوند شامل پروگونیل، داکسی سایکلین، مفلکوئین و پری ماکوئین هستند. البته مصرف هر یک از این داروها می تواند عوارض جانبی داشته باشد.

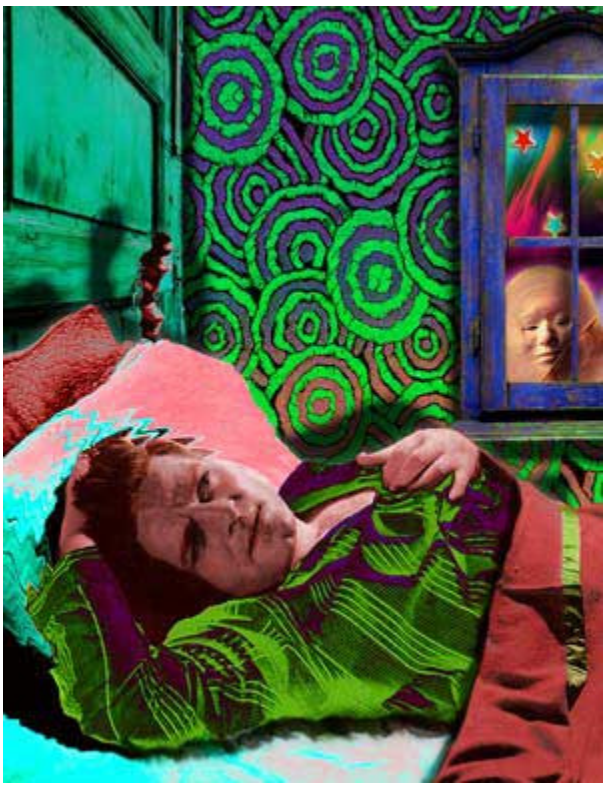
به عنوان مثال مسافرانی که از پروگونیل استفاده می کنند، دچار معده درد، سردرد، حالت تهوع و اسهال می شوند. البته این عوارض آنقدر جدی نیست که مصرف دارو قطع شود، اما اگر احتمالا عوارض آن شدید شد باید با پزشک معالج مشورت کرد. مصرف این دارو برای بچه های کمتر از پنج کیلوگرم، خانم های باردار، بچه های شیرخواره و بیماران کلیوی اصلا توصیه نمی شود. استفاده از واکسن از دیگر روش های موثر در پیشگیری از مالاریاست. دانشمندان، دهه ها روی این واکسن کار کرده اند. گرچه تهیه واکسن به خاطر پیچیدگی این بیماری بسیار مشکل است.

منبع : روزنامه کارگزاران

http://vista.ir/?view=article&id=256055

vista.ir
Online Classified Service

بیماری دست، پا و دهان



● شرح بیماری

بیماری دست، پا و دهان عبارت است از یک عفونت ویروسی که در گلو آغاز می‌شود و لوزه‌ها، پوست، لوله گوارش و دستگاه عصبی مرکزی را درگیر می‌سازد. این بیماری در شیرخواران و کودکان کم سن و سال (۲ هفته تا ۳ ساله) رخ دهد.

● علایم شایع

▪ تب ناگهانی

▪ گلودرد همراه با وجود تاول و زخم در دهان و گلو

▪ سردرد

▪ بثور پوستی به صورت تاول روی دست‌ها، پاها و کشاله ران

▪ بی‌اشتهایی

▪ گاهی درد شکمی

● علل

عفونت ناشی از ویروس کوکساکی ۱۶ ـ آ، که از فرد به فرد انتقال می‌یابد.

● عوامل افزایش دهنده خطر

فصول تابستان و پاییز

● پیشگیری

از تماس شیرخواران و کودکان کم سن و سال با افرادی که بیماری تنفسی دارند جلوگیری کنید.

● عواقب مورد انتظار

بهبود خود به خودی در عرض ۵-۴ روز

● عوارض احتمالی

انتظار نمی‌رود عارضه‌ای به وجود آید.

● درمان

الف) اصول کلی

▪ این بیماری سیر خفیفی دارد و می‌توان از کودک در منزل مراقبت به عمل آورد.

▪ یک گوش پاک‌کن یا چیزی شبیه آن را با پراکسید هیدروژن ۲% آغشته کنید، و روی تاول‌های دهان بمالید.

▪ اگر کودک به سنی رسیده باشد که بدون قورت دادن بتواند دهان خود را بشوید، دهان او را پس غذا با آب نمک (نصف قاشق چایخوری نمک در یک فنجان آب) بشویید.

▪ وسایل غذاخوردن و سایر اشیایی که با دهان یا بزاق بچه تماس حاصل کرده‌اند را در صورت امکان بجوشانید یا از وسایل یک بار مصرف استفاده کنید تا از سرایت بیماری جلوگیری شود.

▪ سر شیشه شیر را قبل از استریل کردن شیر خشک در شیشه، به‌طور جداگانه ۲۰ دقیقه بجوشانید.

ب) داروها

برای کم کردن تب بالا یا درد می‌توان از داروهایی مثل استامنیوفن استفاده کرد. آنتی‌بیوتیک‌ها برای این بیماری مؤثر نیستند.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا زمانی که تب و سایر علایم برطرف نشده باشند، کودک باید در رختخواب استراحت کند. پس از آن فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری ها می‌توانند تدریجاً از سرگرفته شوند.

د) رژیم غذایی

▪ کودک را تشویق کنید مایعات زیادتری دریافت کند، مثلاً شیر، ژلاتین مایع، بستنی، یا نوشیدنی‌های درست شده از شربت گیلاس.

▪ اگر نوشیدن مایعات دردناک باشد، در کودکانی که سنشان بالاتر است می‌توان از نی استفاده کرد.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر کودکتان علایم بیماری دست، پا و دهان را دارد.

▪ اگر علایم بدتر شوند یا رو به بهبود نگذارند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=240238

vista.ir
Online Classified Service

بیماری سرخچه

سرخچه یکی از علل شایع بیماری های حاد تبدار و بثوری می باشد . بیماری دارای چندین عارضه می باشد .عفونت سرخچه در حاملگی می تواند منجر به سقط مرده زایی یا نوزاد مبتلا به عفونت سرخچه مادرزادی گردد.

ویروس سرخچه از ویروس های RNA دار و نسبت به حلالهای چربی حساس است و در گروه توگا ویروسها قرار دارد . ویروس سرخچه توسط گروه کثیری از عوامل شیمیایی ، PH کمتر از ۸/۶ یا بیش از ۱/۸ و تحت اثر اشعه ماوراء بنفش غیر فعال می گردد .

در حرارت اطاق تا ۳۷ درجه سانتی گراد ویروس ناپایدار است و بهترین درجه حرارت جهت نگهداری آن ۶۰ درجه سانتی گراد زیر صفر است انسان تنها میزبان طبیعی ویروس سرخچه است انتقال عامل بیماری از طریق ترشحات دستگاه تنفس شخص مبتلا صورت می گیرد و در اکثر موارد ناشی ازتماس طولانی و نزدیک با بیمار است . سرخچه بیشتر از همه در کودکان دیده می شود اما سن ابتلا به آن بعد از زمان معمول برای ابتلا به سرخک است.

اگر چه واگیر بودن سرخچه کمتر از سرخک و بسیاری از بیماری های دیگر کودکی است ولی با بروز اپیدمی در سربازخانه ها و یا موسسات شبانه روزی کلیه افراد حساس به بیماری مبتلا خواهند شد در سرخچه اکتسابی زمان سرایت پذیری بیماری کوتاه است و از یک هفته قبل از بروز بثورات تا ۵ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت .

بیماری که در جریان سرخچه دچار راش نمی شود نیز آلوده کننده است نوزادان مبتلا به سرخچه مادرزادی نیز یک منبع عفونت محسوب می گردند و در حلق ، ادرار ومدفوع بسیاری از این نوزادان ویروس یافت

می شود تماس افراد حساس با چنین نوزادانی موجب ابتلا آنها به سرخچه می گردد .

به طور کلی یک بار ابتلا طبیعی به سرخچه شخص را برای تمام عمر در مقابل بیماری سرخچه محافظت

می کند هر چند که وقوع عفونت مجدد با یا بدون نشانه های بالینی در افراد واکسینه شده و بندرت در آنهایی که قبلاً به بیماری مبتلا شده اند گزارش شده است . بیماری سرخچه مانند بسیاری از بیماریهای ویروسی می تواند در دورهٔ حاد عفونت موجب کاهش پاسخ های ایمنی سلولی میزبان گردد .

- نشانه های بالینی

پس از دوره نهفتگی (حدود ۱۸ روز) نشانه های دوره مقدماتی به صورت بی اشتهایی ضعف ـ سردرد ـ کونژونکتیویت ـ تب خفیف و علائم تنفسی از یک تا ۵ روز قبل از بروز بثورات جلدی مشاهده شده و در بالغین معمولاً واضح تر است در بالغین یا اطفال بزرگتر ورم ملتحمه ، بثورات جلدی – چند غده لنفاوی بزرگ و حساس ، افزایش درجه حرارت بین ۲/۳۷ تا ۸/۳۷ درجه سانتی گراد و ضعف مختصر تظاهرات بالینی بیماری سرخچه هستند چنانچه بثورت جلدی وجود نداشته باشد . تنها معدودی از افراد متوجه بیماری خود می شوند به ندرت بیماران نیاز به بستری شدن و مراجعه به پزشک می کنند .

بثورات جلدی در مدت یک تا دو روز محو می شوند و بیمار فعالیت طبیعی خود را از سر می گیرد و به این جهت آن را سرخک سه روزه می نامیدند .

بثورات جلدی به صورت ماکول قرمز رنگ و کوچک هستند بثورات جلدی کاملاً مسطح و دایره ای می باشند و با وجود خصوصیات ذکر شده گاهی تشخیص آنها از بثورات سرخکی ، بثورات مربوط به حساسیت دارویی و مخملک دشوار می گردد . بثورات جلدی ابتدا روی صورت و خط رویش مو در پیشانی ، در اطراف دهان و پشت گوش ها ظاهر می شود .

معمولاً بثورات جلدی حدود ته سنجاق و در موارد کمی به ابعاد ۳ تا ۴ میلی متر می رسد . در انواع شدید بیماری بثورات علاوه بر تنه روی ساعد و ساق پا دیده می شود به ندرت لکه ها به هم متصل گردیده و به صورت اریتم منتشر (شبیه به مخملک) ظاهر می شوند . پتشی و پور پورا در نوزادان مبتلا به سرخچه مادرزادی غیرمعمول نیست اما در سرخچه بالغین پیدایش پورپرا نادر است این عارضه ممکن است در جریان بیماری سرخچه و یازمان کوتاهی پس از محو بثورات جلدی و یا اواخر دوره نقاهت پیش آید . در مرحله اول غالباً پوریورا ناشی از اثر ویروس روی پلاکتها یا عروق خونی است ولی در دوره نقاهت علت ایمونوپاتولوژیک دارد . در موارد نادر خونریزی شدید پیدا می شود و منجر به مرگ بیمار می گردد .

بزرگ شدن غدد لنفاوی در سرخچه شایع ترین علامت است و اغلب به تشخیص بیماری کمک می کند بخصوص زمانی که بثورات جلدی غیر مشخص هستند غالباً غدد لنفاوی ناحیه پشت سر و گوش بزرگ

می شوند ولی هر غده لنفاوی گردنی ممکن است گرفتار گردد طحال بزرگ اما در اکثر موارد غیر قابل لمس است حساسیت غدد لنفاوی بزرگ شده در بیماران متفاوت است . تقریباً همیشه تورم غدد لنفاوی

(آدنوپاتی) مقدم بر ظهور بثورات جلدی است .

پرخونی خفیف ملتحمه بخصوص در بالغین شایع است اما به شدت سرخک نیست و بیمارترس از نور (فتوفوبی) یا اشک ریزش ندارد . در موارد استثنایی ، پرخونی شدید ملتحمه (کونژونکتیویت) و حتی خشکی چشم (کراتیت) در سرخچه گزارش شده است .

لوزه ها و کام نرم اغلب قرمز هستند لکه های ماکولوپاپولر یا خونمردگی (اکیموتیک) قرمز روشن را در روی کام نرم Forchheimer spot نامیده اند . تورم مخاط بینی و سقف دهان و لثه ها در برخی از اپیدمیها گزارش شده است .

سرخچه اغلب یک بیماری خفیف و در مقایسه با سرخک در شروع بیماری معمولاً فاقد آبریزش شدید از بینی است . سرخچه بندرت به صورت یک بیماری شدید ظاهر می شود و گاهی نیز به علت وجود تورم غدد لنفاوی پشت گردن (آدنوپاتی) ممکن است بیماری با سفتی گردن نیز همراه

باشد . گاهی لرز و تب

(۵/۳۸ تا ۵/۳۹ درجه سانتی گراد) همراه با درد عمومی شدید بدن وجود دارد . افراد بالغ بیشتر از کودکان از چنین نشانه هایی رنج می برند .

- علائم بیماری معمولاً در مدت یک تا دو روز فروکش

می کنند و به سرعت رو به بهبودی می روند . احتمال عفونت دوباره در سرخچه نسبت به سایر بیماریهای ویروسی بیشتر و حدود ۵ تا ۸ درصد است .

- درمـان

کودکی که مبتلا به سرخچه می شود معمولاً احساس درد آزار دهنده ای ندارد واحتیاج به بستری شدن هم ندارد کودک در ایام بیماری بهتر است در خانه بماند و احتیاج به بستری شدن ندارد خوردن آنتی بیوتیک ضرورت ندارد زیر علت بیماری سرخچه ویروس است و آنتی بیوتیک هیچ اثری روی ویروس ندارد .

- واکسـن سرخچـه

واکسن سرخچه ای که امروزه در اختیار است واکسنی است که از ویروس سرخچه زنده و ضعیف شده تهیه شده است و واکسن بسیار خوبی است زیرا نه فقط پادتن آن در سرم خون بلکه در ترشحات بینی و حلق افرادی که واکسن می زنند بوجود می آید و اثر آن شبیه موقعی است که آن شخص مبتلا به بیماری سرخچه شده باشد. واکسن سرخچه به صورت جداگانه یا توام با واکسن سرخک و اوریون تهیه شده است و می توان آن را در ۱۲ تا ۱۵ ماهگی زیر جلد تزریق کرد مگر در مواقعی که بیماری در مناطق شایع باشد که در این صورت می توان در نه ماهگی تزریق نمود . چون ویروس واکسن در اثر نور و حرارت از بین می رود بنابراین واکسن را باید قبل از مصرف در یخچال و دور از نور نگهداری نمود و در هنگام مصرف زیر جلد تزریق کرد . تحقیقات نشان داده است که تزریق یک نوبت واکسن سرخچه کافی است و بعد از تزریق در ۹۸% موارد پادتن ضد سرخچه در خون کودکی که واکسن زده است بوجود می آید .

دومین تزریق واکسن سرخچه توام با سرخک و اوریون در ۴ تا ۶ سالگی توصیه می شود به کودکان که دومین تزریق انجام نشده است در بین ۶ تا ۱۲ سالگی می توان تزریق کرد .

واکسن سرخچه را به خانم های باردار نباید تزریق کرد زیرا امکان ابتلای جنین آنها وجود دارد همچنین به کودکانی که دچار تب حاد عفونی هستند یا به کودکانی که دچار اختلال ایمنی هستند یا داروهایی مصرف می کنند که دفاع بدن آنها را کم می کند نباید تزریق کرد.

بعد از تزریق واکسن سرخچه به کودکان معمولاً عوارضی رخ نخواهد داد ولی ممکن است تزریق واکسن موجب بثورات ، بزرگی غدد لنفاوی و درد مفاصل (مخصوصاً در دختران جوان) گردد . تزریق واکسن به ندرت ممکن است موجب بی حسی موقتی زودگذر در دست و بازوها که درشب و به مدت یک ساعت طول می کشد یا درد مفاصل زانو و تورم مفصل بوجود آید که چندین هفته ادامه خواهد یافت و سپس خود به خود از بین می رود .

منبع : سایت اطلاع رساني دکتر رحمت سخني

http://vista.ir/?view=article&id=286619

vista.ir
Online Classified Service

بیماری سل

سل یک بیماری عفونی قابل انتقال می باشد.که توسّط باکتری به نام

میکوباکتریوم توبرکلوزیس ایجاد می شود. نام دیگرمیکوباکتریوم توبرکلوزیس باسیل کخ است زیرا در سال ۱۸۸۲ (میلادی) پرفسور رابرت کخ دانشمند آلمانی آن را یافت. نوعی از این بیماری که به سل گاوی موسوم است ،میان انسان و چهارپایان مشترک است.

سازمان جهانی بهداشت سل را یک فوریت جهانی اعلام نموده است زیرا با پیدایش و انتشار باسیلهای مقاوم به دارو،مجدداً خطر تبدیل بیماری سل به یک بیماری غیر قابل علاج مطرح است.

● راه انتقال بیماری

اصلی ترین راه ابتلا و استنشاق ترشحات یا غبار آلوده به باسیل سل می‌باشد که معمولا ناشی از تماس با بیمار سلی درمان نشده می‌باشد.بیماری سل از راه صحبت، سرفه و عطسه کردن از بیماران مبتلا به سل ریوی به دیگران منتقل می‌شود. یک سرفه می تواند حدود ۳۰۰۰ ریزقطره عفونی تولید کند.این ریزقطره‌ها به سرعت خشک می‌شوند و در هوا معلق می‌مانند و در صورت استنشاق وارد ریه افراد می‌شوند.

باکتری سل همچون سرماخوردگی به سادگی به دیگران منتقل می‌شود.

سل گاوی می‌تواند از طریق مصرف لبنیات آلوده و غیر پاستوریزه انسان را آلوده نماید.

این باکتری می‌تواند تمامی اعضای بدن را گرفتار کند اما بیشتر ریه ها را گرفتار می‌کند.باکتری سل پس از ورود به ریه‌ها در آنجا تکثیر پیدا می‌کند ومعمولاً پس از تحریک سیستم ایمنی برآن در همان محل به صورت نهفته باقی می‌ماند ودر صورت ایجاد شرایط مساعد ممکن است سل ریوی بروز کند.گاهی باکتری پس از تکثیر در ریه‌ها از طریق خون به سایر اعضای بدن منتقل می‌شود و ایجاد سل در آن عضو می‌نماید. ندرتاً باکتری بلافاصله پس از ورود به ریه‌ها، شروع به فعالیت و تکثیر می‌کند و موجب بیماری فعال درریه‌ها می‌گردد که این نوع در کودکان و بیمارانی که اختلال سیستم ایمنی دارند، شایعتر است.

● عوامل مساعدکننده

بعضی از عواملی که باعث می شود آلودگی به سل تبدیل به بیماری شود یا فرد سالم در معرض بیشتری برای بیمار شدن باشد در زیر آمده است:

▪ عفونت ایدز (HIV)

▪ استفاده از مواد مخدر

▪ عفونت اخیربا میکوباکتریوم توبرکلوزیس (طی ۲ سال گذشته)

علائم رادیوگرافی قفسه سینه که دال بر سل قبلی باشد (در افرادی کامل درمان نشده‌اند یا اصلاً درمان نشده‌اند).

▪ دیابت ملیتوس

▪ سیلیکوز یا سیلیکوزیس

▪ درمان طولانی با کورتیکواستروییدها (داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی)

▪ سرطان سروگردن

▪ بیماریهای خونی (مانند لوسمی)

▪ بیمارهای کلیوی پیشرفته

▪ وزن بدن پایین (۱۰٪ یا کمتر از ۱۰٪ وزن مطلوب)

▪ آلودگی به ایدزیکی از عوامل موثر در ابتلا به سل می باشد.یعنی فردی که به ایدز مبتلا باشد ۵۰٪ احتمال دارد که به سل مبتلا شود.

● اشکال بیماری سل

سل ریوی که اگر ریه‌ها را درگیرکند بیماری سل ریوی حادث می شود که خود شامل دو گروه می شود:

۱) سل ریوی با خلط مثبت (یعنی حاوی مایکوباکتریوم)

۲) سل ریوی با خلط منفی (یعنی فاقد مایکوباکتریوم)

بیماران مبتلا به سل ریوی از مهمترین گروه می باشند زیرااین گروه به عنوان مخزن بیماری در جامعه نقش دارند و موجب انتقال بیماری به سایر افراد می گردند.

▪ سل خارج ریوی :سل ممکن است بجز ریه اعضای مختلفی از بدن را گرفتار کند که این اعضا میتواند شامل غدد لنفاوی ، استخوان و مفاصل ، ستون مهره ها، دستگاه ادراری تناسلی ، شکم و روده ، پریکارد قلب باشد.

● علائم بیماری

سل اولیه معمولاً بی نشانه است و در جریان معاینه معاشران بیماران سلی کشف می‌شود.

هر بیماری که یک یا چند علائم زیر را داشته باشد باید مشکوک به بیماری سل شد:

▪ سرفه بیش از ۳ هفته(شایعترین علامت)(معمولا خشک)

▪ تب و عرق شبانه

▪ بی اشتهایی

▪ خلط فراوان

▪ خلط خونی

▪ درد قفسه سینه

▪ در کودکان نارسایی رشد میتواند از علائم سل باشد.

▪ سل خارج ریوی بستگی به قسمت مورد ابتلاء علامتهای خاص خود را خواهد داشت.

● عارضه‌های بیماری

بسته به دستگاه درگیر و مدت درگیری سل میتواند منجر به پلورزی(جمع شدن مایع در فضای جنب)، آمپیم(پلورزی چرکی سلی)، هموپتزی(خونریزی رخمهای مخاط برونش)که معمولاً جزیی است ولی میتواند به خونریزی کشنده نیز منجر شود.خنازیر یا لنفادنیت گردن (تورم گره های لنفاوی که ممکن است با ترشح نیز همراه شود . تخریب کلیه ها ؛ اختلال های باروری در گرفتاری اندامها تناسلی ، شکستگی مهره ها و .... شود

● اهمیت مبارزه صحیح باسل

با تشخیص به موقع و درمان صحیح بیماران مبتلا به سل به راحتی می توان با این بیماری مبارزه کرد.

ولی اگر بیماران را نتوانیم تشخیص دهیم به راحتی هر بیمار مسلول سالانه ۱۰ تا ۱۵ نفردیگر را در خانواده ونزدیکان خود آلوده می کند ومهمتر آنکه اگر بیمار مبتلا به سل ریوی را تشخیص دهیم ولی تحت درمان صحیح و دقیق قرار نگیرد،موجب به وجودآمدن میکروب سل مقاوم به دارو می گردد که دیگر داروهای ضد سل معمولی برآن اثرنمی کند ودر نتیجه بیماری وخیم تر شده وبه راحتی قابل درمان نیست واگر به دیگران منتقل شود مشکلات زیادی را به وجود می آورد.

عدم درمان صحیح و دقیق بیماران مسلول موجب بروز بیماری لاعلاجی می گردد.

سل بیماری فقرا می‌باشد.

● روشهای تشخیص

▪ آزمون توبرکولین

▪ کشت خلط

▪ ۳ نمونه خلط از بیمار گرفته و به آزمایشگاه ارسال می‌گردد. نحوه گرفتن نمونه خلط :

الف) ابتدا در اولین مراجعه فرد مشکوک یک نمونه گرفته می‌شود.

ب) ظرفی به بیمار داده می شود که مشخصات بیمار در سطح خارجی ظرف نوشته شده است. ج) وبیمار باید نمونه دوم خود را صبح زود و قبل از مراجعه دوم جمع‌آوری کند.

د) در مراجعه دوم نمونه سوم از وی گرفته می‌شود.

و) رادیوگرافی سینه

هـ) نمونه برداری بافتی

- درمان

مصرف داروهای ضد سل راه اصلی درمان این بیماری میباشد.دوره درمان و تعداد داروی مورد مصرف بسته به شدت بیماری و قسمتهای درگیر بدن متفاوت است ولی بطور متوسط بین شش ماه تا یک سال میباشد.آلودگی همزمان به بیماری ایدز میتواند درمان بیماری را بسیار مشکل کند.درمان انواع مقاوم به درمان باسیل سل از چالشهای پزشکی است. طول مدت درمان معمول ۶ ماه است که ۲ ماه اول مرحله حمله‌ای شامل ۴ داروی ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول است و ۴ ماه بعدی در مرحله نگهدارنده از ۲ داروی ایزونیازید و ریفامپین استفاده می‌شود.

- عوارض داروهای ضد سل

سرگیجه، تهوع، تاری دید، عدم تعادل، زرد شدن سفیدی چشم‌ها، دل‌درد، استفراغ و وزوز گوش که در صورت مشاهده این علائم باید مصرف داروها قطع شود و پزشک در جریان قرار گیرد.

نارنجی شدن یا قرمز شده رنگ ادرار یا سایر ترشحات بدن در اثر مصرف ریفامپین می‌باشد وهیچگونه خطری ندارد.

- پیشگیری

▪ بعد از ۲ هفته از شروع درمان امکان انتقال بیماری به دیگران وجود ندارد ولی در ۲ هفته اول درمان باید از تماس‌های مکرر با بیمار مبتلا به سل خودداری کرد.

▪ بیماران حتماً از ماسک استفاده کنند.

▪ از بوسیدن کودکان خودداری شود.

▪ از پراکندگی اخلاط در هوا و زمین خودداری کنند.

- پیشگیری در جامعه

▪ اصلی ترین راه مبارزه با این بیماری شناسایی افراد مبتلا و درمان آنها با داروهای ضد سل میباشد(تحت نظارت مستقیم DOTS).

▪ شناسایی افراد آلوده که به هنوز به سل مبتلا نشده اند .

▪ ارتقاء آموزشهای بهداشتی و سطح اقتصادی فرهنگی در جامعه موجب کاهش بیماری میگردد.

مبارزه با بیماری ایدز ، این بیماری موجب شیوع موج جدید از بیماری سل گردیده است.

- پیشگیری با واکسن سل (ب‌ث‌ژ)

با توجه به دستورالعمل‌های کشوری واکسن ب‌ث‌ژ در حال حاضر در بدو تولد ودر یک نوبت تزریق می‌شود.

تزریق مکرر واکسن سود بخش نیست و فقط یکبار تزریق کافی است.

باید دانست که واکسن ب‌ث‌ژ از بروز موارد خطرناک و مرگ ومیر بیماری سل منشتر اعضای بدن و سل مننژیت‌ی جلوگیری به عمل می‌آورد ولی اثرات ناچیزی در پیشگیری از گسترش بیماری سل در جامعه دارد.

- شرایط اتاق بیمار

▪ نور خورشید به مقدار کافی به داخ اتق نفوذ کند.

▪ به اندازه کافی پنجره داشته باشد (یک پنجم مساحت کف اتاق).

▪ از بستن پنجره اتاق بیمار خودداری کنید.

منبع : ویکی پدیا

http://vista.ir/?view=article&id=242211

vista.ir
Online Classified Service

بیماری شبه‌آنفلوآنزا همراه با بثورات پوستی

در ماه مه ۲۰۰۷ خانمی ۴۶ ساله برای بار سوم در عرض ۶ هفته به بخش اورژانس بیمارستان مراجعه کرد. وی ۸-۶ هفته بود که دچار بیماریی شبه‌آنفلوآنزا شده بود: سردرد، درد عضلانی و مفصلی و خستگی. مدت کوتاهی پس از آغاز علایم، بیمار دچار تب و بثورات ماکولوپاپولار گسترده شد. تب و بثورات هر دو به صورت دوره‌ای بودند و بثورات هر ۷-۵ روز ظاهر می‌شد، ۴۸-۲۴ ساعت باقی می‌ماند و خارش نداشت. چندین کشت خون تهیه شد که منفی بودند. بیمار پیش از این سالم بود و سابقه پزشکی قابل‌توجه دیگری نداشت. در هر دو ویزیت قبلی در بخش اورژانس، تشخیص بیماری ویروسی گذاشته و بیمار مرخص شده بود....

بیمار تب داشت (۵/۳۹ درجه سانتیگراد) و ضربان قلب وی ۹۹ بار در دقیقه بود. راش ماکولوپاپولار تنه، بازوها و ساق‌های بیمار را پوشانده بود. لکه‌ها قطری حدود ۱۰ میلی‌متر داشتند و برخی از آنها دارای مراکز پورپورایی بودند (شکل ۱). معاینه عمومی، عصبی و روماتولوژیک نکته قابل‌توجه دیگری مشخص نکرد. آزمایش سرولوژیک برای هپاتیت B و C، ویروس اپشتین‌بار، HIV و سیتومگالوویروس و نیز بررسی ادرار و سوآب گلو نتایج منفی داشتند.

آزمایش خون نشان‌دهنده آنمی خفیف (غلظت هموگلوبین، ۱۱۲ g/L)، نوتروفیلی شدید (۱۸×۱۰۹ L) و شواهد بیشتری از التهاب (سرعت رسوب گویچه‌های قرمز، ۳۸ میلی‌متر در ساعت؛ غلظت پروتئین واکنشی ۱۹۲ mg/L، C) بود. برای وی یک نوبت پونکسیون کمری انجام شد، که بررسی مایع مغزی-نخاعی هیچ چیز غیرطبیعی نشان نداد. سی‌تی‌اسکن مغز و قفسه‌سینه نیز طبیعی بودند. سی‌تی‌اسکن شکم به جز کبد چرب نکته قابل‌توجه دیگری نشان نداد. یک متخصص پوست بثورات را بررسی کرد و به منینگوکوکسمی مشکوک شد.

ما یک مجموعه کشت خون دیگر و یک نمونه بیوپسی با سوراخ کردن پوست از بثورات تهیه کردیم و برای بیمار یک دوره سفتریاکسون وریدی تجویز کردیم. نایسریا منینژیتیدیس در خون رشد کرد و بررسی بافت‌شناختی نمونه بیوپسی، واسکولیت لوکوسیتوکلاستیک را نشان داد که با منینگوکوکسمی مزمن مطابقت داشت. در عرض ۲۴ ساعت از آغاز درمان آنتی‌بیوتیکی، تب و بثورات شروع به برطرف‌شدن کردند. با مقامات بهداشت عمومی تماس گرفتیم و افراد با تماس نزدیک با بیمار را به صورت پیشگیرانه با ۶۰۰ میلی‌گرم ریفامپین دو بار در روز به مدت ۴۸ ساعت درمان کردیم. بیمار پس از ۷۲ ساعت درمان ترخیص شد. در آخرین ویزیت در ژوئن ۲۰۰۷، بیمار خوب بود.

نایسریا منینژیتیدیس به صورت قطرات ریز معلق در هوا استنشاق می‌شود که با نفس افراد آلوده خارج شده‌اند. بیشتر عفونت‌ها در زمستان یا اوایل بهار رخ می‌دهند. منینگوکوکسمی مزمن نادر است. مشخصه این بیماری تب، بثورات و درد مفاصل به صورت راجعه است. دیگر علایم شایع عبارتند از سردرد و دردهای عضلانی. سفتی گردن و فوتوفوبی مشخصه منینژیت معمولا وجود ندارند. بثورات به طور تیپیک ۲۴-۱۲ ساعت پس از آغاز تب ایجاد می‌شود و ممکن است ماکولوپاپولار، پتشیال، پوستولار یا ندولار باشد. بثورات معمولا به طور خودبه‌خود در عرض چند روز همراه با فروکش‌کردن تب برطرف می‌شود. تشخیص افتراقی شامل گنوکوکسمی تحت حاد، آندوکاردیت باکتریال تحت حاد و پورپورای هنوخ‌شوئن‌لاین است. در مراحل اولیه بیماری، کشت خون در بیشتر بیماران منفی است، اما اغلب بعدا، در صورتی که همزمان با تب گرفته شود، نتایج مثبت نشان می‌دهد.

بررسی آسیب‌شناختی بثورات به طور تیپیک بیشتر نشان‌دهنده یافته‌های منطبق با واسکولیت لکوسیتوکلاستیک (شامل انفیلتراسیون التهابی دورعروقی و آسیب جدار عروق) است تا دیپلوکوک‌هایی که در منینگوکوکسمی حاد قابل‌رؤیت‌اند. درمان عموما شامل یک دوره ۷ روزه پنی‌سیلین

است. سفالوسپورین‌های نسل سوم نیز موثرند.

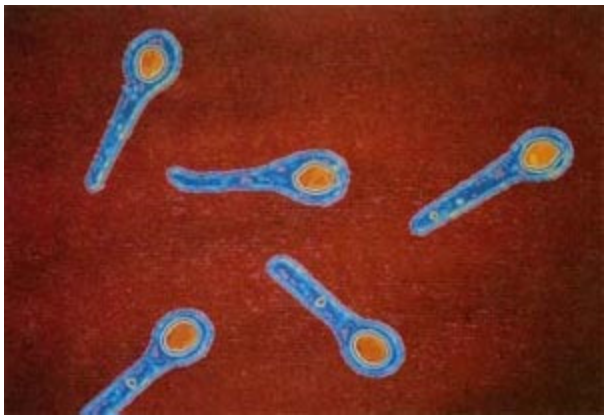
افراد با تماس نزدیک باید پیشگیری با ریفامپین دریافت کنند. در موارد عفونت با منینگوکوک، باید احتمال نقص ایمنی (در کمپلمان نهایی یا زیررده‌ای از IgG) را در نظر گرفت. تشخیص دقیق منینگوکوکسمی مزمن اهمیت اساسی دارد؛ بیش از همه بدین خاطر که این بیماری ممکن است بدون درمان برطرف شود یا به آندوکاردیت، منینژیت یا مرگ منجر گردد.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

http://vista.ir/?view=article&id=347953

vista.ir
Online Classified Service

بیماری کزاز



کزاز بیمارئی است عفونی مشترک بین انسان و دامها که معمولاً بصورت تک تک و پراکنده دیده می شود (تنها در زمان جنگ که بین سربازان و اسبها بصورت همه گیر ملاحظه می شود) . بعلت آلوده بودن وسائل جراحی نیز ممکن است چند تن در بخش جراحی بدان دچار گردند . این بیماری متأسفانه در کشور عزیز ما زیاد دیده می شود .

کزاز میکروب خاصی است که در انتهای آن اسپور وجود دارد (سنجاق مانند) در محیط خارج مقاومت زیادی از خون نشان می دهد و اسپوری تولید می کند که مقاومتش خیلی زیادتر است . اثرات میکرب بواسطه سم بسیار قوی است که ترشح می کند و از راه لنف ، خون بمراکز عصبی میرود . با سم میکرب کزاز توانسته اند علائم بیماری را تولید کنند . میکرب کزاز در خاک ، مدفوع اسب و گاو و آب و گرد و خاک وجود دارد .

مطلب مهم اینکه ابتلاء به کزاز ایمنی کاملی ایجاد نمی کند لذا بهترین وسیله برای جلوگیری از آن واکسیناسیون می باشد . از سوی دیگر سرم ضد کزاز برای پیشگیری سودمند است ولی برای درمان بویژه پس از بروز نشانه های بیماری ندارد .

- « نشانه های کزاز »

دوران پنهانی متوسط بیماری ۸-۷ روز است هر قدر دوران نهفتگی کوتاهتر باشد عاقبت بیماری خطرناکتر است گاهی در مرحله ی نهائی چرک زخم کم شده و سوزش و انقباض عضلانی ظاهر می شود . امکان ابتلاء مجدد در غیاب واکسیناسیون وجود دارد و هر اندازه فاصله بین شروع و انقباض عمومی حاصل از سم بیشتر باشد پیش آگهی بهتر است .

اولین نشانه ی کزاز دشواری بلع و کلید شدن دهان است . بیمار خیلی بزحمت دهان خود را باز می کند عضلاتی که برای جویدن بکار میرود در موقع انقباض دردناک و سفت هستند سپس انقباض در عضلات گردن ، صورت و ستون فقرات و شکم و غیره فرا می رسد (انقباض عمومی) .

انقباض عضلات صورت ، شکل مخصوصی به مبتلا می دهد و مانند این است که بیمار خنده بی نمکی به لب دارد (خنده شیطان) در حالت حمله عضلات جونده منقبض شده و بواسطه گرفتاری ماهیچه های ستون فقرات بدن بعقب خم می شود (نظیر کمان) یعنی سطح اتکاء تنها پشت سر و پاشنه ها می باشد . هر گاه انقباض عضلات یک طرف بدن زیاد شود بدن بهمان طرف خم می شود و اگر تمام عضلات بدن بطور یکنواخت دچار شده باشند تمام بدن کشیده و بشکل خبردار در می اید . در شیرخواران و افراد خیلی پیر کزاز خطرناک است .

انقباض عضلات عمومی بصوت حمله ای ظاهر می شود یعنی در اثر تحریک بیمار با روشنائی و صدا ، تزریق و یا لمس بدن ، جمع شدن عمومی بدن فرا میرسد ، فکها سخت بهم فشرده شده و سایر عضلات نیز سفت می شوند . انقباض عضلات حنجره و شکم و دیافراگم وعضلات تنفسی باعث خفگی می شود . اگر انقباض ماهیچه های تنفس طولانی باشد موجب کبودی رنگ می گردد . حملات انقباضی بیمار را فرسوده و خسته می کند . کلید شدن دهان سبب تشنگی ، اتلاف شدید انرژی ، عرق (دفع الکترولیتها) آسیب ماهیچه ها (پارگی) و گرسنگی میشود .

تب در ابتدای بیماری درحدود ۳۸ درجه بوده و بتدریج بالا میرود به ۴۰ و بالاتر میرسد حتی ممکن است تب بعد از مرگ هم بالاتر برود . نبض سریع نیست تعداد تنفس درخارج از حملات تند است و اگر به ۴۰ بار در دقیقه برسد تقریباً وقوع مرگ حتمی است .

در کزاز تعریق فراوان وجود دارد ، فشار خون پائین و بی خوابی وجود دارد . گاه بیماری شدت می یابد و بیمار در عرض ۳-۲ روز در حالت سکته قلبی یا خفگی یا وارد شدن مواد غذائی در ششها تلف می شود و یا برعکس در عرض چند هفته انقباض عضلانی تخفیف یافته بهبودی حاصل می گردد .

انواع خیلی سخت و سبک بیماری هم وجود دارد . فلج یک پا و یا دو پا و فلج صورت و چشم به تنهائی دیده می شود . اگر فاصله بین اولین علامت کزاز با شروع انقباض عمومی ماهیچه ها کمتر از ۴۸ ساعت باشد بیماری خیلی جدی و بدخیم می باشد .

● « پیشگیری »

اسپور کلستریدیوم تتانی از راه خراش کوچک و بزرگ و زخم و شکستگی ها و غیره وارد بدن می شود ، اگر شرایط رشد و افزونی آن فراهم باشد سم تروش می کند و این سم راهی مراکز عصبی می شود ، بنابراین قبل و بعد از وارد شدن باسیل در بدن می توان پیش گیری لازم را انجام داد .

دادن آنتی بیوتیک ، ضدعفونی کردن و رعایت پاکیزگی زخم نیز از رشد احتمالی و تراوش سم جلوگیری می کند ، باسیل کزاز در بافتهای خراب شده بهتر رشد می کند بنابراین پانسمان و رعایت پاکی زخم وعمل جراحی لازم سودآور می باشد .

● « واکسیناسیون »

تزریق واکسن مؤثرترین روش حفاظت در برابر کزاز است .

کزاز نوزادان با واکسینه کردن مادر در زمان حاملگی قابل پیشگیری است .

▪ پیشگیری پاسیو

ایمنی پاسیو می تواند بوسیله آنتی توکسین کزاز (ایمونوگلوبولین انسانی) تأمین گردد .

سرم اسبی ممکن است موجب واکنشهای آلرژیک و حتی مرگ در اثر شوک آنافیلاکتیک شود . ایمونوگلوبولین کزاز انسانی معمولاً فاقد خطرات ذکر شده بوده و قدرت آن هم بیشتر از نوع آنتی توکسین هترولوگ است وجانشین سرم اسبی شده است .

▪ پیشگیری با آنتی بیوتیکها

کلستریدیوم نسبت به پنی سیلین حساس است بنابراین کاربرد آن در زخمهای مشکوک منطقی و گاه ضروری است ولی باید بخاطر داشت که در زخمهای له و خراب شده دارو بمحل زخم نمی رسد (بسبب اختلال جریان خون) لذا امکان زنده ماندن و رشد باسیلها وجود دارد . عملاً در برخی بیماران مشاهده شده است که در زخمهای تمیز شده و عمل شده با وجود کاربرد پنی سیلین جانشینی برای واکسن یا سرم ضدکزاز نمی باشد .

▪ نظافت و جراحی زخم

برای از بین بردن محیط غیرهوازی بافت و رشد اسپورها سود بخش است عمل جراحی و تمیز کردن زخم هر چه زودتر صورت بگیرد اثر سودبخش تری خواهد داشت (رشد باسیل و تولید سم کاهش خواهد یافت)

توجه به این نکته حائز اهمیت است که بهترین وسیله پیشگیری از کزاز واکسیناسیون کلیه افراد درحال تندرستی است .

● « درمان »

گرم و مرطوب کردن اطاق ، فیزیوتراپی قفسه صدری ،خارج کردن تراوشات سینه و حلق ، حرکت دادن بیمار در روی تخت ، مراقبت چشمها ، تغذیه از راه لوله معدی ، تجویز آرام بخش ها (دیازپام) بمقدار کافی ، آنتی بیوتیکها و در صورت لزوم باز کردن نای تنفس مصنوعی با دستگاه و مراقبت دقیق و دائمی بیمار که بطور واضح تمام این موارد به توصیه و تحت نظارت پزشک انجام می شود.

منبع : میکرو فارس

http://vista.ir/?view=article&id=308442

بیماری کزاز در کمین کودکان

کزاز یک بیماری باکتریایی جدی است که منجر به سفتی عضلات جونده دیگر عضلات می شود. بیماری منجر به گرفتگی عضلانی شدید و مشکل تنفسی و نهایتا مرگ می شود.

یک زخم، پارگی یا دیگر زخم ها منجر به یک عفونت کزاز تولید کننده سم در افراد غیر ایمن می شود.

اسپور باکتری کزاز، کلستریدیوم تتانی، معمولا در خاک دیده می شود. در صورت قرار گرفتن باکتری در یک زخم، تولید سم کرده که با عملکرد اعصاب و عضلات تداخل می کند.

درمان در استرس، کم اثر و ناکارا است. کزاز ممکن است علیرغم درمان، کشنده باشد. در ایالات متحده با حدود ۱۰۰ مورد بروز سالانه بیماری جزو بیماری های نادر محسوب می شود. یک تعداد کمی از بیماران نهایتا می میرند.

● علائم و نشانه ها

ـ سفتی فک، گردن ودیگر عضلات

ـ تحریک پذیری

ـ گرفتگی عضلا ت جونده، گردن ودیگر عضلات

ـ تب

وقتی که سم به اعصاب انتشار می یابد، عضلات صورت و فک دچار گرفتگی های شدید می شوند. به همین علت یکی از مشکلا ت شایع قفل شدن فک است. همچنین گرفتگی عضلات گردن، بلع مشکل و تحریک پذیری نیز رخ می دهد. به علاوه عضلا ت قفسه سینه، شکم و پشت نیز ممکن است دچار گرفتگی شوند.

گرفتگی عضلات شدید عضلات تنفسی منجر به تنفس مشکل برای بیماران می گردد.

علائم و نشانه های کزاز در هر زمانی (چند روز تا چند هفته) بعد از صدمه ظاهر می شوند.

دوره نهفتگی برای این بیماری بین ۵ روز تا ۱۵ هفته می باشد. میانگین دوره نهفتگی ۷ روز می باشد.

● علل

باکتری عامل بیماری یا کلستریدیوم تتانی درخاک، غبار و مدفوع حیوانات یافت می شود. هنگامی که باکتری وارد زخم تازه عمیق می گردد اسپورهای باکتری یک سم قدرتمند به نام تتاناسپاسمین را تولید می نمایند.

این سم بر عملکرد سیستم عصبی مناطق مختلف اثر می کند. این عملکرد سم باعث گرفتگی عضلانی (شایعترین علا مت تتانی) می شود.

چه زمانی به درمان نیازمندیم؟

- وجود یک زخم عمیق و کثیف در حالی که شما حداقل در ۵ سال گذشته دوز یادآور کزاز را دریافت نکرده اید و یا از وضعیت واکسیناسیون خود مطمئن نیستید.

- وجود هر گونه زخم در حالی که شما طی ۱۰ سال گذشته دوز یادآور کزاز را دریافت نکرده اید.

● غربالگری و تشخیص

پزشک کزاز را براساس معاینه فیزیکی وعلائم و نشانه هایی نظیر اسپاسم عضلا نی ، گرفتگی و درد تشخیص می دهد. تست های آزمایشگاهی عموما در تشخیص کزاز غیرموثر هستند.

● درمان

درمان شامل مصر ف یک ضد سم نظیر TIG می باشد. هر چند ضد سم تنها می تواند سموم و غیر متصل به بافت عصبی را خنثی نماید. پزشک ممکن است برای مقابله با باکتری کزاز آنتی بیوتیک خوراکی یا تزریقی تجویز کند.

همچنین تجویز واکسن کزاز، از عفونت آتی با کزاز جلوگیری می نماید. عفوت کزاز نیازمند یک دوره طولانی درمان در یک مرکز بهداشتی است.

داروهایی جهت آرامش بخشی و فلج عضلانی تجویز می شوند که در این صورت شما نیازمند روش های حمایتی از مجاری هوایی می باشید.

اکثر موارد بیماری کزاز شدید بوده و علی رغم درمان منجر به مرگ می شود. مرگ اغلب در اثر انقباض مجاری هوایی، عفونت های تنفسی و اختلا ل در سیستم عصبی خودکار رخ می دهد. سیستم عصبی خودکار قسمتی از سیستم عصبی است که کنترل عضلا ت قلبی، عضلا ت غیرارادی و غدد را بر عهده دارد. بیماران بهبود یافته از کزاز گاهی به مشکلا ت روانی مبتلا می شوند و به مشاوره روانپزشکی نیازمند می گردند.

● پیشگیری

شما از طریق ایمنی بر علیه سم می توانید از کزاز پیشگیری نمایید. اکثر موارد کزاز در افراد غیر ایمن و کسانی که دوزیادآور و کزاز را طی ۱۰ سال گذشته دریافت نکرده اند، رخ می دهد.

واکسن کزاز اغلب به عنوان جزئی از واکسن DPT (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه) به کودکان تزریق می شود.

این تزریق فرد را در برابر سه بیماری، دیفتری (عفونت تنفسی و گلو) سیاه سرفه و کزاز ایمن می کند.

آخرین مدل این واکسن شامل دیفتری، شبه سم کزاز و سیاه سرفه بدون سلول می باشد.

Dtap شامل ۵ دوز می باشد که به طور معمول در بازو یا ران اطفال تزریق می شود. سنین تزریق واکسن عبارتند از :

ـ ۲ ماهگی ،

ـ ۴ ماهگی،

ـ ۶ ماهگی،

ـ ۱۸-۱۵ ماهگی،

ـ ۶-۴ سالگی.

بزرگسالا ن باید به صورت مرتب هر ۱۰ سال یک دوز واکسن یادآور کزاز تزریق نمایند.در صورت مسافرت های بین المللی بهتر است یک دوز جدید واکسن کزاز تزریق شود.

در صورت وجود زخم کثیف یا عمقی اگر از آخرین دوز دریافتی واکسن ۵ سال گذشته باشد، لا زم است یک دوز واکسن کزاز تزریق گردد. دوز یادآور واکسن کزاز به طور معمول همراه با دوز یادآور دیفتری به صورت واکسن نوع بالغین (Tb) تزریق می شود. ابتلا به کزاز منجر به ایجاد ایمنی در برابر بیماری نمی شود. بنابراین توصیه به واکسیناسیون جهت جلوگیری از عود مجدد بیماری کاملا منطقی به نظر می رسد اگر دوران کودکی واکسن کزاز دریافت نکرده اید به پزشک مراجعه و واکسن نوع بالغین یا Tb را تزریق نمائید.

▪ تمیز نگاه داشتن زخم

ابتدا زخم را با آب تمیز بشوئید. زخم و اطراف آن را با یک صابون بادقت تمیز نمایید.

▪ توجه به منبع بیماری

زخم های ناشی از سوزن یا دیگر برش های عمقی، گزیدگی حیوانات و به ویژه زخم ها کثیف شما را در گروه پر خطر برای ابتلا به عفونت کزاز قرار

می دهد. در این صورت پزشک زخم شما را تمیز می نماید و پس از تجویز آنتی بیوتیک، دوز یادآور کزاز را به شما تزریق می نماید.

▪ مصرف آنتی بیوتیک

بعداز شستن و تمیز کردن زخم، یک لایه آنتی بیوتیک های (کرم یا پماد) نظیر نئوسپورین با پلی سپورین بر روی زخم قرار دهید.

این آنتی بیوتیک ها بهبود زخم را تسریع نمی کنند اما با مهار رشد باکتری ها و ایجاد مصونیت، بدن را در ترمیم زخم یاری می نمایند. برخی اجزا در پمادها باعث ایجاد لکه های پوستی خفیف می شوند در صورت بروز لکه های پوستی مصرف پماد را متوقف سازید.

▪ پوشش زخم

در معرض هوا بودن زخم به بهبودی آن کمک می نماید، اما پانسمان زخم راتمیز نگاه داشته و از ایجاد عفونت های مضر جلوگیری می کند. تاول های تخلیه شده باید تا زمان بهبود پانسمان شوند.

▪ تعویض پانسمان

پانسمان روزانه و در صورت مرطوب بودن سریع تر تعویض می شوند. در صورت حساسیت به برخی از باندها و چسب ها از گاز استریل و چسب های کاغذی استفاده شود.

منبع : روزنامه مردم سالاری

http://vista.ir/?view=article&id=350301

vista.ir
Online Classified Service

بیماری های پوستی ناشی از آب استخرها

ورزش شنا یکی از بهترین و مناسب ترین ورزش هاست، خصوصا در استخرها، که به دلیل کم خطر بودن، روز به روز بر طرفداران آن افزوده می شود و تمامی افراد در تمامی سنین می توانند به آن بپردازند. ولی مانند هر محیط عمومی می تواند منشا آلودگی هایی در انسان شود، خصوصا به دلیل تماس پوست بدن با آب.

اولین و شایع ترین اندام هایی که می تواند دچار ضایعات شوند، پوست و چشم است. ضایعات پوستی ناشی از آب استخرها به دو دسته تقسیم می شوند:

الف) بیماری های عفونی پوست

بیماری های عفونی پوست ناشی از آب استخرها شامل: بیماری های قارچی، انگلی، ویروسی و باکتریایی می باشد.

● عوامل قارچی

عوامل قارچی از پوست افراد مبتلا در آب استخر جدا می شوند و روی پوست تمامی شناگران می نشینند. بعضی افراد به طور سرشتی دفاع کاملی در برابر عوامل قارچی دارند، لذا هیچ گاه دچار ضایعات قارچی نمی شوند، ولی افراد مستعد خصوصا آنها که به دلیل ابتلا به بعضی بیماری های ضعیف کننده سیستم ایمنی مانند لوپوس، بیماری قند، کم خونی ، مصرف داروهای کورتونی و غیره به آسانی به این عوامل قارچی مبتلا

شده اند، پوست شان بیمار می شود.

شایع ترین قارچ پوستی که از آب استخر آلوده ایجاد می شود، قارچ" تینا ورسیکولر" است که به صورت ضایعات سفید، قهوه ای تیره، قهوه ای روشن و غیره دیده می شود، این ضایعات باعث خارش خفیف تا شدید می شود و در موقع عرق کردن، ضایعات تشدید می شود. بعد از حمام گرفتن، رنگ ضایعات کمی روشن تر می شود و به تدریج مجددا تیره می شود. عامل این بیماری قارچ"مالاسز" یا"فورفورا" می باشد که تمایل به مزمن شدن دارد.

این ضایعات با درمان های طبی، به طور موقت بهبود می یابند، ولی با قطع درمان، ضایعات عود می کنند. خصوصا در فصول گرم بهار و تابستان که پوست تعریق بیشتری دارد، ضایعات پوستی شدت می یابند.

قارچ شایع دیگر که از آب آلوده ی استخرها می تواند به پوست انسان سرایت کند، قارچ"کاندیدا آلبیانس مونلیا" است که نواحی چین دار پوست مانند لای انگشتان پا، کشاله ران و زیر بغل را گرفتار می کند. این قارچ، مخمری است به رنگ سفید که در عمق چین های پوست از بسیار کم تا متوسط دیده شده و باعث خارش پوستی می شود که با درمان های طبی به سرعت بهبود می یابند، ولی چنان چه بعد از استخر یا حمام، چین های پوستی خود را به دقت با حوله تمیز و خشک نکنند، رطوبت باقی مانده در چین ها، پوست را مستعد ابتلا به قارچ کاندیدا می کند.(خصوصا در افرادی که زمینه بیماری قند، کم خونی، مصرف داروهای کورتونی، استرس های مداوم روحی، کار جسمی سنگین، مداوم و غیره دارند.) این قارچ پوستی به آسانی از آب آلوده استخر در چین های پوستی جایگزین شده و باعث بیماری قارچی پوست می شود.

و بالاخره قارچ های کچلی پوست و مو از عللی است که انتقال آن از راه آب استخر شیوع کمتری دارد. این بیماری به صورت ضایعات حلقوی با زمینه قرمز و پوسته مختصری روی آن است که اغلب با خارش همراه است و چنانچه به موقع درمان مناسب طبی ضد قارچ صورت نگیرد می تواند باعث از بین رفتن دائمی موهای انسان شود.

- بیماری های ویروسی

بیماری های ویروسی ناشی از آب استخرها روی پوست انسان شامل موارد زیر است:

"مولوسکوم کنتازیوزوم"، یک بیماری ویروسی پوست و مخاط در انسان است که معمولا از طریق تماس با افراد مبتلا منتقل می شود. ولی از طریق راه های غیر مستقیم مانند لوازم شخصی از قبیل حوله و آب استخرها نیز می تواند فرد را آلوده کند. این ضایعات پوستی، برجسته، متعدد و منتشر با خارش است که بیشتر کودکان را آلوده می کند. فرد مبتلا به دلیل سرایت بسیار شدید باید بلافاصله مجزا از دیگران تحت درمان قرار گیرد.

بیماری ویروسی دیگری "فلج اطفال" است که از طریق مدفوع آلوده، مگس و سوسک آلوده که روی مواد غذایی می نشینند، افراد سالم را آلوده می کنند. مواردی از طریق آب استخرها باعث آلودگی انسان ها شده است که بیماری خطرناک و فلج کننده است. خوشبختانه با واکسن مؤثری که در سراسر کشور به اطفال تزریق شده، خطر آن بسیار کم شده است.

بیماری های ویروسی تبخال و زونا به طور نادر از طریق آب استخرها منتقل شده است.

یکی از بیمارهای شایع ویروسی ناشی از آب استخرها، گروه ویروس های "آدنوویروس ها" هستند که مهم ترین و آسان ترین راه انتقال آن، آب استخرها است که به طور عمده باعث ورم ملتحمه چشم می شود و همه گیری های متعددی از طریق آب استخرها گزارش شده است که علاوه بر تورم ملتحمه چشم نشانه های عمومی ماند تب، تهوع، استفراغ و تورم غدد لنفاوی هم دارد که درمان آن شامل رعایت بهداشت فردی و درمان علامتی چشم است.

- بیماری های باکتریایی

بیماری های باکتریایی ناشی از آب استخرها، در روی پوست انسان نسبت به بیماری های قارچی، انگلی و ویروسی کمتر دیده می شود. در مواردی، باکتری های موجود در ادرار می توانند از طریق استخر بر روی پوستی که قبلا صدمه دیده است، باعث عفونت باکتریایی شود. بیماری هایی از قبیل: زرد زخم و کورک پوستی می توانند از طریق آب آلوده استخرها در روی پوست ایجاد شوند.

- بیماری های انگلی

آمیب "منگنو آنسفالیست" که محل زندگی اش آب های آلوده می باشد، می تواند موقع شنا کردن از راه بینی وارد شده و خود را به سیستم اعصاب مرکزی برساند. البته در استخرها بحث کنترل ممکن است اتفاق نیفتد، ولی کودکان و جوانانی که در استخرهای غیر بهداشتی مانند برکه

ها شنا می کنند، احتمال ابتلا به این بیماری عصبی خطرناک را دارند.

"تریکومونیازیس" یک بیماری انگلی است که معمولا از طریق مقاربت انتقال می یابد، ولی مواردی از طریق آب استخرهای آلوده(شنا شده توسط افراد آلوده) به اشخاص سالم منتقل می شود و باعث علائم ادرار، به صورت سوزش می شود.

ب) بیماری های غیر عفونی پوست

حساسیت های فردی در بعضی افراد به علت تماس پوست با کلر موجود در آب باعث قرمزی، خشکی و در مواردی خارش بدن می شود.

بیمارانی که دچار اگزمای اتوپیک(سرشتی) هستند، چنان چه به طور مستمر از آب استخر استفاده کنند، دچار افزایش خستگی پوست و خارش شدید می شوند.

یک سری نیز ضایعات پوستی ناشی از آفتاب هستند که در کنار استخرها به حداکثر می رسد. مضرات تابش آفتاب از طریق انعکاس آن دراستخرها، دریاچه ها و دریاها چند برابر اثرات مستقیم تابش آن، می باشد.

منبع : تبیان

http://vista.ir/?view=article&id=304724

vista.ir
Online Classified Service

بیماری های عفونی در تابستان

آب ها و کودهای انسانی تنها با میکروب وبا آلوده نمی شوند و انواع و اقسام بیماری های گوناگون این منابع را آلوده می کنند. آمیب یکی از موجودات ریزی است که موجب بیماری خاصی به نام آمیبیازیس می شود که علایمی مانند اسهال خونی و دل درد ایجاد می کند. اگر دوست دارید درباره این میکروب و راه های پیشگیری از ورود آن به بدنتان بیشتر بدانید گفت وگوی زیر را که با دکتر یادگاری تنظیم شده است را حتما بخوانید.

● درباره آمیب کمی توضیح دهید؟

▪ آمیب به دو شکل کیستی و فرم غیرکیستی وجود دارد. فرم غیرکیستی معمولاً باعث ایجاد بیماری نمی شود اما زمانی فرد به این بیماری مبتلا می شود که از طریق سبزی و غذای آلوده فرم کیستی آمیب را بخورد.

● علایم بالینی ابتلا به این بیماری چطور است؟

▪ آمیب یکی از عفونت هایی است که می تواند باعث بروز اسهال خونی شود، چند روز بعد از خوردن میوه، سبزیجات، غذاها یا آب آلوده فرد ممکن است دچار تب، دل درد و علایم دیگری شود. به طور کلی می توان افراد را پس از آلوده شدن با کیست آمیب به چند گروه تقسیم کرد: یك گروه از افراد آن هایی هستند که پس از خوردن کیست و آلوده شدن با آمیب هیچ علامتی از خود نشان نمی دهند و تنها کاری که می کنند این است که کیست را در روده خود تکثیر می کنند و با دفع آن منشا آلوده شدن محیط و اطراف می شوند.

یعنی خود مریض هیچ علامت و شکل خاصی ندارد اما کیست را دفع می کند که می تواند خطری برای اطرافیان باشد. برخی دیگر از بیماران هم هستند که پس از آلوده شدن با کیست آمیب فقط دچار نفخ و دل پیچه و گاهی اسهال بدون خون می شوند اما گروهی از بیماران هم هستند که پس از خوردن کیست آمیب دچار کولیت شدید می شوند که اسهال خونی، دل پیچه و تب و تهوع و استفراغ علائم آن است.

● درمان این عفونت ها و اسهال های خونی آمیبی چیست؟

▪ اول باید تشخیص صحیح گذاشته شود و بعد اگر از تشخیص اطمینان حاصل شد این درمان ها به کار گرفته شوند اگر از طریق آزمایش مدفوع تشخیص قطعی شد آن وقت ما از داروهای ضدانگلی خاص که بر علیه این آمیب است استفاده می کنیم که دوره درمانی آ ن هم حداقل ۷ تا ۱۰ روز است.

● بیشتر چه کسانی در معرض ابتلا به این بیماری هستند؟

▪ افرادی که در مناطق روستایی هستند و افرادی که معمولاً با سبزیجات و صیفی جات در تماس هستند اما در واقع تمام افراد جامعه می توانند به این بیماری دچار شوند.

● عوامل و راه های انتقال این بیماری چیست؟

▪ این بیماری از طریق سبزیجات و میوه آلوده منتقل می شود پس هر فردی که از این مواد استفاده کند ممکن است دچار این بیماری شود. حتی آب آلوده یعنی آبی که به نحوی با مدفوع انسان در تماس بوده است چه آب رودخانه و چه آب چشمه ها همگی می توانند عامل انتقال این بیماری و منبع آلودگی باشند البته این را هم باید این جا تاکید کنم که ما انواع مختلفی آمیب داریم اما تنها تعداد محدودی از آن ها هستند که این توانایی را دارند به بدن انسان حمله کرده و صدمه بزنند.

● برای پیشگیری چه کارهایی را باید انجام داد؟

▪ باید از سلامت آب مطمئن شد که با کیست آمیب آلوده نیست . سبزیجات هم خوب شسته شوند. البته متاسفانه کلرزنی آب و شست وشوی سبزیجات با مواد شوینده کلردار می تواند بسیاری از میکروب ها را از بین ببرد اما روی آمیب اثر چندانی ندارد در نتیجه با کلرزنی آب و استفاده تنها از شوینده ها برای سبزیجات و غیره نمی توان امیدوار بود که به آمیب مبتلا نمی شویم در این جا تنها راه حل جوشاندن آب است تا کیست در حرارت از بین برود.

● واکسن یا دارویی برای پیشگیری از آمیب وجود دارد؟

▪ برای پیشگیری از برخی از بیماری ها در هنگام مسافرت به مسافران داروهایی پیشنهاد می شود، اما متاسفانه برای آمیب هیچ دارویی برای پیشگیری نداریم.

● در آخر چه توصیه هایی برای پیشگیری از این بیماری دارید؟

▪ رعایت بهداشت فردی از جمله شستن دست با آب و صابون، کوتاه بودن ناخن ها، آموزش به بچه ها و غیره بسیار مهم است. در خانه های سالمندان و محل های نگهداری کودکان عقب مانده مسلماً شانس ابتلا بالاتر است. مخصوصاً در این مراکز رعایت مسایل بهداشتی و آموزش و تاکید آن ها برای پیشگیری بسیار بااهمیت است. در مکان هایی که از نظر بهدشت مواد غذایی مطمئن نیستند مثل رستوران های بین راه از سالاد و سبزیجات استفاده نکنید. سبزیجاتی که با کودهای انسانی پرورش داده می شوند ممکن است خطرساز باشند هیچ وقت نباید بدون رعایت دقیق مسایل بهداشتی از آن ها استفاده کرد.

منبع : روزنامه جوان

http://vista.ir/?view=article&id=265943

vista.ir
Online Classified Service

بیماری‌های ویروسی و هومیوپاتی

استفاده از داروهای متعارف، لااقل سبب تسکین نشانه های عفونت باکتریال می‌گردد، اما طب متعارف در درمان بسیاری از بیماریهای ویروسی ابزار اندکی دارد. از آنجا که طب هومیوپاتی به جای آنکه مستقیم بر پاتوژن‌های اختصاصی حمله کند، صرفاً به تحریک دفاع جسمانی اقدام می‌کند، در این مورد نیز در درمان بیماری‌های ویروسی، بیشتر می‌توان از هومیوپاتی کمک گرفت.

طی یک پژوهش روی ویروس‌هایی که به جنین جوجه حمله کرده‌بودند، ۸ مورد از ۱۰ مورد داروی هومیوپاتی مورد آزمایش سبب مهار رشد ویروسها از ۵۰ تا ۱۰۰ درصد شدند. این پژوهش دارای اهمیت خاص است زیرا علم متعارف تعداد کاملاً محدود و برگزیده‌ی داروهایی را می‌شناسد که دارای تأثیر ضد ویروسی هستند و هیچ یک از این داروها به خلاف داروهای هومیوپاتی از امنیت مصرف برخوردار نیستند.

هومیوپات‌ها افراد مبتلا به بیماریهای حاد و مزمن ویروسی را درمان می‌نمایند افراد مبتلا به بیماری‌های ویروسی تنفس و گوارش، عفونت ویروسی دستگاه عصبی، هرپس و حتی چند مورد ایدز با استفاده از داروهای هومیوپاتی بهبود قابل توجه گزارش شده است. گاهی این بهبودی چشمگیر و فوری است، ولی در بسیاری موارد بهبودی در سلامت کلی شخص به صورت آهسته و تدریجی دیده می‌شود.

ریچارد ساویج Richard Savage یکی از پزشکان انگلیسی گوشزد کرده است که ضمن آنکه پژوهش در زمینه‌ی یافتن داروهای اختصاصی ضد ویروسی که عاری از عوارض جانبی باشند در جریان است، از هومیوپاتی می‌توان به طور مؤثر به ۴ طریق در درمان بیماران استفاده نمود:

۱) پروفیلاکسی برای ایجاد مقاومت نسبت به عفونت

۲) درمان در مرحله‌ی حاد بیماری برای کاهش مدت و وخامت بیماری

۳) ترمیم در جهت بازسازی بیمار در طول نقاهت

۴) اصلاح داغ‌های مزمن برای ترمیم وضع بیمار و باز گرداندن وی به حالت سلامت اولیه.

ابتدا باید این مراحل را یک به یک مورد بررسی قراردهیم.

- پروفیلاکسی

در حدود دهه‌ی ۱۸۰۰، هومئوپات‌ها برای پیشگیری یا علاج آنچه بعدها مشخص شد عفونت باکتریال و ویروسی است از دارو استفاده می‌کردند. آکونیت aconite و فروم فوس ferrum phos غالباً در ابتدای شروع تب و درد برای پیشگیری از آنفلوانزا تجویز می‌شد. بلادونا رایج‌ترین دارویی بود که برای پیشگیری یا درمان تب مخملک مورد استفاده قرار می‌گرفت و کامفورا (کافور) داروی اصلی مورد استفاده برای پیشگیری یا درمان وبا بود. موفقیت چشمگیر استفاده از دارو در پیشگیری و درمان این بیماری‌های وحشتناک سبب شد هومیوپاتی هواداران فراوان پیدا کند.

هومیوپات‌ها پی برده‌اند که درمان موفق بیماری حاد یا مزمن با داروهای هومیوپاتی سبب قوی‌تر و سالم‌تر شدن افرادی می‌شود که به کرات یا به شدت بیمار نمی‌شوند. در اواخر دهه‌ی ۱۸۰۰، بسیاری از شرکت‌های بیمه‌ی عمر برای افرادی که به پزشکان هومیوپات رجوع می‌کردند از نرخ بیمه پایین‌تر استفاده می‌نمودند زیرا آمارهای موجود نشان می‌داد که بیماران پزشکان هومیوپات سالم تر بوده و طولانی‌تر زندگی می‌کنند. همچنین در پرونده‌ها ثبت شده است که این شرکتها به بیماران هومیوپات، سهم بیمه‌ی زیادتری پرداخته‌اند زیرا بیش از افرادی که به پزشکان طب متعارف رجوع می‌نمودند، زیسته‌اند.

- درمان بیماری حاد

یکی از مزایای دیگر استفاده از هومیوپاتی در درمان بیماریهای ویروسی آن است که می‌توان حتی پیش از تشخیص قطعی، داروهای هومیوپاتی را تجویز نمود. این امر به آن علت است که هومیوپات‌ها براساس تمامیت نشانه‌ها دارو تجویز می‌کنند و کار آزمایشگاهی برای یافتن داروی صحیح

همیشه هم ضروری نیست. از آنجا که به دشواری می‌توان بعضی بیماریهای ویروسی را حتی پس از انجام آزمایش تشخیص داد، غالباً می‌توان پیش از انجام تشخیص طبی متعارف با داروی هومیوپاتی، بیمار را درمان نمود.

استفاده از آنتی‌بیوتیک فقط در بعضی عفونت‌های باکتریال سودمند است و از آنجا که بیماری‌های ویروسی شیوع خاص دارند، طب متعارف در این زمینه نمی‌تواند کمکی کند. در قیاس، غالباً هومیوپات‌ها با موفقیت بیماریهای حاد ویروسی مانند سرماخوردگی، سرفه‌های ناشی از وجود ویروس، آنفلوانزا، گاستروآنتریت (که گاهی سرماخوردگی معده نامیده می‌شود) و هپاتیت ویروسی را درمان می‌کنند.

هومیوپات‌ها از آلیوم سپا Allium cepa (پیاز)، اوفریزیا Euphrasia (حشیشة النور)، ناتروم مور Natrum mur(نمک طعام) یا سایر داروهایی که بر حسب بیمار انتخاب می‌شود برای سرماخوردگی استفاده می‌کنند. آکونیت (آقونیطون)، بلادونا، بریونیا (رازک وحشی)، فسفوروس (فسفر) و سایر داروها در درمان عفونت‌های شایع ویروسی دستگاه تنفس به کار می‌روند.

انفلوانزا، یکی از بیماری‌هایی است که به علت عفونت ویروسی ایجاد می‌شود و به آسانی با هومیوپاتی درمان می‌گردد. با وجودی که فردی بودن داروهای هومیوپاتی معمولاً یک مورد الزام برای تأثیر آنها است، ولی بیماریهایی هم وجود دارد که بعضی داروها در آنها تأثیر خاص دارد. اوسیلوکوکسینوم Oscillococcinumیکی از داروهایی است که هومیوپات‌ها تأثیر خاص آن را در درمان آنفلوانزا یافته‌اند. سازنده‌ی این دارو، لابراتوارهای بوآرون Boiron در لیون فرانسه پی برده است که این دارو در درمان فلو وقتی ظرف ۴۸ ساعت بعد از شروع نشانه‌ها مصرف شود، در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد مؤثر است. موفقیت استفاده از این دارو در فرانسه آنچنان گسترده بود که درآن کشور به صورت وسیع برای درمان فلو به کار می‌رود.

جالب توجه آنکه، اوسیلوکوکسینوم در واقع یک میکرو دوز از قلب و کبد یک اردک است. جای تعجب است که چگونه این ماده برای فلو سودمند است ولی باید گفت که در واقع منطق خاصی در پس این کار وجود دارد. نتایج پژوهش در کلینیک مایو نشان داده است که سوپ جوجه دارای تأثیر ضد ویروسی است. از آنجا که سوپ جوجه اصولاً آبگوشت اندام‌های جوجه است، شاید بتوان گفت اوسیلوکوکسینوم نیز به این علت مؤثراست که «سوپ اردک» است.

دکتر بن هول Ben Hole هومیوپاتی که در اوریندای Orinda کالیفرنیا کار می‌کند گزارش داده است: «اوسیلوکوکسینوم به طور چشمگیری موفق است ولی در موارد نادری که مؤثر نیست یا در دسترس نمی‌باشد، می‌توان ازچند داروی دیگر هومیوپاتی استفاده کرد که وقتی برحسب فرد تجویز شوند دارای نتایج عالی می‌باشند».

سایر داروهای هومیوپاتی رایج در درمان فلو عبارتند از ژلسمیومGelsemium (یاسمن زرد)، بریونیا Bryonia، روس تاکس Rhusiox و اوپاتوریوم پرفولیاتوم Eupatorium perfoliatum بهبود از عفونت راجعه و درازمدت ویروسی با وجودی که با طب متعارف، بسیار اندک می‌توان از شر عفونت‌های راجعه یا دراز مدت ویروسی خلاص شد، ولی هومیوپات‌ها مشاهده کرده‌اند که با استفاده از میکرو دوزهامی‌توان نشانه‌های بیماری‌های مزمن و مختلف ویروسی مثل هرپس سیمپلکس، هرپس ژنیتال، ویروس اپشتین بار مزمن و زگیل را از بین برد، نمی‌توان ادعا کرد که داروهای هومیوپاتی در واقع این بیماریهای مزمن را «علاج» می‌کنند زیرا تصور بر آن است که ویروس در سراسر عمر بیمار در بدن باقی می‌ماند ولی با این وجود، هومیوپات‌ها دریافته‌اند که در بیماران تحت درمان، حمله‌های عفونت به طور چشمگیری از شدت کمتر برخوردار است و یا به مدت طولانی، نشانه‌یی دیده نمی‌شود.

رویکرد هومیوپاتیک درمان تمام این بیماری‌ها شامل است بر تحلیل کامل تمامیت نشانه‌های بیمار. بنابراین دارویی برای بیماری خاص وجود ندارد.

- اصلاح داغهای مزمن

بعد از عفونت ویروسی (یا حتی باکتریال)، گاهی بیماران حس می‌کنند هنوز به وضع سلامت پیشین خود بازنگشته‌اند، به طور معمول، در این موارد نیز دارویی براساس فرد انتخاب و تجویزمی‌گردد. در صورتی که داروی انتخابی بر اساس بیمار مؤثر باشد، هومیوپات گاهی یک دوز تقویت شده potentized از ویروس خاص را تجویز می‌کند که سبب آلودگی قبلی شخص شده تا قدرت بیمار را در جهت بازیافت سلامت تقویت کند. واریسلینوم Varicellinum (اگزودای حاصل از وزیکول آبله مرغان) معمولاً طی یک میکرودوز مطمئن برای نشانه‌هایی داده می‌شود که پس از آبله مرغان باقی می‌مانند و پاروتیدینوم Parotidinum (اگزودای ویروس اوریون) غالباً برای نشانه‌هایی تجویز می‌شود که بعد از اوریون باقی مانند.

برای نورالژی‌های بعد از هرپس، داروی شایع عبارت است از هایپریکوم Hypericum (هوفاریقون، علف چای)، کالمیا Kalmia (کوهی mountain laurel)، منیزیافسفوریکا Magnesia phosphorica (فسفات دومنیزی)، کاستیکوم Causticum (هیدرات پتاسیم‌هاهنمن)، مزرئوم Mezereum (زیتون

Spurge olive) یا آرسنیکوم. Arsenicum حالت ضعف بعد از حمله‌ی آنفلوانزا غالباً با چاینا china (پوست تنه‌ی گنه گنه)، ژلسمیوم ، سولفور، فسفوریکوم اسیدوم (اسید فسفریک) کادمیوم یا آوناساتیوا Avena sativa (جوی دو سر) درمان می‌شود.

عفونت های تنفسی گاهی مزاحمت ایجاد کرده و سبب ترشح مزمن بینی، سینوزیت و عفونت‌های گوش می‌شوند. بعضی از داروهای رایج که در این مورد تجویز می‌شود عبارتند از کالی بی‌کرومیوم (بی‌کربنات پتاس)، کالی یوداتوم (یدورپتاسیم)،کالی کاربونیکوم (پتاسیم کربنات)، کالی موریاتیکوم (کلرور پتاسیم)، کالی سولفوریکوم (سولفات پتاسیم)، سیلیسیا (سیلیکا)، مرکوریوس، پولساتیلا، آلومینا (آلومینیوم) ناکس و میکا (Poison nut) و کونیوم Conium (hemlock).

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

http://vista.ir/?view=article&id=302253

vista.ir
Online Classified Service

پارونیشیا

- قرمزی و تورم اطراف ناخن انگشت دست
- عدم وجود درد، گرمی، خارش یا چرک

● شرح بیماری

پارونیشیا التهاب چین‌های بافتی اطراف ناخن انگشتان دست. این التهاب می‌تواند باکتریایی یا قارچی باشد ولی مسری نیست.

● علایم شایع

الف) پارونیشیای باکتریایی:

▪ درد یا احساس درد با لمس محل درگیری، قرمزی، گرمی و تورم بافت اطراف ناخن انگشت دست.

▪ سفیدی مرکز ضایعه ناشی از وجود چرک در آن

ب) پارونیشیای قارچی:

● علل

▪ علل زمینه‌ساز پارونیشیای باکتریایی یک آسیب قبلی ناخن، نظیر کندن زواید پوستی کنار ناخن موسوم به گوشه ناخن یا ریشه ناخن است. باکتری عامل این عفونت معمولاً استافیلوکوک است.

▪ پارونیشیای قارچی در اثر عفونت با یک قارچ یا مخمر ایجاد می‌شود.

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ آسیب اطراف ناخن انگشتان دست

▪ تماس شغلی با رطوبت مداوم (نظیر مشاغل ظرفشویی، لباسشویی، اتومبیل‌شویی و خدمتکاری منازل)

▪ دیابت شیرین

● پیشگیری

▪ جلوگیری از تماس زیاد دست‌ها با رطوبت

▪ خودداری از کندن گوشه ناخن

▪ جلوگیری از آسیب‌دیدگی نوک انگشت

● عواقب مورد انتظار

▪ پارونیشیای باکتریایی با دو هفته درمان معالجه می‌شود.

▪ پارونیشیای قارچی مزمن بوده و بهبود آن ممکن است به ۶ ماه درمان نیاز داشته باشد.

▪ عود بیماری در هر دو نوع پارنیشیا شایع است.

● عوارض احتمالی

▪ در صورت عدم درمان ممکن است آسیب دایمی به ناخن یا بستر ناخن وارد شده و ممکن است عفونت به داخل استخوان انگشت یا جریان خون گسترش یابد.

● درمان

الف) اصول کلی

▪ بررسی‌های آزمایشگاهی، نظیر کشت ترشحات ضایعه جهت شناسایی عامل عفونت صورت می‌گیرد.

▪ برای پارونیشیای باکتریایی کمپرس گرم با آب گرم توصیه می‌شود.

▪ برای جلوگیری از تماس دست با مواد تحریک‌کننده نظیر آب، صابون، مواد پاک‌کننده، سیم ظرفشویی، اسکاچ و سایر مواد شیمیایی از دستکش‌های مقاوم وینیل استفاده کنید.

▪ پس از استفاده از دستکش‌ها داخل آنها را خشک نمایید. در صورت سوراخ شدن دستکش‌ها آنها را دور انداخته و از یک دستکش جدید استفاده کنید زیرا کارکردن با یک دستکش سوراخ بیش از حالت کارکردن بدون دستکش به دست‌ها آسیب می‌رساند.

▪ هنگام پوست کندن یا آبگیری لیمو، پرتقال، گریپ فروت، گوجه فرنگی یا سیب زمینی نیز از دستکش‌های وینیل استفاده کنید.

▪ برای کارهای منزل یا باغبانی از دستکش‌های چرمی استفاده کنید.

▪ برای شستن ظرف‌ها از یک ماشین ظرفشویی استفاده کرده و یا شستن آنها را به شخص دیگری واگذار نمایید.

▪ از تماس با مواد شیمیایی تحریک‌کننده، نظیر رنگ؛ سقز؛ و پولیش اتومبیل، کف‌پوش کفش، اثاثیه منزل یا فلزات خودداری کنید.

▪ برای شستشو یا حمام کردن از آب ولرم و یک صابون بسیار ملایم استفاده کنید. همه صابون‌ها تحریک‌کننده هستند.

▪ صابون‌های گران قیمت هیچ مزیتی نسبت به صابون‌های ارزان قیمت از نظر محافظت در برای تحریک پوستی ندارند.

ب) داروها

▪ برای درد خفیف مصرف داروهای بدون نسخه نظیر آسپیرین یا استامنیوفن ممکن است کافی باشد.

▪ آنتی بیوتیک ها یا داروهای ضدقارچ (بسته به نوع پارونیشیا) ممکن است تجویز شوند.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ محدودیتی وجود ندارد.

د) رژیم غذایی

▪ رژیم خاصی نیاز نیست.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما دارای علایم پارونیشیا باشید.

▪ بروز تب در طی درمان

▪ عدم تسکین درد با درمان

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241314

vista.ir
Online Classified Service

پاندمی جهان را تهدید کرد

قدیمی‌ها در همین ایران خودمان آنفلوآنزا را همان سرما خوردگی می‌دانستند و هنوز هم باور عمومی‌بسیاری از مردم بر همین است.

اما واقعیت زمانی رنگ عوض می‌کند که داده‌ها دیگر مبنای درستی نداشته باشند. همان سرماخوردگی دیروز، امروز چنان کشنده است که از نگاه سازمان‌های ذی‌ربط به مهلک‌ترین بیماری دهه اخیر تبدیل شده است. این همان زمانی بود که سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد یک جهش ژنتیکی در ویروس H۵N۱ در یک خانواده اندونزیایی کشف شده است. داستان آنفلوآنزای مرغی از همین جا شروع شد.

سابقه تاریخی

سازمان جهانی بهداشت یک جهش ژنتیکی مختصر را در زنجیره H۵N۱ از ویروس کشنده آنفلوآنزای مرغی در یک روستای کوچک در اندونزی کشف کرد که مقامات بهداشتی می‌گفتند این نسخه مسری‌تر از نسخه‌های قبلی ویروس مزبور نیست؛ اما کار به همین جا ختم نشد.

کارشناسان، ویروس H۵N۱ را که در آن زمان یک خانواده ۸ نفری را در جزیره سوماترا آلوده کرده بود، مورد آزمایش قرار دادند. ۷ تن از اعضای این خانواده در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست دادند. محققان پس از آن دریافتند که یک جهش ژنتیکی پس از ابتلای پسر ۱۰ ساله این خانواده در ساختار ویروس مزبور رخ داده بود. پس از آن این پسر بچه زنجیره جدید را به پدرش منتقل کرد.

در حالی که کارشناسان برجسته در زمینه این بیماری تاکید کردند که این جهش ژنتیکی نتوانست احتمال اپیدمی انسانی را افزایش دهد؛ اما در هر حال نشانه‌ای از احتمال شیوع بیماری بین انسان‌ها بود. با این حال این جهش تکامل و تحول مهمی در ساختار این ویروس به شمار نرفت.

متخصصان اما ۳ دلیل اصلی و مهم ارائه کردند که ثابت می‌کرد کشف این جهش نمی‌تواند دلیلی برای افزایش نگرانی‌ها باشد و این ۳ دلیل عبارتند از:

۱) اولین دلیل این است که دانشمندان و متخصصان علم طب همواره انتظار بروز این چنین جهش‌هایی را به عنوان بخشی از طبیعت ویروس‌ها دارند. ویروس‌های آنفلوآنزا هر زمان در حال تغییر و جهش ژنتیکی هستند و این کار اصلی آنها است.

۲) تحقیقات سازمان جهانی بهداشت نشان داده است که این جهش موجب عفونی‌تر شدن ویروس در بین انسان‌ها نشده است. این جهش از نوعی نیست که بتواند انتقال انسان به انسان را موجب شود.

۳) از آنجا که پدر خانواده قربانی نهایی بوده است، این ویروس نیز به همراه وی مرده و این بدان معنی است که هیچ منبع دیگری برای انتقال این زنجیره جهش یافته وجود ندارد.

هر چند بسیاری از کارشناسان نگران بودند که ویروس مزبور در نهایت با جهش ژنتیکی به زنجیره‌ای مبدل شود که به راحتی بین انسان‌ها شیوع پیدا کند؛ اما مقامات این سازمان اعلام کردند که هیچ دلیلی برای افزایش زنگ‌های خطر و هشدارها در این مورد خاص در حال حاضر وجود ندارد.

اندونزی از جامعه بین‌المللی بودجه‌ای معادل ۹۰۰میلیون دلار برای مقابله با شیوع این بیماری درخواست کرد؛ اما مدعی شد که فقط ۵۰میلیون دلار برای اقدامات پیشگیرانه در اختیار داشت.

از سوی دیگر نتایج یک مطالعه جدید در چین ادعای این کشور را در مورد اولین قربانی انسانی آنفلوآنزای مرغی در ۲ سال گذشته زیر سوال برد و

پرسش‌های بسیاری را درباره شیوع این بیماری در چین برانگیخت.

یافته‌های جدید از سوی ۸ دانشمند چینی در نامه‌ای به مجله طب نیوانگلند تاکید شد. در این نامه آمده بود که مرد ۲۴ ساله‌ای که در اواخر سال ۲۰۰۳ و به گفته متخصصان در اثر ابتلا به سارس جان خود را از دست داد؛ در واقع قربانی زنجیره خاصی از آنفلوآنزای مرغی شده بود و بر خلاف تصور قبلی مبتلا به سارس نبود.

علاوه بر این چین مدعی شده بود که اولین مورد ابتلای انسانی به آنفلوآنزای مرغی در اواخر سال ۲۰۰۴ در این کشور مشاهده شده بود. در این گزارش آمده بود مقامات بهداشتی بین‌المللی از مدت‌ها پیش نسبت به آمار واقعی تلفات جانی آنفلوآنزای مرغی در چین مشکوک بودند و احتمال می‌دادند که تعداد قربانیان بیشتر از رقمی بود که چین ادعا کرد.

در بخشی دیگر از تلاش‌ها برای مقابله با بیماری آنفلوآنزای مرغی، دپارتمان علوم پزشکی و دانشگاه سیلپاکورن در تایلند با همکاری یکدیگر روی عصاره برخی از گیاهان دارویی برای کشف دارویی برای نابودی ویروس آنفلوآنزای مرغی و سایر ویروس‌هایی که می‌توانند موجب بروز این قبیل بیماری‌ها شود، مطالعه می‌کنند.

به گفته متخصصان، عصاره‌های گیاهی مورد استفاده در این مطالعات از گیاهانی تهیه شده که عموما در تایلند یافت می‌شوند؛ اما تا کنون در هیچ تحقیق دیگری مورد استفاده قرار نگرفته است.در همان زمان کشور بوتسوانا نیز در پی شنیدن خبر احتمال شیوع آنفلوآنزای مرغی در کشور همسایه‌اش زامبیا، در شرایط هشدار قرار گرفت.

- افزایش قربانیان

«وزارت بهداشت اندونزی گزارش داده است که یک پسر ۱۶ ساله از اهالی بخش بکاسی در جاوه غربی در اثر ابتلا به آنفلوآنزای مرغی جان خود را از دست داده است.» اگر این خبر از سوی سازمان بهداشت جهانی تایید می‌شد، شمار مرگ و میر ناشی از ابتلا به آنفلوانزای مرغی در اندونزی به ۴۳ نفر می‌رسید. دراین صورت این بالاترین آمار تلفات ناشی از آنفلوآنزای مرغی در جهان بود که همین هم شد. ویتنام نیز از جمله کشورهایی بود که بالاترین آمار تلفات آنفلوآنزای مرغی را داشت. تا آن زمان ۴۲ نفر از شهروندان آن کشور در اثر ابتلا به آنفلوآنزای مرغی جان خود را از دست داده بودند؛ اما به نظر می‌رسید که گسترش این بیماری در ویتنام تحت کنترل بود و از آغاز سال ۲۰۰۶ میلادی این بیماری تلفاتی در ویتنام در بر نداشت.نمونه‌های آزمایشگاهی و مدارک پزشکی آن پسر نوجوان برای انجام آزمایش‌های نهایی به مرکزی در ایالات متحده ارسال شد. مقامات بین‌المللی می‌گفتند دولت اندونزی در از بین بردن طیور اهمال کرده؛ در حالی که این روش در مهار بیماری آنفلوآنزای مرغی در کشورهای دیگر موثر بود.

اما مقامات اندونزی گفتند که کشتار گسترده طیور امکان پذیر نیست و دولت این کشور بودجه لازم را برای پرداخت غرامت به پرورش دهندگان طیور ندارد. در همین حال، رسانه‌های اندونزی گزارش کردند که ده‌ها مرغ در منطقه پاپوا به ویروس «اچ پنج ان یک» که مشتقی مهلک از بیماری آنفلوانزای مرغی بود، آلوده شده بودند.

تا آن زمان تمام نمونه‌های انتقال بیماری به انسان از طریق تماس با طیور بود؛ اما این نگرانی وجود داشت که ویروس ناقل آنفلوآنزای مرغی بتواند تغییر شکل دهد و از انسان به انسان دیگر سرایت کند.چنین وضعیتی منجر به بروز اپیدمی گسترده‌ای شد که جان‌میلیون‌ها نفر را در معرض خطر قرار داد.به دنبال مرگ ده‌ها نفر در اندونزی در ماه مه همان سال، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد این تلفات به احتمال زیاد ناشی از انتقال بیماری از فردی به فرد دیگر بود؛ اما کارشناسان گفتند که این واقعه ناشی از تغییر شکل ویروس آنفلوآنزای مرغی نبود. شرایط آن زمان دشوار بود. جمعیت ماکیان اندونزی، هم در مقیاس صنعتی و هم در سطح روستایی گسترده بود. اکثر موارد، مربوط به آلودگی‌ها در مراکز عمده نگهداری از طیور نبود و مربوط به مرغ‌ها یا غازهایی می‌شد که در حیاط خانه‌ها نگهداری می‌شدند.

گستردگی جغرافیایی در مجمع الجزایر پرجمعیت و پراکنده اندونزی، کار نظارت را بسیار دشوار می‌کرد. سخنگوی سازمان بهداشت جهانی دراین‌باره می‌گفت اندونزی از زمان تایید اولین مورد مرگ ناشی از ابتلا به ویروس «اچ پنج ان یک»، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشت. از سال ۲۰۰۳ تاکنون ۱۸۰ نفر در سطح جهان در اثر ابتلا به آنفلوانزای مرغی جان خود را از دست داده‌اند. غالب مرگ و میرها در شرق آسیا بوده است، اما آلودگی به این ویروس در اروپا، آفریقا و جنوب و مرکز آسیا نیز دیده شده است.

- گسترش ویروس

با وجود کاهش تلفات ناشی از بیماری آنفلوآنزای مرغی در این کشور، شیوع این بیماری در اندونزی همچنان رو به افزایش بود. به گزارش

خبرگزاری رسمی اندونزی (آنتارا)، «الیسوان عزلی» با تشریح وضع این بیماری در اندونزی گفته بود اگرچه دولت در یکی دو سال گذشته توفیقاتی در مبارزه با این بیماری داشت، اما این موفقیت‌ها تنها در سطح ملی بود. به لحاظ استانداردهای جهانی و نیز براساس آخرین آمار موجود در جهان این کشور در مبارزه با این بیماری همچنان درمعرض خطر جدی قرار دارد. به گفته این محقق اندونزیایی، آنفلوآنزای مرغی براساس آمار دولتی در سه سال گذشته بیش از یک میلیارد و ۴۰۰میلیون روپیه (معادل یک‌میلیون و ۵۰۰هزار دلار) خسارت به اندونزی وارد کرده است. برابر اعلام سازمان خواروبار جهانی (فائو)، اندونزی بیشترین آمار افراد مبتلا به آنفلوآنزای مرغی را در جهان به خود اختصاص داد. در آن زمان آنفوآنزای مرغی در ۳۰استان از مجموع ۳۳استان اندونزی از جمله استان‌های جاوه، بالی و سوماترا به یک اپیدمی تبدیل شد و همچنان در حال گسترش به دیگر استان‌ها بود. همچنین تا زمان تهیه گزارش‌های مستند ۱۱۰شهروند اندونزیایی در این کشور براثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست دادند که از این منظر نیز حائز مقام نخست در جهان بود. با این حال، وزیر بهداشت اندونزی از کاهش بیماری آنفلوآنزای مرغی در این کشور خبر داده بود. به گفته سیتی فضیله سوپاری، بیماری آنفلوآنزای مرغی به ویژه موارد ابتلای انسانی آن در این کشور در شش ماهه اول سال ۲۰۰۸در مقایسه با سال‌های ۲۰۰۷و ۲۰۰۶با کاهش قابل ملاحظه‌ای همراه بود.

- خسارت‌های مالی

سازمان بهداشت اندونزی اعلام کرد آنفلوآنزای مرغی ۱/۴تریلیون روپیه خسارت به آن کشور وارد کرد.رییس کمیسیون ملی کنترل آنفلوآنزای مرغی اندونزی با صدور بیانیه‌ای خاطرنشان کرد که این میزان خسارت ازطریق محاسبه هزینه‌های مربوط به جمع آوری پرندگان آلوده، کاهش تولید گوشت مرغ و تخم مرغ، کاهش مصرف محصولات دامی و سایر هزینه‌هایی که کشاورزان و دامداران به خاطر این بیماری متحمل شده اند، محاسبه شده بود.«بایو کرسینا مورسی» هشدارداد چنانچه این بیماری فراگیر شود به اپیدمی تبدیل خواهد شد که هزینه‌های اقتصادی بسیار بیشتری تحمیل خواهد کرد. برآورد اولیه بر اساس هزینه‌های سال ۲۰۰۶نشان می‌دهد که تنها خسارت کوتاه مدت این بیماری بین ۱۴تا ۴۸تریلیون روپیه بود. در ادامه به نقل از رییس کمیسیون ملی مبارزه باآنفلوآنزای مرغی اندونزی خبر دیگری مخابره شد به‌این مضمون:« شواهد نشان می‌دهد دولت اندونزی با تلاش خود برای کنترل و پیشگیری از اشاعه این بیماری موفق بوده است.»

- گزارش یومیوری شیمبون

این بیماری بدجور ژاپنی‌ها را به تکاپو انداخته بود؛ چرا که در گزارش روزنامه‌های خود مدام آمار مرگ و میر ناشی ازاین بیماری را به مردم اطلاع می‌دادند . یومیوری شیمبون در گزارش خود نوشت:« بامرگ یک دختر نوجوان بر اثر ابتلا به آنفلوانزای مرغی شمار جان‌باختگان ناشی از این بیماری در اندونزی به ۷۹نفر رسید. مقامات بهداشتی اندونزی ابتلای این دختر ۱۵ساله به آنفلوانزای مرغی را تایید کردند.»مقامات بهداشتی اندونزی روز قبل از انتشار این گزارش نیز مرگ هفتادوهشتمین بیمار مبتلا به آنفلوآنزای مرغی را در این کشور تایید کرده بودند. جان باخته یک مرد ۴۵ساله بود که در بیمارستان عمومی «سولو» واقع در جزیره اصلی «جاوه» درگذشت. در پرونده پزشکی این مرد سابقه تماس وی با مرغ‌های خانگی آلوده ثبت شده بود. مهم‌ترین راه انتقال ویروس کشنده «اچ ۵ن» عامل مولد بیماری آنفلوآنزای مرغی، از طریق تماس با مرغ و ماکیان آلوده بود.

بروز همه‌گیری جهانی آنفلوآنزای مرغی قادر است بیش از یک میلیارد نفر را در سراسر جهان مبتلا کند و تا هفت‌میلیون نفر را نیز از بین برد. «ژان مارک الیو» نماینده سازمان بهداشت جهانی گفت: «این آمار از روی الگوی همه‌گیری‌های پیشین آنفلوآنزای مرغی تخمین زده شده است.»آنفلوآنزای مرغی عمدتا یک عارضه خاص طیور محسوب می‌شود؛ اما در سال ۱۹۹۷ برای نخستین بار ابتلای انسان به این بیماری از هنگ کنگ گزارش شد. تقریبا در همه موارد گزارش شده، ابتلای انسان به ویروس آنفلوانزای مرغی از طریق تماس با طیور صورت گرفته؛ اما در چند مورد در هنگ کنگ و ویتنام احتمال سرایت بیماری از انسان به انسان گزارش شد اما قابل تایید نبود. انتقال بیماری از انسان به انسان می‌تواند نشانه‌ای از ایجاد جهش در ویروس باشد که در این صورت احتمال بروز همه‌گیری جهانی قوت می‌گیرد. بر اساس تحقیقات صورت گرفته، همه‌گیری جهانی آنفلوآنزای مرغی می‌تواند به اقتصاد کشورهای آسیایی بین ۶تا ۹درصد آسیب وارد کند.

این آسیب ناشی از اقدامات قرنطینه‌ای شدید در تجارت جهانی، کاهش تولید ناشی از این بیماری و مرگ ومیر خواهد بود.

در صورت وقوع چنین همه‌گیری، اقتصاد کشورهای در حال توسعه با شدت بیشتری دچار صدمه می‌شود؛ چرا که میزان مرگ و میر در این گروه از کشورها بالا خواهد بود. بر اثر پاندمی (همه‌گیری جهانی) آنفلوآنزای مرغی، تولید ناخالص ملی در چین ۸/۷درصد، کره جنوبی ۶/۷درصد، ژاپن ۶/۱درصد، مجموعه آسه‌آن ۷/۱درصد و در استرالیا ۶/۸درصد کاهش یافت.

● آنفلوآنزای مرغی در همسایگی‌ایران

این بیماری اما به همسایگی ایران هم راه یافت. خبرگزاری‌های داخلی اعلام کردند «لقمان احمدی» مسوول آزمایشگاه اتحادیه مرغداران دهوک در جمع خبرنگاران در شهر دهوک عراق گفت: «شیوع این بیماری در دهوک جدی است و در صورتی که اقدامات پیشگیری به‌عمل نیاید، خسارت زیادی به مرغداران دهوک وارد می‌کند.»

وی برآورد احتمالی خسارت را حدود هفت میلیارد دلار اعلام کرد و خواستار احساس مسوولیت بیشتر مسوولان اقلیم کردستان عراق شد. گزارش‌ها حاکی از آن بود که ۸۶ مرغداری در دهوک فعال بود که سالانه قریب به هشت‌میلیون‌تن گوشت سفید تولید و به بازار عرضه می‌کنند.

● واکنش سازمان ملل

نماینده «کوفی عنان» دبیرکل سازمان ملل در زمینه مبارزه با ویروس مرگبار آنفلوآنزای مرغی همان زمان اعلام کرد: این بیماری حداقل پنج میلیون نفر از مردم جهان را قربانی خواهد کرد که شمار قربانیان می‌تواند تا ۱۵۰میلیون نفر افزایش یابد. دکتر «دیوید آبارو» یکی از کارشناسان ارشد سازمان بهداشت جهانی که از سوی دبیرکل سازمان ملل به‌این سمت انتخاب شده بود، گفت:« مطمئنم که زمانی بیماری آنفلوآنزای مرغی مسری خواهد شد. سرایت‌این بیماری را در آینده نزدیکی فراگیر می‌دانم. تعداد قربانیان این بیماری مسری بستگی به‌این دارد که این بیماری چه زمانی آغاز و چگونه به آن پاسخ سریعی داده شود؛ اما من تعداد قربانیان‌این بیماری مسری را بین پنج تا ۱۵۰ میلیون نفر پیش بینی می‌کنم.» آبارو تعداد قربانیان بیماری مسری آنفلوآنزای مرغی را در آمریکا ۲۷۰ هزار نفر پیش بینی کرد. نماینده ویژه دبیرکل سازمان ملل یکی از معضلات در مبارزه بااین بیماری را ندادن اطلاعات کافی از سوی دولت‌ها به مردم خود ذکر کرد و افزود:« تقریبا همه کشورها این مشکل را دارند. ما با بانک جهانی، سازمان بهداشت جهانی، بخش خصوصی، دولت‌ها و دانشمندان جهان در زمینه به حداقل رساندن بیماری آنفلوآنزای مرغی همکاری می‌کنیم.»نماینده ویژه دبیرکل سازمان ملل گفت:« هنگامی‌که در سال ۱۹۱۸ میلادی بیماری آنفلوآنزا فراگیر شد، بیش از ۴۰میلیون نفر از مردم جهان جان خود را از دست دادند و قربانیان بیماری آنفلوآنزای مرغی بسیار بسیار بیشتر از این رقم خواهد بود و ما با فاجعه‌ای روبه رو خواهیم شد. این بیماری تاکنون موجب مرگ میلیون‌ها پرنده و میلیاردها دلار خسارات اقتصادی شده و لطمات شدیدی را مرغداران جنوب آسیا متحمل شده‌اند. این بیماری باید کنترل شود و نخستین استراتژی من افزایش تلاش‌ها برای کنترل بیماری آنفلوآنزای مرغی خواهد بود.»

منبع : روزنامه دنیای اقتصاد

http://vista.ir/?view=article&id=370071

vista.ir
Online Classified Service

پای ورزشکاران

● شرح بیماری

پای ورزشکاران عبارت است یک عفونت شایع و مسری قارچی پوست پا، به خصوص کف پا و پوست بین انگشتان پا (اغلب بین انگشت چهارم و پنجم پا). این عفونت معمولاً در نوجوانان و بزرگسالان اتفاق می‌افتد (در بچه‌ها نادر است).

● علایم شایع

▪ وجود پوسته‌های مرطوب، نرم و خاکستری ـ سفید یا قرمز در پا، به

خصوص بین انگشتان پا

▪ وجود پوست مرده بین انگشتان پا

▪ خارش در نواحی ملتهب

▪ بوی بد پا (بوی رطوبت و کپک)

▪ وجود تاول‌های کوچک روی پا (گاهی)

● علل

▪ عفونت توسط یک قارچ از جنس تریکوفیتون

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ عدم شستشوی پا به طور مرتب

▪ عوض نکردن کفش و جوراب به طور مرتب

▪ استفاده از کمد مشترک و حمام عمومی

▪ آب و هوای خیلی گرم و مرطوب

▪ سرکوب شدن دستگاه ایمنی به علت بیماری یا داروها

▪ وجود رطوبت به طور دایمی در اطراف پا

● پیشگیری

▪ هر روز پای خود را بشویید. فضای بین انگشتان پای خود را کاملاً خشک کنید و پودر خشک‌کننده به بین انگشتان پا بمالید.

▪ در حمام‌های عمومی از دمپایی‌هایی با کف از جنس صندل و رویهٔ باز از جنس لاستیک استفاده نمایید.

▪ در هر زمان که مقدور بود پا برهنه فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری کنید.

▪ جوراب خود را هر روز عوض کنید. جنس جوراب بهتر است از نخ، پشم، یا سایر مواد طبیعی و جاذب رطوبت باشد. از پوشیدن جوراب‌های بافته شده از الیاف مصنوعی خودداری کنید.

● عواقب مورد انتظار

▪ معمولاً در عرض ۳ هفته با درمان خوب می‌شود، اما عود آن امری شایع است.

● عوارض احتمالی

▪ عفونت ثانویه با باکتری در همان ناحیه‌ای که عفونت قارچی وجود دارد.

▪ یک نوع واکنش نادر پوستی به شکل بروز بثورات در دست‌ها و صورت

● درمان

الف) اصول کلی

▪ پس از شستن، پوسته‌ها و مواد موجود بین انگشتان پا را به دقت بردارید. این کار باید به طور روزانه انجام شود.

▪ ناحیه‌ای که دچار عفونت شده است را خشک و سرد نگاه دارید. در طی درمان با پای برهنه راه بروید یا از دمپایی از جنس صندل استفاده نمایید.

ب) داروها

▪ از پودرها، کرم‌ها، یا پمادهای ضدقارچ پس از هر بار شستن پا استفاده کنید.

▪ در موارد شدید، ممکن است داروهای ضدقارچ خوراکی یا قوی‌تر موضعی تجویز شود.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ هیچ محدودیتی برای آن وجود ندارد. موقتاً از فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری هایی‌که باعث تعریق پا می‌شوند خودداری نمایید

د) رژیم غذایی

▪ هیچ رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما دچار علایم شدید پای ورزشکاران هستید که علی‌رغم درمان برطرف نمی‌شود.

▪ اگر شما دچار تب شده‌اید، یا عفونت به نظر در حال گسترش است.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241342

پسیتاکوز

● شرح بیماری

پسیتاکوز (تب طوطی؛ اورنیتوز) نوعی ذات الریه (پنومونی) عفونی منتقله از پرندگان

● علایم شایع

▪ تب و لرز

▪ احساس ناخوشی عمومی

▪ بی‌اشتهایی

▪ سرفه بدون خلط که بسمت سرفه با خلط گاهگاهی با رنگ غیرطبیعی پیشرفت می‌کند.

▪ کوتاهی نفس

● علل

▪ عفونت ناشی از میکروب کلامیدیا پسیتاسی موجود میکروسکوپی کلامیدیا نه باکتری است نه ویروس نه قارچ ولی آنتی بیوتیک ها قادر به از بین بردن آن هستند. پسیتاکوز در پرندگان گونه پسیتاسین (طوطی ها، قناری ها و برخی مرغان دریایی دیده می‌شود. میکروب‌ها از طریق استنشاق هوای حاوی این میکروب یا آسیب پوستی ناشی از نوک زدن یا گاز گرفتن پرنده مبتلا به انسان منتقل می‌شود. دوره نهفتگی بیماری پس از تمای با میکروب ۳-۱ هفته است.

● عوامل افزایش دهنده خطر

▪ تماس با پرندگان به خصوص در باغوحش‌ها، پرنده فروشی‌ها یا مزارع

● پیشگیری

▪ از غبار حاوی پر یا فضولات قفس پرندگان دوری کنید.

▪ از نگهداری پرندگان بیمار خودداری کنید. پرندگان گروه پسیتاسین که از کشورهای دیگر وارد شده‌اند باید به مدت ۴۵ روز با غذای آغشته با کلراتتراسیکلین درمان شوند. این کار میکروب‌ها را از خون و مدفوع پرنده حذف می‌کند.

● عواقب مورد انتظار

▪ معمولاً با تشخیص و درمان زودرس در عرض ۱۴-۷ روز بهبود می‌یابد. بدون درمان تب ۳-۲ هفته باقی مانده و سپس به آهستگی شروع به کاهش می‌کند.

● عوارض احتمالی

▪ ذات الریه (پنومونی) شدید یا کشنده

● درمان

الف) اصول کلی

▪ تشخیص بر اساس علایم بیمار و بابقه تماس با پرندگان مطرح می‌گردد. برای تأیید تشخیص نمونه خون یا خلط بیمار در بدن موش، تخم مرغ یا بافت کشنده داده می‌شود و با به دست آمدن میکروب از کشت تشخیص تأیید می‌گردد.

▪ آزمایش‌های خون و کشت خلط نیز کمک کننده است.

▪ رادیوگرافی ریه

▪ درمان شامل درمان دارویی (گاهی درمان وریدی) و مراقبت‌های حمایتی از جهت علایم بیمار می‌باشد.

▪ برای جلوگیری از انتقال بیماری به دیگران از طریق سرفه و خلط بیمار باید بیمار حدا از دیگران مراقبت شود.

▪ برای مرطوب کردن هوا و در نتیجه رقیق‌تر شدن ترشحات ریوی از یک دستگاه مرطوب کننده و اولرتاسونیک با بخار سرد استفاده کنید. درون سدتگاه ▪ تنها آب خالص بریزید و از ریختن دارو درون آن خودداری کنید. دستگاه را هر روز تمیز کنید.

▪ از یک بالشتک گرم کننده یا کمپرس گرم و مرطوب بر روی قفسه سینه برای تخفیف درد استفاده کنید.

▪ از استعمال دخانیات خودداری کنید.

ب) داروها

▪ تتراسیکلین (نوعی آنتی بیوتیک) به مدت حداقل ده روز برای کنترل تب و سایر علایم تجویز می‌شود.

▪ در صورتی که سرفه همراه خلط باشد از داروهای ضد سرفه نباید استفاده شود زیرا در این شرایط سرفه اثر سودمندی در تخلیه ترشحات ریوی دارد. اگر سرفه بدون خلط و دردناک باشد، می‌توان از داروهای ضد سرفه استفاده کرد.

▪ برای درد خفیف، استفاده از داروهای بدون نسخه، نظیر آسپیرین یا استامینوفن توصیه می‌شود.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ استراحت در بستر حداقل تا ۴۸ ساعت پس از رفع تب، درد و کوتاهی نفس ضروری است. پس از آن به تدریج فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری های طبیعی خود را از سر بگیرید. خستگی و ضعف ممکن است برای مدت طولانی باقی بماند، بنابراین نباید انتظار داشت که توان بیمار به سرعت به حالت عادی بازگردد.

د) رژیم غذایی

▪ رژیم خاصی نیاز نیست. مصرف مایعات را تا حداقل یک لیوان در ساعت افزایش دهید. این کار به رقیق‌تر شدن ترشحات ریوی و در نتیجه آسانتر شدن آنها با سرفه کمک کند.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان دارای علایم پسیتاکوز باشید.

▪ بروز موارد زیر در طی درمان:

الف) تب

ب) عدم تسکین درد با گرم کردن محل یا مسکن‌ها

ج) تشدید کوتاهی نفس

د) تیرگی یا کبودی ناخن انگشتان

و) خلط خونی

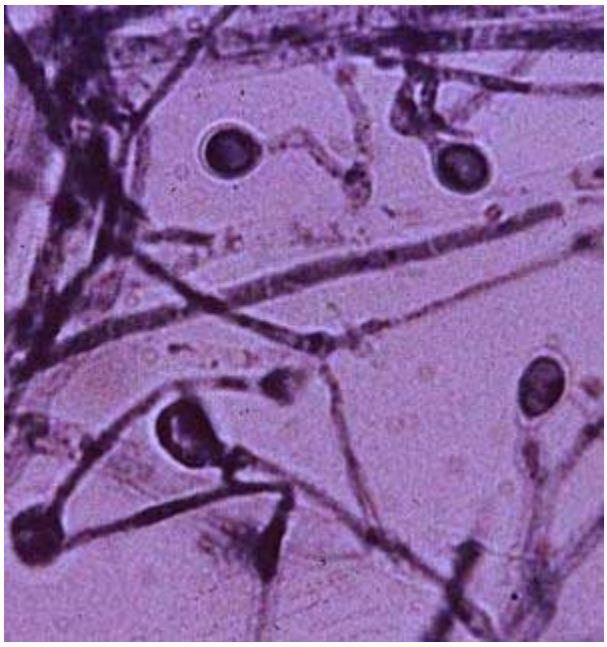
هـ) تهوع، استفراغ یا اسهال

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241391

vista.ir
Online Classified Service

پلی آرتریت گرهی



• شرح بیماری

پلی آرتریت گرهی (پری آرتریت؛ آنژئیت نکروزان) یک اختلال بافت همبند که یکی از چند بیماری مرتبط با بافت کلاژن می‌باشد. کلاژن یک مولکول پروتئینی است که قسمت عمده همه بافت‌های همبند را تشکیل می‌دهد. پلی‌آرتریت باعث التهاب شریان های کوچک و متوسط شده و از این طریق جریان خون به بافت‌های مشروب شده توسط عروق خونی مبتلا را کاهش می‌دهد. این بیماری مسری نیست. سیر بیماری ممکن است حاد بوده و با تب، کاهش وزن و پیشرفت سریع بیماری بروز کند. اگر سیر بیماری مزمن باشد، بافت‌های بدن در عرض چندین سال به تدریج تحلیل خواهند رفت. این بیماری در بزرگسالان زیر ۵۰ سال شایع‌تر بوده و میزان بروز آن در آقایان بیش از خانم‌ها است.

• علایم شایع

▪ علایم این بیماری بسته به عضوی که تحت تأثیر کاهش جریان خون قرار می‌گیرد، متغییر است ولی شایع‌ترین علایم عبارتند از:

الف) درد سینه (درگیری قلبی)

ب) کوتاهی نفس (در درگیری ریوی)

ج) وجود خون در ادرار (در درگیری کلیوی)

د) کرختی و گزگز کردن دست‌ها و پاها (در درگیری اعصاب).

• علل

▪ اگرچه علت واقعی این اختلال مشخص نشده است، یک اختلال خودایمنی یا بیش حساسیتی محسوب می‌گردد. در بسیاری بیماران هیچ عامل زمینه‌سازی یافت نمی‌شود.

▪ شایع‌ترین عوامل زمینه‌ساز عبارتند از:

الف) عفونت‌های باکتریایی

ب) عفونت‌های ویروسی، به ویژه هپاتیت ب

ج) مصرف برخی داروها، از قبیل داروهای گروه سولفا، پنی سیلین، ترکیبات طلا، داروهای ضد تیرویید و داروهای ادرارآور تیازیدی

د) واکسن‌ها

و) ایدز

• عوامل افزایش دهنده خطر

▪ سابقه خانوادگی بیماری‌های کلاژن یا بیش حساسیتی

▪ استعمال دخانیات

● پیشگیری

▪ پیشگیری خاصی ندارد.

●عواقب مورد انتظار

▪ این اختلال در حال حاضر غیر قابل علاج محسوب می‌گردد، ولی علایم آن با درمان قابل تسکین یا کنترل است. با درمان، بیش از ۵۰% بیماران تا ۵ سال یا بیشتر زنده می‌مانند. بدون درمان تعداد اندکی از بیماران بیش از ۵ سال زنده می‌مانند.

▪ تحقیقات علمی درباره علل و درمان این اختلال ادامه داشته و این امید وجود دارد که درمان‌هایی مؤثر و نهایتاً علاج‌بخش عرضه شوند.

● عوارض احتمالی

▪ نارسایی کلیه، حمله قلبی و مرگ، علی‌رغم درمان

● درمان

الف) اصول کلی

▪ بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل بررسی‌های آزمایشگاهی خون و کلیه‌ها، از جمله سرعت رسوب گلبول‌های قرمز، نمونه‌برداری قسمت‌هایی از شریان مبتلا به آنژیوگرافی (بررسی شریان‌ها و وریدها با تزریق ماده‌ای درون آنها که با اشعه ایکس قابل مشاهده است) باشد.

▪ درمان با داروهای استرویید، انجام می‌گیرد.

▪ بستری در بیمارستان برای درمان وسیع ممکن است ضرورت یابد (در موارد شدید).

▪ جراحی برای برداشت قسمت درگیر روده‌ها ممکن است انجام گیرد.

ب) داروها

▪ داروهای کورتونی تا فروکش علایم حاد با مقادیر بالا تجویز می‌شود. پس از این دوره درمانی، علایم ممکن است با یک برنامه درمانی به صورت تجویز یک روز در میان کورتون کنترل گردد.

▪ همچنین داروهایی برای درمان اختلالات اعضای درگیر شده در جریان این بیماری تجویز می‌شود، مثلاً داروهای قلبی برای درگیری قلبی یا داروهای ضد فشار خون برای فشار خون بالا.

▪ داروهای سرکوبگر دستگاه ایمنی به تنهایی یا به همراه استرویدها در صورت ناموفق بودن درمان‌های دیگر تجویز می‌شوند. این داروها خطرهای اضافه‌ای را نیز به همراه دارند نظیر خطر عفونت‌های باکتریایی منتشر شدید.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ پس از بهبود علایم فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری های طبیعی خود را به تدریج از سر بگیرید.

د) رژیم غذایی

▪ در صورت وجود فشار خون بالا رژیم کم نمک توصیه می‌شود.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دارای علایم پلی‌آرتریت باشید.

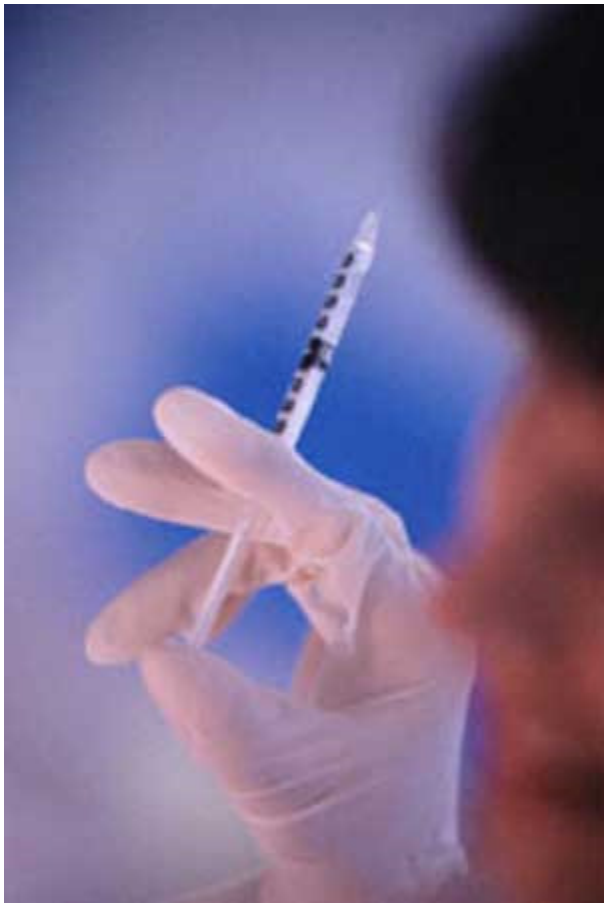
▪ اگر دچار علایم جدید و غیرقابل توجیه شده اید. داروهای تجویزی ممکن است با عوارض جانبی همراه باشند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241409

vista.ir
Online Classified Service

پیشگیری از هپاتیت B



۱) از تماس با خون آلوده خودداری شود.

۲) از لوازم شخصی مانند ریش‌تراش، تیغ، ناخن‌گیر، حوله و . . . به‌طور مشترك استفاده نکنید.

۳) از حجامت، خال‌کوبی، سوراخ‌کردن گوش و طب سوزنی با روش‌های غیربهداشتی خودداری کنید.

۴) با واکسیناسیون به‌موقع از ابتلای کودك خود به هپاتیت جلوگیری نمایید.

۵) در صورتی‌که در خانواده شما فرد مبتلا به هپاتیت وجود دارد حتما افراد خانواده را واکسینه نمایید.

۶) مبتلایان به هپاتیت B برای درمان و کنترل بیماری خود به پزشك متخصص مراجعه نمایند.

۷) خانم‌هایی که در زمان ازدواج واکسن هپاتیت B را نزده‌اند و قصد دارند باردار شوند، از پزشك خود درخواست نمایند تا وجود آلودگی با ویروس هپاتیت را در آنها بررسی نمایند و در صورت آلوده بودن مادر، با تزریق واکسن و ایمونوگلوبولین اختصاصی از سرایت این ویروس به نوزاد پیشگیری کنند.

● آیا برای هپاتیت B واکسن وجود دارد؟

از سال ۱۳۷۲ طبق دستورالعمل کشوری کلیه نوزادان به دنیا آمده واکسن هپاتیت B را دریافت می کنند، بنابر این نیازی به واکسیناسیون مجدد این کودکان نیست. افرادی که واکسیناسیون هپاتیت دریافت نکرده اند و در گروههای پرخطر(افرادی که تماس جنسی خطر ساز دارند، کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی، دریافت کنندگان خون وفرآورده های آن، همودیالیزی ها، فرزندان بدنیا آمده از مادران مبتلا و خانواده فرد مبتلا به هپاتیتB مزمن) قرار دارند به انجام واکسیناسیون توصیه می شوند.

واکسن هپاتیت در سه نوبت به فواصل ۰-۱ و ۶ ماه انجام می شود. در اکثریت افراد پس از دریافت واکسن، پاسخ ایمنی مناسب ایجاد می شود. درگروههای پرخطر توصیه به سنجش تیتر آنتی بادی یك تا دو ماه پس از آخرین نوبت واکسن می شود تا وضعیت ایمنی فرد مورد سنجش قرار گیرد. در صورتی که تیتر HBS Ag بدنبال واکسیناسیون افزایش نیافته باشد حتماً با پزشك در خصوص تکرار واکسیناسیون باید مشورت شود. واکسن هپاتیت B یکی از مؤثرترین و ایمن ترین واکسن ها می باشد بنابر این انجام آن به کلیه افرادی که در معرض خطر ابتلا به هپاتیت B قرار دارند، توصیه می شود. علاوه برآن، ایمونوگلوبولین هپاتیت B نیز وجود دارد که در موارد خاصی (از قبیل فرو رفتن سوزن آلوده به بدن و فرزندان متولد شده از مادران مبتلا به هپاتیت B) کاربرد دارد.

● درمان

هیچگونه درمان شناخته شده ای برای هپاتیت در مرحله حاد آن وجود ندارد و تنها محدودیت نسبی فعالیت بدنی، رژیم غذایی متناسب با ذائقه و تحمل بیمار توصیه می شود. درموارد مزمن بیماری با نظر پزشك معالج ممکن است از داروهای متعددی از جمله اینترفرون استفاده شود. باید توجه داشت که همه انواع هپاتیت نیاز به درمان ندارد و مواردلازم برای درمان با نظر پزشك متخصص تعیین می شوند.

● روشهای تشخیص آزمایشگاهی

▪ شناسایی ویروس هپاتیت به روش الایزا با کمك آنتی بادی های ضد ویروسی HCV.

مثبت بودن این تست نشان می دهد که شاید فرد به هپاتیت C× آلوده باشد ولی بین عفونت حاد یا مزمن افتراق نمی دهد. بعد از مثبت شدن

الایزا انجام تست های تأییدی لازم است.

منفی شدن الایزا یعنی یا فرد آلوده نیست، یا× در اوایل سیر بیماری بوده و هنوز آنتی بادی ایجاد نشده است.

ـ توجه:

اگر فرد دارای سابقه تماس با HCV باشد یا دارای خطر بالای ابتلا به HCV باشد ولی آزمایش او منفی باشد باید شش ماه بعد آزمایش تکرار شود.

▪ ریبا :

آزمون تکمیلی است که در کلیه افرادی که آزمایش الایزا مثبت دارند، باید انجام شود. این تست نسبت به الایزا اختصاصی تر می باشد.

▪ PCR :

حساسترین آزمایش های تشخیص هپاتیت C می باشند. اساس آنها شناسایی RNA ویروس می باشد. این تست ها ۲-۱ هفته پس از تماس و هفته ها قبل از افزایش آنزیم های کبدی و آنتی بادی ضد ویروس قابل بررسی می باشد.

▪ بیوپسی کبد :

نمونه گیری از کبد در موارد اثبات تشخیص هپاتیت C ، رد سایر علل هپاتیت، تعیین شدت بیماری کبد و تعیین نتیجه درمان و پیش آگهی بیماری کاربرد دارد.

http://vista.ir/?view=article&id=250192

vista.ir
Online Classified Service

تاثیر آبله مرغان مادر بر جنین

آبله مرغان یک عفونت شدیدا مسری است که علامت و مشخصه آن ضایعات پوستی (بثورات وزیکولی varicella zouster) می‌باشد.

● شرح بیماری

آبله‌مرغان توسط ویروس واریسلا زوستر که از خانواده هرپس ویروس است، ایجاد می‌شود. این ویروس بعد از ایجاد آبله‌مرغان ، در همه افراد به صورت نهفته ، در مسیر رشته‌های عصبی که از نخاع خارج می‌شوند، جایگزین می‌شود و فعالیت مجدد آن منجر به بیماری زونا یا هرپس زوستر Herpes zoster می‌گردد. این ویروس از راه قطره‌های ریز در هوا یا تماس با ضایعات پوستی ، از فرد بیمار انتقال می‌یابد.انسان تنها مخزن ویروس آبله‌مرغان است. یک بیماری شدیدا مسری است بطوری که میزان ابتلای آن در افراد حساس حداقل ۹۰ درصد می‌باشد. عمدتا در اواخر زمستان و اوایل بهار در نواحی معتدل بروز می‌کند. بیشترین گروه سنی مستعد ابتلا ۹-۵ ساله هستند بقیه موارد اغلب بچه های زیر ۱۵ سال است. در حدود ۱۰% بالای ۱۵ سال را درگیر می‌کند. در نواحی معتدل معمولا ۹۵-۹۰% افراد ویروس واریسلا زوستر را در دوران کودکی کسب می‌کنند. استفاده از داروهای سرکوب کننده دستگاه ایمنی بدن خطر بروز این بیماری را افزایش می‌دهد.

● علایم آبله‌مرغان

بیماری معمولا ۱۷-۱۴ روز بعد از تماس (دوره کمون یا نهفته) با فرد مبتلا به آبله‌مرغان یا زونا شروع می‌شود.

▪ علایم عمومی

این علایم که شبیه علائم آنفلوانزا هست، عبارتند از

ـ تب

ـ بیحالی

ـ بی‌اشتهایی

ـ سردرد

ـ گاهی اوقات درد خفیف شکم که ۲-۱ روز قبل از بروز ضایعات پوستی رخ می‌دهد.

این علایم بیشتر در بچه‌های بزرگتر دیده می‌شوند و تا ۵-۴ روز باقی می‌مانند.

▪ ضایعات پوستی

ضایعات پوستی که علامت اصلی بیماری هستند، ابتدا روی پوست صورت و سینه ظاهر می‌شوند و بعد سایر قسمتهای بدن نیز مبتلا می‌شوند. ضایعات اولیه شامل ماکولوپاپولهای قرمز (شبیه جوش) شدیدا خارش‌دار است که در نهایت به وزیکولهای حاوی مایع روشن تبدیل می‌شوند سپس این ضایعات دلمه بسته و بهبود می‌یابند. و در یک زمان انواع مختلف این ضایعات روی پوست دیده می‌شوند. ضایعات را می‌توان روی مخاط حلق یا دستگاه تناسلی نیز پیدا کرد.

● انتقال یا سرایت بیماری

محتمل‌ترین راه سرایت بیماری از طریق سیستم تنفسی و ترشحات تنفسی است. راه دیگر انتقال تماس مستقیم با ضایعات پوستی بیمار مبتلا به آبله‌مرغان یا زونا است. میزان انتقال در تماس‌های خانوادگی ۹۰-۸۰% است. دوره سرایت آبله‌مرغان از ۴۸-۲۴ ساعت قبل از ظهور ضایعات پوستی شروع می‌شود و تا وقتی است که تمام وزیکولها ضایعات پوستی دلمه بسته و خشک شوند و ضایعات آبدار وجود نداشته باشد. دوره نهفته (کمون) بیماری بین ۲۱-۱۰ روز است اما معمولا ۱۷-۱۴ روز طول می‌کشد.

● عوارض آبله‌مرغان

▪عفونت پوست:

شایعترین عارضه عفونی آبله‌مرغان ، اضافه شدن عفونت ثانویه باکتریال بر روی ضایعات پوستی است. علت این عفونت خراشیدگی آنها بدنبال خاراندن می‌باشد. همچنین برخی اوقات جای تاول در صورتی که تاول عفونی شود، باقی می‌ماند.

▪ عفونت ریه:

وخیم‌ترین عارضه آبله‌مرغان است و اغلب بالغین را گرفتار می‌کند. معمولا ۵-۲ روز بعد از شروع بیماری با علایم تنگی نفس ، سرفه و تند شدن تنفس و تب ظاهر می‌شود و ممکن است باعث نارسایی تنفسی شود.

▪ بیماری زونا:

گاهی پس از طی شدن سیر بیماری آبله مرغان ، ویروس در بدن به حالت خفته باقی می‌ماند (احتمالاً در ریشه اعصاب نزدیک نخاع). این ویروس خفته ممکن است سال‌ها بعد دوباره بیدار شود و بیماری زونا را ایجاد کند.این بیماری ناشی از فعال شدن دوباره ویروس واریسلا زوستر در رشته عصبی نخاعی است که با درد شدید و ضایعات پوستی مشخص می‌شود.

سایر عوارض عبارتند از

▪ عفونت مغز یا پرده‌های مغزی بوسیله ویروس واریسلا زوستر

▪ التهاب قلب و قرنیه ، مفاصل و کبد و پانکراس.

● سیر بیماری

بهبود خود به خودی کودکان معمولاً در عرض ۱۰-۷ روز بهبود می‌یابند، در بزرگسالان این مدت بیشتر است و احتمال بروز عوارض در آنها بیشتر است. پس از بهبود ، فرد برای تمام عمر در مقابل آبله مرغان ایمنی دارد.

● آبله‌مرغان در حاملگی

در موارد نادر ، آبله‌مرغان مادر منجر به سندرم مادرزادی آبله‌مرغان می‌گردد که با علایم ، کوچکی سر (میکروسفالی) ، ناهنجاری در یک اندام ، نقایص چشمی و ضایعات پوستی موقع تولد مشخص می‌شود. زمانی که مادر در فاصله زمانی ۵ روز قبل از زایمان تا ۲روز بعد از زایمان مبتلا به آبله‌مرغان شود، نوزاد مبتلا به آبله‌مرغان پیشرونده می‌شود و میزان مرگ و میر بالاست.

● درمان

هدف درمان آبله‌مرغان جلوگیری از بروز عوارض آن است. برای این منظور گرفتن ناخنها ، حمام روزانه با آب ولرم و داروهای ضد خارش توصیه می‌شود. درمان با آسیکلوویر نیز در بیمارانی که کمتر از ۲۴ ساعت از بیماری آنها گذشته، توصیه می‌شود، بخصوص در بیماران بالای ۱۵ سال. اگر تب وجود دارد، از استامینوفن استفاه کنید. به هیچ عنوان از آسپیرین استفاده نکنید، زیرا این دارو ممکن است در بروز سندرم رای (یک نوع آنسفالیت) در کودکانی که دچار عفونت ویروسی هستند، نقش داشته باشد.

● پیشگیری

▪ واکسن: اخیرا نوعی واکسن زنده ضعیف شده واریسلا مورد تایید قرار گرفته است. این واکسن در کودکانی که از نظر ایمنی سالم هستند، استفاده می‌شود.

ایمنوگلوبولین واریسلا زوستر (VZIG): (VZIG حاوی آنتی‌بادی ضد ویروس واریسلا است که در موارد زیر استفاده می‌شود (در صورتی که این افراد تماس با بیمار داشته باشند.):

ـ بچه‌های با ضعف سیستم ایمنی

ـ افراد طبیعی در سن بلوغ که حساس هستند (از نظر ایمنی)

ـ خانمهای حامله

ـ نوزادانی که در معرض آبله‌مرغان مادر قرار گرفتند.

ـ نوزادان با سن کمتر از ۲۸ هفتگی که در بیمارستان بستری شده‌اند.

ـ در موارد بالا VZIG باید در عرض ۹۶ ساعت بعد از تماس تزریق شود. در صورت ابتلا به آبله‌مرغان معمولا ایمنی برای تمام عمر باقی می‌ماند و دو بار ابتلا به آبله‌مرغان نادر است، ولی احتمال ابتلا به زونا در این فرد وجود دارد.

● تاثیر آبله مرغان مادر بر جنین

▪ آبله مرغان مادردر هفته های اول بارداری(یا تماس با فرد بیمار یا ناقل بیماری)

آبله مرغان مادرزادی می تواند از زن باردار به جنین وی سرایت کند. مشخصه این عفونت وزن کم هنگام تولد, آتروفی کورتکس مغز, حملات تشنج عقب افتادگی ذهنی, آب مروارید , کوریورتینیت , میکروسفالی, کلسیفیکاسیون های داخل مغزی و جوشگاه های سیکارتریس بدن و اندام ها می باشد.بطور کلی احتمال اینکه آبله مرغان مادر باعث ناهنجاری زنتیکی بچه بشه بین دو دهم درصد تا ۲,۵ درصد هست یعنی از بین ۱۰۰۰ زن حامله ای که ابله مرغان گرفتن بین ۲-۲۵ نفرشون بچه هاشون دچار مشکل ابله مرغات مادرزادی میشن درسته که زیاد نیست و لی به هرحال باید جانب احتیاط را رعایت کرد.شما اگر در دوران ۲۰-۰ سالگیتون واکسن آبله مرغان را تزریق کردین یا اینکه بهر حال حد اقل یکبار مبتلا به بیماری شدین اصلا جای نگرانی نداره. برای اینکه بدن شما به اندازه کافی سلول دفاعی داره تا اگه مجددا ویروس وارد بشه دفاع کنه امااگر دوحالت اول را ندارین و در معرض بیمار ان آبله مرغان هستید بهتر هرچه زودتر اون واکسن رو تزریق کنید. درسته که احتمالش خیلی کمه اما ممکنه از بدشانسی , کودک شما جزء اون ۲,۵ درصد باشه...

▪ آبله مرغان مادردر هفته های آخر بارداری

در نوزادان مادرانی که عفونت با این ویروس را دارند(به غیر از زونا) و بین ۵ روز قبل از زایمان و ۲ روز بعد از زایمان علایم بیماری را نشان داده اند سندرم واریسلای شدید نوزادی اتفاق می افتد که به نظر می رسد به علت فقدان انتقال آنتی بادی ها از طریق جفت باشد. این نوزادان سریعا باید یا یک ایمنو گلوبین بنام ZIG درمان شوند.

● خلاصه:

اگه قبلا خودتون یک بار به بیماری مبتلا شدین یا اینکه واکسنشو زدین.جای هیچ گونه نگرانی نیست. و هیچ اقدام دیگری هم لازم نیست اما اگر

او ن اتفاق ها نیفتاده. بهتره از بیماران آبله مرغانی هرپیز کنید برای اینکه به احتمال ۲,۵ % بچه شما دچار نقص عضو میشه اما اگر فکر میکنید تا بحال با افراد بیمار و یا حتی ناقل تماسی داشته اید

منبع : پزشکان بدون مرز

http://vista.ir/?view=article&id=314689

vista.ir
Online Classified Service

تب

- علائم :

۱) نشانه‌های همراه: کودک شما سرفه و آبریزش بینی دارد.

ـ علتهای اصلی: احتمالاً سرماخوردگی دارد.

۲) نشانه‌های همراه: کودک دچار سرفه، گلودرد و دردهای بدنی است.

ـ علتهای اصلی: احتمالاً آنفلوآنزا دارد.

۳) نشانه‌های همراه: گلوی کودک درد می‌کند و مشکل بلع دارد.

ـ علتهای اصلی: شاید مبتلا به ورم لوزه است. اگر صدایش گرفته باشد دچار ورم حنجره است. اگر غده‌های گردن او ورم دارند احتمالاً دچار تب غده‌ای است.

۴) نشانه‌های همراه: کودک شما بثورات خارش‌دار و لکه‌های قرمز دارد که ابتدا در تنه شروع میشود.

ـ علتهای اصلی: احتمالاً آبله مرغان دارد.

۵) نشانه‌های همراه: کودک مکرراً ادرار می‌کند و اگر سن‌او بالا باشد از احساس سوزش شکایت می‌کند.

ـ علتهای اصلی: احتمالاًعفونت مجاری ادرار دارد.

۶) نشانه‌های همراه: کودک آبریزش از بینی و چشم درد دارد و بثورات قرمز مایل به قهوه‌ای در بدنش ظاهر شده‌اند.

ـ علتهای اصلی: احتمالاً سرخک دارد.

۷) نشانه‌های همراه: دو طرف صورت کودک و زیر چانه‌ایش ورم کرده‌اند.

ـ علتهای اصلی: احتمالاً اوریون دارد.

۸) نشانه‌های همراه: گوش کودک درد می‌کند و اگر نتواند با شما صحبت کند از شدت درد گوش، گریه کرده و گوشش را میکند.

ـ علتهای اصلی: احتمالاً گوش میانی او دچار عفونت است (ورم گوش میانی).

۹) نشانه‌های همراه: کودک دچار اسهال است.

ـ علتهای اصلی: احتمالاً دچار (ورم معده و روده و یا مسمومیت غذایی شده است).

۱۰) نشانه‌های همراه: نوزاد یا فرزند شما تند تند و با اشکال نفس می‌کشد.

ـ علتهای اصلی: بلافاصله به دکتر مراجعه کنید. کودک احتمالاً دچار برونشیت، Brondhiolitis التهاب نایژکها، ذات‌الریه و یا (خروسک) است.

۱۱) نشانه‌های همراه: زمانیکه گردن کودک را خم می‌کنید درد می‌کند و صورتش را در برابر نور شدید برمی‌گرداند.

ـ علتهای اصلی: بلافاصله به دکتر مراجعه کنید کودک شما احتمالاً دچار منتژیت است.

به درجه حرارت ۳۷/۸۵ یا بالاتر تب می‌گویند. اگر درجه حرارت بدن کودک شما علیرغم کمپرس با آب ولرم همچنان بالا است و یا اینکه درجه حرارت به ۴۰ درجه سانتی گراد رسیده است بلافاصله به دکتر مراجعه کنید. محدوده طبیعی درجه حرارت بدن ۳۶ تا ۳۷ درجه سانتی گراد (یا ۹۶/۸ تا ۹۸/۶۵ درجهفارنهایت) است. اگر حرارت از ۳۷/۸ سانتی گراد یا ۱۰۰ درجه فارنهایت بالاتر باشد تب محسوب میشود اگر چه میزان بالا رفتن حرارت ضرورتاً برآورد دقیقی از وخامت بیماری نیست. تب به خودی خود بیماری نیست بلکه نشانه‌ای از یک بیماری است. جدا از مسئله بیماری، درجه حرارت بدن کودک شما بیانگر اوقات روز و میزان فعالیت او میباشد. بعنوان مثال، بعد از یک بازی پرتلاش فوتبال، درجه حرارت موقتاً به بالای ۳۸ درجه سانتی گراد می‌رود.

- آیا خطرناک است؟

دمای بالاتر از ۳۷/۸ درجه سانتی گراد یا ۱۰۰ درجه فارنهایت در اطفال زیر شش ماه همیشه خطرناک است. اگردمای بدن بالا بماند امکان ضعیفی از تشنج نیز وجود دارد.

- ابتدا چه کار باید بکنید؟

۱) اگر کودک تب دارد دمای بدن وی را اندازه بگیرید. بیست دقیقه بعد آنرا بررسی کنید و به تغییرات توجه نمائید هر یک از درجات را یادداشت کنید.

۲) کودک را به بستر ببرید و بیشتر لباسهایش را حتی اگر دمای اطاق زیاد گرم نیست بیرون آورید. کودک تب‌دار را باید با یک ملافه سبک پوشاند.

۳) با کمپرس آب ولرم، درجه حرارت بیشتر از ۴۰ درجه کودک خود را پائین آورید و هر پنج دقیقه اینکار را ادامه دهید. اگر دما به زیر ۳۸ درجه آمد کمپرس آب ولرم را متوقف کنید. برای این کار هرگز از کمپرس آب سرد استفاده نکنید زیرا این کار رگهای خون را تنگ می‌کند و از خروج گرما جلوگیری می‌نماید. در نتیجه همچنان بالا می‌ماند.

۴) اگر روشهای مختلف پائین آوردن درجه حرارت بدنی بی‌تأثیر بودند از شربت استامینوفن استفاده کنید. هرگز به کودکی که علائم آبله مرغان یا آنفلوآنزا دارد آسپرین ندهید زیرا ممکن است منجر به سندرم ری شود.

۵) با دادن نوشیدنیها بمقدار کم و به فواصل منظم کودک را تشویق به نوشیدن مایعات کنید.

- آیا مشورت با دکتر لازم است؟

اگر کودک شما کمتر از شش ماه دارد بلافاصله با دکتر مشورت کنید. اگر کودک دچار تشنج است و یا از قبل تشنج داشته است و یا اینکه سابقه تشنج‌های تب‌دار در خانواده وجود دارد همچنین اگر تب بیشتر از ۲۴ ساعت طول بکشد و یا درباره علائم همراه با آن نگران هستید بلافاصله به دکتر مراجعه نمائید.

- دکتر چه اقدامی انجام خواهد داد؟

دوره درمان به علت اصلی تب بستگی دارد. اگر عفونت به باکتری مربوط باشد آنتی بیوتیک تجویز خواهد شد اگر علت ویروس باشد مانند آبله مرغان یا سرماخوردگی احتمالاً هیچ دارویی تجویز نمی‌کند فقط نحوه پرستاری از کودک را به شما توصیه می‌کند. ملافه‌های کودک را مرتب عوض کنید و فقط با یک ملافه روی او را بپوشانید. کمپرس آب سرد یا حوله‌ای مرطوب را روی پیشانی کودکتان قرار دهید. کودک را برای گرفتن دمای بدنش از خواب بیدار نکنید خواب مهمتر است.

منبع : وب سایت کودکانه

http://vista.ir/?view=article&id=315296

vista.ir
Online Classified Service

تب تیفوییید

امروزه تب تیفوییید در کشورهای صنعتی نادر است هرچند در کشورهای در حال توسعه یک مشکل جدی و تهدید کننده حیات محسوب می گردد. تب تیفوییید از طریق غذا و آب آلوده و تماس نزدیک با افراد آلوده منتقل می گردد. علائم و نشانه ها اغلب شامل تب بالا، سردرد، درد شکم، یبوست یا اسهال می باشد. در بیماران بدحال ممکن است اختلالات فکری مغزی، شوک و خونریزی روده ای را تجربه نمایند.تب تیفوئید دارای مشکلات مشابه تب مالت است اما به صورت خفیف تر ظاهر می گردد.

هنگامی که بیمار با آنتی بیوتیک درمان می شود اکثر افراد طی چند هفته بهبود می یابند، اگر چه درصد کمی از افراد پیر و مبتلایان به بیماریهای مزمن، در اثر عوارض بیماری می میرند و تعداد کمی از افرادحامل باکتری هستند و دیگران را آلوده می نمایند، حتی هنگامی که ظاهراً سالم به نظر می رسند. واکسن تب تیفوییید در دسترس است اما دارای کارایی نسبی در پیشگیری و درمان تب تیفوییید می باشد.

واکسن برای افرادی که در معرض بیماری قرار داشته و یا قصد سفر به مناطقی که تب تیفوییید شایع است را دارند در نظر گرفته می شود. برای بیماری شبه تیفوئید واکسن موجود نیست.

● علائم و نشانه ها

اگر چه گاهی اوقات کودکان مبتلا سریعاً و ناگهانی بیمار می شوند، علائم و نشانه ها اغلب به تدریج و طی ۳-۱ هفته بعد از آلودگی ظاهر می شوند. در برخی موارد فرد بعد از ۲ ماه آلودگی بیمار می گردد. دوره نهفتگی تب شبه تیفوئید معمولاً کوتاهتر و در حدود ۱۰-۱ روز می باشد.

- تب حدود ۴۰-۳۹ درجه سانتی گراد
- سردرد
- ضعف و خستگی
- گلو درد
- درد شکم
- اسهال و یبوست در کودکان دیده شده و بیشتر اسهال در بالغین بیشتر از یبوست تظاهر می یابد.

در طی هفته دوم ، یک لکه پوستی کوچک ، مسطح و نقاط قرمز رنگ پوستی در ناحیه قفسه سینه و بالای شکم ظاهر می شود. این لکه پوستی موقتی است و بعد از ۴-۳ روز ناپدید می شود. در صورت عدم درمان تب تیفوییید، فرد وارد مرحله دوم بیماری شده و یک بیماری سخت را تجربه می نماید. تب بالا باقی می ماند و اسهال با رنگ و قوام شبیه سوپ نخود و یا یبوست شدید حاصل می شود.

در این مرحله وزن فرد کاهش یافته و ممکن است شکم کاملاً نفخ کند. در هفته سوم ، علائم اغتشاش ذهنی، خستگی و چشمان نیمه باز بروز نموده و فرد وارد مرحله تب تیفوییید می شود. عوارض تهدید کننده حیات اغلب در این زمان رخ می دهند. در هفته چهارم علائم به آهستگی بهبود می یابد. درجه حرارات بدن طی ۱۰-۷ روز به تدریج به حالت طبیعی بازمی گردد. اما علائم و نشانه های بیماری ممکن است دو هفته بعد از کاهش تب دوباره ظاهر می شود.

به دلایل نامشخص ممکن است در صورت درمان آنتی بیوتیکی در ابتدای سیر بیماری ، علائم و نشانه ها مجدداً ظاهر شود.

تب شبه تیفوئید دارای علائم و نشانه های مشابه ولی خفیف تر از تب تیفوییدمی باشد. عوارض شدید نیستند و معمولاً بهبودی سریعاً حاصل می شود.

- علت

علت بیماری – تهاجم باکتری سالمونلاتیفی است که تا قرن نوزدهم شناخته نشده بود. یک باکتری دیگر به نام سالمونلا پاراتیفی است که عامل بیماری تب شبه تیفوییدمی باشد. باکتری دوم نقشی در ایجاد بیماری سالمونلوزیس (دیگر عفونت روده ای شدید) ندارد.

در جوامع پیشرفته بیشتر موارد بیماری در نتیجه نوشیدن آب آلوده و بهداشت ضعیف

می باشد.

بیشتر موارد ابتلا در کشورهای صنعتی به واسطه مسافرت های خارجی بوده و از طریق دهانی – مدفوعی به دیگران انتشار می یابد . باکتری سالمونلاتیفی و پاراتیفی از طریق مدفوع و ادرار افراد آلوده منتشر می شوند.

حتی بعد از درمان آنتی بیوتیکی در تعداد کمی از افراد، باکتری روده ای و کیسه صفرا برای سال ها باقی می ماند. این افراد حامل مزمن بیماری هستند و باعث آلودگی دیگران می گردند. این در حالی است که در افراد ناقل هیچ نشانه و علامتی از بیماری وجود ندارد.

- فاکتور خطر

تب تیفوییدبه عنوان یک بیماری شدید تهدید کننده حیات در جهان پیشرفته، سالانه ۱۲ میلیون نفر را مبتلا می نماید. این بیماری در هند، جنوب آسیا ، آفریقا ، آمریکای جنوبی و کشورهای آسیای میانه نظیر تاجیکستان و ازبکستان دیده می شود.

بیماری بیشتر در کودکان ۱۲-۵ سال رخ می دهد. اما این گروه سنی نسبت به بالغین علائم خفیف تر و عوارض کمتری را بروز می دهند. گروه های پر خطر عبارتند از :

- کار یا مسافرت در مناطقی که تب تیفوییدشایع است.
- تماس نزدیک با افراد آلوده به بیماری
- مصرف داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی نظیر کورتیکو استروئیدها و بیماری هایی نظیر ایدز.
- نوشیدن آب محتوی باکتری سالمونلاتیفی
- غربالگری و تشخیص

بیماری بر اساس علائم و نشانه های بیماری و تاریخچه مسافرت تشخیص داده می شود. اما تشخیص قطعی از طریق تشخیص باکتری در کشت خون و دیگر مایعات و بافت های بدن صورت می گیرد.

برای کشت، یک نمونه کوچک خون، مدفوع، ادرار و مغز استخوان درمحیط کشت قرار داده می شود. بعد از ۷۲-۴۸ ساعت محیط کشت را در زیر میکروسکوپ بررسی می نمایند. حساس ترین تست تشخیصی باکتری سالمونلاتیفی کشت مغز استخوان می باشد.

- دیگر آزمایشات عبارتند از :

- ELISA: در این تست خونی آنتی ژن های مخصوص باکتری تیفوئید شناسائی می شوند. یک آنتی ژن به هر ماده ای نظیر ویروس، باکتری، سم، پروتئین خارجی اطلاق می شود که پاسخ سیستم ایمنی انسان را برمی انگیزد.
- مطالعه فلورسنت آنتی بادی (پادتن): در این تست آنتی بادی سالمونلاتیفی شناسایی می شود. هر آنتی بادی اختصاصی و بی نظیر است و بدن را فقط در برابر یک آنتی ژن محافظت می نماید.

- عوارض

نزدیک به یک سوم افراد مبتلا به تب تیفوییددچار عارضه می شوند.جدی ترین عارضه– خونریزی یا سوراخ شدن روده ها اغلب در هفته سوم بیماری رخ می دهد. خونریزی روده با یک افت ناگهانی در فشار خون، شوک و ظهور خون در مدفوع آشکار می شود. سوراخ شدن روده کوچک یا بزرگ باعث نشت محتویات روده به داخل حفره شکمی می گردد. این وضعیت اورژانسی و تهدید کننده حیات نیازمند یک مراقبت طبی فوری می باشد. سوراخ شدن روده ها نزدیک به ۴/۱ از موارد مرگ بیماری را باعث می شود.

- عوارض خفیف تر و ناشایع عبارتند از:

▪ التهاب عضلات قلبی (میوکاردیت)

▪ عفونت ریوی

▪ التهاب لوزالمعده

▪ عفونت کلیه یا مثانه

▪ عفونت مهره ها

▪ مننژیت

▪ مشکلات روانی نظیر اغتشاش شعور ، توهم و سایکوز

با درمان فوری اکثر افراد مبتلا در کشورهای صنعتی بهبود می یابند اما بدون درمان برخی افراد از عوارض بیماری جان سالم به در نمی برند.

● درمان

درمان آنتی بیوتیکی تنها درمان مفید در تب تیفوئید و شبه تیفوئید می باشد. قبلاً داروی انتخابی کلرآمفنیکول بود. به دلیل عوارض جانبی این دارو میزان عود بالا و مقاومت باکتریایی وسیع نسبت به آن مصرف این دارو کاهش یافت. در حقیقت باکتری های مقاوم به آنتی بیوتیک مهمترین مشکل درمان تب تیفوئید در کشورهای پیشرفته می باشند. با اثبات باکتری مقاوم به آنتی بیوتیک های استاندارد ، بیماری طولانی شده و احتمال ایجاد عوارض و مرگ افزایش می یابد.

عدم درمان عفونت منجر به یک دوره مسری طولانی در بیماری می گردد و از این طریق احتمال انتشار بیماری به دیگران افزایش می یابد. در سال های اخیر مقاومت سالمونلاتیفی به تریمتوپریم– سولفامتوکسازول،آمپی سیلین، تتراسیکلین و کلرآمفنیکول اثبات شده است. در تاجیکستان مقاومت دارویی به سفالوسپورین های نسل سوم گسترش یافته است.

به دلایل فوق هم اکنون پزشکان برای درمان بالغین سیپروفلوکساسین خوارکی تجویز می نمایند. در زنان باردار و کودکان نیز سفتریاکسون تجویز می گردد. هر دو داروی فوق دارای عوارض جانبی هستند و مصرف طولانی مدت آنها منجر به ایجاد باکتری های مقاوم به آنتی بیوتیک می گردد.

● دیگر قدم های درمانی عبارتند از :

▪ نوشیدن مایعات : از کم آبی ناشی از اسهال و تب طولانی جلوگیری می نماید. در صورت موارد شدید کم آبی نیاز به دریافت مایعات از طریق ورید می باشد.

▪ مصرف مواد غذایی سالم : مصرف غذاهای پرکالری کم حجم، مشکلات تغذیه ای بیمار را بر طرف می نماید.

● پیشگیری

برخی متخصصین معتقدند که واکسیناسیون افراد در معرض خطر مهمترین راه کنترل بیماری تب تیفوئید می باشد. هم اکنون دو نوع واکسن استفاده می شود. نوع اول در یک دوز تزریق می شود و دیگری به صورت خوراکی برای چند روز تجویز می شود. هر دو واکسن ۱۰۰ درصد کارا و نیازمند تکرار می باشند.

در صورت مسافرت به نقاطی که تب تیفوئید شایع است، حتماً واکسینه شوید. اما واکسن محافظت کاملی در برابر بیماری ایجاد نمی کند و حتماً باید موارد زیر رعایت شوند.

● شستشوی دستها : بهترین راه جهت کنترل بیماری می باشد . دست های خود را قبل از خوردن غذا و تهیه آن و بعد از توالت با آب گرم و صابون بشوئید.

● پرهیز از آبهای آلوده :نوشیدن آب آلوده یکی از مشکلات مهم در مناطق پر خطر

می باشد. به همین منظور فقط از آبهای بسته بندی شده استفاده نمائید. و نوشیدنی را بدون یخ مصرف نمائید. برای مسواک زدن از آبهای بسته بندی شده استفاده نمائید.

● پرهیز از خوردن میوه و سبزی های خام

● مصرف غذاهای گرم : از خوردن غذاهای کنسرو شده و سرد خوداری نمائید.

● روش پیشگیری از آلودگی دیگران

▪ شستشوی مکرر دستها : مؤثرترین روش جلوگیری از انتشار بیماری می باشد. حتماً قبل از خوردن غذا و یا بعد از توالت دستهای خود را با آب

داغ و صابون به مدت حداقل ۳۰ ثانیه بشوئید.

▪ پرهیز از پختن غذا : تا زمانی که بیماری شما مسری است، از پختن غذا خودداری نمائید.

▪ جدا سازی وسایل شخصی فرد آلوده

منبع : دانشگاه علومپزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234362

vista.ir
Online Classified Service

تب خال

تب خال یک عفونت ویروسی ناشی از ویروس HSVمی‌باشد. اگر چه عفونت ناشی از ویروس تب خال اغلب در سطح پوست و مخاط می‌باشد و عوارض چندانی ندارد اما می‌تواند با گرفتاری در سیستم مرکزی و نیزگرفتاری در بعضی از احشاء داخل بدن انسان، باعث ناتوانی یا مرگ انسان شود.

ویروس تب خال دو نوع است HSV۱ که به نام ویروس لب و دهان و HSV۲ که ویروس تب خال تناسلی می‌باشد و همان طور که از نام آن پیداست HSV۲ بیشتر ناشی از عفونت مقاربتی و در دستگاه تناسلی ایجاد می‌شود.

تماس HSV با سطوح مخاطی یا نقاط خراشیده شده پوست، اجازه ورود این ویروس بداخل بدن را می‌دهد و بعد از همانندسازی ویروسی و یا مخاطی به تکثیر و ازدیاد آن منجر می‌شود.

● اصولاً موارد زیر باعث انتقال ویروس می‌گردد:

▪ تماس با افراد دارای ضایعات زخمی فعال تب خال.

▪ تماس با افراد بدون علامت ولی منتشر کننده ویروسی (ناقل بدون علامت).

▪ تماس با افرادی که ویروس در روی سطوح مخاطی آنها در حال همانندسازی است.

وقتی که ویروس در پوست یا مخاط تکثیر یافت به انتهای عصب محیطی وارد می‌شود و از طریق ریشه‌های عصبی به داخل سلول عصبی (جسم عصب) منتقل می‌گردد و در سلول عصبی سال‌ها (اغلب تا آخر عمر) خواهد ماند و در زمان‌های مختلفی می‌تواند مجدداً به سطوح پوستی منتقل شده و عود بیماری را سبب گردد.

● علایم بالینی تب خال به عوامل زیر بستگی دارد:

▪ محل ایجاد عفونت

▪ سن فرد

▪ وضعیت ایمنی فرد مبتلا

عفونت اولیه ویروسHSV معمولاً با نشانه‌های عمومی بدن همراه است و گرفتاری پوستی یا مخاطی شدیدتری دارد، دوره بیماری بیشتر و طولانی‌تراست و انتشار ویروس نیز شدیدتر و طولا نی‌تر از عودهای بیماری است.

همان طور که ذکر شد ویروس تب خال می‌تواند نقاط مختلف بدن را گرفتار نماید که علایم هر کدام متفاوت خواهد بود.

- شایع‌ترین محل‌های گرفتاری ویروسی شامل:

▪ عفونت دهانی، صورتی - عفونت تناسلی - عفونت هرپسی

▪ هرپس کشتی‌گیران - عونت قرنیه - عفونت سیستم عصبی مرکزی

▪ عفونت نوزادان - عفونت احشایی شامل مری، ریه، کبد، مفاصل خواهد بود که به شرح مختصرچند مورد شایع‌تر می‌پردازیم.

- عفونت دهانی – صورتی

فراوان‌ترین تظاهر اولیه عفونت ویروسیHSV۱ عفونت دهانی- صورتی می‌باشد که بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده می‌شود و با تب- درد عضلانی – ناتوانی در خوردن – ناخوشی – بزرگی غدد لنفاوی گردن همراه است و ممکن است باعث ضایعات زخمی شکل در زبان- لثه – کام و نقاط دیگر دهان گردد ضایعات حلق ممکن است همراه نقاط چرکی روی زخم هم باشد. مدت بیماری ۱۴- ۳ روز طول می‌کشد. عفونت مجدد ممکن است بدون علامت و فقط دفع ویروس از راه بزاق همراه باشد که این باعث آلودگی دیگران می‌شود ولی در بعضی اوقات همراه ایجاد زخم‌های دهانی یا اطراف دهان(لب یا پوست خارجی اطراف لب) می‌باشد، علایم عمومی مثل تب- درد عضلانی و بی‌حالی همراه آن است و طول بیماری کوتاه‌تر از حمله اولیه بیماری است.

- عفونت تناسلی

شایع‌ترین تظاهر عفونت HSV۲ عفونت تناسلی می‌باشد. حمله اولیه با تب – سردرد – میالزی – درد، خارش، سوزش و ترشحات مهبلی(در خانم‌ها) و پیشابراه (درمردان) و نیز بزرگی غدد لنفاوی ناحیه همراه است. ضایعات ممکن است وزیکولی(ضایعه شبیه جوش صورت)و یا پاره شده و دلمه بسته(پوستول) باشد. عود ضایعه تناسلی هم شایع است و مانند حمله اولیه با درد موضعی و همراه وزیکول و پوستول است ولی علایم عمومی (سردرد – تب – درد عضلانی) در آن وجود ندارد.

- عفونت سیستم عصبی مرکزی

عفونت ناشی ازHSV می‌تواند سیستم عصبی مرکزی را گرفتار نماید و باعث انسفالیت (ورم مغز)گردد. این ویروس شایع‌ترین عامل انسفالیت تک گیر (اسبوراریک) می‌باشد و دو توزیع سنی دارد، ۵ تا ۱۵ سال و بالای ۵۰ سال. می‌تواند در اثر عفونت اولیه HSV و یا با عفونت مخفی داخل بدن ایجاد شود. علامت بالینی انسفالیت HSV شامل تب – استفراغ – خواب آلودگی – تشنج و اغما می‌باشد. اگر درمان زود شروع شود، می‌توان به نجات بیمار امید داشت اما اگر تشخیص و درمان به تأخیر بیافتد با عوارض غیرقابل جبران و اغلب مرگ، همراه خواهد بود.

- عفونت نوزادان

در میان جمعیت آلوده به ویروس HSV نوزادان(کمتر از ۶ هفته) بالاترین عفونت احشایی و سیستم عصبی مرکزی را خواهند داشت و مرگ و میر نوزادان درمان نشده، ۶۵ درصد است. ۱۰ درصد از بچه‌هایی که عفونت سیستم عصبی داشته‌اند تکامل طبیعی خواهند داشت اگر چه شایع‌ترین ضایعه نوزادان عفونت پوستی است، امکان ابتلا احشاء مهمتر را نیز خواهند داشت. نوزادان اغلب عفونت را در هنگام زایمان از کانال زایمانی و از مادران آلوده می‌گیرند.

- درمان

اگر چه اغلب عفونت‌های ویروسی داروی اختصاصی ندارد و درمان آنها با مواظبت و داروهای علامتی خواهد بود . ولیHSV داروی اختصاصی دارد. داروهایی مانند آسیکلوویر – فامسیکلوویر- ولاسیکلویر از داروهای اختصاصی این بیماری هستند. معمولاً برای بیماری‌های شدیدتر ناشی ازHSV مانند گرفتاری سیستم عصبی مرکزی یا گرفتاری نوزادان– گرفتاری ریوی– گوارشی و نیز بیمارانی که سطوح ایمنی پایینی دارند، درمان تزریقی توصیه می‌شود اما برای عفونت‌های خفیف‌تر و در افرادی که ایمنی طبیعی دارند، توصیه نمی‌شود.

منبع : دانشجویان

http://vista.ir/?view=article&id=245594

vista.ir
Online Classified Service

تب روماتیسمی

تب روماتیسمی یک بیماری التهابی است که می تواند بسیاری از اعضاء بدن مثل قلب، مفاصل، سیستم عصبی و پوست را درگیرد کند. اگر چه تب روماتیسمی می تواند در تمام سنین ایجاد شود ولی اغلب در کودکان بین ۶ تا ۱۵ سال دیده می شود. بیماری در زنان دو برابر مردان شایعتر است.

علائم تب روماتیسمی معمولاً پنج هفته پس از عفونت استرپتوکوکی درمان نشده گلو ظاهر می شوند. بیشتر موارد عفونت استرپتوکوی گلو، دچار تب روماتیسمی نمی شوند و تنها درصد کمی از افرادی که عفونت استرپی گلو دارند دچار تب روماتیسمی می شوند.

در بسیاری از موارد، تب روماتیسمی دریچه های قلب را درگیر می کند (کاردیت روماتیسمی) و موجب اختلال در جریان طبیعی خون در قلب می گردد. درمانی برای تب روماتیسمی وجود ندارد. اما درمان کامل و جدی عفونت استرپی گلو با آنتی بیوتیکها قابل انجام است. در حال حاضر تب روماتیسمی در آمریکا به مانند آغاز قرن بیستم ، قبل از استفاده گسترده آنتی بیوتیک پنی سیلین، شایع نیست. با وجود این همه گیریهای آن بصورت دوره ای روی می دهد. تب روماتیسمی همچنان در کشورهای در حال توسعه شایع است .

- علائم و نشانه ها

▪ علائم و نشانه های شایع عفونت استرپی شامل موارد زیر است :

گلودرد- لوزه های متورم و قرمز – تب – سردرد- درد عضلانی

در بسیاری از موارد عفونت استرپی در ابتدا هیچ علامتی ندارد. علائم و نشانه های تب روماتیسمی ممکن است شامل ترکیبی از مفاصل متورم و دردناک ، قفسه صدری ، تنگی نفس و خستگی باشد. هر گاه تب روماتیسمی تشخیص داده شد پزشکان معمولاً بدنبال دو معیار ماژور (معیار بزرگ) یا یک معیار ماژور و دو معیار مینور (معیار کوچک) می گردند. در تمامی موارد شواهدی دال بر وجود عفونت استرپی گلو، پایه اصلی تشخیص تب روماتیسمی است.

▪ معیارهای ماژور (معیارهای بزرگ):

ـ التهاب قلب که در بیشتر مواقع بصورت تنگی نفس یا درد قفسه صدری مشخص می شود. پزشک شما ممکن است براساس معاینات بالینی و یا نتایج تستهای پزشکی مثل نوار قلب یا عکس سینه به وجو التهاب قلب شک کنند .

ـ التهاب دردناک مفاصل، که اغلب قوزک پاها، زانو و آرنج ها را درگیر می کند و از مفصلی به مفصل دیگر مهاجرت می کند.

ـ حرکات پرشی، بی اختیار اندمها و صورت یا سختی حرکت مثل ناتوانی در نوشتن، دیده

می شود. این نشانه ها اغلب طی هفته ها و ماه ها از بین می روند.

ـ لکه های قرمز روشن یا صورتی وسیع بدون خارش (ناشایع) و دانه های زیر پوستی (ناشایع)

▪ معیارهای مینور (معیارهای کوچک): درد مفاصل بدون التهاب ، تب ، تب روماتیسمی قبلی یا شواهدی دال بر بیماری روماتیسمی (ضربان قلب غیر طبیعی در نوار قلب)، تستهای خونی که نشاندهنده التهاب است و صدای اضافه جدید قلبی.

- علل

علت اصلی تب روماتیسمی مشخص نیست. در معدودی از افراد به نظر می رسد هرگاه بدن با عفونت استرپی گلو مقابله می کند، بقیه قسمتهای بدن دچار التهاب می شوند. مثلاً دریچه های قلبی لزوماً با باکتری استروپتوکوکی عفونی نمی شوند. تحقیقات پزشکی بر روی پاسخ غیر طبیعی سیستم ایمنی به آنتی ژنی که توسط گونه ای خاص از باکتری استرپتوکوکی تولید می شود ، متمرکز شده است. ولی می توانند طی پروسه دفاع بدن در مقابله با این عفونت آسیب دیده یا دچار التهاب شوند. یک علت احتمالی این است که بدلیل شباهت بین آنتی ژنهای استرپتوکوکی، پروتئین های دریچه قلب و سلولهای عضله قلب این اتفاق روی می دهد. بعلاوه محققان این موضوع را بررسی می کنند که آیا بعضی افراد بیشتر از سایرین مستعد به ایجاد یک پاسخ ایمنی غیر طبیعی به آنتی ژنهای استرپتوکوکی هستند یا خیر؟

● چه موقع باید بدنبال توصیه های پزشکی برویم ؟

اگر گلو دردی دارید که بدنبالش دچار تبی می شوید که بیش از ۲۴ ساعت طول می کشد یا گلو درد شدیدی بدون علائم سرماخوردگی و تب داشتید، بویژه اگر مدتها با فردی که عفونت استرپی داشته است، در تماس بوده اید به پزشک خود مراجعه کنید تا ببیند که آیا دچار عفونت استرپی گلو شده اید یا خیر؟ ،اگر چه در بیشتر مواقع عفونت استرپی گلو منجر به تب روماتیسمی نمی شود، شما می توانید با درمان آنتی بیوتیکی گلو درد خود مانع از ایجاد آن شوید. همچنین هر گاه دچار گلودرد و تب بالا و بدنبالش تنگی نفس یا درد قفسه صدری شدید به پزشک خود مراجعه کنید.

● تشخیص و بیماری یابی

اگر شما یا کودکتان دچار دچار علائم تب روماتیسمی شده اید. تشخیص زمانی قطعی

می شود که توسط پزشک معاینه شده و به یک سری از سؤالات پاسخ دهید. معاینه بالینی شامل موارد زیر است:

▪ بررسی کردن مفاصل برای وجود درد یا التهاب

▪ معاینه پوست برای بررسی وجود راش و یا برآمدگی

▪ گوش دادن به صدای قلب برای بررسی وجود صدای اضافه جدید یا ریتم غیرطبیعی

پزشکتان ممکن است توصیه کند که نوار قلب بگیرید تا ریتم غیرطبیعی قلبتان را تشخیص دهد. الکتروکاردیوگرافی با نوار قلب شامل چسباندن الکترودهایی به قفسه صدری است تا جریانهای الکتریکی قلب اندازه گیری شوند. جریانهای الکتریکی که موجب انقباض قلب می شوند توسط ماشین الکتروکاردیوگرام ثبت می شود. این جریانها بصورت امواجی بر روی مونیتور یا کاغذ نشان داده می شوند.

هیچ تست آزمایشگاهی وجود ندارد که تب روماتیسمی را تأیید کند. پزشکان، بیماری تب روماتیسمی را براساس وجود تعدادی از معیارهای ماژور و مینور(نشانه های بزرگ و کوچک) تشخیص می دهند. شایعترین معیارهای ماژور عبارتند از :

درد و التهاب مفاصل که از مفصلی به مفصل دیگر مهاجرت می کند.

● التهاب قلب

تشخیص تب روماتیسمی نه تنها نیازمند وجود علائم و نشانه های کلیدی است بلکه باید شواهدی دال بر عفونت استرپی اخیر نیز وجود داشته باشد. پزشکتان ممکن است از شما نمونه خونی بگیرد تا وجود آنتی بادی علیه باکتری استرپتوکوک را بررسی کند. اغلب موارد وقتی شما به پزشک مراجعه می کنید، کشت حلق برای استرپ منفی است. در این موارد تنها نشانه استرپ این است که به دکترتان بگویید اخیراً دچار گلودرد به همراه تب شده اید.

● عوارض

در اولین حمله تب روماتیسمی نیمی از افراد دچار التهاب قلب می شوند ولی این التهاب همیشه به آسیب پایدار منجر نمی شود. بیشتر افرادی که تب روماتیسمی دارند پس از شش هفته بطور کامل بهبود می یابند . در بعضی موارد، یک یا چند دریچه قلب درگیر می شوند. آسیب پایدار قلب ناشی از تب روماتیسمی « بیماری روماتیسمی قلب » نامیده می شود. در بیشتر موارد آسیب قلبی سالها بعد یافت می شود.

در موارد نادری از تب روماتیسمی، التهاب آسیب جدی عضله وارد می کند که منجر به نارسائی احتقانی قلب می گردد. در سایر موارد دریچه قلبی آسیب دیده مانع جریان خون کافی می شود. اگر اختلال جدی در عملکرد دریچه های قلب شما ایجاد شده، جراحی برای ترمیم یا عوض کردن دریچه های آسیب دیده لازم است.

● تب روماتیسمی می تواند این اعضاء بدنتان را درگیر کند:

▪ مفاصل : اغلب چندین مفصل درگیر شده و دچار تورم دردناک و قرمزی و گرمی می شوند.

▪ مغز : اگر تب روماتیسمی حاد مغز را درگیر کند عدم تعادل و حرکات کنترل نشده اندمها و صورت ایجاد می شود. به این حرکات " کُره " گفته می شود که از کلمه ای یونانی به نام رقص کره گرفته شده است . این حرکات گاهی کُره سیدنهام نیز (کره رماتیسمی یا رقص سنت ویتوس) نیز نامیده می شود. از هر ۱۰ مورد تب روماتیسمی یک نفر دچار کُره می شوند. کره معمولاً طی

هفته ها تا ماه ها برطرف می شود.

▪ پوست : این بیماری لکه های پوستی وسیع یا نواحی صورتی تا قرمز کم رنگ گرد و نامنظم در پوست شما ایجاد می کند برآمدگی یا ندول نیز ممکن است زیر پوست به ظاهر سالم دیده شود.

● درمان

▪ درمان تب روماتیسمی در دو قسمت صورت می گیرد.

آنتی بیوتیکها تجویز می شوند تا بدن شما را از عفونت استرپتوکوکی نجات دهند و جلوی عود آن را بگیرند. هرگاه دچار تب روماتیسمی شوید برای ریشه کنی باکتری استرپتوکوکی باقیمانده در بدن شماپزشکتان ممکن است پنی سیلین یا سایر آنتی بیوتیکها را تجویز کند. سپس شما نیازمندید که آنتی بیوتیکها را برای چندین سال پیاپی مصرف کنید تا جلوی حمله های مجدد تب روماتیسمی را بگیرید. بدون ادامه دادن درمان آنتی بیوتیکی عود بیماری در سه تا پنج سال اول پس از عفونت اولیه شایع است.

▪ سایر داروهای مصرفی برای از بین بردن علائم بیماری شامل این موارد است: برای کاهش التهاب قلب یا مفاصل پزشکتان ممکن است دوزهای مشخصی از آسپرین یا یک داروی بدون نسخه را پیشنهاد کند و یا یک داروی ضد التهاب غیر استروئیدی را نسخه نماید. برای التهاب شدید قلب یک داروی کورتونی مثل پردنیزون قادر است التهاب را کم کند.

● جلوگیری

برای جلوگیری از عفونت استرپتوکوکی نیازمند واکسن هستیم، و تا زمانیکه یک واکسن مؤثر تولید شود تنها راه شناخته شده برای جلوگیری از تب روماتیسمی درمان عفونت استرپتوکوکی حلق با آنتی بیوتیک است.

در بیشتر مواقع ویروس ، علت گلو درد است که موجب تب روماتیسمی نمی شود. اغلب گلو دردهای همراه تب که بیش از ۲۴ ساعت طول می کشد. می تواند نشاندهنده عفونت استرپتوکوکی باشد تنها درصد کمی از افرادی که عفونت استرپتوکوکی حلق (درمان نشده) دارند، دچار تب روماتیسمی می شوند.درمان دقیق و کامل عفونت استرپی حلق با آنتی بیوتیک مناسب تب می تواند جلوی ایجاد بیماری تب روماتیسمی را بگیرد.

منبع : دانشگاه علومپزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234134

vista.ir
Online Classified Service

تب روماتیسمی

● شرح بیماری

تب روماتیسمی یک عارضه التهابی عفونت با استرپتوکک گروه آ(نتیجه دیررس عفونت فارنژه با استرپتوکوکهای گروهA)که بسیاری از اعضای بدن،

به‌خصوص مفاصل و قلب را درگیر می‌سازد. عفونت‌های استرپتوکوکی مسری است ولی تب روماتیسمی حالت مسری ندارد. این بیماری هم کودکان و هم بزرگسالان را می‌تواند مبتلا سازد. تب روماتیسمی از بیماریهای التهابی خطرناکی است که به دنبال گلو دردهای استرپتوکوکی درمان ندشه و یا به صورت ناقص درمان شده رخ می دهد. مهم ترین عضو دیگر در این بیماری دریچه های قلبی است که ممکن است متحمل ضایعات غیر قابل برگشت بشوند. تب روماتیسمی حاد در کودکان رخ می دهد و اوج سنی وقوع آن بین سنین ۵ تا ۱۵ سالگی است. با وجود این ، در بزرگ سالان نیز احتمال بروز آن منتفی نیست و اکثر حمله های آن در پایان دهه دوم و شروع دهه سوم عمر رخ می دهد . شرایط بد اجتماعی و اقتصادی ، تراکم جمعیت و استانداردهای پایین بهداشتی از عوامل مستعد کننده شیوع این بیماری هستند...

● علایم شایع

▪ التهاب مفصلی با مشخصات درد و قرمزی و تورم و گرمی،که می‌تواند از مفصلی به مفصل دیگر نقل مکان کند.

شایعترین مفاصل درگیر عبارتند از

ـ مچ دست

ـ آرنج

ـ زانو و مچ پا

التهاب مفصلی معمولاً در عرض ۱۴-۱۰ روز فروکش می‌کند ولی بدون درمان، سایر مفاصل نیز ممکن است درگیر شوند.

▪ تب

▪ خستگی

▪ رنگ‌پریدگی

▪ بی‌اشتهایی

▪ احساس ناخوشی عمومی

▪ درد شکم

▪ درد سینه

▪ بثورات پوستی اندک بر روی شکم، سینه و پشت

▪ برآمدگی‌های زیرپوستی کوچک بدون درد در نواحی استخوانی نظیر آرنج و زانو

▪ حرکات غیرارادی اندام‌های تحتانی و فوقانی (کره)

در صورت درگیری قلب:

ـ کوتاهی نفس

ـ احتباس مایع که باعث ورم پا و پشت می‌گردد.

ـ تندی ضربان قلب، به‌خصوص هنگام خوابیدن

● علل

تب روماتیسمی از یک عفونت استرپتوکوکی قبلی (معمولاً عفونت گلو) که ۶-۱ هفته قبل از بروز علایم تب روماتیسمی رخ می‌دهد ناشی می‌گردد. این اختلال، یک اختلال خودایمنی است که در آن پادتن‌های تولیدشده بر ضد باکتری استرپتوکوک بر ضد مفاصل و قلب نیز واکنش نشان می‌دهند.

▪ عوامل تشدید کننده بیماری

ـ تغذیه نامطلوب

ـ سابقه خانوادگی تب روماتیسمی

ـ زندگی در شرایط پرجمعیت یا غیربهداشتی

ـ داشتن استعداد ابتلای عفونت‌های تنفسی فوقانی

ـ عفونت‌های استرپتوکوکی درمان‌نشده یا ناقص درمان‌شده

● پیشگیری

در مورد هر نوع عفونت گلو به‌خصوص در کودکان کشت گلو از نظر استرپتوکوک باید انجام شود.

درمان آنتی‌بیوتیکی فوری هر عفونت استرپتوکوکی، از جمله عفونت‌های پوستی. عفونت‌های استرپتوکوکی باید با آنتی‌بیوتیک (معمولاً پنی‌سیلین) خوراکی به‌مدت ده روز یا تزریق نوع طولانی‌اثر آن درمان شوند.

● عواقب موردانتظار

عفونت‌های استرپتوکوک معمولاً با درمان قابل علاج هستند. تب روماتیسمی قابل درمان است ولی قابل علاج (درمان قطعی) نیست. این عارضه در عرض ۱۲-۲ هفته فروکش می‌نماید. در بعضی موارد، تب روماتیسمی ممکن است به دریچه‌های قلبی آسیب بزند. دریچه آسیب‌دیده را می‌توان با جراحی تعویض کرد. در موارد نادر تب روماتیسمی حتی با درمان می‌تواند کشنده باشد.

● عوارض احتمالی

▪ آسیب دایمی دریچه‌های قلب که منجر به نارسایی احتقانی قلب می‌گردد.

▪ حملات بعدی تب روماتیسمی حاد در پی عفونت مجدد با استرپتوکوک

● درمان

▪ اصول کلی

بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل

۱) آزمایش‌های خون

۲) کشت گلو

۳) نوار قلب

۴) رادیوگرافی قفسه سینه و قلب باشد.

هیچ آزمون اختصاصی برای تشخیص تب روماتیسمی وجود ندارد.

ـ در موارد خفیف، مراقبت در منزل کافی است ولی در موارد شدید ممکن است بستری در بیمارستان لازم باشد.

ـ درجه حرارت بیمار و تعداد نبض او را روزانه اندازه‌گیری کرده و برای ارایه به پزشک ثبت نمایید.

ـ اگر بیمار گلودرد یا سرفه دارد از یک دستگاه مرطوب‌کننده با بخار سرد استفاده کنید. دستگاه مرطوب‌کننده را هر روز تمیز کنید.

ـ بهداشت دهانی مطلوب مهم است.

▪ داروها

ـ استروییدها (داروهای ضدالتهابی) یا آسپیرین برای کاهش التهاب

ـ داروهای ادرارآور برای کاهش احتباس مایعات

ـ آنتی‌بیوتیک‌ها برای مقابله با باقیمانده باکتری‌های استرپتوکوکی. پس از رسیدن تب روماتیسمی به مرحله غیرفعال، مقدار اندک آنتی‌بیوتیک‌ها ممکن است به‌مدت نامحدود برای جلوگیری از عود بیماری ادامه یابد.

● فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا هنگامی که بررسی‌ها نشان دهد بیماری فروکش کرده است بیمار باید در بستر استراحت نماید. مدت استراحت لازم به این منظور معمولاً ۵-۲ هفته است ولی در برخی موارد به ماه‌ها استراحت نیاز است. مهیا کردن یک لگن یا توالت کنار بستر باعث می‌شود که بیمار مجبور نباشد برای

رفتن به توالت از بستر برخیزد.

• رژیم غذایی

رژیم مایعات با غذاهای نرم در مراحل اولیه بیماری که به‌تدریج به یک رژیم عادی غنی از پروتئین، کالری و ویتامین‌ها تغییر داده می‌شود.

رژیم غذایی کم‌نمک در صورتی که بیمار دچار کاردیت (التهاب قلب(باشد، توصیه می‌شود.

• درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا کودک شما دارای علایم تب روماتیسمی باشد.

▪ بروز علایم زیر در طی درمان:

ـ ورم پا و پشت

ـ کوتاهی نفس

ـ استفراغ یا اسهال

ـ سرفه

ـ درد شدید شکم

ـ تب

ـ اگر دچار علایم جدید و غیرقابل توجیه شده اید. داروهای تجویزی ممکن است با عوارض جانبی همراه باشند.

این بیماری بیشتر قلب، مفاصل، دستگاه عصبی مرکزی، پوست و بافت زیر جلدی را درگیر می کند.

گر چه نام تب حاد رماتیسمی درگیری مفصل را مورد توجه قرار می دهد، اهمیت این بیماری در درگیری قلب است که در مرحله حاد می تواند کشنده باشد و یا می تواند باعث بیماری روماتیسم قلبی شود. از نقطه نظر اپیدمیولوژیی تب روماتیسمی و بیماری روماتیسم قلبی نمی توانند از هم جدا باشند. تب روماتیسمی اغلب به بیماری روماتیسم قلب که یک بیماری عاجز کننده است منتهی می شود.

• آثار روماتیسم قلبی شامل:

▪ آسیب مداوم قلب

▪ افزایش ناتوانی قلب

▪ افزایش و تکرار بستری شدن فرد در بیمارستان

▪ مرگهای زودرس معمولا در سن ۳۵ سالگی یا زودتر از آن

خصوصیات اپیدمیولوژیک ضایعات روماتیسم قلبی را می توان به شرح زیر خلاصه کرد:

۱) سن

۲) جنس

۳) نژاد

۴) فقر اقتصادی

۵) توزیع جغرافیایی

۶) فصل

تب روماتیسمی می تواند در هر سنی اغاز شود در دوره شیرخوارگی بسیار نادر است. بیشتر در بنی ۵ تا ۱۵ سالگی که عفونت استرپتوکوکی شایعتر و شدیدتر است دیده می شود و در این موارد آموزش بهداشت خیلی موثر است.

▪ PENICILLIN V POTASSIUM

ـ موارد مصرف: این دارو در درمان التهاب‌عفونی لوزه‌ها، التهاب گوش میانی،بادسرخ و برای پیشگیری از ابتلا به تب‌روماتیسمی مصرف می‌شود.

▪ فارماکوکینتیک: ۷۳ ـ ۶۰ درصد دارو از راه‌خوراکی جذب می‌شود و پس از ۱ ـ ۰/۵ساعت غلظت سرمی آن به اوج می‌رسد.نیمه عمر دارو ۱ ـ ۰/۵ ساعت است که در صورت عیب کار کلیه تا ۴ ساعت‌افزایش می‌یابد. پیوند این دارو به پروتئین ۸۰% می‌باشد. ۴۰ ـ ۲۰% دارو ازطریق ادرار به‌صورت تغییر نیافته دفع‌می‌شود.

ـ موارد منع مصرف: در صورت وجودسابقه آلرژیک به پنی‌سیلین‌ها نبایدمصرف شود.

ـ هشدارها: در صورت وجود سابقه‌بیماری‌های گوارشی، بویژه کولیت‌وابسته به آنتی بیوتیک و عیب کار کلیه،

این دارو باید با احتیاط فراوان مصرف‌شود.

ـ عوارض جانبی: واکنش‌های حساسیتی‌شامل کهیر، تب، درد مفاصل، آنژیوادم وشوک آنافیلاکتیک در بیمارانی که دچارحساسیت مفرط می‌شوند، با مصرف این‌دارو گزارش شده‌اند.

ـ تداخل‌های دارویی: مصرف همزمان

این دارو با داروهای خوراکی‌جلوگیری‌کننده از بارداری حاوی‌استروژن، ممکن است جذب این داروها راکاهش دهد و منجربه بارداری ناخواسته‌شود.

مصرف همزمان پنی سیلین‌ها بامتوترکسات منجر به کاهش کلیرانس‌متوترکسات و در نتیجه مسمومیت با این‌دارو می‌شود.

ـ نکات قابل توصیه

۱) در بیماران مبتلا به‌عیب کار کلیه به کاهش مقدار مصرف دارونیازی نیست، مگر اینکه عیب کار کلیه شدیدباشد.

۲) در صورت بروز اسهال، بدون مشورت‌با پزشک از مصرف هر گونه داروی ضداسهال باید خودداری نمود.

ـ مقدار مصرف:

بزرگسالان: مقدار مصرف این دارو

۵۰۰ ـ ۲۵۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت یکبار وحداقل ۳۰ دقیقه قبل از غذا می‌باشد.

کودکان: در کودکان تا سن یک سالگی۶۲/۵ میلی‌گرم در کودکان با سن ۵ ـ ۱سال ۱۲۵ میلی‌گرم و در کودکان با سن

۱۲ ـ ۶ سال ۲۵۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت‌یکبار مصرف می‌شود.

ـ اشکال دارویی:

Film Coated Tablet: ۵۰۰mg

For Oral Solution: ۱۲۵mg / 5ml, ۲۵۰mg /5ml

حتی جوان‌ها هم باید مراقب قلب‌های خود باشند زیرا تب روماتیسمی پیر و جوان نمی شناسد

زمانی که دریچه‌ها شل می‌شوند

قلب در اصل از چهار حفره مختلف تشکیل شده است که در فاصله بین دو جفت از آنها و نیز در فاصله بین بطن‌ها و عروق بزرگ ریوی و آئورت دریچه‌هایی تعبیه شده‌اند. این دریچه‌ها گاهی دچار اختلال عملکرد می‌شوند و بنابراین مشکلات و علائم ناراحت کننده مختلفی را برای فرد بیمار ایجاد می‌کنند. بخش عمده‌ای از این بیماری‌ها مادرزادی هستند و تعداد زیادی از آنها هم از تب رماتیسمی ناشی می‌شوند. موارد مادرزادی اکثرا در همان دوران کودکی خود را نشان می‌دهند اما ناشایع نیست که این اختلالات خفیف باشند و بنابراین تا دوران جوانی و حتی بزرگسالی علامت‌دار نشوند. از طرف دیگر، تب رماتیسمی عمدتا یک بیماری دوران کودکی یا نوجوانی است. این بیماری که در واکنش به نوعی میکروب به نام استرپتوکوک ایجاد می‌شود می‌تواند اکثر دریچه‌های قلب را تخریب کند. پس اگر دو مورد قبل یعنی بیماری‌های مادرزادی دریچه‌های قلب و نیز تب روماتیسمی را در کنار هم در نظر بگیرید، می‌بینید که نه تنها این بیماری‌های قلبی مربوط به دوره سالمندی نیستند بلکه اکثرا در همان دوران کودکی و جوانی مشکل‌ساز می‌شوند. با این حساب احتمالا به این حرف ما اعتقاد پیدا کرده‌اید که به هیچ عنوان جوان‌ها از بیماری‌های قلبی مصون نیستند.

شیوع تب روماتیسمی در کشورهای توسعه نیافته شیوع تب روماتیسمی نسبت به سالهای گذشته به نسبت زیاد کاهش یافته است اما در کشورهای جهان سوم وتوسعه نیافته تب روماتیسمی و عفونتهای استرپتوکوکی هنوز روند رو به رشد دارد.تب روماتیسمی شبیه به حالت های عفونی دستگاه تنفسی فوقانی است و اغلب کودکان پنج تا ۱۵ ساله و در بزرگسالان بین سالهای ۲۰ و بالای ۳۰ سال رواج دارد.

بنابراین گزارش؛ محققان مهمترین عامل تب روماتیسمی را فقر خانواده ها، پایین بودن سطح فرهنگ وکثرت جمعیت می‌دانند.

ـ خطر شیوع تب روماتیسمی در .. [February ۰۶, ۲۰۰۷]

ـ خطر شیوع تب روماتیسمی در بچه‌ها

تب روماتیسمی و بیماری کاوازاکی دو بیماری قلبی است که به عنوان بیماری‌های اکتسابی، ریشه در دوران کودکی افراد دارند و با توجه به

چگونگی برخورد والدین با آن می‌توان از گسترش عوارض آن جلوگیری کرد.

تب روماتیسمی به عنوان یک عارضه از گلودردهای چرکی و استرپتوکوکی می‌تواند موجب از بین رفتن دریچه‌های قلب و آسیب به مفاصل شود، ۵ تا ۱۵ سالگی شایع‌ترین سن بروز این بیماری است. به واسطه آگاهی مردم و توصیه‌های فراوان، همچنین دقت پزشکان در درمان عفونت‌های باکتریایی حلق و گلو، در طول شش سال گذشته حالتی به وجود آمده بود که دیگر موردی از تب روماتیسمی در کشور ایران گزارش نشده اما در چند ماه قبل مواردی از این بیماری در بیمارستان کودکان مفید تهران مشاهده شده است.پژوهش‌ها روی باکتری استرپتوکوک گروه A در مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی اطفال ادامه دارد و به نظر می‌رسد تغییر در ساختار باکتری و سوش میکروب همچنین زندگی‌های شهرنشینی درخانه‌های کوچک و پرجمعیت می‌تواند موجب شیوع و یا افزایش تعداد موارد تب روماتیسمی شود.در خصوص شیوع باز پدید بیماری تب روماتیسمی، همه والدین و پزشکان باید هوشیاری کامل داشته باشند، چرا که تجویز نکردن به موقع داروهای پادزیست (آنتی‌بیوتیک) در گلودردهای چرکی توسط پزشکان از یک طرف، استفاده نکردن به موقع و به طور کامل دوزهای تجویز شده از سوی بیماران و والدین اطفال بیمار، از طرف دیگر، موجب انتشار مجدد این بیماری و عوارض پرهزینه و غیرقابل جبران آن می شود.چون این بیماری عارضه گلو درد چرکی روی دریچه‌های قلب است، بنابراین در هر فرد با سرخی گلو، چرک و عفونت گلو، تورم غدد لنفاوی زیر فک، تب بالا، اشکال در بلع بدون سرفه یا ورم ملتحمه چشم، خشکی صدا یا آبریزش از بینی، باید احتمال ابتلا به میکروب استروپتوکوک نوع A داده شود. از طرفی هم تشخیص نابجا را باید مورد توجه قرار داد.پزشکان تا حدود ۸۰ درصد در افتراق نوع باکتریایی گلو درد با نوع ویروسی آن دچار مشکل و یا اشتباه می‌شوند.از این رو اگر برای بیماری آنتی‌بیوتیک تجویز شد، باید در طول ۹ روز اول بیماری به طور دقیق و سر ساعت مصرف شود، چرا که پس از چهار روز اول بیماری ممکن است علایم با مصرف دارو از بین برود اما میکروب‌ها اثر مخرب خود را بر روی دریچه‌های قلب آغاز کنند.کودکان و بیماران نباید از نوع تزریقی آنتی‌بیوتیک‌ها وحشت کنند، چرا که اثر مناسب نوع تزریقی آنتی‌بیوتیک نسبت به نوع خوراکی آن و ماندگاری مورد نظر آن در جریان خون، برای مدت مورد نظر، مهم‌ترین ویژگی استفاده از این نوع فرآورده‌های تزریقی است.

در صورت بروز تب روماتیسمی در قلب و مفاصل بیمار که غالبا در سنین بلوغ و نوجوانی است، بیماران باید تا سال‌های متمادی آنتی‌بیوتیک تزریق کنند و این تزریق، هفتگی و یا ماهانه ادامه خواهد یافت. اگر دریچه قلب در این عارضه درگیر و تخریب شود، بیمار که فرد جوانی است و زیر ۲۵ سال سن خواهد داشت، مجبور به عمل جراحی پرهزینه تعویض یک یا چند دریچه قلب خود می‌شود.

شایع‌ترین عارضه تب روماتیسمی روی دریچه میترال است و این دریچه قلب از اهمیت ویژه‌ای در قلب برخوردار است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیش از هفت درصد از کودکان زیر پنج سال کشور ایران به میکروب هموفیلوس آنفلوانزای نوع B آلوده می‌شوند که این مسأله هشدار می‌دهد تا مسوولان نسبت به آغاز طرح‌های ویژه ملی و کشوری واکسیناسیون کودکان زیر پنج سال علیه بیماری مرتبط با این میکروب هر چه زودتر اقدام کنند

- درمان تب روماتیسمی با ویتامین گروه B

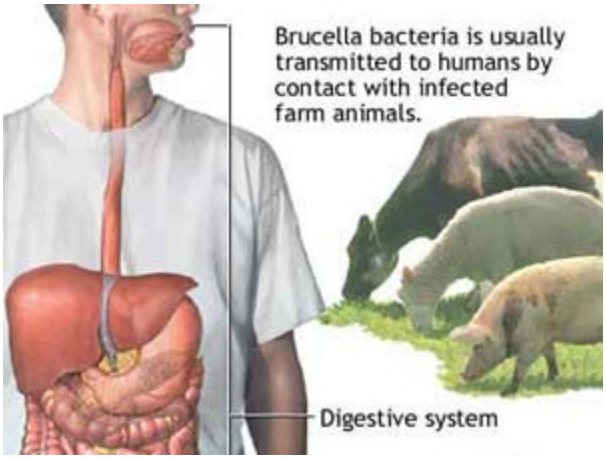
تحقیقات کلینیکی بیمارستان دانشگاه اومئا در سوئد نشان داد که بیماران مبتلا به بیماری التهاب شریان های ریز تب روماتیسمی با ویتامین های خانوادهB درمان می شوند .در این بررسی که بر روی ۶۲ بیمار با میزان هوموستئین بیشتر و یا برابر ۱۲ میلی مول در لیتر که بدون ترتیب , داروی بی اثر , ترکیبی از اسید در مدت یکسال مصرف می کردند B ۲۱ و ویتامین B ۶ فولیک ویتامین استفاده می کردند B مشاهده شد که بیمارانی که از ویتامین های خانواده مقدار هوموستئین به میزان زیادی کاهش یافت . هومولوگ سیستین از دو مولکول هوموستئین بوجود آمده و منبع گوگرد در بدن به حساب می آید.

منبع : پزشکان بدون مرز

http://vista.ir/?view=article&id=314169

vista.ir
Online Classified Service

تب مالت



بیماری تب مالت (بروسلوز) بوسیله میکروبهای متعلق به جنس بروسلا تولید گشته و از حیوانات به انسان انتقال پیدا می کند. میکروب سه گانه این بیماری عبارتند از : بروسلآ بورتوس ،بروسلا تنسیس ،بروسلا سویس. مخزن طبیعی بروسلوز در حیوانات اهلی به خصوص گاو ، بز ، گوسفند و خوک است. این بیماری در اثر تماس با مواد بیولوژی آلوده حیوانات مانند خون ، ادرار ، ترشحات جنینی و بافتها از راه خوراکی و یا استنشاق انتقال پیدا می‌کند. این بیماری از انسان به انسان مسری نیست. این عفونت باکتریایی اعضای خون‌ساز بدن، از جمله مغز استخوان، گره‌های لنفاوی، کبد و طحال را متأثر می‌سازد. بیماری در مردان ۶۰-۲۰ ساله شایعتر است. دوره نهفتگی بیماری ممکن است ۶-۵ روز یا حتی تا چندین ماه باشد. بیماری یک نوع حاد و یک نوع مزمن دارد.

همیشه وقتی صحبت از شیر می‌شود همه به فواید آن فکر می‌کنند اما به راستی مگر شیر ضرر هم دارد؟ تب مالت یا هدیه شیرهای ناسالم از جمله از بیماریهای عفونی است که در فصلهای گرم سال شیوعش وسیع است. بسیاری از خانواده‌ها گمان می‌کنند با وجود شیرهای پاستوریزه دیگر رد پای اینگونه بیماریها بطور کامل از صفحه روزگار محو شده است اما باید این پیام را به خانواده‌ها داد و آن هم اینکه تا وقتی شیر هست تب مالت هم در کنارش است.

- علایم شایع

در نوع حاد، علایم تب و لرز متناوب، تعریق، خستگی قابل توجه، درد به هنگام لمس ستون فقرات، سردرد و ... بطور ناگهانی ظاهر می‌شوند.

با بزرگ شدن گره‌های لنفاوی در نوع مزمن، علایم خستگی، درد عضلانی، کمردرد، یبوست، کاهش وزن، افسردگی، ناتوانی جنسی و ندرتاً بروز آبسه در تخمدان‌ها، کلیه‌ها، و مغز تدریجاً ظاهر می‌شوند.

- علل

▪ عفونت ناشی از باکتریهایی تحت عنوان بروسلا ، که از راه مصرف شیر یا محصولات لبنی (کره، پنیر) یا محصولات گوشتی به انسان انتقال می‌یابد.

- عوامل افزایش‌دهنده خطر

▪ وجود کم‌خونی وخیم یا سابقه جراحی معده. این مشکلات باعث کاهش اسید معده می‌شوند؛ وجود اسید معده شانس عفونت را کاهش می‌دهد. در افرادی که با حیوانات سر و کار دارند، مثل کشاورزان، قصابان، دامپزشکان، یا دامداران

▪ مسافرت به مناطق آلوده احتمال ابتلا بیشتر است. همراه این بیماری ندرتاً عفونت قلب، استخوان، مغز یا کبد نیز دیده می‌شود. باید بیماری را بسیار جدی گرفت چرا که در صورت ناکافی بودن مراقبت و درمان، بیماری ممکن است مزمن شود یا معلولیت رخ دهد. البته خطر انتقال و ابتلا به بیماری بروسلوز در انسان ، با توجه به رعایت نکات بهداشتی در جهت پرهیز از تماس با نسوج حیوانات مبتلای ذبح شده و یا عدم مصرف شیرهای غیر پاستوریزه می‌تواند در جوامع مختلف کاهش یابد.

- پیشگیری

▪ هیچگاه شیر غیرپاستوریزه، از هر منبعی که باشد، مصرف نکنید.

▪ زمانی که با حیوانات سر و کار دارید، از دستکش، محافظ چشم، پیش‌بند، و سایر وسایل محافظتی استفاده کنید.

▪ دامها را واکسینه کنید.

- درمان

تشخیص قطعی با آزمایش خون انجام می‌گیرد. با درمان معمولاً در عرض ۴-۳ هفته خوب می‌شود. درمان شامل یک دوره استراحت در رختخواب و مصرف آنتی بیوتیک است. معمولاً لازم نیست که بیمار از دیگران جدا شود. همچنین تمامی اعضای خانواده که ممکن است از همان محصول لبنی آلوده مصرف کرده باشند باید تحت معاینه و آزمایش قرار گیرند. افرادی که کاهش وزن قابل توجه داشته باشند، بایستی کالری غذایی را افزایش دهند.

الف) داروها

- آنتی‌بیوتیک برای مبارزه با عفونت، مثل تتراسیکلین، برای حداقل سه هفته
- داروهای کورتیزونی برای کاهش پاسخ التهابی در موارد شدید
- داروهای ضد درد برای درد عضلانی

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241856

vista.ir
Online Classified Service

تب و تشنج

تشنج ناشی از تب نوعی تشنج است که متعاقب تب بالا (بیشتر از ۳۹ درجه سانتیگراد) اتفاق می افتد . این تب بعلت وجود عفونت در بخشی از بدن به جز مغز است . این بیماری معمولاً در کودکان سنین ۶ ماه تا ۵ سال رخ می دهد . این اختلال اگر چه نگران کننده و هراسناک است ، ولی این تشنجها معمولاً خطرناک نیستند .

● علت این عارضه چیست ؟

تشنج ناشی از تب در نتیجه افزایش ناگهانی دمای بدن (معمولاً در اوج بیماریهایی که با تب همراه هستند) بوجود می آید . تشنج اغلب همراه با یک عفونت دستگاه تنفسی ، نظیر سرماخوردگی است . کودکان اغلب مستعد این تشنج هستند ، زیرا تکامل مغز در آنها هنوز کامل نشده است .

● علائم و نشانه های بیماری

- اولین مرحله تشنج حدود نیم دقیقه به طول می انجامد و از علائم آن می توان به موارد زیر اشاره نمود :

ـ کاهش سطح هوشیاری

ـ سفت شدن بدن

ـ وقفه در تنفس به مدت نیم دقیقه و هنگامی که مجدداً تنفس شروع می شود . بسیار سطحی انجام می گیرد ، بصورتی که تشخیص آن به سختی امکان پذیر است .

ـ دفع ادرار یا مدفوع و یا هر دو

▪ مرحله دوم معمولاً کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد . کودک دراین مرحله هوشیار نیست و علائم زیر ممکن است دیده شوند :

ـ لرزش در عضلات دست و پا و صورت .

ـ قرار گرفتن سیاهی چشم در بالا

ـ در پایان مرحله دوم کودک هوشیاری خود را بدست می آورد و ممکن است به مدت ۱۲ ساعت به خواب عمیق فرو رود و در زمان بیدار شدن خواب آلود و گیج باشد .

در صورت ایجاد تشنج یا تب بالاتر از ۳۹ درجه سانتیگراد سریعاً به پزشک مراجعه کرده و یا به بخش اورژانس نزدیکترین بیمارستان مراجعه نمائید .

چنانچه درجه حرارت بدن کودک افزایش یافت . سعی کنید آن را پائین آورید .

کاهش درجه حرارت بالا درکودک موجب تحمل بهتر کودک و کاهش احتمال تب و تشنج در کودکان ۳ ماه تا ۵ ساله می شود .

▪ مراحل زیر به پائین آوردن درجه حرارت بدن در کودکان تمامی سنین کمک می کند :

ـ بیشتر لباسهای کودک را در آورید و در صورتی که کودک در تختخواب است از روانداز ضخیم و پتو استفاده نکنید .

ـ با استفاده از آب ولرم با کمک پارچه و یا وان آب ولرم ، کودک خود را خنک کنید .

ـ در صورتی که کودک بیش از سه ماه دارد ، از قطره استامینوفن استفاده کنید .

ـ درجه حرارت اتاق کودک را در حدود ۱۵ درجه سانتیگراد قرار دهید .

ـ از پنکه یا بادبزن برای خنک کردن کودک استفاده کنید .

● اقدامات پزشکی

در صورتی که کودک برای اولین بار دچار چنین حالتی شده باشد ، ممکن است پزشک جهت رد مننژیت و بررسی از این نظر کودک را در بیمارستان بستری نماید . سایر بررسی ها نیز جهت مشخص کردن علت عارضه انجام خواهد شد . در صورت وجود عفونت ناشی از باکتری ها ، پزشک آنتی بیوتیک تجویز خواهد کرد . در ضمن نحوه برخورد و اقدامات درمانی درحملات بعدی بیماری را به شما آموزش خواهد داد . ممکن است پزشک برای کودک شما دیازپام (داروی آرام بخش و ضد تشنج) تجویز نماید ، تا در خانه از آن استفاده نمائید . استفاده از دیازپام در زمان تشنج ، طول مدت تشنج را کاهش می دهد .

در حدود یک سوم کودکانی که دچار تشنج شده اند ، طی ۶ ماه بعد دچار تشنج مجدد می شوند ولی احتمال تشنج ناشی از تب در کودکان بزرگتر از ۵ سال بسیار کم است . تعداد محدودی از کسانی که دچار تشنج ناشی از تب می شوند ، ممکن است در آینده به بیماری صرع مبتلا شوند .

منبع : وب سایت رسمی دکتر ابراهیم رزم پا

http://vista.ir/?view=article&id=261915

vista.ir
Online Classified Service

تبخال می زنید؟ نگران نباشید!

تا به حال شده که کنار لبتان مورمور کند و یک نقطه کوچک و سفت که آن را نمی توانید ببینید، روی لبتان ظاهر شود؟ اگر تا به حال چنین تجربه‌ای نداشته‌اید، بهتر است بدانید که این حالت پیش زمینه بروز تبخالی قرمز رنگ

کنار لبتان است.

یک روز صبح از خواب بلند می شوید و می بینید یکی از همان دانه‌های قرمز و بزرگ مشهور کنار لبتان زده که درمان سریعی ندارد و شما مجبورید با یک دستمال کاغذی جلوی دهانتان از خانه بیرون بروید. بد نیست با این مهمان‌های ناخواسته بیشتر آشنا شویم.

ویروسی به نام هرپس سیمپلکس(Herpes Simplex Virus)عامل ایجاد تبخال است. این ویروس در دو نوع مشاهده می شود که نوع اول سبب بروز تبخال روی لب و نوع دوم موجب بروز تبخال در دستگاه تناسلی می شود. نکته مهم آنجاست که اگر شما یک بار به تبخال که بیماری مسری است مبتلا شوید، این ویروس در سلول‌های عصبی پوستتان نهفته باقی می ماند و ممکن است دوباره به صورت عفونتی فعال در همان محل اول یا نزدیک به آن ظاهر شود.

● وقتی ویروس بیدار می شود

اینکه چه شرایطی سبب می شود ویروس خفته دوباره بیدار شود، مقوله‌ای است که جا برای بحث بسیار دارد اما به طور خلاصه شرایطی همچون تب، آنفلوآنزا ، سرماخوردگی، فشارهای روحی و روانی ، صدمات به لب یا جراحی‌های روی نواحی دهان و لب، قاعدگی، سوء تغذیه و قرار گرفتن در معرض نورخورشید از جمله این موارد هستند.

● علایم و نشانه‌ها

علایم و نشانه‌های تبخال به این صورت است که در وهله اول یک تاول کوچک و دردناک پر از مایع، روی یک نقطه سرخ و دردناک پوست بروز می کند که به طور معمول روی لب‌ها و نواحی داخل دهان است. سپس درد شدید و احساس مورمور شدن به سراغ بیمار می آید که اغلب یکی دو روز پیش یا پس از بروز تاول‌هاست و این علامت بسیار مهمی است.

به خصوص احساس مورمور شدن و درد خفیف از علایم اولیه تبخال است که می تواند به عنوان یک زنگ خطر محسوب شود. در این مرحله اگر کسی متوجه عفونت تبخال شود، می تواند با استفاده از اقدامات پیشگیرانه جلوی تبخال را بگیرد. در نهایت تاول‌ها می شکنند و از آنها خونابه خارج می شود و یک زخم قهوه‌ای با حالتی ناخوشایند ظاهر می شود. این پروسه ۷ تا ۱۰ روز طول می کشد تا کبره زردرنگ تشکیل شود، سپس بریزد و پوست صورتی جای آن را بگیرد.

● راه سرایت به دیگران

تبخال می تواند در نتیجه تماس مستقیم پوستی و بوسیدن، از فردی که تاول روی پوستش وجود دارد، به فرد دیگری منتقل شود. ویروس تا زمانی که ترشحات مرطوب در تاول وجود دارند، انتقال می یابد. استفاده از وسایل مشترک فرد آلوده مانند وسایل غذاخوری، حوله و... نیز در صورت وجود تاول می تواند موجب سرایت بیماری شود.

در طول بیماری شما باید حتی مراقب دستانتان نیز باشید. لمس کردن سایر نقاط بدن مانند چشم و دستگاه تناسلی می تواند بیماری را به باقی نقاط بدن انتقال دهد.

● مراقبت تا رفع تبخال

ویروس تبخال در بدن کسی که در گذشته به آن مبتلا شده، باقی می ماند و به سادگی از بدن شخص خارج نمی شود. تبخال، دوره‌ای ۷ تا ۱۰ روزه دارد و اغلب بدون درمان ناپدید می شود. شما می توانید از انواع کرم‌ها برای نرم کردن تبخال و مسکن‌ها و کمپرس سرد و گرم برای تخفیف درد استفاده کنید. نکته بسیار مهم این است که تاول‌ها را فشار ندهید و سوراخ نکنید.

وقتی روی لبتان تبخال زد، مصرف لبنیات و سیب‌زمینی را به دلیل داشتن لیزین افزایش دهید و از خوردن شکلات، کاکائو ، غلات، بادام زمینی و ژله خودداری کنید. استفاده از کرم ضد ویروس آسیکلوویر و قرار دادن لایه نازکی از آن با استفاده از گوش پاک کن روی تبخال هر شش ساعت، دوره تبخال را کوتاه نمی کند اما ریزش ویروس از روی زخم را افزایش می دهد و در بهبود آن مؤثر است. اغلب پزشکان نیز برای خشک کردن تبخال از

محلول‌های خاصی استفاده می کنند.

● چه زمانی به پزشک مراجعه کنیم؟

▪ اگر به بیماری مبتلا هستید که در دستگاه ایمنی شما اختلالاتی به وجود آورده است.

▪ اگر تبخال شما طی یک یا دو هفته بهبود پیدا نمی کند.

▪ در صورتی که بیماری شما شدید است و تبخال به طور مرتب در شما عود می کند.

● ۳ نکته مهم:

مسواک شما تا چند روز مکان خوبی برای ویروس تبخال است و می تواند سبب بازگشت ویروس به دهان شما پس از بهبود شود. بهترین کار این است که به محض فعال شدن تبخال، مسواک خود را دور بیندازید. مسواک را در حمام یا دست‌شویی قرار ندهید. ویروس تبخال در مکان‌های مرطوب رشد می کند و عمرش طولانی می شود.

محافظت از لب‌ها در مقابل هر گونه عامل خارجی و محیطی مانند باد و اشعه خورشید، راهی برای جلوگیری از عود تبخال است. گاهی مواقع کمبود گروهی از ریزمغذی‌ها مانند آهن و ویتامین B سبب عود تبخال می‌شود.

در سال ۸۵ برای اولین بار دکتر رسول توکلی روش واکسیناسیون بدن انسان در برابر ویروس تبخال را کشف کرد. اثر واکسن تبخال در حداقل میزان عود ویروس ۱۰ برابر و در حداکثر میزان عود ویروس ۲۶ برابر مؤثرتر از درمان‌های موجود است.

http://vista.ir/?view=article&id=292203

vista.ir
Online Classified Service

تبخال ویروسی که پنهان می شود

احتمالاً بسیاری از شما تجربه زدن تبخال را داشته اید: گوشه لبتان شروع به مورمور کردن می کند و یک نقطه کوچک و سفت که نمی توانید آن را ببینید روی لبتان ظاهر می شود. پس از یکی دو روز تاول های قرمزرنگی روی لبتان به وجود می آید، این همان تبخال معروف است که احتمالاً موقع خواب پدیدار شده است و راهی برای پنهان کردن یا برطرف کردن سریع آن وجود ندارد.

تبخال کاملاً با آفت _ که بعضی افراد آن را با تبخال مرتبط می کنند _ متفاوت است. تبخال ناشی از ویروس «هرپس سیمپلکس» یا ویروس تبخال ساده است و عارضه ای واگیردار است. آفت ها معمولاً مسری نیستند و زخم هایی هستند که بر روی بافت های نرم درون دهان به وجود می آیند، جایی که تبخال نمی زند. تبخال بیماری شایعی است، اگرچه نمی توان تبخال را معالجه کرد یا به کلی از آن پیشگیری کرد، اما راه هایی وجود دارد که می تواند توالی بروز آن را کاهش دهد یا مدت بروز آن را محدود کند.

● علائم و نشانه های تبخال

▪ علائم و نشانه های تبخال اینها هستند:

ـ تاول های کوچک، دردناک پر از مایع که روی منطقه برجسته، قرمز و دردناک پوستتان قرار دارند.

ـ درد یا مورمور شدن که اغلب یکی دو روز پیش از ظهور تاول ها احساس می شود.

ـ معمولاً ۷ تا ۱۰ روز طول می کشد تا تبخال برطرف شود. تبخال معمولاً روی لب ها ظاهر می شود. اما گاهی روی سوراخ های بینی، چانه یا انگشتان دست هم دیده می شود و گرچه غیرمعمول است اما ممکن است تبخال در داخل دهان هم بروز کند _ اما تنها برروی لثه ها یا کام سخت _ که در سقف قرار دارد. اگر زخمی روی بافت های نرم درون دهانتان ظاهر شود ممکن است آفت باشد ولی مطمئناً تبخال نیست.

علائم تبخال ممکن است تا حداکثر ۲۰ روز پس از قرارگرفتن در معرض ویروس ظاهر نشود و معمولاً ۷ تا ۱۰ روز طول می کشد. تاول ها شکل می گیرند، می ترکند و ترشح می کنند. سپس کبره زردرنگی تشکیل می شود و نهایتاً با ریختن آن پوست صورتی رنگی در زیر ظاهر می شود و تبخال بدون گذاشتن جا بهبود می یابد.

● علل تبخال

گونه های معینی از ویروس هرپس باعث تبخال می شود. ویروس «هرپس سیمپلکس نوع ۱» معمولاً در صورت تبخال ایجاد می کند. ویروس «هرپس سیمپلکس نوع ۲» مسئول ایجاد تبخال های تناسلی است. با این حال هر دو نوع ویروس می توانند هم در ناحیه صورت و هم در دستگاه تناسلی تبخال ایجاد کنند. وقتی تبخال به ما سرایت می کند که با شخصی که دارای ضایعه فعال است تماس بگیریم.

استفاده مشترک از ظروف غذا، تیغ و حوله می تواند باعث سرایت عفونت شود.هنگامی که یکبار به تبخال مبتلا می شوید ویروس در سلول های عصبی پوستتان نهفته باقی می ماند و ممکن است دوباره به صورت عفونتی فعال در همان محل اول یا نزدیک به آن ظاهر شود. در این صورت ممکن است در محل حمله قبلی احساس خارش یا برآمدگی کنید. تب، قاعدگی، استرس و قرار گرفتن در معرض نور خورشید ممکن است عود تبخال را باعث شود.

● چه وقت باید به پزشک مراجعه کرد؟

تبخال ها عموماً بدون درمان بهبود می یابند. اما در موارد زیر باید به پزشک مراجعه کنید:

۱) دچار بیماری دیگری هستید که باعث اختلال دستگاه ایمنی شما شده است.

۲) تبخال هایی دارید که پس از یک تا دو هفته به خودی خود بهبود نمی یابند.

۳) علائم بیماری شدید است.

۴) عودهای مکرر تبخال در شما رخ می دهد.

● عوارض تبخال

تبخال مسری است. ویروس تبخال می تواند از طریق پوست _ با _ پوست از شخصی به شخص دیگر منتقل شود. ویروس «هرپس سیمپلکس» می تواند حتی زمانی که تاول ها ظاهر نشده اند مسری باشد، اما بیشترین خطر عفونت در زمانی است که تاول ها ظاهر می شوند تا زمانی که آنها کاملاً خشک می شوند و کبره می بندند. اگر به تبخال مبتلا هستید، از تماس با نوزادان، افراد مبتلا به اگزما (التهاب پوستی ناشی از آلرژی) یا افراد دچار اختلال دستگاه ایمنی مثل مبتلایان به سرطان، ایدز یا گیرنده پیوند عضو خودداری کنید.

عفونت تبخالی چشم که باعث ایجاد جوشگاه بر روی قرنیه می شود یکی از علل مهم کوری است. این عارضه نیاز به مداخله فوری پزشکی دارد.

● درمان

تبخال عموماً بدون نیاز به درمان پس از ۷ تا ۱۰ روز برطرف می شود. اگر به حملات مکرر تبخالی دچار می شوید، پزشکتان ممکن است داروهای ضدویروسی برایتان تجویز کند. استفاده از دارو می تواند طول دوره ابتلا به تبخال را کوتاه کند و درد شما را کاهش دهد.

● پیشگیری

برای اینکه از ابتلا به تبخال پیشگیری کنید و یا نگذارید تبخال به سایر نقاط بدنتان یا افراد دیگر منتقل شود توصیه های زیر را رعایت کنید:

▪ از بوسیدن یا تماس پوستی با افراد در زمانی که تاول روی پوست آنها وجود دارد خودداری کنید. ویروس می تواند تا هنگامی که ترشحات مرطوب در تاول وجود دارند انتقال یابد.

▪ از وسائل مشترک استفاده نکنید. وسائل غذاخوری، حوله ها و سایر چیزهای شبیه به آنها می تواند در صورت وجود تاول ها باعث انتقال بیماری شود.

▪ دست هایتان را تمیز نگه دارید: اگر مبتلا به تبخال هستید قبل از لمس کردن افراد دیگر دست هایتان را بشویید.

▪ مراقب لمس کردن سایر نقاط بدنتان باشید. چشم ها و دستگاه تناسلی به خصوص به گسترش عفونت حساسند.

▪ از عوامل تحریک کننده بپرهیزید. از جمله وضعیت هایی که ظهور تبخال را تحریک می کنند قرار گرفتن بیش از حد در معرض نور خورشید است.

▪ از کرم های ضدآفتاب استفاده کنید. کرم ضدآفتاب را پیش از قرار گرفتن طولانی مدت زیر آفتاب چه در تابستان و چه در زمستان روی لب ها و صورتتان بمالید تا به پیشگیری از ظهور تبخال کمک شود.

● مراقبت شخصی

تبخال معمولاً بدون درمان ناپدید می شود. در طول مدتی که تبخال وجود دارد با رعایت نکات زیر می توانید از ناراحتی رهایی یابید:

▪ استفاده از کرم ها: کرم های معمولی که بدون نسخه پزشک به فروش می رسند ممکن است راحتی شما را فراهم کنند، اما انتظار نداشته باشید که بهبودی را تسریع کنند.

▪ استفاده از مسکن ها: از جمله آسپیرین، استامینوفن و ایبوپروفن برای تخفیف درد. به کودکان هیچ گاه آسپیرین ندهید. آسپیرین می تواند یک عارضه نادر و بالقوه کشنده را به نام نشانگان «رای» در کودک ایجاد کند.

▪ از گرما یا سرما استفاده کنید: برای رفع درد کمپرس سرد یا گرم روی پوست بگذارید.

▪ اجازه بهبود به ضایعه بدهید: از فشار دادن، کندن یا سوراخ کردن تاول ها بپرهیزید.

منبع : کانون فرهنگی اجتماعی ایرانیان مقیم اتریش

http://vista.ir/?view=article&id=274674

vista.ir
Online Classified Service

تبخال ویروسی یا «هرپس»

● تبخال نوع ۱ (تبخال صورتی – دهانی)

شاید کمتر کسی را بتوان پیدا کرد که تا به حال تبخال را تجربه نکرده باشد. زخمی دردناک با ظاهری ناخوشایند که همه از آن گریزانند، اما بالاخره سراغشان می‌آید. روش برخورد اصولی و بهداشتی با تبخال موضوع بحث امروز ماست و می‌خواهیم برایتان شرح دهیم که چگونه با این مهمان ناخوانده و سمج برخورد کنید که محترمانه شما را ترک کند و از پیش شما برود.

به‌طور کلی عفونت تبخال یک عفونت شایع ویروسی دهان است که به علت ورود ویروسی به نام هرپس سیمپکس به بدن خود را نشان می‌دهد. این عفونت در وهله اول به صورت یک نوع زخم صورت است که روی لب‌ها یا پوست صورت نزدیک منطقه دهان اتفاق می‌افتد و به همین دلیل ظاهری ناخوشایند را برای فرد مبتلا پدید می‌آورد.

● عفونت اولیه و ثانویه تبخال

متاسفانه ویروس تبخال به این سادگی که عموم مردم فکر می‌کنند بساطش از بدن برچیده نمی‌شود. اگر کسی برای اولین بار با این ویروس تماس داشته باشد، پس از بروز عفونت تبخال در ناحیه دهان، ویروس آن به عمق بدنش می‌رود و خود را مخفی می‌کند.

مدتی بعد احتمال دارد دوباره ویروس شعله‌ور شود. اینکه چه شرایطی سبب می‌شود ویروس خفته دوباره بیدار شود مقوله‌ای است که جا برای بحث بسیار دارد، اما به‌طور خلاصه شرایطی همچون تب، آنفلوآنزا، سرماخوردگی، فشارهای روحی و روانی، صدمات به لب و یا جراحی‌های روی نواحی دهان و لب از جمله این موارد هستند. از این رو آموختن روش برخورد با تبخال مهم‌ترین اصلی است که در مواجهه با این بیماری باید دانست تا از عوارض آن در امان ماند.

● وقتی تبخال می‌آید...

شناخت علائم بروز تبخال از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. علائم و نشانه‌های تبخال بدین صورت است که در وهله اول یک تاول کوچک و دردناک پر از مایع روی یک نقطه سرخ و دردناک پوست بروز می‌کند که معمولا روی لب‌ها و نواحی داخلی دهان است.

سپس درد شدید و احساس مورمور شدن به سراغ بیمار می‌آید که به‌طور معمول، یکی دو روز قبل یا بعد از بروز تاول‌هاست که این علامت بسیار مهمی‌است. به خصوص احساس مورمور شدن و درد خفیف از علائم اولیه تبخال است که می‌تواند به عنوان یک زنگ خطر محسوب شود. چرا که اگر شخصی در این مرحله متوجه عفونت تبخال شود با استفاده از اقدامات پیشگیرانه که در ادامه در مورد آنها صحبت می‌شود می‌تواند جلوی تبخال را بگیرد. در هر صورت پس از تشکیل تاول‌ها، سیر بیماری ادامه می‌یابد و سرانجام، تاول‌ها می‌شکنند و از آنها خونابه خارج می‌شود و سپس زخمی قهوه‌ای رنگ با ظاهری ناخوشایند تشکیل می‌شود.

● تبخال‌های خطرناک

در بعضی مواقع به دلیل بی‌اعتنایی بیمار، تبخال وسعت می‌یابد و عفونت شدید روی آن سوار می‌شود.

در این موارد زخم‌های تبخالی علاوه بر اینکه تمام نواحی لب را می‌گیرند به داخل دهان هم سرایت می‌کنند. در این موارد التهاب لثه‌ها از وخیم‌ترین وقایعی است که خود را نشان می‌دهد. تمام لثه‌ها به خصوص نواحی داخلی لثه‌ها ورم می‌کنند و حالت آبسه دهانی به خود می‌گیرند. بیمار قادر نیست که حتی لقمه‌ای غذا بخورد. شرایط بیمار روز به روز وخیم‌تر می‌شود و باید خیلی زود اقدامات درمانی در مورد وی اجرا شود.

● چه باید کرد

▪ اولین اقدامی‌که باید در مواجهه با تبخال کرد، شناخت مرحله اول تبخال به‌طور کامل و دقیق است. اگر شما در این مرحله تبخال را شناسایی کنید که آن هم کار زیاد سختی نیست به راحتی می‌توانید جلوی یک عفونت سخت را بگیرید.

▪ پس از تشخیص شروع تبخال به عنوان اولین اقدام، به فاصله هر نیم‌ساعت یک قالب کوچک یخ را روی لب‌ها بگذارید (روی ناحیه مبتلا) و آن قدر یخ را به لب‌ها بچسبانید که آن تکه یخ کوچک آب شود. توجه کنید که یخ را چند ثانیه روی لب‌ها بگذارید و سپس از روی لب‌ها بردارید تا سرمای شدید یخ، لب‌ها را از بین نبرد.

▪ پس از مرحله یخ‌گذاری به‌طور متناوب روی ناحیه مبتلا را با نمک بپوشانید. در این لحظه باید انتظار درد فراوانی داشته باشید، اما مطمئن باشید بهترین روش درمانی را در حال اجرا کردن هستید و بدون ترس و دلهره ادامه

دهید.

▪ از محلول‌های دهان‌شویه حتما استفاده کنید. محلول دهان‌شویه بنزیدآمین از جمله بهترین محلول‌های دهان شویه است. هر ۱ تا ۲ ساعت یکبار دهان را حسابی با محلول بشویید تا بهداشت داخل دهان تامین شود و عفونت به داخل دهان سرایت نکند.

▪ در فاصله مدت عفونت از غذاهای مایع و ولرم استفاده کنید تا لب‌ها و نواحی مبتلا تحریک نشوند و زخم انتشار پیدا نکند.

▪ سطح لب‌ها را با پمادهای مخصوص که معمولا پماد ویتامین A است مرطوب و نرم نگه‌دارید تا لب‌ها دچار خشکی نشوند و تبخال عفونی نشود.

▪ در صورت به کار بردن همه این اقدامات اگر احساس کردید روند بهبودی وجود ندارد به یک پزشک متخصص دهان و دندان یا یک دندانپزشک مراجعه کنید تا روند بهبودی را از وی طلب کنید.

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=293704

vista.ir
Online Classified Service

تحقق رویای پیشگیری از آنفولا نزا

این یک آرزوی دیرینه برای بشر بوده است که در فصل سرما از عوارض ناخوشایند آنفولانزا در امان باشد. در واقع یک هفته به صورت شبانه روز، با تب و لرز و سرفه های خشک و دردهای عضلانی و ضعف، خستگی و کوفتگی، دست و پنجه نرم کردن، برای هیچ یک از ما خوشایند نخواهد بود. چرا که این موضوع علاوه بر صدمات بهداشتی آن و فارغ از تحمیل بار مالی به خانواده، سبب می شود کلیه برنامه هفتگی خانواده دست خوش تغییرات شود. همه ما بارها تجربه کرده ایم که شایع ترین علت غیبت از کار و مدرسه در این فصل سرماخوردگی است و این برای همه ما تبدیل به یک سوال اساسی شده است که چگونه می توانیم پیش از شیوع ویروس آنفولانزا و همه گیر شدن ان ،خود را دربرابر ان ایمن سازیم.در این گزارش سعی کرده ایم با ذکر پاره ای از اصول علمی در خصوص پیشگیری و درمان انفولانزا، شما را با این بیماری و راه های مقابله با ان آشنا کنیم .

● آنفولانزا یک بیماری ویروسی است

آنفلوانزا شایعترین بیماری ویروسی فصل سرما است که دستگاه تنفسی را درگیر می کند و شدیدا مسری است یک ویروس آنفولانزا ممکن است ۹۰ بار کوچکتر از یک گلبول قرمز خون انسان باشد، به اندازهای کوچک که می تواند میان امواج نوری پنهان شود. اما همین ویروس کوچک می تواند در یک سال به اندازه نیمی از مرگ و میرهای ناشی از تصادفات ترافیکی، باعث مرگ انسانها شود. در هر ویروس آنفولانزا از هر فصلی تا فصل دیگر جهش ژنتیکی ایجاد می شود و در نتیجه این امر تدارک سیستم های دفاعی قبلی را کم تاثیر می کند. اما پیشرفت های اخیر در صنعت داروسازی کشف یافته های شگفت انگیزی را در علم پزشکی در این زمینه در پی داشته است. که نتیجه عملی آن برای مردم تحقق رویای دیرین مقابله با انفولانزا بوده است.در حقیقت دستیابی به نسل سوم واکسنی که تا ۸۰درصد موارد از این بیماری و عوارض آن جلوگیری می کند، یکی از بزرگترین دستاوردهای بشر در این حوزه محسوب می شود.

● چه کسانی در معرض آنفولانزا هستند؟

۱) هر آنچه که سبب تضعیف سیتم ایمنی بدن می شود: از سوی تغذیه گرفته تا خستگی و فشار کاری و استرس ، از وجود بیماریها مزمن از قبیل بیماری مزمن قلبی، ریویو کلیوی، دیابت، آسم گرفته تا بارداری و کهنسالی، امکان ابتلا به این بیماری را در فرد افزایش می دهد. کودکان مستعد آلرژی، آسم، بیماریهای قلبی، مرض قند، کودکان مبتلا به عفونتهای مکرر و کسانی که داروهای مضعف مصرف می کنند، یا کودکانی که مجبورند آسپرین طولانی مدت استفاده کنند، همگی در معرض این بیماری قرار دارند .

۲) هر آنچه که سبب تسهیل انتقال ویروس گردد: ازمحیط های بسته با تهویه نامناسب گرفته تا مکان های شلوغ مانند وسایل حمل و نقل

عمومی،از کامپیوتر و گوشی موبایل گرفته تا خودکار و کاغذ. کودکانی که در مهدکودک و در تماس با سایر کودکان هستند، افرادی که در خانه های سالمندان زندگی می کنند، کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی همگی به دلیل تردد در مراکزی که احتمال وجود ویروس در آن شدیدتر است، در معرض این بیماری قرار دارند .

● آموزش به کودکان

شیوع آنفولانزا در مکان هایی که تجمع افراد در آنها بیشتر است نظیر مدارس، مهدهای کودک احتمال بیشتری دارد چون اگر یکی از کودکان به این بیماری مبتلا شده و در این مکان ها نیز حضور داشته باشد می تواند به راحتی به دیگر همکلاسی ها و دوستان خود انتقال دهد. در واقع از آنجا که بیماری آنفولانزا به راحتی از طریق تماس هایی نظیردست دادن ،امانت گرفتن خودکار و دفتر و یا حتی صحبت کردن با یکدیگر به راحتی به دیگران سرایت می کند بنابراین در این زمینه باید با آموزش به کودکان در خصوص رعایت نکات بهداشتی از آلوده شدن دیگر افراد به این بیماری جلوگیری کرد. در واقع با توجیه کودکان در خصوص چگونگی انتقال بماری میتوان تا حدودی از گسترش آن جلوگیری نمود. اما باتوجه به تحقیقات علمی گسترده در رابطه با انفولانزا باید اعتراف نمود که تنها راه پیشگیری از آنفولانزا، علاوه بر رعایت نکات بهداشت عمومی و فردی، استفاده از واکسن آنفولانزا است.

● هنگامی که آنفولانزا دارید چه کنید؟

افرادی که مبتلا به آنفولانزا می شوند، فورا علائم را تجربه نمی کنند. بنابراین آنها می توانند بیماری را به دیگران منتقل کنند بدون اینکه بدانند بیمار هستند. در واقع ناتوانی ظاهری علم جهت متوقف کردن شیوع آنفولانزا تا اندازه ای به این دلیل است که میزبان مبتلا می تواند قطرات آلوده را روز قبل از شروع علائم تولید کند و به این صورت در چرخه شیوع آنفولانزا قرار گیرد.

فارغ از دورانی که فرد هنوز اطلاعی از بیماری خود ندارد،باید گفت به محض مشاهده نشانه های آنفولانزا رعایت نکات بهداشت فردی از سوی بیماران ازجمله استفاده از وسایل وظروف جداگانه ، استفاده از دستمال کاغذی در هنگام عطسه و سرفه، اجتناب از حضور در اماکن عمومی، شست وشوی مداوم دستها، مهمترین وظیفه مبتلایان به انفولانزا در قبال سلامت اطرافیان و جامعه است.یکی دیگر از مواردی که سبب انتقال بیماری به دیگران می شود ،در اختیار قرار دادن وسایل شخصی از قبیل گوشی موبایل و همچنین کامپیوتر است. معمولا اینگونه وسایل مورد تقاضای افراد دیگر به صورت امانت جهت بهره برداری کوتاه مدت قرار می گیرد و اظهار این موضوع که دارنده، مبتلا به آنفولانزا است ممکن است در جلوگیری از شیوع بیماری موثر باشد..

● توصیه های جهانی

آنفولانزا و عوارض آن سالیانه باعث مرگ ومیر هزاران نفر در سراسر جهان می شود. هر چند سال یک بار نوع جدیدی از آنفولانزا پیدا می شود و چنان به سرعت انتشار جهانی می یابد که زندگی میلیونها نفر را به خاطر می اندازد، وحشتناک ترین همه گیری جهانی آنفولانزا در قرن بیستم مربوط به سال ۱۹۱۸ میلادی بود که حدود ۴۰ میلیون نفر یعنی بیش از آمار کل کشته شدگان جنگ جهانی اول را به کشتن داد. این بیماری تقریبا هر زمستان با وسعت و شدت های مختلفی شایع می شود و تا اردیبهشت ماه ممکن است گریبان افراد مختلف را بگیرد. در حال حاضر سازمان پیشگیری و کنترل بیماریهای ایالات متحده تزریق واکسن انفولانزا را برای سنین ۶ ماه تا ۱۸ سال به صورت سالانه، توصیه می کند. اگر این توصیه CDC به مرحله اجرا در بیاید، تعداد کودکان واجد شرایط تنها در ایالات متحده به حدود ۳۰ میلیون نفر خواهید رسید. آنچه که قابل ملاحظه است آن است که توصیه های پیشین این مرکز کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه را تحت پوشش قرار می داد.

منبع : روزنامه مردم سالاری

http://vista.ir/?view=article&id=345141

vista.ir
Online Classified Service

تریشینوز

● شرح بیماری

تریشینوز عبارت است از عفونت ناشی از لاروهای انگل‌هایی که در روده خوک (به ندرت گوشت خرس و برخی حیوانات دریایی) زندگی می‌کنند. قسمت‌های ذیل را درگیر می‌کند: لوله گوارش (که لاروها از آنجا وارد می‌شوند)، دستگاه لنفاوی و جریان خون (که از طریق آن جا به جا می‌شوند)، عضلات بزرگ بدن به‌ویژه دیافراگم (عضلات بزرگ مورد استفاده در تنفس که قفسه سینه را از شکم جدا می‌کنند)، اندام‌های فوقانی و تحتانی که در آنها جایگزین می‌شوند.

● علایم شایع

▪ مراحل اولیه (معمولاً ظرف ۱۰-۷ روز شروع می‌گردد):

الف) کاهش اشتها، تهوع، استفراغ، اسهال و کرامپ‌های شکمی مراحل بعدی:

۱) پف کردن پلک‌ها و صورت

۲) درد عضلانی

۳) خارش و سوزش پوست

۴) تعریق

ب) تب بالا (۴۰-۹/۳۸ درجه سانتیگراد) مراحل انتهایی:

علایم فروکش می‌کنند ولی برخی بافت‌های عضلانی دچار عفونت دایم با کیست‌های میکروسکوپی باقی می‌مانند. در موارد نادر این کیست‌ها باعث اختلالات قلب و دستگاه عصبی مرکزی می‌شوند.

● علل

▪ عفونت با یک انگل، تریشینلا اسپیرالیس که با خوردن حیوانات دچار عفونت منتقل می‌شود. پختن کامل، انگل را می‌کشد و باعث می‌شود خوردن گوشت دچار عفونت خطری نداشته باشد. انگل در غذای آلوده (معمولاً روده خام) از حیوانی به حیوان دیگر منتقل می‌شود.

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ خوردن گوشت خوک کم‌پخته شده یا خام

▪ استفاده از داروهای سرکوبگر ایمنی

● پیشگیری

▪ از مصرف گوشت خوک خودداری کنید (از جمله سوسیس حاضری خوک).

● عواقب مورد انتظار

▪ در بیشتر افراد معمولاً با داروهای ضد انگل و در موارد شدید با مراقبت حمایتی تخصصی قابل علاج است. چند مورد مرگ گزارش شده است که معمولاً به خاطر نارسایی قلبی یا پنومونی بوده‌اند.

● عوارض احتمالی

▪ غلبه عفونت که می‌تواند منجر شود به:

الف) نارسایی احتقانی قلب

ب) نارسایی تنفسی

ج) آسیب دایمی به دستگاه عصبی مرکزی

د) آسیب به کلیه

و) سینوزیت

● درمان

الف) اصول کلی

آزمون‌های تشخیصی برای تشخیص زودهنگام در دسترس نیستند. بیوپسی عضله در ۴ هفته اول عفونت ممکن است لاروها یا کیست‌ها را نشان بدهد. انگل به ندرت در خون، مدفوع یا مایع مغزی ـ نخاعی یافت می‌شود.

ب) داروها

▪ داروهای ضد کرم (معمولاً تیابندازول) برای کشتن انگل‌ها

▪ کورتیکواستروییدها برای بیماران مبتلا به علایم آلرژی شدید یا درگیری دستگاه عصبی مرکزی

می‌توانید برای کاهش تب و ناراحتی، از داروهای بدون نیاز به نسخه مثل استامینوفن استفاده کنید.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا زمان فروکش کردن علایم، در بستر استراحت کنید. در طول مدت استراحت در بستر برای کاهش احتمال تشکیل لخته‌های خونی ورید عمقی، پاهای خود را مرتب حرکت دهید. به تدریج فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری های طبیعی را از سر بگیرید.

د) رژیم غذایی

رژیم غذایی خاصی ندارد.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم تریشینوز را داشته باشید.

▪ اگر در طول درمان یک یا چند مورد از موارد زیر رخ دهد:

الف) افزایش تب تا بیش از ۴۰ درجه سانتیگراد

ب) ضربان قلب نامنظم

ج) تنگی نفس

د) پف کردن مچ پا

▪ اگر شما دچار علایم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به‌ویژه تهوع، استفراغ، بثور پوستی یا تب ایجاد کنند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241759

vista.ir
Online Classified Service

تشخیص اسپوروتریکوز

از سلسله مقالات بیماریهای قارچی، به معرفی بیماری قارچی تحت حاد و مزمن sporotrichosis که در اثر قارچ دو شکلی و دو مرحله‌ای به

نامSporotrichom- schenckii که به حالت ساپروفیت روی خاک و گیاهان زنده یا مرده وجود دارد می‌پردازیم، در ضمن یادآوری می‌گردد که محتوای غالب مجموعه‌ی، حاضر توسط پزشکان برای دیگر پزشکان گردآوری شده است تا بیش از پیش اشراف کامل به شناخت عوامل قارچی بیماریزا داشته باشند، چرا که امروزه قارچ‌شناسی پزشکی به عنوان یکی از فصول مهم پاتولوژی بیماری قرار گرفته است. طی جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با بیماری مذکور، سعی بر این بوده که مطالب خیلی نزدیک به پراتیک و تاکید بر محور تشخیص و درمان استوار گردد. به این منظور برای شناسائی بهتر، از تصاویر رنگی اورژینال که دارای اهمیت خاصی در تعلیم و تدریس دارند استفاده گردیده است تا مورد استفاده رشته‌های مختلف پزشکی، علوم آزمایشگاهی و کلینیکال پاتولوژی و دانشجویان رشته‌ی پزشکی قرار گیرد.

• اسپروتریکوز Sporotrichosis

اسپروتریکوز بیماری قارچی تحت حاد و مزمن بوده که با ضایعات ندولر جلد و زیر جلد و با گرفتاری غدد لنفاوی مشخص می‌شود و انسان و حیوان را مبتلا می‌سازد. عامل بیماری قارچی است دو شکلی و دو مرحله‌ای به نام Sporotrix-sehenekii در طبیعت به حالت ساپروفیت در خاک یا روی گیاهان زنده یا مرده وجود دارد و معمولاً از ضایعات پاتولوژیک انسانی و حیوانی جدا می‌گردد. گاهی نیز از حاملین سالم جدا شده است. این قارچ اولین بار در سال ۱۸۹۸ توسط Schenek از عفونت حاصله از آن از بیمار جدا و تعریف شده است.

از نظر انتشار جغرافیائی اسپروتریکوز تقریباً در تمام کره‌ی زمین دیده شده است ولیکن در نقاط مرطوب و گرم موارد مشاهده شده از درصد بالائی برخوردار است. این عفونت در آمریکای لاتین (اوروگوئه- شمال آرژانتین، جنوب شرقی برزیل، کلمبیا، ونزوئلا، کاستاریکا، گواتمالا و مکزیک) و جنوب شرقی آسیا موارد بیشتری دیده شده است. اپیدمی این بیماری به احتمال زیاد در آفریقای جنوبی بوده به طوری که بین سالهای ۱۹۴۱ تا ۱۹۹۴ حدود ۳۰۰۰ مورد در معادن طلای آفریقای جنوبی گزارش شده است و سایر نقاط از این نظر کم‌اهمیت‌تر بوده‌اند اگر چه موارد زیادی در فرانسه در دهه‌ی اول قرن بیستم مشاهده شده است ولی اکنون سالهای زیادی است که در اروپا اسپروتریکوز دیده نشده است مگر مواردی به صورت تک گیر.

• عامل بیماریزائی:

عامل بیماری توسط Schenek در سال ۱۸۹۸ جدا و شناسائی شده است. قارچی است دو شکلی و دو مرحله‌ای به نام Sporotrix schenckii که به طور ساپروفیت در محیط زندگی می‌کند به نحوی که این قارچ از خاک، چوب گیاهان جدا شده است.

انتقال مستقیم قارچ گاهی از حیوانات اهلی به انسان دیده شده است. همچنین (ماهیان آبهای برکه)، موش‌های صحرائی و حشرات نیز موجب انتقال و جدا شدن قارچ از آنها می‌باشد.

انتقال عفونت در اثر گاز گرفتگی طوطی و سگ به انسان مشاهده شده است و همچنین گزارشی از انتقال عفونت توسط لباس‌های آلوده که با ضایعات چرکی تماس داشته است وجود دارد ولیکن انتقال مستقیم عفونت از انسان به انسان دیده نشده است.

عفونت در تمام سنین و همه‌ی نژادها مشاهده گردیده و از نظر جنس مردها بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند. بیماری اغلب در کشاورزان، باغبانان و گل‌فروش‌ها دیده می‌شود. پرسنل آزمایشگاه ممکن است در ضمن کار در اثر تماس با کشت این قارچ یا حیوانات آلوده به این بیماری مبتلا شوند.

قابل توجه اینکه اولین مورد بیماری در ایران توسط سرویس قارچ‌شناسی دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه تهران گزارش شده است.

تلقیح‌تروماتیسمی ولو هر قدر کوچک و کم موجب نفوذ قارچ به پوست یا زیر پوست می‌شود.

• علایم:

منظره‌ی ضایعات آن قدر متغیر می‌باشد که از یک حالت به حالت دیگر ممکن ا ست اشکال متعدد کلینیکی را ایجاد نماید. این پلی‌مرف بودن ضایعات ایجاب می‌نماید تا طبقه‌بندی مناسب برای شناسائی آنها به وجود آید به طوری که بعضی از محققان چون D.Grigoriu و همکارانش در ۱۸۰ مورد مطالعه در بررسی شخصی یا ۱۴۰ مورد بررسی شده در کالج بالفورت و کاراکاس طبقه‌بندی زیر را مطرح نموده‌اند:

۱) اشکال پوستی که خود به صورت ضایعات منفرد موضعی یا ضایعات متعدد است. در ضایعات منفرد موضعی واجد دو شکل متفاوت منتشر (توسعه‌یافته) و تمایل به مرکز (لنفاتیک) می‌باشد.

۲) شکل استخوانی و مفصلی

۳) فرم احشائی

بنابراین از محل استقرار ضایعه به خوبی استنباط می‌شود که ضایعه‌ی اولیه منفرد باقی مانده یا اینکه به صورت ضایعات منتشره در اثر توسعه و گسترش با فاصله از ضایعه‌ی اولی است. در این مورد طرح Borolli جالب توجه است به این معنی که ضایعات استمرار یافته‌ی منفرد را شبیه کوه آتشفشان و فرم منتشره را به یک مجمع الجزایر آتشفشان تشبیه می‌نماید.

در فرم مرکزی یا لنفاتیک، اسپروتریکوز تمایل به مجاری لنفاتیک داشته به طوری که ضایعه‌ی اولی به طرف ریشه‌ی عضو مبتلا کشیده می‌شود. این اختلاف در اشکال ضایعات بیشتر مربوط به فرم جلدی بیماری بوده و در سایر اعضا این اختلاف نادر است. ٪۳۴ D.Borolli موارد را جانشین جلدی ۲۰% را در اشکال منتشره و ۴۴% را مربوط به فرم مرکزی یا لنفاتیک می‌داند در صورتی که براساس این مطالعه فرم موضعی متعدد جلدی بیش از ۲% می‌باشد. از طرف دیگر در بررسی Belfort درصد ضایعات فوق به ترتیب ۴۳%، ۸% و ۴۲% و ۷% برآورد شده است که این اختلاف درصد ضایعات مربوط به تحقیقات و مطالعات شخصی می‌باشد. به هر صورت برای سهولت و سادگی محققان اسپروتریکوز را به دوفرم جلدی و منتشر بسنده کرده‌اند.

● اشکال جلدی اسپروتریکوز:

اسپروتریکوز معمولاً در قسمت‌های عریان بدن مستقر شده و غالباً این نواحی انتهاها می‌باشد (حدود ۵/۸۲%) موارد و آمار ارائه شده با درصد بیشتر در انگشتان با ارجحیت دست راست است. در یک بررسی ۶۰% موارد در اعضای فوقانی گردن مستقر بوده و ۱۱% موارد اعضای تحتانی خصوصاً در پاها ۲% در صورت و ۴% در سایر نواحی بدن است (اشکال ۱-۲-۳). تلقیح اسپور قارچ در نتیجه‌ی تروماتیسم به وجود می‌آید که امکان دارد مقدار آن ناچیز باشد پس از ورود عامل قارچ به محل تلقیح از چند روز تا سه ماه طول می‌کشد تا ضایعات ظاهر شوند.

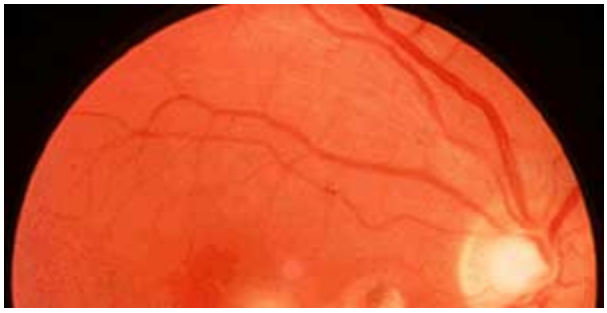
ضایعه شروع به توسعه یافتن می‌نماید. ضایعه‌ی اولی را که شانکر تلقیح نیز می‌نامند ایجاد می‌گردد. ضایعه در بدو امر به صورت ندول کوچک سفت و بسته و باقوام الاستیکی بدون بو و متحرک بوده و سپس به پوست می‌چسبد. پوست محل ضایعه به رنگ‌های قرمز- بنفش بوده و به تدریج ندول متحرک و در نهایت فیستوله و زخمی شده و مانع سروزیته یا چرکی از آن خارج می‌شود. کناره‌ی زخم ممکن است حالت ادم وژتان و کروت‌دار داشته باشد بعد از مدتی که از چند روز تا چند هفته طول می‌کشد زخم اولیه توسط ضایعات اقماری احاطه می‌شود که به تدریج به طرف غدد لنفاوی کشیده شده و آنها را گرفتار می‌کند.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

http://vista.ir/?view=article&id=287054

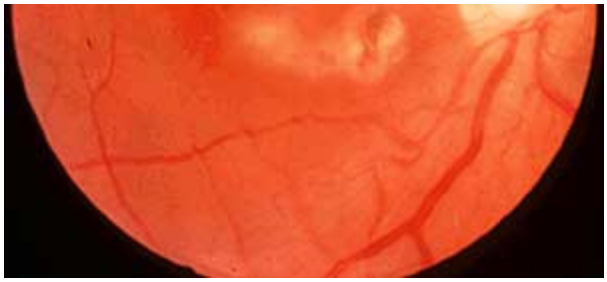
vista.ir
Online Classified Service

توکسوپلاسموز



● شرح بیماری

توکسوپلاسموز عبارت است از یک عفونت تک‌یاخته‌ای که در انسان‌ها و بسیاری از گونه‌های پستانداران و پرندگان ایجاد می‌شود. چند نوع در انسان‌ها رخ می‌دهد: توکسوپلاسموز مادرزادی (از مادر دچار عفونت به کودک متولد نشده‌اش منتقل می‌گردد)؛ توکسوپلاسموز چشمی



(رتینوکوروئیدیت نیز خوانده می‌شود که معمولاً حاصل توکسوپلاسموز مادرزادی است ولی علایم ممکن است در ۴۰-۲۰ سالگی ایجاد شوند)؛ توکسوپلاسموز حاد در فرد سالم؛ توکسوپلاسموز حاد در فرد دچار نقص ایمنی (افراد مبتلا به ایدز یا سرطان یا افرادی که داروهای سرکوبگر ایمنی مصرف می‌کنند).

● علایم شایع

▪ معمولاً بدون علامت (۹۰%-۸۰% بیماران)

▪ تب

▪ تورم غدد لنفاوی

▪ خستگی

▪ درد عضلانی

▪ گلودرد

▪ رتینیت (التهاب شبکیه)

▪ بثور (گاهی)

● علل

▪ تک‌یاخته، توکسوپلاسما گوندی که معمولاً به یکی از روش‌های زیر منتقل می‌گردد:

الف) خوردن گوشت‌های کم‌پخته شده حیوانات دچار عفونت

ب) گربه‌های حامل میکروب می‌توانند آن را از مدفوع خود دفع کنند؛ انسان‌هایی که با بی‌دقتی به فضله گربه دست می‌زنند (یا پس از دست زدن به آن، دست خود را نمی‌شویند)، ممکن است دچار عفونت گردند. بچه‌های کوچکی که خاک دچار عفونت (آلوده با مدفوع سگ یا گربه) را می‌خورند، ممکن است دچار عفونت شوند.

ب) انتقال خون

ج) زن بارداری که دچار عفونت می‌گردد، می‌تواند آن را به کودک به دنیا نیامده‌اش منتقل کند (غالباً با اثرات شدید).

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ سرکوب ایمنی در اثر بیماری یا داروها

▪ تماس با گربه‌ها

▪ تماده کردن نامناسب غذا

● پیشگیری

▪ از خوردن گوشت‌های خام یا کم‌پخته شده یا تخم‌مرغ‌های نپخته یا نوشیدن شیر غیرپاستوریزه، خودداری کنید.

▪ از روش‌های مناسب برای آماده کردن و نگهداری محصولات گوشتی استفاده کنید. پس از دست زدن به گوشت‌های خام، دست‌ها را با دقت بشویید.

▪ زن باردار در اوایل بارداری باید تحت آزمون‌های آزمایشگاهی خون قرار بگیرد تا معلوم شود دارای آنتی‌بادی بر ضد توکسوپلاسموز است یا خیر. باید در هفته‌های ۱۸-۱۶ بارداری نیز دوباره آزمایش شود تا معلوم شود عفونت را کسب کرده است یا خیر و در صورت مثبت بودن، ممکن است سقط درمانی مدنظر قرار گیرد.

▪ افراد دچار نقص ایمنی و زنان باردار باید از تماس با مدفوع گربه خودداری کنند.

▪ محوطه بازی کودکان از جمله جعبه‌های شنی را از مدفوع سگ و گربه محفوظ دارید.

● عواقب مورد انتظار

▪ اکثر افراد دچار عفونت، علایمی ندارند و افراد دچار علایم خفیف بدون هیچ‌گونه عارضه متعاقبی خود به خود بهبود می‌یابند.

▪ عوارض احتمالی

▪ برای زنان باردار ـ وقتی عفونت در اوایل بارداری رخ دهد: سقط، تولد مرده، اختلالات مزمن مختلف (تشنج) و نقایص تولد (کوری، کری) در نوزاد (ممکن است برخی از آنها سال‌ها ظاهر نشوند).عفونت اواسط و اواخر بارداری معمولاً اثرات بدی ندارد.

▪ برای بیماران دچار نقص ایمنی ـ آسیب ریه و قلب، التهاب مغز، عود

▪ برای بیمارانی که دچار نقص ایمنی نیستند ـ به ندرت ممکن است التهاب ریه یا مغز ایجاد گردد.

کودکان کم‌سن‌تر (زیر ۵ سال) ممکن است دچار التهاب چشم شوند.

● درمان

الف) اصول کلی

▪ تشخیص شامل شرح حال طبی، معاینه فیزیکی و بررسی‌های آزمایشگاهی خون برای تشخیص عفونت است.

▪ معمولاً برای فرد سالم، غیرباردار و بدون علامت درمان لازم نیست. برای کودک زیر ۵ سال داروهایی تجویز می‌گردد تا از عوارض چشمی پیشگیری شود.

▪ زن باردار ـ پزشک شما در مورد درمان‌های موجود، خطرات و عواقب مورد انتظار بحث خواهد کرد.

بیمار دچار نقص ایمنی ـ درمان با دارو صورت می‌گیرد.

▪ نوزادان دچار عفونت با دارو درمان می‌شوند (چه با علامت چه بدون علامت زیرا میکروب‌ها می‌توانند پس از تولد تکثیر یابند).

▪ در صورت تجویز دارو برای شما، پزشک شما آزمون‌های خونی فراوانی را برای پایش عوارض جانبی انجام خواهد داد.

ب) داروها

▪ پیریمتامین، سولفادیازین یا تری‌سولفاپیریمیدین‌ها به مدت ۴-۳ هفته و اسید فولیک برای کاهش عوارض جانبی پیریمتامین غالباً تجویز می‌شوند.

▪ کورتیکواستروئیدها، در صورت لزوم، برای التهاب

▪ سایر داروها هم‌اکنون در حال ارزیابی هستند.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ سطح فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری باتوجه به شدت علایم تعیین خواهد شد.

د) رژیم غذایی

▪ رژیم غذایی خاصی ندارد.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا کودکتان علایم توکسوپلاسموز را داشته باشید.

▪ اگر پس از تشخیص و درمان علایم بدتر شوند یا بهبود نیابند.

▪ اگر شما دچار علایم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی داشته باشند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241806

vista.ir
Online Classified Service

تهدید، تحدید می‌آورد

شیوع بیماری خطرناک سارس تمام کشورهای جهان، خاصه آسیای جنوب شرقی را با بحرانی به نام بحران بهداشت مواجه کرد.

غول بی‌شاخ و دمی‌که کسی به راستی نمی‌دانست، چرا شیوع یافت یا از کجا برخاست بدجور مردم را به وحشت انداخت. چیزی که شاید تا پیش از سال ۲۰۰۴ نامش فقط در کتاب‌های آمار آمده بود. اولین مورد سارس کی و کجا گزارش شد؟

در ۲۸ فوریه ۲۰۰۳ مردی درهانی (منطقه‌ای در ویتنام) با سرماخوردگی شدیدی به بیمارستان منتقل شد. از علایم این مرد بیمار درد عضله و گلو درد خفیف بود. بعد از ۴روز مشکل تنفسی این مرد افزایش پیدا کرد. از علایم دیگر او این بود که شمار پلاکت‌های خونی‌اش کاهش یافت که عامل ایجاد درد تنفسی عمیق در بیمار بود و انسداد مجرای تنفسی و نیاز مفرط به دستگاه تنفسی را در بیمار افزایش می‌داد.

نگاه پزشکی به این بیماری حکایت غریبی دارد. سارس بیماری خطرناکی است. همانطور که پیشتر گفته شد این بیماری اولین بار در ۲۸ فوریه ۲۰۰۳ در ویتنام گزارش شد و سپس گزارش‌های متعدد دیگری از کشورهای چین، هنگ کنگ، سنگاپور، کانادا، آمریکا و .... بروز آن را مورد تایید قرار داد.

با مطالعات متعددی که تاکنون انجام شده عامل بیماری را احتمالا ویروسی ذکر می‌کنند که از خانواده ویروس سرماخوردگی (کورونا ویروس) است، ولی در بعضی از مناطق هم ویروس دیگری (پارامیکسوویریده) را عامل آن می‌دانند، ولی قدر مسلم، ویروس عامل آن نوع جدیدی است که از نظر شکلی شبیه ویروس سرماخوردگی، اما از نظر بروز علایم کمی متفاوت است.

همان طور که ذکر شد بیماری اولین بار در ویتنام شناخته شد، اما بعدا ۳هزار و ۱۶۹ مورد آن در دنیا گزارش شد که بیشترین رقم مربوط به چین (۱۴۱۸) بود که ۱۴۴ مورد آن منجر به فوت شد. این بیماری از نظر جنسی در هر دو جنس و در هر نژاد و در هر سنی مشاهده شده است. انتقال بیماری از طریق ترشحات دستگاه تنفسی است که هنگام سرفه، عطسه، صحبت کردن و ... در هوا معلق شده و فرد غیربیمار در اثر استنشاق آن آلوده می‌شود. البته گزارش‌هایی از آلودگی با ترشحات تنفسی بیمار که باعث آلودگی فرد دیگر شد آمده بود. به این ترتیب کارکنان بهداشتی و افرادی که در تماس نزدیک و خانگی با فرد بیمار قرار دارند، در معرض بالای آلودگی هستند.

- اولین تبعات این بیماری

اولین پیامدهای این بیماری در هنگ‌کنگ دیده شد، جایی که بیمه گران از ترس بازگشت مجدد ویروس سارس، بیمه پزشکانی را که احتمال ابتلای آنان به سارس وجود داشت، تمدید نکردند.

بعد از اینکه بیماری سارس در زمستان ۲۰۰۳ صدها کشته برجای نهاد و اقتصاد آسیا را تقریبا به حال رکود درآورد، متخصصان هشدار دادند که امکان گسترش مجدد این بیماری وجود دارد.

در هنگ‌کنگ کارفرمایان موظف بودند خدمه درمانی خویش را تحت پوشش بیمه درمانی قرار دهند و اگر از این امر سرباز می‌زدند، مراکز آنان، با خطر تعطیلی مواجه می‌شد.

«هنری یانگ»، رییس اجرایی هیات پزشکان هنگ‌کنگ اعلام کرده بود: «چنانچه کارفرمایان از بیمه کردن کارکنان خود سرباز زنند، شما در اوایل سال نو شاهد تعطیل شدن چندین کلینیک و مطب‌های خصوصی خواهید بود و نیز پزشکان و پرستارانی را خواهید دید که در خیابان‌ها به علت بیکاری مشغول قدم زدن هستند.»

چندی بعد در تایوان و سنگاپور دو مورد مشکوک به سارس دیده شد که دارای سندرم‌های تنفسی حاد بودند، اگر چه این بیماران در قرنطینه مخصوص نگهداری می‌شدند، اما شانسی برای بیمه‌گران وجود نداشت.

همزمان با احتمال بازگشت مجدد سارس، بیمه‌گران در هنگ‌کنگ هشدار دادند که بیمه‌نامه‌های پزشکان متخصص در سال جدید باطل خواهد شد. این بحران در مورد بیمارستان‌های خصوصی، خانه‌های سالمندان و بسیاری از کلینیک‌های شخصی نیز نمود پیدا کرد. بیمارستان‌های دولتی،

قراردادهای خود را قبل از انتشار این اخبار تمدید کردند.

سخنگوی اتحادیه بیمه گران هنگ‌کنگ گفته بود: « بسیاری از محیطهای کاری، تحت تاثیر سارس قرار می‌گیرند. با تغییر دوره پوشش بیمه‌ای، بیمه‌گران موظف به پرداخت خسارت نیستند. شاید شما نمی‌دانید، ولی هزینه خسارت ناشی از این مساله آن قدر زیاد است که احتمال دارد بیمه گران زیادی با خطر ورشکستگی رو به رو شوند.» وی از معرفی شرکت‌های مشمول خودداری کرد، ولی مکررا اظهار داشت که بیمه‌گران قراردادهای خود را تمدید نمی‌کنند.

بعد از دخالت دولت و در نظر گرفتن مبلغی به عنوان کمک به شرکت‌های بیمه، اوضاع رو به بهبودی نسبی رفت و سخنگوی اتحادیه خبر از تحت پوشش قرار دادن کلینیک‌های خصوصی داد. در حدود ۱۲ شرکت از میان ۷۰ شرکت بیمه‌ای راضی شده بودند تا قراردادهای بیمه‌ای خود را با کلینیک‌های خصوصی تمدید کنند. ولی هنوز در مورد بیمارستان‌های خصوصی و خانه‌های سالمندان امیدی وجود نداشت. کارکنان این خانه‌های پرستاری از شرایط موجود اظهار نگرانی می‌کردند، چرا که طبق گزارش‌های شیوع سارس، افراد سالمند بیش از همه در معرض ابتلا به این مشکل تنفسی قرار داشتند.

«کریس مک» که یک کارگزار بیمه بود، گفته بود: «این قابل درک است که امکان بازگشت سارس وجود دارد و خسارت ناشی از آن نیز بسیار هنگفت است، ولی توجه داشته باشید که صنعت بیمه روشی برای کسب درآمد است نه یک بنگاه خیریه.»

بیماری سارس بعد از آنکه برای اولین بار در جنوب چین دیده شد، بیشتر از ۸هزار نفر را در ۳۰ کشور تحت تاثیر قرار داد که از این تعداد، بین نوامبر ۲۰۰۲ تا ژوئن ۲۰۰۴ ، بیش از ۸۰۰ نفر جان خود را از دست دادند و هنگ‌کنگ یکی از کشورهایی بود که میزان مرگ و میر در آن ۱۷درصد بود و ۳۰۰ نفر جان خویش را از دست داده بودند.

بسیاری از کسانی که قربانی شده بودند، قبلا از بیماری‌های دیگر نیز رنج می‌بردند و تعداد زیادی از افرادی که از این بیماری جان سالم به در بردند، در نتیجه داروهای بسیار قوی که برای مقابله با سارس تجویز شده بود، بسیار ناتوان شدند.

در هنگ‌کنگ بیمه‌گران در حدود ۵۰۰ اعلام خسارت ناشی از سارس داشتند و میزان غرامت‌های پرداختی آنان در حدود ۳/۱۰۵میلیون دلار هنگ‌کنگ (۷/۷میلیون پوند) بود.

سخنگوی دیگر اتحادیه بیمه گران هنگ‌کنگ هم گفته بود: «اگر می‌بینید این مبلغ زیاد بالا نیست، دلیلش این است که همه بیماران مبتلا به سارس در بیمارستان‌های دولتی تحت مداوا قرار گرفته‌اند و خیلی از هزینه‌ها توسط مالیات دهندگان پرداخت شده است. بنابراین قربانیان فقط باقیمانده مبلغ را پرداخته‌اند که قسمتی از آن تحت پوشش بیمه قرار گرفته بود.»

یانگ رییس هیات‌مدیره کانون پزشکان هنگ‌کنگ هم گفته بود: «هر چند که اینک کارفرمایان کلینیک‌های خصوصی قادر به خرید بیمه‌نامه‌های عمر برای کارکنان خویش هستند، ولی باز هم وضعیت برای آنان رضایت بخش نیست. آنها مجبور به خرید بیمه‌نامه‌ای هستند که ۲۰ برابر قبل است و برخی از آنا با ۵۰درصد افزایش مواجه بوده‌اند، ولی باز هم خواهان تمدید قرارداد هستند.»

در مقابل سخنگوی نخست اتحادیه بیمه‌گران هم گفته بود: «افزایش حق بیمه منطقی است، چرا که در نتیجه رقابت‌های شدید پیشین، ما در حدود ۱۵۰ دلار هنگ‌کنگ به ازای هر فرد در سال کاهش حق بیمه عمر داشتیم».

- چرا سارس سانسور شد؟

تجربه تلخ سانسور خبری و تاخیر در اطلاع‌رسانی به موقع، هنگام همه‌گیر شدن سارس خسارات قابل ملاحظه ای برجای گذاشت، هرچند که دولت چین سعی بر کوچک شمردن صدمات ناشی از آن می‌کرد، ولی تبعات برجای مانده در ابعاد اقتصادی، سیاسی، فرهنگی چین خصوصا خدشه‌ای که به اعتبار بین‌المللی چین وارد آورد، غیرقابل کتمان بود. اژدهای مهار نشدنی زرد که قبل از شیوع بیماری سارس هیچ گونه عامل بازدارنده را در روی خود نمی‌دید، به ناگاه ضربه‌ای برپیکر خود وارد دید که برای خیزش مجدد انرژی فراوان، هزینه گزاف و زمان نسبتا طولانی را پیمود.

در اینجا نکته قابل توجه این است که با درس عبرتی که از تجارب تلخ خود آموختند بعید است در صورت بازگشت مجدد بیماری همه گیر سارس، دولت چین اقدام به سانسور خبری کند. یقینا این بار شاهد شفافیت مقامات چین در اطلاع‌رسانی به موقع خواهیم بود، چون مقامات چین به این نتیجه رسیده‌اند که سانسور شاید وسیله کارآیی در کنترل مردم باشد، اما در مهار یک بیماری واگیردار ابدا سودی نخواهد داشت.

اخباری که در آن مدت از طریق رسانه‌های چین مخابره می‌شد حاکی از عزم دستگاه حاکمه در مبارزه جدی با بیماری سارس بود. تخصیص

بودجه‌های فراوان و نگاه کلان و اعلام آماده‌باش عمومی نمایانگر درایت دولت چین به قصد پذیرش واقع‌بینانه شیوع مجدد سارس و آماده‌سازی مردم برای‌سازماندهی منظم در انجام حمله سراسری به هدف کسب پیروزی در کنار موفقیت‌های سیاسی و اقتصادی دیگر بود که با بالیدن بر این موفقیت روند توسعه را هموارتر و سرعت رشد اقتصادی را با انگیزه‌ای قوی‌تر افزایش داد.

کنترل مجدد درجه حرارت بدن کسانی که قصد ورود به کشور یا خروج از کشور را داشتند، طی بخشنامه‌ای که از سوی اداره بازرسی کیفیت اجناس به تمام ادارات بازرسی و قرنطینه نواحی مرزی و گمرکی صادر شد، گزارش میزان حرارت بدن افراد توسط مراکز قرنطینه و بازرسی در نواحی مرزی و گمرکی مخصوصا بنادر از سرگرفته شد و هر مسافری که دمای بدنش بیش از ۳۸ درجه بود باید تحت معاینات پزشکی قرار می‌گرفت و به مقامات مربوطه گزارش می‌شد.

- نگرانی از بازگشت احتمالی بیماری سارس

افت ناگهانی دمای هوا در بیشتر مناطق چین، نگرانی از بازگشت احتمالی بیماری کشنده سارس را باعث شد و کشور را برای مقابله با شیوع مجدد این بیماری بسیج کرد. در همین ارتباط مقامات بندر تیان جین سیستم گزارش میزان حرارت بدن افراد را از سرگرفتند و بر این اساس هر مسافری که دمای بدنش بیشتر از ۳۸ درجه بود باید تحت معاینات پزشکی قرار می‌گرفت و نتیجه به مقامات مربوط گزارش می‌شد. یک مقام مرکز کنترل بیماری چین گفته بود: «این که ویروس سارس به طور طبیعی از بین رفته باشد غیرممکن است و یقینا برخواهد گشت، اما میزان همه گیر شدن آن بستگی به اقدامات پیشگیرانه ما دارد. تمام توان و تلاش خود را برای جلوگیری از بازگشت مجدد بیماری سارس به عمل خواهیم آورد.»

این مطلب را معاون سازمان بهداشت شهر پکن در کنفرانس خبری دفتر شورای اخبار دولتی شهر پکن اعلام کرده بود. وی اذعان داشت دولت شهر پکن مصمم است با تشکیل کنفرانس‌های خبری منظم، اخبار و اطلاعات مربوط به بیماری سارس را در اختیار عموم قرار دهد. در همان زمان شبکه نظارت بر وضعیت بیماری سارس با مشارکت واحدهای اداری- بهداشتی و مراکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های واگیردار شهری، بخشی و منطقه‌ای، کادر درمانی، واحدهای قرنطینه و واحدهای مرتبط دیگر تشکیل شده بود. مراکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها وظیفه اعلام روزانه تعداد مبتلایان را بر عهده داشتند که در این راستا نمایندگان واحد مذکور در تمام کلینیک‌های تب حضور داشتند و بر وضعیت بیماران مبتلا مستقیما نظارت کردند. اخبار صحیح شهرها توسط کمیسیون مناطق و روستاها و به وسیله کمیسیون روستایی اعلام شد.

شهر پکن در آن زمان تیم‌های فوریت‌های پزشکی پیشگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار شهری و منطقه‌ای را تشکیل داد. این تیم‌ها به محض دریافت گزارشی مبنی بر شیوع سارس، سریعا برای ضدعفونی و جداسازی به محل اعزام می‌شدند. همچنین اقدامات پیشگیرانه نسبت به محل‌های پر رفت و آمد، مدارس، ساختمان‌های در حال احداث، ایستگاه‌های اتوبوس و قطار برای ضدعفونی مکرر، تهویه هوا و بهبود شرایط زندگی کارگران به عهده این تیم‌ها بود. هواپیمای کشوری و واحدهای قرنطینه نیز موظف بودند با جدیت امور مربوط به ضدعفونی و تعیین درجه حرارت مسافرین را در مبادی ورودی فرودگاه‌ها انجام دهند. ۶۶ کلینیک تب با امکانات کامل راه‌اندازی شده بود. براساس قوانین مصوبه، رعایت امور فوق با دقت و جدیت توسط مسوولان مربوطه انجام شد.

تجهیزات پزشکی، مواد ضدعفونی‌کننده، دارو، دستگاه‌های تنفس مصنوعی، لباس‌های یک بار مصرف و کیت تشخیص هم به اندازه کافی فراهم شده بود. بیمارستان شیاتانگ شان (ویژه بیماران مبتلا به سارس) نیز تا پایان نوامبر همان سال جاری آماده بهره‌برداری شد.

معاون‌سازمان بهداشت شهر پکن «لیانگ وان» در پاسخ به خبرنگاران درخصوص اقدامات اولیه در صورت شیوع مجدد سارس گفت: «با تمام توان سه اقدام جدی برای کنترل بیماری سارس انجام خواهد شد.

۱) اطلاع‌رسانی سریع به مردم.

۲)بالا بردن سطح معلومات کادر درمانی بهداشتی و آموزش مسوولان واحدهای مربوطه و نظارت و بازرسی مکرر به هدف شناسایی و کنترل سریع اولین مورد بیمار مبتلا به سارس.

۳) همکاری فعالانه مردم در زمان شناسایی اولین مورد با مسوولان بهداشتی و دولت بسیار حائز اهمیت است. پاییز و زمستان دو فصل شیوع بیماری‌های دستگاه تنفسی است، لذا درخواست دولت از مردم این است که به جز افزایش مقاومت بدن، لازم است نسبت به تهدیدات و خطرات سارس اهمیت بیشتری قائل شوند. در این زمینه لازم است به محض مشاهده علائم و عوارض بیماری در خود و اطرافیان، در سریع‌ترین زمان ممکن به نزدیکترین بیمارستان مراجعه کنند. همچنین توصیه می‌شود سالمندان، کودکان و تمامی کادر درمانی بهداشتی بیمارستان اقدام به زدن واکسن آنفلوآنزا نمایند. در این صورت امکان اشتباه در تشخیص سارس با آنفلوآنزا کمتر خواهدشد.

• اعلام وضعیت اضطراری در ماه نوامبر

وزارت بهداشت چین با اعلام وضعیت اضطراری درخصوص بازگشت مجدد بیماری سارس در ماه نوامبر برای دستگاه‌های بهداشتی، درمانی سراسر کشور اعلام آماده باش کرد و دولت این کشور نیز یازده‌میلیارد یوآن برای امور مربوط به مبارزه با بیماری سارس اختصاص داد.

• خسارت سارس بر اقتصاد چین

معاون اداره آمار کشور چین گفت: «شیوع ناگهانی سارس هرچند در توسعه اقتصادی چین اثرات منفی ایجاد کرد، ولی این اثرات موضعی و کوتاه مدت بوده و صدمه اساسی بر اقتصاد چین وارد نکرده و به هیچ وجه روند رو به رشد سریع اقتصاد چین را تغییر نخواهدداد.» وی پیش‌بینی کرد صدمه وارده بر اقتصاد چین در همان سال هشت دهم‌درصد باشد و اثرات منفی مربوط به ماه‌های آوریل و مه بود که مربوط به صنعت توریسم، حمل و نقل و خرده فروشی می‌شد که در فصل سوم همگی به حالت اولیه بازگشتند.

«نان ژونگ» آکادمیسین معروف چینی گفته بود: «با توجه به تجارب کسب شده و اقدامات بسیار موثری که دولت پیش‌بینی کرده، بعید به نظر می‌رسد سارس به طور گسترده شایع شود.» وی در بخش دیگری از سخنان خود نسبت به استفاده مجدد از گوشت حیوانات وحشی «گربه نقابدار» در رستوران‌های استان گوانجو هشدار داد.

وی که در چهاردهمین کنفرانس آکادمیسین‌های آکادمی‌های علوم جهان سوم شرکت کرده بود، اظهار داشت که سارس مجددا بازخواهد گشت، ولی دامنه وسعت آن به طور پراکنده خواهدبود، ولی باتوجه به اقدامات دولت، همه‌گیری سارس مهار و دامنه سرایت آن به سرعت کنترل شد.

در همین حال نایب رییس بیمارستان نظامی۳۰۲ ارتش آزادی‌بخش چین گفته بود: «بیمارانی که در مرحله اولیه ابتلا به سارس به سر می‌برند، در صورتی که تب داشته، ولی ناراحتی‌های دستگاه تنفسی در آنان بروز نکرده باشد، قابلیت انتقال سارس را به دیگران نخواهند داشت.»

• آماده باش در هنگ‌کنگ

روزنامه SCMP در آن مقطع زمانی گزارش داد، مقامات بیمارستانی هنگ کنگ با توجه به آغاز فصل سرما و نظریه دانشمندان و پزشکان مبنی بر احتمال بازگشت بیماری «سارس» خود را برای مقابله به موقع و موثر با این بیماری آماده می‌کنند. با توجه به شکایت خانواده‌های قربانیان شیوع سارس در اوایل سال جاری میلادی از مقامات بهداشتی و بیمارستانی و بحث و جدل‌های فراوان در این زمینه و تشکیل کمیته‌های تحقیق و تفحص در شورای قانونگذاری، انتظار می‌رود مقامات ذیربط با دقت بیشتری به وظایف خود در زمینه پیشگیری و اعلام خطر به موقع به مردم عمل کنند.

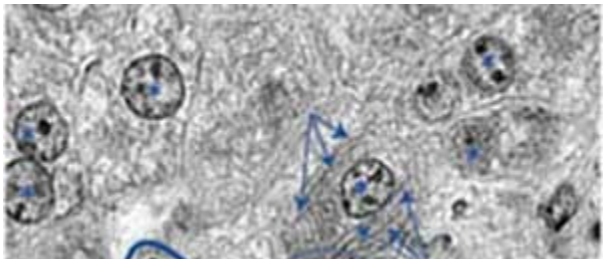
این البته پایان مطبوعاتی سارس بود، اما حقیقتا می‌توان پذیرفت این بیماری دیگر کسی را تهدید نمی‌کند؟

منبع : روزنامه دنیای اقتصاد

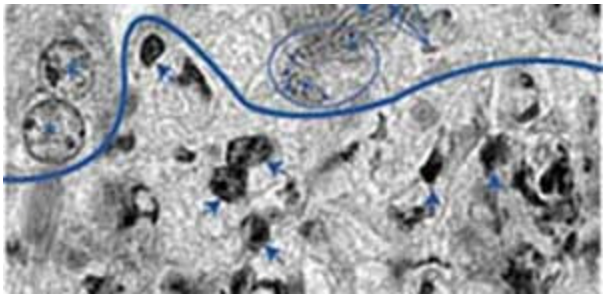
http://vista.ir/?view=article&id=370070

vista.ir
Online Classified Service

تیزر



بیماری تیزر (Tyzzer Disease) که عامل آن باکتری باسیلوس پیلی‌فورمیس است در سال ۱۹۱۷ بوسیله تیزر از کبد موش‌های آزمایشگاه که به بیماری حاد و کشنده مبتلا بودند جدا شد. از آن پس بیماری در تعدادی از کشورها در حیوانات آزمایشگاهی و سایر جوندگان و همچنین در کره اسب‌ها، توله



سگ‌ها، گربه‌ها، روباه، پاندا و میمون تشخیص داده شده است.

● خصوصیات و مورفولوژی باکتری:

این باکتری به شکل میله‌ای بوده و تنها باکتری گرم منفی و داخل سلولی است که تا کنون شناخته شده و به این دلیل قرار گرفتن آن در جنس باسیلوس غیرمنطقی می‌باشد. باکتری به صورت دسته دسته در درون سیتوپلاسم سلول‌های کبدی و یا سلول‌های پوششی روده جای گرفته است. هاگ آن در نزدیک انتهای باکتری ایجاد می‌شود اما در مقاطع بافت‌های آلوده به راحتی دیده نمی‌شود. متحرک است و این ویژگی را به دلیل داشتن تاژک‌های فراوان جانبی کسب کرده است. در رنگ‌آمیزی با روش گیمسا به رنگ آبی متمایل به گلی دیده می‌شود.همچنین این باکتری را می‌توان با روش نقره اندود کردن مشاهده کرد.

● کشت و خواص بیوشیمیایی:

باسیلوس پیلی‌فورمیس انگل اجباری درون سلولی است و نمی‌توان آنرا در محیطهای غذایی بدون یاخته کشت کرد. باکتری بخوبی در کشت سلول‌های پوششی جنین مرغ رشد می‌کند. همچنین در کشت سلولی کبد موش پس از رشد باعث مرگ سلول (CPE) می شود و پس از ۷۲ ساعت تعداد باکتریها به حداکثر خود می‌رسد. با توجه به اینکه باکتری فقط در درون سلول رشد می‌کند، بررسی خواص بیولوژیکی و همچنین طبقه‌بندی آن به راحتی امکان پذیر نمی‌باشد. هاگ باکتری در برابر گرما نسبتا مقاوم است ولی محلول ۰,۳% هیپوکلریت سدیم آنرا غیر فعال می‌سازد.

● انتقال بیماری:

طرز انتقال بیماری به درستی بررسی نشده است. واگیری در بین جوندگان آزمایشگاه اغلب پس از استرس ایجاد می‌شود. در آزمایشگاه نیز برای یافتن ناقلین میکروب معمولا از تزریق کورتیزون استفاده می‌کنند و به این وسیله می‌توان آثار بیماری تجربی را شدیدتر کرد. در شرایط طبیعی تعدادی از جوندگان به ظاهر سالم ناقل این باکتری می‌باشند و به وسیله ترشحات مختلف دفع می‌کنند. حیوانات حساس ممکن است در اثر بلع هاگ میکروب به بیماری مبتلا شوند.

● علائم بیماری:

بیماری در کره اسب ها در سنین ۳ تا ۵ هفتگی بروز می‌کند و ایجاد تب ناگهانی و شدید (۴۰ تا ۴۱ درجه) اغماء و مرگ ظرف مدت چند ساعت از مشخصات آن است. در بعضی کره اسب‌ها یرقان و اسهال بروز می‌کند. در آزمایش خون، لوکوپنی شدید وجود داشته و تعداد گلبولهای سفید از ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ در هر میلی‌لیتر مکعب تجاوز نمی‌کند. میزان آنزیمهای گلوتامیک اکسالواستیک ترانسفراز سرم (SGOT) و گلوتامیک پیرویک ترانسفراز سرم (SGPT) و سوربیتول دهیدروژناز سرم افزایش می‌یابد. علائم در سایر حیوانات به نشانی‌های گفته شده شباهت دارد.

در کالبدگشایی کبد بطور محسوسی بزرگ شده و دارای کانون‌های متعدد و ریز است. آثار یرقان دیده می‌شود.

● تشخیص:

بیماری تیزر را فقط با مشاهده عامل بیماری در گسترش و یا مقاطع بافت‌های کبد آسیب دیده و یا روده می‌توان تشخیص داد. بهتر است گسترش را بوسیله رنگ گیمسا رنگ‌آمیزی کرد و یا به روش پادتن فلورسنت ماهیت بیماری را تشحیص داد.

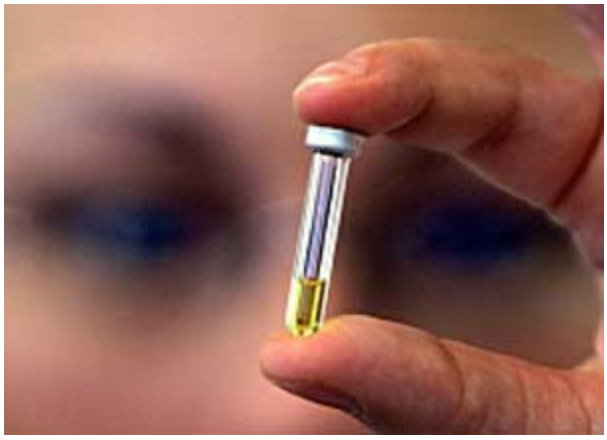
این باکتری نسبت به آمپی‌سیلین، تتراسیکلین‌ها و اریترومایسین حساس است.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241845

vista.ir
Online Classified Service

تیفوس کنه‌ای



● شرح بیماری

تیفوس کنه ای یک بیماری حاد تبدار ناشی از یک باکتری منتقله از کنه‌های آلوده. این بیماری دارای سرایت فردبه‌فرد نیست. این عفونت ممکن است پوست، دستگاه عصبی مرکزی، لوله گوارش و عضلات را درگیر سازد. در همه سنین دیده می‌شود ولی در کودکان و بزرگسالان جوان شایعتر است.

● علایم شایع

▪ علایم زیر ۵-۲ روز پس از گزش کنه بروز می‌کند:

الف) تب (اغلب تب بالا) همراه لرز

ب) بثورات پوستی قرمز که از دست و پا شروع شده و به مچ دست و پا، ساق، تنه و شکم گسترش می‌یابند

ج) سردرد

د) درد عضلانی و ضعف؛ سفتی پشت

و) تهوع و استفراغ

هـ) گیجی؛ اغما

● علل

▪ باکتری ریکتزیا که در بدن کنه زندگی می‌کند. انسان از طریق گزش کنه معمولاً در فصل بهار یا تابستان مبتلا می‌شود.

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری در محیط باز در مناطق آلوده به کن

▪ تماس با سگ‌ها

● پیشگیری

▪ استفاده از لباس‌های محافظ در مناطق آلوده به کنه و استفاده از ترکیبات دورکننده حشرات

در طی فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری در محیط باز به‌طور مکرر پوست را مورد معاینه قرار دهید تا اگر کنه‌ای به پوست شما چسبیده باشد آن را از خود دور کنید. در طی برداشتن کنه‌ها از پوست آنها را له نکنید زیرا کنه باید به‌طور کامل و سالم برداشته شود. یک سیگار روشن را نزدیک کنه بگیرید یا مقداری بنزین، نفت چراغ یا نفت معمولی روی کنه بریزید و سپس کنه را با موچین از پوست بردارید.

● عواقب موردانتظار

▪ در این عفونت اگر درمان آنتی‌بیوتیکی در مراحل اولیه بیماری شروع شود قابل علاج است.

● عوارض احتمالی

▪ عفونت مغزی

▪ تشنج

▪ نارسایی کلیه

▪ هپاتیت

▪ تیفوس کنه‌ای در صورت عدم درمان اغلب کشنده است (در اثر پنومونی یا نارسایی قلب)

● درمان

الف) اصول کلی

▪ بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل آزمایش‌هایی نظیر شمارش سلول‌های خون و آزمون‌های سرم‌شناسی (بررسی سرم، مایع خون بدون سلول‌های آن) و نمونه‌برداری پوست باشد. سابقه گزش کنه یا مسافرت به مناطق آلوده به کنه به تأیید تشخیص کمک می‌کند.

بیماران دارای بیماری خفیف ممکن است در منزل تحت مراقبت قرار گیرند؛ عفونت‌های شدیدتر نیازمند بستری در بیمارستان است (ممکن است حمایت تنفسی با دستگاه تهویه مکانیکی، تزریق خون، تحت نظر گرفتن دقیق از نظر عوارض بیماری نظیر نارسایی کلیه لازم گردد).

رعایت بهداشت دهانی مناسب مهم است.

ب) داروها

▪ آنتی‌بیوتیک‌هایی نظیر تتراسیکلین، دوکسی‌سیکلین یا کلرامفنیکل.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ تا برطرف شدن تب و سایر علایم در بستر استراحت نمایید.

د) رژیم غذایی

▪ رژیم خاصی نیاز نیست. بیمار خیلی بدحال ممکن است نیازمند تغذیه وریدی باشد. در سایر بیماران رژیم غذایی به‌صورت وعده‌های متعدد کم‌حجم ممکن است لازم باشد.

● درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دارای علایم تیفوس کنه‌ای باشید.

▪ اگر دچار علایم جدید و غیرقابل توجیه شده اید. داروهای تجویزی ممکن است با عوارض جانبی همراه باشند.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=241838

vista.ir
Online Classified Service

جذام

" جذام " یک بیماری عفونی مزمن است که توسط یک نوع باکتری به نام " مایکوباکتریوم لپرا ۱" ایجاد می‌شود. این بیماری بیشتر پوست ، اعصاب محیطی ، مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و چشم ها را گرفتار می‌کند، ولی به تدریج اعضای دیگر نیز گرفتار می‌شوند.

جذام هر دو جنس را درتمام سنین مبتلا می سازد و دارای دوره نهفتگی بسیار طولانی است که میتواند چند سال به طول انجامد.

این بیماری یک بیماری عفونی است که به طور مستقیم از یک فرد به فرد دیگر، از طریق دستگاه تنفسی و یا پوست سرایت میکند، ولی نیاز به دوره تماس طولانی دارد و فقط تعداد کمی از مردم به آن مبتلا می‌شوند.

جذام درطی هزاران سال ترس و وحشت را درانسان ها ایجاد کرده و یک بیماری شناخته شده در تمدن های چین ، مصر و هندوستان بوده است .

هنگامی که درسال ۱۸۷۳، مایکوباکتریوم لپرا توسط جی.ای.هانسین (G.A.HANSEN) کشف گردید، اولین باکتری مولد این بیماری در انسان محسوب میشد که شناسایی شده بود، اما معالجه بیماران بعداز کشف داروی داپسون۲ ومشتقات آن دراواخر دهه ۱۹۴۰ میسرگردید. این کشف ، انقلابی درکنترل جذام ایجاد کرد ، زیرا درمان به صورت سرپایی مقدور شد و دیگر نیازی به جداسازی ننگ آور بیماران نبود.

۱۶ کشوری که در صدر کشورهای آندمیک جهان (کشورهایی که دارای خطر بالقوه برای شیوع این بیماری هستند) می باشند، ۹۱ درصد موارد تخمینی جذام را به خود اختصاص داده اند که بیش از ۸۰ درصد موارد مربوط به ۵ کشور اول جهان (هند، برزیل، ماداگاسکار، نپال، موزامبیک) است . درسال ۱۹۹۷ ، ۱۵/۱میلیون مورد تخمینی جذام در جهان وجود داشت که بیشتر آن ها در آسیای جنوب شرقی، آفریقا و آمریکا متمرکز بودند. از میان این تعداد،۸۹۰ هزار مورد ثبت شده برای درمان وجود داشتند که بیش از۹۷ درصد آنها با روش چند دارویی۳ (MDT) معالجه شدند. درمان چند دارویی (MDT) ترکیبی از دو یا سه داروی کلوفازیمین۴ ، ریفامپیسین۵ و داپسون است که استفاده آن ها با هم، از بروزمقاومت دارویی جلوگیری میکند.

MDT توسط بیماران به خوبی تحمل و پذیرفته شد و به سرعت بیماران را درمان و انتقال بیماری را متوقف کرد و در نتیجه حذف جذام را ممکن ساخت . تا سال ۱۹۹۷ ،MDT درمقایسه با درمان تک دارویی (فقط با داپسون) ، حدود پانصد هزار تا یک میلیون مورد از عود بیماری جلوگیری نموده است .

تشخیص جذام معمولاً بر اساس علایم و نشانه های بالینی است که این علایم و نشانه ها توسط هر کارمند بهداشتی که آموزش کوتاه مدتی دیده باشد، قابل مشاهده و شناسایی است . در یک منطقه یا کشور آندمیک ، هر فردی که علایم اصلی جذام را از خود نشان دهد، به عنوان فرد مبتلا به جذام تلقی میشود. علایم اصلی جذام ، ضایعات پوستی مطابق با جذام همراه با بیحسی مشخص و اسمیرهای پوستی مثبت میباشد. اگر شخصی دارای ضایعات پوستی ویا نشانه های ضایعات عصبی باشد ونشانه های اصلی جذام را نداشته و یا این نشانه ها مورد شک و تردید باشند و تشخیص واضح دیگری را نیز نتوان بر وی گذاشت ، به این بیمار " یک مورد مشکوک " میگویند. به افراد مورد شک ، باید نکات اصلی بیماری جذام را گفت و به آنان توصیه کرد که اگر علایم بیش از شش ماه باقی بمانند و یا بدتر شوند، مجدداً مراجعه نمایند. برای تمام موارد ثبت شده و جدید ، باید بلافاصله رژیم مناسب با MDT را شروع کرد.

رژیم هایMDT توصیه شده توسط ۶WHO (سازمان بهداشت جهانی) اصولی هستند، یعنی بینظمیهای خفیف در مصرف ، کارآیی آن ها را مختل نمی‌کند.

درمان جذام فقط با یک داروی ضد جذام ، همیشه موجب افزایش ایجاد مقاومت دارویی نسبت به آن دارو میشود و به عنوان یک عمل غیراخلاقی درنظر گرفته شده است .

هر بیمار جذامی باید با بیش از یک داروی ضد جذام درمان شود و رژیم استانداردMDT را که روشی بسیار بیخطر و موثر است، در اکثر مراکز برای درمان آن، به طور رایگان در دسترس بیماران قرار داد. پیگیری فعال بعد از کامل شدن درمان ضرورتی ندارد، ولی در موارد عود، مجدداً با رژیم استانداردMDT باید درمان شود. در سال۱۹۹۱ سازمان جهانی بهداشت مصوبه ای را انتشار داد که در آن ، حذف جذام را تا سال۲۰۰۰ هدف گذاری نمود. حذف جذام به معنای میزان شیوع کمتر از یک مورد در۱۰۰۰۰ نفر جمعیت است.

راهکار حذف ، بر اساس کشف و درمان تمام موارد باMDT به منظور کاهش بیماری به میزان بسیار پایین است که در سطح بسیار پایین بیماری، انتقال باکتری های جذام کاهش خواهد یافت .

با اشاره به اینکه در ۱۸ سال گذشته، میزان شیوع جهانی بیماری ۹۰ درصد کاهش یافته ، در پایان سال۲۰۰۰ جذام به عنوان یک بیماری حذف شده تلقی گردید.

دراوایل سال۲۰۰۳ ، متجاوز از ۱۰۷ کشور به هدف حذف جذام رسیده اند و فقط در ۱۲ کشور این مشکل همچنان باقی است .

مسله جذام هم اکنون مشکل ۵ کشور آندمیک (هند، برزیل، ماداگاسکار، نپال و موزامبیک) است که متجاوز از۸۳ درصد شیوع و ۸۸ درصد از موارد جدید جهانی جذام را تشکیل می‌دهند.

این گزارش برگرفته از کتاب "راهنمای کشوری حذف جذام یک مشکل بهداشتی" است که توسط مرکز مدیریت بیماریها و اداره سل وجذام انتشار

یافته است .

● درمان جذام توسط ایرانی ها

طبق مطالب کتاب " زبان خوراکی ها " تالیف " دکتر غیاث الدین جزایری " می توان گفت یکی دیگر از افتخارات محققین ایرانی معالجه جذام است که به کلی فراموش گردیده و در لابلای کتاب های کهنه و در پس ابرتیره ی خرافات پنهان شده است.

روش سنتی ایرانیان در معالجه ی جذام استفاده از گوشت افعی بوده است که معجون هایی بنام افاعی برای درمان این مرض پلید می ساختند و برای این که گوشت افعی اثر بیشتری داشته باشد، قبل از کشتن این حیوان او را در قفس انداخته و با انواع و اقسام کارها او را آزار داده و عصبانی می نمودند تا زهر بیشتری وارد بدن او شود.

داروی دیگری که داروسازان سنتی ایران برای درمان جذام و زخم های خوره پیدا کرده بودند، "

مار دارو " بود که یک گیاه دارویی است . این گیاه بهترین پادزهر نیش مار و افعی می باشد . حتی حیوانات نیز او را می شناسند و هر موقع به وسیله مار گزیده شوند به سراغ آن رفته و از ریشه آن می خورند.

● روایات اسلامی در مورد درمان تغذیه ای جذام

ابوهریره (ره) روایت کرده که رسول خدا (ص) فرمود: زیتون را بخورید و به بدن بمالید که هفتاد مرض از جمله جذام را شفا می بخشد.

در کتاب " خواص سبزی های خوراکی " تالیف " مرتضی نظری آمده است که امام صادق فرموده اند : خوردن ریحان فرد را از بیماری جذام ایمن می گرداند. و نیز فرموده اند : خداوند متعال مرض جذام را از یهود برداشت، زیرا آنها چغندر می خوردند.

امام موسی کاظم نیز فرموده اند : به خوردن شلغم عادت کنید ، زیرا در هر کس رگ جذام باشد آن را از بین می برد. (بحارالانوار/ ج ۱۴)

منبع : کلوب

http://vista.ir/?view=article&id=311095

vista.ir
Online Classified Service

جذام چیست؟

جذام یک بیماری عفونی قدیمی است که ویژه انسان است و عامل مولد آن باکتری Mycobacterium lepraeنام دارد.این بیماری پوست، اعصاب محیطی و اعضای مخاطی مانند چشم‌ها و مجاری تنفسی را مورد حمله قرار می‌دهد.

بیماری جذام عمدتا سیستم اعصاب در ناحیه دست‌ها، پاها و صورت را هدف قرار می‌دهد. این بیماری همچنین با عنوان بیماری هانسن نیز شناخته شده است و علت این نامگذاری این است که جی.آی. هانسن در سال ۱۸۷۳ باسیل مولد آن را کشف کرد. ابتلا به جذام بیشتر در نواحی گرم و مرطوب در مناطق استوایی و نیمه استوایی شایع است. فرد مبتلا اغلب در نواحی آسیب‌دیده دردی حس نمی‌کند و ممکن است بدون اطلاع و ناخواسته به اعضای بدنش آسیب وارد کند.

مدت‌های زیادی تصور می‌شد که این بیماری مشکل مرموزی است که با نفرین در ارتباط است و افراد مبتلا به جذام قرنطینه و مطرود بودند.

امروزه، درمان موثری برای این بیماری وجود دارد و قابل معالجه است و برای قرنطینه کردن افراد جذامی هیچ توجیهی وجود ندارد. همانطور که در بالا گفته شد این بیماری در ابتدا اعصاب دست‌ها، پاها و چشم‌ها و برخی از اعصاب را در پوست تحت تاثیر قرار می‌دهد و در شرایط حاد در صورتی که فرد اقدام به درمان نکند بیماری می‌تواند به فقدان حواس، فلج ماهیچه‌های دست‌ها و پاها، از شکل افتادگی بدن و کوری منجر شود.

جذام بیماری رنج آوری است که اگرچه قابل درمان است اما در صورت عدم درمان باعث فلج و غیر عادی شدن شکل بدن می شود. باکتری مولد جذام شبیه به باکتری مولد بیماری سل است. این بیماری ۳ نوع مختلف دارد.

نوع اول، نوع معمولی آن با عنوان جذام سپروماتو است که به اعصاب مرکزی، پوست، دستها و پاها، اعضای مخاطی مانند مجاری مرتبط به بینی و چشم حمله ور می‌شود.

در مقابل نوع دیگری این بیماری تحت عنوان توبرکولوئید یا شبه سل که منطقه‌ای است به طوری که کمتر از نوع اول در بدن گسترش پیدا می‌کند.

نوع سوم با عنوان جذام بینابین یا جذام با دو شکل مجزا شناخته شده است و ویژگی‌های هر دو نوع قبلی را با خود دارد.

در سال ۱۹۸۲ سازمان جهانی بهداشت طبقه بندی ساده‌ای را برای این بیماری ارائه کرد که شامل ۲ نوع جذام (PB paucibacillary) و (MB Multibacillary) است.

این طبقه بندی امروزه در سراسر جهان برای اهداف درمانی مورد استفاده است. هم چنین طبقه بندی قدیمی تر و تاحدی هم پیچیده تر هنوز در برخی از برنامه‌ها بویژه برای مطالعات تحقیقاتی کلینیکی کاربرد دارد. تشخیص این بیماری تا حدی مشکل است اما مهمترین ویژگی آن بروز بریدگی‌هایی بر روی بدن و به همراه آن از دست دادن حواس است. علائم جذام لپروماتو شامل گرفتگی بینی و گره‌ها و زخم‌های روی پوست در پشت و جلوی بدن است. از دست دادن حواس از انگشتان دست‌ها و پاها آغاز می‌شود و این امر باعث بروز جراحات و آسیب‌های ناخواسته‌ای شود که آنها هم به نوبه خود عفونی می‌شوند. در موارد پیشرفته و حاد بیماری حالت قانقاریا ایجاد شده و بدن فرد دچار گزیدگی و ضایع شدن می‌شود. این بیماری قابل معالجه است اما تاثیر درمان بستگی به تشخیص زودهنگام آن دارد. از سال ۱۹۸۲ سازمان جهانی بهداشت روش معالجه ترکیب دارویی را ارائه کرد. در این روش به بیماران ترکیبی از آنتی بیوتیک‌های قوی داده می‌شود که می‌تواند نوع شبه سل را ظرف ۶ ماه به طور کامل درمان کند و نوع عفونی‌تر آن که لپرومائو است ظرف ۲ سال معالجه کند. اگر درمان زود آغاز شود تغییر شکل بدن و فلج قابل پیشگیری است. این روش همچنین افرادی که عفونت‌های شدید دارند بسیار سریع عفونت‌زدایی کرده و در نتیجه به پیشگیری از شیوع جذام کمک می‌کند. لازم به ذکر است که انجمن انگلیسی درمان جذام (LEPRA) یک موسسه پزشکی است که با اهداف سازمان جهانی بهداشت در جهت ریشه کنی این بیماری پیش می‌رود. هدف از فعالیت این موسسه تشخیص زودهنگام بیماری و ارائه درمان مناسب است. با این حال اکثر بیمارانی که در نقاط دور از دسترس زندگی می‌کنند به سختی به تشخیص زودهنگام دسترسی پیدا می‌کنند.

منبع : خبرگزاری ایسنا

http://vista.ir/?view=article&id=216839

vista.ir
Online Classified Service

چگونه می توان از سرماخوردگی پیشگیری کرد و در صورت بروز آن را درمان نمود .

بسیاری از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی و مطب پزشکان را در فصول سرد سال افرادی تشکیل می دهند که سرماخوردگی دارند. اکثر

مردم ، عفونت های حاد تنفسی را در مجموع سرماخوردگی می پندارند. درصد زیادی از علل مرگ و میر اطفال به دلیل عفونت های حاد تنفسی می باشد.

سرماخوردگی شایعترین بیماری عفونی در نزد انسان می باشد. ویروس سرماخوردگی از طریق دستگاه تنفسی وارد بدن می شود.این بیماری هم از لحاظ اقتصادی و هم از نظر عوارض احتمالی آن بسیار با اهمیت است. باعث غیبت کارگران و کارکنان از کار و وقفه و رکود در چرخ اقتصادی هر کشور می شود؛ همچنین غیبت محصلین و دانشجویان از مدارس و کلاس درس و عقب ماندن از درس از عوارض مهم این بیماری می باشد و مهمتر این که در صورت عدم بهبود سرماخوردگی عوارضی از قبیل التهاب سینوس ها ، گوش میانی، حلق، نای، و نایژه ها را در پی دارد.

بچه های کوچکتر از ۵ سال مستعدترین گروه سنی را تشکیل می دهند. استعداد ابتلا به طور تدریجی از ۵ سالگی تا سنین ۱۸ تا ۲۰ سالگی کاهش می یابد و سپس استعداد ابتلا ثابت باقی می ماند. بطور متوسط یک فرد در یک سال ۳ تا ۵ بار دچار سرماخوردگی می شود که این مسأله به تماس ها و عوامل محیطی بستگی دارد. بیماری به وسیله تماس با ذرات آلوده ای که از عطسه کردن حاصل می شوند منتشر می شود. ضعف عمومی (لرزیدن یا احساس سرماسرماکردن، خستگی)، محیط های پرتراکم و عدم رعایت بهداشت ، فصل و مکان جغرافیایی ، فراوانی ویروس آنفلوآنزا در طول ماههای فصل زمستان، شغل و گاهی مسافرت، وضع بد تغذیه و ناهنجاری های ساختمانی قسمت های فوقانی دستگاه تنفس مثل انحراف بینی و بزرگ بودن لوزها از عوامل زمینه ساز در ایجاد سرما خوردگی می باشند. ایمنی نسبت به بیماری تقریباً یک ماه دوام دارد و تا کنون واکسنی که بتواند طول دورة ایمنی را افزایش دهد یافت نشده است.

در خصوص کودکان زیر ۵ سال اگر یکی از چهار علایم زیر را داشت حتما با پزشک و یا کادر درمانگر تماس بگیرید:

۱) سرفه

۲) تنفس مشکل

۳) گوش درد

۴) گلو درد

را داشته باشند، باید مطابق چارت ارزیابی و درمان شوند.

- راههای انتقال بیماری

در سرماخوردگی راههای تنفس فوقانی خصوصاً بینی ، حلق، سینوس های ضمیمه بینی و حنجره دچار آماس و تورم می شود، بیش از ۱۰۰ نوع ویروس مهلک در ایجاد سرماخوردگی دخالت می کنند که به نام ویروس های بینی «رینو ویروس » موسوم گردیده اند.

مهمترین راههای انتقال بیماری:

۱) شایع ترین راه انتقال بیماری وارد شدن میکروب ها به ریه (آسپیراسیون) می باشد. پنومونی هایی مانند پنومونی استرپتوککی ، هموفیلوس، آنفلوآنزا و مایکوپلاسمایی از این طریق منتقل می شوند.

۲) استنشاق ذرات عفونی : ویروس ها و سل از این طریق منتقل می شوند. در استنشاق ذرات عفونی انتقال یا مستقیم و یا غیرمستقیم انجام می گیرد. انتقال مستقیم در اثر تماس و یا انتشار قطره های آب دهان و انتقال غیرمستقیم به وسیله دست و اشیایی که به تازگی آلوده به ترشحات بینی و گلوی شخص آلوده شده است صورت می گیرد.

۳) انتشار از طریق خون: بیشتر باکتری های استافیلوکوک اورئوس از این راه منتقل می شوند.

۴) تلقیح مستقیم و گسترش مجاورتی از راه لوله تراشه و زخم های قفسه سینه به وسیله چاقو یا گلوله.

- دوران نهفتگی

دوران نهفتگی بیماری کوتاه بوده و از ۲ تا ۴ روز متغیر است. شروع بیماری معمولاً ناگهانی و با احساس خارش و سوزش در حلق و بینی و گوش

شروع و به دنبال آن علایم عطسه، آبریزش از بینی و حالت کوفتگی و خستگـی ظاهـر می شـود، معمولاً تب خفیف و ضعف هم دیده می شـود که در شیرخواران و بچه های کوچک شایعتر است . بیمار احساس سرما می کند، ولی به ندرت ممکن است لرز نماید. بیماران دچار سردرد هستند ولی سردرد خیلی شدید معمولاً نشانه وجود بیماری دیگری است. حس بویایی و چشایی در بسیاری از موارد دچار اختلال می شود. بیمار ممکن است از دردهای مبهم در ناحیه کمر و دست و پا شکایت داشته باشد. در مراحل ابتدایی ناخوشی، بیمار سرفه می کند و این سرفه در موارد مختلف ، شدت های متفاوت دارد. با پیشرفت بیماری مخاط گلو و بینی پرخون می شود و مجاری بینی مسدود می گردند. سوراخ های بینی و پوست لب فوقـانی حساس و کم و بیش متورم و خراشیـده می شود. در مراحل آخر بیماری ترشح مخاطی بینی غلیظ و چرکی می شود.

- درمان سرماخوردگی

متأسفانه در بسیاری موارد مردم اقدام به خود درمانی و مصرف آنتی بیوتیک های مختلف می کنندکه هم از نظر اقتصادی مقرون به صرفه نیست و باعث بارآوردن خسارت مالی زیادی می شود و هم باعث ایجاد مقاومت دارویی در برابر آنتی بیوتیک ها می شود؛ در این زمینه باید دانست، بسیاری از علایم اولیه بیماری ها درست شبیه سرماخوردگی می باشد و این اقدامات مـانع از تشخیص و درمان به موقـع آن بیماری می شود، بنابراین تشخیص و درمان سرماخوردگی به عهده پزشک یا پرسنل بهداشتی (کاردان بهداشت ـ بهورز) می باشد که بیشتر روی مراقبت در منزل تأکید می شود. درمان سرماخوردگی درمان شکایات بیمار است. تأثیر استراحت، مایعات کافی و رژیم غذایی مرتب به همان اندازه داروهای شناخته شده می باشد. باید از گرم شدن بیش از حد و لرزیدن بیمار جلوگیری کرد. استامینوفن و سایر داروهای ضد درد ممکن است به بهبـود حالت ضعف عمومی کمک کنند. گاهـی استفـاده از آنتی هیستامین ها چند روز اول بیماری برخی از شکایات را بهبود می بخشد. هیچ گونه موردی جهت استفـاده از آنتی بیوتیک ها در مورد یک سرماخوردگی بدون عارضه وجود ندارد. می توان برای برطرف ساختن انسداد بینی، قطره بینی تجویز نمود، اما باید از این گونه قطره ها تنها گاه به گاه و فقط برای مدت کوتاه استفاده کرد.

آنفلوآنزا به سرماخوردگی معمولی شباهت تام دارد، به طوری که حتی گاه اصطلاح سرماخوردگی را برای آنفلوآنزا و اصطلاح آنفلوآنزا را برای سرماخوردگی معمولی به کار می برند. آنفلوآنزا همیشه شدت بیشتری نسبت به سرماخوردگی دارد.

- پیشگیری

برای پیشگیری از بروز سرماخوردگی و انتشار آن اقدامات زیادی انجام شده است که مهمترین آنها عبارتند از تجویز واکسن های پولی والان، مصرف مواد قلیایی ، مرکبات و به کار بردن مقادیر زیادی از برخی ویتامین ها و اشعه ماورای بنفش. باید توجه داشت که هیچ کدام از این اقدامات و روش ها به طور کامل مؤثر واقع نگردیده است،. اما باز هم اقداماتی به شرح زیر توصیـه می شود:

۱) اجتناب از تراکم جمعیت در محل های زندگی و خواب بخصوص در مؤسسات، سربازخانه ها، کشتی ها و ...

۲) آموزش به مردم برای رعایت نکات بهداشت شخصی مثل پوشاندن دهان به هنگام سرفه و عطسه، دفع صحیح ترشحات بینی و دهان و شستشوی مکرر دست ها.

۳) چون ویروس از راه تماس نزدیک توسط قطرات بزرگ، ترشحات بینی و دهان منتقل می گردد، لذا به حداقل رساندن تماس با فرد بیمار مهم می باشد.

۴) به علت تماس مکرر انگشتان با ترشحات بینی حاوی ویروس معمولاً انگشتان فرد مبتلا به سرماخوردگی آلوده بوده و موجب می شود ویروس از طریق دست دادن و یا دست زدن به وسایلی که در تماس با دست بیمار آلوده شده اند (نظیر دستگیره در) به افراد حساس منتقل گردد.

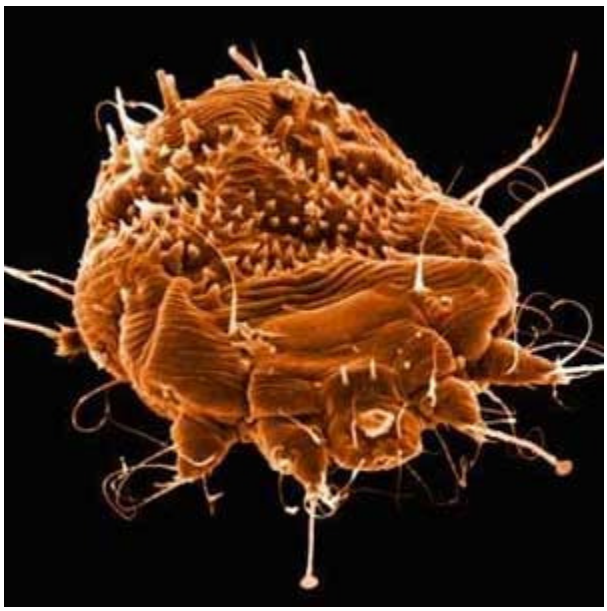
۵) ایزوله کردن بیمار (جداسازی) در صورت امکان توصیه می شود. معمولاً شکایات آنقدر شدید نیستند که مانع کار بیمار در طی ۲ یا ۳ روز اول بیماری شوند. اگر بتوان جداسازی را به مرحله اجرا درآورد، ممکن است وقوع سرماخوردگی در جمعیت به میزان قابل توجهی کاهش پیدا کند

منبع : پزشکان بدون مرز

http://vista.ir/?view=article&id=314174

vista.ir
Online Classified Service

چه کسی تنش می خارد؟



بیماری گال یا جرب (Scabies) یك بیماری عفونی خارش‌دار و عامل آن بندپایی از گروه مایت‌ها یا هیره‌ها به‌نام سارکوپتس اسکابیه است . مایت‌ها موجوداتی شبیه کنه اما بسیار کوچکتر و میکروسکوپی هستند و اندازه ماده‌های آنها در حدود ۳/۰ میلی‌متر است. این بیماری شایع‌ترین بیماری پوستی خارش‌دار در جهان است و سالانه بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در دنیا به آن مبتلا می‌شوند.

مایت نر که اندازه‌اش تقریباً نصف ماده است پس از بارور کردن جنس ماده، بعد از مدت کوتاهی می‌میرد. محل زندگی انگل داخل پوست انسان است و پس از انتقال به میزبان، قسمت سطحی پوست بدن را به‌صورت عمودی سوراخ کرده و سپس به ایجاد تونل در سطح افقی می‌پردازد. به‌طوری که در هر شبانه‌روز حدود دو تا سه میلی‌متر پیشروی می‌کند و تخم‌هایش را داخل آن قرار می‌دهد . هیره ماده در طول زندگی چهار تا پنج هفته‌ای خود درون نقب‌های داخل جلدی ۴۰ تا ۵۰ تخم می‌گذارد که بعد از سه تا پنج روز حدود ۱۰ درصد آنها باز می‌شوند و لاروهایی از آنها خارج می‌شوند که از سلولهای پوست تغذیه کرده و تونل‌های جدیدی را ایجاد می‌کنند و نهایتاً به هیره بالغ تبدیل می‌شوند. دوره زندگی هیره از تخم تا تولد ۱۰ تا ۲۴ روز طول می‌کشد .

- راه اصلی انتقال

تماس نزدیك حداقل برای ۱۵ دقیقه با افراد آلوده و انتقال از طریق وسایل آلوده راه اصلی انتقال است.

سایر راه‌های انتقال بیماری شامل موارد زیر است:

۱) خوابیدن در بستر دیگران

۲) زندگی در محیطهای اجتماعی شلوغ

۳) انتقال از راه لباس و یا وسایل آلوده مثل لباس خواب

۴) بازی کودکان با یکدیگر مخصوصاً در مهدکودك‌ها

۵) نگهداری از اشخاص آلوده

- چه افرادی بیشتر در معرض ابتلا به گال می‌باشند؟

عامل گال می‌تواند تمام افراد یك خانواده را در هر سنی که باشند مبتلا کند. بیماری بیشتر از افرادی شروع می‌شود که تماس نزدیك با فرد بیمار دارند .

بچه‌های کمتر از ۱۵ سال حساس هستند و معمولاً اولین کسانی که درخانه علامت‌دار می‌شوند ، بچه‌های کوچك زیر ۱۵ سال می‌باشند.

- علایم بیماری

نشانه اصلی بیماری خارش است. خارش معمولاً شبانه و شدید است و هنگام خواب در بستر که بدن شخص گرم می‌شود، اتفاق می‌افتد. انگل‌ها در اثر گرم شدن محیط و در بعضی مواقع به دنبال گرفتن دوش آب گرم نیز فعال شده و خارش شروع می‌شود. علایم دیگر شامل ضایعات پوستی قرمز رنگ و برجسته، تورم موضعی، بثورات جلدی و تونل‌های زیر پوستی به طول ۳ تا ۱۵ میلی‌متر است، دانه‌هایی به شکل مروارید که

محتوی مایع شفاف بوده و هاله‌ای قرمز رنگ دور آن را احاطه کرده روی پوست پدید می‌آیند که اندازه هریك از دانه‌ها که به‌صورت تاول قابل دیدن است معمولاً به‌اندازه ته سنجاق می‌باشد و ممکن است به علت خاراندن زیاد شکل خود را از دست داده و به‌صورت اثرات خراش یا به صورت زخم‌هایی در محل‌های آلوده دیده شود. هیره‌ها نقاطی از بدن انسان که دارای پوست ظریف، چین‌خورده و مرطوب است مانند پشت، کف‌دست‌ها، بین انگشتان، مچ، آرنج، زیربغل و ناحیه کمر را آلوده می‌کنند. در شیرخواران صورت، کف و قوزك پا نیز ممکن است درگیر شود.

• راه‌های پیشگیری

باتوجه به اینکه ابتلا به بیماری گال مستقیماً به عدم رعایت بهداشت فردی و گروهی و نداشتن آگاهی‌های لازم بهداشتی مربوط می‌شود بنابراین آموزش بهداشت به گروه‌های زیرضروری است:

۱) دانش‌آموزان

۲) مسولان و سایر کارکنان مدارس

۳) اولیای دانش‌آموزان

این گروه‌ها باید با روش‌های زیر آشنا شوند:

۱) رعایت بهداشت فردی و پاکیزه نگاه‌داشتن لباس

۲)اجتناب از پوشیدن لباس‌های زیر دیگران

۳) جداسازی بیمار تا بهبودی کامل

۴) بیماریابی در سایر افراد خانواده زیرا معمولاً بقیه افراد خانواده نیز مبتلا می‌شوند

۵) درمان صحیح و کامل مبتلایان

۶) سمپاشی محل زندگی هیره

گاهی اوقات اگر درمان و پیشگیری غلط انجام شود، گال مزمن می‌شود و ضایعات جلدی به صورت تاول‌های بسیار خارش‌دار در بدن باقی می‌ماند.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=247116

vista.ir
Online Classified Service

حصبه یا تیفوئید

حصبه یا مطبقه یک بیماری عفونی است که متأسفانه در کشور ما خیلی زیاد دیده می شود بطوریکه ما در برابر هر تب طولانی ابتدا بفکر آن می افتیم .

▪ علت : میکروب حصبه در آبهای گل آلود تا یکماه و در یخ تا ۳ ماه زنده میماند ، در اثر گرمای ۶۰ تا ۱۰۰ درجه بزودی بیجان می شود و بخصوص نور آفتاب بسرعت سبب انهدام میکروبهای حصبه می شود . در برابر خشکی هم مقاومت دارد (تا دو ماه)

• علل آماده کننده و همه گیر شناسی :

حصبه ممکن است بشکل تک گیر یا همه گیر درآید در فصل پائیز و تابستان بیشتر بصورت همه گیر در میآید ، این همه گیری بخصوص در اجتماعات مانند سربازخانه ها و مدارس دیده می شود .

این بیماری متأسفانه در کشور ما در تمام فصول فراوان است ولی ما آمار صحیحی در تمام کشور از شیوع این ناخوشی نداریم . از آمار بخش عفونی چنین برمی آید که تعداد بستری شدگان در تابستان و پائیز بیشتر است .

در زمان جنگ که تمام شرایط بالا جمع است کثرت این مرض قابل ملاحظه است . افراد غریب و تازه وارد که بمناطق آلوده وارد میشوند بیشتر از افراد بومی مبتلا میگردند ، کم شدن ترشح معده هم در آلودگی مؤثر است زیرا شیره معده ضدمیکروب قوی است و میتواند در موقع ورود میکروب را بیجان سازد .

● راه های سرایت بیماری :

میکرب بیماری تیفوئید از راه دهان وارد دستگاه گوارش شده و از آنجا به سایر نقاط بدن میرسد و نشانه های بیماری را پدیدار میسازد ، میکروب باسیل از راه مدفوع به خارج راه می یابد مدفوع و صفرا در دوران استقرار بیماری آلوده میباشند . گاهی در ادرار و استفراغ بیماران نیز باسیل وجود دارد . بیشتر حصبه ای ها در دوران نقاهت هم خاستگاه پخش میکروب بشمار می روند .

▪ سرایت مستقیم :

پرستاران و مراقبان بیماران از راه دستهای خود آلوده میگردند . آنهائی که لگن بیمار را برمیدارند و یا لباس و ملحفه های ویرا عوض میکنند و در معرض آلودگی مستقیم قرار دارند . بنابراین اگر کمال نظافت بعد از تماس با مریض رعایت شود آلودگی ناچیز خواهد شد . برخی از پزشکان حصبه را بیماری دستهای کثیف نامیده اند .

▪ سرایت غیرمستقیم :

آب - بهترین منبع آلودگی را تشکیل می دهد و این مطلب درآلودگی های لوله های آب یک محله یا یک قنات و آلوده کردن تعداد زیادی از افراد با ثبات میرسد ، گذشته از آب ، مواد غذائی ، شیر و سبزیجات و نرم تنان دریایی(صدفهاو میگوو...) نیز ممکن است توسط آب آلوده گردند .

سابقاً یخ غیربهداشتی یک عامل انتقال بیماری در ایران بشمار میرفت . آلودگی شیر ، پنیر تازه توسط آب آلوده یا دستهای آلوده دیده شده است .

سبزیجات ، سبزیجاتی را که با کود انسانی میکارند احتمال آلودگی آن زیاد است .

نرم تنان دریائی و صدفها و میگو غیره یکی از منابع آلودگی در کشورهای اروپائی محسوب می گردد . صدفهائی که در مسیر فاضل آب و رودخانه های کثیف قرار می گیرند آلوده می شوند .

مگس هم عامل مهمی در پخش بیماری است .

در آزمایشگاهها افرادی که با کشت و مطالعات این میکروبها سروکار دارند ممکن است تصادفاً آلوده گردند ، پزشکان بخش های عفونی هم بدلایل بالا بیشتر در معرض آلودگی میباشند .

پودر گوشت ، تخم مرغ و سایر مواد غذائی هم ممکن است عامل سرایت بیماری باشند .

نشانه های حصبه : بیماری به آرامی شروع می شود : تب مختصر ، خستگی ، سرگیجه ، کوفتگی ، خواب مختل ، دهان تلخ و یبوست . بتدریج این علائم شدت مییابد ، بعلاوه سردرد شدید ، درد پیشانی بوجود می آید ، درد کمر و گردن و بیحالی عارض میشود ، شکم نفخ پیدا کرده کمی دردناک می شود مخصوصاً در پهلوی راست و پائین شکم درد محسوس میباشد یا بجای یبوست اسهال فرا می رسد .

طحال بزرگ می شود گاهی خون دماغ وجود دارد . بسیاری از بیماران در چند روز اول بیماری سرفه کرده و نشانه های یک برونشیت حاد را دارند .

صبحها تب کم بوده و شبها بالا می رود تا اینکه در ظرف ۴ تا ۵ روز تب به ۴۱ درجه میرسد ، نبض نسبت به تب کندتر میباشد .

۵ تا ۸ روز علائم شدت می یابد یعنی استقرار بیماری فرا میرسد بیمار در رختخواب خود بیحرکت می افتد و نسبت به اطرافیان بی اعتنا می باشد و یا اینکه در بیحالی و کوفتگی عمیقی غوطه ور میباشد گاهی هذیان و بی خوابی وجود دارد ، بیمار اشیاء مبهمی را در هوا جستجو می کند ، عطش زیاد دارد لبها و زبان خشک است ، اشتها کم است نفخ شکم زیاد و در لمس پهلوی راست و پائین شکم درد وجود دارد . در حصبه سخت ،

اسهال آبکی وجود دارد . تب دائماً در ۴۰ درجه سانتیگراد باقی مانده ، صبح و شب کمی با هم اختلاف دارد یعنی صبحها کمتر و شبها زیادتر است .

● عوارض حصبه :

بسیار متعدد است - خونریزی روده ، سوراخ شدن روده ها ، ورم آپاندیس ، ورم کیسه صفرا ،یرقان ، ورم غده بناگوشی عوارض دیگر از قبیل نارسائی قلبی ، عارضه استخوانی ، تنفسی ، ادراری ، پوستی ، ورم بیضه ، مننژیت ، آماس کلیه ها (پیلونفریت) و پستانها و تورم مفصلی ملاحظه می شود .

● تشخیص آزمایشگاهی :

آزمایشهائی که از نظر تشخیص تیفوئید مورد استفاده قرار میگیرد بترتیب اهمیت عبارتند از : کشت خون ، کشت ادرار و خلط ، کشت مغز استخوان و آزمایشهای سرمی (ویدال فلیکس) ؛ کشت مدفوع (در کشور ما که مرض بومی است کشت مثبت مدفوع را باید با امتحانات دیگر تکمیل کرد) .

● درمان :

رژیم غذائی و الکترولیت : امروزه دیگر انتخاب رژیم غذائی خاصی برای بیمار تیفوئیدی مفهومی ندارد بهتر است که به بیماران مقادیر کافی مایع رسانده شود و برای این منظور تشویق بیماران به نوشیدن مایعات زیاد لازم است . توجه به تعادل آب و الکترولیت هنوز مهمترین و فوری ترین اقدام است .

درمان با آنتی بیوتیکها با توصیه پزشک

● پیشگیری :

تیفوئید حاد بصورت همه گیر و تک گیر بروز میکند و بیشتر اوقات مسئول آنها ناقلان سالم یا بیماران می باشند . این بیماری مخصوص انسان است و دو نوع پیشگیری را ایجاب می کند :

۱) پیش گیری دسته جمعی

۲) پیش گیری انفرادی

در پیش گیری دسته جمعی میباید بیماران و حاملان سالم را مشخص کرده و آنها را معالجه نمود و خلاصه خاستگاه سرایت را از بین برد .

در پیش گیری انفرادی باید افرادیکه در معرض آلودگی به بیماری هستند ایمنی بخشید و آنهم بوسیله مایه کوبی امکان پذیر است . ولی باید دانست که هر دو این وسائل برای جلوگیری از تیفوئید ضرورت دارند و یکی بدون دیگری امکان پذیر نیست .

▪ پیشگیری دسته جمعی :

در پیش گیری دسته جمعی پزشک معالج و اداره بهداشت وظیفه عمده ای دارند : پزشک معالج باید هر چه زودتر بیماری را تشخیص داده و نوع آن را بمراکز بهداری گزارش دهد ، بعلاوه در جریان ناخوشی به اطرافیان مریض طرز سرایت وگندزدائی ادرار و مدفوع را بیاموزد . همچنین ملحفه و لباس زیر و یا وسائل دیگر آلوده بیمار را بهتر است با آب ژاول و جوشاندن و بخار آب و غیره گندزدائی کنیم ، بعد از بهبود بیماری میباید گندزدائی نهائی انجام شود . در صورت امکان بهتر است پزشک معالج خاستگاه سرایت را جستجو کند . بعلاوه مراقبت و بازرسی دقیق مواد خوراکی ، صدفها ، شیر ، آب ، مشروبات غیرالکلی و غیره ، این مواد را چه از نظر تهیه و توزیع و فروش باید تحت کنترل دقیق قرار داد ، تهیه آب قابل شرب و فاضلاب هم در پیشگیری بسیار مهم است . غدغن کردن کاربرد کود انسانی در سبزیکاری ، از بین بردن مگس در نقاط آلوده و آموختن بهداشت عمومی بمردم ارکان پیشگیری دسته جمعی را تشکیل می دهد .

منبع : میکرو فارس

http://vista.ir/?view=article&id=308462

vista.ir
Online Classified Service

حقیقت، جعلی جلوه داده شده است

داستان تا حدودی عجیب و غریب است. آمریکایی‌ها می‌گویند تقصیر مکزیکی‌ها است که زندگی کثیفی دارند و از طرفی مدارکی دال بر صحت ادعای آنان نیز وجود ندارد، اما هر چه باشد فرقی نمی‌کند. صورت مساله کماکان پابرجا است و مردم از ترس ابتلا به این بیماری، حتی با یکدیگر دست هم نمی‌دهند؛ این روزها همه از آنفلوآنزای خوکی در هراسند، اما واقعیت چیز دیگری است.

بگذارید برای حل بهتر این مساله استناد کنیم به گزارش عجیب سانفرانسیسکو بیزینیس تایمز؛ جایی که نگارنده آب پاکی را ریخت روی دست همه مخاطبان و کسانی که می‌خواهند بدانند سر و کله این بیماری فراگیر چطور پیدا شد. حقیقتا رد پای رامسفلد در این ماجرا دیده می‌شود؟

● گیلعاد و رامسفلد

مایکل چسودوفسکی، تحلیلگر آمریکایی، در گزارشی که در «سانفرانسیسکو بیزینیس تایمز» منتشر شده است، درباره آنفلوآنزای خوکی نوشت: «آنفلوآنزای خوکی باعث شده که ارزش سهام شرکت بیگ فارما افزایش چشمگیری یابد. بعد از انتشار گزارش‌های اولیه مبنی بر شیوع آنفلوآنزا در مکزیک، تقاضای داروهای ضد آنفلوآنزا سر به فلک کشید.»

در این گزارش با اشاره به فضای ترس و وحشت در جهان پس از شیوع آنفلوآنزای خوکی آمده است: «اطلاعات نادرستی که از رسانه‌ها پخش شده، باعث شده که فضای ترس و وحشت تشدید شود. در بسیاری از مناطق آمریکا وضعیت فوق‌العاده بهداشتی اعلام شده است.» در این گزارش با اعلام اینکه داروهایی چون «تامی فلو» و «رلانزا» بیشترین تقاضا را در بازار داشته‌اند، تاکید شده که دولت آمریکا مواد دارویی را از انبارهای ملی بیرون آورده تا مطمئن شود در صورت شیوع آنفلوآنزا مامورین مراقبت‌های بهداشتی- پزشکی در آمادگی کامل به سر خواهند برد.

بنابر این گزارش، تامی فلو از طرف شرکت بیوتکنولوژیکی «گیلعاد ساینس» آمریکا و به وسیله شرکت داروسازی عظیم «هافمن لا روچ» در سوئیس ساخته می‌شود. این دارو توسط شرکت «روچ» ساخته می‌شود، ولی اختراع آن توسط شرکت «گیلعاد ساینس» انجام گرفته است. این بدین معناست که حقوق دارایی معنوی این دارو متعلق به شرکت گیلعاد ساینس است.

دونالد رامسفلد، وزیر دفاع پیشین آمریکا، یکی از سهامداران عمده شرکت گیلعاد ساینس است. وی در سال ۱۹۹۷ به سمت ریاست شرکت گیلعاد ساینس دست یافت و تا سال ۲۰۰۱ که به منصب وزارت دفاع آمریکا منصوب شد، این پست را حفظ کرد. رامسفلد از زمان تاسیس این شرکت در سال ۱۹۸۷ تاکنون عضو هیات مدیره آن بوده است.

نشریه فورچون در سال ۲۰۰۵ و در اوج بحران آنفلوآنزای مرغی، شرکت گیلعاد را یکی از شرکت‌هایی نامید که بیشترین ارتباطات سیاسی را در صنعت بیوتکنولوژی دارا است. از زمان استعفای رامسفلد در سال ۲۰۰۶ تاکنون، اطلاعاتی در مورد میزان سهام وی در این شرکت وجود ندارد. بعد از اعلام شیوع آنفلوآنزای خوکی در مکزیک سهام شرکت گیلعاد در بازار بورس نیویورک به شدت افزایش یافت. بعد از تایید گزارش‌های مربوط به مشاهده چهل مورد ابتلا به آنفلوآنزای خوکی، دولت آمریکا یک چهارم ذخایر دارویی خود را آزادسازی کرد. هفت مورد آنفلوآنزای خوکی در کالیفرنیا، بیست و هشت مورد در نیویورک، دو مورد در تگزاس، دو مورد در کانزاس و دو مورد نیز در اوهایو گزارش شده‌اند.

مکزیک اعلام کرد که تعداد مرگ و میر بر اثر آنفلوآنزای خوکی به ۱۴۹ نفر رسید - بیماری آنفلوآنزای خوکی در بیست مورد از این افراد تایید شد. مدارس این کشور تا ۶ مه تعطیل شدند و حدود ۲۰۰۰ نفر به علت ابتلای شدید به آنفلوآنزا در بیمارستان‌های این کشور بستری شدند.

بر اساس گزارش مراکز کنترل بیماری، برای مقابله با انواع آنفلوآنزای از جمله آنفلوآنزای خوکی، باید داروهای ضدویروس تجویز شوند. ظاهرا ویروس موجود در مکزیک و آمریکا در برابر دو داروی ضدویروس - آمانتادین و ریمانتادین - مقاوم است. اما آزمایش‌های آزمایشگاهی نشان دادند که این ویروس در مقابل تامی‌فلو و رلنزا آسیب‌پذیر است. داروی خوراکی تامی فلو از بروز آنفلوآنزای نوع A و B در افراد بالای یک سال جلوگیری می‌کند. شرکت هافمن لاروچ که این دارو را تولید می‌کند بخشی از فروش خود را به شرکت گیلعاد می‌دهد. شرکت روچ اعلام کرده است که هم اکنون ۳میلیون بسته از این دارو را در اختیار دارد - بخشی از ۵میلیون بسته‌ای که در سال ۲۰۰۶ به اداره بهداشت آمریکا اختصاص یافت- و می‌تواند در عرض بیست و چهار ساعت این دارو را در تمام نقاط جهان تحویل دهد.

• حقیقت پزشکی چیست؟

اما حقیقت این بیماری چیست و آیا اصولا ماهیتی خارجی دارد یا بیشتر زاییده جنگ روانی رسانه‌های آمریکایی است. مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا (CDC) چنین توضیح می‌دهد که ویروس‌های مهاجم آنفلوآنزای خوکی می‌تواند در سراسر سال موجب آلودگی این حیوانات شود، اما بیشترین شیوع در فصل زمستان و بهار اتفاق می‌افتند و می‌تواند در طول سال ادامه داشته باشد. ویروس آنفلوآنزای خوکی کلاسیک برای اولین‌بار در سال ۱۹۳۰ میلادی از یک خوک جدا شد.ویروس‌های آنفلوآنزای خوکی میزبان اصلی‌شان خوک است، اما می‌توانند مرغ‌ها و حتی انسان‌ها را آلوده کنند. مواردی از انتقال این نوع ویروس به انسان گزارش شده است و در مواردی هم انتقال از انسان به انسان گزارش شده است. ویروس‌های آنفلوآنزای خوکی دائما تغییر شکل می‌دهند. البته خوک‌ها به وسیله آنفلوآنزای مرغی هم می‌توانند آلوده شوند، گرچه به اندازه نوع خوکی در این حیوانات مهاجم نیست. ویروس‌های آنفلوآنزا وقتی از خوک آلوده، خوک دیگری را آلوده می‌کند می‌تواند تغییر شکل داده و نوع رفتارش نیز تغییر می‌کند. ویروس‌ها می‌توانند دوباره جور شوند (یعنی ژن‌ها را با هم عوض می‌کنند) و توانایی ویروس‌ها و همچنین میزبانی خوک برای هر سه نوع آنفلوآنزای خوکی مرغی و انسانی این خطر را ایجاد می‌کند که ویروس‌های جدید که مخلوط انواع خوک، انسان و نوع ویروس‌های آنفلوآنزای مرغی هستند پدیدار بشوند. با تغییرات طی سال‌ها انواع متفاوت ویروس‌های آنفلوآنزای خوک پدیدار شده‌اند. حالا، چهار نوع آنفلوآنزا نوع‌های فرعی نوعی ویروس اصلی هستند که در خوک‌ها بیماری ایجاد می‌کنند.

معمولا ویروس‌های آنفلوآنزای خوک انسان‌ها را آلوده نمی‌کنند. با این وجود، آلودگی انسان‌ها به شکل پراکنده با آنفلوآنزای خوک اتفاق افتاده است. این آلودگی بیشتر در اشخاصی گزارش شده که در تماس مستقیم با خوک‌ها قرار داشته‌اند. (برای مثال پرورش‌دهندگان خوک و بچه‌هایی که با خوک‌ها بازی می‌کنند یا کارمندان محیط نمایشگاه حیوانات یا کارگران در صنعت وابسته به خوک). به علاوه، مساله دیگر استعداد ذاتی اشخاص یا مستعد بودن در ابتلا به بیماری و پراکندگی آن نقش دارد. برای مثال، یک نمونه بروز آلودگی آنفلوآنزای خوک در خوک‌ها در ویسکانسین در ۱۹۸۸ میلادی مشاهده شد که منجر به چندین آلودگی انسان‌ها شد؛ اگرچه این حالت منتج به اپیدمی آنفلوآنزای خوکی نشد.

در گذشته، (CDC) گزارش‌هایی از احتمال آلودگی انسان به ویروس آنفلوآنزا خوک را طی دو سال دریافت کرد اما از دسامبر ۲۰۰۵ تا فوریه ۲۰۰۹، ۱۲ مورد آلودگی انسان به نوع مهاجم به انسان آنفلوآنزا آنفلوآنزای خوکی گزارش شد. نشانه‌های قابل انتظار آنفلوآنزای خوک در انسان‌ها مانند نشانه‌های آنفلوآنزای فصلی انسان است. تب، بی‌حالی، بی‌اشتهایی و سرفه کردن. همچنین تعدادی از افراد آلوده با آنفلوآنزای خوکی دچار آبریزش از بینی می‌شوند. در مواردی نیز گلودرد، تهوع و استفراغ و اسهال نیز گزارش شده است.

• آمار چه می‌گوید؟

مرکز کنترل بیماری‌های مسری آمریکا ابتدا اعلام کرد با افزایش ۲۷۸ مورد ابتلا به آنفلوآنزای خوکی در آمریکا، شمار مبتلایان به این بیماری در این کشور به دوهزار و ۵۳۲ نفر رسید. گزارش ان.اچ.کی حاکی است؛ همچنین هشت نفر در انگلیس و چهار نفر دیگر در کانادا به این بیماری مبتلا شده‌اند. این گزارش با اشاره به این که روند شیوع بیماری آنفلوآنزای نوع جدید در سراسر جهان ادامه دارد، می‌افزاید: مجموع افرادی که در ۲۹ کشور و منطقه به بیماری آنفلوآنزای نوع جدید (خوکی) مبتلا شده اند به چهارهزار و ۶۸۴ نفر رسیده است. گزارش‌ها همچنین حاکی از آن هستند که با فوت سه بیمار دیگر در مکزیک، آمریکا و کاستاریکا، آمار افرادی که بر اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست داده‌اند به ۴۸ نفر رسیده است. بیش از نیمی از افراد مبتلا به آنفلوآنزای نوع جدید در آمریکا گزارش شده است و پس از آن مکزیک با یک‌هزار و ۶۲۶ مورد، کانادا ۲۸۴ مورد، اسپانیا ۹۵ مورد، انگلیس ۵۵ مورد، فرانسه ۱۳ مورد و آلمان با ۱۱ مورد در رده‌های بعدی قرار دارند. ایتالیا، کاستاریکا، نیوزلند، برزیل، ژاپن، هلند، گواتمالا، السالوادور، پرتغال، سوئیس، اتریش، ایرلند، سوئد، دانمارک، کلمبیا، لهستان و آرژانتین از جمله کشورهایی هستند که بیماری آنفلوآنزای نوع جدید در آنها مشاهده شده است. به دنبال واکنش‌های اعتراض‌آمیز از سوی مردم در نقاط مختلف جهان، برخی کشورهای جهان از

جمله کشورهای غربی از لفظ آنفلوآنزای نوع جدید به جای آنفلوآانزای خوکی استفاده می‌کنند. در ژاپن روز گذشته چهارمین مورد بیمار مبتلا به آنفلوآنزای نوع جدید مشاهده شد.

به دنبال گسترش آنفلوآنزای خوکی در مکزیک، کانادا، آمریکا و برخی دیگر از کشورهای جهان، وزارت بهداشت، رفاه و کار ژاپن تدابیر بهداشتی برای مقابله با شیوع این بیماری را در سراسر این کشور به کار گرفته است و مسافران ورودی به این کشورها را نیز کنترل می‌کنند. وزارت بهداشت ژاپن از جمله در مبادی این کشور از جمله در فرودگاه‌های بین‌المللی ناریتا، هانه دا و کانسای دستگاه‌های سنجش حرارت بدن مسافران ورودی به ژاپن، توزیع پرسشنامه‌هایی که وضعیت جسمی مسافران در آن مشخص می‌شود و همچنین استقرار نیروهای قرنطینه در مبادی ورودی به این کشور را به کار گرفته است.

آمار جدید هم وجود دارد؟

تلویزیون سراسری ژاپن(ان.اچ.کی) اما آمار جدید را اعلام کرد تا بر ابعاد نگرانی‌ها بابت افزایش این بیماری بیفزاید: «آمار افراد مبتلا به بیماری نوع جدید آنفلوآنزا (آنفلوآنزای خوکی) در سراسر جهان به یک هزار و ۴۳۲نفر رسید.» آمار مبتلایان به آنفلوآنزای نوع جدید پس از آن که مکزیک و آمریکا گزارش دادند که بیش از ۱۳۰نفر دیگر در این دو کشور به این بیماری مبتلا شده‌اند، از مرز یک هزار و ۴۰۰نفر گذشت. به گزارش ان.اچ.کی، دولت مکزیک هم در همان روزها اعلام کرد که ۷۵نفر دیگر به این بیماری مبتلا شده‌اند و آمار این افراد فقط در مکزیک به ۸۰۲ نفر رسیده است. این شبکه تلویزیونی ژاپن همچنین افزود در آمریکا نیز با تایید بیماری ۶۰شهروند آمریکایی دیگر در شهرهای کالیفرنیا و ماساچوست، مجموع افرادی که به این بیماری دچار شده‌اند به ۳۶۷نفر رسیده است. گزارش ان.اچ.کی حاکی از آن است که تاکنون بیماران مبتلا به آنفلوآنزای نوع جدید در ۲۰کشور و یک منطقه در جهان مشاهده شده‌اند و روند شیوع این بیماری در حال گسترش است. این گزارش می‌افزاید: «تاکنون ۲۷نفر بر اثر آنفلوآنزای جدید جان خود را از دست داده‌اند (۲۶نفر در مکزیک و یک نفر در آمریکا).» پس از مکزیک و آمریکا، بیشترین افراد مبتلا به بیماری آنفلوآنزای نوع جدید در کانادا با ۱۴۰نفر، اسپانیا ۵۷نفر و انگلیس ۲۷نفر گزارش شده است.

● چه تعداد از خوک‌های آمریکا آلوده به آنفلوآنزای خوکی هستند؟

H۱N۱ و ویروس‌های H۳N۲ آنفلوآنزای خوکی بیماری همه‌گیر بومی میان خوک‌ها در ایالات متحده است که موجب آسیب به صنعت پرورش دام می‌شود. بروز این بیماری میان خوک‌ها معمولا در ماه‌هایی با آب و هوای سردتر اتفاق می‌افتد و بعضی وقت‌ها با اضافه شدن خوک‌های جدید در رمه‌های مستعد بیماری بروز می‌کند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که ویروس H۱N۱ آنفلوآنزای خوکی، بیماری مشترک و متداول خوک‌های سرتاسر جهان است. در آمریکا بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۳۰درصد از جمعیت خوک‌های این کشور مدرکی از وجود پادتن در بدن خود دارند و در نتیجه در طول زندگی به این بیماری (۱N۱H) آلودگی داشته‌اند. به ویژه در بیش از ۵۱درصد از خوک‌ها در آمریکای شمال و مرکزی آنتی بادی آلودگی با ۱N۱H خوکی نشان داده شده است. آلودگی انسان با ویروس‌های آنفلوآنزای خوک H۱N۱ کمیاب است. ویروس‌های H۱N۱ خوکی از سال ۱۹۳۰ میلادی در میان خوک‌ها مشاهده شد، ویروس‌های H۳N۲ آنفلوآنزا تا ۱۹۹۸ در میان جمعیت خوک‌ها یافت نشده بود و از این سال در خوک‌ها مشاهده شد. ویروس‌های H۳N۲ خوکی در ابتدا از انسان به جمعیت خوک‌ها وارد شد و ویروس‌های H۳N۲ آنفلوآنزای خوکی اخیر با ویروس‌های H۳N۲ انسانی کاملا ارتباط دارد.

ویروس‌های آنفلوآنزا خوکی می‌تواند به طور مستقیم از خوک‌ها به انسان‌ها سرایت کند. آلودگی انسان با ویروس‌های آنفلوآنزای خوک‌ها در هنگامی که انسان‌ها در کنار خوک‌ها قرار می‌گیرند اتفاق می‌افتد از قبیل کار در انبارهای خوک‌ها و در کشتارگاه دام‌ها یا مراکز نگهداری و پرورش خوک‌ها. همچنین انتقال انسان به انسان آنفلوآنزای خوک می‌تواند اتفاق بیفتد. این به همان طریق آنفلوآنزای فصلی انسان‌ها اتفاق می‌افتد و انتقال انسان به انسان اساسا رو در رو و به وسیله سرفه کردن یا عطسه انسان‌های آلوده با ویروس آنفلوآنزا اتفاق می‌افتد. مردم با دست زدن به چیزهایی که با ویروس‌های آنفلوآنزا خوکی آلوده است و سپس دست زدن به دهانشان ممکن است آلوده بشوند. در پایان باز هم بر این نکته باید تاکید کرد که این بیماری تا چه حد کشنده است و تا چه حد زاییده رسانه‌های هوچیگر آمریکا!

منبع : روزنامه دنیای اقتصاد

http://vista.ir/?view=article&id=370072

vista.ir
Online Classified Service

خانمهای خانه دار و راههای مقابله با «وبا»

نقش زن به عنوان عنصر اصلی خانواده در تربیت و پرورش فرزندان و رسیدگی به همسر، تأمین بهداشت و سلامت اعضای خانواده و پیشگیری از هرگونه آسیب جسمی، روانی، اجتماعی، عاطفی و معنوی آنها بر کسی پوشیده نیست، به همین دلیل ارتقای سطح آگاهی و افزایش دانش علمی زنان در زمینه بهبود کیفیت و شرایط اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی خانواده ضرورتی اجتناب ناپذیر است.

بررسی ها نشان می دهد، در خانواده هایی که زنان سواد بیشتری دارند و اهل مطالعه و پیگیری اخبار و رویدادهای روز می باشند افراد خانواده علاوه بر برخورداری از رفاه و آرامش بهتر و موقعیت اجتماعی مطلوبتر از سلامت بیشتری نیز برخوردارند، چون دانش و آگاهی خانم خانه به عنوان عنصر اصلی خانواده در تهیه و طبخ غذا رعایت بهداشت منزل، آموزش کودکان، اصلاح شیوه زندگی و .... به بالا رفتن سطح سلامت تمامی اعضای خانواده منجر می شود.

به عنوان مثال در ارتباط با شیوع بیماریها، چنانچه خانم خانه راه های انتقال بیماری و روشهای پیشگیری از آن را بداند به طور حتم با تمهیداتی که به کار می گیرد و آموزشهایی که به فرزندان خود می دهد از ابتلای به بیماری همسر و فرزندان پیشگیری می کند و یا با اقدام فوری به بهبود بیماری کمک کرده و زمان طلایی درمان بیمار که ممکن است خود یا همسر و فرزندان باشند را از دست نمی دهد.

در هر صورت آنچه برای مقابله با بیماریهای خطرناک و پیشگیری از ابتلا به آنها برای همه لازم و ضروری است ارتقای سطح آگاهی و دستیابی به اطلاعات در خصوص بیماریهاست.

به عنوان مثال، اکنون که بیماری «وبا» شیوع پیدا کرده افزون بر ۱۰۰ نفر از هموطنان ما را مبتلا ساخته و بیش از ۵ مرگ در اثر این بیماری گزارش شده است. تنها چیزی که می تواند «سلامت خانواده» را حفظ کند و در برابر این بیماری مصون سازد آشنایی با بیماری «وبا»، راه های انتقال، روشهای پیشگیری و اهمیت درمان است.

سرویس بانوان با توجه به مسؤولیتی که در قبال ارتقای سطح آگاهی خوانندگان گرامی دارد، طی گفتگویی با دکتر عمادی، فوق تخصص بیماریهای عفونی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران اطلاعات لازم را درباره بیماری و راه های پیشگیری از آن در اختیارتان قرار می دهد.

● وبا چیست؟

دکتر عمادی در این باره می گوید: التور یک بیماری اسهالی واگیردار است که توسط میکروبی به نام «ویبریوکلرا» ایجاد می شود.این بیماری در ۹۰ درصد موارد می تواند خفیف و بدون علامت باشد، اما ۱۰ درصد موارد بیماری به صورت شدید و خطرناک ظاهر می شود و بیمار را با خطر مرگ مواجه می سازد.

● علایم بیماری

وی به علایم بیماری اشاره کرده، اضافه می کند:

▪ بیماری با اسهال حاد آبکی و دفعات مکرر اجابت مزاج ظاهر می شود

▪ دل درد و دل پیچه مثل مسمومیت غذایی ندارد

▪ با استفراغ همراه است، اما تهوع قبلی ندارد

▪ عضلات پشت پا حالت اسپاسم و گرفتگی پیدا می کند

▪ بیمار عطش فراوان دارد، زیرا دفع فراوان سبب کاهش شدید آب و الکترولیت بدن می شود.

● راه های انتقال بیماری

عضو هیأت علمی دانشگاه میافزاید: بیماری از دو طریق مستقیم و غیرمستقیم به فرد منتقل می شود.

▪ تماس مستقیم از طریق دستهای آلوده، تماس با مواد دفعی و استفراغ بیماران و یا لوازم آلوده بیمار است.

▪ تماس غیرمستقیم از طریق: آشامیدن آب آلوده به میکروب وبا (آبی که به مدفوع بیمار به علت دفع غیربهداشتی فاضلاب و نشت آن به منابع آب آشامیدنی آلوده شده باشد.)

شستشوی میوه و سبزی با آب آلوده

▪ تهیه غذای سرد با آب آلوده

▪ آلودگی غذاهای پخته شده پس از تهیه با دست آلوده و یا مگس

▪ استحمام و شستشوی لباسها با آب آلوده

▪ مصرف یخهای قالبی و غیر بسته بندی که در مسیر تهیه و توزیع آلوده شده باشند (میکروب وبا می تواند مدتی در یخ زنده بماند)

▪ تغذیه کودکان و نوزادان با بطری به جای شیر مادر می تواند عامل انتقال بیماری باشد.

● پیشگیری بهتر از درمان

دکتر عمادی با تأکید بر رعایت نکات بهداشتی و به منظور پیشگیری از ابتلا به وبا تصریح می کند: برای پیشگیری باید از آب آشامیدنی سالم برای نوشیدن، شستشو و پخت و پز استفاده کرد.از مصرف آب غیرمطمئن مانند چشمه، رودخانه، چاه آب و یا آبی که به منظور آبیاری فضای سبز به کار می رود بپرهیزید.قبل از مصرف سبزی و کاهو و کلم و ... آن را ضدعفونی کرده و به طور کامل شستشو دهید.نه تنها برای آشامیدن، بلکه برای تهیه غذای سرد و گرم، استحمام و شستشوی ظروف و البسه از آب سالم و مطمئن استفاده کنید. نکات بهداشتی را در زندگی روزمره بویژه در سفر که امکانات بهداشتی کافی وجود ندارد جدی بگیرید و آن را رعایت کنید.از مصرف یخهای غیربسته بندی، سالاد، سبزی و نوشیدنیهایی که به سلامت آن مطمئن نیستید (آب میوه های غیر بسته بندی، شیرموز، معجون و ...) در اغذیه فروشیها و رستورانهای غیربهداشتی پرهیز کنید.

از فروشندگان دوره گرد خرید نکنید و مواد غذایی مصرفی را از فروشگاه های معتبر خریداری کنید.

در صورتی که مجبورید به کودک با بطری شیر بدهید بی درنگ پس از خوردن شیر، باقی مانده آن را دور ریخته و بطری را به دقت بشویید.

به منظور پیشگیری از نفوذ فاضلاب به آبهای سطحی هنگام مسافرت و گردشهای خارج از شهر اصول دفع بهداشتی فضولات انسانی را رعایت کنید و مواد غذایی و آشامیدنی را دور از دسترس حشرات نگه دارید.

قبل از تهیه و خوردن غذا و پس از اجابت مزاج دستهای خود را حتماً با آب و صابون به دقت بشویید.

همیشه ناخن های خود را کوتاه نگه دارید.

● سالم سازی آب

چنانچه آب سالم در اختیار ندارید می توانید آن را به مدت یک دقیقه بجوشانید و سپس مصرف کنید.

* ضد عفونی میوه و سبزی

این فوق متخصص بیماریهای عفونی، سبزی را مهمترین عامل انتقال بیماری دانسته و به ضدعفونی و شستشوی آن تأکید می کند.وی مراحل شستشو و ضدعفونی سبزی را توضیح داده، می گوید: مرحله اول پاکسازی و شستشوی گل و لای سبزی است.

مرحله دوم مرحل انگل زدایی است که به ازای هر لیتر آب باید ۳ تا ۵ قطره مایع ظرفشویی ریخته و سبزی را به مدت ۵ دقیقه در آن قرار دهید.

سپس با آب سالم کاملاً بشویید تا تخم انگلها از سبزی جدا شود.

مرحله سوم مرحله ضدعفونی است که یک گرم پودر پرکلرین را در ۵ لیتر آب حل کرده و سبزی را به مدت ۵ دقیقه در محلول قرار می دهید.

سپس با آب سالم شسته و آن را مصرف کنید

البته از محلولهای ضدعفونی آماده در داروخانه ها نیز که به همین منظور به فروش می رسد می توانید به جای پرکلرین استفاده کنید.

• چگونگی درمان

این پزشک متخصص یادآور می شود:

وبا بیماری خطرناکی است که در صورت غفلت و تأخیر در درمان جان بیمار را می گیرد، زیرا کاهش آب و الکترولیت بدن بسیار شدید است و بیمار به علت کم آبی بدن جان خود را از دست می دهد.

بنابراین، به محض مشاهده علایم بیماری بهتر است به اولین مرکز درمانی مراجعه شود تا مایع درمانی بیمار آغاز گردد. قبل از آن نیز بیمار چنانچه می تواند مایعات بنوشد باید از محلول ORS و هر چیز دیگری نظیر آب، چای، دوغ و ... استفاده کند تا به پزشک برسد.

بیمارانی که به موقع مایع درمانی برای آنها انجام شود بهبود می یابند در غیر این صورت بیماری می تواند کشنده باشد.

• توصیه به خانمها

دکتر عمادی خانمها را مسؤول سلامت خانواده می داند و می گوید: مادرانی که به کودکان خود آموزش می دهند تا دستهای خود را بشویند، از فروشندگان دوره گرد خرید نکنند، نظافت و بهداشت را رعایت کنند،در تهیه مواد غذایی نکات بهداشتی را رعایت می کنند و سفره خانواده را با مواد بهداشتی کامل می کنند، در نگهداری مواد غذایی دقت لازم را دارند که مواد غذایی پخته شده در یخچال نگهداری شود، معمولاً غذا را برای یک نوبت مصرف طبخ می کنند، گوشت، مرغ و ماهی را از فروشگاه های مطمئن خریداری می کنند، سبزی را ضدعفونی کرده سپس مصرف می نمایند، برای گرم کردن غذا مدت زمان کافی صرف می کنند تا تمام قسمتهای غذا به نقطه جوش برسد، در مصرف یخ دقت می کنند تا روی زمین و محل آلوده قرار نگیرد چون میکروب به داخل یخ نفوذ می کند و ... بدون تردید خود و خانواده را در برابر بیماری وبا مصون و ایمن ساخته و به این بیماری مبتلا نمی شوند، اما چنانچه کوچکترین بی احتیاطی از جانب خانمها صورت بگیرد نه تنها خودشان، بلکه اعضای خانواده نیز در معرض ابتلا به «وبا» قرار می گیرند.

منبع : روزنامه قدس

http://vista.ir/?view=article&id=337932

vista.ir
Online Classified Service

خانه ای که سیاه بود

«پشت به تو می کند، زنگ را به صدا در می آورد، همچون جذامیانی که زنگ را به نشان نزدیک شدن خود به صدا در می آورند و به رهگذر دل آسوده هشدار می دهند، «دورباش، دورباش» کارلوس فونتس

بیش از هفتاد سال است در محاصره کوه های «دند»، «بهلول» و «حلی» در انتهای جاده ای آسفالته، در پانزده کیلومتری شمال غرب تبریز، در سکوت و انزوا به سر می برد.

وارد ده می شوی، سر سبزی فضا و درختان کهنسال اقاقیا و آواز پرندگان، چشم و گوش می نوازد. با این همه سر سبزی و زیبایی چگونه می توان خود را چنین در انزوا و تنهایی محصور کرد؟

در خانه هایی با سقف شیروانی در فاصله هایی اندک از هم، پشت پرده های توری آویخته بر درهای ورودی، زنان و مردانی پناه گرفته اند که اعضای بدنشان تحلیل رفته و ... آنها شاید لبهایی هم برای ابراز دوست داشتن و بوسیدن نداشته باشند اما عشق به حیات، در پس نگاه بی اعتمادشان موج می زند.

فضای آسایشگاه «بابا باغی»، به چندین قسمت مسکونی، اداری، آمفی تئاتر، مسجد و مدرسه و بخشهایی برای بستری بیماران تقسیم شده است.

پس از هماهنگی با مسؤولان وارد بخشهای بستری بیماران می شوم. با دیدن زنی میانسال، با موهایی به سفیدی برف که از زیر روسری سفیدش بیرون زده و چشمهایی به رنگ دریا، و از ملیتی دیگر که در پشت میز دفتر پرستاری نشسته است، تصویری خوشایند در ذهنم نقش می بندد. در این آسایشگاه خواهران روحانی از ملیت های مختلف نیز حضور دارند که با عشق و علاقه خاص به درمان و پرستاری از بیماران جذامی می پردازند.

بیشتر بیماران بستری در این بخش، جذامیانی شفا یافته، با سنین متفاوت هستند که اکنون برای درمان زخم کهنه ای که عود کرده، بستری شده اند. کنار تختشان می ایستم و با تک تک آنها احوالپرسی می کنم.

زنی ۴۲ ساله چنان مشغول ور رفتن با پیچ رادیو است، گویی که می خواهد، در یک آن، دنیای خارج را به درون اتاق بیاورد، با دیدن من، چنان با اشتیاق از بچه هایش می گوید که تمام محبت مادرانه اش در چهره به انحطاط رفته اش نقش می بندد. از شوهرش می پرسم. بی درنگ حالت چشمان بی فروغش تغییر می کند و غمی نهان از کلماتش فرو می ریزد: «از ۲۵ سالگی تحت درمان هستم، در تمام این مدت شوهرم مرا با این وضعیت تحمل کرد، حالا که ازدواج کرده، حرفی ندارم؛ چون بچه هایم بزرگ شده اند.»

از گوشه دیگر اتاق زنی که به نظر ۵۰ ساله می آید، با موهای مجعد و چشمانی کم فروغ با چهره ای خندان صدایم می کند: «چرا از من چیزی نمی پرسی؟»

جواب می دهم: «هر چی دلت می خواهد بگو.»

می خندد و می گوید: «گمان کردم برایم چادر نماز آوردی!»

با شرمندگی می خندم و می گویم: «شاید دفعه دیگر که آمدم ...»

از تنهایی هایش می گوید، نه سر و همسری و نه فرزندی، به اینجا عادت کرده؛ یادش نمی آید چند سال است در آسایشگاه زندگی می کند. دوباره می خندد؛ از زخم پایش شاکی است.

پیرزنی با موهای خاکستری، که مردمک چشمهایش از بیماری به سفیدی می زند، با سایه ای به جا مانده از زیبایی دوران جوانی بر چهره، مرا به یاد مادربزرگهای مهربانی می اندازد که از قصه هایشان سیر نمی شوی. به زبان فارسی شروع به صحبت می کند. می توانی تمامی عشق نهفته در کلامش را حس کنی. مدتهاست ساکن آسایشگاه است و فرزندانش - سه دختر و دو پسر ... ساکن تهران هستند و هر از چندگاهی به دیدارش می آیند. ترجیح می دهد در آسایشگاه باشد تا خارج از آن. ساکنان آسایشگاه مشترکات زیادی دارند: بر چهره یکدیگر، اعضای به تحلیل رفته شان و زندگی در سکوت و انزوای اینجا عادت کرده اند؛ تنهایی جزء جدایی ناپذیر زندگی شان شده است.

بیماران بستری بخش مردان بیشتر پیرمردهایی با سن بالا هستند که اکثرشان عینک هایی دودی بر چشم دارند. مرد جوانی توجهم را جلب می کند. سعی دارد هنگام صحبت به چهره ام خیره نشود. سر به زیر انداخته، می گوید: سالهاست ساکن آسایشگاه است.

از کودکی مبتلا به جذام بوده و با زنی سالم از خانواده جذامیان ازدواج کرده، از کارکنان آسایشگاه هم است - در سال ۱۳۷۰ به همت دکتر مبین، رئیس وقت آسایشگاه که به خاطر خدمات بی شمارش، پدر جذامیان ایران لقب گرفته، ۵۰ نفر از فرزندان ساکنان آسایشگاه «بابا باغی» به استخدام دولت در آمدند و اکنون نیز تعدادی از گردانندگان آسایشگاه را فرزندان آنها تشکیل می دهند.

هنگام خروج از بخشهای بستری، با زنی روبرو می شوم که عینک دودی بزرگش، جلب توجه می کند، تنها پیشانی و لبهایش دیده می شود. تازه متوجه می شوم چرا بعضی از آنها عینکهای دودی بر چشم داشتند!

با خود می اندیشم، «چهره هایی را که می بینم، شاید مقبولیت اجتماعی نداشته باشند، اما با عزت نفسی که دارند، مانند همه افراد جامعه شایسته احترام اند و بد نیست جامعه ما یاد بگیرد، چگونه آغوش خود را به روی این زنان و مردان بگشاید.» زیرا امروزه جذام بیماری قابل درمانی است و باید هم ردیف سایر بیماریهای پوستی شمرده شود.

در آمارهای تهیه شده از آسایشگاه «بابا باغی»، تعداد مراجعان با بیماری فعال، در سال ۱۳۸۳ ده نفر؛ در سال ۱۳۸۴ دو نفر؛ در سال ۱۳۸۵ پنج نفر و تا مرداد ماه سال جاری ۲ نفر بوده اند. گفتنی است، برابر استاندارد سازمان بهداشت جهانی، اگر در یک کشور، میزان مبتلایان به جذام، کمتر از ۱۰ هزار نفر باشد، بیماری جذام در آن کشور ریشه کن شده، تلقی می شود. و طبق گفته دکتر مبین، «مبتلایان به جذام در کشور ۱۲ صدم در هر هزار نفر است.

مایکوباکتریوم لپره، عامل بیماری جذام در انسان، با ایجاد ضایعات پوستی و یا نقاط فاقد حس، مشخص می شود. «لپروزی» یک بیماری قدیمی است که منشأ آن را با پیدایش انسانهای اولیه همزمان می دانند. کانون اولیه جذام در مرکز و شمال آفریقا بوده و در قرون وسطی به آسیا و اروپا گسترش یافته است. با بهبود سطح زندگی و وضع اقتصادی از شیوع بیماری جذام کاسته می شود.

راه سرایت بیماری از طریق دستگاه تنفس فوقانی (مخاط بینی) و خراش پوست حاصل از تماس نزدیک و طولانی است. شیر مادر جذامی نیز دارای تعداد کثیری باکتری است که می تواند باعث انتقال بیماری گردد مردان بیشتر از زنان، کودکان و نوجوانان بیشتر از بزرگسالان و فقیران بیشتر از سایرین به بیماری جذام مبتلا می شوند. نژاد سیاه از نژاد سفید و زرد در مقابل بیماری مقاومتر است. برای پیشگیری از جذام، باید از تنگدستی مردم و جهل و خرافات پیشگیری کرد و افراد آلوده را شناسایی و تحت درمان قرار داد.

هم اکنون بیماران شفا یافته ساکن آسایشگاه «بابا باغی» ۱۶۸ نفر هستند که اغلب به همراه خانواده هایشان در آسایشگاه به سر می برند. مدرسه ای با ۲۷ دانش آموز در سطح ابتدایی ۲۶ دانش آموز در سطح راهنمایی در این مرکز فعال است و ۲۳ نفر از دانش آموزان نیز خارج از آسایشگاه مشغول تحصیل می باشند و با سرویس هایی که به همت مسؤولان و انجمن جذام تبریز تهیه شده، به شهر تبریز تردد می کنند هزینه آب و برق و گاز آسایشگاه از طرف وزرات بهداشت تأمین می شود و همچنین جیره غذایی خشک، روزانه در اختیار ساکنان قرار می گیرد. تمامی کمکهای مردمی نیز از طریق انبار آسایشگاه به طور مساوی بین آنان تقسیم می شود.

به گفته الهیاری، دبیر انجمن جذام آذربایجان، شرقی، ۲۸۴ نفر از جذامیان شفا یافته به همراه خانواده هایشان در خارج از آسایشگاه زندگی می کنند که ۸۶ خانوار در حاشیه شهر تبریز و بقیه در سایر شهرهای آذربایجان سکونت دارند، بیماران شفا یافته با ضایعات بدنی نیز به دلیل شرم اجتماعی، از حضور در مجامع عمومی پرهیز می کنند، بیشتر آنها زیر خطر فقر به سر می برند و نیازمند کمکهای مادی و معنوی هموطنانشان هستند.

انجمن حمایت از جذامیان آذربایجان، شماره حساب جاری ۴۷۷ بانک صادرات، شعبه تربیت غربی تبریز را به منظور جذب این کمکها اختصاص داده است. طبق آمارهای آمده، جذام خیزترین منطقه در شمال غرب کشور، از نظر شیوع بیماری و به ترتیب تعداد بیمار، منطقه اهر، کلیبر، خلخال، هشترود، اردبیل، هریس و ... می باشد.

در بسیاری از کشورها، بیماران مبتلا به جذام در میان مردم زندگی می کنند، زیرا چنانچه گفته شد، این بیماری همانند سایر بیماری های پوستی تلقی می شود و اکنون زمان آن رسیده که جامعه ما نیز این افراد را در میان خود بپذیرد و جذامیان نیز قدمی بردارند و خلوت خود را به ازدحام خیابانها بسپارند، بیم برخوردهای ناپسند را در پشت دیوارهای آسایشگاه باقی گذارند و سیاهی سالهای دور یعنی سالهای دهه بیست تا چهل - سالهای اوج شیوع بیماری و کمبود بهداشت و عدم درمان مناسب - را به تاریخ بسپارند و نگذارند این بیماری پوستی چون «خوره» دل و جانشان را هم به یغما برد.

هنگام بازگشت، کنار در ورودی آسایشگاه، منتظر اتوبوس نشسته بودم که دختری جوان، گیتاری آویخته بر شانه، از کنارم رد شد. نتوانستم بر کنجکاوی ام غلبه کنم. صدایش کردم و پرسیدم: «آموزش گیتار می بینی؟»

با بی اعتمادی نگاهم کرد و گفت: «برای آموزش به شهر می رم.»

از پرسشم شرمنده شدم. ته کلامش سرزنش آمیز بود.

بار قبل نیز پسر بچه ای با دادن بلیت اتوبوس شرمنده ام کرده بود!

منبع : روزنامه قدس

خلط خونی در افراد سیگاری

عفونت‌هایی که در دراز مدت باعث برونشکتازی می شوند، یعنی باعث گشادی مجاری هوایی در ریه می شوند، نیز می توانند خلط خونی ایجاد کنند.

هموپتزی (Hemoptysis) يك اصطلاح پزشکی است که به وجود خون در خلط اطلاق می شود. البته این خونی که در خلط وجود دارد، می تواند تنها در حد رگه‌های خون یا در حجم بسیار زیاد باشد. گاهی نیز پیش می آید که فردی حالت تهوع دارد و در استفراغ خود رگه‌های خون می بیند. این دو حالت کاملا با هم فرق دارند.

در هموپتزی، خون در خلطی که همراه سرفه است از ریه ی فرد خارج می شود، اما منشأ خون در استفراغ، وجود مشکل در معده یا دستگاه گوارشی بیمار است.

آقای دکتر حمید سهراب‌پور، فوق تخصص بیماری‌های ریوی دراین باره توضیح می دهند:

▪ آقای دکتر، با چه روشی می توان این دو علامت را از هم افتراق داد؟

ـ يك روش وجود دارد که البته خیلی قابل اعتماد نیست و آن هم روش مشاهده است، یعنی اگر خون به علت خون ریزی معده باشد، رنگ آن روشن است، اما رنگ خونی که از ریه خارج شده تیره است. راه بهتر برای افتراق این دو، استفاده از کاغذهای ph متری است که در واقع با استفاده از آنها اسیدی یا قلیایی بودن خون را اندازه می گیریم. اگر اسیدی باشد، از معده آمده و اگر قلیایی باشد، حتما از ریه آمده است.

▪ آیا با این کار، علت خلط خونی مشخص می شود؟

ـ نه، اما باید گفت شایع‌ترین علت هموپتزی برونشیت است. برونشیت در افراد سیگاری میانسال دیده می شود، یعنی همان افرادی که از ۱۸-۱۷ سالگی به قول خودشان تفریحی سیگار کشیده‌اند و تا حالا ۱۰ یا ۱۵ سال است که سیگاری‌اند. در این افراد آثار بیماری برونشیت مزمن بروز می کند و علامت‌ها شروع می شود.

▪ چه علامت‌هایی در این افراد دیده می شود؟

ـ سرفه، دفع خلط و تنگی نفس که گاهی به تدریج آن‌قدر شدید می شود که فرد سیگاری قادر به انجام ساده‌ترین کارها هم نیست، چون در این مرحله برونشیت مزمن شده و متأسفانه با وجود اصرار ما، فرد سیگار را ترك نکرده و دیگر بیماری قابل درمان نیست. در واقع در این شرایط، يك سری تغییرات ساختاری در نسج ریه اتفاق افتاده، مشکل فرد در اثر مصرف سیگار پیشرفت کرده و غیر قابل برگشت شده است. این بیماران در مخاط و بافت مجاری هوایی خود دچار التهاب و پرخونی هستند و گاهی در اثر سرفه‌های شدید، مویرگ‌های سطحی این مجاری پاره شده و هموپتزی (خلط خونی) پدیدار می شود.

▪ علت‌های دیگر بروز خلط خونی چیست؟

ـ عفونت‌هایی که در درازمدت باعث برونشکتازی می شوند یعنی باعث گشادی مجاری هوایی در ریه می گردند،نیز می توانند خلط خونی ایجاد کنند. در این موارد خون‌ریزی‌ها بیش از رگه‌های خون هستند. اگر خون ریزی زیاد باشد، مثلا در ۲۴ ساعت حدود ۳۰۰ تا ۴۰۰ سی سی خون دفع شود، اصطلاحاً می گوییم :خلط خونی شدید اتفاق افتاده است.

برخی از تومورهای داخل ریه به خصوص سرطان‌های ریه یا سل هم می توانند، خون ریزی کنند. آمبولی‌ها و حفره‌های ریوی که در جداره ی خودشان عروق پُر خون دارند، نیز خون ریزی می دهند که می تواند بسیار خطرناك باشد.

▪ در برخورد با بیماران دچار خلط خونی حاد و فعال چه باید کرد؟

ـ این افراد باید به سرعت به پزشك و مراکز درمانی مجهز رسانده شوند. به محض اینکه فرد مراجعه کرد، باید یك رگ خوب به وسیله ی آنژیوکت برایش گرفته شود تا در صورت لزوم، خون و مایعات لازم به او تزریق شود. از همه مهم تر آرامش دادن به این بیماران است. باید با آنها صحبت کرد و حتی از داروهای آرام بخش و داروهایی که سرفه را متوقف می کند استفاده کرد، تا او آرام تر شود. پزشك با انجام رادیوگرافی ساده از ریه و در صورت لزوم انجام سی تی اسکن، نسج ریه را به خوبی بررسی می کند. آزمایش خلط و آزمایش خون هم گاهی به عمل می آید و خلاصه با استفاده از تمام این روش‌ها، محل دقیق خون ریزی شناسایی می شود.

▪ اگر هموپتزی در حد رگه‌های خون باشد چطور؟

ـ دسته بندی بیماران مبتلا به خلط خونی باید حتماً به وسیله ی پزشك صورت گیرد. گاهی خون ریزی کم است اما ممکن است به نوع شدید تبدیل شود، پس باید بیمار مراجعه کند و این حالت را جدی بگیرد. اغلب سیگاری‌ها دیدن خلط خونی را جدی نمی گیرند و می گویند به علت سرفه ی زیاد گلویم زخم شده و به این فکر نمی کنند که شاید این علامت بروز یك مشکل جدی در ریه ی آنها باشد. آنها باید به صورت سرپایی مراجعه کنند و تحت درمان قرار بگیرند تا علت اصلی شناسایی و برطرف شود و نباید به راحتی از کنار این علامت مهم بگذرند.

▪ هموپتزی در خانم‌ها بیشتر اتفاق می‌افتد یا آقایان ؟

ـ در آقایان، به علت اینکه بیشتر اهل سیگار و قلیان هستند،بیشتر اتفاق می افتد. بیشتر بیماران ما، آقایان در دهه ی ۴و ۵ زندگی هستند و اغلب هم برونشیت‌های مزمن دارند، البته سرطان ریه و همان طور که گفتیم برونشکتازی (گشادشدگی مجاری هوا در ریه) هم خلط خونی می دهد که درصد برونشکتازی در خانم‌ها و آقایان مساوی است.

▪ اگر در یك خانم باردار خلط خونی اتفاق بیفتد، دلیل خاصی دارد؟

ـ اختصاصاً در مسئله ی بارداری مشکلی وجود ندارد که به دلیل آن خلط خونی اتفاق بیفتد. مثلاً خانمی ممکن است، برونشکتازی (گشادی مجاری هوا) داشته باشد و این خلط خونی در او دیده شود. گاهی هم خانم‌ها در بارداری مبتلا به نوعی بیماری به نام آمبولی می شوند.

در بارداری به علت تغییرات هورمونی و نیز فشار رحم روی وریدهای شکم و لگن، گردش خون در پاها راکد می شود و ایجاد لخته می گردد. ممکن است بعد از مدتی لخته ی مزبور از جای خود کنده شده و به بالا و به سمت ریه‌ها پرتاب شود. این حالت با علائمی مثل تنگی نفس و درد در قفسه ی سینه، خود را بروز می دهد اما گاهی هم ممکن است خلط خونی ایجاد کند. اصول درمانی و تشخیصی برای یك فرد حامله دارای خون در خلط (هموپتزی)، با افراد دیگر تفاوتی ندارد. فقط محدودیت ما به دلیل انجام عکس‌های رادیولوژی یا سی تی اسکن است. برای همین سعی می کنیم با بررسی برونکوسکوپی تشخیص بدهیم، عامل خون ریزی دهنده کجاست و حتی در شرایطی که جان مادر در خطر باشد، با روش‌های یلد کردن و پیش بند سربی روی شکم مریض را پوشانده و یك یا دو عکس می گیریم.

اگر هم نیاز به استفاده از داروها باشد، بسته به ماه بارداری تجویز می شود. اگر بعد از ماه سوم باشد، نگرانی نداریم و دارو تجویز می کنیم، اما در سه ماهه ی اول به علت ایجاد اختلالات در جنین، توصیه به دارو درمانی نمی شود. باز هم همیشه جان مادر ارجح است و باید شرایط را سنجید.

▪ برای بیمارانی که خون ریزی شدید دارند هم می توانید برونکوسکوپی کنید؟

ـ اگر حال عمومی مریض خوب باشد و از لحاظ قلبی و تنفسی شرایط مطلوب داشته باشد، با همکاری متخصص بیهوشی بیمار را برای مدت کوتاهی بیهوش کرده و تحت برونکوسکوپی با دقت بالا (برونکوسکوپی فایبراپتیك) محل دقیق خون ریزی و ضایعه را که در عکس رادیوگرافی دیده نشده یا قطعا تشخیص داده نشده را مشخص می کنیم و سپس درمان با جراحی انجام می شود.

▪ چگونه قسمت آسیب دیده تحت جراحی قرار می‌گیرد؟

ـ بعد از مشخص شدن محل، اغلب موارد يك تكه ی كوچك از ريه را كه ضايعه و خون ريزی می دهد، برمی داريم. موارد نادری هم هست كه قسمت اعظمی از ريه را برمی داريم. اين بيماران آنقدر به ريه شان آسيب رسانده‌اند كه به نظر من، آگاهانه خودشان را دچار اين دردسرها كرده‌اند.

و اما توصيه آخرتان!

مهم ترين عامل ايجاد بيماری‌های ريوی، سيگار است. پدرها و مادرهايی كه در حضور بچه‌هايشان سيگار می كشند، زمينه ی بروز انواع بيماری‌ها را در آنها مهيا می كنند و چه نسل‌هايی از آنها كه به علت همين سيگار گرفتار نخواهند شد.

▪ چرا اين بمب ساعتی " سيگار" را با خودتان حمل می‌كنيد؟ اين بمب معلوم نيست كی منفجر شود؟

ـ به فكر خود و خانواده‌تان باشيد. اگر سيگار را ترك نكنيد، داروهايی كه برايتان تجويز می شود اثر خوب و موثری روی درمان شما نخواهند داشت. بعد از كشيدن سيگار، از بوسيدن بچه‌هايتان خودداری كنيد. چرا كه همه ی مواد سمی و مشكل آفرين، دور تا دور دهان شما و روی صورتتان است. مراقب باشيد . حتماً اين نكته را تا به حال نمی دانستيد و تا كنون فقط دود سيگار را از بچه‌ها دور می كرديد. چرا اين گونه بی رحمانه نسج سالم و فضای شگفت انگيز تهويه ی هوا در ريه را كه خدا آفريده خراب می كنيد؟ سيگار را ترك كنيد!

منبع : تبيان

http://vista.ir/?view=article&id=271379

vista.ir
Online Classified Service

داستان مالاریا در ایران

در ايران مالاريا مهم‌ترين بيماری انگلی كشور است كه سابقه شيوع بسيار طولانی دارد. خوشبختانه به دنبال بيش از نيم قرن مبارزه و اجرای برنامه‌های كنترلی تعداد موارد بيماری از حدود ۵ ميليون مورد در سال (۳۰ درصد جمعيت) در ۵۰ سال گذشته به كمتر از ۲۰ هزار مورد كاهش يافته و انتقال بيماری در مناطق وسيعی از كشور قطع شده و محدود به برخی مناطق به خصوص جنوب و جنوب شرق كشورگرديده است...

● تعداد بيماران مبتلا

بررسی روند بيماری در ساليان اخير نشان می‌دهد كه در دهه گذشته ميزان بروز بيماری سير نزولی قابل توجهی داشته، به طوری كه در سال ۱۳۷۰، بروز بيماری در كشور ۷۶/۱ در هزار بوده است و اين ميزان با كاهش ۸ برابری در حال حاضر به ۲ در ده هزارنفر جمعيت رسيده است.

در حال حاضر براساس گزارش‌های رسيده از دانشگاه‌های علوم پزشكی، تعداد موارد مالاريا در سال‌جاری و تا اول شهريور ۴ هزار و ۷۰ مورد بوده، كه نسبت به‌مدت مشابه در سال قبل ۲۵ درصد كاهش نشان می‌دهد. علاوه بر اين، شمار مبتلايان مالاريا طی ۱۵ سال گذشته نيز كاهش قابل توجهی داشته است، به‌نحوی كه از ۹۸ هزار مبتلا در ۱۵سال گذشته به ۱۶ هزار و ۵۰۰ مورد در سال۸۶ رسيده‌ايم.

لازم به ذكر است كه در حال حاضر اكثر موارد بيماری در سه استان سيستان و بلوچستان، هرمزگان، كرمان و به ندرت در استان فارس گزارش

شده است، به نحوی که در سال ۸۶ درصد موارد گزارش شده بیماری از سه استان مزبور ۹۵ درصد بوده است.

در حال حاضر آخرین آمار شیوع مالاریا را در کشور ۱۸ هزار نفر است که امیدواریم تعداد مبتلایان امسال به ۱۲ هزار نفر کاهش پیدا کند اما اینکه این پیش‌بینی تا چه حد واقعی باشد مشخص نیست و نیازمند سپری شدن زمان است.

خوشبختانه درصد موارد فالسیپارم که سوش بدخیم بیماری است از حدود ۵۰ درصد در ۱۵ سال گذشته به ۵/۸ درصد در سال ۸۶ کاهش داشته است که از موفقیت‌های مهم در راستای کنترل بیماری محسوب می‌شود.

● برنامه‌های کنترل کشوری مالاریا

در حال حاضر برنامه کشوری مبارزه با مالاریا در حال اجرا بوده و شامل تامین نیروی انسانی، لاروکشی در مناطق با شیوع بالای مالاریا، آموزش خانه به خانه ساکنان این مناطق به طور چهره به چهره و عمومی و اقدامات کنترلی و توصیه به مردم به خصوص به روستاییان برای پرهیز از استراحت در فضای باز، استفاده از وسایل خنک‌کننده در فضاهای بسته و استفاده از ابزار محافظت شخصی مانند پشه‌بند در برابر نیش پشه و تشخیص بیماری ظرف مدت ۴۸ ساعت است.

● داروهای ارزان و مقاومت‌های دارویی

در ایران طبق بررسی‌های انجام شده بیماران مبتلا به مالاریای نوع فالسیپارم (شدیدترین نوع مالاریا) نسبت به داروی کلروکین که برای سال‌های طولانی داروی خط اول درمان مالاریا بوده است، در سطح وسیعی مقاومت نشان دادند. برای همین داروی خط اول کشور از سال ۱۳۸۶ تغییر کرده است البته به‌دنبال یک مطالعه مشترک با سازمان جهانی بهداشت، خط جدید درمان شامل ۲ داروی ترکیبی جدید مورد توصیه سازمان جهانی بهداشت برای درمان خط اول معرفی شد که تا به امروز هیچ مورد شکست درمانی را به‌دنبال نداشته است. این داروهای ضدمالاریای جدید که از دسته داروهای ترکیبی مورد توصیه سازمان جهانی بهداشت است (کوارتم و آرتسونات به شکل قرص و آمپول و شیاف) با کیفیت مناسب تهیه و به‌طور رایگان در اختیار تمامی بیماران اعم از خارجی یا ایرانی قرار داده می‌شود.

● دیدگاه حذف

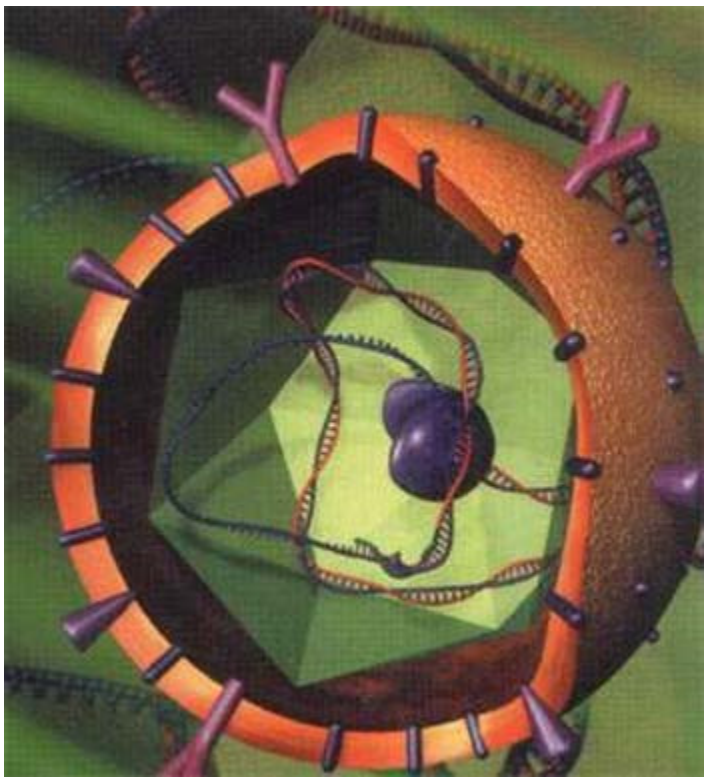
بررسی تجربه تلاش‌های جهانی در مبارزه با مالاریا موید این حقیقت است که کشورهایی که توانسته‌اند در یک مقطع زمانی از فرصت‌های فراهم شده استفاده نمایند، به موفقیت‌های ارزشمندی همچون ریشه‌کنی و حذف مالاریا، نایل شده‌اند. این دستاورد مهم هزینه اجرای برنامه را نیز توجیه‌پذیر می‌نماید. در گذشته‌های دور و در یک مقطع زمانی نسبتا کوتاه انگل مالاریا به کلروکین به عنوان داروی کم‌عارضه و ارزان و پشه ناقل به د.د.ت، حشره‌کشی با اثر ابقایی طولانی و ارزان حساس بوده است. اگرچه برخی کشورها هم زمان با توسعه اقتصادی اجتماعی توانسته‌اند با استفاده از روش‌های ارزشمند علمی و مبتنی بر شواهد موفقیت‌های ماندگاری را در مبارزه با مالاریا به دست آورند اما این فرصت‌ها با ظهور مقاومت انگل فالسیپارم در مقیاسی وسیع و مقاومت جزیی انگل ویواکس در بعضی مناطق به کلروکین ازیک سو و مقاومت ناقلین مالاریا به حشره‌کش‌های رایج از سوی دیگر از دست رفته محسوب می‌شود. معتقدیم که شرایط موجود در کشور فرصت ارزشمندی را برای حذف مالاریا و بر داشتن یک گام به جلو فراهم نموده است. اگرچه مجاورت با دو کشور همسایه پاکستان با حدود ۱۶۰۰۰۰۰ مورد بیمار مبتلا به مالاریا در سال و افغانستان با ۱۵۰۰۰۰۰ مورد بیماری با توجه به تعداد بسیار زیاد مهاجرین افغانی در مناطق مختلف کشور و حجم بسیار زیاد ترددهای بدون کنترل در مرزهای شرقی بر دشواری رسیدن به این هدف افزوده است. در سال‌های اخیر حذف بیماری با حمایت تکنیکی سازمان جهانی بهداشت در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفته است که به دنبال تغییر دیدگاه سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۶ در مورد هدف‌گذاری حذف مالاریا و با توجه به آخرین وضعیت موجود و با عنایت به شرایط کنونی کشور و منطقه و آخرین توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت مقرر گردید، برنامه حذف مالاریای کشور تا سال ۱۴۰۴ در راستای اهداف سند چشم‌انداز بیست ساله تهیه گردد. بر این اساس در نظر داریم تا شیوع این بیماری را در کشور تا بیش از ۳۰ درصد کاهش دهیم و پس از زمان مقرر به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت، شاهد بروز یک مورد مالاریا باشیم. این در حالی است که بر اساس آخرین آمار تقریبا از هر ۴ هزار نفر، یک نفر به مالاریا مبتلا شده است.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=364260

vista.ir
Online Classified Service

در مورد هپاتیت ب چه میدانیم؟



هپاتیت B بوسیله ویروس HBV بوجود می‌آید. می‌توان افراد را علیه این بیماری واکسینه کرد. این ویروس در خون ، منی و مایعات واژینال وجود دارد و از طریق تماس جنسی ، وسایل آلوده تزریق دارو منتقل می‌شود. زنان باردار آلوده می‌توانند از طریق جفت یا در موقع زایمان ، ویروس را منتقل کنند. میزان HBV در خون نسبت ویروس هپاتیت Aبیشتر است و همین باعث انتقال راحت‌تر آن می‌شود. هپاتیت B منتقل شده از مادر به نوزاد در موقع تولد می‌تواند به دو شکل مزمن و حاد دیده شود. مزمن یعنی دستگاه ایمنی بدن تا ۶ ماه نمی‌تواند ویروس را شناسایی و نابود کند، در حالی که ویروس برای ماهها و سالها در کبد باقی مانده و به فعالیت و تکثیر ادامه می‌دهد.

این باعث سرطان کبد و آسیب آن می‌شود. کمتر از ۱۰ درصد بزرگسالان بیماری را به شکل مزمن نشان می‌دهند، در حالی که این رقم در کودکانی که در موقع تولد آلوده شده‌اند به ۹۰ درصد و در نوجوانان به ۳۰ - ۲۵ درصد می‌رسد. خطر ابتلا به ویروس در بزرگسالان بستگی به سلامتی دستگاه ایمنی دارد. برای مثال افرادی که دستگاه ایمنی آنها به دلایلی مانند پیوند عضو ، دیالیز و مشکلات کلیوی ، شیمیوتراپی و ایدز تضعیف شده است بیشتر از افراد سالم مبتلا می‌شوند. گزارشها نشان داده است که ۹۰ درصد افراد مبتلا به ایدز به هپاتیت آلوده شده‌اند و از این تعداد ۱۵ درصد ، آن را به شکل مزمن نشان می‌دهند.

▪ نشانه‌های بیماری

تمام افراد آلوده شده با این ویروس علایم بیماری حاد را نشان نمی‌دهند. ۴۰ - ۳۰ درصد افراد آلوده شده علامت خاصی را نشان نمی‌دهند. معمولا علایم حدود ۶ - ۴ هفته بعد از ورود ویروس بروز می‌کند. مانند هپاتیت A افراد آلوده شده با ویروس هپاتت B حاد احساس بیماری می‌کنند و قادر به انجام کاری نیستند. کمتر از یک درصد افراد آلوده این بیماری را به شکل خیلی شدید و سریع نشان می‌دهند که منجر به از کار افتادن کبد و مرگ می‌شود.

اگر دستگاه ایمنی نتواند بیماری را تا ۶ ماه مراقبت کند، شخص علایم هپاتیت مزمن را نشان می‌دهد. نشانه‌های هپاتیت مزمن مشابه هپاتیت حاد باشد. معمولا در افرادی که چندین سال است مبتلا به بیماری هستند گروهی از علایم اضافی را نشان می‌دهند. این علایم شامل کهیر ، جوشهای پوستی ، آرتریت ، سوزش یا مورمور کردن در بازوها و پاها (Polyneuropathy) می‌باشد.

▪ چگونگی تشخیص هپاتیت B

اولین راه تشخیص استفاده از آزمایش خون است که آنتی ژنها و آنتی بادیها که بوسیله دستگاه ایمنی در مقابل ویروس ساخته می‌شود را مشخص می‌کند. آزمایشهای ضروری برای تشخیص آلودگی ، تشخیص آنتی ژن HBSAg (آنتی ژن سطحی B) و دو آنتی بادی HBS (آنتی بادی مربوط به آنتی ژن سطحی) و آنتی بادی HBC (آنتی بادی مربوط به آنتی ژن مرکزیB) می‌باشد.

▪ آزمایش با ویروس HBV

بوسیله آزمایش بار ویروسی می‌توان تعداد ویروس را در خون مشخص کرد. اگر بار ویروسی بیشتر از صد هزار نمونه در میلی‌لیتر باشد نشان دهنده فعالیت ویروس در کبد می‌باشد. وقتی بار ویروس از این مقدار بالاتر رود و آنزیمهای کبدی نیز افزایش یابد درمان باید شروع شود. اگر تعداد کمتر از این مقدار باشد و HBe Anti مثبت و HBeAg منفی باشد باید دستگاه ایمنی را کنترل کرد. در این حال نیز ویروس می‌تواند منتقل شود.

▪ آزمایش آنزیمی کبدی

آزمایش آنزیم کبدی میزان آنزیمهای کبد مانند آلانین آمینو ترانسفراز (ALT) و آسپارتات آمینو ترانسفراز (AST) را مشخص می‌کند. افزایش این آنزیمها نشانه آسیب کبد است. در هپاتیت حاد این آنزیمها افزایش پیدا می‌کند ولی موقتی است و ندرتا مشکلات دراز مدت کبدی بوجود می‌آورد. در هپاتیت مزمن مقدار ALT کبد به شکل دوره‌ای یا دائمی افزایش می‌یابد و خطر آسیبهای کبدی دراز مدت را افزایش می‌دهد.

▪ بیوپسی کبد

این روشها میزان آسیب کبدی را مشخص نمی‌کنند به همین دلیل از بیوپسی کبد استفاده می‌شود. بیوپسی برای افرادی که بار ویروسی خیلی بالاتر از صد هزار دارند و آنزیمهای کبد در آنها افزایش پیدا کرده است استفاده می‌شود.

▪ ارتباط هپاتیت B و ایدز

بزرگسالانی که به ویروس هپاتت B آلوده شده‌اند کمتر از ۱۰ درصد احتمال دارد آلودگی را به شکل مزمن نشان دهند ولی اگر شخص به ایدز مبتلا باشد این احتمال به ۲۵ درصد می‌رسد. زیرا این افراد دستگاه ایمنی ضعیفی دارند. در افراد مبتلا به ویروس ، پاسخ به هپاتیت ضعیف شده یا از بین می‌رود. این موضوع باعث فعال شدن ویروس می‌شود و در نتیجه خطر آسیب کبد را افزایش می‌دهد. ارتباط بین ایدز شدت هپاتیت کاملا معلوم نیست ولی گزارشها نشان داده است که در افراد آلوده با هر دو ویروس خطر ابتلا به سیروز کبدی بیشتر می‌شود و بار ویروسی بالاتر می‌رود. همچنین در این افراد خطر از کار افتادگی کبد دو برابر می‌شود.

▪ درمان هپاتیت B

فرد مبتلا به نوع حاد بیماری احتیاج به درمان ندارد و می‌تواند با استراحت و قرصهای ایبوپروفن و نوشیدن مایعات بیماری را تحت نظر قرار دهد. درمان فقط برای افراد مبتلا به هپاتیت مزمن تجویز می‌شود. هدف از درمان ، کاهش بار ویروسی و سطح آنزیمهای کبد می‌باشد. اگر آنتی ژنهای HBSAg و HBeAg از خون پاک شوند درمان متوقف می‌شود.

▪ واکسن هپاتیت B

دو نوع واکسن هپاتیت B که محتوی HBSAg می‌باشد در دسترس است. واکسنهای بدست آمده از پلاسمای خون و واکسنهای نوترکیبی. هر دو نوع واکسن حتی اگر پس از تولد تلقیح شوند مطمئن ، ایمنی‌زا و اثر بخش هستند. (آنتی بادی مادری تاثیری بر پاسخ به واکسن نمی‌گذارد) بیش از ۹۰ درصد کودکان حساس پس از سه دوز واکسن ، آنتی بادی محافظت کننده را تولید می‌کنند و در اکثر مطالعاتی که بر کودکان هم گروه برای بیش از ۱۰ سال انجام شده است اثر بخشی واکسن جهت جلوگیری از حامل مزمن شدن از ۹۰ درصد تجاوز می‌کند.

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

http://vista.ir/?view=article&id=272923

vista.ir
Online Classified Service

شاید کمتر کسی را بتوان پیدا کرد که تا به حال تبخال را تجربه نکرده باشد.یک زخم دردناک با ظاهری ناخوشایند که همه از آن گریزانند اما بالاخره سراغشان می‌آید.به طور کلی زخم سرد که مکررا از آن به عنوان تبخال یاد می‌شود یک عفونت شایع ویروسی دهان است که به علت ورود ویروسی به نام هرپس سیمپکس به بدن، خود را نشان می‌دهد. این عفونت در وهله اول به صورت یک نوع زخم صورت است که روی لب‌ها یا پوست صورت نزدیک منطقه دهان ظاهر می‌شود و به همین دلیل ظاهری ناخوشایند را برای فرد مبتلا پدید می‌آورد . این زخم‌ها ممکن است بی‌ضرر به نظر برسند اما می‌توانند به آسانی گسترش یابند و در صورتی که به دقت مراقبت نشوند عفونی شوند.

● عفونت اولیه و ثانویه تبخال

متاسفانه ویروس تبخال به این سادگی هم که عموم مردم فکر می‌کنند ، بساطش از بدن برچیده نمی‌شود. اگر کسی برای اولین بار با این ویروس تماس داشته باشد پس از بروز عفونت تبخال در ناحیه دهان، ویروس مربوطه به عمق بدن می‌رود و خود را مخفی می‌کند. سالها و یا حتی کمتر، اگر بگذرد احتمال دارد دوباره ویروس شعله‌ور شده و مجددا دردسرزا شود. اینکه چه شرایطی سبب می‌شود ویروس خفته دوباره بیدار شود مقوله‌ای است که جا برای بحث بسیار دارد.بروز تبخال در بیشتر موارد در ارتباط با حالاتی است که سیستم ایمنی ضعیف شده یا تحت فشار است اگر سیستم ایمنی مختل شود و تحت شرایط عادی قادر به نگهداری ذرات ویروسی در کنترل خود نباشد فرصتی برای تشکیل تبخال فراهم می‌شود. به طور خلاصه عوامل زیر باعث فعال شدن ویروس تبخال می‌شوند؛

بیماریها شامل : تب، سرماخوردگی و آنفلوآنزا

غم و فشار روحی

فشار و خستگی جسمی

صدمه به لبها و پوست از قبیل زخم‌ها یا ترکیدگی شدید

صدمه به لب‌ها در نتیجه برخورد با نور خورشید یا لامپ‌های فرابنفش

قاعدگی یا حاملگی

نقص سیستم ایمنی (مانند بیماری ایدز)

از این رو آموختن روش برخورد با تبخال، مهمترین اصلی است که در مواجه با این بیماری باید دانست تا از عوارض آن در امان ماند.

وقتی تبخال می‌آید

شناخت علائم بروز یک تبخال از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. علائم و نشانه‌های تبخال بدین صورت است که در وهله اول یک تاول کوچک و دردناک پر از مایع روی یک نقطه سرخ دردناک پوست بروز می‌کند که معمولا روی لب‌ها و نواحی داخلی دهان است. سپس درد شدید واحساس مورمور شدن به سراغ بیمار می‌آید که غالبا یکی دو روز قبل یا بعد از بروز تاول‌هاست که این علامت بسیار مهمی است. خصوصا احساس مور مور شدن و درد خفیف از علائم اولیه تبخال است که می‌تواند به عنوان یک زنگ خطر محسوب شود . چرا که اگر شخصی در این مرحله متوجه عفونت تبخال شود با استفاده از اقدامات پیشگیرانه که در ادامه در مورد آنها صحبت می‌شود می‌تواند جلوی تبخال را بگیرد. در هر صورت پس از تشکیل تاول‌ها، سیر بیماری ادامه می‌یابد و تاول‌ها نهایتا می‌شکنند و از آنها خونابه خارج می‌شود و سپس یک زخم قهوه‌ای رنگ با ظاهری ناخوشایند تشکیل می‌شود.

تبخال‌های خطرناک

در بعضی مواقع به دلیل بی‌اعتنایی بیمار، تبخال وسعت می‌یابد و عفونت شدید روی آن سوار می‌شود. در این موارد زخم‌های تبخالی علاوه براینکه تمام نواحی لب را می‌گیرند به داخل دهان هم سرایت می‌کنند. در این موارد التهاب لثه‌ها از وخیم‌ترین وقایعی است که خود را نشان می‌دهد. تمام لثه‌ها خصوصا نواحی داخلی لثه‌ها ورم می‌کنند و حالت آبسه دهانی به خود می‌گیرند . در این حالت، بیمار قادر نیست که حتی

لقمه‌ای غذا بخورد. شرایط بیمار روز به روز وخیم تر می‌شود و باید سریعا اقدامات درمانی در مورد وی اجرا شود.

چه باید کرد؟

اولین اقدامی که باید در مواجه با تبخال کرد شناخت مرحله اول تبخال به طور کامل و دقیق‌تر است. اگر شما در این مرحله، تبخال را شناسایی کنید که آن هم کار زیاد سختی نیست، و به راحتی می توانید جلوی یک عفونت سخت را بگیرید.

پس از تشخیص شروع تبخال ، اولین اقدامی که می‌کنید به فاصله هر نیم ساعت یک قالب کوچک یخ را روی لب‌ها بگذارید (روی ناحیه مبتلا) و آن قدر یخ را به لب‌ها بچسبانید که آن تکه یخ کوچک آب شود

توجه کنید که یخ را چند ثانیه روی لب‌ها بگذارید و سپس بردارید تا سرمای شدید یخ لب‌ها را دچار آسیب نکند.

پس از مرحله یخ‌گذاری ، به طور متناوب روی ناحیه مبتلا را با نمک بپوشانید در این لحظه انتظار درد فراوانی را باید داشته باشید اما مطمئن باشید بهترین روش درمانی را انجام می‌دهید و بدون ترس و دلهره آن را ادامه دهید.

از محلول‌های دهان شویه حتما استفاده کنید . محلول دهان شویه بنزیدآمین از جمله بهترین محلول‌های دهان شویه است . هر ۱ تا ۲ ساعت یکبار دهان را حسابی با محلول بشویید تا بهداشت داخل دهان تامین شود و عفونت به داخل دهان سرایت نکند.

در فاصله مدت عفونت از غذاهای مایع و ولرم استفاده کنید تا لب‌ها و نواحی مبتلا تحریک نشوند و زخم انتشار پیدا نکند.

سطح لب‌ها را با کرم‌های مخصوص که معمولا کرم ویتامینه A است مرطوب و نرم نگه دارید تا لب‌ها دچار خشکی نشوند و تبخال عفونی نشود.

در صورت به کار بردن همه این اقدامات اگر احساس کردید روند بهبودی وجود ندارد سریعا به یک پزشک متخصص دهان و دندان یا یک دندانپزشک جهت معالجه خودتان مراجعه کنید تا روند بهبودی را از وی طلب کنید.

منبع : روزنامه رسالت

http://vista.ir/?view=article&id=365607

vista.ir
Online Classified Service

دردی برای تمام فصول

بیش از ۲۰۰ نوع ویروس از خانواده‌های مختلف ویروس‌ها می‌توانند سرماخوردگی را ایجاد کنند که شایع‌ترین آنها رینوویروس‌ها هستند.

همه گیر شدن سرما خوردگی ممکن است با بیماری‌های شدیدتری چون سینوزیت که موجب التهاب مجاری بینی وسردردهای شدید می‌شود وهمچنین بروز حساسیت‌ها وآلرژی‌های فصلی ویا دیگربیماری‌ها مانند برونشیت مزمن، تشدید آسم، التهاب حلق وبینی و... مواجه شویم، که علاوه بر گذاشتن تأثیرات فیزیکی نامطلوب، موجب پیامدهای اجتماعی، خانوادگی وگاهی روانی مانند اختلال در فعالیت‌های روزمره، کاهش کارایی افراد در محل کار، نگرانی روانی والدین در صورت ابتلای بچه‌ها وکودکان نیز می شود.

- سرما خوردگی چیست و عامل آن کدام است؟

سرماخوردگی شایع‌ترین بیماری‌های دوره کودکی و مهم‌ترین دلیل غیبت از کار یا مدرسه در سراسر جهان است. معمولاً بیماری زودگذر و سبکی است ولی عوارض آن باعث مزاحمت می‌شود. بیش از ۲۰۰ نوع ویروس از خانواده‌های مختلف ویروس‌ها می‌توانند سرماخوردگی را ایجاد کنند که شایع‌ترین آنها رینوویروس‌ها هستند. البته ویروس‌های دیگر (مثلاً ویروس آنفلوآنزا) نیز می‌تواند گاهی علایم خفیفی به شکل سرماخوردگی داشته باشد. به هر حال آنچه اهمیت دارد، این است که در سرماخوردگی، مهم‌ترین و واضح‌ترین علایم مربوط به انسداد و آب‌ریزش بینی است و سایر علایم مانند تب، گلودرد و سرفه معمولاً در درجات اهمیت بعدی قرار دارند.

● چه عواملی ممکن است زمینه‌ساز سرماخوردگی شوند یا استعداد ابتلا به آن را افزایش دهند؟

خستگی، استرس‌های شدید، زمینه آلرژی و استنشاق دود سیگار از عواملی هستند که گفته می‌شود افراد را مستعد سرماخوردگی‌های بیشتر می‌کنند. همچنین حضور در فضاهای در بسته و بدون تهویه مناسب در کنار جمعیت زیاد (مانند مدارس و مهد کودک‌ها) و عدم توجه به بهداشت فردی و ناآگاهی از چگونگی انتقال سرماخوردگی نیز در این مسأله دخالت دارند.

● چه تعداد سرماخوردگی را در کودکان می‌توان طبیعی دانست؟

کودکان کم سن و سال به طور متوسط شش تا هفت نوبت سرماخوردگی طی سال دارند اما تا ۱۵ درصد کودکان، ممکن است حتی تا ۱۲ نوبت سرماخوردگی نیز در سال داشته باشند. این در حالی است که در بزرگسالان، معمولاً بیش از دو تا سه بار سرماخوردگی طی سال اتفاق نمی‌افتد.

● روش انتقال بیماری چگونه است؟

مهم‌ترین روش انتقال ویروس‌های سرماخوردگی، تماس مستقیم با ترشحات آلوده است. به این‌ترتیب، یکی از مهم‌ترین روش‌های انتقال، دست دادن با فرد سرماخورده‌ای است که بعد از تماس دست خود با ترشحات بینی، دهان یا چشم، دست خود را نشسته است. همچنین از آنجا که برخی از ویروس‌ها روی سطوح و وسایلی مانند سطح میز یا دستگیره در تا دو ساعت یا بیشتر می‌توانند باقی بمانند، ممکن است تماس غیر مستقیم با سطوح آلوده نیز در انتقال سرماخوردگی نقش داشته باشد. از طرف دیگر، انتقال از طریق استنشاق ذرات ریز و درشت تنفسی (مواجهه با سرفه و عطسه در تماس نزدیك با بیمار) نیز امکان‌پذیر است. انتقال ویروس آنفلوانزا حتی با ذرات ریز تنفسی هم امکان‌پذیر است، بنابراین انتقال این ویروس نیاز به تماس نزدیك ندارد و برای همین، به سرعت در جامعه گسترش می‌یابد.

● علایم بیماری چیست و طول مدت علایم معمولاً چه میزان است؟

علایم اولیه سرماخوردگی معمولاً احساس خارش یا گزگز در بینی و عطسه است که علایمی مانند انسداد بینی و آب‌ریزش نیز به آن اضافه می‌شود. معمولاً گلو درد در سرماخوردگی، ملایم و گذراست. در روزهای دوم تا سوم سرماخوردگی، گرفتگی بینی بیشتر می‌شود و ترشحات بی‌رنگ بینی به تدریج به رنگ زرد یا سبز در می‌آید که لزوماً دلیل بر عفونت چرکی نیست. سرفه نیز در ۳۰ درصد سرماخوردگی‌ها رخ می‌دهد. تب خفیف و گذرا نیز ممکن است در سرماخوردگی رخ دهد. در شیرخواران، ممکن است اسهال خفیفی نیز مشاهده شود. از طرف دیگر، معمولاً اشتهای کودك نیز تا حدی کاهش می‌یابد. بیشتر سرماخوردگی‌ها با قدری بی‌حالی، ضعف و احساس خستگی زودرس نیز همراهند. در هر حال، اگر بیمار دچار عوارض بعدی نشود، در بیشتر موارد سرماخوردگی ظرف یك هفته به پایان می‌رسد، گرچه در ۱۰ درصد موارد ممکن است حتی تا دو هفته به طول انجامد، به خصوص اگر استراحت کافی نباشد.

● راه پیشگیری چیست؟

سرماخوردگی را از دو طریق می‌توان پیشگیری کرد. یکی به وسیله واکسیناسیون و دیگری از راه جداسازی.

▪ واکسیناسیون در شرایط بسیار شدید و همه‌گیری‌های مزاحم تقریباً استثنایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. چون اثر واکسن نه قطعی، نه کلی و نه دائمی است، بنابراین به ندرت در کشورهای رو به توسعه آن را به کار می‌گیرند.

▪ راه جداسازی نیز در داخل خانواده خیلی ساده نیست، چون سرایت بیماری علاوه بر راه هوا که راه معمول انتشار بیماری‌های عفونی دستگاه تنفس است، از طریق دست‌های کودك نیز می‌تواند منتقل شود، به این صورت که خود کودك ممکن است ویروس موجود را از ملتحمه و گوشه چشم خود به بینی منتقل کرده و امکان بروز عفونت را فراهم کند. بنابراین استفاده از دستمال‌های کاغذی آغشته به مواد ضدعفونی کننده را که هنوز تحت مطالعات بهداشتی و فنی است، می‌توان در این شرایط به منظور پیشگیری توصیه کرد.

- درباره داروها

هیچ درمان یا داروی خاصی برای درمان سرماخوردگی و آنفلوآنزا وجود ندارد. آنتی‌بیوتیک‌ها ویروس‌ها را از بین نمی‌برند. بعضی از داروها فقط به برطرف شدن علایم آنفلوآنزا و سرماخوردگی کمك می‌کنند. قبل از دادن هرگونه دارویی به فرزندان خود حتماً با پزشك مشورت کنید. شما می‌توانید داروهای سرماخودرگی و آنفلوآنزا را بدون تجویز پزشك از داروخانه‌ها تهیه کنید. بعضی از داروهای تجویز شده به نام ضدویروس‌ها می‌توانند به برطرف شدن علایم آنفلوآنزا کمك کنند. این داروها در صورتی که سریع و بلافاصله بعد از آغاز بیماری مصرف شوند، احساس بهبودی ایجاد می‌کنند. این داروها می‌توانند به صورت خوراکی یا استنشاقی مصرف شوند. انواع استنشاقی ممکن است برای بعضی از افراد مبتلا به آسم یا بیماری مزمن ریوی، مشکل ایجاد کند. در صورتی که مبتلا به آسم هستید و برای درمان سرماخوردگی و آنفلوآنزا به پزشك مراجعه کرده‌اید، حتماً ابتلای خود به آسم را به وی گوشزد کنید.

- چند توصیه تغذیه‌ای

▪ ویتامینC :

مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین C و همچنین میوه‌های سرشار از ویتامین C در این فصل توصیه می‌شود. ویتامین C در بیماری‌های برونشیت مزمن نقش مهمی درحفظ ریه‌ها دارد به طوری که طبق بررسی‌های محققان افرادی که روزانه ۳۰۰ میلی‌گرم ویتامین C مصرف می‌کنند احتمال ابتلا به این بیماری در آنها ۳۰ درصد کاهش پیدا می‌کند. ویتامین C را می‌توان از مرکبات به ویژه لیموشیرین، پرتقال، گریپ‌فروت و همچنین از سیر، میخك، لیمو، فلفل و مواد غذایی چون فلفل تند قرمز، سوپ مرغ و ماست دریافت کرد.

▪ سیر و شلغم:

سیر علاوه بر خواص دارویی و تغذیه‌ای، به واسطه داشتن ماده ضدویروسی، ماده خوبی برای مصرف چه در هنگام سلامت و چه در زمان سرماخوردگی است. و برای رفع بوی آن نیز می‌توان سیب یا عسل مصرف کرد.

شلغم نیز مانند سیر دارای خواص مفیدی است. استفاده از شلغم نیز در فصل سرد توصیه می‌شود و می‌توان آن را به شکل خام در سالاد یا به صورت پخته با نمك مصرف کرد.

▪ ماست:

اگر جزو افرادی هستید که به سرماخوردگی ناشی از آلرژی و حساسیت فصلی دچارید، توصیه می‌شود برای پیشگیری، از سه ماه قبل ماست مصرف کنید. چون ماست از جمله موادی است که باعث افزایش سیستم ایمنی و دفاعی بدن می‌شود و بدن را در مقابله با عوامل عفونی و آلرژی آماده می‌کند. اگر به خوردن ماست علاقه چندانی ندارید، می‌توانید مصرف پیاز را در برنامه غذایی خود افزایش دهید، چون پیاز نیز سیستم دفاعی بدن را مقاوم‌تر می‌سازد.

▪ روی:

استفاده از مکمل‌های روی در زمان سرماخوردگی باعث کاهش قدرت ویروس‌ها برای احاطه سلول‌های بدن و کمك به سلول‌های ایمنی برای مبارزه با سرماخوردگی می‌شود و علایم سرماخوردگی را تسکین می‌دهد. قرص روی، مدت سرماخوردگی را در بزرگسالان کاهش داده ولی در کودکان اثری ندارد. اسپری بینی روی، نسبت به قرص روی در بهبود سرماخوردگی موثرتر است.

▪ پروپیول:

ماده صمغی است که به وسیله حشرات از جوانه‌های برگی شکل و پوست درختان جمع‌آوری می‌شود، خصوصا از درختان صنوبر و کاج. عصاره پروپیول می‌تواند در پیشگیری و کوتاه کردن مدت سرماخوردگی موثر باشد. مطالعات بالینی نشان داده که عصاره پروپیول در کاهش عفونت دستگاه تنفسی در کودکان موثر است.

با پیشگیری و رعایت موارد مذکور به همراه تغذیه مناسب، می‌توان از زیبایی‌های این فصل لذت برد. به امید آنکه همیشه در کنار خانواده سالم و تندرست باشید.

- نکات قابل توجه در درمان علایم سرماخوردگی

▪ در خانه بمانید و استراحت کنید، به خصوص در هنگام بروز تب.

▪ مایعات فراوان بنوشید، مثل آب، آب‌میوه و سوپ رقیق شده.

▪ با آب نمك ولرم چند بار در روز غرغره كنيد. اين كار سوزش گلو را بهبود می‌بخشد.

▪ قطره‌های بينی كه حاوی آب و نمك (سرم فيزيولوژی) هستند، به كاهش ترشحات بينی و مرطوب شدن پوست داخل بينی كمك می‌كنند.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=249181

vista.ir
Online Classified Service

درمان بیماری های بی نشانه

اگرچه آلودگی با میکروب «هلیکوباکتر پیلوری» معمولاً سبب اختلال بارز در کودکان نمی شود، با این حال اگر این عفونت درمان نشود منجر به اختلالات گوارشی مثل گاستریت (التهاب و آسیب جدار معده) یا بیماری زخم پپتیک (زخم معده یا زخم قسمت ابتدایی روده کوچک موسوم به دوازدهه، اثنی عشر یا دئودنوم) شده و حتی در سنین بالاتر می تواند منجر به سرطان معده شود. در اغلب افراد عفونت قبل از پنج سالگی وارد بدن می شود. انتقال میکروب ممکن است از راه مدفوعی- دهانی، معدی- دهانی (استفراغ) یا دهانی- دهانی رخ دهد.

● همه گیری شناسی

این میکروب در همه جای دنیا به خصوص در کشورهای در حال توسعه (جایی که تا ۱۰ درصد کودکان و ۸۰ درصد بالغان شواهد آزمایشگاهی عفونت با این میکروب را نشان می دهند) دیده شده که معمولاً افراد مبتلا نیز هیچ علامتی ندارند. در این کشورها تا ۹۰ درصد افراد با این میکروب آلوده اند. زخم معده و دوازدهه در کودکان ناشایع بوده و شیوع دقیق آن نامعلوم است.

● علائم و نشانه ها

عفونت با «هلیکوباکتر پیلوری» در هر فردی می تواند وجود داشته باشد. در بیشتر موارد عفونت با این بیماری خاموش بوده و هیچ علامتی ندارد. وقتی عفونت با باکتری علامتدار می شود، معمولاً فرد نشانه های گاستریت یا بیماری زخم پپتیک را از خود نشان می دهد. در کودکان نشانه های گاستریت تهوع، استفراغ و شکایت مکرر از درد شکم است. به هر حال این نشانه ها در خیلی از بیماری های دوران کودکی شایع است. «هلیکوباکتر پیلوری» می تواند سبب زخم پپتیک شود. در کودکان بزرگ تر و بالغان شایع ترین نشانه بیماری زخم پپتیک، احساس گرسنگی یا درد سوزاننده در شکم به خصوص در ناحیه زیر دنده ها و بالای ناف است. درد با معده خالی تشدید شده و با خوردن غذا، نوشیدن شیر یا مصرف آنتی اسید تسکین پیدا می کند. کودکان مبتلا به زخم پپتیک نیز دچار خونریزی از زخم شده که سبب هماتمز (استفراغ خونی یا استفراغ حاوی مواد شبیه دانه های قهوه) یا ملنا (مدفوع سیاه، خونی یا شبیه قیر) می شود. کودکان کم سن و سال تر با بیماری زخم پپتیک ممکن است هیچ نشانه واضحی نداشته و بنابراین تشخیص آن بسیار مشکل است.

● سرایت

راه های سرایت بیماری به درستی شناخته نشده است، ولی دانشمندان معتقدند «هلیکوباکتر پیلوری» به دلیل اینکه در افراد یک خانواده شایع

بوده یا در مکان هایی که افراد زیادی در شرایط غیربهداشتی زندگی می کنند، شایع است قابل سرایت است. به هر حال تحقیقاتی که بیانگر انتقال بیماری از یک فرد به فرد دیگر است، به وضوح راه های انتقال را نشان نمی دهد.

● تشخیص

پزشکان با استفاده از انواع مختلفی از آزمایش ها عفونت «هلیکوباکتر پیلوری» را تشخیص می دهند. این آزمایش ها عبارتند از؛

- مشاهده مستقیم مخاط پوشاننده معده با استفاده از آندوسکوپ. این حالت تحت بی حسی (بیهوشی) انجام می پذیرد. در این حالت پزشک ضمن بررسی مخاط معده، چندین نمونه از مخاط معده را برای ارسال به آزمایشگاه و بررسی از نظر عفونت «هلیکوباکتر پیلوری» نیز می گیرد.

- تست های خونی که حضور آنتی بادی (پادتن های) ضد «هلیکوباکتر پیلوری» را نشان می دهند. تست های خونی رایج بوده با این حال آزمایش ها در کودکان به راحتی بزرگسالان قابل تفسیر نیستند.

- تست های تنفسی که کربن رادیواکتیوی که توسط میکروب تجزیه شده را در بازدم اندازه گیری می کند. برای انجام این آزمایش بیمار محلول حاوی کربن رادیواکتیو (با شرایطی که ضرری برای بیمار نداشته باشد) را می نوشد. این تست ها بیشتر در بالغان انجام می شود.

● درمان

پزشکان برای درمان عفونت «هلیکوباکتر پیلوری» از آنتی بیوتیک استفاده می کنند. به خاطر اینکه یک آنتی بیوتیک تنها، ممکن است قادر به از بین بردن میکروب نباشد گاهی از ترکیبی از آنتی بیوتیک ها استفاده می شود. در صورت بروز علائم و نشانه های خونریزی از معده یا روده کوچک (هماتمز یا ملنا)، بیمار باید در بیمارستان بستری شود. همراه با آنتی بیوتیک، پزشک معالج ممکن است آنتی اسید یا داروهای مهارکننده اسید برای خنثی کردن یا توقف تولید اسید معده تجویز کند. همراه با درمان ضد«هلیکوباکتر پیلوری» توصیه می شود که غذا در پنج یا شش وعده مصرف شده تا هیچ گاه معده خالی نماند. نکته بسیار مهم اجتناب از مصرف آسپرین یا ترکیبات حاوی آن، ایبوبروفن یا سایر داروهای مسکن ضدالتهابی (استامینوفن جزء این گروه نیست) است، زیرا این داروها سبب التهاب معده و همچنین خونریزی آن می شوند.

● پیشگیری

هنوز واکسنی علیه «هلیکوباکتر پیلوری» پیدا نشده و چون راه های انتقال بیماری نیز به خوبی شناخته نشده است، راه های پیشگیری دقیقی وجود ندارد. با این حال رعایت موارد زیر همیشه الزامی است؛

- شست وشوی مکرر دست ها، علی الخصوص قبل از خوردن غذا، بعد از اجابت مزاج و قبل از پخت غذا

- مصرف غذاهای تازه و غذاهایی که به خوبی پخته شده و از جاهای مطمئن تهیه شده باشد.

- نوشیدن آب از منبع مطمئن.

در شرایط زیر باید سریعاً بیمار توسط پزشک دیده شود؛

- درد شدید شکمی

- استفراغ خونی یا حاوی دانه های قهوه مانند

- مدفوع حاوی خون، سیاه رنگ یا شبیه قیر

- درد مالش یا سوزشی مداوم در ناحیه زیر دنده ها که با خوردن غذا، نوشیدن شیر یا مصرف آنتی اسید بهتر می شود.

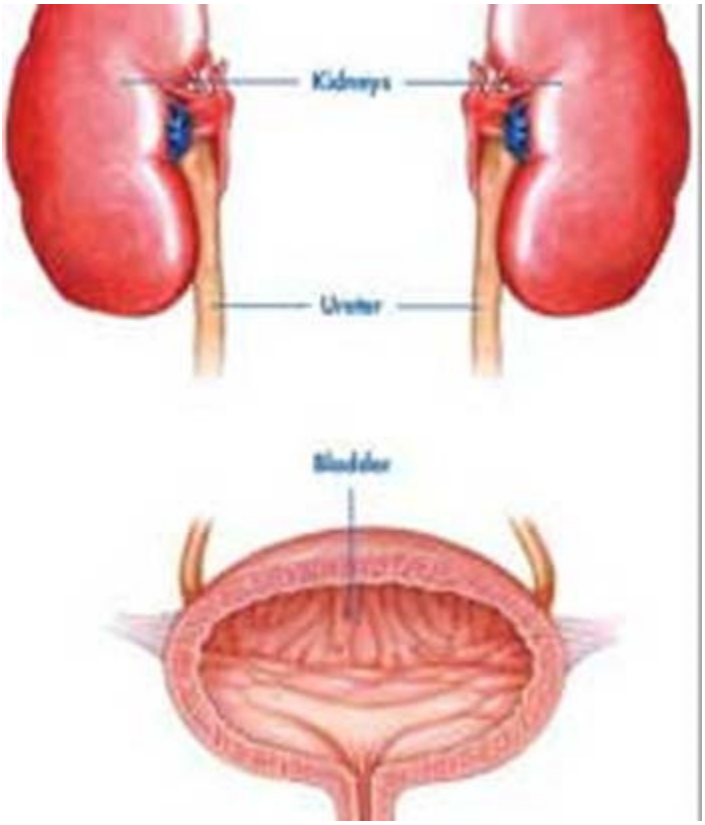
در نهایت باید به خاطر داشت بیشتر علل درد شکم به دلیل این میکروب نیست و کودکان به دلایل متعدد و متعارفی مانند سوءهاضمه ناشی از خوب نجویدن غذا، برخی ویروس ها، اضطراب و ترس یا موارد حادی مثل آپاندیسیت دچار درد شکمی می شوند.

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=335967

vista.ir
Online Classified Service

درمان عفونت ادراری



۱) راه‌های تشخیص عفونت ادراری کدام است؟

یکی از راه‌های تشخیص مشاهده ی علایم بالینی مثل تکرر ادرار، سوزش ادرار، بی‌اختیاری ادرار، زور زدن هنگام ادرار، بوی بد ادرار و در مواردی وجود تب معمولاً خفیف و کمتر از یک درجه است.

حتی ممکن است تب بدون هیچ علامت دیگری وجود داشته باشد.

راه دیگر تشخیصی، انجام سونوگرافی کلیه‌ها می باشد. چنانچه عکس رنگی مثانه در خواست شود، به پزشک در تشخیص کمک بزرگی می کند.

از راه‌های تشخیصی دیگر، آزمایش کامل و کشت ادرار می‌باشد.

۲) درمان عفونت ادراری کدام است؟

درمان عفونت ادراری بستگی به این دارد که درگیری(عفونت) در ناحیه ی دستگاه ادراری تحتانی است یا فوقانی؟

اگر دستگاه ادرار تحتانی درگیر باشد که" سیستیت" نامیده می شود، درمان سرپایی و با آنتی بیوتیک به مدت ۵ تا ۷ روز توسط پزشک متخصص انجام می شود.

اما اگر عفونت در کلیه‌ها باشد که به آن "پیلونفریت" می‌گویند، کل مدت درمان ۱۰ تا ۱۴ روز است که بستگی به حال عمومی بیمار دارد. درمان این بیماران در مواردی به صورت سرپایی صورت گرفته و در مواردی نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارد.

با توجه به این که عفونت‌های مکرر در ناحیه ی کلیه می تواند باعث افزایش فشار خون، کاهش و حتی توقف عملکرد کلیه ها در کودک شود، بنابراین باید بلافاصله بعد از تشخیص عفونت ادراری، نسبت به درمان مناسب اقدام شود.

۳) آیا بعد از درمان، ممکن است بیماری مجداً عود نماید؟

در حالت کلی امکان عود وجود دارد. وقتی بچه‌ای دچار عفونت ادراری می شود، بیشترین زمانی که ممکن است بیماری عود کند، ۶ ماه بعد از بروز مشکل اولیه می باشد. به همین علت حتماً لازم است عوامل زمینه ساز و علت‌هایی که ممکن است سبب عود بیماری شوند، مورد بررسی قرار گیرد.

مهم ترین نکته درعود بیماری این است که عود مکرر می تواند باعث آسیب به کلیه‌ها و بروز عوارض شود. به همین علت عفونت ادراری حتماً باید تحت نظر پزشک متخصص تحت درمان کامل قرار گیرد و چنانچه پزشک معالج صلاح دید، کودک باید بستری شود.

۴) عدم درمان به موقع عفونت ادراری، چه عوارضی ممکن است داشته باشد؟

با توجه به این که عفونت‌های مکرر در ناحیه ی کلیه می تواند باعث افزایش فشار خون، کاهش و حتی توقف عملکرد کلیه ها در کودک شود، بنابراین باید بلافاصله بعد از تشخیص عفونت ادراری، نسبت به درمان مناسب اقدام شود.

۵) توصیه ی شما به این مادر۲۷ ساله چیست؟

ایشان باید حتماً به توصیه ی پزشک عمل کنند و در صورت نیاز تا زمانی که پزشک تشخیص بدهد بچه باید بستری شود و بعد از مرخصی از بیمارستان تمام موارد درخواست شده از سوی پزشک مربوطه را انجام دهند. اگر پزشک صلاح بداند باید عکس رنگی از مثانه گرفته شود و حدود ۲سال به طور متناوب، باید تحت نظر پزشک معالج باشد.

شلوار تنگ به بچه پوشانده نشود و لباس زیر بچه همیشه نخی و خشک باشد. هنگام شست وشوی بچه، به خصوص بعد از اجابت مزاج، از جلو به عقب او را شست وشو دهند.

این مساله بسیار مهم می باشد و به محض مشاهده ی کوچک ترین علامتی از جمله تغییر بوی بد ادرار یا وجود تب بدون علامت، حتماً به پزشک مراجعه کنند و مجدداً آزمایش ادرار انجام شود.

بچه‌هایی که عفونت ادراری دارند، باید مایعات بیشتری مصرف کنند و ادرارشان را نگه ندارند.

۶) لطفاً بفرمایید در رابطه با این بیماری با چه مشکلاتی مواجه هستید؟

متأسفانه بعضی خانواده‌ها از بستری کردن بچه ی خود امتناع می کنند و نگران هستند. آنها فکر می کنند که با درمان سرپایی هم بیماری قابل درمان است.

آنها باید به توصیه ی پزشک عمل کنند و در صورت نیاز بچه را بستری کنند. حتی می توانند حداقل چند روز اول را بستری کنند و بقیه ی طول دوره ی درمان را به طور سرپایی انجام بدهند.

از دیگر مشکلات این است که متاسفانه پی گیری از طرف والدین انجام نمی شود. همان طور که گفته شد انجام پی گیری در این بیماری ضروری است و در صورتی که پزشک درخواست کند در گرفتن عکس رنگی تردید نکنند.

اگر بچه‌ای ادرارش را زیاد نگه می‌دارد یا بالعکس به فاصله ی زمانی کوتاه و تند تند به دستشویی می رود یا یبوست دارد، والدین باید بلافاصله برای درمان این مشکل کودک اقدام کنند.

۷) توصیه ی کلی شما در مورد این بیماری کدام است؟

توصیه می شود بهداشت را رعایت کنند و دختر خانم‌ها به خصوص در مدرسه ادرارشان را نگه ندارند. دستشویی‌های مدرسه باید بهداشتی و تمیز باشد تا بچه‌ها رغبت کرده و از دستشویی استفاده کنند. والدین نباید به بچه‌ها توصیه کنند که خارج از منزل به دستشویی نروند و حتماً هر زمان که بچه احساس نیاز کرد باید از دستشویی استفاده کند.

کلاً بچه‌هایی که عفونت ادراری دارند باید مایعات بیشتری مصرف کنند و ادرارشان را نگه ندارند. مهم است که یبوست هم نداشته باشند.

http://vista.ir/?view=article&id=276840

vista.ir
Online Classified Service

ذات الریه (پنومونی)

ذات الریه (پنومونی)عفونت یا التهاب بسیار شدید ریه ها می باشد. در این بیماری حبابچه های هوایی موجود در ریه ها پر از چرک و سایر مواد مایع می شود و رسیدن اکسیژن به خون با مشکل مواجه می گردد. اگر اکسیژن موجود درخون شما کاهش یابد سلولهای بدن شما به درستی کار خود را انجام نخواهند داد. به همین علت و ثانویه به انتشار عفونت در داخل بدن، امکان دارد فرد بمیرد.

تا سال ۱۹۳۶، ذات الریه اولین علت مرگ در ایالات متحده به حساب می آمد و بعد از آن با توجه به استفاده از آنتی بیوتیکها این بیماری قابل کنترل شد. در سال ۲۰۰۰ ذات الریه همراه با آنفولانزا بعنوان هفتمین علت مرگها

شناخته شده اند.

ذات الریه از دو طریق می تواند ریه های شما را تحت تأثیر قرار دهد. ذات الریه لوبی (قطعه ای) که یک لوب یا قطعه ای بزرگ از ریه ها را درگیر می کند و دیگری ذات الریه برونشی که کل ریه را به صورت مناطق کوچک اما منتشر درگیر می نماید.

ذات الریه یک بیماری منفرد نیست. این بیماری می تواند بیش از ۳۰ علت مختلف داشته باشد. که پنج تا از شایعترین علل آن شامل: علل باکتریایی، علل ویروسی، مایکوپلاسمائی، سایر علل عفونی نظیر قارچها و ترکیبات شیمیایی مختلف می باشد.

● ذات الریه باکتریائی:

این نوع ذات الریه می تواند هر فردی را در هر سنی مبتلا سازد. افراد الکلی و ناتوان، کسانی که عمل جراحی داشته اند، افرادی که دچار بیماری تنفسی یا عفونتهای ویروسی هستند و افرادی که دارای نقص ایمنی هستند از جمله افرادی هستند که شانس بیشتری برای ابتلا به این بیماری دارند.

باکتریهایی ایجاد کننده ذات الریه در حلق بعضی از افراد سالم نیز یافت می شوند. زمانیکه سیستم دفاعی بدن به هر علتی نظیر بیماری، افزایش سن، سوء تغذیه، ناتوانی عمومی یا نقص ایمنی ضعیف می شود، این باکتریها می توانند تکثیر یافته و منجر به بروز صدمات شدیدی شوند. معمولاً زمانیکه مقاومت بدن کاهش می یابد این باکتریها به سمت ریه ها رفته و درآنجا سبب التهاب حبابچه های هوایی می شوند.

امکان دارد قسمتی از یک لوب یا یک لوب کامل و یا حتی هر پنج لوب ریه ها بطور کامل از مایع پر شود. این عفونت به هر علت از طریق جریان خون منتشر شده و کل بدن را فرا می گیرد.

نوعی باکتری به نام پنوموکوک شایعترین علت بروز ذات الریه باکتریایی می باشد. این نوع ذات الریه یکی از اشکال پنومونی است که دارای واکسن می باشد.

▪ علائم :

شروع ذات الریه باکتریایی بسیار متغیر بوده و می تواند تدریجی یا یکباره باشد. در موارد بسیار شدید ممکن است بیمار دچار تب و لرز، درد شدید قفسه سینه و سرفه های خلطی به رنگ قرمز آجری یا سبز شود.

دمای بدن ممکن است حتی به ۱۰۵ درجه فارنهایت نیز برسد. فرد مقدار زیادی عرق کرده و تعداد تنفس و ضربان قلب افزایش می یابد. لب ها و بستر ناخن ها بعلت کاهش اکسیژن در خون به رنگ آبی متمایل می شود و سطح هوشیاری فرد نیز ممکن است افت پیدا کند و به فرد حالت گیجی دست دهد.

● ذات الریه ویروسی:

بنظر می رسد نیمی از موارد ذات الریه ها بعلت عوامل ویروسی باشد. هر روزه به تعداد ویروسهایی که می توانند منجر به عفونتهای تنفسی شوند افزوده می گردد که اکثر آنها مجاری هوایی فوقانی را درگیر می کنند، اما بعضی دیگر نیز بخصوص در گروه سنی اطفال می توانند منجر به ذات الریه شوند. اکثر این موارد چندان جدی و خطرناک نبوده و بعد از یک مدت زمان کوتاه بهبود مییابند.

عفونت با ویروس آنفولانزا ممکن است بسیار شدید بوده و حتی گهگاهی منجر به مرگ شود. ویروس به ریه ها حمله کرده و در آنجا تکثیر می یابد ولی معمولاً علیرغم آنکه بافت ریه پر از مایع

می شود علایم بسیار کم خواهند بود. معمولاً این ویروس افرادی را مبتلا می سازد که خود دارای بیماریهای ریوی یا قلبی زمینه ای بوده و یا حامله هستند.

▪ علائم:

علائم اولیه ذات الریه ویروسی شبیه به علایم آنفولانزا می باشد که شامل : تب، سرفه های خشک، سردرد، درد عضلانی و ضعف می باشد. امکان دارد تب بالا رخ داده یا حتی لبها حالت آبی رنگ پیدا کنند.

در موارد بسیار شدید، فرد به آسانی قادر به نفس کشیدن نیست و نیاز به هوا دارد. ذات الریه ویروسی گاهی اوقات امکان دارد همراه با وجود باکتریها باشد و خود را بصورت علایم ذات الریه باکتریایی نشان دهد.

● ذات الریه مایکوپلاسمایی:

بدلیل علایم و یافته های بالینی نسبتاً متفاوت و بدلیل آنکه سیر این بیماری با ذات الریه پنوموکوکی متفاوت می باشد. در ابتدا به نظر می رسید که در این بیماری بدلیل یک یا چند ویروس ناشناخته ایجاد می شود و آنرا با نام «ذات الریه غیر معمول اولیه » می شناختند.

در طی جنگ جهانی دوم عامل این بیماری شناخته شد. مایکوپلاسماها کوچکترین موجودات زنده هستند که می توانند به تنهایی زندگی کنند، به گونه ای که قابل طبقه بندی در رده باکتریها یا ویروسها نبوده اما به لحاظ بعضی خصوصیات شبیه به هر دو هستند. این نوع ذات الریه درجات مختلف داشته و می تواند خفیف یا بسیار شدید باشد. این عامل تمامی گروهای سنی را مبتلا می سازد اما افراد مسن ، اطفال و نوجوانان را بیشتر مبتلا می کند. میزان مرگ حتی در موارد درمان نشده بسیار پائین می باشد.

▪ علائم :

غالبترین علامت این بیماری سرفه هایی است که بتدریج بسیار شدید می شود.اما به ندرت و گاهگاه همراه با تولید خلط سفید رنگ می باشد. تب و لرز به ندرت رخ می دهد و در بعضی موارد امکان دارد تهوع و استفراغ دیده شود. امکان دارد فرد دچار ضعف بسیار شدید شود که مدتها به طول می انجامد.

● سایر انوع ذات الریه:

ذات الریه ناشی از پنوموسیستیس کارینی توسط موجودی ایجاد می شود که به نظر می رسد نوعی قارچ باشد. این بیماری اولین علامت بیماری در بسیاری از افراد مبتلا به AIDS است.

این بیماری در بسیاری از موارد به خوبی قابل درمان است. بیماری ممکن است در عرض چند ماه عود کند ولی درمان می تواند از عود پیشگیری کرده یا آنرا به تأخیر اندازد. سایر انواع ذات الریه بندرت خطرناک می باشند. بعضی از انواع ذات الریه از طریق استنشاق ، غذا، مایعات، گازها، گرد و غبار و توسط قارچها ایجاد می شوند. اجسام خارجی در مجاری تنفسی یا انسداد برونشها ثانویه به بعضی از سرطانها نیز امکان دارد شانس ابتلا به ذات الریه را افزایش دهد هر چند موارد مذکور منجر به بروز ذات الریه نمی شوند.

بعضی موجودات نظیر ایکتزیاها که منجر به بیماریهایی نظیر تیفوس می شوند نیز ممکن است منجر به بروز بعضی عفونتهای ریوی شوند. ذات الریه ناشی سل فرم بسیار خطرناکی از عفونت ریوی بوده نیاز به درمان زودرس دارد.

● درمان ذات الریه

اگر فردی به ذات الریه مبتلا شد شانس بهبود آن تحت تأثیر شرایط معینی است. اگر فرد جوان باشد، بیماری وی سریع مشخص شده باشد، دفاع بدن وی در برابر بیماری بخوبی عمل کند و عفونت هنوز گسترش پیدا نکرده باشدو فرد فاقد هرگونه بیماری دیگری باشد، شانس بهبود بیماری در وی بیشتر است.

در افراد جوان و سالم، درمان زودرس با آنتی بیوتیک ها، می تواند ذات الریه باکتریایی را درمان نموده، روند بهبود ذات الریه مایکوپلاسمایی را سرعت بخشیده و در درصدی از موارد ذات الریه دیکتزیایی می تواند کمک کننده باشد.

هنوز درمان قطعی برای ذات الریه ویروسی یافت نشده است اگر چه می توان در بعضی از موارد از داروهای ضد ویروسی استفاده نمود. بسیاری از بیماران نیز می توانند در خانه درمان شوند.

دارویی که برای درمان ذات الریه انتخاب می شود بر اساس قضاوت پزشک و ارگانسیم هایی است که سبب بروز ذات الریه شده اند. نیز بعد از آنکه درجه حرارت بدن بیمار به حد طبیعی بازگشت، باز هم داروها باید براساس توصیه های پزشک ادامه پیدا کنند، چرا که امکان دارد ذات الریه مجدداً عود کند . گاهی اوقات امکان دارد عود مجدد بسیار شدیدتر از بیماری اولیه باشد.

در کنار درمانهای آنتی بیوتیکی باید به بیماران درمانهای حمایتی نیز داده شود . گاهی اوقات باید به منظور افزایش اکسیژن خون به بیمار اکسیژن داده شود و در ضمن باید فرد یک رژیم غذایی مناسب نیز داشته باشد. در بعضی موارد نیز باید به بیمار دارو هایی داده شود که درد قفسه سینه را بهبود بخشیده و سرفه های شدید بیمار را آرام سازد.

افراد جوانی که قدرت بدنی خوبی داشته باشند خیلی زود و در عرض یک هفته بعد از بهبودی از ذات الریه زندگی طبیعی خود را باز می یابند. اما در مورد افراد میانسال امکان دارد هفته ها طول بکشد تا فرد نیرو و احساس معمول و طبیعی خود را باز یابد. افرادی که ذات الریه مایکوپلاسمایی داشته اند امکان دارد تا مدتها بعد از بهبودی احساس ضعف و خمودگی داشته باشند.

بصورت کلی نباید افراد را از بازگشت به کار یا انجام فعالیتهای روزمره خود باز داشت اما باید به آنها گوش زد نمود که امکان دارد دچار مشکلاتی در

حین انجام کار خود شوند. استراحت کافی به منظور بازیافت توان مکفی فرد و جلوگیری از عود بیماری بسیار مهم است.

• پیشگیری از ذات الریه امکان پذیر است.

از آنجایی که ذات الریه از جمله عوارض جانبی بیماری آنفولانزا می باشد. لذا پیشگیری از ابتلا به آنفولانزا روش پیشگیری مناسبی جهت عدم ابتلا به ذات الریه است.

امروزه واکسن هایی وجود دارند که می توانند در برابر پنوموکوک که منجر به بروز ذات الریه باکتریایی می شود مقابله کنند. پزشک شما می تواند تصمیم بگیرد که آیا شما یا یکی از اعضای خانواده شما نیاز به واکسن دارند یا خیر ؟ معمولاً این واکسن تنها برای افرادی تجویز میشود. که دارای شانس بالایی جهت ابتلا به این بیماری باشند. بالاترین میزان خطر ذات الریه پنوموکوکی در بین افراد است که:

۱) دارای بیماریهای مزمنی نظیر بیماریهای ریوی، قلبی، کلیوی، کم خونی داسی شکل یا مرض قند می باشند.

۲) از بیماری بسیار شدیدی بهبود یافته اند.

۳) در مراکز نگهداری ویژه زندگی می کنند.

۴) افرادی که سن ۶۵ سال به بالا دارند.

اگر شما در گروه پر خطر هستید در مورد انجام واکسیناسیون حتماً از پزشک خود سؤال کنید.

واکسن تنها یک بار تزریق می شود و از پزشک خود در مورد واکسیناسیون مجدد سؤال کنید. در مورد زنان حامله و کودکان زیر ۲ سال واکسیناسیون توصیه نمی شود.

از آنجائیکه ذات الریه عمولاً به دنبال عفونتهای تنفسی معمولی ایجاد می شود، مهمترین ابزار پیشگیرنده آنست که در صورت تشدید علائم تنفسی یا بیش از چند روز طول کشیدن نشانه ها حتماً آنها را جدی بگیرید. داشتن عادات بهداشتی مناسب، غذا و بهداشت فردی سالم، استراحت کافی و تمرینات بدنی منظم می تواند مقاومت فرد را در برابر اکثر بیماریهای تنفسی افزایش دهد. بعلاوه آنها را در بهبود سریع بعد از بروز بیماری کمک می کند.

• اگر شما دچار علائم ذات الریه شدید

بلافاصله به پزشک خود اطلاع دهید . علیرغم وجود آنتی بیوتیکهای مختلف ، تشخیص زود هنگام و درمان به موقع بسیار مهم است.حتماً به توصیه های پزشک خود عمل کنید. در موارد بسیار شدید امکان دارد پزشک شما توصیه کند که درمان را در بیمارستان انجام دهید. گاهی اوقات نیز امکان دارد درمان در خانه عملی باشد.داروهایی که توسط پزشک شما تجویز شده است تا زمانیکه وی توصیه می نماید مصرف کنید. این امر به جلوگیری از عود مجدد ذات الریه کمک خواهد کرد. همواره به خاطر داشته باشید اگر چه این بیماری بخوبی قابل درمان است اما می تواند بسیار خطرناک باشد. در صورت ابتلا، هیچگاه درمان را به تأخیر نیندازید و بلافاصله آنرا شروع کنید.

منبع : دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234156

vista.ir
Online Classified Service

راههای پیشگیری از آنفلوانزا

آنفلوانزا یک عفونت حاد تنفسی مسری است که عامل آن ویروس های آنفلوانزا است .

شدت بیماری از موارد خفیف تا شدید متغیر است .

آنفلوانزا سالانه حدود تا درصد از افراد جوامع را درگیر می کند.

انتقال ویروس در جامعه سریع است به طوری که بیشترین میزان بروز بیماری در عرض تا هفته از شروع بیماری در جامعه رخ می دهد.

کسانی که در خطر بالای عوارض این بیماری هستند شامل افراد پیرکودکان زنان باردار و بعضی از بیماران خاص می باشند.

● علائم بیماری :

شامل تب احساس سرما سردرد خستگی مفرط سرفه خشک گلودرد آبریزش بینی درد عضلانی سوزش و آبریزش چشم و علائم گوارشی که در کودکان بیشتر دیده می شود مانند تهوع استفراغ و اسهال می باشد سرفه در مبتلایان می تواند برای مدت های طولانی باقی بماند.

● عوارض بیماری :

شامل عفونت ریوی میکروبی و از دست دادن آب بدن و همچنین تشدید بیماری های مزمن مانند نارسائی قلبی آسم و دیابت می باشد.

آنفلوانزا در کودکان ممکن است عفونت ثانویه گوش و سینوس را ایجاد نماید.

● روش انتشار ویروس :

ویروس های آنفلوانزا موجود در قطرات تنفسی از طریق سرفه و عطسه منتشر می شونددر اغلب موارد این انتشار از فرد به فرد و معمولا از طریق تماس دست با آنچه که به ویروس آلوده شده است و سپس تماس دست آلوده با دهان و بینی فرد منتقل می شود.

بزرگسالان ممکن است دیگران را روز قبل از شروع علائم تا روز پس از بروز بیماری مبتلا نمایندکه این امر به این معنی است که شما می توانید فردی را قبل از آنکه بیماری در شما ایجاد شده باشد مبتلا نمائید.

● روش های پیشگیری از آنفلوانزا :

موثرترین روش پیشگیری در آنفلوانزا دریافت واکسن آنفلوانزا در پائیز هر سال می باشد. البته رفتارهای سالم بهداشتی نیز در پیشگیری از آنفلوانزا نقش بسزائی دارد.

و در نهایت داروهای ضدویروسی می تواند جهت پیشگیری از انتشار این بیماری مورد استفاده قرار گیرد.

● واکسن آنفلوانزا :

در حال حاضر در ایران واکسن موجود بصورت تزریقی و تهیه شده از ویروس کشته شده آنفلوانزا می باشداین نوع واکسن برای افراد بالای ماه اعم از افراد سالم و افراد دارای بیماری های مزمن قابل تجویز است .

نوعی دیگر از واکسن آنفلوانزا بصورت اسپری در بازار جهانی عرضه شده است که از ویروس ضعیف شده آنفلوانزا تهیه می گردد و می توان آنرا برای افراد سالم بین ۵ تا ۴۹ سال غیر از زنان باردار تجویز نمود .

تاثیر واکسن پس از دو هفته از زمان دریافت آن و از طریق ایجاد آنتی بادی ضد ویروس آنفلوانزا در بدن ایجاد می شود.

ماه های مهر و آبان بهترین زمان برای دریافت واکسن می باشند که البته در ماههای پس از آن نیز تجویز واکسن بعلت احتمال بروز آنفلوانزا از مهرماه تا اردیبهشت ماه موثر واقع می شود.

چه کسانی باید واکسن دریافت نمایند :

۱) افراد بالای ۶۵ سال

۲) کودکان در سن ۶ ماه تا ۲۳ ماه

● بالغین و کودکان بالای ۲ سال دارای بیماری های زیر :

▪ بیماری های مزمن ریوی (مانند آسم) و قلبی و عروقی

▪ بیماری های مزمن متابولیکی (مانند دیابت ملیتوس)

▪ نارسائی کلیوی

▪ بیماری خونی شدید (هموگلوبینوپاتی ها)

۳) ضعیف سیستم ایمنی (از قبیل ایدز و مواردی که به علت تجویز داروها ایجاد می شود)

۴) افراد دارای سن ۶ ماه تا ۱۸ سال که روزانه آسپیرین مصرف می کنند .

۵) زنانی که در فصول مستعد عفونت با ویروس آنفلوانزا در سه ماهه دوم و سوم حاملگی خواهند بود .

۶) کسانی که کودک زیر ماه نگهداری می کنند .

۷) کارکنان موسسات درمانی که در تماس با بیماران هستند .

۸) در نهایت اعضای خانواده های پرخطر فوق الذکر نیز از گروههای واجد شرایط دریافت واکسن می باشند .

در اکثر موارد واکسن آنفلوانزا عارضه عمده ای ندارد و شایعترین عارضه جانبی این واکسن احساس سوزش در ناحیه تزریق می باشد.

چه کسانی نباید واکسن را دریافت نمایند :

▪ افرادی که حساسیت شدید به تخم مرغ دارند

▪ افرادی که در گذشته واکنش شدیدی به واکسن آنفلوانزا نشان داده اند.

▪ کسانی که در گذشته سابقه بروز سندرم گیلن باره را پس از ۶ هفته از دریافت واکسن آنفلوانزا داشته اند .

▪ کودکان زیر ۶ ماه

▪ بیماران تب دار (این افراد پس از فروکش کردن بیماری می توانند واکسن دریافت نمایند.)

▪ رفتارهای خوب بهداشتی جهت پیشگیری از ابتلا به آنفلوانزا :

▪ در مدت بیماری فاصله خود را با اطرافیان حفظ نمائید.

▪ حتی المقدور در زمان بیماری در منزل اقامت داشته باشید.

▪ در زمان عطسه و سرفه جلوی دهان و بینی خود را با یک دستمال بگیرید.

▪ در طول مدت بیماری به طور مرتب دست های خود را بشوئید.

▪در صورت وجود بیماری در اطرافیان جهت پیشگیری در ابتلا به آنفلوانزا از تماس دست خود با چشم ها و بینی و دهانتان اجتناب نمائید.

منبع : روزنامه جمهوری اسلامی

http://vista.ir/?view=article&id=343359

vista.ir
Online Classified Service

رنج سال‌های وبا

یک روز یکشنبه از ژوئیه سال ۱۸۳۲، جمعیتی وحشت‌زده و نگران از اهالی نیویورک برای شنیدن خبرهای بد بیشتر در پارک شهرداری جمع شدند. همه‌گیری وبا، ناشناخته و شوم و غیرقابل پیش‌بینی، به اوج خود رسیده بود. آنهایی که وسیله‌ای در اختیار داشتند، به بیرون از شهر فرار می‌کردند. روزنامه نیویورک ایونینگ پست در گزارش خویش نوشت: «در تمام جاده‌ها،

به هر طرف، دلیجان‌های پر از آدم، کالسکه‌ها، وسایل نقلیه شخصی و اسب‌سواران، همگی وحشت‌زده و هراسان صف بسته و قطار قطار از شهر می‌گریزند، چنانکه گویی ساکنان پمپی از گدازه‌های سرخی که بر خانه‌هایشان فرو می‌بارد می‌گریزند.» یکی از دستیاران نقاش معروف، اشر دوراند (A.Durand)، به توصیف صحنه نزدیک به مرکز شیوع بیماری پرداخته است. او می‌نویسد: «در اینجا هیچ کاری انجام نمی‌شود البته اگر کارهایی که وبا، پزشکان، تابوت‌سازان و گورکن‌ها انجام می‌دهند را به حساب نیاوریم. شهر به تکاپو درآمده ما اکنون ویران‌ترین و افسرده‌ترین سیمای خویش را نشان می‌دهد اگر قدم‌زنان از خیابان برادوی بالا و پایین بروید، خواهید دید که پرنده هم پر نمی‌زند.»

این همه‌گیری از جمعیت ۲۵۰ هزار نفری شهر، ۳۵۱۵ نفر تلفات به جا گذاشت. مثل آنکه تلفات جمعیت ۸ میلیون نفری کنونی شهر نیویورک از ۱۰۰ هزار نفر هم تجاوز کند. قرار است از ۲۸ ژوئن در نمایشگاهی با عنوان «بلا در شهر! وبا در نیویورک قرن نوزدهم» این دوره وحشتناک در قالب آثار هنری، نقشه‌ها، حساب مرگ و میرها و چیزهای دیگر، در انجمن تاریخ نیویورک یادآوری شود. شیوع این بیماری، آن‌طور که در این نمایشگاه و اسناد و مدارک دیگر تصویر شده، بر آسیب‌پذیری‌های زندگی در شهرهای پرجمعیت در زمانی تاکید می‌کند که وضعیت بهداشت و سیستم تخلیه فاضلاب اسفناک بود و علم پزشکی هنوز نقش میکروب‌ها در ایجاد بیماری را تشخیص نمی‌داد. رشد شهرها از نظر جمعیت سریع‌تر از رشدشان در درک این نکته بود که چه چیزهایی لازم است تا جای مناسب‌تری برای زندگی باشند. این یکی از مشکلات همه شهرهاست که قدمت آن احتمالا به دوره سومری‌های بین‌النهرین بازمی‌گردد.

کنت جکسون (K. Jackson)، استاد تاریخ دانشگاه کلمبیا، اخیرا گفته است که واکنش اولیه به این همه‌گیری، بیش از هر زمان دیگری تقسیمات طبقاتی، نژادی و مذهبی شهر را آشکار ساخت. بیماری از همه شدیدتر دامنگیر محله‌های فقیرنشین، به‌ویژه زاغه‌های معروف به «پنج نقطه» شد که آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار و ایرلندی‌های کاتولیک مهاجر آنجا در گند و کثافت در هم می‌لولیدند. دکتر جکسون که در ضمن سرپرست دانشنامه شهر نیویورک نیز است، می‌گوید «نیویورکی‌های دیگر به این قربانیان به دیده تحقیر می‌نگریستند. اگر وبا می‌گرفتید، تقصیر خودتان بود.»

برخلاف بیشتر شهروندان طبقه بالای جامعه، جان پینتارد (J. Pintard)، از رهبران اجتماعی محترم که بنیانگذار انجمن تاریخ بود، در شهر مصیبت‌زده باقی ماند. نامه‌های او به یکی از دخترانش نیز در نمایشگاه ارائه می‌شود. او با نگرشی که خاص همتایان وی است، می‌نویسد که همه‌گیری «تقریبا منحصر به طبقات پایین افراد کثیف و بی‌بندوبار افراطی است که در سکونتگاه‌های آلوده‌شان مانند خوک روی هم می‌چپند.» در نامه‌ای دیگر قضاوت او حتی از این هم سخت‌گیرانه‌تر است: «آنهایی که بیمار شده‌اند یا باید مداوا شوند یا بمیرند و از آنجا که عمدتا از همین تفاله‌های شهر هستند، هرچه سریع‌تر خلاص شوند ناخوشی نیز زودتر به پایان خواهد رسید.»

دکتر دیوید هو (D. Ho)، زیست‌پزشک دانشگاه راکفلر، به شباهت‌های میان نگاه به وبا و نخستین واکنش‌ها به همه‌گیری جدیدتری اشاره می‌کند که علم را غافلگیر کرد: ایدز. هنگامی که نخستین موارد ایدز در سال ۱۹۸۱ گزارش شد، تقریبا همه قربانیان مردان همجنس‌گرای سفیدپوست بودند که با آنها به عنوان مطرود برخورد شد. دکتر هو، بنیانگذار و مدیرعامل پژوهشگاه ایدز آرون دیاموند، می‌گوید «تکرار تجربه وبا بود. علت بیماری ناشناخته بود و زیرمجموعه‌ای از کل جمعیت را مبتلا می‌ساخت. انگ زدن به قربانیان و بیماری را گناه سبک زندگی آنها دانستن، آسان‌ترین کار بود.»

دانشمندان به سرعت و به شکل موثری وارد عمل شدند تا ویروس عامل ایدز را جداسازی کنند که به هیچ وجه محدود به مردان سفیدپوست نمی‌شود و در کشورهای در حال توسعه و به‌ویژه در آفریقا شایع است. اما در قرن نوزدهم علم و پزشکی خیلی کندتر پیشرفت می‌کرد. تا سال ۱۸۸۳ طول کشید تا کشف شود که باکتری Vibrio cholerae عامل به وجود آورنده این بیماری معده و روده است. اما در سال ۱۸۵۴ وقتی یک پزشک لندنی به نام دکترجان اسنو (J. Snow) به ارتباط میان آب آلوده و وبا پی‌برد، نقطه عطفی در پیشگیری به وجود آمد.

دکتر اسنو با بردن نقاط موارد ابتلا به وبا روی نقشه‌ای از منطقه سوهو در مرکز لندن این ایده را آزمود. این کار نشان داد که بیشتر قربانیان آب مصرفی‌شان را از یک تلمبه عمومی در خیابان براد (که اکنون برادویک نامیده می‌شود) برمی‌دارند. کهنه‌های آلوده یک بچه را در فاضلاب نزدیک چاه انداخته بودند. کتاب جدیدی با عنوان «نقشه اشباح»، نوشته استیون جانسون (S.Johnson)، به بازگویی این کشف می‌پردازد. پژوهش درباره وبا از نخستین کاربردهای نقشه‌برداری در تحقیقات پزشکی بود، تکنیکی که اکنون که کامپیوتر نمایش و تحلیل چنین داده‌هایی را تسهیل می‌کند،

بسیار رایج شده است. تاریخ‌نگاران پزشکی افتخار طرح نظریه میکروبی بیماری‌ها به شکل امروزی آن و پی‌ریزی شالوده‌های همه‌گیرشناسی علمی را به دکتر اسنو منسوب می‌کنند.

به این ترتیب تهدید وبا شهرها را واداشت شروع به پاکسازی مکان‌های آلوده خود کنند. این کار به عمر قربانیان همه‌گیری سال ۱۸۳۲ نیویورک یا همه‌گیری بعدی در سال ۱۸۴۹ قد نداد. در آن زمان جمعیت شهر دوبرابر شده و به ۵۰۰ هزار نفر رسیده بود و تلفات ناشی از وبا به ۵۰۷۱ نفر افزایش یافت. در سال ۱۸۳۲ شهر تا خیابان چهاردهم به طرف شمال توسعه یافته بود. با هجوم مهاجران تازه‌وارد از نواحی پایین‌تر مردم با فشار به طرف بالا رانده می‌شدند. بعضی که پیشتر از شیوع مالاریا و تب زرد جان به در برده بودند، در هوای پاک و زمین باز روستایی به نام گرینویچ پناهگاهی برای خویش می‌جستند. امروره چنانچه در روستای گرینویچ قدم بزنید، با تعدادی خانه آجری کوچک با سنگ قبرهایی روبه‌رو می‌شوید که تاریخ‌شان به اندکی پس از ۱۸۳۲ بازمی‌گردد. شاید اتفاقی نباشد که یک گاریچی به نام جان بلاولت که روی اسکله کار می‌کرد، سال بعد از همه‌گیری وبا، در خیابان دهم غربی (که در آن زمان خیابان آموس نامیده می‌شد) برای خودش خانه ساخت.

نیویورکی‌ها باید شک می‌کردند که بلا در راه است. وبا که در ابتدا به جنوب آسیا محدود می‌شد، انتشار خویش را از سال ۱۸۱۷ آغاز کرده بود و از قرار معلوم از طریق ملوانان آلوده بندر به بندر شیوع می‌یافت. این بیماری در سال ۱۸۳۱ به لندن راه یافت و در ژوئن سال بعد به نیویورک رسید. اما هیچ‌کس آمادگی نداشت، حتی پزشکان. آنها عموما بر این باور بودند که بوی عفن، بخارات مسمومی که از ماده آلی گندیده برمی‌خیزد، بیماری را سرایت می‌دهد؛ ایده‌ای که الهام‌بخش ادبیات مرگ در رم و ونیز شد. وبا در «پنج نقطه» ظاهرا این فرضیه را تایید می‌کرد.

«پنج نقطه» محله‌ای بود که از به هم رسیدن ۵ خیابان در شمال شهرداری و در ناحیه‌ای شکل گرفت که اکنون میدان فالی و محله چینی‌ها در آن واقع است. چارلز دیکنز پس از دیدار از نیویورک، نوشت «هرچه نفرت‌انگیز، افسرده و رو به تباهی است، اینجاست.» فیلم «دار و دسته نیویورکی‌ها»، ساخته مارتین اسکورسیزی، زندگی پست و کثیف آنجا در قرن نوزدهم هنگامی که هنوز چاه فاضلاب شهر بود را به تصویر می‌کشد. از جمله دیدنی‌های این نمایشگاه تصاویری است از بی‌سروپاها، تبهکارها و قماربازها، خوک‌ها و سگ‌های ولگردی که ساکن خیابان‌های مملو از گل و لای و پهن بودند. خوک‌ها دست‌کم به عنوان آشغال‌جمع‌کن و منبع غذا فایده‌ای داشتند.

برای قربانیان، شروع وبا ناگهانی بود: یک حمله اسهال و استفراغ، سپس شکم‌درد و آنگاه تشنج شدید که نشان‌دهنده از کار افتادن دستگاه گردش خون است. با اینکه داروی موثری در دست نبود اما باز برخی از بیماری جان سالم به در می‌بردند. آگهی‌های دیواری به جا مانده از آن زمان به توصیف درمان‌های توصیه‌شده می‌پردازد، ازجمله لادانوم (مورفین)، کالومل (جیوه) به عنوان مسهل اجباری و کافور به عنوان یک داروی بی‌حسی. مصرف مقدار زیاد این داورها گاهی بیش از آنکه فایده داشته باشد ضرر داشت. مرهم‌هایی از جنس خردل، فلفل قرمز و سرکه تند هم به کار برده می‌شد، و نیز شیاف تریاک و تنقیه تنباکو.

بسیاری از بیماران، یعنی تقریبا نیمی از موارد در هر بیمارستان، ظرف یک روز پس از پذیرش می‌مردند. پس از آنکه بیمارستان‌های خصوصی به تدریج از پذیرش بیماران سر باززدند، در مدرسه‌ها و دیگر ساختمان‌های شهر بیمارستان‌های عمومی اورژانس راه‌اندازی شد. یکی از این بیمارستان‌ها در خیابان ریوینگتون، بخشی از این بار را به دوش کشید و طرح‌هایی از چهره بیماران آنکه در سکرات موت درهم کشیده و از شکل افتاده است، از بالای دیوارهای نمایشگاه به پایین می‌نگرند. در تقابل آشکار، اشر دوراند که با خانواده‌اش به خانه ییلاقی‌شان در نیوجرسی گریخته بود، فرزندانش را نقاشی می‌کرد که در یک باغ آفتابی شادمانه سیب می‌خوردند. این پرده نقاشی بهشتی، با چند گام، و یک دنیا، فاصله از صحنه‌های تکان‌دهنده «پنج نقطه» از دیوار آویخته است.

در حالی که بسیاری از پروتستان‌های شهر در فاصله امنی از همه‌گیری دور بودند، کاتولیک‌های شهر که بسیاری از آنها مهاجران فقیر و عمدتا ایرلندی بودند، چاره‌ای جز ماندن نداشتند. راهبه‌ها و کشیش‌هایشان نیز ماندند تا شاید مایه دلداری و منشا کمکی باشند و به این ترتیب به عنوان تک قهرمانان روز سخت امتحان شناخته شدند. استفن ادیدین، گرداننده این نمایشگاه به همراه جوزف دیتا، می‌گوید «خواهران خیریه قهرمانانه خدمت کردند و بسیاری از آنها در این راه جان باختند. در نتیجه این، از احساسات کاتولیک ستیزانه مقداری کاسته شد و روحانیون کاتولیک که جان خویش را در این همه‌گیری به خطر انداخته بودند از نو احترامی کسب کردند. البته این احساسات دیری نپایید.»

با وجود همه‌گیری‌های سال ۳۲ و سال ۴۹، مردم همچنان به سوی نیویورک و دیگر شهرهای پرازدحام سرازیر می‌شدند. اما نخستین شیوع وبا موجب شد سیستم آبراه کروتون برای آوردن آب پاکیزه شمال ایالت به شهر ساخته شود، پروژه‌ای که با اتمام آن در سال ۱۸۴۲ چاه‌های خصوصی و محلات که اغلب آلوده به فاضلاب انسانی و حیوانی بودند، به تدریج تعطیل شدند. در سال ۱۸۴۹، شهرداری وقت بیش از ۲۰ هزار خوک را به

خارج از محدوده شهری تبعید کرد. در سال‌های گذشته تلاش برای انجام همین کار به شورش انجامیده بود، اما این بار گوشمالی همه‌گیری جماعت را به اطاعت واداشت.

سرانجام پس از کارهای دکتر اسنو در لندن و یک شیوع محدودتر وبا در نیویورک در سال ۱۸۶۶، هیات بهداشت کلان‌شهر با حضور پزشکانی در نقش فرمانده و با اختیارات وسیع به منظور پاکسازی شهر ایجاد شد. بازرسان به خانه‌ها سرکشی می‌کردند و لباس‌های افراد تازه مرده را می‌سوزاندند. آنها آلودگی‌ها را پاک می‌کردند، آهک می‌پاشیدند و اصول بهداشتی صحیح را به بازماندگان می‌آموختند. شهرها آموخته بودند یا ناگزیر از آموختن این نکته بودند که مسوولیت پیشگیری و کنترل همه‌گیری‌ها به عنوان یکی از پیامدهای شهرنشینی با آنهاست. هنوز هرجا که آب آشامیدنی آلوده باشد، تهدید وبا جدی است. اما همان‌طور که دکتر هو می‌گوید دیگر دلیلی ندارد کسی در اثر ابتلا به وبا بمیرد، به شرط آنکه برای تجدید قوای از دست رفته بدن رنجور خود، بی‌درنگ و به طرز صحیح با مایعات فراوان درمان شود.

منبع : روزنامه کارگزاران

http://vista.ir/?view=article&id=309549

vista.ir
Online Classified Service

روتا ویروس؛ این نام را به خاطر بسپارید

این ویروس موذی هر سال جان ۷۰۰ هزار کودك را در کشورهای جهان سوم می‌گیرد.حدود ۳۵ سال پیش، پزشکان راجع به علت‌های اسهال – اسهالی که سالانه جان حدود ۳ میلیون کودك را در جهان می‌گیرد – خیلی کم می‌دانستند.

آنها فقط می‌دانستند که باکتریها و انگل‌ها متهمان احتمالی و عامل تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد کل موارد اسهال هستند، اما اینکه دقیقاً کدام ویروس‌ها متهمند، معلوم نبود. تا اینکه محققان در سال ۱۹۷۲ بالاخره توانستند اولین ویروس عامل اسهال را شناسایی کنند.

یك سال بعد محققان استرالیایی ویروس دیگری را کشف کردند و دریافتند که عامل اسهال‌های شدید کودکان است و چون شکل کروی و چرخ مانندی داشت آن را روتا ویروس نامیدند.

این ویروس قاتل، که شاید تا به حال اسمش را هم نشنیده باشید، بیشتر از وبا آدم می‌کشد. این ویروس به تنهایی عامل اغلب مرگ‌های کودکان زیر دو سال در اثر اسهال است که تقریباً ۱۳۰ میلیون کودك در جهان را در معرض خطر قرار می‌دهد. روتا ویروس سالانه بیش از ۶۰۰ هزار کودك را می‌کشد!

این آمار تخمینی در کل جهان است، اما فقط در آمریکا این بیماری معمولاً ۳ میلیون نفر از کودکان زیر ۲ سال را مبتلا کرده و عامل نیمی از بستری‌های کودکان به دلیل اسهال است. علائم این بیماری یعنی اسهال و استفراغ‌های مکرر به سرعت پیشرفت می‌کند، به طوری که اگر درمان نشود ممکن است در اثر از دست رفتن آب بدن، جان کودك را بگیرد. باورتان می‌شود؟ حتی در این دنیای پیشرفته هم اسهال می‌تواند آدم را بکشد!

البته به تازگی دانشمندان واکسنی خوراکی تهیه کرده‌اند که بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، می‌تواند آمار مرگ کودکان در اثر اسهال را تا ۳۰ درصد کم کند. یعنی این واکسن می‌تواند سالانه جان یك میلیون کودك را نجات دهد؛ حالا بگذریم از کاهش هزینه‌هایی که بر سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌شود.

بد نیست بدانید هزینه‌های بستری و درمان کودکان مبتلا به این ویروس در آمریکا سالانه ۵۰۰ میلیون دلار برآورد شده است، تازه آمریکا آمار ابتلای کمتری نسبت به کشورهای درحال توسعه دارد!

کودك بد اقبالی که مبتلا به این ویروس شده ممکن است حتی ۲۰ بار در روز دچار حمله اسهال و استفراغ شود. شاید به همین علت است که اسهال روتا ویروسی، اضطراب و پریشانی واضحی در کودك و خانواده‌اش ایجاد می‌کند. اگر چه اغلب مردم (حدود ۸۴ درصد) چیزی راجع به این گونه از اسهال نشنیده‌اند اما اغلب بچه‌ها تا ۵ سالگی دست کم یکبار این عفونت را تجربه می‌کنند.

اسهال روتا ویروسی خیلی شایع است و در بهار و زمستان بیشتر هم می‌شود. علایم آن به صورت تب (که ممکن است دو سه روز طول بکشد)، اسهال آبکی و استفراغی که معمولاً با درد شدید شکم همراه است، خود را نشان می‌دهد. حتی ممکن است کودك مبتلا، سرفه و آبریزش بینی هم داشته باشد.

با این حال گاهی هم هیچ علامتی از خود نشان نمی‌دهد، بخصوص در بزرگترها! گاهی از دست رفتن آب بدن به قدری شدید است که کودك را دچار تشنگی، تحریك‌پذیری، چشمان گود رفته، خشکی دهان و زبان، خشکی پوست و کم شدن ادرار می‌کند. به طوری که ساعتها پوشك بچه خشك باقی می‌ماند. اگر نگران‌تان نمی‌کند بد نیست بدانید کم آبی شدید بدن حتی ممکن است منجر به التهاب کشنده مغز شود.

- ویروسی با بدجنسی اضافه

اسهال ویروسی به شدت مسری است، چرا که ویروس عامل آن می‌تواند هفته‌ها در آب، تا ۴ ساعت روی پوست و حتی ممکن است به صورت معلق در هوا یا روی وسایل باقی بماند تا وقتی که شرایط انتقالش به بدن فراهم شود. روتا ویروس از طریق غذا یا آب آلوده به مدفوع (قبل و بعد از شروع علایم) از فرد آلوده به سالم منتقل می‌شود. فکر کنید تنها کافی است کودك دست خود را در دهانش کند، دستی که با اسباب بازی آلوده تماس داشته و آن وقت است که به همین راحتی مبتلا می‌شود.

معمولاً وقتی این اتفاق می‌افتد که کودك فراموش می‌کند دست‌های خود را قبل از غذا خوردن و بعد از رفتن به توالت بشوید. گاهی هم مراقبین کودك فراموش می‌کنند که بعد از تعویض پوشك بچه‌ها دست‌های خود را بشویند و همین بی‌توجهی کودك را بیمار می‌کند.

- پیشگیری بهتر از درمان

شستن مرتب دست‌ها – که این همه شما را به آن توصیه می‌کنیم – بهترین راه برای پیشگیری از انتقال این بیماری به دیگران است. کودکان مبتلا باید در خانه مانده و استراحت کنند تا اسهال شان کاملاً خوب شود وگرنه ممکن است کودکان دیگر هم در مهد کودك بیمار شوند.

با وجود رعایت تمام این نکات بهداشتی باز هم احتمال ابتلای کودك به این ویروس وجود دارد چون روتا ویروس می‌تواند مدت‌های طولانی در محیط زنده بماند. جالب است بدانید محققان متوجه شدند کودکانی که برای چندمین بار به این بیماری مبتلا می‌شوند، نوع خفیف‌تر بیماری را تجربه می‌کنند. به همین علت هم به فکر تهیه واکسن برای پیشگیری از این نوع اسهال، افتادند.

خوشبختانه این فکر هم به نتیجه رسید و واکسن از آزمایشات سربلند بیرون آمد. البته دانشمندان هنوز مشغولند تا واکسنی ارزان‌تر و با پوشش بهتری ارائه کنند، اما انجمن بیماری‌های کودکان در آمریکا توصیه می‌کند شیرخواران در سنین ۲، ۴ و ۶ ماهگی ۳ دوز واکسن خوراکی روتا ویروس را دریافت کنند. این واکسن که Rota Teq نام دارد می‌تواند تا ۷۵ درصد جلوی این عفونت را گرفته و تا ۹۸ درصد از نوع شدید بیماری کم کند. به همین علت مسئولان بهداشتی انگلستان هم آن را به عنوان برنامه واکسیناسیون کشوری توصیه کرده‌اند.

- دوستی خاله خرسه

بدون شك وقتی کودکی دچار چنین اسهالی بخصوص از نوع شدیدش- که ممکن است به ۲۰ بار در روز برسد- می‌شود، والدین نگران شده و می‌خواهند بیشترین تلاش را برای بهبودی او بکار بگیرند. اما متأسفانه گاهی به دلیل بی‌اطلاعی اقداماتی می‌کنند که به ضرر کودك تمام می‌شود. مثلاً مادر نباید از دادن شیر خود به کودك اسهالی خودداری کند. شیر مادر برای کودك اسهالی مانند دارو عمل می‌کند.

بهتر است به این نکته توجه داشته باشید که اسهال اگر چه علامت بیماری است اما یك موهبت است که باعث دفع عامل عفونت از بدن می‌شود. بنابر این در زمان اسهال شدید بهترین راه برای نجات کودك این نیست که داروهای بند آورنده اسهال – آن هم سر خود – به او بدهید.

بلکه درست این است که آنقدر مایعات به او بخورانید که کم آبی بدنش جبران شود. خوشبختانه محلول‌های آماده او- آر- اس (که بهترین درمان برای اسهال است) در تمام داروخانه‌ها بدون نسخه در دسترس است.

اگر هم نمی‌تواند چیزی بخورد و زیاد استفراغ می‌کند، ابتدا حجم کمتری از مایعات را در فواصل کم به او بدهید. اگر باز هم نتوانست آن را تحمل کند، طبق توصیه پزشك از راه تزریق سرم کمبود آب بدن جبران می‌شود.

تنها لازم است که شما متوجه بوده و کودك را سریع نزد پزشك ببرید. بد نیست دوباره تاکید کنیم که تنها درمان شناخته شده برای روتاویروس در حال حاضر، تأمین آب و املاح از دست رفته بدن است و آنتی‌بیوتیك‌ها هیچ نقشی در درمان این بیماری ندارند. پس، از دادن آنتی بیوتیك بدون اطلاع پزشك خود داری کنید. بهتر است بدانید اگر پزشك لازم بداند برای افتراق این اسهال از اسهال‌های میکربی و انگلی، آزمایش کشت مدفوع از کودك می‌گیرد؛ مصرف آنتی بیوتیك ممکن است نتیجه آزمایش راهم مخدوش کند.

منبع : روزنامه همشهری

http://vista.ir/?view=article&id=269283

vista.ir
Online Classified Service

زخم های عسلی

جراحت زخم یکی از دردناك‌ترین تجربه‌های زندگی هر انسانی است البته این موضوع به میزان عمق و وسعت زخمها بستگی دارد. خوشبختانه بسیاری از زخمها در داخل بدن، خود به خود خوب می شوند اما درصورتی که عمیق باشند و یا بر اثر بریدگی، سوختگی و یا بستری شدن‌های طولانی ایجاد شوند، باید از ترکیبات ترمیم کننده در بهبود آنها استفاده کرد.

شاید شما هم این خبر را شنیده باشید که در یکی از مقاله‌های ارائه شده در ششمین همایش جراحی، بیهوشی و رادیولوژی ایران نتایج یك پژوهش نشان داده است، استفاده از شکر در درمان زخمهای باز تاثیر مثبتی بر التیام آنها دارد .

حتماً می‌پرسید که این قضیه چه‌طور می‌تواند صحت داشته باشد؟ باید بگوییم که پژوهشگران در این مقاله عنوان کرده‌اند که شکر از طریق عمل اسموتیك موجب باکتری‌کشی و فراخوانی مهاجرت ماکروفاژها به سمت زخم میشود. به علاوه، کاهش التهاب زخم، پاکسازی آن و سرعت در بهبود از مزایایی است که استفاده از شکر در درمان زخمها به همراه دارد. در ضمن آنها گفته اند که با استفاده از شکر، دیگر نیازی به استریل کردن زخم نیست و از دیگر مزایای این روش، در دسترس بودن این ماده است اما این موضوع به تحقیقات بیشتری نیازمند است . حال بیایید ببینیم که زخمها در چه صورتی دردسرساز می‌شوند و ما به شکر و عسل نیازمند می‌شویم.

یکی از رایج ترین این نوع زخمها، زخمهای بستر است که در افراد فلج و یا بیماران بستری در ICU که کمتر جابه‌جایی در آنها وجود دارد، دیده می‌شود. اغلب به دنبال فشاری که بر اثر خوابیدن در یك سمت از بدن به عضلات وارد می‌شود و مانع از رسیدن خون به این نواحی می شود، این

زخم‌های تخریب کننده به وجود می‌آیند. این زخم‌ها ابتدا با سیاه شدن نواحی همراه بوده و سپس بر اثر ورود میکروارگانیسم‌ها، عفونت کرده و بزرگ و بزرگ تر می شوند. در بیشتر موارد ورود عوامل عفونت زا، تخریب بافت را بیشتر می کند.

اگر بپرسید که کدام یك از میگروارگانیسم‌ها عامل این عارضه هستند، باید بگوییم که دسته بی هوازی‌ها در این امر نقش به سزایی دارند. این ارگانیسم‌ها بوی بدی را تولید می کنند که اغلب به دلیل انتشار گاز متان و سولفید هیدروژن است. این زخم‌ها اغلب کثیف بوده و ترشحات چرکی دارند و بافت تقریباً نکروزه می شود. در بسیاری از این موارد، وقتی این بافت‌ها ایجاد می شوند، افراد مصرف آنتی‌بیوتیك را به هم توصیه می‌کنند در حالی که به این بافت‌ها اصلاً خونی نمی رسد که در این میان بخواهیم با استفاده از آنتی بیوتیك که باید از طریق خون به نقاط مملو از عفونت برسد، آن را درمان کنیم.

به این دلیل است که جراحی و برداشتن این نوع بافت‌ها، اولین توصیه متخصصان امروز است. این زخم‌ها حتی بعد از جراحی نیز بسیار دردناك هستند. به این دلیل این روزها علم پزشکی روش جدیدی را برای تسریع بهبود روند ترمیم بافت‌ها توصیه می کند یعنی استفاده از عسل. آنها معتقدند که عسل به دلیل غلظت و اسمولاریته بالایی که دارد موجب خشك شدن زخم و کاهش آب موجود در بافت مجروح می شود و به این ترتیب زخم سریع تر التیام می یابد.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=248176

vista.ir
Online Classified Service

زمستان فصل سرماخوردگی

سرماخوردگی بیماری است که با مجموعه علائم جزئی همراه بوده و خصوصیت معمول آن در اکثر موارد عفونت های ویروسی و بهبود خود به خود بیماری طی چند روز است. اما آیا واقعاً می توان به کمک روش ها و اصول طبیعی و بدون مراجعه به پزشک از شر آن خلاص شد؟

● درمان های طبیعی ضدسرماخوردگی

از آنجا که سرماخوردگی به طور طبیعی بعد از چند روز درمان می شود، لازم نیست با اولین سرفه یا شروع آب ریزش بینی به سمت داروخانه بدوید و با کوله باری قرص، کپسول، شربت و... به جنگ با بیماری بشتابید. این داروها نه تنها بی فایده اند بلکه گاه حتی خطرناک هستند. عطسه، گرفتگی بینی، سرفه، گلو درد، خستگی، تب خفیف، درد ماهیچه ها و سردرد را می توانید با روش های طبیعی درمان کنید.

▪ رعایت بهداشت: دست ها را مرتباً و خصوصاً پس از تمیز کردن بینی با آب ولرم و صابون بشویید. در مدت بیماری مراقب باشید که میکروب ها را به اطرافیان خود منتقل نکنید. همچنین از دست زدن به بینی و چشم ها نیز خودداری کنید.

▪ نوشیدن زیاد مایعات: گرچه آب بهترین نوشیدنی است اما از آب میوه ها و جوشانده ها نیز غافل نشوید. هدف از این امر تامین رطوبت بدن به منظور سیال کردن مخاط بینی و گلو و همچنین کمک به دفع آنهاست. مسلماً در زمان تب باید بیش از مقدار معمول مایعات میل شود. مزیت نوشیدنی های گرم مانند چای تسکین دردهای گلو و تورم بینی است.

مخاط های بینی را به کمک بخور سرم های درمانی یا آب دریا مرطوب کنید.

سیگار نکشید. تنفس دود سیگار دیگران نیز می تواند سرماخوردگی را تشدید کند.

تا حدی که می توانید استراحت کنید و بخوابید.

برای درمان تب داروهای مسکن و ضدتب مصرف کنید.

مرتباً توجه داشته باشید که هوای منزل، محل کار و خصوصاً اتاقتان مرطوب باشد. اگر لازم است ظرف آبی را روی بخاری یا شوفاژ بگذارید.

● چه موقع باید به پزشک مراجعه کرد؟

به ندرت پیش می آید که برای درمان سرماخوردگی لازم باشد به پزشک مراجعه کرد. اما گاه با بروز علائم زیر این موضوع امری غیرقابل اجتناب است:

▪ سرماخوردگی بیش از ۱۰ روز طول بکشد.

▪ دچار دردگوش یا ریزش آب یا چرک از گوش شوید.

▪ درد شدید در صورت یا پیشانی احساس شود.

▪ تب بیشتر از۳۹ درجه باشد.

▪ سرفه طولانی شود و بهبود نیابد.

▪ تنفس با صدای صفیری و سوت مانند همراه باشد.

▪ بیمار ناراحت و متاثر است و فعالیت های روزانه وی کاهش یافته است.

▪ علائم سرماخوردگی شبیه به گریپ باشد.

● اگر بیماری گریپ باشد...؟

اگر بیماری گریپ تشخیص داده شود یک ویژگی را می توان برشمرد: علائم بیماری بسیار شدید و سخت است. به علاوه تب بالا همراه با احساس درد عمومی و ضعف کلی بروز می کند.

در این شرایط باید خیلی زود طی ۱۲ تا ۲۴ ساعت و حداکثر تا ۴۸ ساعت از شروع بیماری به پزشک مراجعه کنید. همچنین از فایده درمان های ضدویروسی غافل نشوید چرا که از پیشرفت بیماری پیشگیری و علائم را تا حد زیادی بهبود می بخشد.

● اهمیت ویتامین ث در فصل زمستان

همان طور که با شروع فصل سرما به فکر لباس های پشمی و گرم می افتید، باید به همان اندازه به مصرف ویتامین ث نیز اهمیت دهید. ویتامین ث تاثیر مثبتی روی سیستم ایمنی بدن دارد و مقاومت بدن را در برابر عفونت ها که در فصل زمستان بیشتر می شود، بالا می برد. همچنین این ویتامین حاوی آنتی اکسیدان هاست. آنتی اکسیدان ها از افزایش رادیکال های آزاد که مهم ترین عامل پیری هستند، جلوگیری می کنند. یکی دیگر از فواید ویتامین ث، دخالت در روند تولید کلاژن در پوست و عنصری مهم در بهبود زخم ها و جراحت هاست. به علاوه ویتامین ث جذب آهن و کلیسم گیاهی را تسریع می کند.

کمبود ویتامین ث موجب به وجود آمدن احساس خستگی، از دست دادن اشتها و کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت ها و در نتیجه بیماری اسکوربوت می شود. این بیماری قرن ها پیش خصوصاً در بین دریانوردان که نمی توانستند ماهها سبزیجات تازه بخورند، بسیار رایج بود. هر شخص بزرگسال روزانه به ۱۱۰ میلی گرم ویتامین نیاز دارد که این مقدار در مورد برخی افراد مانند کسانی که بیش از ۱۰ عدد در روز سیگار می کشند، بیشتر است.

مسلما با نزدیک شدن فصل زمستان مصرف کافی این ویتامین می تواند محافظی در برابر عفونت های رایج این فصل باشد. اما آیا مصرف ویتامین ث می تواند یک روش معجزه آسا باشد؟ مطمئناً چنین نیست. هنوز به طور دقیق ثابت نشده است که ویتامین ث مانع از بروز سرماخوردگی می شود یا به طور کامل موجب بهبود بیماری می شود. با این حال واضح است که این ویتامین علائم بیماری و همچنین طول مدت بیماری را کاهش

می دهد.

با همه توضیحاتی که در مورد فواید ویتامین ث داده شد، اما زیاده روی در مصرف این ویتامین به هیچ وجه توصیه نمی شود. مصرف بیش از حد این ویتامین در طولانی مدت، باعث بیماری سنگ کلیه در افراد حساس می شود. از طرف دیگر، این زیاده روی همچنین مشکلات دیگری خصوصاً ناراحتی های گوارشی مانند تهوع، استفراغ و دردهای عضلانی شکم را در پی دارد. برخی از تحقیقات پزشکی مؤید این مطلب است که مصرف بیش از ۵۰۰ میلی گرم ویتامین ث در روز نه تنها خاصیت آنتی اکسیدانی برای بدن ندارد بلکه می تواند عامل مساعدی برای عملکرد رادیکال های آزاد باشد.

کیوی، انواع فلفل، توت فرنگی، جعفری، کلم ها و... خوراکی های سرشار از ویتامین ث هستند. همچنین نباید مرکبات (نارنگی، پرتقال، گریپ فوروت و لیمو) را فراموش کرد که منبع بسیار غنی این ویتامین به حساب می آیند و از آنجا که پوست ضخیمی دارند ویتامین ث موجود در آنها مدت زیادی حفظ می شود.

نکته دیگری که در مورد ویتامین ث باید یادآور شد این است که این ویتامین در برابر نور، گرما (طبخ شدن) و اکسیژن هوا بسیار حساس است و به راحتی خواص خود را از دست می دهد. به همین دلیل توصیه می شود که میوه ها و سبزیجات، خام و درست قبل از خوردن پوست گرفته شود.

منبع : روزنامه کیهان

http://vista.ir/?view=article&id=354168

vista.ir
Online Classified Service

زونا، دنباله آبله مرغان

تا به امروز کسی را که به زونا مبتلا شده و از درد زیاد به خود می‌پیچد، دیده‌اید؟ خیلی وقت‌ها این بیماری درد فراوانی را در یك ناحیه از بدن ایجاد می‌کند، بدون آن‌که علامت ظاهری داشته باشد. به این دلیل، وقتی بیمار به پزشك مراجعه می‌کند، آنها به جای آنکه به زونا شك کنند، به آن ناحیه دردناك، بیماری خاصی را نسبت داده و دارویی را تجویز می‌کنند و چون درد همچنان وجود دارد بیمار نزد طبیب دیگری می‌رود و این سیکل همچنان ادامه دارد تا اینکه روزها طی شده و تاول‌ها ظاهر شوند.

از این روز به بعد دیگر نزد هر پزشکی برود به راحتی زونا تشخیص داده می‌شود که اگر به موقع درمان نشود، می‌تواند عوارض بدی را باقی بگذارد.

بر خلاف بسیاری از تصورات غلط که در میان مردم رواج یافته است درباره این بیماری تقریباً تمامی‌تصورات صحیح است و اینکه این بیماری از خانواده آبله مرغان بوده، کاملاً صحت دارد. بهتر است این طور آغاز کنیم که زونا بر اثر ویروسی به نام واریسلا در بدن ایجاد می شود.

این ویروس می‌تواند (البته اگر بیمار کودك باشد) برای اولین بار پس از ورود، بیماری آبله مرغان را ایجاد کند که در این روزها بسیار هم شایع شده و سپس در شاخه خلفی نخاع باقی مانده و در صورت ضعف در سیستم ایمنی بدن (البته در سنین بالا) فعال شده و بر این بار دیگر به زونا تبدیل

می‌شود.

همان طور که می‌دانید آبله مرغان به سرعت می‌تواند از فردی به فرد دیگر انتقال پیدا کند، زیرا تنفس، راه انتقال این بیماری است. اما زونا به راحتی به سایر افراد منتقل نمی‌شود، مگر اینکه آبی که در هر تاول وجود دارد با فرد سالم تماس یافته و به این ترتیب ممکن است او را نیز مبتلا کند. این بیماری اغلب در سنین بالای ۵۰ سال دیده می‌شود.

علایم آن به صورت درد فراوان در یك ناحیه از بدن است که اغلب در سینه و کمر بوده و دو تا سه روز بعد در همان نواحی تاول‌هایی نیز زده می‌شود که به محض دیده شدن این تاول‌ها باید افراد به پزشك مراجعه کنند تا درمان آغاز شود. افراد تا ۷۲ ساعت بعد ازدیدن این تاول‌ها فرصت دارند که نزد پزشك بروند، در غیر این صورت بیماری خودبخود بهبود پیدا می‌کند اما ممکن است عوارضی را نیز بر جای بگذارد که یکی از آنها تخریب رشته عصبی و دیگری دردهای آزاردهنده‌ای است که می‌تواند تا یك سال نیز بدون تأثیر هیچ نوع مسکنی فرد را به خود مشغول سازد.

از آنجا که این تاول‌ها در امتداد یك رشته عصبی ایجاد می‌شوند، اغلب یك طرف از بدن را درگیر کرده و به شکل خطی در پوست ظاهر می‌شوند و می‌توانند هر ناحیه‌ای از بدن را درگیر خود سازند (مانند چشم، گوش و حتی گردن) اما شایع ترین ناحیه همان سینه و کمر است.

همان طور که گفته شد آب تاول‌هایی که در اثر زونا ایجاد می‌شوند به شدت آلوده کننده هستند، بنابراین توصیه می‌شود سایر اعضای خانواده بیمار به هیچ عنوان به این تاول‌ها دست نزده و حتی لباس‌های بیمار به طور جداگانه‌ای شستشو داده شوند و هرگز از حوله و لباس بیمار تا زمانی که بهبودی کامل حاصل نشده است، استفاده نشود.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=251320

vista.ir
Online Classified Service

سالك

● سالك چیست؟

سالك یك بیماری عفونی است که به‌وسیله گروهی از انگل‌های تاژکدار به‌نام «لشمانیا» ایجاد می‌شود. این بیماری علائم گوناگونی دارد و تظاهرات بالینی و عواقب بهداشتی مختلفی ایجاد می‌کند. سه نوع یا فرم بالینی از این بیماری وجود دارد که در ایران دو فرم آن به نام‌های جلدی (یا پوستی) و احشایی (که نام دیگرش «کالاآزار» است) گزارش شده‌اند و فرم سوم که شکل جلدی ـ مخاطی بیماری است، گزارش نشده است.

ممکن است کمی در مورد بیماری‌هایی که نام بردید، توضیح بدهید؟

شکل جلدی یا پوستی بیماری از یك زخم یا برجستگی قرمزرنگ در محل گزش پشه خاکی شروع می‌شود که معمولا بدون درد است و خارش مختصری دارد. بعد از چند هفته ضایعه بزرگ‌تر و هاله قرمز دور آن بیشتر و سفت می‌شود. سپس این ضایعات به‌صورت زخمی باز درمی‌آید که حدود مشخص و حاشیه‌ای نامنظم و برجسته دارد و روی آن را دلمه‌ای کثیف و قهوه‌ای رنگ می‌پوشاند. اگر این دلمه کنده شود، کف زخم که فرو رفته است، نمایان می‌شود. ضایعه در این مرحله بی‌درد و گاهی دارای خارش خفیف است. بهبودی ضایعه از مرکز آن اتفاق می‌افتد. بهبودی کامل

معمولا بیش از ۶ تا ۱۲ ماه طول می‌کشد و پس از این مدت اثر ضایعه به‌صورت فرورفتگی با حدود مشخص و غیرمنظم برجا می‌ماند.

اما تظاهرات سالك احشایی به شکل تب نامنظم و مواج تا ۴۰ درجه همراه با بیقراری، درد ناحیه طحال (در سمت چپ و بالای شکم)، سرفه و کاهش وزن است. به‌علاوه بزرگی کبد و طحال، کم‌خونی و ورم دست و پاها نیز ایجاد می‌شود.

ـ سالك چطور منتقل می‌شود؟

همانطور که پیش‌تر ذکر شد این بیماری به‌وسیله گزش پشه خاکی از فرد یا حیوان مبتلا به فرد سالم منتقل و باعث ابتلای وی می‌شود. سالك از فرد به فرد منتقل نمی‌شود ولی در تمام مدتی که انگل در زخم فرد مبتلا وجود دارد، به پشه خاکی منتقل می‌شود.

ـ این بیماری در کدام مناطق کشورمان بیشتر وجود دارد؟

بیماری سالك در بسیاری از مناطق جهان وجود دارد. در آفریقا، آمریکای لاتین، آسیای مرکزی و جنوبی، خاورمیانه و نیز مدیترانه شرقی. این بیماری جزو بیماری‌های شایع است. اتفاقا کشور ما ایران جزو مناطق شایع برای عفونت سالك است. براساس آمارهای کشوری، در ایران استان‌های سمنان و یزد جزو استان‌های با آلودگی خیلی شدید و استان‌های خراسان، شیراز و اصفهان جزو استان‌های با آلودگی شدید به حساب می‌آیند. پس همان‌طور که مشخص است این بیماری در مناطق کویری و خشك ایران بیشتر دیده می‌شود.

ـ پس اگر کسی به‌دنبال گزش پشه زخمی پیدا کند که بهبود آن طول بکشد یعنی حتما مبتلا به سالك است؟

این جمله کاملا قطعیت ندارد، بلکه می‌توان اینطور گفت که اگر کسی در یك منطقه یا محل شایع برای یك بیماری، دچار زخم پوستی در نقاط باز بدنش شود که بیش از ۱۰ روز طول بکشد، مشکوك به ابتلا به سالك است و همکاران ما در بیمارستان‌ها یا مراکز بهداشتی ـ درمانی، تشخیص سالك را با توجه به نتایج آزمایش فرد، رد یا تایید می‌کنند.

ـ آیا سالك درمان هم دارد؟

بله، در بسیاری از موارد سالك خودبه‌خود خوب و محدود می‌شود. به‌علاوه موارد شدید آن نیز با تجویز دارو قابل درمان است.

ـ راه‌های جلوگیری از ابتلا به سالك چیست؟

▪ به‌طور کلی می‌توان اقداماتی را به‌شرح زیر ذکر کرد:

ـ سم‌پاشی برای از بین بردن پشه خاکی

ـ نصب توری، دفع صحیح زباله و کود حیوانی (که محل تکثیر پشه است)

ـ نوسازی اماکن مسکونی و تخریب اماکن متروکه

ـ آموزش جامعه برای رعایت اصول بهداشتی و بیماریابی و درمان صحیح بیماران مبتلا.

ـ البته در حال حاضر امید این وجود دارد که با تولید واکسن این بیماری راه پیشگیری بسیار ساده و موثرتر شود.

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=265934

vista.ir
Online Classified Service

سپری برای حمله ۲۰۰ ویروس عصبانی آماده کنید

هرساله بیماری آنفلوآنزا، از اواخر شهریور تا پایان زمستان در کشور شیوع می یابد و به بحث روز محافل پزشکی و بهداشتی تبدیل می شود. آنفلوآنزا

بیماری است که همه گیری آن می تواند افراد را از فعالیت های اجتماعی و شغلی بازداشته و از نظر فردی و اقتصادی، خساراتی وارد آورد. درباره این بیماری، تفاوت های آن با سرماخوردگی معمولی و راه های پیشگیری و درمان آن با دکتر افشین محمدعلیزاده، استادیار دانشگاه و متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری و مدیر گروه بیماری های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گفت وگو کرده ایم.

آقای دکتر! در ابتدا درباره عفونت های دستگاه تنفسی فوقانی و ویژگی های آن توضیح دهید.

ویروس هایی که در دستگاه تنفسی فوقانی، یعنی بینی، حلق، نای و نایژه ها موجب عفونت می شوند، بسیار متعدد و متنوع هستند. هر سال در فصل سرما حدود ۲۰۰ نوع ویروس در فضای کشور پراکنده می شوند که برخی از آنها مانند رینوویروس ها، آدنو ویروس ها، کرونا ویروس ها و ویروس های پارآنفلوآنزا، علایمی ایجاد می کنند که به نام سندرم سرماخوردگی مشهور است.

آنفلوآنزا به وسیله ویروس آنفلوآنزا ایجاد می شود که خود سه نوع A و B و C دارد. این ویروس در دستگاه تنفس می تواند گرفتاری های متعددی را از برونشیت آنفلوآنزایی تا گرفتاری دستگاه تنفس تحتانی به بار بیاورد.

یعنی سرماخوردگی و بیماری آنفلوآنزا عوامل ایجادکننده متفاوتی دارند. آیا علایم بالینی آنها هم با یکدیگر فرق دارد

بله، دقیقاً همین طور است. سندرم آنفلوآنزا یک دوره نهفتگی یک تا سه روزه دارد که پس از این مدت فرد به تب بالا (گاهی تا ۴۱ درجه سانتیگراد)، لرز، سردردهای شدید بویژه در ناحیه پیشانی و دردهای عضلانی مبتلا می شود، همچنین سوزش چشم، اشک ریزی و دردهای کره چشم از علایم دیگر آن است. علایم دستگاه تنفس فوقانی با سرفه، گلودرد و گرفتگی بینی ظاهر می شود. بدن درد در این بیماری گاهی آن قدر شدید است که فرد را محدود کرده و مانع فعالیت های اجتماعی او می شود. دیده شده فردی که مبتلا به آنفلوآنزا است، اگر زودتر از دوره نقاهت به کار خود برگردد تا ۵۰ درصد افت عملکرد خواهد داشت.

یکی از علایم دیگر بیماری که در حقیقت عارضه آن است، گرفتاری دستگاه تنفس تحتانی است که هم خود ویروس می تواند آن را ایجاد کند و هم می تواند زمینه ساز بروز عفونت ثانویه با عوامل میکروبی شود، اما سرماخوردگی هرگز این علایم شدید را ندارد.

سرماخوردگی تب بالا ندارد و حداکثر درجه حرارت تا ۳۸ درجه سانتیگراد بالا می رود. بدن درد و کوفتگی و لرز ندارد یا این که علایم دردآور کم است، اما گرفتگی بینی و آبریزش بینی دارد و به جای سرفه عطسه می کند.

آیا درمان سرماخوردگی و آنفلوآنزا هم با یکدیگر متفاوت است

به شکل معمول درمان در هر دوی این بیماری ها نگهدارنده و حمایتی است. چون هر دو محدودشونده هستند و فقط طول دوره سرماخوردگی کوتاه تر است. در هر دو بیماری فرد باید مایعات مصرف کند و استراحت داشته باشد، حتماً باید روش های بهداشت فردی برای جلوگیری از انتشار ویروس ها رعایت شود. نکته مهم این است که نه سرماخوردگی و نه آنفلوآنزا در سیر درمانی نیاز به تجویز آنتی بیوتیکی ندارند. برخلاف تصور عموم آنتی بیوتیک ها نه در تخفیف علایم و نه در کوتاه کردن دوره این بیماری ها هیچ جایگاهی ندارند. فقط اگر آنفلوآنزا موجب ایجاد عفونت میکروبی ثانویه شود، آنتی بیوتیک ضدهمان میکروب ها تجویز می شود.

نقش داروهای اختصاصی ضدآنفلوآنزا چیست و اساساً این داروها کدامند

این داروها در جمعیت عام مصرف نمی شوند و مصرف محدودی دارند. مثلاً در کسانی که واکسن آنفلوآنزا نزده اند یا در چهارده روز ابتدایی پس از تزریق واکسن که هنوز سطح ایمنی بدن بالا نرفته؛ این داروها با نظر پزشک، کوتاه مدت (پنج روز) مصرف می شود و می تواند تا حد زیادی طول دوره بیماری را کوتاه کند.

چرا برای این بیماری واکسن طراحی شده است

یکی از ویژگی های ویروس آنفلوآنزا این است که هر سال نسبت به سال قبل تغییراتی می کند و اگر جامعه از ایمنی مناسبی برخوردار نباشد، ویروس جدید می تواند بیماری مشابه ایجاد کند. معمولاً هر سال از ابتدای پاییز تا پایان سال این ویروس شایع می شود و هر یک تا سه سال می تواند همه گیری هایی ایجاد کند. بیماری می تواند افراد را از محیط کاری خود دور کند. ویروس آنفلوآنزا در مدت دو تا سه سال دچار تغییرات جزئی و هر ۲۰ تا ۳۰ سال دچار تغییرات کلی می شود، لذا واکسن آنفلوآنزا مانند واکسن های دیگر نیست که سال های متمادی بتواند سطح ایمنی

ایجاد کند، بلکه هر سال بر مبنای ویروس در گردش سال گذشته، واکسن جدید ساخته می شود. واکسن تاریخ دار است و بعد از گذشت تاریخ دیگر قابل مصرف نیست. هر سال اواخر شهریور گروه های پرخطر در برابر بیماری واکسینه می شوند.

گروه های پرخطر چه کسانی هستند

سردسته گروه هدف واکسیناسیون آنفلوآنزا، سالمندان هستند که به لحاظ علمی به افراد بالاتر از ۵۰ سال گفته می شود.

دسته دوم بیماران قلبی هستند، مانند کسانی که نارسایی قلب یا بیماری های دریچه ای دارند، در CCU بستری شده اند یا در یک سال گذشته به علت مشکلات قلبی در بیمارستان بودند.

دسته بعدی بیماران ریوی هستند مانند گروه بیماری های انسدادی ریه مثل آسم یا برونشیت مزمن یا کسانی که ریه های آنها دچار بدخیمی شده است. در هر دو این گروه ها آنفلوآنزا موجب تشدید بیماری زمینه ای می شود.

گروه هدف بعدی کسانی هستند که به هر علت ضعف ایمنی دارند، مانند مبتلایان به ایدز، بدخیمی های مختلف و کسانی که به علت بیماری های کلیوی دیالیز شده و داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی مصرف می کنند. همچنین بیماران مبتلا به امراض روماتیسمی مانند لوپوس یا آرتریت روماتوئید که ناچار هستند کورتون و ترکیبات استروئیدی استفاده کنند.

مبتلایان به بیماری های متابولیک مانند دیابت قندی نیز باید این واکسن را بزنند.

زنان بارداری که سه ماه دوم یا سوم بارداری آنها با فصل آنفلوآنزا تلاقی می کند هم جزو کاندیداهای دریافت واکسن هستند، البته تزریق واکسن در سه ماهه اول بارداری توصیه نمی شود.

کودکان و نوجوانان از ۶ ماه تا ۱۸ سال که ناچار به مصرف آسپرین هستند، باید حتماً واکسن بگیرند. زیرا آسپرین و ویروس آنفلوآنزا با هم بیماری کبدی خطرناکی به نام«سندرم ری» را ایجاد می کنند.

کودکان از ۶ ماه تا پنج سال امروزه به شکل مستقل یک گروه هدف تعریف می شوند، زیرا رفتار آنفلوآنزا در آنها مانند سالمندان است و نیاز به بستری پیدا می کنند.

گروه دیگری که امروزه تأکید زیادی درباره آنها می شود، کارکنان بخش های بهداشتی و درمانی هستند یعنی پزشکان، پرستاران، بهیاران و تکنسین هایی که در مراکز بهداشتی و درمانی به بیماران پرخطر دیگر خدمت ارائه می کنند. همچنین کارکنان سرای سالمندان نیز باید واکسینه شوند تا ویروس به بیماران انتقال پیدا نکند، حتی گفته شده بهتر است خانواده بیماران یا سالمندان هم که از این افراد نگهداری می کنند، واکسن بزنند.

آیا کسانی هم هستند که نباید واکسن آنفلوآنزا بزنند

بله؛ افراد مبتلا به بیماری های تب دار باید صبر کنند تا تب و علایم عفونت آنها برطرف شود و بعد واکسن بزنند. در کسانی که به بیماری عصبی فلج قرنیه صعودی مبتلا هستند، نباید تزریق واکسن صورت بگیرد. افرادی هستند که به فرآورده های تخم مرغ حساسیت دارند یعنی دچار کهیر و بیماری تنفسی می شوند. چون در تهیه این واکسن از جنین جوجه استفاده می شود. حتی زنان باردار در سه ماهه دوم و سوم و مادران شیرده به راحتی می توانند این واکسن را دریافت کنند.

آقای دکتر! آیا تزریق واکسن عوارضی هم دارد

در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد درد در محل تزریق ایجاد می شود که اگر واکسن درست تزریق شود، احتمال این عارضه کاهش می یابد. قرمزی در محل تزریق و تب مختصر هم گذرا است. همه این عوارض خفیف، دست بالا ظرف ۲۴ ساعت برطرف می شود. عوارض متوسط و شدید بسیار نادر است. هر واکسنی احتمال ایجاد سندرم «گیلن باره» را دارد.

شما اشاره کردید که ویروس آنفلوآنزا تغییرات جزئی و کلی دارد. اما واکسن برمبنای ویروس در گردش سال گذشته، تهیه می شود. آیا امکان دارد افرادی که واکسن دریافت کرده اند باز بیمار شوند به عبارت دیگر پوشش واکسن چقدر است

هر چه افراد از نظر ایمنی قوی تر باشند، تأثیر واکسن بیشتر است و معمولاً در افراد عادی تا ۵۰ درصد و در سالمندان تا ۷۰ درصد ایمنی ایجاد می شود. تأثیر واکسن با این که صد درصد نیست، اما بسیار زیاد است. ضمن این که فردی که واکسن گرفته، اگر هم بیمار شود، نوع خفیف را می گیرد و دچار عوارض نخواهد شد و نیازی هم به بستری پیدا نمی کند.

منبع : روزنامه ایران

http://vista.ir/?view=article&id=349207

سرخجه

چنانچه کودک گرفتار بیماری سرخجه شد ، نگران نشوید . اگر چه داشتن یک کودک بیمار ،همیشه ناراحت کننده است ، اما سرخجه ، یک دانه زدن ملایم واگیردار پوست است که ناراحتی های ثانویه ایجاد نمی کند . این بیماری تنها زمانی خطرناک است که یک خانم باردار ، به آن مبتلا شود . در این صورت بیماری از راه جفت به جنین منتقل شده وگاهی ممکن است موجب مرگ جنین شود و یا نقص هایی در نوزاد متولد شده ایجاد کند . این نوع سرخجه را سرخجه مادرزادی می نامند .

این بیماری پیش از تولید واکسن در سال ۱۹۶۹ ، جزو بیماریهای واگیر دار رایج در کودکان به شمار می آمد . اما در سالهای اخیر ، شیوع سرخجه کاهش یافته است .

● ایمنی زایی

یک بار مبتلا شدن به بیماری سرخجه ،فرد را برای تمام عمر نسبت به این بیماری مصون می سازد . فردی که هرگز به این بیماری مبتلا نشده ، اما پس از یک سالگی از واکسن سرخجه استفاده کرده باشد ، او هم برای تمام عمر گرفتار سرخجه نخواهد شد . به هر حال بسیاری از جوانان و نوجوانان ، می پندارند که نسبت به بیماری سرخجه مصونیت دارند ، حال آن که به یاد نمی آورند در دوران کودکی به این بیماری مبتلا شده اند و یا واکسن آن را تزریق کرده اند یا خیر ؟ از این رو ، باید تمامی دانشجویان و پرسنل بیمارستانها ، مدرکی دال بر واکسینه شدن و یا یک بار مبتلا شدن به بیماری ارائه کنند .

داشتن این مدرک برای خانمهای باردار بسیار اهمیت دارد .

اگر در مورد واکسینه شدن و یا مبتلا شدن به سرخجه در دوران کودکی خود شک دارید ، باید آزمایش خون بدهید تا مشخص شود که آیا در خون شما پادتنی علیه سرخجه وجود دارد یا خیر ؟ چنانچه پادتنی کشف نشد باید در نخستین فرصت ، خود را واکسینه کنید ، مگر این که در اوایل دوران بارداری باشید ، زیرا در این دوران نمی توانید واکسن بزنید .

نوزادانی که مادرانشان به سرخجه ایمنی دارند به طور معمول پادتن های مادری را شش تا نه ماه پس از تولد ، در خون خود دارند و علیه سرخجه مصون هستند .

● علت بیماری

ویروس سرخجه در تمامی طول سال وجود دارد ، اما انتشار آن در فصل های زمستان و بهار بیشتر است . کودک ممکن است از طریق هوای آلوده به ویروس ، بیمار شود . هوای اتاق به طور معمول در اثر ترشحات حلق و بینی فرد بیمار آلوده می شود .

کودک ، دو تا سه هفته پس از تماس نزدیک با فرد بیمار ، علائم بیماری را آشکار میکند . دوره واگیری بیماری از هفت روز پیش تا پنج روز پس از پیدایش علائم آن (دانه های قرمز رنگ پوستی) است .

ویروس سرخجه می تواند از جفت عبور کند و از مادر به جنین منتقل شود . در این حالت سرخجه مادرزادی پدید می آید که احتمال آن در ماه های

آخر بارداری بسیار ضعیف تر از ماه های نخست است . چنانچه مادر به سرخجه مبتلا شد ، احتمال انتقال آن به جنین در سه ماهه اول بارداری ۲۵ درصد است . این احتمال در ماه چهارم ، به ده تا بیست درصد کاهش می یابد و از ماه پنجم به بعد به صفر می رسد .

سرخجه مادرزادی نارسایی هایی در گوش ،چشم ، قلب و مغز نوزاد ایجاد می کند که ممکن است به کوری ، کری وعقب ماندگی ذهنی او بیانجامد .

• نشانه های بیماری

علائم بیماری با دانه زدن در پوست آشکار می شود که با تب خفیف یک روزه (۳۸ درجه سانتی گراد) همراه است . کودکان بزرگ تر و نوجوانان ، ابتدا نشانه های نخستین را بروز می دهند که سه تا چهار روز ادامه دارد . از جمله این علائم می توان سردرد ، تب خفیف ، گلودرد ، سرفه های ملایم ، بزرگ و حساس شدن غدد لنفاوی پشت گوش و سر را نام برد .

دانه زدن پوست با پیدایش نقاط قرمز رنگ روی صورت آغاز می شود . این دانه ها به سرعت به سایر نقاط بدن گسترش می یابند . گاهی اوقات ، دانه زدن پوست دیده نمی شود . زیرا فرد بدون این که بداند پیش از این دچار سرخجه شده یا نه ، نسبت به آن مصونیت دارد . دانه ها همراه با خارش ، در مدت یک روز در سراسر بدن پخش می شوند ، در روز دوم از صورت محو شده و تا روز سوم در سراسر بدن به کلی از بین می روند . غدد لنفاوی پشت گوش و سر ، ممکن است تا هفته ها متورم باقی بمانند ، بدون این که حساسیت و دردی داشته باشند . افراد بالغ گاهی پس از محو شدن دانه ها در صورت ، از درد مفاصل (زانو ، مچ و آرنج) شکایت میکنند . این دردها ممکن است تا ده روز ادامه داشته باشند .

• راههای پیشگیری

- به محض رسیدن کودک به پانزده سالگی ، برای تزریق واکسن سرخجه او را نزد متخصص کودکان ببرید . این واکسن به صورت سه گانه (سرخک ، سرخجه ، اوریون) قابل دسترس بوده و تا ۹۸ درصد مصونیت ایجاد می کند ؛

- از تماس کودک خود با کودک یا فرد بالغی که دانه های قرمز رنگ پوستی دارد ، جلوگیری کنید ، زیرا ممکن است سرخجه داشته باشد ؛

- در صورت مشاهده دانه های قرمز رنگ روی پوست کودک ، از رفتن او به مدرسه جلوگیری کنید . پزشک باید ابتدا او را معاینه کند تا بتواند واگیردار بودن بیماری را تشخیص دهد . اگر بیماری واگیردار بود ، در مورد طول مدت واگیری از پزشک سئوال کنید و در این دوره ، از تماس او با سایر افراد جلوگیری به عمل آورید ؛

- در صورت مبتلا شدن کودک به سرخجه ، تا پنج روز پس از پیدایش دانه های قرمز رنگ ، از تماس او با خانم های باردار جلوگیری کرده و در صورتی که به طور اتفاقی تماسی روی داد ، با متخصص زنان مشورت کنید ؛

- اگر کودک گرفتار سرخجه است ، تنها با کودکانی می تواند ارتباط داشته باشد که علیه سرخجه واکسینه شده و یا پیش از این دچار بیماری شده باشند .

منبع : ادیولوژی

http://vista.ir/?view=article&id=219957

vista.ir
Online Classified Service

سرخجه

گاهی سرخجه به عنوان سرخک آلمانی شناخته می شود. اما اصطلاح German در این بیماری، نه از این کشور که احتمالاً از اصطلاح لاتین

Germanius به معنای « مشابه » گرفته شده است. هر چند، سرخک و سرخجه در بعضی تظاهرات با هم مشترک هستند اما عامل آن ها با یکدیگر متفاوت می باشد. سرخک و سرخجه دو بیماری ویروسی تلقی می شوند. که به بهترین نحو به وسیله ضایعات نقطه ای قرمز پوستی در بیماران شناخته می شود. اگر چه بیماری سرخجه شدتی خفیف تر و عفونت زایی کمتری نسبت به سرخک داشته و به آن سرخک سه روزه هم می گویند.

با این حال چند استثناء وجود دارد: در صورت قرار گرفتن زن حامله در معرض فرد مبتلا به سرخجه به خصوص در سه ماهه اول ویروس می تواند باعث سقط یا نقص های شدید در جنین شود.

واکسن سرخک، سرخجه و اوریون (MMR) در ایالات متحده دو بار و قبل از سنین مدرسه تجویز می شود. که در پیشگیری از این عفونت موثر واقع شده است. طغیان های سرخجه در آمریکا فراوان بوده است اما امروزه با توجه به واکسیناسیون گسترده، این بیماری در بومیان آمریکایی به ندرت مشاهده می شود. در اوایل سال ۲۰۰۵ میلادی، مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها، حذف سرخجه در این ایالات را گزارش کرد. هر چند والدین جهت اطمینان بیشتر فرزندان خود را واکسینه نمودند.

● علایم و نشانه ها

اغلب علائم و نشانه های همراه، خفیف هستند که تشخیص آن در اطفال دشوار و فراموش می شود. علائم و نشانه در صورت بروز معمولاً بین ۳-۲ هفته بعد از قرار گرفتن در معرض ویروس تظاهر می کنند. به طور معمول این تظاهرات ۲ تا ۳ روز طول کشیده و عبارتند از :

- تب خفیف
- سردرد
- گرفتگی و آب ریزش بینی
- چشم های قرمز و ملتهب
- گره های لنفاوی بزرگ و دردناک در قاعده جمجمه ، پشت گردن و زیر گوش ها
- ضایعات پوستی ظریف و صورتی در صورت شروع و به طرف تنه و اندام ها گسترش می یابد قبل از این که الگوی قبلی ناپدید شود.
- درد زانو به خصوص در زنان جوان

● علت

عامل سرخک ویروس می باشد که به صورت شخص به شخص منتقل می شود. انتشار آن به وسیله سرفه یا عطسه فرد آلوده و یا از طریق تماس مستقیم با ترشحات تنفسی شخص مبتلا صورت می گیرد. این ویروس همچنین می تواند از یک زن حامله به جنین منتقل شود. افراد مبتلا به سرخجه، از یک هفته قبل از شروع راش پوستی، مسری هستند. سرخجه به خاطر واکسیناسیون اطفال در سنین پایین برضد این و ویروس در ایلات متحده نادر است.

با این حال عامل آن، به خصوص در بزرگسالان متولد خارج از آمریکا وجود دارد.

این بیماری هنوز در بسیاری از مناطق جهان شایع است، هر چند بیش از نیمی از این کشورها از واکسن استفاده می کنند.

در صورتی که شما فکر می کنید خودتان یا فرزندان در معرض سرخجه قرار گرفته و یا علائمی به نفع سرخجه دارید، با پزشک خود با تماس بگیرید.

یاد آوری : در اطفال که حتی یک دوز MMR دریافت نموده اند، ابتلا به بیماری غیر معمول است.

در صورتی که احتمال می دهید باردار هستید، کارت ثبت واکسیناسیون خود را بررسی نمائید تا از دریافت MMR خود مطمئن شوید. زنان باردار بهتر

است قبل از حاملگی واکسینه شوند. در صورت بارداری از نظر ایمنی ضد سرخجه غربالگری خواهید شد. اما اگر هرگز واکسینه نشده اید و فکر می کنید که در معرض سرخجه قرار گرفته اید، پزشک خود را مطلع سازید یک آزمایش خون ممکن است ایمنی شما به سرخجه و عدم ابتلا به عفونت را تأکید کند.

- عوارض

سرخجه باعث یک عفونت خفیف می شودو در صورت ابتلا، ایمنی دائمی ایجاد خواهد کرد. در موارد نادر سرخجه باعث عفونت گوش و التهاب مغز می گردد. در صورت بارداری و ابتلا به سرخجه، در مورد خطرات احتمالی با پزشک خود مشاوره نمائید. در صورت تمایل به ادامه بارداری دریافت آنتی بادی هیپرایمیون، توانایی مقابله با عفونت را ایجاد می نماید. هر چند این درمان باعث از بین بردن خطرات احتمالی عفونت برای جنین نمی شود. حمایت از یک شیرخوار متولد شده با سندرم سرخجه مادرزادی بسته به شدت مشکلات بالینی متفاوت است . شیرخوار مبتلا به چندین عارضه نیاز به درمان سریع توسط یک تیم متخصص دارد.

- پیشگیری

واکسن سرخجه معمولاً به صورت ترکیبی از واکسن سرخک، سرخجه و اوریون تجویز می شود که بی ضررتر و مؤثرتر از هرکدام به تنهایی می باشد. پزشکان واکسیناسیون MMR بین ۱۵-۱۲ ماهگی و مجدداً در سنین ۶-۴ ماهگی ، قبل از سنین مدرسه را توصیه می نمایند. این مسئله حائز اهمیت می باشد که دختران جهت پیشگیری از عوارض ناشی از سندرم سرخجه مادرزادی در آینده حتماً واکسینه شوند. معمولاً شیرخوارن برای ۸-۶ ماه بعد از تولد به علت ایمنی مادرزادی از ابتلا به سرخجه در امان هستند. در صورتی که شیرخوران نیازمند پیشگیری قبل از ۱۲ ماهگی باشند. نظیر مسافرت، واکسن باید زودتر از ۶ ماهگی تجویز شود و در صورتی که شیرخوار از قبلاً واکسینه شده باشد تنها به دوزهای معمول نیاز دارند.

- آیا شما به واکسن MMR نیاز دارید؟
  - شما به واکسن نیاز ندارید اگر :
  - دریافت دو دوز واکسن سرخک داشته اید.
  - تست خون شما وجود ایمنی علیه اوریون، سرخک و سرخجه را نشان دهد.
  - اگر معیارهای بالا وجود ندارد یا در صورت وجود شرایط زیر باید واکسن تجویز گردد.
  - خانم غیر باردار در سنین بچه زایی
  - حضور در دانشگاه یا مدرسه حرفه ایی
  - حضور در بیمارستان ، شبکه بهداشتی، مدرسه یا مراکز نگهداری بچه ها
  - قصد سفر خارجی یا مسافرت دریایی
- در موارد زیر واکسن توصیه نمی شود :
  - زن باردار یا باردار شدن در ۴ هفته آینده
  - سابقه حساسیت آلرژیک تهدید کننده حیات به ژلاتین یا آنتی بیوتیک نئومایسین
  - ابتلا به سرطان ، اختلالات خونی یا بیماریهای درگیر کننده سیستم ایمنی
- عوارض جانبی
  - اکثر مردم به دنبال دریافت واکسن هیچ گونه عارضه ای نشان نمی دهند.
  - حدود ۱۵ درصد از مردم ۷-۲ روز بعد از واکسیناسیون دچار تب می شوندو ۵% نیز دچار ضایعات پوستی خفیفی می شوند. برخی از زنان، نوجوان یا بزرگسالان به درد یا سفتی مفصل موقتی دچار می شوند.
  - کمتر از یک مورد در یک میلیون تزریق، عارضه آلرژیک جدی به دنبال دارد.

در سال های اخیر برخی گزارش های جدید، نگرانی هایی در مورد ارتباط بین واکسن MMR و اوتیسم برانگیخته اند. با این حال گزارش های معتبر دانشگاه اطفال آمریکا، انستیتو پزشکی و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (CDC) بر این عقیده اند که هیچ توجیه علمی بین این دو وجود ندارد. براساس گزارش این سازمان اوتیسم اغلب در سنین ۳۰-۱۸ ماهگی تشخیص داده می شود که این زمان با زمان دریافت واکسن MMR

همپوشانی دارد. اما این همراهی بروز در زمان نباید باعث در نظر گرفتن یک ارتباط غلط گردد.

● مراقبت فردی

در موارد نادر هنگامی که یک کودک یا فرد بزرگسال به سرخجه مبتلا می شود. مجموعه ای از مراقبت های فردی ضروری می باشد.

▪ استراحت در بستر

▪ دریافت استامینوفن جهت تخفیف ناخوشی ناشی از تب و درد

▪ اطلاع به دوستان ، خانواده و همکاران – به خصوص زن باردار – در مورد بیماری خود.

▪ در اطفال آسپرین به علت خطر ایجاد سندرم « رای » نباید تجویز شود.

منبع : دانشگاه علومپزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234381

vista.ir
Online Classified Service

سرخک

سرخک شامل یک سری ضایعات پوستی قرمز و محو شونده می باشد که اغلب همراه با این بیماری هستند. اما این ضایعات پوستی فقط علائم بیرونی می باشند در حالی که تغییرات بسیار شدیدتری درون بدن رخ می دهد. سرخک یک عفونت تنفسی حاصل از ویروس بسیار مسری است و در سراسر جهان وجود دارد.

سرخک مخصوصاً در کودکان ممکن است بسیار شدید و حتی کشنده باشد. تقریباً ۴۰-۳۰ میلیون مورد سرخک سالانه در سراسر جهان ایجاد می گردد که نتیجه آن ۷۵۰ هزار مورد مرگ در سال می باشد.

واکسن سرخک کاراترین روش جهت جلوگیری از بیماری می باشد. به علت وجود واکسن در سال ۲۰۰۲، کمتر از ۱۰ مورد بیماری سرخک در ایالات متحده آمریکا گزارش شده است.

اگر چه برنامه واکسیناسیون در برخی مناطق جهان ناکامل است، اما سازمان بهداشت جهانی شدیداً به دنبال برطرف کردن این مشکل است.

ماهیت گسترده این بیماری علت لزوم ادامه برنامه واکسیناسیون در مناطقی از جهان است که سالانه فقط موارد کمی از بیماری بروز می نماید.

بیماری به راحتی توسط مسافرین بین المللی منتقل می گردد.

● علائم و نشانه ها

علائم و نشانه های بیماری ۱۲-۱۰ روز بعد از ورود ویروس نمایان می شود.

▪ تب

▪ سرفه خشک

▪ آبریزش بینی

▪ التهاب ملتحمه

▪ حساسیت به نور

▪ نقاط قرمز رنگ با مرکز آبی – سفید در قسمت داخل گونه که نقاط کوپلیک نام دارند.

▪ لکه های پوستی بزرگ و مسطح که در یکدیگر فرو رفته اند.

سرخک موجب ایجاد لکه ای پوستی قرمز رنگ و محو شونده که ابتدا در صورت ، پشت گوش و سپس در سینه و کمر و نهایتاً پاها ظاهر می شود، می گردد.

● سیر عفونی ویروس سرخک

سرخک اغلب با یک تب خفیف تا متوسط به همراه دیگر علائم نظیر سرفه دائمی، آبریزش بینی ، التهاب چشم و گلو درد شروع می شود. ۲ تا ۳ روز بعد نقاط کوپلیک – نشانه تشخیص سرخک ظاهر می شوند. سپس یک تب شدید حدود ۱۰۵-۱۰۴ فارنهایت ایجاد می گردد. در همین زمان یک لکه پوستی قرمز محو شونده در صورت، خط رویش مو و پشت گوش ها ، ایجاد می شود. این لکه ها خارش دار به سرعت به قفسه سینه ، کمر و نهایتاً ران ها و پا انتشار می یابند. بعد از حدود یک هفته لکه های پوستی با همان توالی بروز اولیه ناپدید می شوند.

● علل بیماری

سرخک یک بیماری ویروسی است. درصورت تماس نزدیک یک فرد آلوده با فرد غیر ایمن نسبت به آن ، به احتمال ۹۰ درصد بیماری انتقال می یابد. ویروس در موکوس بینی و گلو فرد مبتلا زندگی می کند. بیماری از ۴ روز قبل از ظهور مشکلات پوستی تا ۴ روز بعد قابل سرایت می باشد. ویروس به صورت سرفه ، عطسه یا صحبت یک فرد آلوده د رفضا معلق و توسط دیگران استنشاق می شوند. در صورت تماس با سطح آلوده به ویروس و قرار دادن دست در دهان یا بینی احتمال آلودگی به ویروس وجود دارد . در صورت ورود ویروس به بدن در سلولهای نواحی گلو و ریه ها شروع به تکثیر می نماید.

سپس عفونت از طریق سیستم تنفسی و پوست انتشار می یابد.

● فاکتورهای خطر

سرخک یک بیماری کاملاً مسری می باشد. در ایالات متحده به علت واکسیناسیون در سنین اولیه بروز سرخک بسیار نادر می باشد. در صورت ابتلا به سرخک، سیستم ایمنی بدن را در مقابل عفونت مجدد ایمن می نماید. اگر شما در ایالات متحده قبل از سال ۱۹۵۷ میلادی زندگی کرده اید یا متولد شده اید حتی در صورت عدم واکسیناسیون به این بیماری مقاوم می باشید. زیرا طی سالهای قبل از ۱۹۵۷ میلادی اپیدمی سرخک باعث ایجاد ایمنی طبیعی در افراد شده است.

سرخک در دیگر کشورها بسیار شایع است. بیماری در افراد مبتلا به کمبود ویتامین A و سوء تغذیه (به خصوص در کشورهای جهان وسوم) شایع می باشد. این نکته باید قبل از مسافرت به این نقاط مورد توجه قرار گیرد.

در صورت شک به بیماری یا ظهور علائم بیماری سریعاً به پزشک مراجعه نمائید. همچنین قبل از ورود فرزندتان به دانشگاه ها ، مراکز تحصیلی و یا مسافرت های بین المللی وضعیت واکسیناسیون و ایمنی فرزندتان را همراه یک پزشک بررسی نمایید.

● پیشگیری و تشخیص

بیماری براساس لکه پوستی خاص و نقاط کوچک و قرمز روشن با مراکز سفید – آبی درون گونه که نقاط کوپلیک نام دارند، تشخیص داده می شود. به علت بروز کم بیماری در ایالات متحده آمریکا پزشک برای تائید بیماری یک نمونه خونی ارسال می نماید.

● عوارض

بیماری اغلب ۱۴-۱۰ روز به طول می انجامد. در برخی نقاط جهان بیماری شدید بوده و حتی منجر به مرگ می گردد. عوارض بیماری عبارت است از :

▪ عفونت گوش در ۱/۰ اطفال

▪ التهاب مغز : از هر ۱۰۰۰ بیمار یک نفر به این عارضه مبتلا می شود. این التهاب مغزی باعث استفراغ، تشنج و ندرتاً کوما می شود. التهاب مغزی در هر زمانی بعد از عفونت سرخک رخ می دهد. این التهاب مغزی ممکن است ندرتاً در زمان بلوغ رخ دهد که التهاب مغزی داوسون نام دارد.

▪ عفونت ریوی : از هر ۲۰ کودک یک نفر دچار این عارضه می شود که ممکن است حتی تهدید کننده حیات باشد.

▪ اسهال و استفراغ

▪ التهاب نایژه ها،حنجره یا خروسک : سرخک منجر به التهاب حنجره یا نایژه ها
می گردد.

▪ مشکلات بارداری : سرخک در بارداری منجر به سقط جنین ، زایمان زودرس و کاهش وزن نوزاد می گردد.

● کاهش تعداد پلاکت های خونی

تجویز دوز اولیه واکسن در سن ۱۵-۱۲ ماهگی و دوز دوم بین ۶-۳ سالگی توصیه می شود. اغلب شیرخواران در ۶-۴ ماه اول زندگی به واسطه ایمنی اکتسابی از مادر به بیماری مقاوم هستند. در صورت نیاز به ایمن سازی قبل از ۱۲ ماهگی، برای مثال مسافرت خارجی یا وجود یک اپیدمی، واکسن باید در ۶ ماهگی تجویز شود. همچنین لازم است واکسن بعد از ۱۲ ماهگی تکرار گردد.

● در موارد زیر نیاز به تجویز واکسن نیست :

▪ دریافت دو دوز واکسن MMRبعد از ۱۲ ماهگی یا دریافت یک دوز واکسن MMR بعلاوه یک دوز واکسن سرخک

▪ وجود یک تست خونی که ایمنی شما را به سرخک ، سرخجه ، و اوریون اثبات نماید.

▪ مردان متولد قبل از ۱۹۵۷ میلادی

▪ زنان متولد قبل از ۱۹۵۷ میلادی که قصد بارداری مجدد ندارند.

▪ اخیراً واکسن سرخجه دریافت کرده اید یا تست سرخجه شما مثبت است.

● در موارد زیر نیاز به تجویز واکسن می باشد :

▪ زنان غیر باردار در سنین باروری

▪ تمایل به تحصیل در مراکز دانشگاهی

▪ کار در بیمارستان ، مراکز طبی ، مراقبت از کودکان و مدارس

▪ تصمیم به مسافرت های خارجی

● تجویز واکسن در موارد زیر توصیه نمی شود :

▪ زن باردار یا زمانی که طی ۴ هفته آینده قصد بارداری دارند.

▪ وجود حساسیت شدید به ژلاتین یا آنتی بیوتیک نئومایسین

▪ در صورت وجود سرطان ، یک اختلال خونی دیگر، بیماری های درگیر کننده سیستم ایمنی ، برای تزریق واکسن با پزشک خود مشورت نمایید.

● عوارض واکسن

واکسن در اکثر افراد عارضه ای ایجاد نمی کند. در ۱۰ درصد افراد، تب در روزهای پنجم تا دوازدهم بعد از واکسیناسیون دیده می شود و در ۵% بعد از واکسیناسیون ضایعات پوستی ظاهر
می شود.

از هر یک میلیون فردی که واکسینه می شود یک نفر به حساسیت شدید مبتلا می گردد، این باور همگانی وجود دارد که افراد دارای حساسیت به تخم مرغ، نباید از واکسن هایی که در جنین جوجه رشد می نمایند نظیر واکسن سرخک استفاده کنند. این عقیده درست نیست و افراد حساس به تخم مرغ می توانند به صورت کاملاً بی خطر از واکسن سرخک استفاده نمایند.

در سال های اخیر، گزارش های جدیدی مبنی بر ارتباط بین واکسن MMR و اوتیسم منتشر شده است. اما گزارش های مربوط به آمادگی اطفال آمریکا ، انستیتوهای طبی و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها وجود ارتباط بین MMR و اوتیسم را تائید نکرده اند.

● مراقبت شخصی

▪ استراحت و پرهیز از فعالیت های خسته کننده

▪ نوشیدن مقادیر زیادی آب ، آبمیوه، چایی گیاهی برای جایگزینی مایعات از دست رفته طی تعریق و تب

▪ استفاده از مرطوب کننده ها برای بهبود سرفه و گلو درد.

▪ استراحت دادن به چشم ها

منبع : دانشگاه علومپزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234375

سرخک

سرخك يك بيماری ويروسی است كه فقط در انسان ديده می شود اين بيماری در فصل زمستان شايعتر است . درحال حاضر در جهان سالیانه ۳۰ ميليون نفربه اين بيماری گرفتار می شوند كه ۸۸۰ هزار نفر آنها می ميرند (هرپنج دقيقه يك نفر) و در ايران بطور متوسط سالیانه ده هزار نفر مبتلا به سرخك می شوند. اين بيماری يكی از پنج علت عمده مرگ در كودكان و همچنين يكی از عوامل اصلی مرگ در بزرگسالان است.

- اپيدميولوژی تظاهرات بالينی

تظاهرات دوره ابتدائی ۳روز شامل آبريزش از بينی-قرمزی چشمهاوسرفه می باشد مرحله بروز دانه های قرمز با تب بالا ۴۰ تا۵/۴۰درجه همراه است دانه های قرمز از قسمت سر و پشت گوشها شروع شده وبتدريج درعرض۲۴ ساعت بصورت نزولی در تمام بدن گسترش می يابد شدت بيماری به وسعت دانه ها مربوط است. اين بثورات ممكن است بصورت خونريزيهای زير جلدی (پتشی)و يا خونريزی كننده (هموراژيك) باشند كه به اين نوع سرخك سيا ه گفته می شود كه بسيار خطرنا كتر ازسرخك می باشد .

سرخك بسيار مسری است به ويژه از طريق قطرات ريز تنفسی در طی مرحله ابتدائی (كاتارال)افراد آلوده به اين ويروس از يك يا دو روز قبل از بروز بثورات (دانه های قرمز) مسری هستند.

اكثر كودكان تا حدود يكسالگی از طريق آنتی باديهايی كه از مادر گرفته اند در برابر اين بيماری محافظت می شوند. دوره كمون اين بيماری ۸تا ۱۰ روزتا زمان شروع علائم اوليه فرد بيمار و۱۴ روز تا زمان شروع بثورات جلدی (دانه های قرمز) می باشد.

- عوارض:

عا رضه مهم سرخك در اغلب اوقات اوتيت مديا(عفونت گوش ميانی) است

- درمان:

هيچ درمان ضد ويروسی برای سرخك وجود ندارد و فقط درمان علامتی صورت ميگيرد.

پيشگيری: واكسن كه بصورت ويروس زنده تهيه شده بهترين وسيله پيشگيری است (مضون سازی فعال) كه بايد در سن ۹ ماهگی و ۱۵ ماهگی تزريق شود . در فردی كه با بيمار مبتلا به سرخك تماس داشته و قبلا نيز واكسن نزده باشد تا پنج روز پس از تماس با فرد مبتلا می توان ايمونو گلوبولين تجويز كرد تا از ابتلا به سرخك در آن فرد جلوگيری نمود(مضون سازی بصورت غير فعال)

منبع : سايت كودكان

http://vista.ir/?view=article&id=246141

vista.ir
Online Classified Service

سرما خوردگی

● چگونه با سرما خوردگی کنار بیاییم؟

سرما خوردگی یک عفونت دستگاه تنفسی فوقانی است، بیماری شایع ونسبتا بی ضرر، اما مطمئنا وقتی به آن مبتلا می شوید چنین احساسی ندارید. ممکن است آبریزش بینی، گلو درد و سرفه داشته باشید یا اینکه آبریزش از چشم، عطسه کردن و احتقان بینی آزار دهنده شما را کلافه کند. ممکن است همه این علایم با هم شما را آزار دهد. در واقع به علت آنکه بیش از ۲۰۰۰ ویروس مختلف ممکن است سرما خوردگی ایجاد کنند، علائم سرما خوردگی بسیار متفاوت است.

متاسفانه هر فرد بزرگسالی احتمال دارد ۲ تا۴ بار در سال به سرما خوردگی مبتلا شود. کودکان بخصوص در سنین پیش از مدرسه بین ۵ تا۹ بار سالانه سرما میخورند. سرما خوردگی بخصوص در کودکانی که به مهد کودک می روند شایع است.

اما خبر خوب این است که معمولا سرما خوردگی در طول یک هفته بهبود پیدا می کند، اگر چه بعضی از سرما خوردگیها تا دو هفته هم به طول می انجامند. اگر سرما خوردگی بیش از این مدت طول بکشد به پزشکتان مراجعه کنیدتا مطمئن شوید که عفونت ثانویه باکتریایی در ریه ها، حنجره، نای، سینوسها یا گوشهایتان وجود ندارد.

● علایم ونشانه ها

شروع علائم سرما خوردگی یک تا سه روز پس از قرار گرفتن در معرض ویروس سرما خوردگی است. اولین علائم عمده آبریزش از بینی است. همچنین ممکن است در ابتدا دوره عفونت دچار خارش یا درد گلو، احتقان، وگرفتگی بینی، کمی بدن درد یا سر درد خفیف شوید، در ادامه سیر بیماری ترشحات بینی تان غلیظ تر و زردرنگ تر می شود.

● سایر علائم سرما خوردگی اینها هستند:

- عطسه کردن
- آبریزش از چشم
- سرفه
- تب ملایم
- خستگی خفیف

● علل سرما خوردگی

گرچه بیش از ۲۰۰۰ ویروس باعث سرما خوردگی میشوند، رینو ویروسها شایع ترین علت شناخته شده سرما خوردگی هستند. ویروس سرما خوردگی از راه دهان یا بینی وارد بدن میشود، اما ممکن است خود شما در ین انتقال "دست " داشته باشید. گرچه سرما خوردگی از طریق عطسه و سرفه می تواند منتقل شود، اغلب تماس دست با دست با شخصی که سرما خورده است یا استفاده از وسایل مشترک مثل حوله،

تلفن و... باعث انتقال بیماری میشود. بعد از این تماس هنگامی که دست آلوده شده تان به چشمها یا بینی تان می زنید ویروس وارد بدنتان می شود.

• عوامل خطر ساز

کودکان بطور خاص به سرما خوردگی مستعد هستد زیرا بسته به اغلب ویروسهای عامل سرما خوردگی هنوز مقاومت کسب نکرده اند. اما یک دستگاه ایمنی نا بالغ تنها علت این آسیب پذیری کودکان به سرماخوردگی نیست. کودکان اغلب اوقات زیادی را با کودکان دیگر می گذرانند و خیلی اوقات در شستن دستهایشان دقت نمی کنند. لذا به راحتی ویروس سرما خوردگی وارد بدن آنها می شود.

چه بزرگسالان وچه وکودکان در پاییز و زمستان که کودکان در مدارس هستند و اغلب افراد مدت زیادی راداخل خانه می گذرانند به سرما خوردگی حساس ترند. با افزایش سن و ایجاد ایمنی در بدن نسبت به بسیاری از ویروسهای عامل سرما خوردگی احتمال سرما خوردگی نسبت به دوران کودکی کمتر می شود، اما درمواردی احتمال خطر افزایش می یابد:

- گذراندن بیشتراوقات در فضاهای در بسته ودر تماس نزدیک افراد دیگر در طول پاییز زمستان

- دچار شدن به استرسهای روانی

- داشتن آلرژی که مجاری بینی را گرفتار کند.

درستی هیچکدام از باورهای عامه در مورد عوامل زمینه ساز سرما خوردگی:مثلا بیرون رفتن از خانه با موهای خیس یا باد سرد خوردن و... تا بحال ثابت نشده است.

چه هنگام باید به پزشک مراجه کرد

سرما خوردگی معمولا کمتر از یک هفته بهترمیشود گرچه ممکن است با آن سرعتی که شما انتظار دارید علائم بیماری نا پدید نشود. در صورتی که تب بالای ۳۹ درجه داشتید یا احساس کردید علائمتان دارد بدتر میشود به پزشک مراجعه کنید. تب بالا به همراه درد بدن و ضعف شدید ممکن است نشان دهنده ابتلا به آنفولانزا و نه سرما خوردگی باشد.

برای آنفولانزا داروی ضد ویروسی وجود دارد و ممکن است تا حدی مفید باشد اما برای تاثیر بخش بودن باید آنها در طول ۴۸ ساعت پس از شروع اولین علایم تجویز کرد. اگر تب شدید، تعریق وتب وسرفه دارید که خلط دارید که خلط رنگی تولید می کند ممکن است ذات الریه گرفته باشید. در این حالت بهتر است مستقیما به نزد دکتر بروید. همچنین اگر علایم بیماری تان پس از ۷ تا ۱۰ روز تخفیف نیافت یا اگر یک عارضه مزمن تنفسی دارید که سرما خوردگی آن را تشدید کرده است به نزد پزشک بروید.در صورتی که کودکتان علایم زیر را نشان داد فورا او را پیش پزشک ببرید:

ـ تب ۳۹ درجه یا بالا تر، لرز یا تعریق

ـ تبی که بیش از ۷۲ ساعت طول می کشید

ـ تهوع یا درد شکم

ـ خواب آلودگی غیر معمول

ـ سر درد شدید

ـ اشکال در تنفس

ـ گریه مداوم

ـ درد گوش

• عوارض

عفونت حاد گوش، که ناشی از نفوذ باکتریها به فضای گوش میانی است شایع ترین عارضه سرما خوردگی در کودکان است. علایم ونشانه های شاخص این عارضه شامل گوش درد در کودکان کم سن است که نمی توانند حرف بزنند ناراحتی شان را صرفا با گریه کردن یا کشیدن گوش مبتلا نشان میدهند و در بعضی موارد ترشح سبز یا زرد رنگ از بینی یا زگشت تب شدید پس از بهبودی از سرما خوردگی است.خارج شدن ترشحات چرکی از گوش به معنای پاره شدن پرده صماخ است.

در این حالت فشار ودرد گوش ودک تخفیف می دهد، اما به هر حال باید فورا کودک را نزد پزشک ببرید.عفونت چرکی گوش بر خلاف سرما خوردگی نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارد.سرما خوردگی که بهبود نمی یابد ممکن است به سینوزیت چرکی تبدیل شده باشد. سایر عفونتهای ثانوی که

ممکن است به دنبال سرما خوردگی رخ دهد شامل گلو درد چرکی (آنژین استرپتوکوکی) ، برونشیت مزمن و ذات الریه است.

مصرف قطره های ضد احتقان برای دفع گرفتگی بینی پس از مدتی ممکن است باعث احتقان واکنشی شود به این معنا که شما برای اینکه راه های بینی خود را باز نگهدارید جبورید مقدار بیشتری از این قطره را بکاربرید. مصرف طولانی مدت این قطره ها باعث التهاب مزمن غشاهای مخاطی می شود. اگر مجبورید از قطره های ضد احتقان بینی استفاده کنید، استفاده از آنها را به چند روزمحدود کنید.

● درمان

" سرما خوردگی درمان اختصاصی لازم ندارد". آنتی بیوتیکها هیچ اثری بر ویروسها ندارند و قرصهای ضد سرما خوردگی که در داروخانه ها موجودند گرچه ممکن است باعث راحت تر شدن شما شوند اما سرما خوردگی را معالجه یا دوره آن را کوتاه تر نمیکنند. قرصهای ضد سرما خوردگی که بدون نسخه پزشک از دارو خانه ها قابل تهیه اند و از مخلوطی از داروهای ضد احتقان و آنتی هیستامین تشکیل می شوند علایم سرما خوردگی را در کودکان کم سن تخفیف نمی دهد و ممکن است باعث عوارض جانبی شوند. برای رفع درد و تب استفاده از استامینوفن برآسپرین ارجح است. مصرف آسپرین برای رفع تب ممکن است در کودکان کمتر از ۱۶ سال باعث یک عارضه مغزی نادر وکشنده به نام "سندرم ری شود.

● پیشگیری

با رعایت برخی از احتیاطات زیر از گسترش سرما خوردگی جلو گیری کنیم:

دستهایتان را مرتب بشوئید و به کودکانتان اهمیت این کار را آموزش دهید.

سطوح آشپز خانه و حمام را بخصوص هنگامی که یکی از اعضای خانواده سرما خورده است تمیز نگه دارید.

در داخل دستمال کاغذی سرفه یا عطسه کنید. دستمال کاغذی مصرف شده را فورا دور بیندازید.

از لیوان آب مشترک با سایر اعضای خانواده استفاده نکنید. وقتی خودتان یا یکی از خانواده سرماخورده است از لیوان مخصوص خود استفاده کنید.

از تماس نزدیک وطولانی با فردی که سرما خورده است اجتناب کنید.

کودکتان را به مهد کودکی بسپارید که بهداشت در آن کاملا رعایت شود و بخصوص کودکان بیمار را به خانه شان بفرستید.

در صورت امکان مهد کودکی را انتخاب کنید که نسبت کودکان موجود در آن به بزرگسالان ۵ به ۱ یا کمتر باشد.

اسباب بازی های کودک سرما خورده را پس از بازی کردن با آنها بشوئید.

گرچه بعضی از مردم معتقدند برخی از گیاهان دارویی یا مصرف مقادیر زیاد ویتامین C باعث پیشگیری یا درمان سرما خوردگی می شود اما تحقیقات علمی چنین منافعی را ثابت نکرده است.

● مراقبت شخصی

ممکن است نتوان سرما خوردگی را معالجه کرد، اما می توان کارهایی را انجام داد تا حتی الامکان با راحتی بیشتری دوره بیماری را گذراند. رعایت نکات زیر ممکن است به شماکمک کند.

▪ مقدار زیادی مایعات بنوشید:

دست کم روزی ۸ لیوان مایعات بنوشید وبه مقدار کافی استراحت کنید. از الکل، کافئین، سیگار که می توانند باعث کم آبی بدن و تشدید علایم شما شوند اجتناب کنید.

▪ از محل کارتان مرخصی بگیرید:

در صورتی که تب یا سرفه شدید دارید یا به علت مصرف داروهای ضد سرما خوردگی(که حاوی آنتی هیستامین هستند) خواب آلوده هستید در خانه بمانید. در صورتی که با فردی زندگی می کنید که بیماری مزمن دارد یا سیستم ایمنی اش مختل است دهان و بینی تان را با ماسک بپوشانید.

درجه حرارت و رطوبت اتاقتان را تنظیم کنید: اتاقتان را گرم نگهداریداما درجه حرارت را خیلی بالا نبرید. اگر هوا خشک است، یک دستگاه مرطوب کننده یا بخور سرد می تواند به مرطوب کردن هوا و کمک به تسکین احتقان بینی و سرفه کمک کنید. دقت کنید که دستگاه بخور را تمیز نگه دارید تا از رشد باکتری وقارچ در آن جلو گیری شود.

▪ گلویتان را تسکین دهید:

غرغره کردن آب نمک گرم چند بار در روز یا نوشیدن آب لیمو به همراه عسل ممکن است به تسکین گلو درد و تخفیف سرفه کمک کند.

▪ از قطره های بینی استفاده کنید:

برای مرطوب کردن احتقان بینی از قطره های بینی حاوی آب نمک استفاده کنید . این قطره در داروخانه ها بدون نسخه به فروش می رسند. این قطره ها، حتی برای کودکان موثر، بی خطر و غیر تحریک کننده اند. برای استفاده از آنها چند قطره را در هرسوراخ بینی بچکانید، سپس فورا بینی تان را تخلیه کنید.

منبع : سایت سیمرغ

http://vista.ir/?view=article&id=282116

vista.ir
Online Classified Service

سرماخوردگی چیست ؟

سرماخوردگی معمولی شایعترین بیماری است که در طب عمومی به آن پرداخته می شود. علی رغم تحقیقات طولانی مدت جهت درمان آن تنها درمانهای تسکین دهنده نشانه ها،به تثبیت طور کلی شیوع سرماخوردگی به شکل سه موج مشاهده می شود،درپاییزبلافاصله بعداز باز شدن مدارس،دروسط زمستان ودر بهار. سلامتی مجاری تنفسی وابسته به دریافت هوای فاقد میکروب و آلودگی است. بیش از دویست نوع ویروس شناخته شده است که به دستگاه تنفسی فوقانی اثر گذاشته و باعث سرماخوردگی می‌شوند. در اغلب موارد سرماخوردگی‌ها خفیف بوده و به طور معمول برای حدود یک هفته باقی می‌مانند.

● چرا سرما می خوریم ؟

برخلاف باور بسیاری از مردم ، هوای سرد تاثیری بر سرماخوردگی ندارد یا اگر هم دارد بسیار اندک است . حقیقت آن است که در طول فصلهای سرد ، مردم اغلب اوقات خود را در محیطهای سرپوشیده و بسته می گذرانند ، در نتیجه شانس و فرصت پخش شدن ویروس به طریق تماس نزدیک از فردی به فرد دیگر افزایش می یابد .

بطور کلی ویروس سرماخوردگی از دو طریق انتقال می یابد ، اول از طریق تنفس و استنشاق ترشحات عفونی ، عطسه و سرفه پخش شده در هوا و دوم از طریق لمس اشیاء آلوده به ویروس (مانند کتاب، دستگیره در و دست دادن با افراد بیمار) و لمس متقابل صورت .

هوای سرد رطوبت را کاهش می دهد ، از این رو باعث خشک شدن مجرای بینی می شود و بدین وسیله شرایط برای واگیر کردن ویروس آماده می شود . ترشحات معمول و طبیعی بینی و گلو یکی از اولین خطوط دفاعی بدن در مقابل ویروس های سرماخوردگی هستند ، به علاوه بسیاری از ویروسهای سرماخوردگی با کاهش رطوبت ، دوام بیشتری پیدا می کنند .

● علائم سرماخوردگی :

نشانه ها وعلائم سرماخوردگی شامل ترشح انساد بینی، گلودرد،عطسه،حالت ناخوشی،تب،لرزواغلب سردردودردهای عضلانی هستند.در اثر پیشرفت سرماخوردگی سرفه هم دربیمار بوجود می آید.علائم سرماخوردگی از۵روز تا۶هفته ادامه دارند.گر این حالت با تب شدید یاعلائم عمومی شدیدهمراه باشددیگرسرماخوردگی نیست.احتمالا" نوعی عفونت حاددستگاه تنفس فوقانی درکاراست.

● تشخیص سرماخوردگی از آنفولانزا و آلرژی :

سرماخورگی و آنفلوآنزا هر دو نشانه های مشترکی دارند اما معمولا می توان آنها را از هم تمیز داد . به طور کلی نشانه های سرماخوردگی مرحله به مرحله و طی چند روز بعد از شروع عفونت بروز پیدا می کند .

سرماخوردگی معمولا با گلو درد همراه با عطسه و آبریزش بینی یا گرفتگی بینی شروع می شود . تب یک علامت معمولی برای یک سرماخوردگی ساده نمی باشد و زمانی که تب وجود دارد ، معمولا بیانگر وجود عفونت باکتریائی می باشد . همچنین معمولا سردرد شدید و دردهای شدید عضلانی رابطه مستقیمی با بیماری سرماخوردگی ندارند و علائم خستگی و ضعف نیز خفیف می باشد .

نشانه های آنفلوآنزا از قبیل سردرد ، سرفه های خشک ، لرز و درد عمومی در تمام بدن معمولا به طور ناگهانی ظاهر می شود . همچنین تب بالا (۳۸/۸ -۴۰ درجه سانتیگراد) در مدت سه تا چهار روز ، یکی از مهمترین نشانه های آنفلوآنزا است. گرفتن بینی ، عطسه ، گلودرد از نشانه های بارز آنفلوآنزا نمی باشد . این علائم اگر وجود داشته باشد معمولا در مراحل آخر بیماری بروز می نماید . تمیز دادن بین سرماخوردگی و آلرژی دارای اهمیت بسیاری است .

نشانه های سرماخوردگی و آلرژی می تواند مشابه باشد . اما یک سری از نشانه ها و علامتهای بخصوصی وجود دارد که می توان آن دو را از هم متمایز کرد . در حقیقت هم آلرژی و هم سرماخوردگی دارای نشانه هایی از قبیل گرفتگی بینی ، عطسه ، آبریزش چشم و گاهی سردرد می باشد . اما علائم سرماخوردگی یکی یکی ظاهر می شوند . ابتدا عطسه ، آبریزش بینی ، آبریزش چشم و به دنبال آن گرفتگی بینی اما در آلرژی تمام علائم با هم و در یک زمان ظاهر می شوند .

عطسه های پیاپی و پشت سر هم معمولا نشانه وجود آلرژی است ، در صورتی که تک عطسه معمولا نشانه سرماخوردگی است .

به علاوه در سرماخوردگی ترشحات بینی زرد رنگ است ، در صورتی که در آلرژی ترشحات بینی بی رنگ و رقیق می باشد . یکی دیگر از تفاوتهای آلرژی و سرماخوردگی این است که طول مدت وجود علائم سرماخوردگی می تواند ۷ تا ۱۰ روز ادامه داشته باشد ، در حالی که نشانه های آلرژی در مدت بسیار کوتاهتری پایان می یابد . تا کنون بیش از ۲۰۰ نوع مختلف از ویروس سرماخوردگی شناخته شده است . ویروس -influenza ، pare corona و Rhino جزء رایج ترین ویروسها می باشد . قسمت بالایی بینی به علت داشتن دمای مناسب ۳۲/۷ درجه سانتیگراد ، یکی از مناسبت ترین مکانها برای رشد ویروسهاست . برخی از انواع ویروسهای آنفلوآنزا و سرماخوردگی قابلیت جهش و تغییر نوع به ویروس دیگر را دارند . این امر دانشمندان را برای پیدا کردن واکسنهای موثر به دردسر انداخته است .

● کدام یک از ما بیشتر دوست داریم سرما را بخوریم ؟

به طور کلی زنان بیشتر از مردان دچار سرماخوردگی می شوند . اما بسیاری از مردم بر این باورند که این امر به دلیل ضعف جسمانی و یا ضعف سیستم دفاعی بدن زنان می باشد . اما دلیل اصلی آن این است که زنان در ارتباط بیشتری با بچه ها هستند و همچنین بچه ها بیشترین آمار سرماخوردگی را دارند . اصولا این امر به دلیل ضعف ساختار سیستم دفاعی بچه ها یا مقاومت کم آنها در مقابل عفونتها و همچنین به دلیل تماس زیاد با بچه های دیگر مدرسه و مکانهای دیگر می باشد .

متأسفانه اغلب میکروب ها و ویروس های مربوط به سرماخوردگی ، از طریق هوا و تنفس قابل سرایت بوده، به همین دلیل در اجتماعات از جمله آمادگی، کودکستان، دبستان، منازل و محل کار شیوع این بیماری بیشتر است

● غذاهای ویژه ی سرماخورده ها :

بسیاری از مردم بر این باورند که مصرف زیاد ویتامین ث، باعث جلوگیری از سرماخوردگی می شود و یا نشانه های سرماخوردگی را کاهش می دهد اما هنوز دلیل قانع کنندهٔ علمی برای این موضوع پیدا نشده است. البته در این مطلب شکی نیست که ویتامین ث یک ویتامین اساسی است و باعث افزایش سلامتی می شود و امکان دارد که باعث کاهش دورهٔ سرماخوردگی نیز بشود اما در درمان و جلوگیری از سرماخوردگی تأثیر بسزائی ندارد. در حقیقت مصرف زیاد ویتامین ث برای مدت زمان طولانی می تواند مضر باشد و می تواند باعث اسهال و کاهش آب بدن در بزرگسالان و بچه ها شود و باعث نتایج گمراه کننده و اشتباه در آزمایشات خون و ادرار گردد.

مدارک علمی وجود دارد که قرصهای مکیدنی روی(zinc) می تواند دورهٔ سرماخوردگی را کاهش دهد. تحقیقات پزشکی نشان داده است که اگر قرصهای مکیدنی در طول ۲۴ ساعت اول بروز علائم سرماخوردگی مصرف شود، می تواند دورهٔ سرماخوردگی را بطور قابل توجهی کاهش دهد. محققان بر این باورند که "روی"از ارتباط ویروسهای سرماخوردگی و سلولهای بدن جلوگیری می کند ولی از ایجاد سرماخوردگی و یا آنفلوآنزا جلوگیری نخواهد کرد و اگر این قرصها برای مدت طولانی استفاده شوند،می تواند سیستم دفاعی بدن را ضعیف نماید و باعث افزایش کلسترول خون شود.

از آنجایی که مراقبت و درمان پزشکی خاصی برای سرماخوردگی و آنفلوآنزا وجود ندارد، بهترین راه درمان استراحت و نوشیدن مایعات به مقدارزیاد است. بسیاری از مردم سلامت خود را از آنفلوآنزا در طول چند روز به دست می آورند در صورتیکه سرماخوردگی ممکن است به مدت یک یا دو هفته بطول انجامد.

اگر نشانه های بیماری بدتر شوند و یا برای مدت طولانی ادامه یابد و یا علائمی مانند تنگی نفس، درد در قفسهٔ سینه، تب، استفراغ، احساس درد زیاد در هنگام بلعیدن، سرفه مداوم، گرفتگی بینی و سردرد ظاهر شوند ، مراجعه به پزشک ،تصمیم خوب و به جایی خواهد بود.

فلفل قرمز و فلفل سبز اگر احساس می کنید سرتان سنگین شده و حالت سرماخوردگی دارید، قرص خوردن را کنار بگذارید و به جای آن یک فلفل بردارید. تند بودن فلفل به دلیل وجود یک نوع ماده شیمیایی به نام "کپساسین" می باشد که خاصیت خلط آور، و آرام بخش دارد. تا به حال توجه کرده اید زمانیکه آنرا مصرف می کنید، چگونه آب از بینی چشم ها و دهانتان جاری می شود؟ همین اتفاق در سر نیز رخ می دهد. کپساسین باعث می شود بدن کلیه مخاط هایی که منجر به ایجاد حالت ناخوشی شده است را آزاد کند. به همین دلیل پس از مصرف فلفل احساس آرامش خواهید کرد.

شاید کمی عجیب باشد، اما کپساسین سلول های عصبی را برای مدت زمانی کوتاه بی حس می کند. مواد شیمیایی که در آن وجود دارد باعث می شود که عملکرد انتقال دهنده های عصبی که پیغام وجود درد را به سوی مغز میبرند، به کندی انجام پذیرد. همچنین این ماده، ترشح هورمون های کلاژن و پروستاگلاندین را که منجر به ایجاد آرامش، و کاهش تورم می شوند را نیز زیاد می کند.

فلفل قرمز هم سرشار از ویتامین C می باشد. در حقیقت یک عدد فلفل قرمز به اندازه ۴ پرتقال حاوی ویتامین C می باشد. همانطور که می دانید از نظر علمی اثبات شده است که ویتامین C دوره درمان سرماخوردگی را کوتاه می کند.

سوپ مرغ همیشه نصیحت مادر بزرگ در گوشمان صدا می کند که سوپ جوجه در درمان سرماخوردگی معجزه می کند. البته آنها این عبارت را بدون هیچ گونه تحقیق آزمایشگاهی و تنها از روی تجربه بیان می کنند. پزشکان دانشگاه نبراسکا به طور عملی ثابت کرده اند که سوپ مرغ به راحتی توانایی درمان سرماخوردگی را دارد.

البته آنها هم در سوپ خود از دستور غذایی قدیمی مادر بزرگ استفاده کرده اند: پیاز، سیب زمینی، هویج، شلغم، کرفس، و جعفری. پس از آزمایش های متفاوتی که در لابراتورهای مجهز انجام شد، محققان به این نتیجه رسیده اند که یک ماده در این سوپ معجزه می کند: عصاره مرغ. انواع مختلف سوپ های جوجه، ترشح مخاط ها را کمتر کرده و به شما کمک می کنند که در حین بیماری راحت تر تنفس کنید.

پژوهشگران ۱۳ نوع مختلف از سوپ های جوجه را مورد آزمایش قرار دادند و در همه آزمایش ها به این نتیجه رسیدند که کلیه سوپ ها توانایی توقف تولید مخاط و خلط را دارند. انواع مخلوط به سبزی آن نیز از درصد شفابخشی بالاتری برخوردار می باشند.

خوب اگر مادربزرگتان کنارتان نیست تا یک سوپ خانوادگی برایتان درست کند، میتوانید از انواع آماده آن استفاده کنید. یک سوپ گرم مطمئنا روند بهبود شما را تسریع می بخشد.

آب پرتقالیادتان می آید زمان بچگی هنگامیکه سرما می خوردید، چگونه مادرتان آب پرتقال را به زور درون حلقتان می ریخت؟ مانند همه کارهایی که دیگری که انجام می داد به خوبی می دانست که دارد چه کار می کند. آب پرتقال یکی از بهترین درمان های شناخته شده برای سرماخوردگی است. این میوه سرشار از ویتامین C است و همانطور که پیشتر نیز به آن اشاره شد، طول درمان را کاهش می دهد.

در دهه ۷۰ دکتر ترنس اندرسون و همکارانش در دانشگاه تورنتو نتیجه مطالعات خود را در مورد دوز روزانه مصرف ویتامین C منتشر کردند. دوز مصرف روزانه این ویتامین ۹۰ گرم می باشد و ثابت شده که مصرف روزانه این مقدار ویتامین C می تواند دوره بیماری را حتی تا یک روز نیز منحصر کند.

در همان زمان عده دیگری از دانشمندان و پزشکان که شیمی دان افسانه ای "لینوس پالینگ" نیز در میان آنها بود، این بیانیه را منتشر کردند که

مصرف ۴ برابر بیش از دوز تعیین شده، شگفتی به بار می آورد. اما در تحقیقات اخیر این مسئله کاملاً رد شده و محققان معتقدند که استفاده بیش از اندازه از آن هیچ فایده ای را در بر نخواهد داشت.

حال یک لیوان آب پرتقال حاوی چه مقدار ویتامین C است؟ بسته به نوع و مارک پرتقال ها می توان گفت در حدود ۱۲۰ گرم. این مقدار از میزان معین شده برای دوز روزانه بالاتر است. دفعه آینده که مریضی به سراغتان آمد آب پرتقال را فراموش نکنید. همچنین به خاطر داشته باشید که هر چه آب پرتقال تازه تر باشد، تاثیر آن نیز بالاتر می رود. پس سراغ آب پرتقال های تازه گرفته شده بروید.

چای زنجبیلدر چین اگر شما را در حال عطسه کردن ببینند، مطمئن باشید که چیزی جز چای زنجبیل به شما معرفی نمی کنند. گیاه شناسان باستان این دارو را از مدت ها قبل برای بیماری های مختلف تجویز می کردند. آنها معتقد بودند که چای زنجبیل برای سرماخوردگی، سر درد، حالت تهوع، و حتی بهبود گردش خون نیز موثر است.

شواهدی وجود دارد که اثبات می کند مصرف زنجبیل چه در چای و چه به صورت تنها خاصیت آرامبخش (مسکن) دارد. تحقیقات دیگر نیز نشان می دهند که زنجبیل توانایی مقابله با برخی ویروس های خاص را داراست. بنابراین یک فنجان چای زنجبیل و یا مقداری زنجبیل خرد شده تازه که در آب گرم حل شده باشد، می تواند علائم بیماری را کاهش داده و به شما کمک کند تا هر چه سریعتر سلامت خود را بدست آورید.

سیرمصریان باستان آنقدر به سیر علاقه داشتند که در معاملات پایاپای خود از آن به عنوان نوعی پول استفاده می کردند. شاید امروزه از آن نتوانید در زمینه های مشابه استفاده کنید، اما یک بشقاب غذای مملو از سیر، به راحتی می تواند سرماخوردگی را از وجود شما بیرون بکشد. سیر دارای مقادیر زیادی "الیسین" می باشد. این ماده نوعی خاصیت شیمیایی دارد و باعث می شود تا تمام باکتری ها از بین بروند و از این گذشته محیط را برای زنده ماندن هر ویروسی دشوار می سازد.

در پژوهش هایی که در سال ۲۰۰۱ در انگلستان انجام شد، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درصد احتمال ابتلا به سرماخوردگی در افرادی که از مکمل های غذایی الیسین استفاده می کنند، در مقایسه با دیگران، به نصف کاهش پیدا می کند. خوردن سیر و یا غذاهای سیر دار تاثیر مشابهی دارد.

سیر در درمان آنفلونزا نیز نقش فعالی را بازی می کند. موادی نظیر: اجیون، دریویتیو و اسیلین هر گونه باکتری را از بین می برند و نیز مانع رشد و تکثیر بسیاری از ویروس ها می شوند.

چگونه می توان فهمید که به اندازه کافی سیر مصرف نموده ایم؟ سعی کنید روزانه یک سیر به طور خام و یا پخته شده در غذاها میل کنید. البته باید توجه داشته باشید که طبخ، برخی از خواص سیر را از بین می برد، به همین دلیل این بار که خواستید در سس ماکارونی خود از سیر استفاده کنید به جای یکی از چند تا استفاده کنید تا از تمام خواص آن بهرمند شوید.

مبارزه با غذااجازه ندهید که تاثیر شربت و یا قرص های گوناگون شما را وسوسه کند. این بار که احساس بیماری کردید، به یخچال خانه مراجعه کنید و از مواد طبیعی کمک بگیرید. مادر طبیعت داروهای خوراکی زیادی را برای درمان شما در اختیارتان قرار می دهد که به اندازه داروی های سخت بشر - و در برخی مواقع خیلی بیشتر از آنها - برایتان مفید هستند.

- چه کنیم تا کم تر سرما بخوریم ؟

از آنجایی که درمان خاصی برای سرماخوردگی و آنفلوآنزا وجود ندارد ،پیشگیری بهترین سلاح برای این عوامل ویروسی است.شستن دستها و لمس نکردن صورت ،راههای ساده اما مؤثر برای جلوگیری هستند. یکی از عادتهای اشتباهی که مردم دارند این است که در هنگام سرماخوردگی یا آنفلوآنزا دردستمالی که برای عطسه یا سرفه استفاده کرده اند در جیب یا دست خود نگه می دارند ومجددا آنرا مورد استفاده قرار می دهند. این یک راه بسیار ساده ای است که عوامل بیماری دوباره به بدن انتقال یابند و بتوانند باغث تشدید بیماری شوند. بیمارن می باید دستمال مورد استفاده را فورا پس ار یک بار مصرف دور بیاندازند . یک اشتباه معمول دیگر آن است که با فشار بینی خود را در یک دستمال تمیز می کنند . فشار هوا باعث می شود که مقداری از ترشحات بینی که حاوی ویروس ها و میکروب ها هستند را به سینوسهای زیر چشم انتقال دهند و باعث عفونت سینوسی می شوند.

۱) رعایت بهداشت از جمله شستن دست ها، به ویژه قبل از هر وعده غذایی و بعد از توالت. همچنین موقع سرفه یا عطسه حتماً باید جلوی دهان خود را با دستمال کاغذی بگیرید و سپس آن را دور بیندازید.

۲) مصرف مایعات بیشتر از حالت عادی.

۳) شستن بینی با آب نمک (با غلظت ۹ گرم در یک لیتر) یا محلول نرمال سالین (که به طور آماده در داروخانه ها موجود است) چندین بار در شبانه روز جهت باز شدن مجرای بینی و خروج ترشحات بینی.

۴) استراحت و خواب کافی، که یکی از مهم ترین عوامل بهبودی سرماخوردگی است ، چون مقاومت بدن با استراحت و خواب کافی افزایش می یابد.

۵) چون اکثر افراد به خصوص کودکان در هنگام سرماخوردگی تا حدی اشتهای خود را از دست می دهند ، لذا استفاده از غذاهای سبک مانند شیر، سوپ، آش و... توصیه می شود.

۶) در صورت داشتن تب هنگام سرماخوردگی (به خصوص تب بالا) ، حتماً به پزشک مراجعه کنید تا با تجویز آنتی بیوتیک های خوراکی یا تزریقی و سایر داروها از بروز مشکلات بعدی پیشگیری شود.

۷) در صورتی که سرماخوردگی چندان جدی نباشد، با رعایت نکات مذکور در دو سه روز اولیه بهبود می یابید، ولی اگر با گذشت زمان سرماخوردگی تشدید شود، به ویژه اگر همراه با تب باشد، باید به طور حتم به پزشک مراجعه کنید تا در اولین فرصت درمان دارویی شروع شود.

۸) ظروف غذاخوری و لوازم بهداشتی شخص در طول دوره سرماخوردگی باید مجزا باشد.

۹) در صورت تجویز آنتی بیوتیک خوراکی یا تزریقی، حتماً دوره آن را کامل کنید ، چون در غیر این صورت ممکن است مشکلات بعدی ایجاد شود. متأسفانه در بسیاری از موارد مصرف داروها ، به ویژه آنتی بیوتیک ها طبق دستور دقیق و کامل پزشک صورت نمی گیرد؛ به طور مثال پزشک تشخیص می دهد که کودکی برای مدت ۱۰ روز باید از یک نوع آنتی بیوتیک خاص مصرف کند، ولی ممکن است طی ۳-۲ روز اول پس از مصرف دارو، کودک ظاهراً سلامتی خود را باز یابد و آثار بیماری از نظر ظاهری در او دیده نشود و یا تب او قطع شود. در این حالت، پدر یا مادر به خیال اینکه کودک بهبود یافته است، به طور خودسرانه دارو را قطع می کنند و فکر می کنند که ادامه مصرف دارو لازم نیست، در حالی که برای از بین بردن کامل میکروب و یا ویروس در بدن، زمان تشخیص داده شده توسط پزشک و دوره درمان را باید کامل کرد. در صورتی که دوره درمان با دارو ناقص رها شود، پس از مدت کوتاهی میکروب ها و ویروس های باقی مانده در بدن فعال شده و کودک مجدداً بیمار می شود. این مسئله گاهی چند مرتبه تکرار می شود که در این صورت با مقاوم شدن میکروب ها در مقابل داروها ، دیگر داروهای تجویزی در بدن اثر نخواهند کرد و بیماری بهبود نخواهد یافت.

۱۰) استفاده از دستگاه بخور ساده و یا همراه با بُخورهای دارویی (INHALERS)، برای مرطوب شدن هوا و تنفس بهتر شخص سرماخورده مفید است. استفاده از INHALER ، باعث ضدعفونی کردن محیط ، رفع گرفتگی بینی و کاهش میکروب ها و ویروس ها در محیط می شود .

منبع : ایرانیان انگلستان

http://vista.ir/?view=article&id=285456

vista.ir
Online Classified Service

سرماخوردگی در کمین کودکان است

فصل زمستان برای بچه ها یعنی برف بازی و درست کردن آدم برفی. اما این فصل زیبا سوغاتی ناخوشایندی نیز به همراه دارد؛ سرماخوردگی. و در این باره والدین نیز بسیار نگران هستند که کودکانشان بیمار شوند زیرا سرماخوردگی بدن بچه ها را ضعیف می کند. با این وجود اگر سیستم

ایمنی بدن قوی باشد، مانع از ابتلا به بیماری می شود. تغذیه مناسب و متنوع عامل مهمی در این خصوص است.

● ویتامین ث اکسیر شفابخش

ویتامین ث دوست لازم و مفیدی در فصل زمستان است. این ویتامین به اندام های بدن تحرک و پویایی می بخشد و از بدن در برابر هجوم ویروس ها و سرمازدگی محافظت می کند. در مواقع سرماخوردگی، معمولا مصرف ویتامین ث برای کاهش علائم بیماری توصیه می شود، زیرا این ویتامین روی سیستم ایمنی بدن تأثیر می گذارد و به سلول ها کمک می کند تا با عوامل بیماری زا مقابله کنند. خوشبختانه میوه ها و سبزیجات زمستانی مانند مرکبات، کیوی، سبزیجاتی مانند انواع کلم ها و اسفناج منبع غنی از ویتامین ث هستند. پس هر روز صبح یک لیوان آب پرتقال به فرزندتان بدهید و او را تشویق کنید تا در طول روز سبزیجات تازه فصل را بخورد.

● خستگی؛ عامل دیگری در بروز سرماخوردگی

سرما تنها عامل عفونت های فصل زمستان نیست. خستگی نیز زمینه مساعدی را برای ابتلا به سرماخوردگی در کودکان به وجود می آورد. کمبود آهن یا منیزیوم خستگی شدید و آسیب پذیری بدن را در پی دارد که تامین نیاز بدن به این مواد معدنی لازم و ضروری است. خوردن یک سهم گوشت یا ماهی در روز و مصرف گاه گاه سبزیجات خشک، نیاز کودک به آهن را تامین می کند. اگر همراه غذا یک خوراکی سرشار از ویتامین ث(به عنوان مثال میوه برای دسر) میل شود، آهن موجود در غذا بهتر جذب می شود. کمبود منیزیوم به ندرت پیش می آید زیرا بسیاری از موادغذایی حاوی این عنصر هستند.

● افزایش ایمنی بدن؛ کاهش ابتلا به بیماری

عناصر دیگری که به آنها آنتی اکسیدان اطلاق می شود نیز به طور مستقیم در سیستم ایمنی بدن تاثیرگذار هستند که ویتامین آ، روی و سلنیوم جزو آنتی اکسیدان ها هستند. هویج، کدو حلوایی، سبزیجات سبز، میوه ها، تخم مرغ و جگر منابع غذایی سرشار از ویتامین آ هستند. روی نیز در فرآورده های دریایی، گوشت قرمز و غلات کامل، به وفور یافت می شود. و بالاخره اینکه سلنیوم در ماهی های چرب و سبزیجات و میوه های خشک وجود دارد. تغذیه کودکان خصوصا باید در طول زمستان متنوع باشد تا از کمبود این عناصر پیشگیری شود.

● سرحال و پرانرژی در زمستان

آیا برای اینکه کودک، زمستان را بدون بیماری سپری کند، باید مقدار کالری دریافتی او را افزایش داد؟ به هیچ وجه. درست است که بدن برای مقابله با سرما انرژی بیشتری مصرف می کند، با این حال ما بیشتر اوقات در مکان های گرم هستیم و لباس هایی می پوشیم که ما را از سرما محافظت می کند. فقط کودکانی که به طور مداوم در هوای آزاد ورزش یا بازی می کنند، می بایست مقدار بیشتری نان، غلات و حبوبات مصرف کنند، زیرا این خوراکی ها حاوی قند یعنی ماده اساسی فعالیت ماهیچه ها، می باشند.

برخلاف نظر پذیرفته شده در بین مردم، توصیه نمی شود در فصل زمستان مقدار چربی بیشتری مصرف شود. غذاهای بسیار چرب فقط برای کسانی که ورزش های زمستانی انجام نمی دهند می تواند مفید باشد. سوپ و آش از دیگر غذاهایی است که در تغذیه کودکان در فصل سرما حتما باید گنجانده شود. در واقع این غذاها علاوه بر این که باعث سیری می شوند، در تامین آب بدن نیز تاثیرگذار است. یکی دیگر از فواید سوپ، استفاده از سبزیجات فصل در این غذاهاست.

نکته دیگر اینکه هوای سرد باعث عدم تشنگی نمی شود و باید بسیار مراقب کمبود آب بدن کودکان در این فصل بود. با نزدیک شدن به زمان ریزش دانه های سفیدبرف، نیازی نیست به کودکتان مکمل های ویتامین بدهید. تغذیه متعادل تمام نیازهای کودک را تامین می کند، موجب شادابی و مقاومت او در برابر ویروس های زمستانی می شود.

منبع : روزنامه کیهان

http://vista.ir/?view=article&id=290374

vista.ir
Online Classified Service

سرماخوردگی را جدی بگیریم

مردم برای کاهش علائم و نشانه های سرماخوردگی آسپرین مصرف می کنند اما تحقیقات نشان داده است که آسپرین تعداد ویروس های سرماخوردگی در ترشحات بینی را افزایش داده و در نتیجه شانس سرایت بیماری را از شخصی به شخص دیگر افزایش می دهد؛ بنا بر نظر سازمان ملی تحقیقاتی آلرژی و بیماری های واگیردار آمریکا، انجمن متخصصین اطفال آمریکا توصیه می کنند که نباید به بچه ها و نوجوانان آسپرین یا هر داروی دیگر که حاوی آسپرین است جهت درمان بیماری های ویروسی - به خصوص آبله مرغان و آنفلوانزا- تجویز شود.

نتیجه تحقیقات پزشکی حاکی از این است که استفاده از آسپیرین برای درمان بیماری های ویروسی سرماخوردگی در کودکان باعث بیماری REYE می شود. این بیماری می تواند باعث زیان های غیر قابل جبران مغز و کبد شود و در مواقعی مرگ اطفال را نیز به دنبال داشته باشد.

بیماری سرماخوردگی گاه به علت ضعف عمومی و کاهش مقاومت بدن روی می دهد. در این حالت فرد بیمار نیاز به استراحت، مصرف ویتامین‌ها به خصوص ویتامین C و تنفس هوای مرطوب و تمیز دارد.

بیماری سرماخوردگی گاه به علت ضعف عمومی و کاهش مقاومت بدن روی می دهد.

در این حالت فرد بیمار نیاز به استراحت، مصرف ویتامین‌ها به خصوص ویتامینC و تنفس هوای مرطوب و تمیز دارد.

اما علت مهم دیگری که موجب سرماخوردگی می شود حمله های ویروسی است. بیماری سرماخوردگی در این حالت آنفلوآنزا نامیده می شود و اگرچه با نشانه های عمومی سرماخوردگی مانند تب، ریزش آب بینی، سرفه و ضعف عمومی همراه است، بیماری شدت بیشتری دارد و گاه نیز با درد مفاصل همراه است.

- نشانه های ابتلا به سرماخوردگی شدید

- بالا بودن درجه حرارت بدن (درجه حرارت بدن به مدت بیش از دو روز بیشتر از ۸/۳۷ درجه سانتی گراد باشد)

- ابتلا به درد ناگهانی یا ترشح از یک یا دو گوش

- احساس درد در گوش خود و ادامه آن به مدت بیش از چند روز

- آبریزش و گرفتگی بینی بیش از ۱۰ روز

- سرفه همراه با خلط غلیظ و بدبوی زرد و سبز رنگ

- گلودرد بیش از ۴۸ ساعت به هنگام بلع غذا

- حساسیت های پوستی یا جلدی غیر قابل توجیه

- سفتی گردن همراه با سردرد مداوم

- درد در ناحیه سینوزیت ها، تب و ترشحات زرد یا سبز رنگ بینی که بیش از ۴۸ ساعت طول بکشد

تا به حال بیش از ۲۰۰ نوع ویروس سرماخوردگی شناسایی شده اند که تعداد آنها هر ساله نیز افزایش می‌یابد. این ویروس ها همگی سرما دوست هستند و اغلب نیز در مجاری تنفسی به صورت غیرفعال زندگی می کنند. زمانی که زمینه مناسب مثل سرد شدن هوا فراهم شود ویروس ها فعال می شوند.

از آنجایی که درمان خاصی برای سرماخوردگی و آنفلوانزا وجود ندارد، «پیشگیری» بهترین سلاح برای مقابله با این عوامل ویروسی است.شستن دست ها و لمس نکردن صورت، راه های ساده اما مؤثر برای جلوگیری هستند.

یکی از عادت های اشتباهی که مردم دارند این است که در هنگام سرماخوردگی یا آنفلوانزا، دستمالی را که برای عطسه یا سرفه استفاده کرده اند در جیب یا دست خود نگه می دارند و مجدداً آن را مورد استفاده قرار می دهند. این راه بسیار ساده ای است که عوامل بیماری دوباره به بدن انتقال یابند و بتوانند باعث تشدید بیماری شوند.

بیماران باید دستمال مورد استفاده را پس از یک بار مصرف فوراً دور بیندازند. یک اشتباه معمول دیگر آن است که با فشار بینی خود را در یک دستمال تمیز می کنند. فشار هوا باعث می شود که مقداری از ترشحات بینی که حاوی ویروس ها و میکروب ها هستند را به سینوس های زیر چشم انتقال دهند و باعث عفونت سینوسی شوند.

در علم ژنتیک ویروس سرماخوردگی از هوشمندترین نوع ویروس ها به شمار می‌آید. به دلیل آنکه این ویروس به سرعت نسبت به آنتی بیوتیک ها مقاوم می شود. ویروس سرماخوردگی در یک پوشش یا کپسول مخصوص قرار گرفته است که از ویروس محافظت می کند.

با از بین رفتن این پوشش، ویروس نیز از بین می رود. آنتی بیوتیک ها نیز این پوشش را مورد حمله قرار می دهند. حال اگر ساختمان این پوشش کمی تغییر کند ویروس به نوع جدیدی تبدیل می شود که برای از بین بردن آن نیاز به آنتی بیوتیک جدید و یا مصرف همزمان چندین آنتی بیوتیک است.

ویروس هوشمند بیماری سرماخوردگی هر سال پوشش خود را کمی تغییر می‌دهد. بدین ترتیب با وجود پیشرفت‌های چشمگیر علم پزشکی، سرماخوردگی یک بیماری جدی و خطرناک به شمار می آید که می تواند زمینه ابتلا به سایر بیماری ها مثل سینوزیت یا عفونت های ریوی را در فرد بیمار افزایش دهد. در سنین بالای ۶۰ سال سرماخوردگی های ویروسی می توانند به مرگ بیمار منجر شوند.

ریشه کن کردن سرماخوردگی به علت تغییر سریع ساختمانی ویروس و مقاوم شدن آن نسبت به داروها و آنتی بیوتیک ها مقدور نبوده است. اما تزریق واکسن سرماخوردگی، فرد را نسبت به این بیماری مقاوم می‌کند.

واکسن سرماخوردگی، ویروس ضعیف شده این بیماری است که به بدن تزریق می‌شود. ورود این ویروس ضعیف شده به بدن سبب می‌شود که سیستم دفاعی بدن فعال شود و در حالت آماده باش باقی بماند. بدین ترتیب اگر ویروس سرماخوردگی به بدن حمله کند به علت فعال بودن سیستم دفاعی، به سرعت شناسایی می شود و از بین می رود.

از آنجا که ویروس سرماخوردگی هر سال با یک تغییر کوچک به نوع جدیدی تبدیل می‌شود، کمی پس از آغاز فصل سرما فعال ترین نوع ویروس و میزان تغییر آن شناسایی می شود و واکسن جدید ضد سرماخوردگی ساخته می‌شود.

تا دو هفته بعد از واکسینه شدن به علت حضور ویروس ضعیف شده در بدن، قدرت سیستم ایمنی و دفاعی کاهش می یابد، به همین علت در طول این مدت بدن نیاز به مراقبت بیشتری دارد. مصرف خوراکی های ویتامین دار به خصوص میوه ها نیز توصیه می شود.

http://vista.ir/?view=article&id=282607

vista.ir
Online Classified Service

سرماخوردگی و آنفلوآنزا؛ خیال و واقعیت

با وجود این‌که سرماخوردگی و آنفلوآنزا بیماری‌های بسیار رایجی هستند اما اغلب به آسانی از هم تشخیص داده نمی‌شوند. این دو بیماری علائم و نشانه‌های مشابهی دارند اما در هر دو با رعایت یک رژیم غذایی سالم و نوشیدن مقدار زیادی مایعات می‌توان به بدن کمک کرد تا هر چه سریع‌تر بهبود یابد. در این مقاله قصد داریم حقایقی را راجع به سرماخوردگی و آنفلوآنزا بیان کنیم تا بتوانید برای پیش‌گیری از آن‌ها قدم‌های مثبتی برداشته و داستان‌های قدیمی را کنار بگذارید.

● اگر در معرض گرمای بیش از حد یا سرما قرار بگیرید، سرما می‌خورید

این عقیده کاملا" خیالی و نادرست است. هیچ‌گونه مدرک علمی وجود ندارد که نشان دهد، قرار گرفتن در معرض هوای سرد یا گرم، موجب سرماخوردگی می‌شود. همه می‌دانیم که روش زندگی سالم به همراه خواب کافی، تغذیه‌ی خوب و ورزش می‌تواند تضمین کند که سیستم ایمنی بدن‌مان در وضعیت خوبی قرار دارد و برای مبارزه با بیماری‌ها آماده است. از طرفی دیگر تحقیقات بسیاری نشان داده است که فشارهای عصبی روان‌شناختی و بیماری‌های آلرژیک می‌تواند بینی یا گلوی‌تان را تحت تأثیر قرار داده و موجب شود در مقابل ویروس سرماخوردگی مقاومت کم‌تری داشته باشید.

● آنفلوآنزا و سرماخوردگی نشانه‌های یکسانی دارند

این طرز فکر نیز غلط است. برای این‌که بدانید که سرماخورده‌اید یا آنفلوآنزا دارید، ابتدا دمای بدن‌تان را اندازه بگیرید. نشانه‌های آنفلوآنزا اغلب از علائم سرماخوردگی تقلید می‌کند و اختناق بینی، سرفه، درد مداوم و کسالت را به همراه دارد. اما در سرماخوردگی معمولی به ندرت تب افراد بالاتر از ۳۸ درجه می‌رود، اما با علائم آنفلوآنزا حتما" یک تب ابتدایی و احساس درد فراوانی دارید. درد مداوم بدن و عضلات در این بیماری رایج‌تر است.

در بیماری سرماخوردگی ظرف چند روز اول اختناق بینی، خارش گلو و احساس بیماری و ناراحتی خواهید داشت. نشانه‌های آنفلوآنزا معمولا" بسیار سریع بروز می‌کند و شدید هستند اما نشانه‌های سرماخوردگی معمولا" چند روز طول می‌کشد تا پیشرفت کند.

● سوپ جوجه‌ی خانگی، درمانی مؤثر برای اختناق بینی است

این مورد کاملا" حقیقت دارد. سوپ جوجه محرکی قوی برای ترشحات غلیظ بینی است. مخصوصا" در صورتی‌که پر از فلفل، سیر و ادویه‌ی کاری تند یا دیگر ادویه‌های محرک باشد کمک می‌کند این ترشحات در حنجره و ریه کاهش یابد.

ورزش به ارتقای عمل‌کرد سیستم ایمنی کمک می‌کند، اشکالی ندارد اگر با وجود سرماخوردگی ورزش کنید. اما هنگام این کار به بدن‌تان گوش دهید برخی اوقات داروهای سرماخوردگی مثل دکونژستان‌ها می‌توانند ضربان قلب‌تان را بالا ببرند.

مطالعات نشان داده است که سوپ جوجه‌ی تند عمل‌کرد مژک‌های ریز مو مانند درون بینی که از بدن در مقابل باکتری‌ها و ویروس‌ها مراقبت می‌کنند را بهتر می‌کند. نوشیدن چای داغ نیز یک نوع درمان خانگی بسیار مؤثر دیگر است. چای داغ به رقیق‌کردن خلطها و ترشحات بینی و هیدراسیون بدن کمک می‌کند. چای‌های سیاه و سبز سرشار از فلانوئیدها است که آنتی‌اکسیدان‌های نیرومندی را همراه با فاکتورهای شفابخش دارد.

● معمولا" اشکالی ندارد که هنگام سرماخوردگی ورزش کنید

این عقیده نیز درست است. زیرا ورزش به ارتقای عمل‌کرد سیستم ایمنی کمک می‌کند، اشکالی ندارد اگر با وجود سرماخوردگی ورزش کنید. اما هنگام این کار به بدن‌تان گوش دهید برخی اوقات داروهای سرماخوردگی مثل دکونژستان‌ها می‌توانند ضربان قلب‌تان را بالا ببرند. به علاوه ضربان قلب با ورزش نیز افزایش می‌یابد. تلفیق ورزش و دکونژستان‌ها موجب می‌شود تا قلب‌تان سریع‌تر پمپ کند بنابراین ممکن است نفس کم آورده و در نتیجه در تنفس دچار مشکل شوید. در صورتی‌که از بیماری آسم رنج می‌برید و سرماخورده‌اید. قبل از اقدام به ورزش با پزشک‌تان مشورت کنید.

اگر علائم تنگی نفس‌تان با سرماخوردگی بدتر می‌شود باید احتیاط کنید. ورزش به همراه سرماخوردگی و نفس‌تنگی باعث افزایش سرفه و خس‌خس سینه می‌شود.

- سرماخوردگی شکم و آنفلوآنزا هر دو یک بیماری هستند

اشتباه می‌کنید. گاهی اوقات افراد علائم سرماخوردگی شکم یا ورم معده و روده‌ها را با بیماری ویروسی آنفلوآنزا اشتباه می‌گیرند. سرماخوردگی شکمی همان ورم روده‌ها است که ممکن است توسط ویروس، باکتری، انگل در غذاهای فاسد یا آب آلوده ایجاد شود. حساسیت به لاکتوز هم می‌تواند نشانه‌های مشابهی داشته باشد.

آنفلوآنزا یک بیماری ویروسی تنفسی است که علائم مشابهی با سرماخوردگی دارد اما علائم آن بسیار شدیدتر از سرماخوردگی است و با خستگی، تب و اختناق تنفسی همراه است.

- می‌توانید بینی گرفته‌تان را با ظرف مخصوصی و محلول آب و نمک تخلیه کنید

محققان مطالعات علمی و شستشوی بینی با آب نمک را توصیه می‌کنند. این روش طبی سنتی به رقیق‌کردن ترشحات بینی، آب‌ریزش پشت حلقی و سینوس‌ها و مرطوب‌کردن غشاهای خلطی خشک کمک می‌کند. به علاوه این کار ذرات ویروسی و باکتری‌های درون بینی را از بین می‌برد. ظرف شستشوی بینی، یک ظرف سرامیکی شبیه به چراغ جادوست و در تمام داروخانه‌ها موجود است. آن‌را با محلول آب و نمک پر کنید سپس روی سینک دست‌شویی تکیه داده و سرتان را به یک طرف کج کنید، محلول را مستقیما" درون سوراخ بینی بریزید. مایع به درون بینی‌تان خواهد رفت و از آن یکی سوراخ و پشت حلق‌تان بیرون خواهد ریخت. آبی که در دهان‌تان جمع می‌شود را بیرون ریخته و بینی‌تان را تخلیه کنید. محلول را از یک چهارم قاشق چای‌خوری نمک بدون ید، یک چهارم قاشق چای‌خوری جوش‌شیرین و ۱۸ اونس آب گرم تهیه کنید.

مطالعات نشان داده است که سوپ جوجه‌ی تند عمل‌کرد مژک‌های ریز مو مانند درون بینی که از بدن در مقابل باکتری‌ها و ویروس‌ها مراقبت می‌کنند را بهتر می‌کند. نوشیدن چای داغ نیز یک نوع درمان خانگی بسیار مؤثر دیگر است.

- دانشمندان به ساخت واکسن سرماخوردگی نزدیک شده‌اند

این تصور کاملا" غلط است زیرا سرماخوردگی می‌تواند از دویست ویروس مختلف به وجود بیاید و برای متخصصان و دانشمندان دشوار است تا واکسنی تهیه کنند که افراد را در مقابل تمام ویروس‌های سرماخوردگی حفاظت کند. ضمن این‌که نیاز بسیار کمی به واکسن سرماخوردگی وجود دارد. زیرا سرماخوردگی، بیماری جزئی گلو، بینی و سینوس‌هاست و عمدتا" بدون هرگونه مشکل جدی از بین می‌رود و فقط به مدت چند روز تا یک هفته کمی احساس درد و خستگی خواهید داشت. اما آنفلوآنزا می‌تواند بسیار جدی باشد. این بیماری هر سال جان حدود ۳۶ هزار نفر از مردم آمریکا را می‌گیرد.

- آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان سرماخوردگی و آنفلوآنزا مفید هستند

این طرز فکر غلط است زیرا آنتی‌بیوتیک برای درمان این دو بیماری استفاده نمی‌شود. این دارو برای درمان بیماری‌های ناشی از باکتری است در حالی‌که سرماخوردگی و آنفلوانزا ویروسی هستند.

شاید عجیب به نظر برسد اما این دو بیماری نیز می‌توانند به بیماری‌های باکتریایی تبدیل شوند که در آن صورت به مراقبت‌های پزشکی و آنتی‌بیوتیک نیاز خواهند داشت. در صورتی‌که سینوس‌ها گرفته باشند و نتوان آن‌ها را به راحتی تخلیه کرد، موجب بروز بیماری عفونی با منشأ باکتری خواهند شد. در طول دوران سرماخوردگی یا آنفلوآنزا احتمال بروز عفونت سینوس و گوش نیز وجود دارد این نوع عفونت‌ها به صورت خود به خود بهتر خواهند شد اما برخی اوقات برای پاک‌سازی بیماری باکتریایی از بدن به آنتی‌بیوتیک نیاز است.

در بعضی موارد آنفلوآنزا تبدیل به ذات‌الریه می‌شود - عفونت شدید ریه - و نیاز به درمان و مراقبت‌های بالینی دارد که یکی از انواع درمان‌ها، مصرف آنتی‌بیوتیک است.

- نمی‌توان از سرماخوردگی یا آنفلوآنزا جلوگیری کرد

این عقیده اشتباه است. یکی از اصلی‌ترین روش‌های پیش‌گیری برای هر دو بیماری، شستشوی مرتب دست‌هاست؛ یعنی شستن دست‌ها با آب داغ و صابون به مدت حداقل ۲۰ ثانیه. این کار آلودگی موجود روی دست‌ها را از بین می‌برد و از بروز بیماری جلوگیری می‌کند. روش بعدی واکسن آنفلوانزا است. این بیماری معمولا" در ماه‌های دی، و بهمن به اوج می‌رسد بنابراین بهتر است در ماه‌های آبان یا آذر، واکسن خود را تزریق کنید. ظرف دو هفته بعد از تزریق آن، آنتی‌بادی‌ها در بدن تولید خواهد شد و شما را در برابر بیماری حفظ خواهد کرد.

در صورت مشاهده‌ی نشانه‌های آنفلوآنزا حتما" به پزشک مراجعه کنید. در صورت مصرف داروهای ضد ویروسی، ظرف ۴۸ ساعت اول، روند بهبودتان سریع‌تر خواهد بود و حتی ممکن است از بروز این بیماری در افرادی که با فرد دارای آنفلوانزا در تماس هستند نیز جلوگیری کند.

منبع : علوی

http://vista.ir/?view=article&id=365403

vista.ir
Online Classified Service

سرماخوردگی و مکمل های تغذیه ای

سرماخوردگی و گلودرد یک عفونت حاد(کوتاه مدت) ویروسی در قسمت مجرای تنفسی فوقانی است که از طریق هوا مانند عطسه کردن یا تماس با افراد مبتلا به بیماری، از فردی به فرد دیگر سرایت می کند.

مکمل های تغذیه ای که برای سرماخوردگی توصیه می شوند، شامل : ویتامین C – روی (به شکل قرص یا اسپری بینی) و پروپیول است.

● علائم سرماخوردگی چیست؟

آب ریزش و گرفتگی بینی، گلودرد، بی تابی و التهاب از علائم عمده آن است. بیشتر اوقات گلودرد به تنهایی و جدای از سرماخوردگی، خود یک علامت جدی است مثل گلودرد استرپتوککی(میکروبی) که احتیاج به تشخیص پزشکی و درمان با آنتی بیوتیک دارد. وقتیکه عفونت ویروسی است، آنتی بیوتیک ها تأثیری در بهبود سرماخوردگی ندارند.

● درمان سرماخوردگی چگونه است؟

محیط مرطوب و گرم، باعث تسریع بهبود می شوند. کسانیکه به سختی دچار سرماخوردگی می شوند، بایستی استراحت کنند. داروهای بازکننده گرفتگی بینی مانند پزودوفدرین و فنیل فرین، بطور موقت بینی را باز می کنند، اما اغلب مجدداً بینی دچار گرفتگی می شود.

برای حفظ تعادل آبی و تسهیل جریان ترشحات بدن، بایستی مقدار زیادی مایعات نوشید. اگر سرفه شدید یا خطرناک باشد، داروهای ضد سرفه مثل دکسترومتورفان، خصوصاً برای خواب راحت، تجویز می شوند.

درغیراینصورت ، برای خارج ساختن ویروس های عفونی و ترشحات جمع شده در گلو، بایستی خلط را دفع کرد و نبایستی آن را در گلو نگه داشت.

● توصیه های غذایی مفید:

زیاده روی در مصرف شکر، چربی و الکل به سیستم ایمنی بدن آسیب می زند، هر چند که از چگونگی تاثیر این موادغذایی در طول دوره ی سرماخوردگی اطلاع دقیقی در دست نیست.

● مکمل های غذایی مفید:

▪ ویتامین C :

بررسی ۲۱ مطالعه نشان داد مصرف ۱ تا ۸ گرم ویتامین C در روز، مدت و شدت سرماخوردگی را تا ۲۳ درصد کاهش می دهد.

مقدار مناسب ویتامین C برای درمان سرماخوردگی معلوم نیست، ولی ممکن است حداکثر ۱ تا ۳ گرم در روز باشد؛ با توجه به اینکه مقدار بیشتر از ۲۰۰- ۱۲۰ میلی گرم در روز، بعنوان مقدار مناسب و کافی برای افراد سالم در نظر گرفته می شود.

بررسی ۲۳ مطالعه نشان داد مکمل دهی ویتامین C در کودکان اثرات بهتری نسبت به بزرگسالان دارد. همان مطالعه ثابت کرد مصرف ۲ گرم یا بیشتر ویتامین C در روز، در کاهش مدت سرماخوردگی مؤثرتر از ۱ گرم در روز است.

▪ روی (Zn) :

مصرف روی (Zn) در زمان سرماخوردگی بصورت مکمل به افراد ، ثابت کرده که این عنصر باعث کاهش قدرت ویروس ها برای احاطه سلولهای بدن و کمک به سلولهای ایمنی برای مبارزه با سرماخوردگی می شود و علائم سرماخوردگی را تسکین می دهد.

قرص روی مدت سرماخوردگی را در بزرگسالان کاهش داد ولی در کودکان اثری نداشت.

قرص های حاوی گلوکونات روی، گلسین- گلوکونات روی واستات روی در بهبود مؤثرند، ولی مصرف روی به صورتهای دیگر و قرص هایی که حاوی اسید سیتریک، اسید تارتاریک، سوربیتول و مانیتول هستند اثری ندارند .

برای بهبود سرماخوردگی، قرص هایی که حاوی ۱۳ تا ۲۵ گرم گلوکونات روی، گلسین- گلوکونات روی یا استات روی می باشند، هر ۲ ساعت یکبار برای چند روز مختلف استفاده می شوند. اگر این قرص ها با بروز اولین علامت سرماخوردگی مصرف شوند، بهترین اثر را دارند.

مطالعات بیان می کرد دلایل کافی برای اثر روی وجود ندارد و از نظر آماری، معنی دار نیست. اما مقایسه ۶ آزمایش ثابت کرد، در کسانیکه در زمان سرماخوردگی قرص روی مصرف کرده بودند بعد از یک هفته، در مقایسه با افرادیکه مصرف نکرده نبودند، علائم سرماخوردگی کاهش یافته بود و معنی دار نبودن از نظر آماری به دلیل کافی نبودن تعداد افراد یا روی مصرفی بود.

اسپری بینی روی نسبت به قرص روی در بهبود سرماخوردگی مؤثرتر است، زیرا طبق یک بررسی، میزان سرماخوردگی در افرادی که ۴ بار در روز این اسپری را بکار برده بودند ۷۴ درصد کم شده بود، در صورتیکه با مصرف قرص روی ۴۲ تا ۵۳ درصد کاهش یافته بود.

▪ پروپیول :

پروپیول ماده صمغی است که توسط حشرات از جوانه های برگی شکل و پوست درختان جمع آوری می شود خصوصاً از درختان صنوبر و کاج.

عصاره پروپیول می تواند در پیشگیری و کوتاه کردن مدت سرماخوردگی مؤثر باشد.

مطالعات بالینی نشان داد، عصاره پروپیول عفونت دستگاه تنفسی فوقانی را در کودکان کاهش می دهد.

تولیدکنندگان این محصول توصیه می کنند، فرآورده های خوراکی پروپیول به میزان ۵۰۰ میلی گرم، یک یا دوبار درروز مصرف شوند.

منبع : سایت سیمرغ

http://vista.ir/?view=article&id=283906

vista.ir
Online Classified Service

سرماخوردگی یا آلرژی بینی؟

در بسیاری از فرهنگ‌ها، الرزی را در اصلاح، سرماخوردگی به حساب می‌آورند و حتی نام دیگر الرژی بینی را "زکام تابستانه" نامیده‌اند. شناسائی این دو از یکدیگر برای همه مردم، مفید می‌باشد.

شباهت‌ها : هر دو، آب ریزش بینی عطشه، گرفتگی بینی و سرفه، گلودرد و خستگی دارند؛ سوزش بینی در هر دو دیده می شود.

- تفاوت‌ها :

۱) علامت‌های بالینی :

تب و درد عمومی بدن، مخصوص سرما خوردگی می‌باشد و به هیچ وجه در آلرژی دیده نمی‌شود. درگیری چشم‌ها در آلرژی بینی، بسیار بیشتر ازسرماخوردگی است. خارش بینی در سرماخوردگی دیده نمی‌شود.

۲) سیر بالینی:

سرماخوردگی به طور معمول ۳ تا ۷ روز می‌باشد و به ندرت به ۱۰روز می‌کشد؛ ولی الرژی بینی به طور آلرژی به طور معمول بعد از ۲ تا ۳ هفته جدی می‌شود و بیمار به پزشک مراجعه می‌کند؛ یعنی در سرماخوردگی، بیمار سریع‌تر دنبال درمان می‌گردد. علامت‌های سرماخودگی در تمام شبانه روز، یکسان می‌باشد. ولی الرژی بینی، حالت حمله‌ای دارد و در اوایل صبح و غروب بیشتر می‌باشد . بین حمله‌ها، بیمار بدون نارو، نرمال است سرماخوردگی، یک بیمار حاد محسوب می‌شود ولی الرژی بینی، مزمن می‌باشد.

۳) عوارض:

سرماخوردگی به طورمعمول عارضهٔ خاصی ندارد، هر چند اضافه شدن عفونت در گوش یا سینوس به دنبال سرماخوردگی، ممکن است پیش آید که آن هم در افرادی با زمینهٔ آلرژی یا انحراف یا نقص سیستم ایمنی و..مطرح است.اصطلاح‌هائی چون سرماخوردگی مزمن یا سرماخوردگی مکرر، معنادار نمی‌باشند و در صورتی که در بیمار، عوارض سینوزیت باعث مزمن شدن علائم گردد. دیگر سرماخوردگی نیست و همان سینوزیت می‌باشد، افرادی که آلرژی بینی دارند، آلرژی به سینوس، حلق، حنجره و گوش میانی توسعه می‌یابد. در مواردی نیز آسم در این افراد ایجاد می شود.

۴) عوامل:

سرماخوردگی به علت ویروس ایجاد می‌شود و ویروس‌ها قابل شناسائی هستنند و حتی قابلیت تکثیر شدن در محیط آزمایشگاهی را دارند و نوعی موجودات زنده محسوب می‌شوند، ولی علت آلرژی بینی، "آلرژن ها"

هستنند که زنده نمی‌باشند و قابل تکثیر هم نیستند. از بافت و ترشح‌های بینی در سرماخوردگی می‌توان ویروس‌ها را جدا کرد، ولی "آلرژن‌ها" قابل جدا کردن از این بافت نمی‌باشند.

۵) مسری بودن:

سرماخوردگی بسیار مسری می‌باشد و به سرعت همه در خانواده، مبتلا می‌شوند؛ ولی آلرژی بینی، ممسری نمی‌باشد و اگر هم به علت ارثی بودن فرد دیگری مبتلا شود، حالت‌ها و علامت‌های بیماری با یکدیگر فرق می‌کنند.

۶)فصل:

سرماخوردگی به طور معمول در پائیز و زمستان بیشتر است، ولی آلرژی بینی در تمام فصل‌ها شایع می‌باشد.

۷) سابقه:

تماس با افرادی سرماخورده در یکی دو روز گذشته، برای شروع سرماخوردگی کافی است.مواجه شدن با گرده گیاهان با خوردن غذای خاص با استفاده از عطر مواد شیمیائی در فاصله چند ساعت قبل از شروع علائم در آلرژی بینی، کمک کننده می‌باشد. افراد دچار آلرژی بینی، ممکن است سابقه علائم مشابه در همین مواقع در سال قبل داشته است و یا سابقه کهیر، اگر ما و یا اسم در دوره‌ای از عمر خود داشته باشند.

۸) تصور بیمار:

احساس بیمار در موارد سرماخوردگی و آلرژی بینی با هم متفاوت می‌باشد. این احساس، ناشی از تجربهٔ افراد از بیماری‌های قبلی نیست.

۹) سرماخوردگی با استراحت خوب می‌شود . ولی استراحت در در درمان آلرژی بینی نقشی ندارد. درمان‌های خانگی سرماخوردگی بر آلرژی بینی اثری ندارد. آنتی هیستامین‌ها در آلرژی بینی، به طور کامل علامت ها را کنترل می کنند؛ولی در سرماخوردگی اثر محسوسی ندارد. استامینوفن (مسکن‌ها)، غرغرهٔ آب نمک یا عسل و آب لیمو که در سرماخوردگی موثر می باشد، در آلرژی بینی موثر نیست. اسپری کیومولین و

کورتون (استیروئید) در سرماخوردگی جائی ندترند.

۱۰) پیشگیری:

شست و شو دست ها و ماسک زدن و دوری کردن از افراد سرماخورده درسرماخوردگی، بسیار موثر است؛ ولی دوری از "آلرژن‌ها" سخت تر است.

و همیشه امکان پذیر نمی‌باشد. واکسن ضد آنفلوانزا برای ویروس‌های آنفلوانز تاد حدودی موثر می باشد، ولی بر ویروسهای سرما خوردگی و با آلرژی بینی اثری ندارد.

جدول مقایسهٔ ین علامت های آلرژی بینی و سرماخوردگی:

آلرژی/ سرماخوردگی / علامت

گاهی / به طور معمول / سرفه

هرگز/گاهی / درد عمومی

گاهی/گاهی / خستگی

به طور معمول/به ندرت / خارش چشم

به طور معمول/ به طور معمول /عطسه

گاهی/ به طور معمول /کلودرد

به طور معمول/ به طور معمول / آب ریزش بینی

به طور معمول/ به طور معمول / گرفتگی بینی

هرگز/به ندرت / تب

منبع : مجله شادکامی و موفقیت

http://vista.ir/?view=article&id=266402

vista.ir
Online Classified Service

سرماخوردگی، آنفولانزا یا آلرژی ؟

دانستن تفاوتهای اساسی بین سرماخوردگی ، آنفولانزا ، و آلرژی امری مهم برای مقابله با اینگونه بیماریها می باشد . بر خلاف باور بسیاری از مردم ، هوای سرد تاثیری بر سرما خوردگی ندارد یا اگر هم دارد بسیار اندک است. حقیقت آن است که در طول فصل های سرد مردم اغلب اوقات خود را در محیط های سرپوشیده و بسته می گذرانند.

در نتیجه شانس و فرصت پخش شدن ویروس به طریق تماس نزدیک از فردی به فرد دیگر افزایش می یابد. بطور کلی ویروس سرما خوردگی از دو طریق انتقال می یابد. اول از طریق تنفس و استنشاق ترشحات عفونی عطسه و سرفه پخش شده در هوا، دوم از طریق لمس اشیاء آلوده به

ویروس (مانند کتاب , دستگیره در و دست دادن با افراد بیمار) و لمس متقابل صورت. هوای سرد رطوبت را کاهش می دهد از این رو باعث خشک شدن مجرای بینی می شود و بدین وسیله شرایط برای واگیر کردن ویروس آماده می شود .

ترشحات معمول و طبیعی بینی و گلو یکی از اولین خطوط دفاعی بدن در مقابل ویروس های سرماخوردگی هستند، به علاوه بسیاری از ویروس های سرماخوردگی با کاهش رطوبت دوام بیشتری پیدا می کنند ....

تشخیص سرماخوردگی و آنفولانزا از یکدیگر بسیار مهم است خصوصا در مورد بچه ها و افراد مسنی که سیستم دفاعی بدنشان دچار اختلا ل و اشکال است و به بیماری سرماخوردگی و آنفولانزا مبتلا شده اند .

چرا که بیماری سرماخوردگی به آسانی قابل درمان است و در بدترین حالت امکان دارد به عفونت ثانویه باکتریایی منجر شود که آن هم به وسیله مصرف آنتی بیوتیک قابل درمان است .ولی آنفولانزا یکی از بیماریهای خطرناکی است که می تواند به مرگ منجر شود به طوری که آمار نشان می دهد که آنفولانزا سالانه تنها در آمریکا جان ۲۰۰۰۰ نفر را می گیرد .

سرما خوردگی و آنفولانزا هر دو نشانه های مشترکی دارند ،اما معمولا می توان آنها را از هم تمیز داد . بطور کلی نشانه های سرماخوردگی مرحله به مرحله در طی چند روز بعد از شروع عفونت بروز پیدا می کنند .سرماخوردگی معمولا با گلو درد همراه با عطسه ،آبریزش بینی یا گرفتگی بینی شروع می شود .تب، یک علامت معمولی برای یک سرماخوردگی ساده نمی باشد و زمانی که تب وجود دارد معمولا بیانگر وجود عفونت باکتری یایی می باشد .

همچنین معمولا سر درد شدید و دردهای شدید عضلانی رابطه مستقیمی با بیماری سرماخوردگی ندارند و علائم خستگی و ضعف نیز خفیف می باشد . نشانه های آنفولانزا از قبیل سر درد سرفه های خشک ،لرز و دردعمومی در تمام بدن معمولا به طور ناگهانی ظاهر می شوند همچنین تب بالا (۱۰۲-۱۰۴F) به صورت سه تا چهار روز یکی از مهمترین نشانه های آنفولانزا هست .

گرفتن بینی, عطسه وگلو درد از نشانه های بارزآنفولانزا نمی باشد . این علائم اگر وجود داشته باشد معمولاً در مراحل آخر بیماری بروز می نماید . همچنین تمیز دادن بین سرماخوردگی و آلرژی دارای اهمیت بسیاری است . نشانه های سرماخوردگی و آلرژی می تواند مشابه باشد . اما یک سری از نشانه ها و علامتهای بخصوصی وجود دارند که می توان آن دو را از هم متمایز کرد . در حقیقت هم آلرژی و هم سرماخوردگی دارای نشانه هایی از قبیل : گرفتگی بینی ، عطسه ، آبریزش بینی ، آبریزش چشم و گاهی سردرد می باشد .

اما علائم سرماخوردگی یکی یکی ظاهر می شود ابتدا عطسه ، آبریزش بینی ، آبریزش چشم و به دنبال آن گرفتگی بینی ، اما در آلرژی تمام علائم با هم و در یک زمان ظاهر می شوند . عطسه های پیاپی و پشت سر هم معمولاً نشانگر وجود آلرژی است در صورتی که تک عطسه معمولا نشانگر سرماخوردگی است . به علاوه در سرماخوردگی ترشحات بینی زرد رنگ می باشد در صورتی که در آلرژی ترشحات بینی بیرنگ و رقیق می باشد .

یکی دیگر از تفاوت های آلرژی و سرماخوردگی این است که طول مدت وجود علائم سرماخوردگی می تواند ۷ تا ۱۰ روز ادامه داشته باشد ، درحالیکه نشانه های آلرژی در مدت بسیار کوتاه تری پایان می یابد . تا کنون بیش از ۲۰۰ نوع مختلف ویروس سرماخوردگی شناخته شده است. ویروسRhino _ Corona Influenza Para جزء رایج ترین ویروس ها می باشد .

قسمت بالایی بینی به علت داشتن دمای مناسب(۹۱ درجه فارن هایت) یکی از مناسب ترین مکانها برای رشد این ویروس هاست . برخی از انواع ویروس های آنفولانزا و سرماخوردگی قابلیت جهش و تغییر نوع به ویروسی دیگر را دارند این امر دانشمندان را برای پیدا کردن واکسن های مؤثر به دردسر انداخته است . به طور کلی زنان بیشتر از مردان دچار سرماخوردگی می شوند . اما بسیاری از مردم بر این باورند که این امر به دلیل ضعف جسمانی و یا ضعف سیستم دفاعی بدن زنان می باشد .

اما دلیل اصلی آن این است که زنان در ارتباط بیشتری با بچه ها هستند و همچنین بچه ها بیشترین آمارسرماخوردگی را دارند. اصولاً این امر به دلیل ضعف ساختار سیستم دفاعی بچه ها یا مقاومت کم آنها در مقابل عفونت ها و همچنین به دلیل تماس زیاد با بچه های دیگر در مدرسه و مکانهای دیگر می باشد . معمولاً از روز دوم تا چهارم سرماخوردگی شمارش ویروس ها در ترشحات بینی به حد زیادی می رسد . ازاین زمان است که شخص بیشترین شانس انتقال بیماری را به افراد دیگر دارد .

آسپیرین توسط بیشتر مردم برای کاهش علائم و نشانه های سرماخوردگی مصرف می شوند . اما تحقیقات نشان داده است که آسپرین تعداد و یا شمارش ویروس های سرماخوردگی در ترشحات بینی را افزایش می دهد و در نتیجه شانس سرایت بیماری را ازشخصی به شخص دیگر افزایش میدهد.

بنابر نظر سازمان ملی تحقیقاتی آلرژی و بیماریهای واگیر آمریکا ـ انجمن متخصصین اطفال آمریکا توصیه می کنند که نباید به بچه ها و نوجوانان آسپیرین و یا هر داروی دیگری که حاوی آسپیرین است جهت درمان بیماریهای ویروسی خصوصاً برای آبله مرغان و آنفولانزا تجویز شود .

نتیجه چندین تحقیقات پزشکی حاکی از این است که استفاده از آسپیرین برای درمان بیماریهای ویروسی و سرماخوردگی در کودکان می تواند باعث بیماریreye شود .این بیماری می تواند باعث زیانهای غیر قابل جبران به مغز و کبد شود و در مواقعی حتی می تواند باعث مرگ اطفال شود . همچنین قابل توصیه است که استفاده از داروهای ضد درد مانند استامینوفن در مراحل اول سرماخوردگی می تواند باعث اختلال در سیستم طبیعی و دفاعی بدن شود و در نتیجه سیستم دفاعی بدن را در مقابل ویروس های سرماخوردگی ضعیف نماید و باعث طولانی تر شدن دورهٔ بیماری شود .

هیچ درمان خاصی برای درمان سرماخوردگی یا آنفولانزا وجود ندارد و تنها گذشت دورهٔ بیماری و کارایی سیستم دفاعی بدن بهترین راه حل و درمان است , اگرچه تعداد زیادی از افراد با دیدن علائم سرماخوردگی یا آنفولانزا شروع به خوردن آنتی بیوتیک می کـــنند . این آنتی بیوتیک ها معمولاً از نسخه های قبلی باقی مانده است و یا اینکه از دوستان یا آشنایان می گیرند و یا با قیمتهای پایین از بازار آزاد می خـــرند ،که این گروه را معمولا افراد بی بضاعت و افراد بدون پوشش بیمه ای تشکیل می دهند. آنتی بیوتیک ها برای عفونتهای باکتریایی استفاده می شوند ، در حالیکه سرماخوردگی عامل ویروسی دارد و آنتی بیوتیک نمی تواند ویروس را متوقف کند .

مصرف خودسرانه و بدون مشورت پزشک باعث بوجود آمدن نوعهای جهشی جدیدی از باکتری ها می شود که نسبت به آنتی بیوتیک مقاومت دارند و این امر برای پزشکان مشکلات بسیاری بوجود آورده است . بسیاری از مردم بر این باورند که مصرف زیاد ویتامینC باعث جلوگیری از سرماخوردگی می شود و یا نشانه های سرماخوردگی را کاهش می دهد .

اما هنوز دلیل قانع کننده علمی برای این موضوع پیدا نشده است . البته در این مطلب شکی نیست که ویتامینC یک ویتامین اساسی است و باعث افزایش سلامتی می شود و امکان دارد که باعث کاهش دورهٔ سرماخوردگی شود اما در درمان و جلوگیری از سرماخوردگی تأثیر بسزایی ندارد . در حقیقت مصرف یک دوره زیاد ویتامینC برای مدت زمانی طولانی می تواند مضر باشد و می تواند باعث اسهال و کاهش آب بدن در بزرگسالان و بچه ها شود و باعث نتایج گمراه کننده و اشتباه در آزمایشات خون و ادرار شود. مدارک علمی وجود دارند که قرص های مکیدنی روی (Zinc) می تواند دوره سرماخوردگی را کاهش دهد .

تحقیقات پزشکی نشان داده است اگر قرصهای مکیدنی روی در طول ۲۴ ساعت اول بروز علائم سرماخوردگی مصرف شود می تواند دورهٔ سرماخوردگی را بطور قابل توجهی کاهش دهد . محققان بر این باورند که روی از ارتباط ویروس های سرماخوردگی و سلول های بدن جلوگیری می کند . اما استفاده از قرصهای روی از ایجاد سرماخوردگی و یا آنفولانزا جلوگیری نخواهد کرد و اگر این قرصها برای مدت طولانی استفاده شود می تواند سیستم دفاعی بدن را ضعیف نماید و باعث افزایش کلسترول خون شود . از آنجایی که درمان خاصی برای سرماخوردگی و آنفولانزا وجود ندارد جلوگیری بهترین سلاح برای این عوامل ویروسی است .

شستن دستها و لمس نکردن صورت راه هایی ساده اما مؤثر برای جلوگیری از سرماخوردگی هستند. یکی از عادت های اشتباهی که مردم دارند این است که در هنگام سرماخوردگی یا آنفولانزا دستمالی را که برای عطسه یا سرفه استفاده کرده اند در جیب یا دست خود نگه می دارند و مجدداً آن را مورد استفاده قرار می دهند این یک راه بسیار ساده ای است که عوامل بیماری دوباره به بدن انتقال یابند و بتوانند باعث تشدید بیماری شوند .

بیماران می باید دستمال مورد استفاده را فوراً پس از یکبار مصرف دور بیندازند . یک اشتباه معمول دیگر آن است که با فشار, بینی خود را در یک دستمال تمیز می کنند .

فشار هوا باعث می شود که مقداری از ترشحات بینی که حاوی ویروسها و یا میکروبها هستند را به سینوس های زیر چشم انتقال دهد و باعث عفونت سینوسی شود. از آنجایی که مراقبت و درمان پزشکی خاصی برای سرماخوردگی و آنفولانزا وجود ندارد بهترین راه درمان استراحت و نوشیدن مایعات به مقدار زیاد است .

بسیاری از مردم سلامت خود را از آنفولانزا در طول چند روز بدست می آورند در صورتیکه سرماخوردگی ممکن است به مدت یک یا دو هفته بطول انجامد . اگر نشانه های بیماری بدتر شوند و یا برای مدت طولانی ادامه یابند و یا علائمی مانند تنگی نفس ، درد در قسمت قفسه سینه ، تب ، استفراغ، احساس درد زیاد در هنگام بلعیدن ، سرفه مداوم ، گرفتگی بینی و سردرد ظاهر شوند، مراجعه به پزشک تصمیم خوب و بجایی خواهد بود .

http://vista.ir/?view=article&id=282605

vista.ir
Online Classified Service

سفلیس

● سفلیس چیست ؟

سفلیس یک بیماری منتقله از طریق جنسی است که مسئول اپیدمی های خطرناک می باشد. علت آن یک باکتری به نام تریپونماپالیدوم است. میزان سفلیس اولیه و ثانویه در ایالات متحده آمریکا از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ میلادی به میزان ۲/۸۹ درصد کاهش یافته است. اگر چه میزان عفونت از ۵۹۷۹ مورد در سال ۲۰۰۰ به ۶۱۰۳ در سال ۲۰۰۱ افزایش یافت است. مرکز کنترل و پیشگیری بیماری در نوامبر ۲۰۰۲ اعلام کرد این اولین افزایش از سال ۱۹۹۰ به بعد می باشد.

نگرانی روز افزون در این مورد است که سفلیس احتمال انتقال (ایدز) را ۵-۳ برابر افزایش

می دهد.

● سفلیس چگونه منتقل می شود ؟

باکتری سفلیس بسیار شکننده است و عفونت اغلب از طریق تماس جنسی با فرد آلوده منتقل می شود. باکتری از طریق زخم های اولیه که فرد آلوده به پوست، غشاء مخاطی نواحی تناسلی، دهان یا مقعد شریک جنسی غیرآلوده منتقل می گردد. همچنین از طریق پوست گسسته سایر نواحی بدن نیز منتشر می شود. به علاوه زنان باردار مبتلا به سفلیس می توانند باکتری را به جنین خود منتقل نموده و نوزاد با مشکلات شدید مغزی و فیزیکی در نتیجه این عفونت، متولد گردد.

● علائم سفلیس

بیماری باعث ایجاد یک زخم در محل عفونت می گردد. باکتری با گذشت زمان موجب آسیب به ارگان های زیادی می شود. متخصصین سیر بیماری را به چهار مرحله اولیه ، ثانویه، پنهان ، ثالثیه، تقسیم می نمایند. یک فرد آلوده که درمان نشود، طی دو مرحله اول باعث انتقال عفونت به دیگران می گردد که اغلب یک یا دو سال به طول می انجامد. در مراحل پایانی ، یک سفلیس درمان نشده مسری نیست ولی باعث مشکلات قلبی جدی، اختلالات ذهنی، کوری، اختلالات عصبی و مرگ می گردد.

● سفلیس اولیه

علامت اولیه سفلیس، زخمی به نام شانکر می باشد. شانکر ۱۰ روز تا ۳ ماه بعد از آلودگی ایجاد می شود اما اغلب در ۶-۲ هفته اول بروز می نماید. چون شانکر ممکن است بدون درد باشد و یا داخل بدن ایجاد شود بیماران به آن توجهی نمی کنند. شانکر اغلب در قسمتی از بدن که در

تماس با زخم شریک جنسی آلوده بوده ظاهر می شود . این قسمت ها شامل آلت تناسلی مردانه و زنانه می باشد. شانکر همچنین می تواند به مدخل رحم ، زبان ، لبها و دیگر اعضای بدن نیز انتشار یابد.

شانکر با یا بدون دارو در طی چند هفته ناپدید می شود. در صورت عدم درمان طی مراحل اولیه حدود ۳/۱ افراد وارد مرحله مزمن می شوند.

- سفلیس ثانویه

یک لکه پوستی با زخم قهوه ای به اندازه یک سکه کوچک نشانه مرحله مزمن سفلیس می باشد. این لکه پوستی ۶-۳ هفته بعد از ظهور شانکر در هر قسمتی از بدن ظاهر می شود. اگر چه این لکه ممکن است کل بدن را درگیر نماید، اغلب در کف دست و پا ظاهر می شود. به علت حضور باکتری فعال در زخم ها هرگونه تماس جنسی یا غیرجنسی منجر به انتشار عفونت می شود. لکه پوستی در طی چندین هفته یا ماه بهبود می یابد.

دیگر علائم عبارتند از : تب خفیف، خستگی ، سردرد، گلودرد، ریزش موی ناحیه ای و تورم غدد لنفاوی در سراسر بدن بیمار. این علامت می توانند بسیار خفیف بوده و مانند شانکر در طی درمان ناپدید شوند. علائم سفلیس ثانویه ممکن است طی یک تا دو سال از بیماری ظهور یافته و سپس ناپدید شوند.

- سفلیس نهفته

در صورت عدم درمان ، فرد وارد مرحله نهفته بیماری می شود. در این مرحله مسری نیست و علائمی نیز ندارد.

- سفلیس ثالثیه

حدود یک سوم از افرادی که در مرحله ثانویه بیماری قرار دارند وارد مرحله پر عارضه ثالثیه

می شوند. در این مرحله باکتری به ارگان هایی نظیر قلب، چشم ها، سیستم عصبی، استخوان ها، مفاصل و سایر نقاط بدن صدمه می رسانند. ممکن است این مرحله چندین سال و حتی برای دهه ها به طول بیانجامد.

این مرحله از بیماری ممکن است منجر به بیماریهای مغزی، کوری و دیگر مشکلات عصبی، مشکلات قلبی و مرگ منتهی گردد.

- تشخیص

گاهی اوقات سفلیس « مقلد بزرگ » نامیده می شود. زیرا علائم اولیه بیماری مشابه بسیاری از بیماری های دیگر است. افراد فعال از نظر جنسی با ظهور هرگونه ضایعات پوستی و زخم ناحیه تناسلی باید بلافاصله به پزشک مراجعه نمایند.

افرادی که به سبب دیگری بیماری های منتقله جنسی « نظیر سوزاک » تحت درمان هستند باید از نظر سفلیس نیز تست شوند.

- روش های تشخیص سفلیس
  - شناخت علائم و نشانه ها ی بیماری
  - آزمایش نمونه خون
  - شناسایی باکتری از طریق میکروسکوپ

تست خون شواهدی از عفونت را آشکار می سازد اگر چه گاهی اوقات تا سه ماه بعد از آلودگی به طور کاذب منفی می شود. موارد مثبت کاذب نیز در برخی موارد رخ می دهند.

- درمان

متأسفانه به علائم اولیه بیماری خفیف هستند و بسیاری از بیماران در ابتدای سیر بیماری درمان نمی شوند.

پزشک اغلب بیمار را با تزریق پنی سیلین درمان می نماید و در بیماران حساس به پنی سیلین از آنتی بیوتیک های دیگر استفاده می شود. برخی بیماران به دوز معمولی پنی سیلین پاسخ نمی دهند. بنابراین در این بیماران مهم است که تست های مکرر خونی جهت اطمینان از نابودی باکتری صورت گیرد.

بیماران مبتلا به سفلیس عصبی نیاز به تکرار تست دو سال بعد از درمان اولیه دارند. در تمامی مراحل سفلیس، درمان صحیح و کافی بیماری را درمان می نماید. اما در سفلیس ثالثیه صدمات ارگان برگشت پذیر نخواهند بود.

- تأثیر سفلیس بر زنان باردار

یک زن باردار مبتلا به سفلیس فعال و درمان نشده می تواند عفونت را به جنین منتقل سازد. به علاوه میزان سقط جنین در زن مبتلا به آلودگی

حاد در حدود ۵۰-۲۵ در صد می باشد.

برخی از نوزادن مبتلا به سفلیس مادرزادی ممکن است در هنگام تولد علامت دار باشند. اما بسیاری از علائم بعد از گذشت ۲ هفته تا سه ماه ظاهر می شوند. این علائم شامل موارد زیر

می باشند.

- زخمهای پوستی
- ضعف و گریه خشن
- کم خونی
- ضایعات التهابی پوست
- کبد و طحال متورم
- بدشکلی های مختلف
- تب
- پوست زرد(یرقان)

زخم های مرطوب این نوزادان معمولاً مسری هستند.

ندرتاً علائم بیماری در دوران شیرخواری بروز نمی نماید و در سنین نوجوانی با علائم مراحل نهایی سفلیس نظیر صدمات استخوانی، دندانها، چشم ها، گوش ها و مغز خود را نشان می دهد.

- عوارض سفلیس

باکتری سفلیس اغلب در طی مراحل اولیه عفونت به سیستم عصبی تهاجم می نماید. تقریباً نزدیک به ۷-۳ درصد بیماران درمان نشده به سفلیس عصبی مبتلا می گردند. زمان بین ایجاد عفونت تا بروز علائم سفلیس بیشتر از ۲۰ سال می باشد. در برخی مبتلایان به سفلیس عصبی هیچ علامتی دیده نمی شود. در برخی به علت التهاب مغزی سر درد، سفتی گردن و تب ایجاد می گردد و برخی بیماران به صرع مبتلا می شوند.

در بیمارانی که عروق خونی مورد تهاجم قرار گرفته اند. علائم سکته مثل بی حسی ، ضعف و مشکلات بینایی دیده می شود. در صورت ابتلای بیماران ایدزی به سفلیس عصبی، درمان مشکل و سیر بیماری بسیار متغیر می باشد.

- پیشگیری

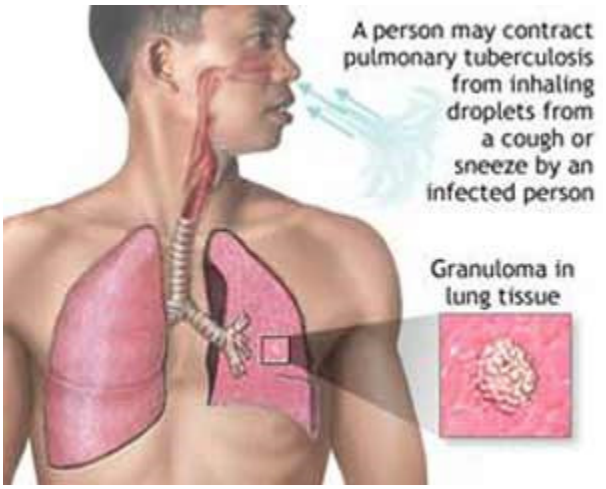
- اجتناب از هرگونه تماس با زخم های عفونی و دیگر بافت های نظیر مایعات بدن
- مصرف کاندوم مردانه (لاتکس) در مقاربت جنسی
- تشخیص و درمان سریع در بارداری بهترین راه پیشگیری سفلیس مادرزادی می باشد و به عنوان یکی از تستهای مراقبت قبل از زایمان صورت می گیرد.

منبع : دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234401

vista.ir
Online Classified Service

سل (Tuberculosis) چیست ؟



سل یک بیماری عفونی است که اغلب ریه ها را مورد حمله قرار می دهد اما می تواند هر قسمتی از بدن را درگیر نماید. سل از طریق هوا از فردی به فرد دیگر منتقل می شود. در فرد مبتلا به سل ریوی یا گلو، سرفه، خنده، عطسه، خواندن یا صحبت کردن منجر به پراکندگی میکروب در هوا می گردد. اگر فردی هوای آلوده را استنشاق نماید احتمال ابتلا به سل در وی وجود دارد. این نکته مهم است که تفاوت عفونت سل و بیماری سل را درک نماییم. فردی که آلوده به سل است ، باکتری سل در بدن او وجود دارد ولی سیستم دفاعی بدن از وی در برابر باکتری حفاظت می نماید و او بیمار نمی شود. فردی که به بیماری سل مبتلا است ، بیمار است و می تواند بیماری را به دیگر افراد منتقل نماید. فرد بیمار لازم است در کوتاه ترین زمان ممکن به پزشک مراجعه نماید. آلوده شدن به عفونت سل به آسانی صورت نمی گیرد. اغلب لازم است فرد در تماس نزدیک با شخص مبتلا به بیماری سل برای یک مدت طولانی قرار گیرد. سل، اغلب بین اعضای خانواده ، دوستان نزدیک و افرادی که با هم زندگی یا کار می کنند انتشار می یابد. سل اغلب براحتی در فضای کوچک و در یک مدت زمان طولانی انتشار می یابد.

هر چند انتقال بیماری در یک هواپیما، اگر چه به صورت نادر گزارش شده است. در هر صورت اگر فردی آلوده به باکتری سل باشد به این معنی نیست که حتماً در آینده مبتلا به بیماری سل می شود. بسیاری از افرادی که آلوده هستند به بیماری سل مبتلا نمی شوند زیرا سیستم دفاعی بدن، آنها را محافظت می نماید. بسیاری از بیماری های فعال سل، نشانه فعال شدن عفونت های قدیمی در افرادی با نقص سیستم ایمنی می باشد. متخصصین معتقدند حدود ۱۰ میلیون آمریکایی آلوده به باکتری سل می باشند. فقط حدود ۱۰ درصد از این افراد طی دوران زندگی مبتلا به بیماری سل می گردند و ۹۰ درصد دیگر هرگز به بیماری مبتلا نمی شوند. سل یک مشکل جهانی پیشرفته محسوب می شود به خصوص در آفریقا که انتشار بیماری از طریق ایدز تسهیل می شود.

تخمین زده می شود که از هم اکنون تا سال ۲۰۲۰ میلادی اگر کنترل قطعی نگردد، حدود یک میلیارد نفر دچار عفونت گردند، بیش از ۱۵۰ میلیون نفر به بیماری مبتلا شوند و ۳۶ میلیون نفر در سراسر جهان فوت نمایند. در هر سال بیش از ۸/۸ میلیون بیماری تازه و نزدیک به ۲ میلیون مرگ به بیماری سل نسبت داده می شود، ۱۰۰ هزار مورد از ۲ میلیون مرگ در بین اطفال رخ می دهد. ۰ چه کسی به سل مبتلا می شود ؟ هر کسی ممکن است به سل مبتلا گردد، هر چند گروهی از افراد در خطر بیشتر ابتلا به بیماری سل فعال قرار دارند.

- افراد مبتلا به عفونت HIV (ایدز)
- تماس نزدیک با فرد مبتلا به عفونت سل
- برخی مشکلات طبی که مقاومت بدن را در برابر بیماری کاهش می دهند. (برای مثال : دیابت، سیلکوزین یا بیماری که تحت درمان یا داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی مانند کورتیکواستروئیدها می باشند.)
- افراد متولد در کشورهایی که میزان ابتلا به سل بالا می باشد.
- برخی از اقلیت های نژادی و قومی
- افرادی که به مدت طولانی در مراکز درمانی مشغول به کار هستند نظیر پرستارها
- مراقبین بهداشتی و افراد دیگر نظیر نگهبان های زندانها
- افراد مبتلا به سوء تغذیه
- افراد الکلی ، بی خانمان و مصرف کننده های مواد مخدر وریدی ۰

● علائم سل چیست ؟

فرد مبتلا به عفونت سل می تواند بدون علامت باشد . یک فرد مبتلا به بیماری سل می تواند همه یا هر یک از علائم زیر را تجربه کند.

- سرفه طولانی مدت
- احساس خستگی دائمی

▪ کاهش وزن

▪ کاهش اشتها

▪ تب

▪ سرفه خلط دار خونی

▪ تعریق شبانه این علائم در دیگر بیماری های ریه نیز دیده می شوند.

نکته مهم این است که یک فرد مبتلا به سل ممکن است کاملاً سالم به نظر برسد و یا فقط سرفه های گاهگاهی داشته باشد. اگر شما فکر می کنید که در معرض عفونت سل قرار گرفته اید، باید یک تست پوستی سل بدهید.

● چگونه بیماری سل پیشرفت می نماید؟

دو راه ممکن برای ایجاد بیماری سل عبارتند از: شخصی که سالها به عفونت سل آلوده است ولی سالم به نظر می رسد. زمانی فرا می رسد که تغییری در وضعیت سلامتی شخص رخ می دهد. علت این تغییرات ممکن است بیماری دیگری نظیر ایدز یا دیابت باشد. از علل دیگر دارو یا مصرف الکل و یا کمبود بهداشت شخصی در اثر بی خانمانی را می توان مطرح نمود. در اثر این عوامل و هنگامی که سیستم حفاظتی بدن صدمه دید، آلودگی سل تبدیل به بیماری آن می گردد. در این روش فرد ماه ها یا سالهای بعد از آلودگی به باکتری سل به بیماری آن مبتلا می شود. در روش دیگر، بیماری سل بسیار سریع پیشرفت می نماید. گاهی با اولین تنفس باکتری سل بدن قادر به مقابله با باکتری نمی باشد و بیماری سریعاً پیشرفت می نماید و بعد از چند هفته بیماری وارد مرحله فعال خود می گردد.

● تست پوستی سل چیست ؟

این تست روشی برای شناسایی افراد آلوده به سل می باشد. اگر چه چندین روش تست پوستی وجود دارد ولی روش ترجیحی تست « مانتو » می باشد. برای این تست تعداد کمی از مواد در لایه سطحی پوست بازو تزریق می شود. ۲ تا ۳ روز بعد مراقبین مراکز بهداشتی میزان پیشرفت توده و اندازه آن را بررسی می نمایند. افزایش قابل ملاحظه اندازه توده با ریسک بالایی برای آلودگی سل همراه می باشد. در صورت آلودگی فرد به سل آزمایش هایی نظیر عکس قفسه سینه و کشت خلط صورت می گیرد.

▪ سوال: آیا برای چک کردن سل باید هر سال یک تست پوستی انجام داد؟

▪ جواب : اگر شما در معرض خطر ابتلا به سل یا انتقال سل هستید و یا شغل شما ایجاب می کند باید تست صورت گیرد. توصیه می شود افرادی که در تماس نزدیک با بیماران مبتلا به سل هستند و یا اخیراً علائم سل در آنها بروز کرده است، جهت، تشخیص « تست توبرکولین » را انجام دهند. اگر شما در گروهای پر خطر بیماری سل قرار گرفته اید، برای مثال مبتلا به ایدز، باید حتماً تست شوید.

● درمان سل چیست ؟

این نکته که فرد آلوده است یا دچار بیماری سل می باشد تعیین کننده درمان می باشد. در فردی که آلوده به باکتری سل می باشد، درمان پیشگیری کننده کافی می باشد. درمان پیشگیری کننده قبل از ایجاد صدمات، باکتری سل را از بین می برد اما ممکن است در آینده با شکست روبرو شود. درمان معمول تجویز دوز روزانه ایزونیازید یا INH می باشد . ایزونیازید یک داروی ارزان قیمت می باشد. فرد بیمار باید به مدت ۶ تا ۹ ماه دارو را مصرف نموده و مرتباً جهت بررسی عملکرد دارو چک شود. در سالهای گذشته بیماران مبتلا به سل به مدت ماه ها و یا حتی سالها در بیمارستان های مخصوص بستری و سپس جراحی می شدند. ولی امروزه سل توسط داروهای بسیار کارایی درمان می شود. اغلب بیماران برای مدت کوتاهی در بیمارستان بستری و سپس مصرف داروها را در خارج از بیمارستان ادامه می دهند و گاهی بیماران اصلاً در بیمارستان بستری نمی شوند. بعد از چند هفته فرد به فعالیت های طبیعی روزمره خود بازگشته و از بابت انتقال بیماری به دیگران هیچ نگرانی ندارد. بیمار اغلب ترکیبی از چند دارو (اغلب ایزونیازید به علاوه دو تا سه داروی دیگر شامل ریفامپین ، پیرازین آمید، آتانبوتول) را به مدت ۹ ماه مصرف نماید.

بیمار احتمالاً فقط بعد از چند هفته از شروع درمان احساس بهبودی می نماید. این نکته مهم است که بیمار داروها را به درستی تا پایان دوره درمانی مصرف نماید. عدم مصرف صحیح و یا قطع دارو توسط او، وی را مجدداً بیمار نموده و احتمال انتقال بیماری سل را به دیگران افزایش می دهد. در نتیجه بسیار از کارگذاران سلامت عمومی درمان تحت نظر مستقیم یا (DOT) را توصیه می نمایند. تا از این طریق مراقبین سلامت فردی از مصرف داروها توسط بیماران مطمئن گردند. اگر داروها نادرست تجویز شوند و فرد به بیماری سل مبتلا شود. درمان مجدد به علت مقاومت دارویی بسیار مشکل می باشد. بیماری سل مقاوم به چند دارو بسیار خطرناک است بنابراین بیماران باید به نحو صحیحی داروهای خویش را

مصرف نمایند. ویزیت های مکرر جهت بررسی روند بیماری ضروری است. برخی اوقات داروهای مصرفی در درمان سل باعث بروز عوارض دارویی می گردند.

● مقاومت چند دارویی در برابر سل چیست؟

سل مقاوم به چند دارو یک فرم بسیار خطرناک بیمار است. برخی از انواع سل ، به بعضی از اثرات داروهای آن مقاومت نشان می دهند. این اتفاق به دنبال درمان نادرست و ناکافی بیماری سل رخ می دهد. این مقاومت می تواند علت بیماری سل شود. بیماری مقاوم به درمان بسیار سخت درمان می شوند. سل مقاوم به دارو مانند عفونت عادی سل انتشار می یابد. توجه بیمار به درمان تحت نظر پزشک، نقش بسیار مهمی در جلوگیری از ایجاد بیماری سل مقاوم به درمان ایفا می نماید.

● آیا یک بیمار مبتلا به سل می تواند دیگران را آلوده نماید؟

در صورت وجود بیماری و عدم درمان آن پاسخ مثبت است. با شروع درمان بیمار به سرعت غیر آلوده گشته و نمی تواند دیگران را به بیماری مبتلا سازد. داروها معمولاً بعد از چند هفته فرد را غیر آلوده می سازند. سل از طریق هوا و به وسیله سرفه و عطسه به دیگران منتقل می شود. رختخواب ، کتابها، لوازم خانگی ، و یا ظروف غذای فرد بیمار نمی تواند، منجر به انتشار عفونت گردد. تماس مختصر با منبع سل به ندرت باعث آلودگی فرد می شود. تماس نزدیک و مداوم اغلب می تواند باعث آلودگی به سل گردد. ۰ اقدامات لازم در فرد مبتلا به سل. برخی افراد نظیر مبتلایان به ایدز یا کارکنان مراکز بهداشتی باید مرتباً از لحاظ بیماری کنترل شوند. در صورت هرگونه شک به آلودگی گذشته یا اخیر باید بلافاصله از نظر سل تست شوید. اگر تست منفی باشد : تست منفی اغلب به این معنی است که شما آلوده نیستید و نیاز به درمان ندارید، هرچند اگر شما علائم سل را داشته باشید، پزشک باید علت آن را جستجو نماید. برخی اوقات، در فردی که اخیراً آلوده شده و یا سیستم ایمنی عملکرد مناسبی ندارد، تست به صورت کاذب منفی می شود. اگر تست مثبت باشد : یک واکنش قابل ملاحظه به این معنی است که شما آلوده به باکتری سل می باشید ولی به این معنی نیست که شما به بیماری سل مبتلا هستید. در این صورت باید تستهای دیگر و عکس قفسه سینه انجام پذیرد.

از توصیه پزشک در درمان بیماری سل پیروی نمائید و داروهای تجویزی را با دقت و منظم مصرف نمائید. در صورت عدم نیاز به درمان به توصیه های پزشک در مورد پیگیری بیماری توجه نمائید. اگر شما به بیماری سل مبتلا هستید، توصیه های درمانی پزشک را دنبال نمائید.

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

http://vista.ir/?view=article&id=245556

vista.ir
Online Classified Service

سل، طاعون سفید

روز ۲۴ مارس (سوم فروردین) روز جهانی سل نامگذاری شده است. بیماری سل از گذشته‌های دور به عنوان یک بیماری عفونی مزمن، موجب ترس و نگرانی جوامع انسانی بوده است، در حالی که این بیماری همچنان به عنوان شایع‌ترین علت مرگ انسان‌ها در میان دیگر بیماری‌های عفونی شناخته شده است.

روز جهانی سل فرصت مناسبی است برای این که بتوانیم با افزایش آگاهی و دانش عمومی و همچنین همکاری هر چه بیشتر برای تداوم تلاش‌هایی

که در زمینه کنترل این بیماری انجام می‌شود، صدایمان را برای نجات انسان‌ها از چنگال بیماری سل به گوش همه برسانیم. اگرچه این بیماری کاملا قابل درمان و پیشگیری است، اما سالانه سبب مرگ ۲ میلیون نفر در سطح جهان می‌شود.

این موضوع بهانه‌ای بود برای این که با دکتر ساسان توانا، فوق‌تخصص بیماری‌های ریه، آسم و آلرژی و عضو هیات علمی دانشگاه درباره این بیماری گفتگو کنیم:

▪ بیماری سل چه نوع بیماری‌ای است و نخستین بار به وسیله چه کسی شناخته شد؟

ـ سل بیماری‌ای عفونی است که به وسیله باسیل سل ایجاد می‌شود. این بیماری معمولا به ریه‌ها آسیب می‌رساند و از فرد بیمار به فرد سالم سرایت می‌کند. میکروب این بیماری از طریق تنفس وارد بدن می‌شود و گاهی سال‌ها به صورت نهفته در بدن باقی می‌ماند و در صورت وجود شرایط مناسب مانند ضعف سیستم ایمنی بدن یا ابتلا به بیماری‌هایی که زمینه‌ساز ابتلا به این بیماری هستند، عامل بیماری‌زا فعال می‌شود و ایجاد بیماری می‌کند.

امروزه برخلاف وجود داروهای موثر و روش‌های تشخیصی مناسب، همچنان ابتلا به سل به عنوان یکی از بزرگ‌ترین قاتل انسان‌ها در طول تاریخ، در حال گسترش است و هر سال در مقایسه با سال‌های گذشته، آمار مسلولین و همچنین آمار مرگ و میر ناشی از ابتلا به این بیماری افزایش می‌یابد. اکنون در میان بیماری‌های میکروبی، بیماری سل شایع‌ترین علت مرگ و میر انسان‌هاست و تعداد افرادی که در نتیجه ابتلا به بیماری سل جان خود را از دست می‌دهند حتی از تعداد افرادی که بر اثر ایدز یا مالاریا می‌میرند هم بیشتر است و با توجه به این که بیماری از طریق تنفس منتقل می‌شود، می‌توان گفت حتی از ایدز هم رعب‌انگیزتر است.

عامل بیماری سل نخستین بار به وسیله رابرت کخ، پزشک آلمانی، در ۲۴ مارس ۱۸۸۲ کشف شد و به همین دلیل این روز، روز جهانی سل نامگذاری شده است. عامل بیماری، باکتری مایکوباکتریوم توبرکلوزیس است که به آن باسیل کخ هم گفته می‌شود.

▪ بیماری سل به چه بخش‌هایی از بدن آسیب می‌رساند؟

ـ سل می‌تواند تمام اعضای بدن را مبتلا کند، اما شایع‌ترین شکل بیماری، سل ریوی است. اگرچه تنها راه انتقال بیماری تنفس است، اما میکروب سل پس از ورود به ریه و ایجاد ضایعات اولیه می‌تواند از طریق جریان خون، عروق لنفاوی و برونش‌ها یا به علت مجاورت اعضای دیگر، به طور مستقیم به دیگر قسمت‌های بدن نیز منتقل شود؛ بنابراین می‌توان گفت بیماری به صورت سل ریوی یا سل خارج ریوی در فرد بیمار تظاهر می‌یابد.

در سل ریوی معمولا ریه فرد بیمار درگیر می‌شود، اگرچه در ۳۰ درصد موارد نیز دیگر اعضای بدن آلوده به عامل بیماری‌زا می‌شوند. در مراحل اولیه، علائم معمولا غیراختصاصی و شامل تب، تعریق شبانه، کاهش وزن و بی‌اشتهایی و ضعف است که به صورت تدریجی ایجاد می‌شوند. سرفه نیز از دیگر علائم این بیماری است که در بیشتر افراد مبتلا به بیماری سل دیده می‌شود و اغلب با کمی خلط همراه است که گاهی رگه‌های خون نیز ممکن است در خلط وجود داشته باشد. اگر غیر از ریه‌ها، دیگر اعضای بدن نیز به سل مبتلا شوند، به این بیماری سل خارج ریوی گفته می‌شود. این اعضا شامل گره‌های لنفاوی بدن، پرده جنب، استخوان‌ها و مفاصل (بخصوص ستون فقرات)، مجاری ادراری و تناسلی، سیستم عصبی، روده‌ها و اعضای دیگری است؛ اما سل خارج ریوی بندرت به افراد دیگر منتقل می‌شود.

▪ عامل بیماری چگونه منتقل می‌شود؟

ـ بیماری سل معمولا توسط فردی که مبتلا به سل ریوی مسری است به افراد سالم منتقل می‌شود. این بیماران با سرفه و عطسه، قطرات ریز حاوی میکروب‌ها را در هوای اطراف خود پخش می‌کنند. ذرات بزرگ‌تر می‌توانند تا چند ساعت در هوا معلق بمانند و سپس در قسمت‌های بالای دستگاه تنفسی جای بگیرند که بیشتر از سوی سیستم مژکی به بیرون رانده شده یا بلعیده می‌شوند؛ اما ذرات کوچک‌تر تا کیسه‌های هوایی راه یافته و در صورت استقرار و تکثیر ایجاد عفونت می‌کنند.

▪ چه عواملی در ابتلا به این بیماری تاثیرگذار خواهد بود؟

ـ عوامل بسیار زیادی وجود دارد که سبب می‌شود آلودگی به سل تبدیل به بیماری شود یا فرد سالم در معرض خطرات بیشتری برای ابتلا به این بیماری قرار گیرد. به طور کلی می‌توان گفت نوجوانان، سالمندان و زنان باردار بیش از گروه‌های دیگر در معرض خطر هستند؛ همچنین سوءتغذیه، نارسایی کلیوی و ابتلا به دیابت نیز احتمال ابتلا به سل را افزایش می‌دهند. افرادی که تحت درمان بوده و ملزم به مصرف داروهای ضعیف‌کننده

سیستم ایمنی بدن هستند یا افرادی که مبتلا به بدخیمی‌اند، بیش از افراد دیگر در معرض خطر ابتلا به بیماری سل قرار دارند.

بررسی‌های انجام شده درباره عوامل مساعدکننده این بیماری نشان داده است که استفاده از مواد مخدر، بیماری‌های خونی، کاهش وزن بدن یا داشتن کمبود وزن و آلودگی به ویروس ایدز نیز نقش مهمی در ابتلا به بیماری سل دارند. ویروس HIV، سیستم ایمنی بدن را به حدی تضعیف می‌کند که بدن نمی‌تواند در مقابل میکروب‌ها مقاومت کند و بنابراین میکروب سل شروع به رشد و تکثیر می‌کند و موجب سل فعال یا بیماری سل می‌شود، در نتیجه می‌توان گفت احتمال فعال شدن سل نهفته در بدن فرد HIV مثبت بسیار زیاد است.

▪ آیا واکسنی برای بیماری سل ساخته شده است؟

ـ به همه کودکان در هفته‌های اول تولد واکسنی به نام ب.ث.ژ تزریق می‌شود که حاوی باسیل گاوی زنده ضعیف شده است و مصونیت کامل در برابر بیماری سل ایجاد نمی‌کند، اما از ابتلا به بیماری سل کشنده و مننژیت جلوگیری می‌کند، اگرچه باید گفت بیماری سل از طریق درمان‌های دارویی کاملا قابل درمان است. این واکسن تنها در یک نوبت در بدو تولد تزریق می‌شود. تزریق مکرر واکسن هم چندان موثر نخواهد بود. اگرچه این واکسن از بروز موارد خطرناک جلوگیری می‌کند و مرگ و میر ناشی از سل را کاهش می‌دهد، اما در پیشگیری از گسترش بیماری سل نقش چندانی ندارد.

▪ از چه روشی برای تشخیص بیماری سل استفاده می‌شود؟

ـ معمولا از کشت خلط، رادیوگرافی قفسه سینه و تست پوستی توبرکوسین برای تشخیص بیماری استفاده می‌شود. آزمایش مستقیم خلط یکی از مهم‌ترین، قابل دسترس‌ترین و ارزان‌ترین روش‌های تشخیص سل ریوی است. در این آزمایش از فرد مشکوک به سل، سه نمونه خلط در ۳ روز جمع‌آوری می‌شود و مورد آزمایش میکروسکوپی قرار می‌گیرد. کشت خلط از آزمایش خلط حساس‌تر است؛ اما معمولا نتایج آزمایش بعد از ۲ ماه اعلام می‌شود.

اساس تشخیص سل ریوی، آزمایش خلط بیماران مشکوک به سل است بنابراین باید گفت که در این زمینه، رادیوگرافی نقش مهمی را ایفا نمی‌کند؛ زیرا ممکن است تصاویر بیماری‌های مختلف ریه در رادیوگرافی مشابه باشد. علاوه بر این به کمک رادیوگرافی نمی‌توان شکل غیرفعال و فعال بیماری را تشخیص داد.

در تست پوستی توبرکوسین نیز از نظر بالینی خیلی با ارزش نخواهد بود. تست مثبت همیشه دلیلی بر بیماری نیست و از سوی دیگر، تست منفی نیز تشخیص سل را کاملا رد نمی‌کند. البته این بیماری معمولا پیش از این که تشخیص داده شود، در بدن گسترش یافته است.

▪ در کشور ما از چه روشی برای درمان بیماری سل استفاده می‌شود؟

ـ اساس درمان بیماری سل را درمان دارویی تشکیل می‌دهد و بنابراین می‌توان گفت مصرف داروهای ضد سل، راه اصلی درمان این بیماری است. در بیشتر موارد خطر سرایت بیماری پس از ۲ هفته از آغاز درمان موثر از بین می‌رود. برای بیماران جدید تحت درمان، رژیم کوتاه‌مدت ۶ ماهه‌ای در نظر گرفته می‌شود که از ۲ مرحله تشکیل می‌شود.

در مرحله اول به مدت ۲ ماه، ۴ دارو (ایزونیازید، ریناپین، پیرازینامید و اتامبوتول) به طور روزانه و تحت نظارت مستقیم یک نفر از کارکنان مراکز بهداشتی از سوی بیمار مصرف می‌شود و در مرحله دوم به مدت ۴ ماه درمان با ۲ داروی ایزونیازید و ریناپین ادامه خواهد داشت و مراجعات بعدی به پزشک به طور هفتگی از این پس ادامه خواهد یافت. البته گفتنی است که از سال ۱۹۹۰ تاکنون موارد متعددی از گسترش سل مقاوم به چند دارو در مناطق مختلف جهان گزارش شده است که عموما ناشی از استفاده نابجا و نادرست از داروهای اصلی ضد سل است.

▪ بیماری سل مقاوم به درمان چیست؟

ـ اگر میکروب سل با داروی خاصی از میان نرود به آن سل مقاوم گفته می‌شود. اگر بیمار داروهایش را به مدت کافی و یا به میزان کافی مصرف نکرده باشد، بیماری سل نسبت به درمان مقاوم می‌شود.

بیماران مبتلا به سل مقاوم می‌توانند بیماری خود را به دیگری منتقل کنند. در مناطقی که شیوع سل بیشتر است، سل مقاوم به درمان در میان بیمارانی که ساکن مناطق دوردست و کوچک هستند بیشتر دیده شده است. اگر مقدار زیادی از داروها نتوانند بیماری سل را درمان کنند، گفته می‌شود میکروب سل دارای مقاومت چندداروی است.

▪ مهم‌ترین علت افزایش وسعت جهانی سل چیست؟

ـ در هر ثانیه یک نفر به باسیل سل آلوده می‌شود، هر ۴ ثانیه یک نفر به بیماری سل مبتلا می‌شود و هر ۱۰ ثانیه یک نفر در اثر ابتلا به این

بیماری جان خود را از دست می‌دهد. هیچ بیماری دیگری مانند سل به اقتصاد جامعه لطمه نمی‌زند. فقر در جمعیت‌های مختلف، تغییرات جمعیتی مانند افزایش جمعیت و مهاجرت‌ها و همچنین پوشش بهداشتی نامناسب و ناکافی از دلایل اصلی افزایش وسعت جهانی سل هستند علاوه بر کنترل ناموفق در بیماریابی و اپیدمی، ایدز نیز نقش بسیار مهمی در گسترش این بیماری داشته است.

▪ به نظر شما چه عاملی می‌تواند در جلوگیری از شیوع این بیماری در کشور موثر باشد؟

ـ مهمترین راه پیشگیری از سل، حذف منابع انتشار بیماری یعنی بیماران مبتلا به سل ریوی که آزمایش خلط آنها مثبت بوده است، خواهد بود که از طریق درمان موثر ضد سل امکانپذیر خواهد بود. به طور کلی با ارتقاء سطح بهداشت در جامعه و محیط زندگی افراد، آموزش بهداشت و تغذیه مناسب می توان خطر انتقال عفونت سل را تا حدی کاهش داد. نوزادان مادران مبتلا به سل ریوی و کودکان زیر ۵ سال که در تماس نزدیک با فرد معلول بوده‌اند و علائم بالینی بیماری سل را ندارند در معرض خطر بیشتری قرار دارند و برای درمان و پیشگیری این بیماران از ایزونیازید استفاده می‌شود.

● خطر در کمین است

در حدود یک سوم جمعیت جهانی یعنی حدود ۲ میلیارد نفر از مردم دنیا آلوده به سل هستند و سالانه ۱۰ میلیون مورد جدید سل گزارش می‌شود. در حال حاضر بیش از ۲۰ میلیون نفر به بیماری سل مبتلا هستند. این عامل بیماریزا بیش از هر عامل عفونی دیگری منجر به مرگ می‌شود. مرگ و میر ناشی از سل در کشورهای توسعه‌یافته ۲۵ درصد از مرگ‌های قابل پیشگیری را تشکیل می‌دهد.

۹۵ درصد از موارد ابتلا به سل و ۹۸ درصد از مرگ و میر ناشی از سل در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد و همچنین ۷۵ درصد از این موارد در گروه سنی ۵۰ ۱۵ سال که از لحاظ اقتصادی جمعیت فعال محسوب می‌شوند، قرار دارد. بیماری سل دارای رتبه هفتم در بار جهانی بیماری‌هاست و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ همچنان جایگاه کنونی خود را حفظ کند. در سال ۲۰۰۰ بیش از ۵/۳ میلیون نفر به علت بیماری سل جان خود را از دست داده‌اند.

این در حالی است که همه موارد مرگ و میر ناشی از ابتلا به بیماری سل قابل پیشگیری است. اما جهان در مقایسه با اواسط دهه ۱۹۵۰ میلادی در وضعیت خطرناک‌تری قرار دارد.

منبع : روزنامه جامجم

http://vista.ir/?view=article&id=305287

vista.ir
Online Classified Service

سلولیت چیست؟

سلولیت بیماری بافت ملتحمه است بافتی که در سراسر بدن پراکنده می‌باشد و از سلول‌هایی بنام سلول ملتحمه تشکیل می‌یابد مابین آنها را ماده «میان آکنده‌ای» بنام ماده بنیادی ملتحمه‌ای پر کرده است.

ماده مزبور چسب‌گن می‌باشد و کاملاً بهر شکلی در می‌آید این بافت برحسب اینکه در کدام نقطه بدن قرار گیرد، دارای وظایف مخصوصی می‌شود در بافت پوششی (اپونورز) رباطها (تاندون) و رباطهای اتصالی (لیگامان) وجود دارد و از هر عنصری نوعی کار ساخته است.

بافت ملتحمه مانند کاغذبسته‌بندی اندامها را می‌پوشاند و آنها را به هم می‌پیوندد و در برابر عوامل خارجی حفظ می‌کند بافت مذکور در لابلای رشته‌های عضلانی و زیر پوست منتشر است و ضخامت پوست را دو برابر می‌کند و سرانجام بافت سلولی زیرجلدی را تشکیل می‌دهد. بافت ملتحمه توقف‌گاه بافت‌های چربی است و چربی در آن ذخیره می‌شود عروق خونی و لنفاوی و اعصاب از لابلای این بافت رد می‌شوند و در این بافت است که سوخت و ساز بدن انجام می‌پذیرد و در اینجاست که میکربها،زهرها و انگل‌ها به عروق مزبور حمله‌ور می‌شوند و در برابر آنها سدی پدید می‌آورند و تولید عدم تعادل فیزیکی یا شیمیایی می‌کنند و باعث می‌شوند که فضولات غیرطبیعی در آن گرد آید و در بافت مزبور آزاری تولید کند که آن را سلولیت می‌گویند. از این رو باید دانست که بافت ملتحمه بافتی بی‌اهمیت نیست بلکه از عوامل بزرگ زیست انسان به شمار می‌رود. درباره سلولیت و چگونگی نامگذاری آن دانشمندان گفتگوهای بسیار کرده و نامهای گوناگونی بدان داده‌اند چنانکه گروهی آن را ورم سلول و برخی آن را گره‌های زیرپوستی و دردناك و دسته‌ای آن را ورم عضلانی و بعضی آن را آزاری عضلانی و برخی آن را ورم عضلانی سلولی یا ورم رشته‌های فیبری و یا ورم فیبری ملتحمه‌ای و یا پرشدن عروق لنفاوی یا ورم چربی یا درد بافت چربی یا درد سلولی و یا آزار ملتحمه‌ای و یا آزار نموی ملتحمه‌ای و یا ورم تورینه‌ای (رتیکولیت) و غیره نامیده‌اند، ولی ما از آن به نام سلولیت یاد می‌کنیم در اصطلاح ما پزشکان هنگامی که کلمه (ایت) به آخر اسم یا بافتی درآید مبین یك عفونت حاد می‌باشد و حال آنکه در اینجا یك آزار کهنه در پیش است که در طول زمان ایجاد می‌شود و گاهی هم ممکن است به شکل حاد بروز کند. مقصود ما از سلولیت واکنش‌های بافت ملتحمه در برابر اثر عوامل زیانبخش می‌باشد و باید بدانیم که سلولیت نتیجه تراوش موادی است که در ماده میان سلولی و پرکردن و ضخیم کردن آن و ایجاد گره‌های لمس شدنی پدید می‌آید و مهمتر ازز همه ایجاد درد در اثر آن می‌باشد و البته باید درنظر داشت که شاید این آزار نوعی از واکنش دفاعی بافتی باشد.

اگر چربی زیرپوست در قسمتی از بدن زیاد و باعث چاقی موضعی گردیده و این چاقی غذائی که برای لاغر شدن داده می‌شود و همچنین ورزش کردن از بین نمی‌رود احتمال دارد این چاقی و چربی اضافی از نوع معمولی آن نبوده و سلولیت باشد. یك عارضه بسیار شایع که می‌توان گفت هشتاد درصد از خانمها به درجات کم و زیاد آن مبتلا هستند و از عدم تناسب اندام و عوارض دیگر آن رنج می‌برند.

جمع شدن چربی و مواد زائید بشکل گلوله یا برجستگی‌های کوچك در زیر پوست نشانه وجود سلولیت می‌باشد.

موارد زیادی از عارضه سلولیت دیده شده که به نظر چاقی موضعی معمولی می‌رسیده، چاقی‌هائی که بیشتر در قسمت بالای ران‌ها- پشت و باسن متمرکز بوده است دراینگونه موارد با کمی دقت می‌توان ناصافی سطح پوست و برآمدگی‌های گلوله مانند کوچك زیرجلد را که مخصوص سلولیت می‌باشد مشاهده نمود این یك زنگ خطر و علامت هشداردهنده‌ای برای اعلام اینکه این چاقی یك تجمع چربی زیر پوست نیست بلکه عارضه مزاحم سلولیت می‌باشد.

همانطور که قبلاً هم گفته شد در حالیکه چاقی معمولی با رژیم غذائی و ورزش از بین می‌رود چربی زیرجلدی سلولیت را نمی‌توان با اینگونه اقدامات درمان نمود، دلیلش این است که در مورد سلولیت علاوه بر چربی یك ماده ژله مانند به اضافه آب و مواد زائد در یك کیسه کوچك گلوله مانند حبس شده و وجود تعداد زیادی از این نوع گلوله‌های چربی در زیر جلد موجب ناصافی سطح پوست می‌شود که با کمی فشار روی ناحیه مبتلا می‌توان آن را مشاهده کرد. این گلوله یا کیسه‌های کوچك انباشته از چربی که بطور غیرعادی ایجاد گردیده‌اند مانند یك اسفنج قادرند مقداری آب را جذب نموده در خود نگاه دارند که منظره ناخوشایند سلولیت را ایجاد می‌نمایند.

چون سلولیت چربی معمولی نیست حتی رژیم‌های سخت هم نمی‌تواند آن را از بین ببرد.

موقعی که مواد غذائی کافی به بدن نرسد بطور خودکار بدن برای انرژی موردنیاز خود از چربی ذخیره شده زیرجلد و جاهای دیگر استفاده نموده آن را می‌سوزاند. در یك رژیم با کالری کم چربی در بسیاری از نقاط بدن از بین می‌رود اما در مورد سلولیت با رژیم کم کالری هم چربی سوخته نمی‌شود و از بین نمی‌رود.

رژیم مخصوص سلولیت براین پایه استوار است که بدن را از آب اضافی و مواد زائد سمی تصفیه نموده کیسه‌های گلوله مانند چربی مخصوص

سلولیت را از بین ببرد بدون اینکه در چربی موجود جاهای دیگر بدن تأثیر چندانی بگذارد (مثلاً صورت و سینه‌ها لاغر شود.)
این رژیم فقط غذاهائی را که به ایجاد سلولیت کمك می‌نماید از برنامه غذائی حذف می‌نماید.

منبع : موسسه اطلاع‌رسانی طعام اسرار

http://vista.ir/?view=article&id=225995

سوزاک

سوزاک یک بیماری عفونی قابل درمان و منتقله از طریق تماس جنسی می باشد که علت آن باکتری نیسر یا گونوره است. این باکتری می تواند مجاری تناسلی، دهان و رکتوم را در هر دو جنس درگیر نماید. در زنان مدخل رحم، سرویکس ، اولین محل عفونت می باشد. انتشار بیماری به رحم و لوله های فالوپ منجر به التهابی لگن یاPID می شود.
بیماری التهابی لگن سالانه بیش از یک میلیون زن را در این کشور مبتلا می سازد و در ۱۰ درصد زنان باعث حاملگی نابجا و نازایی می گردد. در سال ۲۰۰۲ میلادی ۳۵۱۸۵۲ مورد سوزاک به مرکز کنترل بیماری پیشگیری (CDC) گزارش شده است. در ایالات متحده آمریکا تقریباً ۷۵ درصد از کل موارد گزارش شده سوزاک در افراد بین ۲۹- ۱۵ سال بوده است. بیشترین میزان عفونت اغلب در زنان بین سنین ۱۹-۱۵ سال و در مردان بین سنین ۳۴-۲۰ سال می باشد.

- علائم

باکتری در مایع منی و واژن بوده و منجر به ایجاد ترشح می گردد. علائم اغلب بین ۱۰-۲ روز بعد از تماس جنسی با یک فرد آلوده نمایان می شوند. در زنان علائم اولیه سوزاک اغلب خفیف است. در گروه کوچکی از افراد ممکن است عفونت برای چندین ماه بدون علامت باقی بماند.

- علائم در زنان عبارتند از :

▪ خونریزی به دنبال تماس جنسی از طریق مهبل

▪ احساس درد و سوزش هنگام ادرار

▪ ترشحات زرد رنگ یا خونی مهبل

برخی علائم پیشرفته که نشانگر بیماری التهابی لگنی می باشند. عبارتند از انقباض عضلانی و درد، خونریزی در بین خونریزی های ماهیانه ، استفراغ یا تب

- مردان علائم بیشتری دارند که عبارتند از :

▪ خروج دردناک چرک سفید ، زرد یا سبز از آلت تناسلی

▪ احساس سوزش حین ادرار

▪ تورم بیضه ها

● علائم عفونت رکتوم عبارتند از : ترشحات ، خارش ، خارش مقعد، حرکات روده دردناک همراه با وجود خون تازه در مدفوع

▪ علائم معمولاً ۵-۲ روز بعد از عفونت ظاهر می شوند اما می تواند بعد از ۳۰ روز ظاهر گردد.

● علائم

▪ مراقبین بهداشتی معمولاً سه تکنیک آزمایشگاهی را در تشخیص سوزاک به کار می برند.

▪ رنگ آمیزی مستقیم نمونه ها برای باکتری

▪ تشخیص DNA یا ژن های باکتری در ادرار

▪ رشد باکتری در کشت های آزمایشگاهی

بسیاری از کارکنان بهداشتی ترجیحاً بیش از یک روش تشخیصی به کار می برند و احتمال تشخیص صحیح را افزایش می دهند. تست رنگ آمیزی شامل یک لام از ترشحات آلت تناسلی مردانه یا مدخل رحم و سپس رنگ آمیزی آن می باشد.

سپس از دید میکروسکوپی جهت جستجوی باکتری باکتری بر روی لام استفاده می شود. شما اغلب می توانید هنگامی که در مطب یا کلنیک هستید نتایج تست را به دست آورید. این تست در مردان کاملاً دقیق است ولی در زنان مناسب نیست. فقط در نیمی از زنان مبتلا به سوزاک نتایج رنگ آمیزی مثبت می شود.

اغلب موارد کارکنان بهداشتی از سواب های رحمی یا مدخل رحمی جهت تست تشخیصی ژن باکتری استفده می نمایند. این تست دقیق تر از کشت باکتری می باشد.

در کشت آزمایشگاهی، یک نمونه از ترشحات درون ظرف کشت قرار گرفته برای مدت ۲ روز انکیوبه می شود تا به باکتری اجازه رشد داده شود. حساسیت این تست وابسته به مکانی است که نمونه گرفته شده است.

کشت نمونه مدخل رحمی تقریباً در ۹۰ درصد موارد عفونت را تشخیص می دهد. کشت همچنین اجازه تست برای باکتری های مقاوم به دارو را نیز می دهد.

● درمان

مراقبین و کارکنان بهداشتی اغلب یک تک دوز از آنتی بیوتیک های زیر را جهت درمان سوزاک تجویز می نمایند.

▪ Cefexime

▪ Ceftriaxone

▪ Ciprofloxacin

▪ Ofloxacin

▪Levofloxacin

در صورت بارداری یا سن کمتر از ۱۸ سال نباید سیپروفلوکساسین یا افلوکساسین مصرف نماید.

پزشک معالج شما می تواند بهترین و بی خطر ترین آنتی بیوتیک را برای شما تجویز نماید. سوزاک و کلامیدیا، دیگر بیماری شایع منتقله از طریق تماس جنسی، اغلب همزمان فرد را آلوده می نمایند. بنابراین پزشکان اغلب یک ترکیب آنتی بیوتیکی نظیر سفتریاکسون و داکسی سیکلین یا آزیترومایسین را تجویز می نماید و هر دو بیماری را درمان می کنند.

اگر شما مبتلا به سوزاک هستید، همه شرکای جنسی شما چه علامتدار و چه بدون علامت باید تست شده و در صورت آلودگی درمان شوند.

● پیشگیری

مطمئن ترین راه جلوگیری برای بیماری های منتقله از طریق جنسی، پرهیز از تماس جنسی مشکوک می باشد. با استفاده از کاندوم های لاتکسی به طور مستقیم و دائمی در طی فعالیت جنسی مقعدی یا مهبلی احتمال ابتلا به سوزاک و عوارض آن کاهش می یابد.

● عوارض

▪ در عفونت های سوزاک درمان نشده : باکتری در مجاری تناسلی انتشار می یابد و به ندرت از طریق جریان خون، مفاصل، دریچه های قلبی و مغز را دچار عفونت می نماید.

شایعترین نتیجه سوزاک درمان نشده، بیماری التهاب لگن، عفونت شدید مجاری تناسلی، می باشد. این بیماری اغلب بلافاصله بعد از خونریزی

ماهیانه رخ می دهد. بیماری التهاب لگن باعث ایجاد بافت اسکاری در لوله های تخمدانی می گردد و اگر لوله ها به طور نسبی تنگ شوند ممکن است تخمک بارور نتواند از این طریق به رحم باز گشته و در این صورت احتمال تلقیح جنین در لوله و بارداری نابجا افزایش می یابد. این عارضه جدی باعث سقط جنین و یا مرگ مادر می گردد. در مردان سوزاک منجر به اپیدیدیمیت، شرایط دردناک در بیضه ها می شود که در صورت عدم درمان منجر به ناباروری و درگیری غدد پروستات می گردد.

به ندرت سوزاک درمان نشده از طریق خون به مفاصل انتشار و منجر به التهاب مفاصل

می شود که یک عارضه بسیار جدی است. ابتلا به عفونت سوزاک احتمال ابتلا به ایدز را افزایش

می دهد. لذا این نکته بسیار مهم است که فرد خود را در برابر این بیماری محافظت نماید و یا در صورت آلودگی به بیماری سریعاً تحت درمان قرار گیرد.

● انتقال عفونت به نوزادان یا اطفال

اگر شما در بارداری مبتلا به سوزاک هستید، ممکن است عفونت را به فرزندتان انتقال دهید. این انتقال هنگام عبور نوزاد از کانال زایمان یا در طی حاملگی صورت می گیرد. مراقبین بهداشتی از طریق کاربرد قطره نیترات نقره یا دیگر داروهای چشمی می توانند از عفونت چشم فرزند شما جلوگیری نمایند.

به علت ریسک عفونت سوزاک برای شما و فرزنداتان متخصصین پیشنهاد می کنند که زنان حامله طی مراقبت های قبل از تولد حداقل یکبار جهت بررسی آلودگی به سوزاک تست شوند.

منبع : دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234404

vista.ir
Online Classified Service

سوغات فصل سرد

سرفه، آب ریزش بینی، گرفتگی صدا، تب و... معمولاً علایمی هستند که با شروع فصل سرما در بین اکثر مردم دیده می شود. درواقع این علایم هشداری هستند که اگر به آنها توجهی نشود، به بیماریهای عفونی تبدیل می شوند. اما با رعایت نکاتی به راحتی می توان از بروز بیماری پیشگیری کرد.

▪ تب

تب یک واکنش دفاعی و طبیعی بدن است که همه سعی می کنیم هرطور شده درجه حرارت بدن بیمار را پایین بیاوریم. اگر نوزادان زیر شش ماه تب داشته باشند، باید فورا به پزشک مراجعه کرد. درمورد کودکان کمی بزرگتر می توان با کم کردن لباسهای اضافی و پایین آوردن درجه حرارت منزل، تا حدی تب آنها را پایین آورد. دراین صورت حتماً توجه داشته باشید که به طور منظم به کودک مایعات بنوشانید. تب موجب کم شدن آب بدن و طولانی شدن مدت بیماری می شود. داروهایی مانند ایبوپروفن، آسپرین و... در درمان تب مفید است.

▪ گرفتگی یا آب ریزش بینی

برای درمان گرفتگی یا آب ریزش بینی می توان از داروهای خوراکی یا قطره های بینی استفاده کرد. بسیاری از این داروها به طور عادی در داروخانه ها به فروش می رسد، اما برخی از آنها حتماً باید با تجویز پزشک مصرف شود.

▪ کسالت و خستگی

ویتامین ث در دوران سرماخوردگی، رخوت و بی حالی را برطرف می کند. تأثیر این ویتامین در واقع کاهش شدت علایم سرماخوردگی است و به نظر می رسد مدت بیماری را نیز کم می کند.

▪ سرفه

مصرف دارو برای درمان سرفه، به نوع سرفه بستگی دارد. دربعضی موارد سرفه همراه با ترشحاتی است که مجرای تنفسی را مسدود می کند. به جای درمان این سرفه ها، بهتر است از داروهایی استفاده شود که دفع ترشحات راحت تر شود.

در حالت دیگر، سرفه خشک و در واقع به خاطر تحریک گلو است. این نوع سرفه معمولاً همراه با التهاب گلو، شدید و خشک است و به همین خاطر دردناک هستند وشبها بیمار را بیشتر ناراحت می کند که می توان برای تسکین آنها از داروهای ضد سرفه استفاده کرد. این داروها روی مرکز اصلی سرفه در مغز تأثیر می گذارند. همراه با داروهای ضد سرفه، معمولاً داروهای مسکن درد گلو نیز مصرف می شود.

▪ حالت تهوع، التهاب روده

برای پیشگیری از این مشکل حتماً باید اصول بهداشتی رعایت شود. شستن دستها با آب و صابون پس از دستشویی، حتماً لازم است. در شستن و ضدعفونی سبزیجات نیز بسیار دقت کنید و در هنگام پخت غذا که سبزیجات مختلف را کنار هم می گذارید، احتیاط کنید. التهاب روده ها برای کودکان بسیار خطرناک است و به همین دلیل باید بسیار مراقب آنها باشید. مهمترین مشکلی که این بیماری به همراه دارد، کم شدن آب بدن است. درمان همیشگی این مشکل، مصرف داروی خوراکی «او،آر، اس» (مخلوط آب، شکرو نمک) است تا آب بدن مجدداً تأمین شود. همراه با این دارو معمولاً داروهای ضد حالت تهوع، ضدعفونی کننده روده ها و در موارد درد شکم، آنتی اسپاسمودیک (ضدگرفتگی) نیز تجویز می شود. در موارد خیلی حاد بیماری (تب، خون همراه مدفوع، استفراغ شدید) حتماً باید آنتی بیوتیک مصرف شود. و سپس فلور روده ای (باکتری هایی که به طور طبیعی در روده هستند) راجبران کرد که ماست را می توان ماده ای مفید دراین باره دانست.

● مشورت با پزشک

اگر چه اکثر بیماریهای زمستان، بیماریهای ساده و عادی هستند، اما نباید این احتمال را فراموش کرد که ممکن است این ناراحتی ها عامل بیماریهای جدی باشد. این نکته را بخصوص در مورد کودکان باید بسیار مد نظر داشت. اگر تب بیش از دو روز طول بکشد و با درد یا مشکلات تنفسی همراه باشد، حتماً باید به پزشک مراجعه کرد. سرما خوردگی ابتلا به عفونت باکتریایی را تسریع می کند. شایع ترین این بیماریها در کودکان، اوتیت (التهاب گوش) است، اما ممکن است سرماخوردگی باعث برونشیت (التهاب نایژه)، التهاب گلو و ذات الریه نیز شود.

● توصیه هایی برای کاهش عوارض و پیامدهای سرماخوردگی

مشخص است که سرما، عفونت را تشدید می کند. با ورود سرما به بدن، بدن مجبور می شود درجه دمای خود را ۳۷ نگه دارد و ممکن است مخاط بینی را تحریک کند. نوع عادتهای رفتاری ما می تواند شیوع بیماری را تشدید کند. هنگامی که هوا سرد می شود، این موضوع موجب می شود رفت و آمد با وسیله نقلیه عمومی و حضور در محیط های شلوغ بیشترشود. در چنین شرایطی ویروسها در هوا پخش و باعث انتقال بیماری می شود.

ویروسهای سرماخوردگی مخاط بینی، نایژه، حلق و حنجره را درگیر می کنند. بینی کیپ می شود، چشمها اشک ریزش دارد، بدن داغ می شود و... به طور معمول، ویروسها از شخصی به شخص دیگر منتقل می شود. کودکان که سیستم ایمنی خیلی قوی ندارند، قبل ازهمه بیمار می شوند و بعد از گذراندن چند زمستان است که بدن بچه ها توانایی مقابله با بیماری را به دست می آورد. در بزرگسالان، عوامل خارجی مانند خستگی یا بی خوابی می تواند درغلبه بر بیماری تأثیر بگذارد. باید گفت که افراد بزرگسال دو تا پنج برابر در سال سرماخوردگی می گیرند.

اما خوشبختانه این بیماری ساده است و به ندرت پیش می آید که بیماری وخیم شود و عواقب زیادی داشته باشد.

● رعایت چند توصیه ساده؛ زمستان بدون سرما خوردگی

با سرد شدن هوا ویروسهای سرماخوردگی در محیط پخش می شوند، اما رعایت چند نکته ساده در منزل و محیط بیرون از خانه، می تواند فرد را

در برابر سرما و ویروسها محافظت کند.

درموقع بیرون رفتن از منزل، بهتر است علاوه بر یک لباس پشمی ضخیم، چند لباس پارچه ای هم بپوشید.

برای جلوگیری از سرما خوردگی دستها نیز حتماً دستکش به دست داشته باشید. در مواقع یخ بندی بهتر است، حتی الامکان کفشهایی بپوشید که مانع اززمین خوردن شود. مطابق با نیازهای بدن به انرژی، تغذیه خود را هماهنگ کنید. معمولاً توصیه می شود که در فصل زمستان برای بالا رفتن درجه حرارت بدن، حجم کالری غذای خود را افزایش دهید، اما مراقب باید بود که این افزایش غذا، به چاقی منتهی نشود.

گاه در منزل به خاطر اینکه بیش از حد در و پنجره ها بسته و یا درزگیری شده اند، احتمال آلودگی و ابتلا به بیماریها افزایش می یابد.

حتی اگر درجه دماسنج پایین تر از صفر باشد، باز هم لازم است هوای منزل عوض شود. بخصوص اگر کودک مبتلا به آسم دارید حتماً این نکته را مدنظر داشته باشید. همچنین در محیط خانه و بخصوص نزدیک نوزادان، سیگار نکشید.

متأسفانه هرسال با آغاز فصل سرما اتفاقات ناگواری به علت رعایت نکردن نکات ایمنی و پخش شدن گاز مونواکسیدکربن در خانه پیش می آید. مسمومیت با گاز مونواکسیدکربن باعث سر درد، حالت تهوع، استفراغ و پایین آمدن سطح هوشیاری می شود. با بروز هر کدام از این علایم فورا به پزشک مراجعه کنید.

شومینه های خانگی حتماً باید تهویه مناسب و حفاظ داشته باشند. همچنین در ییلاقات مراقب شومینه های هیزمی خانه باشید، چون یک عامل ایجاد آتش سوزی است.

منبع : روزنامه قدس

http://vista.ir/?view=article&id=286358

vista.ir
Online Classified Service

سیاره یی به نام بدن

● نود درصد سلول های بدن ما از آن میکروب ها است

۹۰ درصد از سلول های بدن شما مال خودتان نیست، بلکه از آن میکروب ها است. شاید درک این مساله برای تان کمی دشوار باشد، اما هر یک از ما یک اکوسیستم متحرک هستیم. کنه Demodex هشت پا و ریزه میزه درون فولیکول های مژه شما است و بدون کوچک ترین جلب توجهی روی سلول های شما زندگی می کند. مخمرهای میکروسکوپی روی زبان، دندان، پوست و درون روده شما زندگی می کنند. ویروس های نهفته یی چونHerpes simlesx ممکن است سالیان سال داخل سلول های عصبی شما جا خوش کنند. شاید قوی ترین آنها یک قطعه DNA ویروس مانند و خودتکثیرشونده است که اجداد ما را آلوده کرد و امروز نیز نزدیک به ۸ درصد از ژنوم ما را تشکیل می دهد.

اغلب ما، بدن مان را با ۹۰ تریلیون میکروب و حتی تعداد بیشتری از آنها شریکیم. اما گاهی اوقات این ترتیب به هم می خورد؛ به عنوان مثال زمانی

که ساس های خونخوار، کک ها یا شپش ها ما را مورد تاخت وتاز خود قرار می دهند، یا هنگامی که Herpes simplex یا پاپیلومای انسانی موجب بروز جوش ها و کورک های زننده یا زگیل هایی روی پوست می شوند. حتی خوردن آنتی بیوتیک نیز می تواند نظم حاکم بر اکوسیستم دستگاه گوارش ما را به هم بزند، چرا که نه تنها ارگانیسم های به وجود آورنده بیماری را از بین می برد، بلکه باکتری های مفیدی چون Lactobacillus acidophilus را نیز نابود می کند. زندگی با میکروب ها برای حفظ تعادل زیستی بدن ضروری است. ما اغلب به حیات میکروسکوپی که با خودمان حمل می کنیم، بی اعتناییم. در پایین اشاره یی داریم به تعدادی از این ارگانیسم ها که از قضا ممکن است چیزهای خوبی باشند.

▪ قارچ پای ورزشکاران

Trichophyton و Epidermophyton میکروب های انگلی رشته یی هستند که در حمام های عمومی به پاهای برهنه افراد می چسبند. این گونه ها و خویشاوندان نزدیک شان به آرامی به زیر ناخن انگشتان پا خزیده و به تدریج به نقاط دیگری از پوست حمله می کنند. از این نواحی می توان به پوست سر و ناحیه تناسلی اشاره کرد. از علائم آلوده شدن به این قارچ می توان عفونت قارچی پوست سر، کچلی و خارش بدن را نام برد.

▪ میکروب های ناحیه تناسلی

باکتری های مفید(ترجیحاً نه از خانواده Lactobacillus) در واژن لانه گزیده و با ترشح اسیدلاکتیک باکتری های مهاجمی چون مخمر بیماری زای Candida albicans را از محیط واژن دفع می کند.

▪ باکتروئیدها و Firmicute

حداقل ۵۰۰ گونه از باکتری ها که بیشتر از ۳/۳ پوند وزن ندارند، درون لوله گوارش انسان زندگی می کنند. بیشتر این میکروب ها به دو شاخه Firmiculateها و Bacteroideها تعلق دارند. این باکتری ها کربوهیدرات ها را تجزیه کرده و مواد غذایی مورد نیاز سلول ها، مثل ویتامین هایK و B۱۲ را تولید می کنند. این باکتری ها همچنین باکتری های مضر را از لوله گوارش انسان دفع می کنند. همچنان که «سینتیا سیرز» از مرکز بهداشت جهانی جان هاپکینز می گوید؛ «این باکتری ها به مدد تعداد زیادشان موجب بیرون راندن باکتری های مضر از بدن می شوند.»

▪ ویروس پاپیلومای انسانی

بیش از ۱۰۰ نوع پاپیلوماویروس انسانی (HPV) می توانند انسان ها را آلوده و موجب طیف وسیعی از زگیل های کوچک و درشت در سطح بدن شوند. حداقل ۳۰ نوع از پاپیلوماویروس ها به شیوه جنسی منتقل می شوند و CDCها حکایت از آن دارند که حداقل ۵۰ درصد از مردان و زنانی که از نظر جنسی فعال هستند با پاپیلوماویروس دستگاه تناسلی آلوده خواهند شد. لازم به یادآوری است که پاپیلوماویروس سویه ۱۶ و ۱۸ می توانند موجب سرطان هایی در ناحیه گردن رحم، پنیس، مهبل، مقعد و رکتوم شوند. واکسن جدید گارداسیل (Gardasil) می تواند افراد را در مقابل این دو نوع پاپیلوما محافظت کند.

▪ شپش سر

Pediculus humanus capitis (یا شپش سر) از زمان های بسیار قدیمی همراه انسان بوده است؛ یک تخم شپش بسیار قدیمی به تارهای مویی که ۱۰ هزار سال قدمت دارند، چسبیده بود. این حشرات پهن و بدون بال، بسیار کوچکند (بین ۱ تا ۲ میلی متر طول دارند-کمتر از یک دهم یک اینچ)، از خون انسان تغذیه می کنند و تخم ها یا بچه های شان را محکم به موهای ما می چسبانند.

▪ استرپتوکوک دندانی

اگر شما مرتباً دندان های تان را مسواک نکنید، نواری از ۳۰۰ تا ۵۰۰ سلول باکتریایی به سطح دندان های شما خواهد چسبید. گونه های غالب تشکیل دهنده این پلاک Stereptococus sanguis و Stereptococus mutans هستند. بعد از تشکیل این پلاک، حتی اگر شما به طور مرتب دندان های تان را مسواک کنید هم این باکتری ها آنجا می مانند و تحت هیچ شرایطی از بین نمی روند. این باکتری ها قند را تخمیر و پلیمرهای چسبناکی ترشح می کنند که پایه پلاک را تشکیل می دهند.

▪ کنه Demodex

بندپای کوچکی است که در فولیکول های مژه های شما زندگی می کند، از خون شما تغذیه می کند، در آنجا جفت گیری می کند، تولیدمثل می کند و به ندرت آنجا را ترک می کند، مگر اینکه هرازگاهی تصمیم بگیرد روی پوست شما قدمی بزند. کنه های Demodex (انگل های سیگاری شکلی که پاهای کلفت و کوتاهی داشته و در حدود ۳/۰ میلیمتر طول دارند) ۲۰ درصد از افراد زیر ۲۰ سال را آلوده می کنند. این انگل ها در سنین پیری نیز به سراغ ما می آیند. می توان گفت تقریباً تمامی افراد مسن این انگل را با خود حمل می کنند.

▪ زونا

اگر آبله مرغان گرفته باشید، ویروس مسبب آن که varicella-zoster نامیده می شود تا ابد همراه شما می ماند و به صورت نهفته در اعصاب نزدیک نخاع شما به زندگی خود ادامه می دهد. استرس، پیری یا تضعیف سیستم ایمنی ممکن است این ویروس را مجدداً فعال کند. این ویروس پس از فعال شدن آرام آرام در طول دستگاه عصبی حرکت کرده و موجب درد شدید و جوش های دردناک می شود. مجموع این شرایط را روی هم زونا می نامند. محققان پیشنهاد می کنند که واکسیناسیون گسترده علیه آبله مرغان که امروزه در ایالات متحده بسیار رایج است، ممکن است باعث افزایش معنی دار زونا در دوران کهولت و سالخوردگی شود.

▪ ویروس های فسیل

در حدود یک دوازدهم ژنوم ما رشته هایی از DNAی ویروس هایی است که میلیون ها سال قبل اجداد ما را آلوده ساختند. به گفته «پرسکات دینینجر»، آسیب شناس دانشگاه تولان، این ویروس ها و انگل های دیگر، قطعاتی از DNA خودتکثیرشونده پی هستند که با ما تکامل پیدا کرده و می توانند نسخه هایی از خودشان را به درون ژنوم ما وارد کنند. این قطعات باعث جهش هایی می شوند که سرمنشاء بیماری های ژنتیکی جدید هستند.

▪ استافیلوکوک ها

پوست ما به طور میانگین نزدیک به یک تریلیون باکتری را محافظت می کند که عمده آنها استافیلوکوک ها، استرپتوکوک ها و Corynebacterium هستند. این باکتری ها عرق بدن را تجزیه می کنند و بدین ترتیب موجب بوی بدن می شوند.

«مارتین بلیزر»، میکروبیولوژیست مدرسه پزشکی دانشگاه نیویورک DNA باکتری متعلق به بازوی ۶ انسان را تعیین توالی و ۱۸۲ گونه مختلف از باکتری ها را کشف کرد. اغلب این باکتری ها در رقابت با پاتوژن های خطرناک بر سر مواد غذایی پوست، بدن مان را سالم نگه می دارند. به گفته «بلیزر»؛ «من از زندگی بدون میکروب ها متنفرم.»

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=264162

vista.ir
Online Classified Service

سیاه زخم، سلاح بیولوژیک

حتما نام سیاه زخم را شنیده‌اید؛ چند سال پیش، درست بعد از ماجرای ۱۱ سپتامبر، موضوع سلاح‌های بیولوژیك و سلاح‌های تجهیز شده با باکتری سیاه زخم، تب و تاب خاصی پیدا کرد. تا به حال از خودتان پرسیده‌اید که چرا بین این همه میکروب از باکتری این بیماری برای تولاید سلاح جنگی‌ستفاده

می‌شود؟ ابتدا باید بگوییم که سیاه زخم یك بیماری مشترك بین انسان و دام است و بیشتر از طریق گاو و گوسفند و البته بیشتر از طریق گاو می‌تواند به انسان انتقال پیدا کند. وقتی حیوانی به این بیماری مبتلا می‌شود، در ادرارش خون دیده می‌شود و فردی که با این حیوان در تماس است (مانند دامداران یا چوپانان) به طور تصادفی به آن مبتلا خواهد شد. به این دلیل است که توصیه می‌شود به محض اطلاع از مبتلا بودن حیوان باید آن‌را کشت، در گودال‌هایی به عمق دو متر دفن کرد و روی آن آب آهك ریخت یا آن‌که حیوان را سوزاند. حتی استفاده از فرآورده‌های این حیوانات از پوست (چرم)، گوشت، استخوان و پشم‌شان گرفته تا شاخ این حیوانات می‌تواند انتقال عامل این بیماری را هموار سازد. جالب است بدانید که سفیداب‌هایی که در فرآیند تولیدشان هیچ‌گونه نظارتی انجام نمی‌شود نیز یکی دیگر از راه‌های انتقال این بیماری به حساب می‌آیند زیرا این ترکیب پاك کننده را از مغز حرام گاو و گوسفند تهیه می‌کنند و ممکن است سفیداب مصرفی از دام‌های آلوده تهیه شده باشد. به علاوه در برخی از موارد دیده شده است، کارخانه‌هایی که مواد اولیه‌شان فرآورده‌های دامی است مانند کارخانه‌های تولید چرم و نخ ریسی که از پشم حیوانات استفاده می‌کنند، می‌تواند این بیماری در میان کارکنان‌شان گسترش پیدا کند.

حتما می‌پرسید، این بیماری چطور می‌تواند انتقال پیدا کند؟ باید بگوییم که از طریق زخم، خوردن غذای آلوده به میکروب این بیماری و حتی استنشاق هوای آلوده: این باکتری می‌تواند به راحتی منتقل شود. این بیماری در انسان به اشکال متفاوتی می‌تواند نمایان شود.

▪ نوع اول آن انتشار پوستی است که روی عضو زخم‌هایی با مرکز سیاه رنگ ایجاد می‌شود. این زخم‌ها متورم بوده و به هیچ عنوان دردناك نیستند.

▪ شکل دوم این بیماری با تظاهرات گوارشی همراه است که بین ۴۰ تا ۶۰ درصد احتمال مرگ را برای فرد مبتلا می‌تواند فراهم آورد. در این حالت، فرد به اسهال و استفراغ شدید مبتلا می‌شود و زخم در روده‌هایش بروز کرده و ممکن است او را از پای درآورد.

▪ نوع سوم این بیماری زمانی است که سیستم تنفسی را درگیر می‌کند که البته به احتمال ۱۰۰ درصد فرد امکان دارد که جان خود را از دست بدهد. در این شکل بیماری، فرد در یکی دو روز اول فکر می‌کند که سرماخورده است اما در روزهای بعد دچار خون‌ریزی ریوی شده و با تنگی نفس روبه‌رو می‌شود و از بین خواهد رفت. اما چرا از میکروب این بیماری برای تهیه سلاح‌های کشتار جمعی استفاده می‌شود؟ باید در جواب بگوییم که این میکروب به حرارت‌های بالا مقاوم بوده و به این دلیل، پس از انفجار سلاح (موشك) بر اثر حرارت فراوان از بین نمی‌رود. به علاوه مدت‌ها در محیط باقی می‌ماند و در ضمن به راحتی قابل کشت دادن است در حالی که بقیه میکروب‌ها چنین خاصیتی را ندارند.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=264061

vista.ir
Online Classified Service

سیفلیس

سیفلیس عبارت است از یک بیماری آمیزشی مسری که باعث تخریب گسترده بافتی می‌گردد. سیفلیس با عنوان «مقلد بزرگ» شناخته شده است زیرا علایم آن شبیه بسیاری از بیماری‌های دیگر است. دستگاه

تناسلی، پوست و دستگاه عصبی مرکزی را درگیر می‌کند. سیفلیس دو نوع دارد: نوزادان (۲-۰ هفته) به دنیا آمده از مادران مبتلا به سیفلیس (نوع مادرزادی) و نوعی که افراد، از تمام سنین و هر دو جنس را مبتلا می‌کند که از طریق تماس جنسی آن را کسب می‌کنند (نوع مسری).

● علایم شایع

مرحله اول (مسری؛ ۶-۳ روز پس از تماس ظاهر می‌شود):

یک زخم قرمز و بدون درد (شانکر) بر روی دستگاه تناسلی، دهان یا مقعد. این زخم معمولاً در مردان آلت تناسلی و در زنان مهبل یا گردن رحم را درگیر می‌کند. مرحله دوم (مسری؛ ۶ هفته یا بیش از ۶ هفته پس از ظهور شانکر آغاز می‌گردد):

▪ بزرگی غدد لنفاوی در گردن، زیر بغل یا کشاله ران

▪ سردرد

▪ بثور بر روی پوست و غشاهای مخاطی آلت تناسلی، مهبل یا دهان. بثور برآمدگی‌های کوچک، قرمز و پوسته‌دهنده دارد.

تب (گاهی اوقات) مرحله سوم (غیرمسری؛ ممکن است سالها پس از مراحل اول و دوم ظاهر شود)

▪ زوال ذهنی

▪ ناتوانی جنسی

▪ عدم تعادل

▪ عدم احساس یا تیرکشیدن درد در اندام‌های تحتانی

▪ بیماری قلبی

● علل

۱ـ میکروب عامل عفونت در هر دو نوع، تروپونما پالیدوم است.

۲ـ نوع مادرزادی از طریق جریان خون به جنین منتقل می‌گردد.

۳ـ نوع مسری با تماس جنسی نزدیک با فرد مبتلا به سیفلیس در مراحل اول و دوم منتقل می‌شود.

● عوامل افزایش‌دهنده خطر

▪ شرکای جنسی متعدد

▪ فعالیت جنسی بین مردان همجنس باز

● پیشگیری

▪ در اوایل بارداری، آزمون سرمی خون از لحاظ سیفلیس را انجام دهید.

▪ از بی‌بندوباری جنسی اجتناب کنید.

▪ از تماس جنسی با هر فرد مشکوک به ابتلا، خودداری کنید.

● عواقب مورد انتظار

▪ با درمان معمولاً در عرض ۳ ماه قابل علاج است. در ۱۰% بیماران، علی رغم درمان، سیفلیس در عرض یک سال عود می‌کند. در این صورت درمان مجدد الزامی است.

● درمان

آزمون‌های تشخیصی می‌توانند شامل بررسی‌های آزمایشگاهی مثل آزمون سرمی خون جهت سیفلیس، بررسی میکروسکوپی ترشح حاصل از شانکرو بررسی مایع نخاعی باشند. بعد از درمان، آزمونها تکرار می‌گردند. تمام افراد درگیر باید درمان دریافت نمایند. پس از درمان هر ماه به مدت ۶ ماه بررسی‌های آزمایشگاهی را برای کنترل عود، تکرار کنید.

در صورت نداشتن آلرژی، پنی‌سیلین تزریقی و اگر نتوان از پنی‌سیلین استفاده کرد، سایر آنتی‌بیوتیک‌ها می‌توانند اثر بخشی یکسانی داشته باشند. در صورت لزوم داروهای موضعی جهت علایم پوستی توصیه می‌شود. تا وقتی معالجه شوید از مقاربت جنسی بپرهیزید. سپس در طی

مقاربت جنسی از کاندوم‌های لاستیکی استفاده کنید.

منبع : شبکه رشد

http://vista.ir/?view=article&id=238175

سینوزیت

آیا تا بحال به سرماخوردگی یا حساسیت شدیدی دچار شده اید که به مدت زیادی طول کشیده و بهبود نمی یابد؟ اگر چنین بوده احتمالاً دچار سینوزیت شده اید. این بیماری از بیماریهای شایع است و از آنجا که تعدادی از موارد بیماری با سرماخوردگی یا حساسیت اشتباه گرفته می شود و فرد به پزشک مراجعه نمی کند، شیوع آن بیشتر از مواردی است که تشخیص داده می شود.

برای اینکه شما در مراحل اولیه بیماری متوجه ابتلای خود به سینوزیت شوید باید به سؤالات زیر پاسخ دهید. اگر به ۳ مورد سؤالات پاسخ « بله » دارید، احتمالاً مبتلا به سینوزیت شده اید و باید به پزشک مراجعه کنید. علت سینوزیت می تواند از عفونت با باکتری، قارچ و یا التهاب در نتیجه حساسیت باشد ولی در هر صورت مراجعه به پزشک ضروری است.

۱) آیا با فشار بر روی گونه های خود دچار درد می شوید؟

۲) آیا از سر درد رنج می برید ؟

۳) آیا دچار گرفتگی و احتقان بینی شده اید؟

۴) آیا ترشحات بینی شما غلیظ و برنگ زرد – سبز می باشد ؟

۵) آیا مبتلا به تب خفیف (۳۷-۸/۳۷-۲) می باشید ؟

۶) آیا تنفس شما بد بو شده است ؟

۷) آیا در دندانهای بالائی خود احساس درد می کنید ؟

همانطور که گفته شد اگر به ۳ مورد جواب مثبت بود باید به پزشک مراجعه کرد تا احتمال ابتلا به سینوزیت بررسی شود .

- سینوزیت چیست ؟

سینوزیت حاد باکتریائی، عفونت حفرات سینوس است که به باکتری آلوده شده اند. این بیماری معمولاً در پی یک سرماخوردگی ، حملات حساسیت و با تحریک توسط آلوده کننده های محیطی ایجاد می شود و بر خلاف سرماخوردگی و یا حساسیت ، تشخیص و درمان سینوزیت با پزشک بوده و به آنتی بیوتیک نیاز دارد. تا هم عفونت درمان شده و هم از ایجاد عوارض بعدی جلوگیری شود.

در حالت عادی ترشحات داخل سینوسها به درون فضای بینی تخلیه می شود و در هنگام ابتلا به سرماخوردگی و یا حساسیت ، سینوسها

ملتهب شده و در تخلیه ترشحات خود دچار مشکل می شوند که این قضیه می تواند باعث احتقان و سپس عفونت سینوس شود. تشخیص سینوزیت حاد پس از معاینه و پرسشهای پزشک در مورد علائم شما داده می شود ممکن است از عکس رادیولوژیک سینوسها و گاهی نمونه ترشحات سینوس شما برای آزمایش وجود باکتری در آن استفاده شود.

● چه موقع سینوزیت حاد تبدیل به سینوزیت مزمن می شود ؟

اگر فرد بطور مکرر مبتلا به سینوزیت حاد شود و یا عفونت سینوس او برای مدت ۳ ماه یا بیشتر باقی بماند ممکن است به سینوزیت مزمن تبدیل شود. علائم سینوزیت مزمن ممکن است خفیف تر از نوع حاد باشد ولی عدم درمان سینوزیت مزمن می تواند باعث آسیب و تخریب سینوسها و استخوان گونه شود که گاهی ترمیم آن نیاز به جراحی خواهد داشت.

● درمان سینوزیت

درمان سینوزیت باکتریائی باید با آنتی بیوتیک مناسب صورت گیرد. علاوه بر آنتی بیوتیک گاهی اسپرهای دهان و یا بینی . یا قطره های ضد احتقان ممکن است برای رفع احتقان تجویز شود، گرچه باید از مصرف اسپری بینی و قطره بدون تجویز پزشک به مدت طولانی خودداری کرد. همچنین تنفس در هوای مرطوب و شستشوی بینی با محلولهای استریل نیز می تواند مفید باشد.

گاهی بیمار به یک آنتی بیوتیک جواب نمی دهد.این بعلت مقاومت باکتری به این آنتی بیوتیک است که این پدیده درمان سینوزیت را مشکل می کند . بیماران می توانند با توجه به توصیه های پزشک از بروز این حالت جلوگیری کنند. اگر به هر دلیل برای شما توسط پزشک آنتی بیوتیکی تجویز شد، توجه داشته باشید که در تمام طول مدت تعیین شده باید آنتی بیوتیک را مصرف کنید و اگر پس از چند روز احساس بهبودی کردید، هرگز درمان خود را قطع نکنید چون این کار باعث ایجاد باکتریهای مقاوم می شود.

اما درمان سینوزیت مزمن کمی متفاوت است. گرچه گاهی آنتی بیوتیک درمانی شدید، برای آن انجام می شود ولی گاهی برای درمان نیاز به جراحی است تا انسداد ایجاد شده در مسیر سینوس رفع شود. علاوه بر جراحی باز، امروزه جراحی سینوس با کمک اندوسکوپ نیز میسر شده است. با این وسیله جراح می تواند مستقیماً داخل سینوس را مشاهده کند و همزمان هر عاملی که غیر طبیعی بنظر می رسد مثل بافت بیمار و یا پولیپ را برداشته و یا کانالهای باریک بین سینوسها را پاک کند.

● پیشگیری

برای اینکه در هنگام ابتلا به سرماخوردگی و یا حملات حساسیت به سینوزیت دچار نشوید باید سینوسهای خود را در این مواقع مرتب پاک کنید و برای اینکار :

۱) از داروهای ضد احتقان خوراکی و یا قطره یا اسپری ضد احتقان بینی (برای دوره کوتاه) استفاده کنید.

۲) مرتب فین کنید و بینی خود را از ترشحات پاکیزه کنید.

۳) مقادیر زیادی آب بنوشید تا ترشحات بینی شما رقیق بماند.

۴) از مسافرتهای هوائی در مواقع ابتلا به سرماخوردگی و حساسیت پرهیز کنید و اگر مجبور به این کار هستید از اسپری های ضد احتقان قبل از بلند شدن هواپیما استفاده کنید تا از انسداد سینوس و عدم تخلیه ترشحات آن جلوگیری شود.

۵) اگر مبتلا به حساسیت هستید از چیزهائی که باعث تحریک شما و شروع حساسیت و علائم آن می شود اجتناب کنید و در صورت ابتلا به حساسیت از آنتی هیستامین و اسپری بینی برای کنترل آن استفاده کنید.

● سینوزیت در کودکان

در کودکان تکامل سینوسها تا حدود ۲۰ سالگی ادامه دارد ولی کودکان نیز می توانند به سینوزیت مبتلا شوند. تشخیص سینوزیت در کودکان مشکل است زیرا عفونتهای تنفسی در آنها بسیار شایعتر بوده و همچنین علائم در کودکان می توانند خفیف بوده و تشخیص را مشکل کنند. علائم زیر در کودکان می تواند ناشی از سینوزیت بوده و باید در صورت مشاهده آنها به پزشک مراجعه کرد :

- سرماخوردگی که بیش از ۱۴-۱۰ روز طول کشیده و گاهی با تب خفیف همراه است
- ترشحات بینی غلیظ برنگ زرد – سبز
- ترشحات پشت حلق که گاهی باعث گلو درد ، تنفس بدبو،سرفه ، تهوع و یا استفراغ می شود.
- سردرد (معمولاً زیر ۶ سال وجود ندارد)

▪ تحریک پذیری یا خستگی

▪ تورم اطراف چشم

اگر علیرغم درمان مناسب طبی این علائم پا برجا ماند، باید بدنبال پیدا کردن یک عامل

زمینه ای که باعث سینوزیت می شود، بود که در این میان باید حتماً حساسیت و عفونتهای مکرر تنفسی بعنوان عوامل زمینه ای در نظر گرفته شوند.

منبع : دانشگاه علومپزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234054

vista.ir
Online Classified Service

سینوزیت

زنی ۳۹ ساله با شرح حال ۴ روزه ترشح زرد و بدبو از بینی، انسداد بینی و درد شدید در گونه و بین چشم‌ها به مطب شما می‌آید. یک هفته قبل دچار «سرماخوردگی بدی» شده بود و فکر می‌کرد رو به بهبود است ولی این مشکل شروع شد...

● به چه مسایلی باید پرداخت؟

سینوزیت که اکنون رینوسینوزیت نام دارد، عبارت است از التهاب یک یا چند سینوس اطراف بینی و از لحاظ بالینی با وجود حداقل ۲ علامت از علایم ذیل مشخص می‌گردد: انسداد یا احتقان، آبریزش یا ترشح از پشت حلق، احساس درد یا فشار در صورت، کاهش یا از دست رفتن حس بویایی. در رینوسینوزیت حاد، علایم تا ۱۲ هفته باقی می‌مانند و کاملا از بین می‌روند؛ در رینوسینوزیت مزمن علایم بدون بهبودی کامل بیش از ۱۲ هفته باقی می‌مانند. ویروس‌ها باعث تورم مخاط و انسداد ورودی سینوس به داخل بینی می‌گردند. علایم، ناشی از افزایش تولید موکوس، کاهش درناژ، فلج مژک‌ها و ایستایی (استاز) ترشحات هستند. ممکن است عفونت باکتریایی ثانویه، معمولا توسط استرپتوکوک پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا یا (در کودکان) موراکسلا کاتارالیس، رخ دهد. آتوپی نیز می‌تواند در ایجاد رینوسینوزیت نقش داشته باشد ولی شواهد کمی در مورد آن وجود دارد و نقش آن مشخص نیست.

● باکتریایی یا ویروسی؟

هر چند نحوه افتراق بین رینوسینوزیت باکتریایی و ویروسی مشخص نیست، در رینوسینوزیت حاد عفونت باکتریایی ثانویه ممکن است با موارد ذیل مشخص گردد.

▪ طول مدت بیش از ۷ روز

▪ ترشح چرکی سبز یا زرد از بینی

▪ شرح حال بهبود و سپس بدتر شدن علایم

▪ تب و ضعف عمومی

▪ درد و تندرنس صورت به ویژه اگر یک طرفه یا ناقرینه باشد.

● آیا مورد دیگری نیست؟

تشخیص افتراقی می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

ـ رینیت (احتقان بینی، آبریزش بینی، عطسه کردن)

ـ دندان درد راجعه

ـ اختلال کارکرد مفصل تمپورومندیبولار

ـ سردرد تنشی(tension)

ـ میگرن

ـ نورالژی تری‌ژمینال

ـ درد آتیپیک صورت

ـ وضعیت‌های نئوپلاستیک

▪ عوارض می‌توانند شامل موارد ذیل باشند:

ـ سلولیت پری‌اربیتال (قرمزی، ادم، درد، تب، کموز)

ـ آبسه کاسه چشم (موارد بالا به علاوه پروپتوز، افتالموپلژی، دوبینی، کاهش حدت بینایی)

ـ منتژیت (سردرد، سفتی گردن، خواب‌آلودگی، ترس از نور)

ـ استئومیلیت (استئیت سینوس فرونتال و ادم پوست روی استخوان فرونتال که یک توده ایجاد می‌کند [تومور پات(۱)])

ـ آبسه مغز (سردرد، تغییر وضعیت هوشیاری، اختلال بینایی، عدم تعادل، تشنج یا دیگر مشکلات عصبی کانونی).

● چه باید کرد؟

درمان محافظه‌کارانه را در نظر بگیرید:

▪ اطمینان‌بخشی

▪ بخور روزانه (اطمینان حاصل کنید که سوختگی رخ ندهد)

● درمان‌های طبی ممکن عبارتند از:

تسکین درد (استامینوفن، ایبوپروفن، کدیین به صورت گام به گام در صورت نیاز مطابق با نردبان تسکین درد سازمان جهانی بهداشت)

● ضد احتقان‌ها:

خوراکی (پسودوافدرین که می‌تواند باعث بی‌خوابی، اضطراب، تپش قلب و تاکی‌کاردی شود [در گروه‌های خاص مثل مبتلایان به پرفشاری خون مراقب باشید])

موضعی (گزیلومتازولین که استفاده طولانی‌مدت [بیش از یک هفته] از آن می‌تواند باعث رینیت بازگشتی شود)

کورتیکواستروییدهای داخل بینی (به ویژه در رینوسینوزیت مزمن، رینوسینوزیت حاد راجعه و رینیت می‌تواند مفید باشد)

▪ آنتی‌بیوتیک‌ها (اگر شرح حال به نفع علت باکتریایی باشد). به خاطر کاهش تحویل دارو ممکن است یک دوره طولانی (حداقل ۲ هفته) لازم باشد؛ از راهکارهای محلی تبعیت کنید:

ـ خط اول: آموکسی‌سیلین (تری‌متوپریم یا سفاکلور در صورت آلرژی بیمار به پنی‌سیلین)

ـ خط دوم: کوآموکسی‌کلاو (کلاریترومایسین در صورت آلرژی بیمار به پنی‌سیلین)

در صورت وجود چرک، پیش از شروع آنتی‌بیوتیک، یک سواب برای باکتری‌شناسی بگیرید. تجویز تاخیری آنتی‌بیوتیک ممکن است نقش داشته باشد.

● ارجاع به متخصص گوش و حلق و بینی:

در صورت شک به عوارض، فورا ارجاع دهید.

در صورت عدم پاسخ بیمار به درمان، اختلالات ضعف ایمنی (عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی [HIV]، نقص ایمنی مادرزادی) یا بیماری‌های

گرانولوماتوز را مدنظر قرار دهید

اگر علایم بیش از ۱۲ هفته طول بکشند یا رینوسینوزیت حاد عود کند:

بدون نیاز به انجام بررسی‌های تشخیصی (مثل تصویربرداری)، مشاوره با متخصص ضروری است.

متخصص می‌تواند برای تایید تشخیص آندوسکوپی بینی انجام دهد.

گرافی‌های ساده سینوس دیگر اندیکاسیون ندارند؛ متخصص ممکن است عموما پیش از مداخله جراحی سی‌تی‌اسکن درخواست کند.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

http://vista.ir/?view=article&id=347459

vista.ir
Online Classified Service

سینوزیت در اطفال

سینوس‌های اطفال تا سن ۳۰ سالگی به‌طور کامل تکامل نمی‌یابند. ولی با این حال سینوس‌های ماگزیلای (در پشت گونه‌ها) و اتموئید (مابین دو چشم) در زمان تولد، به اندازه بسیار کوچک وجود دارند. برخلاف بالغین تشخیص سینوزیت اطفال مشکل می‌باشد، زیرا علائم بسیار غیراختصاصی بوده و علل آن نیز پیچیده است.

- زمانی‌که کودک مبتلا سینوزیت می‌شود چگونه می‌توان آن را تشخیص داد؟

علائم زیر در جریان عفونت سینوس‌ها ایجاد می‌شوند: سرماخوردگی که بیش از ۱۰ تا ۱۴ روز طول بکشد و گاهی همراه با تب پائین باشد. ترشحات بینی زرد مایل به سبز و زیاد وجود ترشحات در ته حلق که می‌تواند به‌صورت گلودرد، سرفه، تنفس مشکل، تهوع و یا استفراغ خود را نشان دهد. ناآرامی و خستگی و تورم اطراف چشم‌ها.

در سنین بسیار پائین و به‌خصوص قبل از یکسالگی به‌دلیل عدم تکامل کافی سیستم ایمنی، اطفال مستعد، عفونت‌های بینی، سینوس‌ها و گوش‌ها هستند. این نوع عفونت‌ها در اغلب موارد به‌دلیل ویروس‌ها ایجاد می‌شود و با حساسیت نیز ممکن است تشدید یابند. هر چند در صورت طول کشیدن عفونت به بیش از یک هفته تا ۱۰ روز احتمال عفونت سینوس‌ها وجود دارد.

می‌توان از طریق اجتناب از مواد حساسیت‌زای محیطی و آلاینده‌ها نظیر دود سیگار و درمان بیماری‌های "بازگشت اسید معده" شانس ابتلاء به عفونت سینوس‌ها را در اطفال کاهش داد.

- سینوزیت چگونه قابل درمان است؟

▪ سینوزیت حاد

در این موارد اکثر کودکان به‌خوبی به آنتی‌بیوتیک‌ها پاسخ می‌دهند. استفاده از مواد ضداحتقانی به‌صورت کوتاه‌مدت نیز می‌تواند تا حدی علائم را

کاهش دهد. استفاده از قطره آب‌نمک نیز سبب بهبود عملکرد ترشحی مخاط می‌شود. اگر کودک مبتلا به سینوزیت حاد باشد معمولاً در طی چند روز اول علائم بهبود می‌یابد. حتی در صورت بهبودی قابل ملاحظه علائم، باید درمان به‌طور کامل گرفته شود. اگر حساسیت سبب القاء سینوزیت شده باشد، ممکن است از داروهای دیگری نیز استفاده شود.

▪ سینوزیت مزمن

اگر کودک به یک یا چند علامت سینوزیت برای حداقل ۱۲ هفته مبتلا باشد ممکن است به سینوزیت مزمن مبتلا شده باشد. وجود سینوزیت مزمن با تکرار سینوزیت حاد به میزان ۴ تا ۶ بار در سال، حالاتی است که باید حتماً به پزشک مراجعه شود. در این موارد متخصص ممکن است از روش‌های داروئی با جراحی جهت درمان استفاده کند.

● تشخیص سینوزیت

در زمان مراجعه به پزشک وی به‌طور کامل بینی، گوش و حلق کودک شما را معاینه خواهد کرد و معمولاً از طریق اخذ شرح حال و انجام معاینات تشخیص ممکن می‌شود. گاهی نیز ممکن است از ابزار خاصی جهت معاینه استفاده شود. به‌علاوه جهت ارزیابی علت بروز سینوزیت ممکن است عکسبرداری یا سی‌تی‌اسکن نیز درخواست شود.

● درجه زمانی جهت درمان سینوزیت جراحی لازم خواهد شد؟

از این روش تنها در تعداد معدودی از موارد که علی‌رغم درمان داروئی علائم آنها شدید یا دائمی بوده استفاده می‌شود. از طریق این روش، جراح مسیر تخلیه سینوس‌ها را باز خواهد کرد. در صورت تنگی، آنها را بازتر خواهد نمود. در صورت باز بودن مجرا و جریان هوا در داخل سینوس‌ها شانس ابتلاء به عفونت نیز کاهش خواهد یافت و شدت و تعداد موارد نیز کم خواهد شد.

● خلاصه

سینوزیت در اطفال یا بالغین متفاوت می‌باشد، در اطفال بیشتر علائمی نظیر سرفه، تنفس مشکل، بدخلقی، کاهش انرژی و تورم اطراف چشم‌ها همراه با ترشحات زرد مایل به سبز بینی و ترشحات پشت حق وجود دارد.

بلافاصله بعد از تشخیص، در صورت شروع دوره رمانی با آنتی‌بیوتیک، بیماری به‌خوبی قابل درمان خواهد بود. اگر درمان با داروها به‌خوبی پاسخ نداد، می‌توان از روش‌های جراحی به‌عنوان یک روش مطمئن و کارا، استفاده کرد.

منبع : ماهنامه کودک

http://vista.ir/?view=article&id=254547

vista.ir
Online Classified Service

شیوع ویروس منتقله از طریق ترانسفوزیون در معتادان وریدی

Transfusion Transmitted Virus برای اولین بار در سه بیمار ژاپنی که به‌دنبال دریافت فرآورده‌های خونی دچار افزایش ALT سرمی شده بودند توسط آقای نیشی زاوا و همکارانش در سال ۱۹۹۷ کشف و نامگذاری گردید. Hinos و همکارانش در سال ۲۰۰۲ با توجه به شکل ظاهری ویروس نام آن را به Troque Teno Virus (به معنی ویروس به شکل گردنبند ظریف) و همان نام اختصاری TTV تغییر داد. این ویروس یک DNA ویروس تک رشته‌ای است که از نظر ساختمانی مشخص می‌شود با یک ژنوم مدور غیر سگمانته و یک کپسید که واجد یک پروتئین ساختمانی تنها و بدون لیپیدو کربوهیدرات می‌باشد. براساس شکل ظاهری و توالی اسیدهای نوکلئیک این ویروس متعلق به جنس

Anellovirus از خانواده Circoviridae می‌باشد. براساس آنالیز جزئی توالی نوکلئوتیدها در ناحیه N۲۲ از ژنوم ویروس بیش از ۳۰ ژنوتایپ برای TTV شناخته شده است که در پنج گروه نژادی که شامل گروه‌های یک تا پنج می‌باشد قرار داده شده است.

منبع : مجله دانشکده پزشکی

http://vista.ir/?view=article&id=350931

vista.ir
Online Classified Service

صورتی پر از ستاره

بیماری آبله مرغان، بیماری است که امسال، بیش از گذشته در کشور ایران شیوع پیدا کرده و باتوجه به اینکه از اوایل فصل زمستان بعد از سرماخوردگی، بالاترین درصد ابتلا را در کودکان دبستانی داشته است، آگاهی والدین نسبت به علایم، تشخیص و درمان این بیماری، لازم و ضروری است. آبله مرغان، یك نوع بیماری عفونی است که توسط ویروس (واریسلا زوستر) ایجاد می شود. این بیماری، توسط ترشحات مجاری تنفسی فرد مبتلا، به افراد سالم انتقال یافته که با آبریزش بینی، عطسه و سرفه در هوا منتشر می گردند.

بیماری آبله مرغان بیشتر در اواخر زمستان و در فصل بهار اتفاق افتاده و معمولاً کودکان زیر ۱۰سال را مبتلا می کند و در صورت ابتلای کودکان در سنین بالاتر از ۱۰سال یا بزرگسالان، میزان عفونت و علایم بیماری، شدیدتر می باشد.

علایم بیماری:دوره کمون آبله مرغان (فاصله زمان ابتلا تا زمان بروز علایم) ۱۰ تا۲۴ روز است. علایم اولیه، شامل تب خفیف و سر درد است. کودکان معمولاً هنگام شروع علایم اولیه، بداخلاق می شوند. چند ساعت پس از شروع علایم اولیه، جوش ها به صورت دانه های قرمز بروز می کنند. این دانه ها به سرعت تبدیل به جوش های بزرگ، آب دار و حساس شده، که با خارش همراهند. بعد از ۲روز، جوش ها شروع به خشك شدن کرده، دلمه می بندند و به تدریج می ریزند. جوش ها معمولاً بیشتر روی سطح بدن به وجود می آیند؛ ولی گاهی در جاهای دیگر مثل پوست سر یا داخل دهان نیز، بروز می کنند. البته از هر ۱۰نفر مبتلا، در یك نفر علایم بیماری آنچنان خفیف است که فرد حتی متوجه ابتلا به آبله مرغان نمی شود.مشکل خطرآفرین در آبله مرغان، ایجاد عفونت ثانویه توسط باکتری هایی مثل (استافیلوکوك) یا (استرپتوکوك) است که می تواند منجر به عوارض کشنده ای مثل سندرم شوك توکسیك (شوك سمی) شود و معمولاً در صورت ادامه تب بالا یا بازگشت مجدد تب، پزشکان به وجود این عفونت ثانویه مشکوك می شوند. گاهی اوقات، مشکلات دیگری از قبیل پنومونی(ذات الریه)، آنسفالیت (التهاب مغز)، مننژیت(التهاب پرده های مغز)، واسکولیت(التهاب رگ های خونی)، میوکاردیت(التهاب ماهیچه قلب) و آرتریت(التهاب مفاصل) نیز به وجود می آیند. بعد از خاتمه بیماری، ویروس در بدن غیرفعال شده، ولی در آینده این ویروس دوباره می تواند فعال شده و تبدیل به بیماری(زونا) گردد. احتمال بروز (زونا)، یك نفر از هر ۴نفر مبتلا به آبله مرغان است.

تشخیص و درمان:در صورتی که دچار علائم سردرد، تب، التهاب و عفونت پوستی و یا سایر علایم مربوط به آبله مرغان شدید، حتماً با پزشك معالج خود تماس بگیرید. پزشك در صورت تشخیص قطعی بیماری آبله مرغان، دستورات لازم را داده و برای هریك از علایم، دارویی مخصوص تجویز

می کند. از جمله این داروها، مسکن ها، تب برها، آنتی هیستامین ها، پمادهای ضدخارش و داروهای ضدویروس می باشند. مطمئن باشید که در صورت مصرف داروهای تجویز شده، علایم بیماری شما تخفیف یافته و به راحتی آن را تحمل و سپری خواهید کرد.

●درمان تب در آبله مرغان: در صورتی که بیمار تب داشته باشد یا از سردرد رنج ببرد، می تواند از داروهای استامینوفن و بروفن، به میزان توصیه شده توسط پزشك استفاده کند که نوع شربت این داروها برای استفاده کودکان مبتلا، در دسترس است. یکی از مشکلات بزرگ در کودکان تب دار، کم آبی بدن می باشد. بنابراین باید کودکان را تشویق به مصرف زیاد مایعات کرد.

●درمان خارش:خارش دانه های قرمز ناشی از آبله مرغان، مشکلات بزرگی را در افراد مبتلا ایجاد می کند. خاراندن و کندن جوش ها، علاوه بر اینکه باعث ایجاد زخم و موجب ماندگاری جای آن روی پوست می شود، موجب بروز عفونت ثانوی در پوست نیز می گردد.

بنابراین تا حد امکان باید از میزان خارش جوش ها کاست. برای تخفیف خارش، می توان از راه های مختلفی مثل حمام آب گرم و داروهای مختلف استفاده کرد. برای استحمام می توان مقداری جوش شیرین را در وان آب گرم حل کرده تا بیمار در این وان، حمام کند. اما باید دقت کرد که آب موجود در وان حمام، بیش از حد گرم نباشد. چون گرمای زیاد موجب حساسیت و خارش بیشتر پوست می گردد. بنابراین از پوشیدن لباس گرم و قرار گرفتن در هوای گرم نیز باید خودداری شود.

همچنین باید دست های کودك مبتلا به آبله مرغان را تمیز نگه داشته و برای جلوگیری از کندن جوش ها، ناخن های او را کوتاه کرد.

داروهای آنتی هیستامین(ضدحساسیت) خوراکی مثل پرومتازین نیز برای تخفیف خارش، بسیار مؤثر هستند. البته باید دقت کرد که از مصرف بیش از حد آنتی هیستامین ها خودداری شود. زیرا دارای عوارض جانبی مانند خواب آلودگی و سرگیجه می باشند.

●داروهای ضـدویـروس:تحقیقات نشان داده اند که اگر داروهای ضدویروس، بلافاصله پس از بروز جوش ها در آبله مرغان مصرف شوند، مؤثر واقع شده و باعث کوتاه شدن طول دوره بیماری می گردند؛ ولی نقشی در درمان آبله مرغان ندارند. از جمله داروی(آسیکلویر) که به صورت پماد و قرص وجود دارد و در بیماری آبله مرغان، از قرص آن استفاده می گردد.

همانطور که گفته شد این دارو بیماری را درمان نمی کند؛ بنابراین پزشکان هنگام برخورد با بیماری که مشکل جسمی خاصی نداشته باشد، در اغلب موارد از تجویز این دارو خودداری کرده و فقط در بیمارانی که دچار عفونت شدید شده اند یا از سطح ایمنی پایینی برخوردار هستند، از این دارو استفاده می کنند.

چگونگی سرایت آبله مرغان: ویروس آبله مرغان توسط انتشار ترشحات تنفسی در هوا، از فردی به فرد دیگر سرایت می کند و از ۱ تا۲ روز قبل از بروز دانه های قرمز(جوش ها) تا وقتی که دانه ها آب دار هستند، به فرد سالم منتقل می شود. به این معنی که بیماری آبله مرغان بعد از خشك شدن و دلمه بستن جوش ها، واگیر ندارد! بنابراین مدت انتقال بیماری به طور متوسط ۵روز می باشد و پزشکان به طور معمول فقط به مدت ۵روز به دانش آموزان، گواهی بیماری و غیبت از مدرسه می دهند.

●واکسن: در حال حاضر، ایمنو گلوبولین های تزریقی وجود دارند که می توانند برای مدتی کوتاه موجب مصونیت افرادی شوند که در معرض ابتلا به آبله مرغان قرار دارند. از این ایمنوگلوبولین ها فقط در موارد خاص استفاده می شود. به طور مثال در زنان بارداری که در معرض این بیماری هستند یا در افرادی که دچار نقص ایمنی بدن است؛ از جمله بیماران تحت درمان با کورتون. همچنین در حال حاضر، واکسن آبله مرغان نیز موجود است که البته هنوز در جدول برنامه واکسیناسیون سازمان بهداشت جهانی قرار نگرفته و فقط در موارد خاصی که ذکر شد، استفاده می گردد.

منبع:www.bbc.co.uk/health

منبع : روزنامه همشهری

http://vista.ir/?view=article&id=218745

vista.ir
Online Classified Service

عفونت زخم جراحی

● شرح بیماری

عفونت زخم جراحی عبارت است از عفونت حاصل از آلودگی باکتریایی در حین یا پس از عمل جراحی. به دنبال عمل جراحی و بسته به نوع آن، در ۳۰% -۱/۵% موارد عفونت ایجاد می‌گردد.

● علایم شایع

معمولاً در عرض ۱۰-۵ روز پس از جراحی موارد زیر شروع می‌شوند ولی در برخی موارد چند هفته بعد آغاز می‌گردند:

▪ درد و قرمزی دور زخم جراحی

▪ چرك و تجمع سایر مایعات در اطراف برش که بخیه‌ها را محکم‌تر می‌کنند.

▪ تب (گاهی اوقات)

● علل

▪ عفونت با باکتری‌ها شامل استرپتوکوك‌ها، استافیلوکوك‌ها یا سایر میکروب‌ها. علی‌رغم احتیاطات کامل برضد این میکروب‌ها، روش‌های ضدعفونی‌کننده جدید قبل از عمل جراحی و مراقبت‌های خوب پس از عمل، گاهی عفونت ایجاد می‌شود.

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ اشخاص مسن‌تر

▪ تغذیه ناکافی

▪ هرگونه بیماری مزمن به ویژه دیابت شیرین

▪ جراحی در دستگاه گوارش

▪ استفاده از داروهای سرکوبگر ایمنی

▪ بیماران چاق

▪ بیماران مبتلا به سرطان

● پیشگیری

روش‌های ماهرانه جراحی و اقدامات پیش از عمل که شامل موارد زیر هستند:

▪ استفاده از آنتی‌بیوتیك‌های خاص مثل نئومایسین پیش از جراحی در دستگاه گوارش برای استریل کردن لوله گوارش

▪ تمیز کردن کامل پوست قبل از جراحی

▪ استفاده هرچه کمتر از بخیه

● عواقب مورد انتظار

معمولاً در بیشتر بیماران با تخلیه چرك و درمان آنتی‌بیوتیکی قابل علاج است. بهبودی عفونت زخم جراحی حدود ۲ هفته طول می‌کشد.

● عوارض احتمالی

▪ پریتونیت

▪ مسمومیت خونی

▪ تداخل با بهبودی طبیعی محل برش پس از جراحی که گاهی مستلزم یك جراحی دیگر و ترمیم است.

● درمان

▪ اصول کلی

آزمونهای تشخیصی می‌توانند شامل کشت چرك یا خون حاصل از محل عفونت در آزمایشگاه

تسکین درد با گرما. استفاده از کیسه گرم یا کمپرس گرم به مدت ۴۰-۳۰ دقیقه، ۴-۳ بار در روز

در صورتی که زخم ترشح کند، لباسها را به دفعات عوض کنید.

جراحی برای برش و تخلیه آب زخم (گاهی اوقات) ممکن است لازم باشد.

▪ داروها

ـ آنتی‌بیوتیك‌ها برای مقابله با عفونت

ـ مکمل‌های ویتامینی و معدنی برای تسریع بهبودی

ـ مسکن‌ها. می‌توانید برای تسکین درد خفیف از داروهای بدون نیاز به نسخه مثل استامینوفن استفاده کنید.

▪ فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

ـ تا محوشدن تمام علایم در بستر استراحت کنید.

▪ رژیم غذایی

معمولاً رژیم غذایی خاصی لازم نیست.

▪ درچه شرایطی باید به پزشك مراجعه نمود؟

ـ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم عفونت زخم جراحی را داشته باشید.

ـ اگر تب بالا یا احساس ناخوشی عمومی ایجاد شود و به نظر برسد عفونت پس از درمان بدتر شده است.

ـ اگر دچار علایم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی داشته باشند .

منبع : سایت دوستان

http://vista.ir/?view=article&id=256998

vista.ir
Online Classified Service

عفونت قارچی پا؛علل و راه حل

به‌طور معمول علایم عفونت قارچ پا با خارش‌های خفیف بین انگشت‌ها شروع می‌شود. این بیماری در مردان بیشتر از زنان و در سالخوردگان بیشتر از جوانان شایع است و برای افراد دیابتی تهدید جدی به شمار می‌آید. این بیماری از سوی مبتلایان پنهان نگه داشته می‌شود. در نتیجه این موضوع برای دیگرشهروندان یك خطر عفونی بزرگ محسوب می‌شود. فردی که مبتلا به قارچ است در هر قدم حدود۵۰ پوسته از پایش جدا می‌شود که هر کدام از این پوسته‌ها خود یك عامل عفونی است و به این ترتیب دیگر افراد خیلی سریع مبتلا خواهند شد زیرا قارچ از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است. بسته به میزان رطوبت و گرمای ناشی از کفش، در فضای خالی بین

انگشت‌ها رشد قارچ امکان‌پذیر می‌شود بنابراین قارچ می‌تواند بدون هیچ مانعی رشد و گسترش پیدا کند مشروط به این‌که فرد این اجازه را بدهد. قارچ در ابتدا به‌صورت تاول‌های سفید رنگ در لایه‌های بالایی پوست ایجاد می‌شود و در نهایت تبدیل به پوستی خشك متمایل به پوسته‌پوسته شدن و ترك خوردگی یا پوستی با خیسی دایمی‌می‌شود که پیامدهای آن درد، خارش و التهاب است. به این ترتیب با داشتن درد فرد نمی‌تواند به‌طورطبیعی راه برود یا بدود و آزادی حرکت طبیعی فرد در معرض خطر قرار می‌گیرد.

● چه کسانی مبتلا می‌شوند

هر فردی ممکن است به قارچ مبتلا شود. به‌طور مثال حضور طولانی‌مدت در استخرها، سونا و مکان‌های ورزشی علاوه بر جنبه‌های مثبت این مکان‌ها از نظر سلامت و تناسب اندام، همواره خطراتی نیز به همراه خواهد داشت. پا برهنه بودن فرد مبتلا در خانه و ماندن در حمام‌های خانگی خود به عنوان یك منبع خطر واقعی محسوب می‌شود زیرا قارچ‌ها در شرایط مرطوب رشد می‌کنند و در کل هر جایی که آب نقش اصلی را بازی می‌کند، احتمال وجود قارچ نیز هست. استفاده از حوله دستی مشترك، پادری مرطوب و فرش و کفش‌های قرض گرفته شده از فرد مبتلا می‌تواند به عنوان مخزن پایان‌ناپذیر قارچ عمل کنند. اقدام پیشگیرانه باید در وهله اول قرار گیرد. برای مثال استفاده از حوله دست و پای جداگانه برای تك تك اعضای خانواده، همچنین کفش افراد مبتلا باید روزانه عوض شود و کاملا هوا بخورد. در این‌صورت فقط میهمانان ناخوانده بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرند که با اقدامات پیشگیرانه سرایت بیماری تا حد زیادی قابل کنترل است. قارچ پای ساده در ابتدا به‌عنوان یك مشکل غیر قابل حل تصور نمی‌شود و با مشخص شدن بیماری، می‌توان آن را به سادگی مهار کرد. معالجه زود هنگام، در مدت زمان کوتاهی قارچ‌ها را نابود می‌کند. نباید مدت طولانی منتظر ماند و تحت نظر پزشك با دارویی مناسب هرچه زودتر باید درمان علیه قارچ را آغاز کرد.

● علایم عفونت قارچی پا

به‌طور معمول قارچ خیلی بی سروصدا شروع می‌شود و اولین مشخصه آن ایجاد خارش بین انگشتان به خصوص انگشتان چهارم و پنجم است. با مشاهده دقیق منطقه خارش می‌توان پی به شیوع آن برد زیرا در ابتدا اغلب پوست به نظر کاملا سالم می‌آید. در مرحله بعد، ناحیه یا بخش مبتلا به قارچ کم کم تغییر رنگ می‌دهد و پوست قرمز شده و این قرمزی تشدید می‌شود. در این مرحله به ندرت اتفاق می‌افتد که پوست، پوسته پوسته نشود. در این مرحله اگر درمان شروع نشود با گذشت زمان، درد و سوزش آغاز می‌شود و پوست بیمار شروع به ساختن تاول و ترك‌های ظریف می‌کند. قارچ‌ها نه فقط بین انگشت‌ها می‌مانند بلکه خارج از فضای خالی بین انگشت‌ها را نیز فرا می‌گیرند مثل پشت پا یا روی انگشت‌ها. بهتر است به نشانه‌های بیماری و تغییرات پوست که در ذیل آمده، توجه کنید: خارش، سوزش، التهاب، پوسته پوسته شدن، ایجاد تاول، ورم و شل‌شدگی، ترك‌های کوچك و ظریف، پوسته‌پوسته شدن شدید به همراه پوسته‌های خشك.

● درمان قارچ

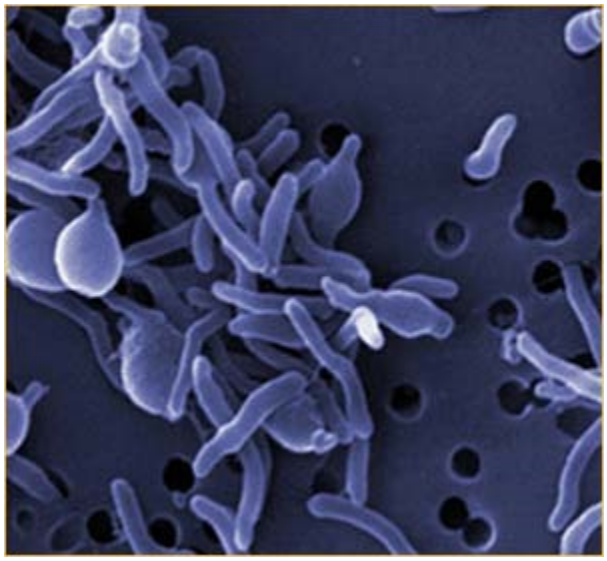
عفونت قارچی باید خیلی زود درمان شود.چون گذشت زمان به قارچ امکان توسعه بیشتر را داده و روز به روز بخش‌های بیشتری از پا را در برمی‌گیرد و به ناخن‌ها و دیگر بخش‌های بدن نیز سرایت می‌کند. مناسب‌ترین داروهای اثربخش جهت درمان، داروهای ضدقارچی مانند کلوتریمازول و بیفونازول هستند که این داروها به درون بخشی از پوست که مبتلا است نفوذ کرده و مانع از رشد قارچ و باعث مرگ آن می‌شود البته این داروها حتما باید تحت نظر پزشك مصرف شود.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=269298

vista.ir
Online Classified Service

عفونت کواشیورکور و درمانهای غذایی آن



عفونت در بیماری کواشیورکور ، بسیار پیچیده و معمولا ناگهانی است . بنابراین ، درمانهای غذایی باید با اقدامات بهداشتی محیط همراه باشد . این کار گرچه برای بیمار بسیار اهمیت دارد ، اما برای سلامت کودک بعدی مهم تر است .

یکی از اقدامات موثر در پیشگیری کواشیورکور استفاده از رژیمی است که از نظر کیفیت پروتئین و کالری مناسب باشد . در مناطقی که مراتع کمتری دارد ، یا قیمت پروتئین حیوانی در حدی است که اکثر مردم نمی توانند از آنها استفاده کنند ، تامین پروتئین گیاهی به اندازه کافی عملی نیست .

بدتر شدن این وضع با ازدیاد جمعیت ارتباط دارد . ماهی یک منبع پروتئین حیوانی ارزان است ولی چون نگهداری آن در مناطق گرم دشوار است کمتر از آن استفاده می شود .

این روزها اقداماتی در حال انجام است تا بتوان از مواد گیاهی طبیعی ، یک غذای ارزان و خوشمزه تهیه کرد که دارای تعادل کافی آمینواسیدی باشد ، تا برای تکمیل غذاهایی که از غلات تهیه می گردد در رژیم غذایی کودکان از شیر گرفته شده ، بکار رود .

اکثر پروتئینهای غذایی از نظر تعادل آمینواسیدها ، با احتیاجات پستانداران متناسب نیستند ، از این رو دسترسی به چنین ترکیبی از پروتئین های گیاهی ، انگیزه بیشتر تحقیقات شده است .

انستیتو تغذیه پاناما و آمریکای مرکزی ، اقدامات موثری در این زمینه انجام داده اند . این موسسه موفق شده است که از ۵۸% ذرت زمینی و خوشه ای ، ۳۶% آرد پنبه دانه ، ۳% مخمر تورولا ، ۱% کلسیم کربنات و ویتامین مخلوطی تهیه کند .

این مخلوط که اینکاپارینا نام دارد ، برای تهیه یک نوشیدنی نسبتا کم حجم یا فرنی بکار می رود و با قیمت بسیار ارزان فروخته می شود .

اینکاپارینا ، ترکیب دقیق آمینواسیدهای مورد احتیاج برای رشد اطفال را تهیه می کند و کمبودهای مواد مغذی ویتامین A ، ریبوفلاوین ، کلسیم ، نیاسین و پتاسیم را که معمولا با کواشیورکور همراه است برطرف می سازد . در مناطق مانند لبنان و هندوستان ، ترکیبات دیگری از پروتئین برگ و حبوبات تهیه می شود که نتایج خوبی داشته است .

برای تقویت یا غنی کردن غلات با چند آمینواسید محدود کارهایی انجام شده است . مانند افزایش لیزین به گندم ، لیزین و ترئونین به برنج و لیزین ، ترئونین و میتونین به جو . این اقدام به شرطی عملی است که غلات در یم آسیاب مرکزی خرد شوند همچنین در این جریان ، فقط کیفیت پروتئین بهتر می شود و مشکل کمبود پروتئین و کالری حل نمی گردد .

به علاوه فقط میتونین و لیزین دارای قیمت مناسبی هستند و می توان از نظر اقتصادی از آنها استفاده کرد . ضمنا ممکن است که با افزایش مقدار بسیار زیادی از آمینواسید محدود ، که در ترکیب آمینواسید عدم تعادل بوجود آید که از این نظر باید احتیاط کرد .

سومین اقدام تکمیل غذاهای تهیه شده از غلات با مقدار کمی پروتئین حیوانی بوده است. افزایش ۲۰% پودر شیر بدن چربی یا ۱۰% آرد ماهی به مخلوط ذرت و نخود یا به مخلوط ذرت، لوبیا و شیر، پروتئینی تولید می کند که از نظر ارزش غذایی با شیر برابر است. استفاده از پروتئنی های تغلیظ شده در محصولاتی که از غلات تهیه می شوند، اقدام امیدوار کننده ای بوده است.

آرد ماهی هی کوچکی که ارزش تجاری ندارند به شرطی که چربی و بوی انها گرفته شود، غذای مناسبی است، زیرا دارای ۸۵% پروتئین است. استفاده از گنجاله عصاره نارگیل، پنبه دانه و دیگر دانه های روغنی که غالب بی استفاده مانده و ارزان قیمت است احتمالا یک راه حل مناسب در مشکلات سوء تغذیه پروتئین می باشند. در تهیه این محصولات باید مراقب باشیم که سمومی را که به طور طبیعی وجود دارند یا ضمن تولید به وجود می آیند، از آن خارج کنیم.

متخصصان ژنتیک گیاهی موفق شده اند گونه اصلاح شده ای ذرت را که پروتئین ان ارزش غذایی زیادی دارند توسعه دهند. عرضه انواع گوناگون " برنج سحرآمیز" که سریعا رشد می کند و در برابر آفات گیاهی نیز مقاوم است، افزایش مقدار برنج موجود در آشیای جنوبی را نوید می دهد.

اکثر شرکت های بزرگانی، برای افزایش مصرف پروتئین در کشورهای در حال توسعه، پتانسیل نوشیدنی هایی را که از لوبیای سویا تهیه می شوند، ارزیابی می کنند. مصرف جلبک، تکیاخته های میکروسکپی فراوان دریا، یا مواد پروتئینی تک یاخته ای که از رشد باکتری های روی مشتقات نفتی، و دیگر منابع انرژی بوجود می آیند، در حال بررسی است.

برای تامین احتیاجات غذایی د رکشورهای در حال توسعه، غذا، علاوه بر داشتن پروتئین با ارزش بیولوژیکی بالا باید دارای ضوابط زیر باشد.

۱) در محل، قابل تهیه و تولید باشد.

۲) باید با فرهنگ غذایی ان محل مناسب باشد.

۳) نباید آنقدر گران باشد که مردم نتوانند ان را بخرند.

۴) در هوای گرم و مرطوب بتوان ان را برای مدتی طولانی نگه داری کرد.

۵) حمل و نقل ان آسان باشد.

از طرف دیگر اگر این غذاها زیاد مورد پسند توده مردم قرار گیرد مکن است غذای معتبری شود و به جای اینکه کودکان و زنان آبستن که انرژی مورد نیاز آنان بالا است از آن استفاده کنند، مورد استفاده افرادی قرار گیرد که در خانواده بیشتر مورد احترام هستند.

غذا در هر شکلی که مصرف شود نباید زیان بار ، یا دارای مواد سمی باشد، همچنین نباید به طور متداوم مانند غذاهای معمولی استفاده شود. غذاهای بسیار و یا ترکیباتی از آنها پیشنهاد شده است ولی در حال حاضر علاوه بر آرد ماهی مهم ترین آنها محصولاتی است که از لوبیا و شیر بدست می آید و ارزش پروتئین آن ۳۵% است.

آرد بادام زمینی، آرد کنجد، آرد پنبه دانه، کیک هایی که با روغن دانه های گوناگون تهیه می شوند و پروتئین نارگیل از مفیدترین غذاها هستند گرچه جلبک و مخمر بطور تئوری منابع خوبی فرض شده اند ولی سازگار بودن انها با ذائقه انسان هنوز ثابت نشده است و بقیه به دلیل نامعلوم بودن ارزش غذایی ، اقتصادی نبودن تولید انها، محدودیت تولیدشان از مواد خام و داشتن مواد سمی حذف شده اند.

منبع : علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرند

http://vista.ir/?view=article&id=325187

vista.ir
Online Classified Service

علل پدید آمدن تب

تب جزئی از مکانیسم دفاعی بدن است. زمانی که بدنمان با مرضی در حال مقابله است، درجه حرارت

بدنمان بالا می رود. اما چرا؟ این مقاله را بخوانید تا به پاسخ این سوال برسید و مطالب بیشتری در

مورد تب بدانید.

تب بالا رفتن درجه ی حرارت بدن از حالت نرمال ۹۸,۶ درجه ی فارنهایت است. تب بخشی از مکانیسم دفاعی بدن است. زمانی که بدنمان با

مرضی در حال مقابله است، درجه حرارت بدنمان بالا می رود. اما چرا؟ تب یکی از علائم بیماری است، تقریباً همه ی انواع بیماری هایی که بشر تاکنون شناخته است. بیماری هایی که در آن ویروس و باکتری ها به بدن تجاوز می کنند و باعث بیماری ما می شوند.

اگر سیستم دفاعی بدنمان نباشد که با این امراض مقابله کند، ممکن است حتی جانمان را از دست بدهیم. سرماخوردگی، ورم لوزه، آماس گوش، آنفولانزا، برنشیت، کزاز، سرخک، گوشک، آبله مرغان، ایدز و سینه پهلو همه جزء بیماری های ویروسی و باکتریایی هستند.

درجه ی حرارت بدن معمولاً با گذاشتن یک دماسنج زیر زبان به مدت ۵ تا ۸ دقیقه انجام می گیرد. سایر انواع گرفتن درجه ی حرارت بدن، مقعدی و زیربغلی و یک نوع مخصوص دماسنج که در گوش استفاده می شود هستند.

تب چیز خوبی است. به نظرتان عجیب بود، نه؟ تب واکنش طبیعی بدن نسبت به میکرب است. علائم تب عبارتند از: سرد شدن، درد در تمامی نقاط بدن، بیحالی و سستی، بالا رفتن درجه ی حرارت بدن، قرمز شدن گونه ها، احساس گرمی و سردی و لرز. هنگامی که تب بالا می رود بدن سرد می شود و می لرزد و هنگامی که تب پایین می آید بدن عرق می کند.

علت تب مسئله ی کاملاً پیچیده ای است. خون و سیستم لنفاوی بدن ما گلوبول های سفید خونی می سازند که با امراض مقابله می کنند. زمانی که تعداد گلوبول های سفید خود بالا می رود، برای مقابله با میکرب ها، در تقلا برای از بین بردن و جنگ با ویروس ها و باکتری ها می شوند و با این کار بدن گرم می شود و باعث می شود که درجه حرارت بدن بالا رفته و تب کنیم.

هیپوتالاموس در مغز که مکانیسم تنظیم حرارت بدن را بر عهده دارد توسط ماده ی تب آور یا گلوبول های سفید که برای مقابله با امراض ساخته شده اند آسیب می بیند. از اینرو می توانیم بگوییم که تب همان چیزی است که با ویروس ها و باکتری ها مقابله می کند.

به همین خاطر درست نیست که تب را یکباره و زود پایین بیاوریم. دمای ۱۰۰ تا ۱۰۱ درجه فارنهایت برای بدن خوب است چون نشان می دهد که بدن در حال مقابله با امراض است. اما اگر تب خیلی بالا رفت باید تلاش کرد تا کمی آن را پایین تر آورد. معمولاً برای پایین آوردن تب از آنتی پیرتیک ها یا تب بر هایی از قبیل تیلنول، آسپیرین و امثال آن استفاده می شود. هیچوقت به بچه هایی که محتمل است به آبله مرغان یا آنفولانزا مبتلا شده اند آسپیرین ندهید. ممکن است باعث کشتن آنها شود.

تب ۱۰۴ یا ۱۰۵ درجه ی فارنهایت تب بالا به حساب می آید. تب بالای ۱۰۵ درجه هم ممکن است باعث صدمه زدن به سیستم عصبی بدن شود. زمانی که بدن تب دارد، هرچند که مشغول کمک کردن به بدنتان برای از بین بردن میکرب هاست، اما احساس بدی دارید.

برای کاهش ناراحتی معمولاً از درمان هایی مثل گذاشتن حوله خیس سرد روی پیشانی استفاده می شود.

در اینگونه مواقع از دوش آب گرم جداً خودداری کنید چون دمای بدنتان را بالاتر خواهد برد. سعی کنید در این مواقع نوشیدنی ها و آبمیوه های خنک بنوشید تا آب بدنتان تامین شود. از نوشیدن نوشیدنی های الکلی جداً پرهیز کنید. روی بدن فرد را با پتویی سبک بپوشانید تا از سرد شدن او جلوگیری شود.

در برخورد با بیماری های التهابی مثل ورم مفاصل و سرطان خون که بدن گلبول های سفید بی مصرف تولید می کند نیز فرد دچار تب می شود ولی این گلبول ها توانایی مقابله با امراض و میکرب ها را ندارند و مکانیسم حرارتی بدن به درستی تنظیم نمیشود، بدن نمی تواند حرارت را پایین بیاورد و عرق هم نمی کند.

موقعیتی بسیار خطرناک است که به درمان های اورژانسی نیاز است. و تب باید به سرعت با دوش آب سرد، خوردن نوشیدنی های خنک و دور کردن فرد از زیر اشعه ی خورشید و بردن او به جاهای خنک تر پایین آورده شود.

حتماً بیمار تب کرده را به پزشک نشان دهید.

منبع : پورتال مردمان

http://vista.ir/?view=article&id=304060

vista.ir
Online Classified Service

غلبه بر بیماری هولناک

از گذشته‌های بسیار دور در تمدن‌های چین، هند و مصر باستان، جذام به عنوان بیماری هولناکی شناخته شده که همواره ترس و وحشت بسیاری را در میان مردم ایجاد می‌کرد و بسیاری آن را نه یک بیماری بلکه نفرین خدایان می‌دانستند، اما اکنون این بیماری دیگر به هولناکی گذشته نیست و کشور ما نیز در آستانه حذف آن قرار دارد.در سال‌های نه‌چندان دور، بیماری جذام مساوی با تصویر وحشتناکی از نقص عضو و طرد و جدا شدن از اجتماع بود. آسیب اجتماعی این بیماری هنوز هم ادامه دارد، به نحوی که حتی شنیدن نام جذام برای برخی چندش‌آور است. جذام در حقیقت یک بیماری عفونی مزمن است که توسط یک نوع باکتری ایجاد می‌شود. این بیماری بیشتر پوست، اعصاب محیطی، مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و چشم‌ها را گرفتار می‌کند، ولی بتدریج اعضای دیگر نیز گرفتار می‌شوند. عامل این بیماری روی اعصاب حسی پوست اثر می‌گذارد و آنها را مختل می‌سازد و در نتیجه نقاط انتهایی بدن بیمار مانند دست‌ها و پاها بی‌حس شده و همین عامل موجب می‌شود بیمار در سوختن یا بریدن‌های مکرر احساس درد نکند و این مساله منجر به ایجاد ضایعات دائمی می‌شود. در ادامه روند بیماری، عفونت به زخم‌ها افزوده و گاهی حتی نیاز به قطع عضو احساس می‌شود. این در حالی است که چشم‌ها و مخاط بینی، بیش از دیگر نقاط در معرض خطر هستند.

عامل بیماری جذام در سال ۱۸۷۳ توسط هانس کشف شد. در سال ۱۹۴۰ با کشف داروی داپسون یک موفقیت در کنترل بیماری به دست آمد که در آن بیماران به طور سرپایی تحت درمان قرار گرفتند و در آسایشگاه‌ها جمع شدند، ولی بتدریج مقاومت در مقابل این دارو ایجاد، کنترل بیماری کند و دوره درمان طولانی شد و از سال ۱۹۸۱ با پیدایش رژیم‌های چندداروی کنترل جذام که تا آن زمان غیرممکن می‌نمود به واقعیت پیوست. این درمان در میان بیماران قابل تحمل و بسیار موثر بود.

- جذام در ایران

جذام یک بیماری بومی در ایران است، اما خوشبختانه ایران سال‌هاست در مرحله حذف جذام قرار گرفته، به نحوی که میزان موارد گزارش شده در کشور کمتر از یک نفر به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت است.

این بیماری عمدتا در استان‌های مرزی شمال، غرب و شرق کشور مشاهده می‌شود.

با نظام مراقبتی بهداشتی کشور خوشبختانه میزان بروز جذام کاهش یافته است. در سال ۷۰ میزان موارد کشف شده جذام ۱۹۱ مورد بود، اما با گسترش بیشتر نظام مراقبتی میزان موارد کشف و شناسایی شده نه‌تنها افزایش نیافت، بلکه با روند رو به کاهش به ۹۳ مورد در سال ۸۳، حدود ۸۹ مورد در سال ۸۴، ۷۱ مورد در سال ۸۵، ۳۷مورد در سال ۸۶ و ۱۹ مورد از ابتدای سال جاری تاکنون رسیده است.

لازم به ذکر است از ۳۷ مورد جذام کشف و شناسایی شده در سال ۸۶، ۳۳ مورد ایرانی و ۴ مورد غیرایرانی بوده است.

- داغ همیشگی

داغ جذام همیشگی است. جذامیانی که در سال‌های گذشته به این بیماری و عوارض آن گرفتار شده‌اند، هرچند اکنون بیمار نیستند ولی با تغییر شکل غیرقابل بازگشت در سیمای ظاهری دست به گریبانند و همین عامل سبب می‌شود آنان دچار انزوای اجتماعی شوند. جذامیان به واسطه ترس بی‌دلیل مردم از این بیماری به سبب آن که فکر می‌کنند غیرقابل علاج، علیل‌کننده و مسری قلمداد می‌شود، از جامعه طرد شده یا واکنش‌های شدیدی را از جانب اجتماع متحمل می‌شوند و علاوه بر رنج بیماری، صدمات روحی ناشی از تنهایی را نیز تحمل می‌کنند. امروزه جذام

را براستی می‌توان بیماری فقر و محرومیت نامید. جذامیان در چرخه بسته‌ای از فقر گرفتار آمده‌اند. افراد فقیری که از تغذیه مناسب و بهداشت بهره‌ای ندارند با از دست دادن مقاومت و کاهش سیستم ایمنی بدن بیشتر در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند و بیماری خود به انزوای آنان در جامعه و در نتیجه به فقیرتر شدن آنها می‌انجامد. فقر در اینجا تنها کاهش دسترسی به غذای سالم و کافی نیست، بلکه فقر فرهنگی را نیز می‌توان در زمره آن به حساب آورد که هر دو به همان میزان فقر غذایی می‌توانند در ابتلا و شیوع بیماری کمک کنند.

جذامیان با احساساتی چون طردشدگی و خطرناک بودن دست به گریبانند. شاید یکی از ضروری‌ترین اقداماتی که برای امدادرسانی به جذامیان سابق باید انجام گیرد، اطلاع‌رسانی و شناسایی آنان به سایر افراد جامعه است تا نگاه مردم عامی به این قشر نیازمند تغییر یابد و همچنین راه‌های امدادرسانی معنوی به این بیماران تسهیل شود.

این بیماران بیش و پیش از آن که به کمک‌های مالی دیگران نیاز داشته باشند، به لبخندی مهرآمیز و دوستانه نیازمندند. با توجه به پیوستگی جذام و فقر، در روستاهای دوردست که دسترسی به امکانات، آب سالم، بهداشت و درمان وجود ندارد می‌توان آثار این بیماری را یافت.

● جلوتر از برنامه

هم‌اکنون در تمام مراکز درمان داروهای بیماران جذامی به صورت رایگان وجود دارد و به سبب وجود این تسهیلات ۵ سال زودتر از زمانی که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده بود، یعنی در سال ۱۳۷۵ توانستیم به مرحله کنترل این بیماری برسیم.

اگر شیوع بیماری در هر کشور به کمتر از یک مورد در ۱۰ هزار نفر برسد، می‌توان ادعا کرد آن کشور وارد مرحله حذف بیماری شده است. براساس برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی، قرار است این بیماری تا سال ۲۰۲۰ میلادی، یعنی سال ۱۴۰۰ شمسی ریشه‌کن شود، به گونه‌ای که تعداد بیماران مبتلا به جذام به صفر برسد.

در این راستا از سال ۱۳۷۱ کشور جمهوری اسلامی ایران با میزان شیوع ۴/۰ در ۱۰ هزار نفر جمعیت وارد مرحله حذف بیماری در سطح کشوری شد و با به‌کارگیری گسترده خدمات درمان چندداروپی در کشور میزان کشف موارد جدید نیز رو به کاهش گذاشت، به نحوی که ایران نیز با میزان شیوع پایین بیماری از سال ۷۶ به بعد به مرحله حذف حتی در سطح شهرستان‌ها رسیده است.

در سال ۱۳۸۳ میزان شیوع بیماری در کشور ۰۲/۰ در ۱۰ هزار نفر محاسبه شده و میزان کشف موارد ۱۲/۰ درصد هزار نفر جمعیت بوده است.

در حال حاضر سال‌هاست این بیماری در ایران به مرحله حذف رسیده و ریشه‌کنی بیماری نیز امکان‌پذیر شده است.

● از افسانه تا واقعیت

باور عموم مردم جذام را یک بیماری بشدت مسری می‌داند که از راه پوست منتقل می‌شود، اما واقعیت چیز دیگری است. دانشمندان بر این باورند که علاوه بر تماس‌های طولانی‌مدت، برخی عوامل ژنتیکی نیز در سرایت بیماری از فرد به فرد نقش دارند.

۹۵ درصد افراد جامعه در برابر این بیماری، ایمنی طبیعی دارند و هرگز به این بیماری مبتلا نمی‌شوند و فقط تعداد کمی از مردم به آن ابتلا پیدا می‌کنند.

شناسایی زودرس جذام و درمان دارویی بموقع و پیش از انتقال میکروب به اطرافیاناز جمله راه های حذف این بیماری است

جذام تنها در صورت ارتباطات نزدیک و طولانی‌مدت در یک محیط سربسته با فرد بیماری که تحت درمان نباشد، انتقال می‌یابد و راه‌های انتقال آن از طریق عطسه یا سرفه در فضای محدود است و از طریق آمیزشی و از مادر به جنین در دوره بارداری منتقل نمی‌شود.

جذام دارای دوره نهفتگی بسیار طولانی است که می‌تواند چند سال به طول بینجامد. چون دوره نهفتگی بیماری طولانی است، راه اصلی ورود عامل بیماری جذام به بدن مشخص نیست، ولی محتمل‌ترین راه، انتقال از طریق دستگاه تنفسی یا پوست است.

جذام نوع تر واگیردار است. در این نوع از بیماری، فرد بیمار در هر شبانه‌روز حدود ۱۰۰ میلیون میکروب جذام را از طریق ترشحات بینی خود به محیط خارج دفع می‌کنند. با توجه به این که عامل جذام در بدن پشه خاکی و ساس‌هایی که از بیماران درمان‌نشده تغذیه کرده‌اند یافت شده است، احتمال این که بیماری از طریق نیش حشرات منتقل شود وجود دارد، ولی هنوز به اثبات نرسیده است.

بیماری در هر سنی ممکن است به وجود آید، اما بیشترین شیوع سنی آن در بزرگسالان جوان است، به طوری که در مناطق بومی، بروز سنی بیماری در سنین ۲۰ تا ۳۵ سالگی به اوج می‌رسد. بیماری جذام هر دو جنس را در تمام سنین مبتلا می‌کند، اما در بعضی از نژادها بروز بیماری در مردان بیشتر از زنان است. تاثیر فقر، در بروز این بیماری به اثبات رسیده است. از نظر شغلی، بیشتر جذامیان ایران را کشاورزان تشکیل می‌دهند.

● نیم قرن تلاش

۵۳ سال پیش جذام آنقدر موضوع مهمی محسوب می‌شد که رائول فولبریوی فرانسوی آخرین یکشنبه ماه ژانویه هر سال را، روز جهانی کمک به بیماران جذامی نامید. در آن زمان در سراسر جهان، تقریبا ۱۵ میلیون نفر به این بیماری مبتلا بودند. سازمان بهداشت جهانی نیز ۲۸ ژانویه (۸ بهمن ماه) را روز جهانی مبارزه با جذام نامگذاری کرد. در سایه مبارزه پیگیر با این بیماری، امروزه آمار جذامیان جهان به ۲ میلیون نفر کاهش یافته، اما هنوز این بیماری ریشه‌کن نشده است. سیمای اجتماعی جذام طی دهه‌های اخیر تغییر کرده است، به طوری که بیماران به طور فزاینده‌ای در سرویس‌های خدمات بهداشت عمومی تحت درمان قرار می‌گیرند. دیگر جذام خوره وحشتناک سابق نیست، با این حال آنقدر مهم است که هنوز هم روز مبارزه با جذام برگزار می‌شود تا به این بهانه در تمام دنیا آموزش‌هایی از طریق رسانه‌های گروهی به مردم داده شود و آنها با آگاهی علمی از این بیماری اگر علائمی از آن را در خود مشاهده کردند به پزشک مراجعه کنند و با تشخیص و درمان زودرس مانع از ابتلای افراد سالم جامعه به این بیماری شوند.

• از سیاهی تا رهایی

در دهه‌های گذشته در ایران، بیماران صدمه‌دیده بر اثر جذام در جذامخانه نگهداری می‌شدند و این آسایشگاه‌ها به خانه ابدی آنها تبدیل می‌شد.

نیم قرن زمانی طولانی برای فراموشی نیست. در سال‌های دهه ۱۳۳۰ شمسی، جذام به عنوان خوفناک‌ترین بیماری آن زمان، سایه شوم خود را بر کشور بویژه خراسان و آذربایجان افکنده بود، به طوری که دوسوم بیماران جذامی کشور در این خطه زندگی می‌کردند. تا اوایل دهه ۱۳۴۰ اعتقاد همگان بر قرنطینه کردن و حبس بیماران جذامی استوار بود، فارغ از این که اینان نیز همچون دیگران از حق حیات برخوردار بودند.سال‌های دهه ۲۰ تا اواخر دهه ۴۰ دوران سیاه تسلط بیماری جذام در ایران بود. کمبود بهداشت، نبود پزشک متخصص و نایاب بودن داروی جذام روزگار سختی را برای جذامیان ایران فراهم کرده بود.

امروزه با وجود داروهای پیشرفته کنونی، لزوم نگهداری بیماران مبتلا به جذام در مکان‌های خاص احساس نمی‌شود، زیرا افراد مبتلا به جذام، با دوره اول مصرف دارو طی حداکثر ۱۸ ماه، از نظر انتقال بیماری به اطرافیان، بی‌خطر محسوب می‌شوند. اما هنوز جامعه جذامیان را مانند دهه ۲۰ نگاه می‌کند. باید نگاه جامعه به افرادی که بر اثر جذام به معلولیت دچار شده‌اند، تغییر کند تا آنان بتوانند مانند هر فرد دیگری در جامعه به زندگی خود ادامه دهند.

سیمای بهداشتی درمانی جذام طی دهه‌های اخیر تغییر کرده است و به این بیماری همانند سایر مشکلات بهداشت عمومی نگریسته می‌شود، به طوری که بیماران به طور فزاینده‌ای در سرویس‌های خدمات بهداشت عمومی تحت درمان قرار می‌گیرند. تمام کشورها به طور رسمی کلینیک‌های سرپایی را به عنوان پایه درمان جذام پذیرفته‌اند و آسایشگاه‌های جذام قدیمی و ننگ‌آور را از دور خارج کرده‌اند. این رویکرد خوش‌بینانه نیاز به حمایت قوی نیروهای بهداشتی و سایرین در تمام سطوح دارد تا درمان به طور کامل صورت گرفته و عزت نفس بیماران تضمین شود.

با این حال ما از کسانی که مبتلا به جذام بوده‌اند، درمان شده‌اند و انتقال‌دهنده بیماری نیستند، اما دچار عوارض و معلولیت‌های ناشی از آن هستند، کناره می‌گیریم؛ در حالی که آنان مانند سایر معلولان هستند. نوع رفتار ما با آنان سبب می‌شود کسی که زمانی دچار بیماری بوده، خودش را ایزوله و از مردم دوری کند و این باعث افزایش مشکلات روحی و جسمی آنان می‌شود.فراموش نکنیم ازجمله راه‌های حذف بیماری جذام، شناسایی زودرس بیماری و درمان دارویی بموقع و پیش از انتقال میکروب به اطرافیان و ایجاد معلولیت در بیماران است. پس باید بیماران جرات بیان بیماری خود را داشته باشند.

منبع : روزنامه جام‌جم

http://vista.ir/?view=article&id=362542

vista.ir
Online Classified Service

فرضیه کبدی سلولیت

کبد در آزارهای سلولیتی کار بزرگی برعهده دارد هنگامیکه کبد گرفتار فعالیت افزون بشود نمی‌تواند زهرها را در بدن خنثی کند و از راه‌هایی که باید دفع شود آنها را دفع نماید زیرا معمولاً زهرهای مزبور در این شرایط به آسانی دفع نمی‌شوند و بافت ملتحمه در لابلای آنها از کار می‌افتد و چون کبد دچار نارسایی است در خون نیز آزارهایی پدید می‌آید که مهمتر از همه آنها کلسترول اسید اوریك و غیره است و از اینروست که می‌گوئیم سولیت یکی از تظاهرات آرتریتیسم می‌باشد. در اثر نارسایی کبد مواد چربی و سفیده‌ای دچار اختلال می‌گردد و در لابلای بافت‌های ملتحمه جمع می‌شود و این جمع شدن مواد سفیده‌ای در سلول‌ها بیشتر شبیه به حساسیت می‌باشد. یکی از عللی که این آزارها را در بدن ایجاد می‌کند تغذیه نامناسب همچون خوردن مواد گیاهی و مواد پرکننده امعاء (فکولان) و موادی است که از نظر تغذیه‌ای در یك جهت نقص دارند اینگونه مواد در روده‌ها تخمیر می‌شوند و مقادیری اسید اگزالیك تولید می‌کنند که زیر تأثیر قلیائیتی که در بدن تولید شده است کبد نمی‌تواند آنها را خنثی سازد و ناگزیر آنها را در بدن انباشته می‌کند از اینرو در کسانی که دچار سلولیت هستند رژیم غذایی گیاهی به بیمار همان آزاری می‌رساند که رژیم گوشتی به نقرسی.

فرضیه تراوش‌های درونی غدد : آنچه از تراوش درونی غدد پدید می‌آید با خون درآمیخته می‌شود و خون آنها را به نقاط دوردست می‌برد کار این تراوش‌ها شیمیایی است و هر غده‌ای وظیفه‌ای برعهده دارد چنانکه وظیفه بعضی از آنها پادزهری و از آن برخی هیجانی و کار دسته‌ای تخلیه‌ای و کار دسته دیگر گندزدایی است و بعضی هم کارهای تعادلی باید انجام دهند. البته هر کدام نیز ممکن است دچار کمی و کاستی شود و بیماری‌هایی ایجاد نماید. سردسته آنها غدد تخمدان و غده پاراتیروئید و غده هیپوفیز می‌باشند که مبتلایان به سلولیت بیش از همه دچار این آزار می‌گردند و چون مرد تخمدان ندارد کمتر دچار سلولیت می‌شود.

سلولیت در هنگام خزان قوای جنسی زنانه آغاز می‌شود و نامرتبی زهدانی تخمدانی و همچنین آغاز بلوغ یا اختلال‌های احتقانی عروقی عصبی و رویشی و غددی سبب پیدایش سلولیت می‌گردد اما اگر آن را درمان کنیم و کاستی‌های غددی را جبران نمائیم سلولیت خودبخود بهبود می‌یابد در بسیاری از بیماران زیاد کار کردن پاراتیروئید سبب پیدایش سلولیت می‌شود و اگر تراوش این غده را تقویت کنیم دستی دستی سلولیت بوجود آورده‌ایم. برخی از پزشکان برای هیپوفیز اهمیت بیشتری قائلند و سزا است بدانیم که هیپوفیز مستقیماً دخالتی ندارد بلکه تراوش‌هایی که انگیزاننده تراوش غدد دیگر است سبب پیدایش سلولیت می‌گردد تیروئید و رشته‌های رویشی (سمپاتیك) بیضه‌ای را باید از این دسته شمرد. البته در این باره گفتگو بسیار است و هر مؤلف عقیده‌ای دارد ولی بنظر نگارنده باید جستجو کرد و دریافت که چه غده‌ای دچار کاستی است و آنگاه آن غده را به راه راست هدایت کرد. یکی از علل بزرگی که این غدد را خراب می‌کند آنتروهپاتیت‌ها است و دیگر اختلالات بزرگ یائسگی (ناامیدی زنانگی) و همچنین افراطهای جنسی زنانگی و یا خودداری از حاملگی.

منبع : موسسه اطلاع‌رسانی طعام اسرار

http://vista.ir/?view=article&id=225996

vista.ir
Online Classified Service

فصل داغ سرماخوردگی

فصل زمستان در پیش است و اگرچه امسال هوای سردی نداریم، ولی عدم بارش فراوان و نیز آلودگی هوا سبب بروز و گسترش بیماری های عفونی دستگاه تنفس به خصوص سرماخوردگی و آنفلوآنزا شده است. آنفلوآنزا که در اصطلاح عوام به غلط سرماخوردگی نامیده می شود بیماری مسری ناشی از ویروس های آنفلوآنزا (A,B,C) است. اگرچه بیشتر بیماران طی یک تا دو هفته بهبود می یابند، اما عفونت با ویروس های آنفلوآنزا می تواند سبب بیماری شدید و عوارض کشنده شود. در مقابل، سرماخوردگی بیماری خفیفی است که محدود به مخاط تنفسی فوقانی (عمدتاً بینی) بوده و سبب بیماری مختصر با آبریزش بینی و تب خفیف می شود که معمولاً بدون عارضه جدی یا کشنده بهبود می یابد. لذا باید بین این دو بیماری که به دلایل متفاوت ایجاد شده و سرنوشت مختلفی دارند، تفاوت قائل شد. متاسفانه حتی پزشکان نیز گاهی تفاوتی بین این دو بیماری قائل نمی شوند که همین مساله باعث سردرگمی بیشتر بیماران می شود.

در بیماری آنفلوآنزا، ویروس سبب بیماری می شود. ویروس ها کوچک ترین گونه موجودات زنده اند که با میکروسکوپ نوری قادر به دیدن آنها نیستیم. بدن انسان با تولید آنتی بادی مناسب با این بیماری مقابله می کند. ویروس آنفلوآنزا بینی، گلو و ریه ها را مبتلا می کند. بیماری از یک فرد به فرد دیگر قابل انتقال است. وقتی فردی دچار آنفلوآنزا می شود با سرفه، عطسه یا صحبت باعث پخش ویروس در هوا شده و دیگر افراد طی نفس کشیدن ویروس را وارد بدن خود می کنند. همچنین زمانی که فرد اشیای آلوده به ویروس (مانند دستگیره در) را لمس می کند و دست آلوده خود را به دهان و بینی اش می زند، ممکن است به بیماری مبتلا شود. همان طور که قبلاً ذکر شد، بیشتر افراد مبتلا طی یک تا دو هفته بهبود می یابند اما برخی دچار عوارض کشنده یی مانند ذات الریه (پنومونی) می شوند. افراد ذیل در معرض بیشترین خطر برای بروز عوارض کشنده هستند؛

- اشخاص بالای ۶۵ سال
- زنان باردار
- کودکان بین ۶ تا ۲۴ ماه
- وجود بیماری زمینه یی مزمن (دیابت، آسم، بیماری قلبی و....) در هر سنی

سالیانه بین ۳۰ تا ۶۰ میلیون نفر در امریکا به آنفلوآنزا مبتلا می شوند که حدود صدهزار نفر از آنها در بیمارستان بستری شده و هر ساله حدود ۳۶ هزار نفر در اثر عوارض بیماری می میرند.

● علائم و تشخیص

وقتی ویروس های آنفلوآنزا وارد مخاط دستگاه تنفسی فرد می شود شروع به تکثیر کرده و باعث بروز علائم بیماری می شود. شروع بیماری معمولاً ناگهانی است و از علائم آن می توان به موارد زیر اشاره کرد؛

- تب شدید
- سردرد
- خستگی یا احساس ضعف شدید

- سرفه خشک

- گلودرد

- آبریزش بینی

- درد عضلانی یا استخوانی

اسهال و استفراغ نیز می تواند رخ دهد که بیشتر این علائم در کودکان دیده می شود. اغلب بیماران به غلط فکر می کنند که این علائم گوارشی، بیماری جدیدی (به غیر از آنفلوآنزا) است یا ناشی از عوارض داروهای تجویز شده است. سرماخوردگی و آنفلوآنزا هر دو به شدت مسری است و در مراحل ابتدایی، سرماخوردگی شدید و آنفلوآنزای خفیف ممکن است شبیه به نظر برسند. در هرحال نباید فراموش کرد که سرماخوردگی بیماری خفیفی است در حالی که آنفلوآنزا، بیماری شدید با عوارض کشنده است.

● عوارض

- ذات الریه (پنومونی) میکروبی

- کم شدن آب بدن (در کودکان و سالمندان بسیار خطرناک است)

- تشدید بیماری مزمن قبلی بیمار مثل نارسایی قلبی، آسم یا دیابت

- بروز عفونت گوش میانی یا سینوزیت به خصوص در کودکان

● درمان

در صورت داشتن شرایطی مانند سن بالا یا بیماری زمینه یی که می تواند سبب بروز عوارض کشنده شود، به محض بروز علائم شبیه به سرماخوردگی یا آنفلوآنزا، سریعاً به پزشک مراجعه کنید. چندین داروی ضد ویروسی برای درمان آنفلوآنزا مجوز استفاده گرفته اند که در صورت صلاحدید پزشک، تجویز می شوند. داروهای ضدویروسی باید طی دو روز اول شروع بیماری تجویز شوند. آنتی بیوتیک ها به هیچ وجه در سیر بیماری تاثیر نداشته و به هیچ عنوان نباید آنها را مصرف کرد، مگر در صورت عوارض عفونی و صرفاً با تشخیص و تجویز پزشک.

در صورت بروز علائم شبیه آنفلوآنزا، اگر در معرض خطر بروز عوارض نیستید، اجازه دهید تا سیستم دفاعی بدن به جنگ با ویروس برود، لذا با استراحت کافی، مصرف مایعات فراوان، اجتناب از مصرف الکل و سیگار و استفاده از داروهای تب بر و ضد احتقان (مثل آنتی هیستامین ها) این کار را انجام دهید.

کودکان و نوجوانان مبتلا نیز باید استراحت کرده و مایعات فراوان مصرف کنند. در صورت مصرف دارو بدون تجویز پزشک باید دقت کنید که حاوی ترکیبات آسپرین نباشد.

هرگز به کودکان و نوجوانانی که علائم مشابه سرماخوردگی (آنفلوآنزا) دارند (علی الخصوص در صورت وجود تب)، بدون تجویز پزشک آسپرین یا ترکیبات حاوی آن را ندهید، زیرا در صورت وجود آنفلوآنزا سبب بروز بیماری نادر ولی کشنده یی به نام «سندرم ری» می شود.

برای جلوگیری از سرایت بیماری به دیگران، اولاً در خانه مانده و از تماس با دیگران خودداری کنید و در مرحله بعد، زمان عطسه یا سرفه، بینی و دهان خود را با دستمال بپوشانید.

● علائم وخامت

برخی نشانه های وخامت وجود دارند که نیاز به توجه جدی دارند. در کودکان این علائم عبارتند از؛

- تب شدید یا طول کشیده (ادامه دار)

- تنفس تند یا مشکل

- کبودی رنگ پوست

- عدم توانایی مصرف مایعات کافی

در صورت بروز علائم ذیل در کودک نیاز به توجه فوری وجود دارد؛

- بروز تغییرات هوشیاری مانند بیدار نشدن، عدم بروز واکنش به محرک ها و بیقراری شدید

- بروز تشنج

اگر علائم بیماری بهبود یافت ولی دوباره با تب و سرفه شدید عود کرد، حتماً به پزشک مراجعه کنید. در افراد بالغ، علائم هشدار شامل موارد ذیل

است؛

- تب بالا یا طول کشید

- تنفس سخت یا سطحی

- احساس درد یا فشار در قفسه سینه

- غش

- منگ بودن (کاهش سطح هوشیاری)

- استفراغ شدید یا مکرر

در صورت وجود علائم بالا یا هرکدام از علائم ذیل سریعاً به پزشک مراجعه کنید؛

- بدتر شدن بیماری زمینه یی (مثلاً تشدید آسم یا بیماری قلبی)

- سایر علائم شدید غیرمعمول

• پیشگیری

بهترین راه پیشگیری از بیماری، واکسیناسیون علیه بیماری در هر پاییز است. متاسفانه در ایران سهواً (و گاهی نیز عمداً،) واکسن مذکور تحت عنوان واکسن سرماخوردگی تبلیغ شده یا به فروش می رسد که برخی افراد گول تبلیغات را خورده و برای اینکه در زمستان خود و کودکان شان دچار سرماخوردگی، نشوند واکسن را خریداری و تلقیح کرده و با توجه به اینکه این واکسن هیچ نقشی در پیشگیری از سرماخوردگی ندارد، لذا با بروز اولین سرماخوردگی، به پزشک مراجعه کرده و از عدم کارایی واکسن شکایت می کنند. لذا باید توجه کرد که اولاً واکسن مزبور فقط علیه ویروس آنفلوآنزا مؤثر است و نقشی در پیشگیری از بیماری سرماخوردگی ندارد، ثانیاً با توجه به اینکه ویروس مذکور سریعاً خصوصیات ظاهری خود را تغییر داده و از دید سیستم دفاعی بدن محفوظ می ماند، واکسن باید علیه گونه های ویروس همان سال تهیه شده باشد. درصورت عدم امکان تلقیح واکسن، راه های ذیل نیز برای پیشگیری از بیماری آنفلوآنزا مؤثرند؛

۱) اجتناب از تماس نزدیک با افراد بیمار. در صورتی که خودتان مریض هستید نیز از دیگران فاصله گرفته تا آنها را آلوده نکنید.

۲) استراحت در منزل و نرفتن به مدرسه یا سر کار تا دیگران را نیز مبتلا نکنید.

۳) هنگام عطسه یا سرفه دهان و بینی خود را با دستمال بپوشانید، با این کار باعث پیشگیری از ابتلای دیگران می شوید.

۴) دست هایتان را به طور مرتب بشویید، این کار شما را از انتقال ویروس ها حفظ می کند.

۵) زمانی که فرد به اشیای آلوده به ویروس دست می زند، ویروس نیز می تواند منتقل شود، لذا قبل از شستن دست، از تماس دست با چشم ها، بینی یا دهانتان خودداری کنید.

▪ واکسن آنفلوآنزا

همانطوری که در بالا نیز اشاره شد استفاده از واکسن سبب پیشگیری از بیماری می شود. واکسن باید قبل از زمستان (اوایل پاییز) تلقیح شود. هر ساله انواع متفاوتی از ویروس سبب بروز بیماری می شوند. بنابراین دانشمندان مجبورند هر ساله واکسن جدیدی تهیه کنند. واکسن، سه گونه ویروس را که بیشتر سبب بروز بیماری آنفلوآنزا می شوند، پوشش می دهد. واکسن حاوی ویروس غیرفعال (کشته شده) آنفلوآنزا است. واکسن قویاً برای افراد در معرض خطر توصیه می شود. عوارض واکسن (به جز قرمزی و درد محل تزریق) نادر است. تعداد کمی از افراد، به خصوص کسانی که برای اولین بار واکسن را تلقیح می کنند، ممکن است علائم خفیف مشابه آنفلوآنزا مانند تب خفیف، سردرد و درد عضلانی را تجربه کنند. این علائم ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از تلقیح شروع شده و ۲۴ تا ۴۸ ساعت باقی می ماند. این علائم با استراحت و مصرف مسکن (استامینوفن) یا ضداحتقان ها برطرف می شود.

تلقیح واکسن در افراد ذیل ممنوع است؛

- حساسیت شدید به تخم مرغ (جهت تهیه واکسن، ویروس را روی محیط حاوی تخم مرغ کشت می دهند).

- افرادی که به دنبال تلقیح دوز قبلی واکسن به «سندرم گیلن باره» (Guillain-Barre Syndrome، نوعی بیماری عصبی عضلانی حاد) مبتلا شده اند. نوع جدیدی از واکسن که حاوی ویروس زنده ضعیف شده است و به شکل اسپری بینی مصرف می شود با نام LAIV Live Attenuated Influenza Vaccine)) تولید شده است. این واکسن نیز حاوی سه ویروس آنفلوآنزا است که زنده ولی ضعیف شده هستند. وقتی ویروس ها از

طریق اسپری کردن وارد بینی می شوند، سیستم ایمنی بدن را تحریک کرده و سیستم دفاعی بدن با تولید آنتی بادی از بدن در مقابل ویروس آنفلوآنزای وحشی (طبیعی) محافظت می کند. اگرچه واکسن مذکور هنوز وارد بازار دارویی ایران نشده است، ولی برای اینکه خوانندگان عزیز بدانند چه کسانی نمی توانند واکسن مذکور را تلقیح کنند در ذیل به آن اشاره می کنم؛

۱) کودکان زیر ۵ سال

۲) افراد بالای ۵۰ سال

۳) کودکان و نوجوانانی که به هر دلیل در حال مصرف آسپرین هستند.

۴) اشخاصی که سابقه ابتلا به سندرم گیلن باره دارند.

۵) زنان حامله

۶) اشخاصی که سابقه حساسیت به تخم مرغ یا اجزای واکسن LAIV را داشته اند.

۷) افرادی که به هر دلیل (سرطان ها، شیمی درمانی، رادیوتراپی، ایدز و....) سیستم دفاعی شان ضعیف شده است.

علت عمده منع مصرف این واکسن (LAIV) وجود ویروس زنده ضعیف شده است که در صورت اشکال در سیستم ایمنی، می تواند مانند ویروس طبیعی، فرد را از پای درآورد. عوارض جانبی LAIV در کودکان شامل آبریزش بینی، سردرد، استفراغ، درد عضلانی و تب بوده و در افراد بالغ آبریزش بینی، سردرد، گلودرد و سرفه است.

- نتیجه گیری

آنفلوآنزا بیماری شدیداً مسری ناشی از ویروس آنفلوآنزا است که می تواند سبب بیماری شدید و عوارض کشنده شود. علائم آن شبیه سرماخوردگی است ولی اغلب ناگهانی، شدید و با تب شدید همراه است. برای افراد سالم، معمولاً استراحت و مصرف مایعات فراوان سبب بهبود بیماری می شود. اشخاص با بیشترین احتمال بروز خطر، باید تحت نظر پزشک داروهای ضدویروسی مصرف کنند. واکسن آنفلوآنزا در دسترس است و در افراد با ریسک بالا توصیه می شود. بیماری در صورت اجتناب از تماس نزدیک با افراد بیمار و شست وشوی مرتب دست ها نیز قابل پیشگیری است. در صورتی که به آنفلوآنزا مبتلا شدید با ماندن در منزل و استراحت و نیز پوشاندن دهان و بینی در زمان سرفه و عطسه از گسترش بیماری خودداری کنید.

- و در پایان

اگرچه سرماخوردگی و آنفلوآنزا هردو بیماری ویروسی دستگاه تنفسی هستند که تا حدودی علائم و راه انتقال مشابه دارند، ولی دو بیماری کاملاً جداگانه با منشاء متفاوت و سرنوشت مختلف هستند لذا باید بین این دو بیماری تفاوت قائل شد. از تلقیح خودسرانه واکسن خودداری کنید. واکسن فقط در افراد با ریسک خطر بالا (کودکان زیر ۲ سال یا سالمندان و وجود بیماری زمینه یی) تلقیح شود. تلقیح واکسن برای پیشگیری از سرماخوردگی نه تنها علمی نیست، بلکه در عمل نیز فایده یی ندارد. متاسفانه با توجه به فواید واکسیناسیون (کلیه واکسن ها به طور عام) این تصور در ذهن عامه مردم به وجود آمده است که واکسن ها بدون عارضه هستند و تلقیح آنها (در صورت عدم نیاز) کاملاً بدون ضرر و بهتر از عدم تلقیح است. این تصور اشتباه در مورد ویتامین ها (و آنتی بیوتیک ها) نیز وجود دارد، مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها نیز از معضلات نظام درمان در کشور ما است. با توجه به ویروسی بودن آنفلوآنزا (و نیز سرماخوردگی) نیازی به مصرف این داروها نیست، مگر در صورت بروز عوارض میکروبی، آن هم تنها با تشخیص و تجویز پزشک، مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها صرف نظر از مسائل اقتصادی و بروز عوارض ناخواسته، سبب مقاوم شدن میکروب ها به این دسته از داروهای سودمند شده است.

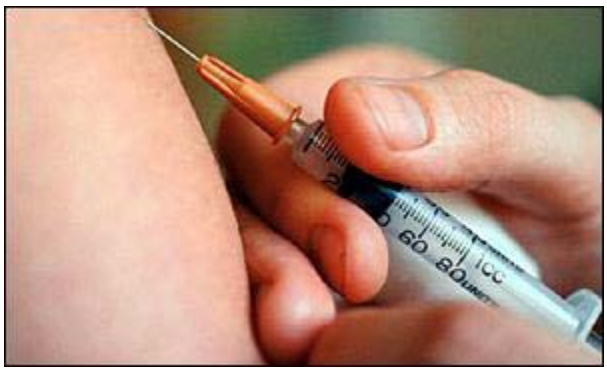
بخور (ترجیحاً آب خالی) فراموش نشود.

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=288801

vista.ir
Online Classified Service

کزاز



کزاز یک بیماری باکتریایی جدی است که منجر به سفتی عضلات جونده دیگر عضلات می شود. بیماری منجر به گرفتگی عضلانی شدید و مشکل تنفسی و نهایتاً مرگ می گردد. یک زخم، پارگی یا دیگر زخم ها منجر به یک عفونت کزاز تولید کننده سم در افراد غیر ایمن می شود.

اسپور باکتری کزاز، کلستریدیوم تتانی، معمولاً در خاک دیده می شود. در صورت قرار گرفتن باکتری در یک زخم ، تولید سم کرده که با عملکرد اعصاب و عضلات تداخل می نماید.

درمان در استرس ، کم اثر و ناکارا می باشد. کزاز ممکن است علیرغم درمان، کشنده باشد. در ایالات متحده با حدود ۱۰۰مورد بروز سالانه بیماری جزء بیماری های نادر محسوب می شود. یک تعداد کمی از بیماران نهایتاً می میرند. بهترین راه مقابله با کزاز پیشگیری است.

- علائم و نشانه ها
  - سفتی فک ، گردن و دیگر عضلات
  - تحریک پذیری
  - گرفتگی عضلات جونده، گردن و دیگر عضلات
  - تب

وقتی که سم به اعصاب انتشار می یابد، عضلات صورت و فک دچار گرفتگی های شدید می شوند. به همین علت یکی از مشکلات شایع قفل شدن فک است. همچنین گرفتگی عضلات گردن، بلع مشکل و تحریک پذیری نیز رخ می دهد.

بعلاوه عضلات قفسه سینه ، شکم و پشت نیز ممکن است دچار گرفتگی شوند. گرفتگی شدید عضلات تنفسی منجربه تنفس مشکل برای بیماران می گردد. علائم و نشانه های کزاز در هر زمانی (چند روز تا چند هفته) بعد از صدمه ظاهر می شوند. دوره نهفتگی برای این بیماری بین ۵ روز تا ۱۵هفته می باشد. میانگین دوره نهفتگی ۷ روز می باشد.

- علل

باکتری عامل بیماری یا کلستریدیوم تتانی در خاک، غبار و مدفوع حیوانات یافت می شود. هنگامی که باکتری وارد زخم تازه عمیق می گردد اسپورهای باکتری یک سم قدرتمند به نام تتانواسپاسمین را تولید می نمایند. این سم بر عملکرد سیستم عصبی مناطق مختلف اثر می کند. این عملکرد سم باعث گرفتگی عضلانی (شایعترین علامت تتانی) می شود.

- چه زمانی به درمان نیازمندیم ؟
  - وجود یک زخم عمیق و کثیف در حالی که شما حداقل در ۵ سال گذشته دوز یادآور کزاز را دریافت نکرده اید و یا وضعیت واکسیناسیون خود مطمئن نیستید.
  - وجود هر گونه زخم در حالی که شما طی ۱۰ سال گذشته دوز یادآور کزاز را دریافت نکرده اید.
- غربالگری و تشخیص

پزشک کزاز را براساس معاینه فیزیکی و علائم و نشانه هایی نظیر اسپاسم عضلانی، گرفتگی و درد تشخیص می دهد. تست های آزمایشگاهی

عموماً در تشخیص کزاز غیر مؤثر هستند.

- درمان

درمان شامل مصرف یک ضد سم نظیر TIG می باشد. هر چند ضد سم تنها می تواند سموم غیر متصل به بافت عصبی را خنثی نماید. پزشک ممکن است برای مقابله با باکتری کزاز آنتی بیوتیک خوارکی یا تزریقی تجویز کند.

همچنین تجویز واکسن کزاز، از عفونت آتی با کزاز جلوگیری می نماید. عفونت کزاز نیازمند یک دوره طولانی درمان در یک مرکز بهداشتی می باشد. داروهایی جهت آرام بخشی و فلج عضلانی تجویز می شوند که در این صورت شما نیازمند روش های حمایتی از مجاری هوایی می باشید. اکثر موارد بیماری کزاز شدید بوده و علی رغم درمان منجر به مرگ می گردد. مرگ اغلب در اثر انقباض مجاری هوایی، عفونت های تنفسی و اختلال در سیستم عصبی خودکار رخ می دهد. سیستم عصبی خودکار قسمتی از سیستم عصبی است که کنترل عضلات قلبی، عضلات غیر ارادی و غدد را بر عهده دارد. بیماران بهبود یافته از کزاز گاهی به مشکلات روانی مبتلا می شوند و به مشاوره روانپزشکی نیازمند می گردند.

- پیشگیری

شما از طریق ایمنی برعلیه سم می توانید از کزاز پیشگیری نمایید. اکثر موارد کزاز در افراد غیر ایمن و کسانی که دوزیادآرو کزاز را طی ۱۰ سال گذشته دریافت نکرده اند، رخ می دهد.

واکسن کزاز اغلب به عنوان جزئی از واکسن DPT (دیفتری، کزاز،سیاه سرفه) به کودکان تزریق می شود.

این تزریق فرد را در برابر سه بیماری، دیفتری (عفونت تنفسی و گلو)، سیاه سرفه و کزاز ایمن می کند.

آخرین مدل این واکسن شامل دیفتری، شبه سم کزاز و سیاه سرفه بدون سلول می باشد. ((DtaP

DtaP شامل ۵ دوز می باشد که به طور معمول در بازو یا ران اطفال تزریق می شود.

سنین تزریق واکسن عبارتند از : ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۱۸-۱۵ ماهگی، ۶-۴ سالگی

بزرگسالان باید به صورت مرتب هر ۱۰ سال یک دوز واکسن یادآور کزاز تزریق نمایند. در صورت مسافرت های بین المللی بهتر است یک دوز جدید واکسن کزاز تزریق شود. در صورت وجود زخم کثیف یا عمقی اگر از آخرین دوز دریافتی واکسن ۵ سال گذشته باشد، لازم است یک دوز واکسن کزاز تزریق گردد. دوز یادآور واکسن کزاز به طور معمول همراه با دوز یادآور واکسن دیفتری به صورت واکسن نوع بالغین یا (Td) تزریق می شود. ابتلا به کزاز منجر به ایجاد ایمنی در برابر بیماری نمی شود. بنابراین توصیه به واکسیناسیون جهت جلوگیری از عود مجددبیماری کاملاً منطقی به نظر می رسد. اگر دوران کودکی واکسن کزاز دریافت نکرده اید به پزشک مراجعه و واکسن نوع بالغین یا Td را تزریق نمائید.

- تمیز نگاه داشتن زخم

▪ ابتدا زخم را با آب تمیز بشوئید. زخم و اطراف آن را با یک صابون با دقت تمییز نمائید.

- توجه به منبع بیماری

زخمهای ناشی از سوزن یا دیگر برش های عمقی، گزیدگی حیوانات و به ویژه زخم ها کثیف شما را در گروه پر خطر برای ابتلا به عفونت کزاز قرار می دهد. در این صورت پزشک زخم شما را تمییز می نماید و پس از تجویز آنتی بیوتیک، دوز یادآور واکسن کزاز را به شما تزریق می نماید.

- مصرف آنتی بیوتیک

بعد از شستن و تمییز کردن زخم، یک لایه از آنتی بیوتیکهای (کرم یا پماد) نظیر نئوسپورین یا پلی سپورین بر روی زخم قرار دهید. این آنتی بیوتیکها بهبود زخم را تسریع نمی کنند اما با مهار رشد باکتری ها و ایجاد مصونیت، بدن را در ترمیم زخم یاری می نمایند. برخی اجزاء در پمادها باعث ایجاد لکه های پوستی خفیف می شوند. در صورت بروز لکه های پوستی مصرف پماد را متوقف سازید.

- پوشش زخم

در معرض هوا بودن زخم به بهبودی آن کمک می نماید، اما پانسمان زخم را تمییز نگاه داشته و از ایجاد عفونت های مضر جلوگیری می کند. تاول های تخلیه شده باید تا زمان بهبود پانسمان شوند.

- تعویض پانسمان

پانسمان روزانه و در صورت مرطوب بودن سریعتر تعویض می شوند. در صورت حساسیت به برخی از باندها و چسب ها از گاز استریل و چسب های کاغذی استفاده شود.

منبع : دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر

http://vista.ir/?view=article&id=234406

کمی با آن مدارا کن

افزایش دفعات اجابت مزاج در طول روز اصطلاحاً "اسهال" نامیده می شود که علت آن عدم عملکرد طبیعی روده و اختلال در جذب و دفع روده هاست. این حالت ممکن است در اثر ویروس ها، باکتری ها، انگل ها یا سموم بعضی از میکروب ها ایجاد شود.

در اکثر موارد، اسهال بدون دارو یا آنتی بیوتیک در عرض ۳ یا ۴ روز خود به خود خوب می شود، اما نباید به آسانی هم از کنار آن گذشت.

اسهال علامت مهمی است، چون باعث از دست دادن آب بدن کودک، سوء تغذیه و حتی در بعضی موارد منجر به مرگ می شود.

کم آب شدن بدن کودکان نسبت به افراد بالغ شایع تر است، چون کودکان کمتر از بالغین احساس تشنگی و گرسنگی می کنند. اسهال با از دست دادن مایعات بدن کودک می تواند منجر به مرگ شود، بنابراین ضروری است بلافاصله پس از اسهال به کودک مایعات کافی و غذا داده شود.

زمانی که کودکی در روز سه یا چهار بار یا بیشتر مدفوع آبکی داشته باشد، دچار اسهال شده است. هر چه تعداد دفعات دفع مدفوع آبکی کودک بیشتر باشد، خطرناک تر است.

بعضی از والدین فکر می کنند که نوشیدن مایعات، اسهال را بدتر می کند، اما این تفکر درستی نیست.باید به کودک مبتلا به اسهال، مایعات فراوانی بدهیم تا اسهال او قطع شود. نوشیدن مایعات کافی موجب می شود مایعاتی که با اسهال از دست رفته اند، دوباره جایگزین شوند.

● نکات بهداشتی مهم که از بروز اسهال جلوگیری می کند

▪ مادران باید به خاطر داشته باشند که دست خود را حتماً با آب و صابون یا مواد ضدعفونی کننده کاملاً بشویند. بعد از تعویض و تمیز کردن کودک و قبل از غذا دادن به او، بلافاصله دست های خود را بشویند.

▪ کودکان کوچک عادت دارند که دست های خود را در دهان می برند، بنابراین مهم است وسایل خانه و اسباب بازی های آنها کاملاً تمیز باشد.

▪ حتماً قبل از خوردن غذا، دست های کودکان را هم با آب و صابون بشویید.

▪ غذا باید قبل از مصرف و قبل از خوردن برای کودکان آماده شود، نه از چند روز پیش. غذایی که بدون سرپوش و از چند روز پیش برای کودک آماده می شود، می تواند موجب تجمع میکروب شود که عامل اسهال است.

▪ دو ساعت بعد از پختن غذا، در صورتی که دریخچال یا در درجه حرارت زیاد نگهداری نشود، آن غذا برای سلامت کودکان ضرر دارد و می تواند سبب اسهال در کودک شود.

▪ همه مواد غذایی کودک و ظروف غذای او باید در مکانی تمیز نگهداری شود تا مگس و حشرات روی این ظروف ننشیند و موجب پراکنده شدن

آلودگی نشود.

شیر مادر از تعداد دفعات و شدت اسهال در کودکان کم می کند

شیر مادر منبع بسیار خوبی از مایعات و غذا برای کودکان کوچک مبتلا به اسهال است. شیر مادر بسیار مغذی و پاکیزه و در از بین بردن بیماری و عفونت بسیار موثر است.

کودکی که با شیر مادر تغذیه می شود کمتر به اسهال مبتلا می شود.

شیر مادر هم از کم آبی و هم از سوء تغذیه در کودکان پیشگیری و به جایگزین شدن مایعات از دست رفته کمک می کند. این تصور غلط است که به کودکانی که دچار اسهال شده اند کمتر باید شیر داد. برعکس اتفاقاً در مواقعی که کودک اسهال گرفته باید بیشتر به او شیر داد.

- مرا زود بشویید

برای پیشگیری از اسهال باید مدفوع کودک هر چه زودتر از پاهای او شسته و پوشک های آلوده او هرچه سریع تر دور ریخته شود.

در صورتی که دست های مادر کودک به مدفوع اسهالی کودک آلوده شود یا دستان خود کودک به مدفوعش آلوده شود، می تواند سبب بروز بیماری در مادر و خود کودک شود. اگر این آلودگی به آب خوراکی، غذاها، دست، دستگیره ی در دستشویی و توالت یا مواد غذایی در حال تهیه منتقل شود، می تواند موجب انتشار بیماری به سایر اعضای خانواده شود.

حشرات و مخصوصاً مگس در صورتی که روی مدفوع آلوده بنشیند و سپس روی مواد غذایی، لیوان و یا قاشق قرار گیرد، می تواند منتقل کننده بسیاری از آلودگی ها باشد. بنابراین باید حتماً ظروف مخصوص و لیوان کودک را کاملاً با دستمالی نازک و تمیز بپوشانید و توصیه های بهداشتی را کاملاً رعایت کنید.

بلافاصله پس از دفع اسهال، کودک را با آب کاملاً تمیز بشویید و پوشک او را تعویض کنید و در صورتی که دست او آلوده شده، دستان او را با آب و صابون بشویید.

حتماً پس از دفع، توالت کودک را هم تمیز بشویید.

در صورتی که در جایی بودید که از توالت و دستشویی دور بودید، کودک را در محلی دورتر از خانه و محل زندگی ببرید و مدفوع اسهال کودک را با خاک بپوشانید.

در صورتی که دفعات اسهال بیش از چهار بار در روز بود یا در مدفوع کودک خون وجود داشت، زندگی کودک در خطر است و حتماً باید او را نزد پزشک ببرید.

- والدین باید در صورت مشاهده ی موارد زیر در کودک، او را نزد پزشک ببرند:
  - در یک تا دو ساعت، کودک دفعات زیادی مدفوع آبکی داشته باشد.
  - در مدفوع او خون وجود داشته باشد.
  - مدام استفراغ کند.
  - تب داشته باشد.
  - احساس تشنگی شدید کند.
  - بی میل و بی اشتها باشد و از خوردن مایعات خودداری کند.
  - بی حال شده و حالت خواب آلودگی داشته باشد.
  - بیش از یک هفته اسهال داشته باشد.

منبع : علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرند

http://vista.ir/?view=article&id=326671

vista.ir
Online Classified Service

کودکان زیر دو سال واکسن آنفلوانزا بزنند

همیشه با آغاز فصل پاییز و بازگشایی مدارس و مهد کودک ها آمار کودکان مبتلا به سرماخوردگی افزایش می یابد و اغلب والدین شکایت از این دارند که: از وقتی مدرسه ها باز شده، بچه هام مریضند و یا بچه ام صحیح و سالم رفته مهد کودک مریض برگشته و شکایاتی از این قبیل که بیشتر خانواده هایی که بچه مدرسه ای یا مهد کودکی دارند با آن روبرو هستند.

از آنجا که بیش از ۲۰۰ نوع ویروس سرماخوردگی با انواع متفاوت وجود دارد، می تواند باعث بیماری کودکان شود و اگر هر بار با یک ویروس، مبتلا به سرماخوردگی شوند ۱۹۹ ویروس دیگر وجود دارد که می تواند باعث بیماری و ابتلا آنها به سرماخوردگی شود.

بنابراین تنها راه محافظت و مراقبت از کودکان در برابر ویروس های مزاحم سرماخوردگی، داشتن اطلاع و آگاهی از نحوه ابتلا، راههای سرایت، روش های مراقبت و پرستاری از کودک سرماخورده و... و بالاخره راههای پیشگیری از ابتلاست.

اگر مایلید اطلاعات خود را در این باره افزایش دهید، گفتگوی ما را با پروفسور مؤمن زاده متخصص کودکان و استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بخوانید.

▪ آقای دکتر لطفاً درباره سرماخوردگی کودکان و اینکه چرا بعضی از اطفال بیشتر به این بیماری مبتلا می شوند توضیح دهید:

ـ کودکان به دلیل عدم تکامل سیستم ایمنی تا سن زیر ۵ سال و بخصوص زیر ۲ سال بسیار آسیب پذیر هستند و در برابر انواع بیماریها مقاومت لازم را ندارند. در زمینه سرماخوردگی نیز با توجه به دفاع کم بدن چنانچه با ویروس این بیماری مواجه شوند، مبتلا خواهند شد.

▪ چرا بعضی بچه ها در فصل پاییز و زمستان چندین بار به سرماخوردگی مبتلا می شوند، به طوری که والدین شکایت دارند که بچه ما از اول پاییز تا آخر زمستان سرماخورده است؟

ـ ما در فصل پاییز و زمستان با ویروس سرماخوردگی مواجه هستیم. وقتی ۲۰۰ نوع ویروس سرماخوردگی وجود داشته باشد که هر کدام می تواند بچه را مبتلا کند و فقط ۱۰۰ نوع رینوویروس وجود دارد که بینی و گلو را مبتلا می کند، خیلی طبیعی است که وقتی بچه مریض به مهد کودک یا مدرسه می رود، ویروس ها را منتقل می کند و یا از دیگران به او منتقل می شود، لذا اگر به یک نوع رینوویروس مبتلا شود، می تواند به ۹۹ رینوویروس دیگر هم مبتلا گردد. در بچه هایی که به قول والدینشان از اول زمستان تا آخر زمستان سرماخورده اند چنین اتفاقی می افتد که بچه مریض تا خوب می شود دوباره سرما می خورد.

▪ در خصوص بچه هایی که کمتر سرما می خورند، چه عاملی تأثیرگذار است؟ و چرا کودک به این ویروس ها حساس تر است؟

ـ بچه ها وقتی بزرگ می شوند، مقاوم تر شده و کمتر به سرماخوردگی مبتلا می شوند. اما به طور کلی عوامل زمینه ای باعث ابتلا به این ویروس می باشند که شامل:

۱) آلاینده ها مثل دود سیگار، محیط زیست آلوده و ناسالم و...

۲) وزن کم کودک

۳) کمبود ویتامین ها در بدن

۴) کثرت جمعیت به طوری که در آمریکا ثابت شده مکانهایی که بچه ها نگهداری می شوند هر چه تخت های کودکان به هم نزدیکتر است، بیشتر

دچار سرماخوردگی و عفونت تنفسی می شوند. به همین دلیل بچه مریض نباید به مهد کودک یا مدرسه برود، منتهی چون پدر و مادر هر دو کار می کنند و کسی را ندارند که از بچه نگهداری کند، بچه مریض را به مهد یا مدرسه می فرستند که با این کار هم خود کودک بیماریش طولانی تر می شود و هم باعث انتقال بیماری به همکلاسیهایش می گردد.

۵) اختلال ناگهانی درجه حرارت. یعنی بچه از راه می رسد سرگرم و عرق کرده و آب سرد می نوشد، جلوی پنکه و کولر می نشیند و یا لباسهایش را بیرون می آورد که باعث می شود مخاط بینی تحریک شده و ویروس های نهفته در زیر مخاط بینی فعال شوند و حالت سرماخوردگی ایجاد کنند و یا بالعکس، منزلهایی که خیلی گرم است و شوفاژ و بخاری و وسایل گرمازا بشدت کار می کند، وقتی بچه از منزل بیرون می رود و هوا به هوا می شود، در همین فاصله سرما می خورد.

۶) نخوردن شیر مادر نیز عامل دیگری است که باعث می شود بچه ایمنی کافی نداشته باشد زیرا شیر مادر ماده ایمنی زا را به بدن بچه می رساند، بنابراین بچه هایی که با شیر مادر تغذیه نشده اند، بیشتر دچار سرماخوردگی می شوند. مواد ایمنی زای شیر مادر مثل یک آستری تمام مخاط روده و دستگاه تنفسی را می پوشاند و محافظت می کند، لذا بچه هایی که شیر مادر نخورده اند، این ایمنی را پیدا نمی کنند.

۷) مصرف آنتی بیوتیک ها نیز باعث می شود سرماخوردگی بهبود پیدا نکند و ویروس ها مقاوم تر شده و بیشتر رشد کنند. بنابراین هر بچه ای که تب خفیفی کرد، نباید آنتی بیوتیک مصرف کند، بلکه طبق نظر پزشک معالج و در صورت ضرورت می تواند آنتی بیوتیک بخورد.

۸) واکسن ها نیز در ایجاد مقاومت و افزایش ایمنی کودکان نقش بسزایی دارند. بچه هایی که طبق برنامه ایمنسازی ملی واکسینه شده اند در برابر ویروس سرماخوردگی ایمن تر می باشند.

▪ آیا واکسن آنفلوانزا را می توان به بچه ها هم تزریق کرد؟

ـ بله. البته توصیه شده بچه های زیر ۵ سال واکسن آنفلوانزا بزنند بخصوص بچه های زیر ۲ سال به همان دلیل که اشاره شد(عدم تکامل سیستم ایمنی) بهتر است این واکسن را بزنند اما باید توجه داشته باشند با تزریق این واکسن، کودک در برابر بیماری آنفلوانزا مصون می شود نه سرماخوردگی. بنابراین برای حفظ سلامت کودک در برابر آنفلوانزا که برای کودکان خیلی خطرناک است، بهتر است واکسن آنفلوانزا را به بچه بزنند.

▪ آیا مصرف قرص ها و شربت های ویتامین برای پیشگیری از سرماخوردگی در کودکان مؤثر است؟

ـ اگر ویتامین برای بچه لازم باشد و پزشک تجویز کند، اشکالی ندارد اما بعضی خانواده ها ۵-۴ نوع ویتامین را بدون نظر پزشک به بچه می دهند که خیلی خطرناک است و گاهی سلامت بچه را به خطر می اندازد.

▪ کودکان مبتلا به سرماخوردگی به چه مراقبت هایی نیاز دارند؟ تا چند روز نباید به مدرسه بروند؟

ـ حداقل یک هفته باید در منزل بمانند، چون دوره سرماخوردگی ساده ۵ تا ۷ روز است و دو سه روز هم باید دوره نقاهت را بگذرانند. یعنی بچه هایی که در طول بیماری نمی توانند غذا بخورند حالا باید غذا بخورند و استراحت کنند تا خستگی بیماری از تنشان بیرون شود، بعد به مدرسه بروند. اگر نه وقتی به مهد یا مدرسه می روند دوباره سرما می خورند و بعد عفونت های گوشی، سینه پهلو، آنژین، گلو درد و ... عارض می شود.به همین دلیل باید سیستم های اداری طوری عمل کنند که وقتی بچه کارمند مریض می شود، به او مرخصی بدهند تا از بچه مریضش مراقبت و پرستاری کند. پدرها هم باید مشارکت داشته باشند و دو سه روز هم پدر از کودک مراقبت کند و بعد از یک هفته که بچه خوب شد، او را به مدرسه یا مهد بفرستند.

▪ آیا مراجعه به پزشک برای کودک سرماخورده ضروری است؟

ـ اگر سرماخوردگی معمولی باشد و بچه دچار عوارض نشده باشد، با دادن استامینوفن ساده، استراحت کافی و تغذیه مناسب بیماری بهبود پیدا می کند، اما اگر بچه دچار خس خس سینه شده و آبریزش بینی، سرفه های مکرر، تب شدید و مشکلات تنفسی دارد فوراً باید به پزشک مراجعه کرده در معاینه پزشک اگر تعداد تنفس طبیعی باشد و مشکلی دیده نشود یا علامت هایی که نشان دهنده عفونت است وجود نداشته باشد، می توانند کودک را به منزل برگردانند در غیر این صورت حتماً بچه باید بستری شود.

نخست توصیه می شود لباس زیاد به بچه نپوشانند. همچنین بینی کودک را تخلیه و باز نگه دارند. برای این موضوع می توانند چند قطره سرم فیزیولوژی در آن بچکانند.

نکته دیگر آنکه به طور مکرر و به دفعات بیشتر به کودک غذا بدهند. شیر با عسل را نیز با هم مخلوط کرده، به کودک بخورانند. ناگفته نماند، بهتر

است این نوشیدنی را به کودکان بالای سه سال بدهند. اما اساسی ترین مسأله، اصلاح باورهای نادرست است چون اغلب اطرافیان معتقدند: بچه سرماخورده نباید شیر بخورد یا طفلی که تب دارد، شیر نوشیدن برایش مضر است که اصلاً این گونه نیست و باید به کودکان لبنیات بخصوص شیر داده شود. زیرا برای بیماران سرماخورده مصرف مایعات گرم بسیار مفید است

منبع : روزنامه قدس

http://vista.ir/?view=article&id=344759

vista.ir
Online Classified Service

گوشک خطرناک نیست

اوریون نوعی عفونت ویروسی است که به‌صورت اولیه غدد پاروتید(بناگوشی) را درگیر می‌کند. اوریون یک بیماری عفونی سیستمیک است که توسط ویروس اوریون که از خانواده paramyxovirus است، ایجاد می‌شود. در غالب موارد اوریون به صورت بیماری خفیفی در کودکان بروز می‌کند، که بعد از چند روز خودبه‌خود خوب می‌شود.

ولی گاه با درگیری ارگان‌هایی است. در این بیماری یک یا هر دو غده بناگوشی متورم می‌شود. اوریون تا قبل از کشف واکسن آن در سال ۱۹۶۷ میلادی شایع بود و تا قبل از کشف واکسن اوریون سالانه ۲۰۰۰۰۰ مورد بیماری در آمریکا مشاهده می شد .

به این بیماری در قدیم گوشک می‌گفتند چون اوریون اغلب غدد بزاقی بناگوشی را درگیر می‌کند. این بیماری از طریق تنفس از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود.بیشترین مبتلایان به این بیماری کودکان بالای دو سال هستند.

گاهی کودک یکی دو روز قبل از شروع علائم عمده بیماری اوریون دچار بدحالی عمومی می‌شود. بعد کم‌کم غدد بزاقی در ناحیه بناگوش و زیر چانه متورم می‌شوند که این علامت ممکن است همراه تب باشد.

در ابتدا گاهی تورم در یک طرف صورت ایجاد می‌شود و سپس طرف دیگر صورت را درگیر می‌کند و گاهی همزمان هر دو طرف صورت متورم می‌شود. این تورم به‌طور معمول بین یک تا ۱۰ روز ادامه خواهد داشت. تورم غدد بزاقی هنگام بلعیدن باعث درد می‌شود و ممکن است به دلیل توقف ترشح بزاق از غدد بزاقی، دهان خشک شود. در برخی موارد هم این بیماری دارای علائم خاصی نیست.

ویروس اوریون دوره نهفتگی طولانی مدتی دارد که به‌طور متوسط ۲۱-۱۴ روز طول می‌کشد. شخص سالم با استنشاق ترشحات دهانی و بینی شخص بیمار آلوده می‌شود و حداکثر زمان انتقال دو روز قبل از شروع علائم تا پنج روز بعد از شروع علائم است.

- بیماری‌های ثانویه اوریون

دکتر بابک گروسی با تاکید بر اینکه اوریون بیماری خطرناکی نیست، یادآور می‌شود: با این حال باید مراقب بود و جانب احتیاط را رعایت کرد. این بیماری هرچند به ندرت اما ممکن است مغز را درگیر کند. اوریون همچنین ممکن است باعث تورم تخمدان شود و درنوجوانان و جوانان پسر بیضه‌ها را درگیر کند و تاثیراتی احتمالی در ناباروری اینگونه افراد برجای بگذارد.

اگر قبل، در طی و یا بعد از تورم غدد بزاقی کودک دچار درد و سفتی گردن شود علامت بروز مننژیت ناشی از اوریون است که می‌تواند خطرناک باشد.

وی همچنین افزود: فردی که به اوریون مبتلا می‌شود به‌طور دائم در مقابل این بیماری ایمنی پیدا می‌کند.مننژیت عارضه نادر (۲در۱۰۰مورد) دیگری است که معمولا طی روزهای

۳-۱۰بیماری عارض می‌گردد و بیمار دچار سردرد ـ استفراغ ـ سفتی گردن می‌شود. اگرچه در مقایسه با مننژیت‌های دیگر خوش‌خیم‌تر است ولی در هر حال نیازمند مراقبت‌های ویژه است. ناشنوایی یکی از عوارض مهم بیماری که با احتمال شیوع نیازمند توجه ویژه است و لازم است تست شنوایی از بیماران به‌عمل آید.

پانکراتیت هم عارضه دیگری است که طی بیماری ممکن است ویروس پانکراس را درگیر کند. در این حالت کودک دچار درد شکمی و استفراغ‌های مکرر می‌شود. معمولا این عارضه با اقدامات حمایتی برطرف می‌شود. از دیگر عوارض نادر بیماری گرفتاری قلب (میوکاردیت)وگرفتاری کلیه است.

● اقداماتی برای کمک به بیمار

در این دوران بهتر است به کودک بیمارتان غذاهای مایع مانند شیر، سوپ و یا ماست بدهید تا بلع غذا آسان‌تر باشد. برای رفع خشکی دهان بیمار مایعات فراوان به او بدهید و در صورت ایجاد مشکل هنگام نوشیدن از نی استفاده کنید.

در این بیماری استراحت کافی و پرهیز از تحرک توصیه می‌شود. در این دوران درجه حرارت بدن کودک را کنترل کنید و در صورتی که حرارت بدن او بالا بود، سعی کنید با استفاده از اسفنج مرطوب، تبش را پایین آورید. برای تسکین درد کودک می‌توانید از قرار دادن کمپرس آب گرم روی ناحیه غدد بزاقی استفاده کنید، این کار روند بهبود تورم ناشی از بیماری را تسریع می‌کند.

هر چه زودتر بیمار را به دکتر ببرید و در صورت مشاهده وخیم‌تر شدن بیماری بعد از ۱۰ روز و وجود سردرد یا سفتی گردن حتما به پزشک مراجعه کنید. در صورتی که معمولا توصیه می‌شود تا ۵ روز بعد از بین رفتن تورم غدد بزاقی از مدرسه رفتن کودک جلوگیری کنید.

بهترین راه پیشگیری واکسیناسیون به موقع کودکان است. سال ۱۳۸۴ برنامه واکسیناسیون منظم علیه بیماری اوریون در ایران شروع شده‌است که در دو نوبت یک و ۶ سالگی به فرد تزریق می‌شود. واکسن اوریون همراه واکسن‌های سرخک و سرخچه به کودکان تزریق می‌شود.

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=306213

vista.ir
Online Classified Service

مادر بیماری های دیگر

آنفلوآنزا عفونت دستگاه تنفس است همراه با نشانه هایی که شدیداً شبیه به نشانه های سرماخوردگی است به طوری که فرد را دچار اشتباه می کند. تب، خستگی، گلودرد، بدن درد، سرفه های خشک و تهوع نشانه های مشابه هر دو بیماری هستند.

سرماخوردگی به خودی خود خطرناک یا کشنده نیست اما سیستم ایمنی بدن را ضعیف می کند که در نتیجه بدن آماده ابتلا به بیماری های دیگر می شود. هر سال در ایالات متحده حدوداً ۲۰۰ هزار نفر در بیمارستان بستری و

۳۶ هزار نفر بر اثر بیماری آنفلوآنزا یا عوارض آن جان خود را از دست می دهند. جهت پیشگیری از ابتلا به سرماخوردگی و آنفلوآنزا می توان از راهکارهای زیر استفاده کرد؛

۱) دستان خود را چند بار در روز بشویید و بهتر است هر دفعه دو بار آنها را بشویید.

۲) سرماخوردگی یا آنفلوآنزا فقط از راه سرفه یا بوسیدن منتقل نمی شود بلکه با دست دادن یا دست زدن به اشیا نیز منتقل می شود.

۳) با بند انگشت چشم هایتان را بمالید زیرا بند انگشت بسیار کمتر از نوک انگشتان احتمال آلودگی به ویروس ها را دارد.

۴) به مدت ۱۰ثانیه مسواک تان را در مایکروویو بگذارید، با این کار میکروب های ناقل سرماخوردگی یا دیگر بیماری ها کشته می شوند. هنگامی که مسواک می زنید، دندان هایتان تمیز می شود ولی مسواک تان محل پرورش میکروب ها می شود.

با استریلیزه کردن مسواک یعنی با قرار دادن آن در مایکروویو به مدت ۱۰ ثانیه یا شستن کامل آن با آب، قبل از استفاده میکروب های آن را از بین ببرید، در غیر این صورت بهتر است ماهی یک بار مسواک تان را عوض کنید.

۵) هر پاییز، واکسن آنفلوآنزا بزنید. مرکز کنترل بیماری های امریکا توصیه می کند که همه افراد بالای پنجاه سال، افرادی با مشکلات سلامتی نظیر بیماری های قلبی، ریه، دیابت و...، زنان حامله و افرادی که سیستم ایمنی بدن شان ضعیف شده است (کسانی که سرطان یا ایدز دارند) و افرادی که در مراکز درمانی مستقیماً با بیماران سروکار دارند، واکسن آنفلوآنزا بزنند.

۶) اگر مشکل کاری برایتان پیش آمد، خود را سرزنش نکنید. شاید باور نکنید اما سرزنش خود و خودخوری احتمال ابتلا به سرماخوردگی را بیشتر می کند. محققان معتقدند که بروز مشکل در کار یا شغل، سبب استرس می شود که استرس نیز سیستم ایمنی بدن را تضعیف می کند.

۷) درجه حرارت خانه را پنج درجه کم کنید.

هوای خشک خانه هایی که بیش از حد گرم هستند، فضای مناسبی برای رشد میکروب سرماخوردگی فراهم می کند و همچنین غشای مخاطی (دهان، لوزه ها و بینی) خشک شده و نمی تواند جلوی ورود میکروب ها را بگیرد. بنابراین بهتر است درجه حرارت را پایین بیاورید و از یک دستگاه بخور یا هر وسیله مرطوب ساز دیگر در خانه استفاده کنید.

۸) هفته یی یک بار در سونا بنشینید. طبق تحقیقات دانشمندان استرالیایی که در سال ۱۹۹۰ منتشر شد، میزان سرماخوردگی افرادی که طی شش ماه دوره تحقیقات مرتباً از سونا استفاده می کردند، نصف میزان سرماخوردگی آنهایی بود که از سونا استفاده نکرده بودند. این احتمال وجود دارد که تنفس هوای داغ میکروب های سرماخوردگی را از بین می برد.

۹) هر روز یک فنجان ماست بخورید. طبق تحقیقات اخیر انجام شده در دانشگاه کالیفرنیا، افرادی که هر روز یک فنجان ماست می خورند بیست و پنج درصد کمتر از افرادی که ماست نمی خورند، به سرماخوردگی مبتلا می شوند.

۱۰) حوله مخصوص خشک کردن دست ها را سه ،چهار روز یک بار عوض کنید و برای شستن حوله از آب داغ استفاده کنید تا میکروب های آن کشته شود.

۱۱) زیر ناخن ها را هر روز تمیز کنید زیرا زیر ناخن یکی از محل های تجمع میکروب است.

۱۲) سیر بخورید، خوردن سیر هم در پیشگیری از سرماخوردگی کمک می کند و هم در صورت ابتلا بهبود را تسریع می سازد.

۱۳) هنگام عطسه یا سرفه حتماً جلوی دهان و بینی خود را با دستمال بگیرید تا از پخش میکروب در فضا جلوگیری شود.

۱۴) آب پرتقال بخورید. ویتامین C دوره سرماخوردگی را کوتاه تر می کند و در بهبودی موثر است.

۱۵) بلغور، موز، مرغ، ماهی و بوقلمون بخورید زیرا به حفظ سلامت ارگان های سازنده گلبول سفید (که با عفونت های بدن می جنگند) کمک می کند.

۱۶) سیب، زغال اخته و سس گوجه فرنگی نیز مفید است زیرا حاوی فلاونوئید و مواد ضدالتهابی هستند که سیستم ایمنی بدن را تقویت می کند.

۱۷) اصرار به تجویز آنتی بیوتیک نکنید. سرماخوردگی و آنفلوآنزا (و اکثر بیماری های عفونی) عامل ویروسی دارند. بنابراین آنتی بیوتیک هایی که برای از بین بردن باکتری ها ساخته شده اند، نه تنها اثری روی این بیماری ها ندارند بلکه مضر نیز هستند زیرا سبب از بین رفتن باکتری های مفید بدن (که خود بخشی از دفاع ایمنی بدن هستند) می شوند.

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=293375

vista.ir
Online Classified Service

مالاریا

بیماری مالاریا که توسط یک انگل تک‌سلولی به نام پلاسمودیوم ایجاد می‌شود، به عنوان یکی از مشکلات عمده بهداشتی جهان و مانع مهم توسعه اقتصادی و اجتماعی مطرح است به گونه‌ای که تقریباً نیمی از جمعیت جهان در بیش از یک صد کشور، در معرض خطر بیماری قرار دارند. مالاریا، به طور معمول به عنوان بیماری مناطق گرمسیر شناخته می‌شود که انگل عامل آن، توسط پشه آنوفل انتقال داده می‌شود و در واقع هنگامی که این پشه افراد را به قصد مکیدن خون نیش می‌زند، می‌تواند سلول‌های بیماری‌زا را که در خون وجود دارد مکیده، در نوبت بعدی که فرد دیگری را نیش می‌زند، به وی انتقال دهد. این پشه به طور عمده در آب و هوای گرم و به ویژه در اطراف آب‌های راکد و آلوده رشد و تکثیر پیدا می‌کند. این بیماری نه تنها در نواحی گرمسیری آفریقا، یکی از عوامل مهم مرگ‌ومیر کودکان است، بلکه با ایجاد کم‌خونی در کودکان و زنان باردار، آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر بیماری‌های دیگر را هم افزایش می‌دهد. عوارض این بیماری که باعث اتلاف نیروی کار می‌شود و در وضع اقتصادی، اجتماعی و کشاورزی کشورها اثر می‌گذارد به همراه شیوع و مرگ‌ومیر بالای آن، اهمیت بهداشتی قابل توجهی به آن داده است.

کشور ما هم یکی از مناطق مالاریاخیز جهان به شمار می‌رود و با در نظر گرفتن شاخص‌های مختلف، می‌توان سه منطقه را در ارتباط با مالاریا در کشور معرفی کرد. منطقه اول که خوشبختانه بیشترین جمعیت یعنی حدود ۷۰ درصد جمعیت کشور را در بر می‌گیرد و مالاریا در آن تحت کنترل است، شمال رشته کوه‌های زاگرس را شامل می‌شود. در مناطق غربی و جنوب غربی کشور که چیزی نزدیک ۲۵ درصد جمعیت را در خود جای داده است، مالاریا وجود دارد ولی به طور محدود و در حال مهار شدن است. اما در منطقه جنوب شرقی کشور با جمعیتی حدود ۵ درصد کل کشور که شامل استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و قسمت گرمسیری استان کرمان است، مالاریا هنوز به عنوان یک مشکل بهداشتی عمده خودنمایی می‌کند. پیدایش انواع پشه‌های مقاوم به حشره‌کش‌ها و انگل‌های مقاوم به داروها و نیز تردد وسیع مهاجران خارجی کشورهای همسایه شرقی، از جمله موانع مهم کنترل موفقیت‌آمیز این بیماری بوده‌اند. البته این را هم باید از اذعان داشت که بروز سالانه بیماری در کشور، رو به کاهش است ولی هر ساله چندین هزار نفر افراد آلوده از کشورهای افغانستان، پاکستان و حتی بنگلادش با ورود به کشور ما، مناطق پاک‌شده از بیماری را نیز آلوده می‌سازند. در داخل کشور نیز به طور برجسته می‌توان از شهرستان‌های چابهار و ایرانشهر به عنوان دو کانون اصلی شیوع این بیماری که به ویژه از انواع ویراکس و فالسیپاروم می‌باشد، اشاره کرد.

مهم‌ترین علامت بالینی این بیماری، تب‌های شدید متناوب است که با علایمی نظیر لرز، تعریق شدید، سرفه، اسهال، تهوع و استفراغ و گاهی سردرد، ناراحتی تنفسی یا دردهای مفصلی همراه می‌شود. زمان متناوب تب نیز به گونه انگلی بیماری‌زا بستگی دارد و معمولاً ۲ یا ۳ روز یک بار و به صورت شدید رخ می‌دهد. از علایم هشداردهنده این بیماری هم می‌توان به تیره شدن رنگ ادرار، تشنج و زردی اشاره داشت. این بیماری اگر به طور قطعی توسط پزشک و با روش‌های بالینی و نیز آزمایشگاهی تشخیص داده شود باید به طور کامل درمان شود که بسته به گونه بیماری‌زا

و نیز شرایط بیمار از قبیل سن یا مثلاً بارداری در زنان، درمان‌ها متفاوت خواهد بود.

همچنین بررسی موارد تماس و گرفتن شرح حال از افراد بیمار برای جستجوی موارد جدید و تشخیص زودرس و درمان سریع آن‌ها، بسیار مهم و کمک‌کننده است. در صورتی که بیمار جزء گروه پرخطر ابتلای بیماری است یا اطرافیان وی هم سابقه مسافرت به مناطق شیوع وسیع این بیماری را دارند، پزشک باید منتظر شروع علایم وسیع بیماری نماند و اقدامات تشخیصی و درمانی خود را آغاز کند.

از سوی دیگر در صورت مشاهده افزایش موارد مشاهده بیماری در یک منطقه که شیوع کمی داشته است، بررسی محیط و مطالعات حشره‌شناسی برای شناسایی ناقلین ضروری است. پس از آن هم بهسازی محیط جهت از بین رفتن یا کاهش محل زندگی و تکثیر پشه‌های آنوفل با خشکاندن آب‌های غیر مفید و راکد و کنترل آب‌ها از لحاظ رشد و تکثیر حشرات به وسیله مواد شیمیایی و سموم از دیگر اقداماتی است که در هر منطقه می‌توان انجام داد.

اما برخی توصیه‌ها هم برای افراد عادی است که امکان دارد با این بیماری و پشه‌های آنوفل که ناقل آن هستند مواجهه پیدا کنند؛ محافظت از گزش توسط پشه با پوشیدن لباس‌های آستین بلند و نیز استفاده از توری برای پوشاندن درها و پنجره‌ها و حتی نصب پشه‌بند در اطراف رختخواب، از جمله اقدامات ساده‌ای است که می‌تواند کمک مؤثری در پیشگیری از این بیماری داشته باشد. همچنین افرادی که قصد سفر به مناطق پرخطر را دارند، بهتر است از پیشگیری دارویی استفاده کنند که در مناطق با خطر پایین یا همان مناطق شهری، کلروکین داروی مناسبی است و در مناطق با خطر بالا و نیز مناطقی که نسبت به این دارو مقاومت ایجاد شده است، باید از سایر داروها بهره گرفت و البته باید توجه داشت که این پیشگیری دارویی باید به طور کامل از یک هفته قبل از ورود به منطقه آلوده تا ۴ هفته بعد از ترک محل و از آن مهمتر با تجویز و صلاحدید پزشک صورت پذیرد.

منبع : پیک تندرستی

http://vista.ir/?view=article&id=262910

vista.ir
Online Classified Service

مراقب آنفلوآنزا باشید

آنفلوآنزا یک بیماری حاد ویروسی مربوط به دستگاه تنفسی است.

این بیماری در هر سنی می‌تواند افراد را مبتلا سازد و در مواقع همه‌گیری عوارض بیشتری به دنبال دارد.

● علائم بیماری

بیماری تقریبا در تمام افراد مبتلا با سرفه خشک و گلودرد همراه است. تب بالای ۳۸درجه سانتیگراد، سردرد، آبریزش بینی، ناراحتی گلو و سرفه از علائم شایع است. اگرچه گاهی اوقات اکثر مردم یک سرماخوردگی شدید را با آنفلوآنزا اشتباه می‌گیرند، اما در واقع آنفلوآنزا بسیار شدیدتر از سرماخوردگی است. این بیماری براساس علائم بالینی، قابل تفکیک از سایر بیماری‌های تنفسی نیست. آنفلوآنزا به چند دلیل اهمیت دارد و باید به آن رسیدگی شود.

۱) قابلیت همه‌گیری وسیع آن

۲) وقوع غیرقابل پیش‌بینی

۳) سرعت بالای انتشار بیماری

۴) عواقب گسترده اقتصادی

۵) به دنبال داشتن عوارض شدید در بین بیماران قلبی، ریوی، افراد مسن و کودکان

● نکاتی برای مبتلایان به آنفلوآنزا

برای مقابله با آنفلوآنزا معمولا راه‌های ساده‌ای وجود دارد، نوشیدن مایعات به مقدار زیاد، استراحت و تغذیه خوب، بسیار موثر است. داروهای مسکن مانند استامینوفن برای کاهش درد ناشی از این بیماری موثر است، به شرط آنکه از مصرف بیش از حد آن پرهیز شود. در صورتی‌که فرد مبتلا، از قبل نیز دچار برخی بیماری‌های دیگر باشد، باید فورا پزشک معالج خود را در جریان قرار دهد.

در این مواقع ممکن است انجام آزمایش و یا در صورت لزوم، عکسبرداری از قفسه‌سینه نیاز باشد. این بیماری‌ها عبارتند از: بیماری‌های ریوی (آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم، برونشکتازی و تنگی نفس)، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های کلیوی، دیابت، نارسایی‌های هورمونی و نقص سیستم ایمنی که ممکن است ناشی از بیماری‌های اولیه یا به علت درمان دارویی خاص باشد. این مشکل زمانی بروز می‌کند که ویروس آنفلوآنزا سبب ضعف سیستم دفاعی بدن به خصوص ریه شود.

▪ واکسیناسیون آنفلوآنزا

ـ واکسیناسیون، عوارض شدید، مرگ و میر و موارد

ـ بستری شدن ناشی از آنفلوآنزا راکاهش می‌دهد.

ـ از زمان واکسیناسیون تا به وجود آمدن ایمنی در بدن، دو هفته زمان لازم است.

ـ به دلیل تغییرات ویروس آنفلوآنزا، لازم است واکسیناسیون هر سال تکرار شود.

ـ واکسن آنفلوانز از ابتلا به سرماخوردگی جلوگیری نمی‌کند.

برای چه کسانی واکسیناسیون ضروری‌تر است

▪ همه افراد جامعه در معرض ابتلا به بیماری آنفلوآنزا هستند، ولی افراد زیر بیشتر در معرض خطر هستند:

- سالمندان

- بیماران ضعیف و ناتوان

- کودکانی که به مدت زیاد تحت درمان با آسپیرین بوده‌اند

- مبتلایان به بیماری‌های مزمن ریوی، قلبی، کلیوی و نقص ایمنی

- کارکنان بهداشتی درمانی

▪ چه کسانی نمی‌توانند از واکسن آنفلوآنزا استفاده کنند؟

ـ افرادی که به تخم مرغ حساسیت دارند

ـ بیماران تب‌دار

ـ کسانی که در موارد قبلی تزریق واکسن، حساسیت نشان داده‌اند

▪ نکاتی چند برای جلوگیری از انتقال بیماری

- پوشاندن دهان در زمان سرفه و عطسه

- استفاده از ماسک

- شست‌وشوی دست‌ها پس از سرفه، عطسه یا تماس آنها با بینی و دهان

- کاهش مسافرت‌های غیرضروری در هنگام همه‌گیری این بیماری

- رعایت بهداشت فردی

- اقامت در منزل و خودداری از تماس با دیگران در صورت ابتلا

- استراحت و نوشیدن مایعات به میزان کافی

- رعایت توصیه‌های پزشکی

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=286374

vista.ir
Online Classified Service

مراقب وبا باشیم

چندی پیش رئیس اداره مبارزه با بیماری‌های منتقله از آب و غذای وزارت بهداشت گفت: خشکسالی امسال، به علت دسترسی کمتر مردم روستاها و اتباع کشورهای همسایه به آب سالم، خطر بروز بیماری وبا را افزایش داده است. محسن زهرایی افزود: خشکسالی به عنوان یک مسئله جهانی، خطر بروز بیشتر و افزایش موارد ابتلا به بیماری‌های اسهالی از جمله وبا را افزایش داده است؛ این مسئله به ویژه در مناطق روستایی که دسترسی کمتری به آب آشامیدنی سالم دارند، مردم را به سمت استفاده بیشتر از آب‌های ناسالم مانند آب چاه، رودخانه و امثال آن هدایت می‌کند، به همین علت باید انتظار بروز موارد بیشتر این بیماری‌ها را داشته باشیم.

آنچه در پی می خوانید تذکراتی در باره این بیماری خطرناک است؛

● وبا چیست؟

وبا یک بیماری حاد اسهالی است که توسط میکروبی به نام ویبریولکرا ایجاد می‌شود. این میکروب از طریق خوردن آب آلوده پس از عبور از معده در روده تکثیر پیدا کرده و موجب ترشح سم (توکسین) و افزایش دفع آب واملاح از دیواره روده می‌شود که با علامت اسهال همراه است. بنابراین میکروب از طریق مدفوع انسان در محیط پخش می‌شود و آب و غذا را آلوده می‌کند و فرد مبتلا به دلیل اسهال آبکی که دارد بدنش با کم آبی شدید روبرو شده و از دست دادن آب و الکترولیت در این بیماران می‌تواند کشنده باشد که این بیماری در کودکان و افراد مسن شدیدتر بوده و با مرگ و میر بیشتری همراه خواهد بود.

● خصوصیات بیماری وبا

۱) میکروب وبا می‌تواند در مواد غذایی و آب (مخصوصا آب چشمه ، قنات ، رودخانه) به مدت طولانی زنده بماند.

۲) بیماری وبا نسبت به سرما مقاوم است. بنا براین یخ تهیه شده با آب آلوده می‌تواند سبب انتقال بیماری شود.

۳) دوره نهفتگی بیماری وبا معمولا یک تا سه روز است ولی می‌تواند از چندین ساعت تا پنج روز طول بکشد. علائم بیماری معمولا دو تا سه روز طول می‌کشد، اگر چه در بعضی از بیماران تا پنج روز نیز ممکن است ادامه یابد.

● راه انتقال بیماری وبا

راه انتقال وبا و آلودگی به آن از راه مدفوعی - دهانی است و انسان تنها منبع ذخیره برای عامل این بیماری یعنی میکروب ویبریولکرا می‌باشد. در واقع مصرف آب یا هر ماده خوراکی آلوده به مدفوع یا استفراغ بیماران باعث انتقال بیماری می‌شود و به طور کلی راه انتقال بیماری وبا به صورت مستقیم و غیر مستقیم است؛

۱) راه انتقال مستقیم

بیماری می‌تواند از طریق دست‌های آلوده به مدفوع، تماس با مدفوع و استفراغ بیماران و یا وسایل آلوده به مدفوع بیمار منتقل شود. سرایت بیماری از طریق فرد به فرد، نادر است. این حالت نیز وقتی ایجاد می‌شود که فرد بیمار یا ناقل پس از اجابت مزاج، دستهایش آلوده شده و با همان دست‌های آلوده با فرد دیگری دست بدهد و این شخص بدون شستشوی دست اقدام به خوردن غذا کند.

۲) راه انتقال غیر مستقیم

- مصرف اب و یا مایعات آلوده به مدفوع
- مصرف غذای آلوده به مدفوع
- یخ‌های آلوده که از آب غیر بهداشتی تهیه شده باشد
- حمام و یا شنا کردن یا شستشوی دست و صورت در آبهای آلوده
- شستشوی ظروف و وسایل آشپزخانه با آب آلوده
- مصرف سبزی آلوده مخصوصا کاهو که با آب آلوده شستشو و یا آبیاری شده باشند
- مصرف غذاهای دریایی ناپخته مثل ماهی و میگو
- حشراتی مانند سوسک ، مگس که تمایل زیاد به مدفوع انسان دارند می‌توانند سبب انتقال شوند. بنا براین غذا باید دور از دسترس این حشرات باشد.

● بیماری وبا چه علائمی دارد؟

- اسهال شدید، آبکی، پرحجم بدون دل پیچه و دل درد و بدون تب که دفعات اجابت مزاج در این بیماران زیاد می‌باشد. همچنین اسهال این افراد بوی ماهی و ظاهر شفاف داشته و به آن اسهال «آب برنجی» گفته می‌شود
- احساس پری و غرغر شکم
- استفراغ بدون حالت تهوع قبلی
- تشنگی فراوان
- گرفتگی و درد پاها و عضلات پشت ساق پا
- اگر بیماران به موقع درمان نشوند به علت از دست دادن مایعات بدن از طریق اسهال واستفراغ دچار کم آبی و حتی مرگ می‌شوند

● درمان بیماری وبا

در صورت بروز علائم و نشانه‌های بیماری از جمله اسهال حاد آبکی بدون انجام خود درمانی به سرعت بیمار را به مراکز بهداشتی درمانی انتقال دهید و قبل از مراجعه چنانچه بیمار قادر به نوشیدن است مایعات کافی ازجمله ORS به بیمار بدهید. برای تهیه محلول خوراکی ORS یک بسته آن را در یک لیتر آب جوشیده سرد شده حل کنید و به تدریج به بیمار بدهید. اگر بیمار استفراغ می‌کند بهتر است ده دقیقه صبر کنید و سپس جرعه جرعه محلول را به آن بخورانید و دقت داشته باشید که محلول ORS در کنار خوراندن مایعات اضافی مثل آب، دوغ و آب میوه و غذای اضافی مثل یک یا دو نوبت بیشتر از معمول در روز موثرتر واقع می‌شود.

● راههای پیشگیری از وبا

۱) جوشاندن یک دقیقه ای آبی که از سلامتش اطمینان ندارید

۲) شستشوی دست با آب و صابون قبل از غذا و بعد از اجابت مزاج

۳) خودداری از خرید هرگونه مواد غذایی و خوراکی از دستفروشان

۴) سبزیجات و میوه جات رابه روش زیر ضد عفونی کرده وسپس مصرف نمایید؛

۱) مرحله اول: (پاکسازی)

پاک کردن سبزی و شستشوی اولیه با آب سالم

۲) مرحله دوم: (انگل زدایی)

اضافه کردن سه الی پنج قطره مایع ظرفشویی به ازای هر لیتر آب مصرفی و نگهداری سبزیجات به مدت پنج دقیقه در آن

۳) مرحله سوم: (ضد عفونی)

برای ضد عفونی و از بین‌بردن میکروبها مقدار یک گرم (نصف قاشق چایخوری) پودر پرکلرین ۷۰% را در ظرف پنج لیتری آب ریخته، کاملا حل کنید. سپس سبزی و میوه انگل زدایی شده را به مدت ده الی پانزده دقیقه در محلول ضد عفونی کننده فوق‌الذکر قرار دهید تا میکروبهای آن کشته شوند

مرحله چهارم: (شستشوی مجدد)

سبزی ضدعفونی شده را مجددا با آب سالم بشویید تا باقی مانده کلر از آن جدا شود و سپس مصرف نمایید.

منبع : روزنامه رسالت

http://vista.ir/?view=article&id=331149

vista.ir
Online Classified Service

مراقبت از سرخجه و سندروم سرخجه مادرزادی

● سندرم سرخجه مادرزادی (CRS)

سرخجه یکی از علل شایع بیماریهای حاد تبدار بثوری می‌باشد. عفونت سرخجه در حاملگی می‌تواند منجر به سقط، مرده زایی و نوزاد مبتلا به عفونت سرخجه مادرزادی می‌گردد.

نشانه های بالینی بیماری سرخجه عبارتند از: نشانه های مقدماتی بیماری (بی‌اشتهایی، ضعف، سردرد و تب خفیف) ، بثورات جلدی، بزرگ شدن غدد لنفاوی (شایعترین علامت) و پرخونی خفیف ملتحمه.

در عفونت حاد سرخجه، Igm اختصاصی قابل تشخیص است.

Igm معمولاً در ۴ روز بعد از شروع بثورات جلدی ظاهر می‌شود. ۱۲-۴ هفته بالا باقی می‌ماند. Igm اختصاص سرخجه در حدود ۴ هفته بعد از شروع بثورات جلدی به اوج می‌رسد و عموماً برای تمام عمر باقی می‌ماند.

جنینی که با ویروس سرخجه عفونی شده باشد، ممکن است با سندرم سرخجه مادرزادی متولد شود. نوزادان با CRS ، ویروس سرخجه را برای مدتهای طولانی با اشک دفع می‌کند. برای تشخیص سرخجه مادرزادی در نوزاد می‌توان از شناسایی Igm اختصاصی در خون نوزاد (از بدو تولد تا ۵ ماهگی) استفاده کرد.

● گزارش موارد تستهای آزمایشگاهی

برای هر مورد مشکوک به CRS علاوه بر تنظیم لیست خطی و اعلام به سطوح بالاتر باید یک فرم بررسی اپیدمیولوژیک نیز تکمیل گردد. برای مراقبت، گرفتن ۱ نمونه خون به میزان ۱ میلی لیتر از هر نوزاد مشکوک به CRS بعد از تولد در اسرع وقت ، الزامی است . (تقریباً همه نوزادان متبلا به CRS نتیجه آزمایش Igm اختصاصی سرخجه آنها طی ۶ ماه اول زندگی مثبت و ۶۰% آنها طی ۶ ماهه دوم زندگی مثبت می‌شود.

● بررسی زن باردار مشکوک به سرخجه:

در زنان باردار مشکوک به سرخجه، باید نمونه خون از نظر Igm اختصاصی سرخجه بررسی شود. اگر نتیجه ازمایش نمونه خون از نظر Igm اختصاصی سرخجه مثبت بود بایستی بیمار از نظر انجام ویزیت بعدی پیش از تولد پیگیری مورد مشورت قرار گیرد، در صورتی که نمونه خون از نظر Igm اختصاصی سرخجه منفی باشد و اولین نمونه در عرض ۶ روز اول شروع بثورات جلدی تهیه شده باشد بایستی نمونه خون دوم تهیه شده و از نظر Igm آزمایش شود. بهر حال لازم است صرف نظر از Igm، سرم خون زن باردار مشکوک به سرخجه با روش Rubella IgG avidity assay بررسی شود.

- تعریف موارد:

موارد مشکوک CRS:

- تعریف اول: هر کودک کمتر از یکسال که کارمندان بهداشتی در او مشکوک به CRS شوند.
- تعریف دوم: هر کودک کمتر از یکسال دارای تاریخچه مادری مشکوک یا تأیید شده ابتلا به سرخجه در دوران حاملگی
- تعریف سوم: هر نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به کری و یا با یک یا چند علامت از علائم چشمی زیر: مردمک سفید (کاتاراکت)، کاهش دید، حرکات پاندولی چشم (نیستاگموس) ، لوچی، کره چشم کوچک (میکروفتالموس) ، قرنیه بزرگتر (گلوکوم مادرزادی)

- مورد تأیید شده بالینی CRS:

یک مورد تأیید شده بالینی، فردی است که توسط پزشک دوره دیده به ترتیب ذیل با ۲ عارضه از گروه الف و یا یک عارضه از گروه الف و یک عارضه از گروه ب گزارش شود.

گروه الف) کاتاراکت، گلوکوم و یا کاتاراکت همراه با گلوکوم، بیماری قلبی مادرزادی، نقص شنوایی، رتینوپاتی، پیگمانته

گروه ب) پورپورا، اسپلنومگالی، میکروسفالی، عقب ماندگی ذهنی، مننگوانسفالیت، بیماری استخوانی رادیولوسنت، زردی در ۲۴ ساعت اول تولد.

- مورد تأیید شده آزمایشگاهی CRS:

نوزادی که علائم بالینی CRS را دارد و Igm اختصاصی سرخجه در خون او شناسایی شده است.

- مورد تأیید شده آزمایشگاهی سرخجه:

مورد مشکوکی که تست خون مثبت از نظر Igm اختصاصی سرخجه را دارا می‌باشد.

منبع : وب سایت محمد انصاری پور

http://vista.ir/?view=article&id=295609

vista.ir
Online Classified Service

مشکلی به نام سلولیت

دست کم ۸۰ درصد از زنان معتقدند از مشکلی به نام سلولیت رنج می برند. یك پرس وجوی ساده از اطرافیان و آشنایان به راحتی این امر را ثابت می کند. حال اگر این تعداد از مردم گرفتار سلولیت هستند و همه نیز مایلند از شر آن خلاص شوند می توان نتیجه گرفت که از بین بردن سلولیت باید کار دشواری باشد. با این حال این کار به اندازه ای که به نظر می رسد

مشکل نیست.

سلولیت بافت چربی است که پراکندگی یکنواخت ندارد و بیشتر به صورت توده های ناهمگن چربی است که به آن ظاهری ناهموار می بخشد و اغلب آن را به سطح پوست پرتقال تشبیه می کنند سلولیت به تجمع در بخش های خاصی از بدن تمایل دارد مانند بالای ران ها، زانوها، بازوها و گاه دور شکم. با بالا رفتن سن درصد تجمع سلولیت در بدن نیز افزایش می یابد. دلیل عمده این امر نیز کمتر شدن تحرك بدن است به همین دلیل عضلات بدن کوچکتر شده و ذخیره چربی در آن افزایش می یابد. چنان چه ماهیچه های ما ضعیف تر و کوچك تر از آن باشند که فرم کلی بدن را تعیین کنند بافت چربی و سلولیت تجمع یافته در بدن نمایی ناموزون به ما می بخشد. یکی دیگر از علل کلیدی تجمع سلولیت در بدن نقشی است که استروژن هورمون زنانه در تشکیل سلولیت بازی می کند. سطح استروژن هر ماه در بدن زنان تغییر می کند. زمانی که سطح استروژن در بالاترین حد خود است، مانند دوران بارداری، بدن تمایل به نگهداری آب و جذب چربی دارد و این امر موجب انبساط بافت های میانی می شود.

در اواخر بارداری کاهش سطح هورمون ها باعث کاسته شدن از بافت های میانی و در نتیجه فراهم شدن شرایط برای تشکیل سلولیت می شوند. بعضی از دانشمندان معتقدند میزان آمادگی بدن برای تجمع سلولیت با ژن های وراثتی افراد مرتبط است. از این رو ما تاثیر زیادی بر این الگوهای از پیش تعیین شده وراثتی نخواهیم داشت اما از طرق متعددی می توانیم به بدتر شدن آن کمك کنیم. به عنوان مثال اضافه وزن، اشکال در گردش خون، کم تحرکی و ورزش نکردن، مصرف زیاد قند و چربی، حساسیت های غذایی، رژیم غذایی نامتعادل و خوردن غذاهای فرآوری شده می توانند موجب افزایش تجمع سلولیت در بدن شوند.

●روش های درمانی زیبایی

اما چگونه می توانیم این سلولیت های مزاحم را برای همیشه از میان ببریم متاسفانه باید گفت مصرف هیچ نوع کرمی موجب از بین رفتن سلولیت نمی شود. اگرچه بعضی کرم ها ممکن است با افزایش استحکام و کشش پوست در ظاهر موجب بهبود شده باشند اما هیچ تاثیری بر لایه های زیرین ندارند.

اما چگونه می توانیم این سلولیت های مزاحم را برای همیشه از میان ببریم متاسفانه باید گفت مصرف هیچ نوع کرمی موجب از بین رفتن سلولیت نمی شود. اگرچه بعضی کرم ها ممکن است با افزایش استحکام و کشش پوست در ظاهر موجب بهبود شده باشند اما هیچ تاثیری بر لایه های زیرین ندارند.لیپوساکشن می تواند به طور موقت موثر باشد. اما این اثر فقط در صورتی که با تغییر در رژیم غذایی و نحوه زندگی همراه باشد دوام می یابد. در غیر این صورت سلولیت دوباره ظاهر می شود و احتمالا این بار شدیدتر خواهد بود.اما تنها روشی که می تواند سلولیت را از میان ببرد رعایت یك رژیم غذایی سالم و ورزش کردن مداوم، دست کم سه بار در هفته است. نیازی نیست که تمام ساعات روز را در سالن های ورزشی بگذرانید بلکه فقط سه جلسه نیم ساعته در هفته کافی خواهد بود. به این ترتیب نه تنها از مشکل سلولیت رهایی می یابید بلکه سلامت عمومی شما نیز افزایش می یابد.

●تغذیه

برای یك تغذیه سالم باید بخش بزرگی از مواد غذایی مصرفی ما شامل میوه ها و سبزیجات به ویژه سبزی های برگ دار، غذاهای پرفیبر و غلات و حبوبات، ماهی تازه، مقدار مناسبی دانه های روغنی و میزان کافی از انواع سالم تر چربی ها باشند. به علاوه حدود ۱۰ لیوان آب و مایعات در روز. این مایعات باید شامل چای و آب و نه نوشیدنی های حاوی شکر باشند.برای جلوگیری از تجمع سلولیت در بدن بهتر است از خوردن برخی غذاها پرهیز کنیم مانند غذاهای حاضری بیرون، نوشابه های رژیمی، نوشیدنی های کافئین دار، غذاهای فرآوری شده مانند نان سفید، کیك ها و بیسکویت ها خوراکی های شور و چربی های اشباع شده.

●پرورش ماهیچه ها

پرورش ماهیچه ها برای افزایش سلامت عمومی بدن امری ضروری است، به ویژه در بخش هایی از بدن که ماهیچه ها باریك بوده و مستعد تجمع سلولیت است. معمولا به ازای هر دهه از عمر، افراد حدود دو تا سه کیلوگرم از وزن ماهیچه هایشان را از دست می دهند و در حدود شش تا هفت کیلوگرم بر ذخیره چربی بدنشان افزوده می شود. بر مبنای تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته انجام حرکات ورزشی، سه روز در هفته

و رعایت يك رژيم غذايی سالم در طول هشت هفته می تواند به نحو چشمگيری ذخاير سلوليت بدن را كاهش دهد.پس اگر مصمم هستيد برای همیشه از مشكل سلوليت نجات يابيد از همين امروز شروع كنيد. اگر به ورزش كردن عادت نداريد ابتدا با پزشكتان مشورت كنيد، سپس يك برنامه ورزشی مستمر و منظم ترتيب دهيد و تغذيه خود را به يك رژيم غذايی سالم و عادی از خوراكی های مضر و تنقلات شور و شيرين محدود كنيد. در شروع يك عكس تمام قد از خود تهيه كنيد و پس از هشت هفته عكس جديدی بگيريد. آنها را با هم مقايسه كنيد يقينا از نتيجه مسرور خواهيد شد.

منبع : روزنامه شرق

http://vista.ir/?view=article&id=231344

vista.ir
Online Classified Service

منتژیت

منتژیت به دو صورت باکتریایی و ویروسی وجود دارد که از نظر دشواری ، تفاوت بسیاری با هم دارند . منتژیت باکتریایی ، به طور معمول خطرناک تر از نوع ویروسی آن است و در موارد بسیار باعث بروز مشکلات ثانویه در مغز و سیستم عصبی می شود. خوشبختانه وقوع هیچ یک از گونه های این بیماری رایج نیست . اگر چه امکان گرفتار شدن به منتژیت درهر سنی وجود دارد ، اما بیشتر در کودکان زیر پنج سال دیده می شود.

کودکان زیر دو سال نسبت به بیماری بسیار حساس بوده و شدیدترین شکل بیماری را ظاهر می سازند . اگر تشخیص و درمان بیماری در نخستین مراحل آن صورت گیرد ، حدود نود درصد از کودکان بهبود می یابند و تعداد اندکی دچار ضایعات دائمی در سیستم عصبی ، مانند از دست دادن شنوایی می شوند. هنگام شیوع منتژیت باکتریایی بیشتر در فصل زمستان و منتژیت ویروسی در اواخر تابستان و اوایل پاییز است .

● علتهای بیماری

باکتری های زیادی می توانند عامل بیماری باشند ، اما باکتری هایی که بیشتر باعث ابتلای کودکان به منتژیت می شوند ، شامل منتگوکوکوس ، آنفلوآنزاتیپ ب یا پنوموکوکوس هستند . گونه های متفاوتی از ویروس ها ، از جمله انتروویروس ها ، می توانند موجب این بیماری شوند . منتژیت ویروسی به طور معمول خفیف بوده و کودکان پس از مدتی کوتاه ، به طور کامل بهبود می یابند. منتژیت باکتریایی از طریق افراد بیمار و یا حامل باکتری (در حلق و بینی) منتشر می شود . عامل بیماری از طریق سرفه و عطسه توسط شخص بیمار در هوا منتشر شده و تا ساعت ها معلق می ماند . تنفس هوای آلوده موجب انتقال بیماری می شود . باکتری ابتدا در حلق و بینی تکثیر می گردد و سپس وارد خون می شود و آن گاه وارد مغز و نخاع شده و این نواحی را عفونی می سازد.

بیشتر نوزادان به دلیل این که حامل پادتن های مادری هستند ، تا سه ماهگی به منتژیت مبتلا نمی شوند . ۲۵ درصد از این کودکان برای هفته ها یا ماه ها ، باکتری عامل بیماری را بدون این که دچار بیماری شوند ، در حلق و بینی خود حمل می کنند .

این حاملان سالم ،پادتن هایی ایجاد می کنند که موجب مصونیت دائمی آنها در مقابل بیماری می شود . حاملان سالم می توانند عامل بیماریزا را به افراد حساس منتقل نموده و آنها را گرفتار سازند. اشخاصی که در اثر باکتری های عامل مننژیت به نوع خفیف عفونت مجاری فوقانی تنفسی مبتلا میشوند ، می توانند عامل بیماری را به دیگران منتقل کنند . جابجایی عامل بیماری از این طریق ، گاه باعث مننژیت می شود ولی در بیشتر موارد ، مجاری فوقانی تنفسی را گرفتار عفونت می کند . در هر دو صورت پادتن ضد بیماری در بدن شخص تشکیل شده و موجب مصونیت دائمی در برابر باکتری بیماریزا می گردد.

گاهی اوقات عفونت سینوس ها ، گوش میانی و عفونت های ناشی از آسیب سر ، موجب ایجاد مننژیت می شوند. مننژیت باکتریایی از هنگام آغاز علائم تا ۲۴ ساعت پس از آنتی بیوتیک درمانی ، واگیردار است. مننژیت ویروسی نیز به وسیله افراد بیمار یا حامل ویروس منتقل می شود ولی واگیرداربودن آن کمتر از مننژیت باکتریایی است . این ویروس که به طور معمول موجب عفونت دستگاه گوارش می شود ، از طریق دهان وارد بدن شده و ممکن است تا چندین هفته پس از بهبود بیمار ، در روده او باقی بماند . هیچ آنتی بیوتیکی برای درمان مننژیت ویروسی مؤثر نیست . ویروس موجود در دستگاه گوارش ، از طریق جریان خون وارد مغز می شود اما به طور معمول ،ضایعاتی در مغز ایجاد نمی کند .

- علائم تشخیص بالینی بیماری

▪ نشانه‌های مننژیت باکتریایی

سرفه و آبریزش از بینی ، پس از دوره کمون و دو تا چهار روزه ظاهر می شود ، اما گاهی اوقات شروع بیماری بسیار سریع بوده و به سرعت گسترش می یابد و در مدت چند ساعت به گیجی و اغما منجر می شود.

کودک بیمار غالباً از سردرد شدید ، همراه با حالت تهوع و تب شکایت می کند . ممکن است گردن سفت و شخص بی قرار و خواب آلود شود . در این حالت ،استفراغ حالت جهنده دارد . چنانچه خواب آلودگی عمیق تر شود و تب افزایش یابد ، باید هر چه زودتر به بخش فوریتهای پزشکی مراجعه کرد .

نشانه های بیماری در نوزادان با کودکان تفاوت دارد . نوزاد مبتلا به مننژیت ، بی قرار بوده و گریه های طولانی دارد ،ضمن آنکه اشتهایش را از دست می دهد و گرفتار تب شدید می شود . چنین حالتی ، ممکن است با حمله ناگهانی و خواب آلودگی شدید همراه باشد .

برای پیشگیری از عوارض ثانویه مننژیت مانند ناشنوایی ، ضایعات مغزی و مرگ ، باید هر چه سریعتر بیماری تشخیص داده شود و نسبت به درمان آن در بیمارستان اقدام گردد . آزمایش مایع نخاع برای تشخیص بیماری بسیار ضروری است .

▪ نشانه های مننژیت ویروسی

نشانه های بیماری پس از گذراندن دوره کمون (یک تا پنج روز) می تواند به طور ناگهانی و یا به تدریج پدیدار شود . این نشانه ها شامل سردرد ، تب ، استفراغ و دل پیچه است که یک یا دو روز بعد با خشکی و سفتی گردن همراه می گردد ، گاهی اوقات نیز جوش هایی در سطح بدن ظاهر می شود . کودکان مبتلا اغلب در بیمارستان بستری می شوند اما بدون آنکه آنتی بیوتیک مصرف کنند ، پس از چند روز به طور کامل بهبود می یابند .

- پیشگیری

▪ تماس نزدیک به چه معنی است؟

بسیاری از والدین با این پرسش رو به رو هستند که آیا می توانند برای پیشگیری از مبتلا شدن و انتقال بیماری به فرزندشان که دوستی مبتلا به مننژیت دارد، از آنتی بیوتیک استفاده کنند؟ به این پرسش نمی توان به طور قاطع پاسخ گفت. در صورت وجود چنین شرایط زیر می توان گفت که کودک در تماس نزدیک با شخص بیمار قرار دارد:

ـ همخانواده و یا همخانه بودن

ـ همکلاس بودن

ـ نشستن یا ایستادن در کنار فرد بیمار حداقل به مدت یک ساعت

ـ استفاده مشترک از سیگار ، آب و غذا

ـ بوسیدن یا کشتی گرفتن با شخص بیمار

- نقش والدین در پیشگیری از بیماری

در صورت مشاهده علائم مننژیت ، کودک را هرچه زوتر برای معاینه نزد متخصص کودکان و یا به بخش فوریت های پزشکی ببرید.

چنانچه نوزاد شما ناگهان دچار تب و استفراغ شد و برای مدتی طولانی گریه و بی قراری کرد ، او را برای معاینه به نزد پزشک ببرید.

در صورت مشاهده تب همراه با تشنج ، در کوتاهترین زمان ممکن نوزاد را به بخش فوریت های پزشکی یا پزشک متخصص برسانید.

با تزریق واکسن آنفلوآنزا ، به نوزاد خود مصونیت ببخشید.

در صورتی که کودک شما دارای تماس نزدیک با شخص بیمار بود ، هر چه زوتر به پزشک مراجعه کنید تا در مورد ضرورت تجویز آنتی بیوتیک تصمیم بگیرد.

- اقدامات پزشکی

تجویز آنتی بیوتیک به عنوان اقدام پیشگیری کننده برای مدتی کوتاه ، در صورتی که کودک در تماس نزدیک با شخص بیمار باشد.

تأخیر در استفاده از روش کشت ترشحات حلق برای تشخیص قطعی بیماری . مثبت بودن کشت ترشحات گلو ، نشان دهنده این است که شخص حامل مننژیت است ولی ممکن است بیمار نباشد . بنابراین روش یاد شده نباید به عنوان نخستین روش تشخیص بیماری مورد استفاده قرار گیرد.

بستری کردن کودک مبتلا به مننژیت ، آزمایش مایع نخاع در بیمارستان طی کوتاه ترین مدت ، انجام کشت خون و ترشحات حلق و بینی.

تجویز آنتی بیوتیک وریدی در صورتی که آزمایش مایع نخاع نشان دهنده میزان غیرطبیعی گویچه‌های سفید خون باشد.

منبع : پارسی طب

http://vista.ir/?view=article&id=307617

vista.ir
Online Classified Service

منونوکلئوز عفونی

M.I یک بیماری حاد ویروسی با تب، گلودرد، تورم غدد شناخته می‌شود و معمولاً توسط Epstein Barr ویروس (E.B.V) ایجاد می‌شود اما توسط ویروس Cytomegalo هم ممکن است بروز کند(GMV). این دو ویروس اعضای خانواده هرپس هستند.EBV بیشتر از طریق بزاق انتقال داده می‌شود و از آنجا که این بیماری از راه بوسیدن گسترده می‌شود به بیماری بوسه ملقب شده است. ما پزشکان باید مردم را آگاه کنیم که این بوسیدن‌ها فقط در سرایت بیماری‌ها نقش دارند و باید به کلی ممنوع شوند. این عفونت که گاهی MONO هم نامیده می‌شود از طریق قطرات کوچک عفونی پراکنده در هوا انتقال پیدا می‌کندکه با سرفه و عطسه میسر می‌شود. در موارد نادر از راه ترانسفوزیون خون سرایت می‌کند.

این عفونت در هر سنی ظاهرمی‌شود، اما بیشتر اوقات جوان‌ها را بین سن‌های ۱۵ تا ۲۵ آلوده می‌کند. ۲۰ در هزار جوان در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی ممکن است عفونی شوند. اگر چه این بیماری معمولاً جدی نیست اما ویروس برای تمام عمر در بدن باقی می‌ماند. بیشتر مردم در برابرش آنتی‌بادی می‌سازند و ایمن می‌شوند.

• نشانه‌ها:

غالباً علامتی در بچه‌های کمتراز ۲ سال دیده نمی‌شود. بچه‌های بین ۴، ۱۵ سال ممکن است مختصر نشانه‌ی ریوی داشته باشند. در نوجوان‌های بزرگتر و جوان‌ها نشانه‌های شدیدتر و طولانی‌تر پیش می‌آید که بعد از ۴ تا ۶ هفته بعد از تماس خواهد بود که عبارتند از: تب، سردرد، عرق شبانه، دردهای عضلانی و خستگی شدیدی که لازم می‌شود ۱۶ تا ۲۴ ساعت بستری می‌شود. بعد از چند روز نشانه‌های دیگری ممکن است اضافه شوند: گلودرد، لوزتین متورم، بی‌اشتهایی و کم شدن وزن، درد مفاصل، شکم درد، لرز، تورم غدد در گردن و زیر بغل، جوش‌های قرمز رنگ که معمولاً در سینه ظاهر می‌شوند. علائم با شیوع کمتر عبارتند از: مشکل نفس کشیدن، تهوع، استفراغ، زرد شدن پوست و زردی قسمت سفید چشم، بی‌نظمی ضربان قلب و حساسیت به نور و در طی ده روز از شدت بیشترنشانه‌ها کاسته می‌شود ولی ممکن است تا ۴ هفته دوام داشته باشند. خستگی مخصوصاً ممکن است طولانی شود و مبتلایان به عفونت مونوکلئوزیس مدت ۲ تا ۳ هفته وقت لازم داشته باشند تا به زندگی منظم خود برگردند و تا ۳ ماه طول بکشد تا انرژی نرمال خود را دوباره پیدا کنند و خوب بشوند.

شخصی که بیماری M.I دارد باید از فعالیت شدید خسته کننده اجتناب کند و مخصوصاً از ورزش‌های درگیری دار از جمله کشتی و کاراته برای حداقل ۴ هفته دور باشد تا از خطر پارگی طحال جلوگیری شود و ضمناً در طول این مدت خوردن نوشابه‌های الکلی و بلند کردن بار سنگین ممنوع است.

افرادی که سیستم ایمنی آنها لطمه دیده است، براثر ابتلا به ایدز یا خوردن بعضی داروها بعد از انجام دادن تعویض عضو (ترانسپلانت) ممکن است نشانه‌های شدیدتری داشته باشند وبیماری شدیدی از M.I را تجربه کنند.

• تشخیص و درمان:

سوابق بالینی و معاینات فیزیکی، به علاوه احتمال در معرض mono قرارداشتن، ممکن است ما را به شک اولیه این بیماری راهنمایی کند. تب، قرمزی گلو با لوزه‌های متورم و پوشیده از چرک، تورم غدد گردن، راش روی سینه و یک طحال بزرگ شده از علائم این بیماری هستند. برای تأیید تشخیص، آزمایش خون برای پیدا کردن گلبول‌های سفید غیر طبیعی واندازه‌گیری میزان گلبول‌های سفید و پلاکت‌ها و آنتی‌بادی علیه CMV, EBV معمولاً انجام می‌شود تا تشخیص M.I مسلم شود.

یک داروی آنتی‌ویرال اختصاصی برای درمان بیماری M.I نمی‌شناسیم ولی اگر لوزتین شدیداً متورم هستند، درمان با کورتیکواستروئید از قبیل پردنیزولون را می‌توان تجویز کرد و اگر عفونت استرپتوکوکال به همراه گلودرد وجود دارد آنتی‌بیوتیک می‌دهیم. استراحت در بسترگران‌ترین دارویی است که در ایران می‌توانیم به مریض‌ها پیشنهاد کنیم اما خوردن مایعات به مقدار زیاد توصیه می‌شود از قبیل آب و آب میوه تا تب پایین بیاید و از دهیدریشن جلوگیری شود. اگر مریض دردش زیاد است ایبوپروفن یا استامینوفن ضد تب و درد خوبی هستند. بچه‌های زیر ۱۸ سال نباید آسپیرین بخورند زیرا ممکن است خطر سندرم Reye پیش بیاید (آنسفالوپاتی همراه تب، استفراغ و...) گلودرد خفیف را می‌توان با غرغره کردن آب نمک، نوشیدن مایعات سرد، خوردن دسرهای یخ زده بهتر کرد.

• خطرها و عوارض:

بیشتر مریض‌ها در عرض ۳ هفته بهبودی کامل می‌یابند اما کومپلیکاسیون‌های متعددی از M.I وجود دارند از جمله نوعی هپاتیت. یک خطر مسلم و قابل توجه برای طحال وجود دارد، ارگانی که در مجاورت معده قرار دارد که گلبول‌های سفید برای جنگیدن با عفونت تولید می‌کند. طحال ممکن است نرم و بزرگ شود و در موارد نادری پاره شود و تولید درد ناگهانی و شدید در قسمت فوقانی چپ شکم به وجود آورد و احتمالاً خونروی داخلی بدهد که بالقوه کشنده است و باید طحال برداری شود.

علامت خطر دیگر که ممکن است هشداری بر یک عارضه باشد تنفس مشکل و صدادار است، مخصوصاً در نوجوانان، خطر دیگر تورم در گلو و لوزه‌هاست که شاید باعث بسته شدن راه هوایی شود. تجویز کورتیکواستروئید ممکن است شرایط را بهتر کند اما بستری شدن در بیمارستان و جراحی گاهی ضرورت پیدامی‌کند.

در سینوس‌ها وگوش و نشانه‌هایی که برای بیشتر از ۴ هفته دوام دارند نیزاندیکاسیون‌های جدی‌تر و شرایطی که توجهات بیشتر پزشکی را لازم دارند، هستند.

عوارضی که در CNS پیش می‌آیند اگرچه غیر متعارف هستند ولی جدی باید گرفته شوند و این‌ها شامل آنسفالیت‌ها، تشنج‌ها، سندرم Guillain, Baerre (پلی نوریت با علت ناشناخته با ویژگی ضعف عضلانی و پارالیزی)، ضایعات عصبی و مننژیت‌های آسپتیک، هستند.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

http://vista.ir/?view=article&id=357820

vista.ir
Online Classified Service

موج به موج با زخم بستر

زخم‌های ناشی از فشار وزن بدن را می‌توان زخم‌های موقعیتی نامید. به عبارت دیگر زخم‌هایی که به علت وضع خاص قرار گرفتن بدن به مدت طولانی ایجاد می‌شوند، زخم بستر گفته می‌شود.

هر چند مفهوم مورد نظر بسیار کلی‌تر است و تنها شامل بیماران بستری نیست و طیف وسیع‌تری را در بر می‌گیرد.

به طور کلی می‌توان گفت که عارضه زخم بستر بر اثر فشار نا متناسب و توزیع نشده ناشی از وزن بدن بر روی بافت‌هایی ایجاد می شود که با یک سطح فیزیکی (تخت بیمار ویلچر.....) تماس طولانی داشته باشد که نتیجه آن آسیب شدید به بافت‌های زیر پوست و پوست است.

امروزه این عارضه سلامتی بسیاری از بیماران را تهدید کرده و از مشکلات جدی بیماران است.

آمارها نشان می‌دهد سالیانه ۶۰هزار نفر در ایالات متحده جان خود را در اثر این عارضه از دست می‌دهند. ۱۴-۴ درصد بیماران بستری در بیمارستان در معرض ایجاد یا گسترش زخم‌های بستر هستند.

این عارضه معمولا در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و در اثر مراقبت‌های ضعیف پرستاری به وجود می‌آید ولی عامل عمده‌تر در ایجاد و گسترش این عارضه در مراقبت‌های خانگی از بیمار و به ویژه در بیماران سالمند است.

رگ‌های نازک خونی که مواد غذایی و اکسیژن را به پوست می‌رسانند در اثر فشار نامتناسب و توزیع نشده ناشی از وزن بدن مسدود شده و کارایی خود را از دست می‌دهند. زمانی که مواد غذایی و اکسیژن در مدت طولانی به پوست و بافت‌های زیر پوستی نرسد مردگی بافت اتفاق می‌افتد و زخم بستر شکل می‌گیرد.

نتیجه آزمایشاتی که بر روی حیوانات انجام شده نشان می‌دهد با اعمال کردن فشاری معادل ۶۰ میلی‌متر جیوه بر روی پوست به مدت یک ساعت عوارضی قابل شناسایی مانند لخته شدن خون سیاهرگی و بافت مردگی ظاهر می‌شود.

در انسان هنگام خوابیدن روی تخت فشاری معادل ۷۰-۶۰ میلی‌متر جیوه بر برخی اعضای بدن مانند: لگن(sacrum) پشت سر(occiput) پاشنه پا(hell).....وارد می‌شود. معادل همین فشار هنگام نشستن بر روی صندلی یا ویلچر در ناحیه برجستگی لگن (ishia) وارد می‌شود.

زمانی که پوست و بافت‌های زیر آن بین وزن بدن و سطح بستر یا ویلچر تحت فشار قرار می‌گیرند کم خونی موضعی ایجاد می‌شود که نتیجه آن ایجاد وقفه در تغذیه مویرگی و جلوگیری از دفع مواد حاصل از سوخت و ساز سلول است که هر کدام می‌تواند باعث آسیب دیدگی شدید سلولی شود و اگر این روند ادامه پیدا کند احتمال مرگ سلول افزایش پیدا می‌کند.

افراد سالم در هنگام خوابیدن یا نشستن مرتبا جابه‌جا می‌شوند، در نتیجه وزن بدن را در نقاط مختلف بدن تقسیم می‌کنند. قرار گرفتن در یک موقعیت خاص به مدت طولانی به علت افزایش فشار باعث ایجاد درد در ناحیه می‌شود بنابراین فرد بدن خود را حرکت داده سطوح تماس را تغییر

می‌دهد و بدینوسیله فشار ناشی از وزن بدن خود را در نقاط مختلف توزیع می‌کند.

بیماران به دلیل عدم احساس درد در موضع تماس یا به دلیل محدودیت حرکتی قادر به تغییر موقعیت خود نبوده که این امر باعث طولانی شدن اعمال فشار به بافت‌های محل تماس شده و سرانجام سبب مردگی بافت می‌شود.

ناحیه‌ای از بدن که دچار بافت مردگی شده معمولا خیلی گسترده‌تر و عمیق‌تر از آن است که در روی پوست دیده می‌شود به عبارت دیگر شدت عارضه در بافت‌های زیر پوست خیلی بیشتر از روی پوست است. زیرا حساسیت بافت‌های ماهیچه‌ای فوق‌العاده بیشتر از سطوح بیرونی پوست است.

البته عوامل دیگری نیز در ایجاد زخم بستر دخالت دارند به عنوان مثال هنگامی که فرد روی تخت یا ویلچر قرار می‌گیرد رگ‌های خونی ممکن است کشیده یا خمیده شده و باعث ایجاد فشار و در نهایت زخم می‌شوند. حتی مقدار کمی ساییدگی یا مالش در سطح پوست می‌تواند منجر به ایجاد زخم‌های کوچک شود.

- محل‌های شکل گیری زخم بستر

زخم بستر معمولا در جایی شکل می‌گیرد که استخوان نیروی زیادی به پوست و بافت‌های زیر پوستی وارد کرده و آنها را بین سطوح دیگر مانند سایر قسمت‌های بدن یا سطح تخت و صندلی محبوس می‌کند.

افرادی که به هر دلیل مجبور هستند مدتی طولانی را روی تخت بگذرانند به سادگی در معرض ایجاد و گسترش زخم بستر در نواحی دارای برجستگی استخوانی مانند لگن(sacrum) ، پشت سر (occiput) ، پشت گوش، زانو، پاشنه پا، دنده‌ها و آرنج هستند. این عارضه برای افرادی که همین وضعیت را در روی ویلچر دارند بیشتر در نواحی زانو، قوزک پا، شانه ها، پشت سر و ستون فقرات اتفاق می‌افتد.

در این نواحی لایه چربی که معمولا به عنوان بالشتک برای رگ‌های خونی عمل می‌کند وجود ندارد، در نتیجه هنگامی که رگ‌های خونی تحت فشار ناشی از وزن بدن قرار می گیرند میزان اکسیژن بافتی به شدت کاهش می‌یابد، پوست دچار مردگی شده، بافت‌ها از ناحیه زیر پوست تخریب می‌شوند و زخم بستر به وجود می‌آید.

این عارضه در نقاطی مانند ناحیه زیر شکم (perineum) که معمولا خیس بوده و معمولاً تمیز نمی‌شوند نیز به وجود می‌آید، بنابراین تمیز کردن و خشک نگه داشتن بدن بیمارانی که قادر به نگهداری ادرار و مدفوع خود نیستند در کاهش احتمال ایجاد و گسترش زخم بستر نقش عمده‌ای ایفا می‌کند.

دستگاه عصبی افراد سالم هنگام ایجاد فشار در یک ناحیه خاص پیام‌هایی مبنی بر لزوم جابه‌جایی موقعیت بدن صادر کرده و باعث تقسیم فشار وارده بر نواحی مختلف می‌شود ولی بیماران بستری در تخت که قادر به حرکت نیستند ممکن است حتی بعد از دو ساعت دچار عارضه زخم بستر شوند که این زمان برای افرادی که از ویلچر استفاده می‌کنند و قادر به حرکت نیستند به مراتب کمتر است.

- عوامل موثر در ایجاد و گسترش زخم بستر

۱) محدود بودن به تخت یا ویلچر

۲) عدم توانایی حرکتی

۳) عدم توانای کنترل ادرار و مدفوع

۴) تغذیه نامناسب و ناکافی

۵) کمبود هوشیاری ذهنی بیمار

- مراحل ایجاد زخم بستر

زخم‌های بستر را می‌توان به دو دسته سطحی و عمیق تقسیم کرد:

زخم‌های عمیق در بافت‌های زیر پوست گسترش می‌یابند بافت مردگی بیشتر در زیر پوست اتفاق می‌افتد تا روی پوست. این گونه زخم‌ها را می‌توان به تاول‌هایی تعبیر کرد که حتی پس از بهبودی اثر خود را به جای گذاشته و قبل از آنکه دیده شوند یا علامتی از خود بروز دهند به مقدار قابل ملاحظه ای گسترش یافته باشند.

علامت معمول زخم بستر ایجاد توده سخت ارغوانی یا بی‌رنگ در زیر پوست است و میزان آسیب دیدگی معمولا خیلی شدید تر از آن است که در روی پوست قابل شناسایی و دیدن است.

زخم‌های سطحی خود به چهار مرحله تقسیم بندی می‌شوند که در هر مرحله ناحیه ای از پوست در گیر می‌شوند. شناختن هر مرحله جهت درمان مناسب، مفید است.

▪ مرحله اول

در این مرحله فقط اپیدرم درگیر می‌شود. علامت مشخصه آن قرمز شدن سطح پوست و آسیب سطحی پوست است اگر فشار از بین برود بهبودی به دست می‌آید.

▪ مرحله دوم

در این مرحله اپیدرم از بین می‌رود میزان آسیب دیدگی پوست به محل اتصال درمیس و بافت زیر پوستی محدود می‌گردد. در محل زخم لبه‌های غیر عادی شکل گرفته و همراه با لایه چربی زیر آن ورم کرده و دردناک می‌شوند. احتمال عفونت در این مرحله وجود دارد. در صورتی که عامل فشار از بین برود هفته‌ها طول می‌کشد تا زخم التیام یابد .

▪ مرحله سوم

آسیب‌دیدگی تا عمق لایه بین استخوان و عضله (fascia)گسترش می‌یابد. بافت زیر پوستی کاملا درگیر می‌شود. محل زخم‌ها دردناک نیستند. احتمال تراوش مایع بد بو و نیز عفونت وجود دارد. در صورت از بین رفتن عامل فشار به ماه‌ها وقت برای التیام زخم نیاز است.

▪ مرحله چهارم

آسیب دیدگی ناحیه fasciaگسترش می‌یابد تا حدی که تاندون‌ها، ماهیچه‌ها، استخوان‌ها و مفاصل را درگیر می‌کند در این مرحله احتمال عفونت نیز وجود دارد. زخم ممکن است در سطح پوست کوچک به نظر برسد ولی در زیر پوست گسترش زیادی یافته باشد. مایعی بد بو از محل زخم تراوش می‌کند و در صورت از بین رفتن عامل فشار ممکن است بعد از ماه‌ها یا شاید سال‌ها زخم بهبود پیدا کند.

یکی از راه‌های پیشگیری از ایجاد یا گسترش زخم بستر استفاده از تشک‌های مواج است. تشک‌های مواج با استفاده از سلول‌های محتوی هوا بالشتکی مناسب جهت نواحی تماس ایجاد کرده و باعث توزیع فشار در آن نواحی می‌شوند.

تشک‌های مواج جهت استفاده در بیمارانی با در صد ریسک‌های Low, Medium ,High ,Very high طراحی می‌شوند. بدیهی است قبل از تهیه هر گونه تشک مواج می‌بایست درجه ریسک بیماران استفاده کننده از آن را مشخص کرد.

با استفاده از جداول ارائه شده و محاسبه نمرات هر بیمار می‌توان درجه ریسک را مشخص کرده و تشک مواج متناسب با آن تهیه کرد.

منبع : مجله مهندسی پزشکی و تجهیزات آزمایشگاهی

http://vista.ir/?view=article&id=307222

vista.ir
Online Classified Service

مهجورترین بیماری جهان

جذام از قدیمی‌ترین بیماری‌های مزمن شناخته شده در سطح جهان است که به گفته محققان و کارشناسان پزشکی مختص انسان است.

طبق تحقیقات گسترده‌یی که در سرتاسر جهان انجام شده عامل اصلی این بیماری یک باکتری اسیه فاست میله‌یی شکل به نام مایکوباکتریوم لپرومی اعلام شده که بیشترین تاثیرات سوء خود را روی پوست، اعصاب

محیطی، مخاط دستگاه‌های تنفس فوقانی و چشم می گذارد.

این بیماری عفونی به صورت مستقیم از انسانی به انسان دیگر سرایت می‌کند اما از آنجایی که انتقال این باکتری نیازمند تماس طولانی مدت فرد با شخص مبتلا است تعداد آماری مبتلایان در سطح پایین قرار دارد. جذام پیامدهای ناخوشایند پزشکی، اجتماعی و اقتصادی زیادی برای مبتلایان به دنبال دارد که بعد اجتماعی آن از دیگر موارد مذکور از اهمیت بالایی برخوردار است.

فقر از مهمترین عوامل ابتلا به جذام است بطوری‌که سیستم ایمنی بدن را بشدت کاهش داده و بدن مستعد ابتلا به این بیماری می‌شود. اگرچه فقر ویتامین‌ها و مواد معدنی مورد نیاز بدن مقدمه ابتلا به جذام است اما فقر فرهنگی مثل عدم رعایت بهداشت از دلایل بارز ایجاد این مرض در فرد به شمار می‌آید.

گفتنی است آنچه موجب ترس و وحشت مردم می‌شود خود میکروب جذام نیست بلکه عوارض و دگرگونی‌های حاصل در اعصاب چشم، دست‌ها و پاها هراسی را در میان اطرافیان ایجاد می‌کند، از اینرو مردم عادی سعی دارند تا حد امکان از برقراری ارتباط با این قشر محدود جامعه جلوگیری کنند. به همین دلیل بطور قطع می‌توان گفت جذامیان در میان کشورها و ملت‌های جهان مظلوم بوده و از حضور در میان اقشار مختلف طرد می‌شوند.

ریختگی‌های اندام‌های مختلف، قدرت کار و فعالیت جذامیان را از بین برده و آنها را عاجز و زمینگیر می‌کند. البته این گونه از گرفتاری‌ها در روزگاران پیشین که داروی موثری علیه این بیماری وجود نداشت، بیشتر مشهود بود.

اگرچه به دلیل شباهت این میکروب با باسیل سل ویژگی‌ها و علایم خاص جذام تا چندین سال بطور ناشناخته باقی ماند اما سرانجام به این نتیجه رسیدند که عامل جذام فقط برای انسان بیماری‌زا است از این رو هنوز گزارش مستدلی از ابتلای حیوانات به این بیماری وجود ندارد.

دوره نهفتگی این بیماری از چندماه تا چندین سال متغیر است بطوری‌که این تغییر به ۴۰ سال نیز می‌رسد. باید بدانید سیر بیماری مزمن بوده و شروع آن بسیار آرام صورت می‌گیرد. گفتنی است شیر مادران جذامی نیز حاوی مقدار زیادی باکتری است که می‌تواند بیماری را براحتی از مادر به فرزند منتقل کند.

نکته بسیار جالب توجه درخصوص عامل بیماری جذام این است که مایکوباکتریوم لپره اصولا عفونت‌زایی چندان بالایی ندارد بطوری‌که در مناطق آلوده بیشتر مبتلایان علایم بالینی مشخصی ندارند و حتی برخی از آنها به یک ضایعه موضعی مبتلا می‌شوند که خود به خود بهبود می‌یابد. این مساله خود دلیل آشکاری براین اصل است که تنها گروهی از افراد به این بیماری مبتلا می‌شوند که از ضعف یا اختلال در سیستم ایمنی رنج می‌برند.

اگر درمان جذام به درستی انجام نشود کانون‌های بیمار جذام، زخم‌ها و درگیری اعصاب چهره و اندام بیماری را بدشکل می‌کند.

پیش از اینکه داروهای درمانی این بیماری کشف شود مردم از روغن شولمرگرا برای درمان آن استفاده می‌کردند که اکنون جایگاهی در میان داروهای درمانی ندارد. در عوض از انواع داروهای سولفون‌ها در کنار آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان مبتلایان استفاده می‌کنند. علاوه براین در برخی موارد جراحی، فیزیوتراپی و ورزش نیز برای درمان و بازگشت عملکرد اندام‌های ضروری بسیار مناسب است.

بطور کلی بدون توجه به داروهای مصرفی برای درمان بیماران جذام سه مرحله درمانی وجود دارد که با توجه به توان بدنی آنها و نوع داروهای مصرفی از ۵ تا ۱۰ سال متفاوت است.

براساس گزارش‌های موجود کانون اصلی جذام در مرکز و شمال آفریقا بوده که در قرون وسطی طی جنگ‌های صلیبی به آسیا و اروپا نیز منتقل شده است. قرن سیزدهم میلادی نطقه اوج کشتار این بیماری بود، در قرن ۱۴ و ۱۵ نیز از اروپا به نیمکره شرقی رسید اما در قرن شانزدهم جذام به کل از فهرست بیماری‌های مزمن اروپای مرکزی حذف شد. با این وجود در حال حاضر اکثر نقاط جهان تاحدودی به این بیماری آلوده هستند. اگرچه در جهان امروز بیشتر موارد جذام همانند دیگر بیماری‌ها در آفریقا دیده می‌شود ایران نیز از این امر مستثنی نبوده و تعداد قابل توجهی از آنها در مراکز خاص مربوط به این بیماری زندگی کرده و تحت درمان قرار دارند. جذامیان ایران در استان‌های خراسان، هرمزگان، سیستان و بلوچستان و آذربایجان شرقی و غربی پراکنده‌اند و زندگی را با دشواری هرچه تمامتر سپری می‌کنند. آمارهای موجود حاکی از شیوع این بیماری در روستاهای دوردست است از سوی دیگر طبق آمار وزارت بهداشت تعداد مبتلایان به جذام طی دهه گذشته از ۳ تا ۵ نفر برآورد شده که احتمال می‌رود تعداد

مبتلایان بیشتر از این باشد.

مبتلایان به جذام که عموماً افرادی تنها هستند از نظر غذا و حمایت فردی در مضیقه بسر می‌برند از این رو «انجمن یاوران جذام» سعی دارد در تعمیر منازل به آنها کمک کرده و برنامه‌های تفریحی آنها را تحت پوشش قرار دهد چراکه این افراد به لحاظ شرایط ظاهری شجاعت خروج از منطقه مسکونی خود را ندارند. همچنین از دیگر اقدامات این انجمن می‌توان به اشتغالزایی برای فرزندان جذامیان اشاره کرد.

در ایران روستاهایی مثل «سجری» و «چنار» تقریباً بیشترین تعداد مبتلایان را دارند که انجمن مذکور به کمک ماموران شبکه بهداشت در بیمارستانی واقع در مهاباد امدادهای لازم را در اختیار آنها قرار می‌دهند.

برای شناسایی و آشنایی هرچه بیشتر عموم مردم از شرایط افراد مبتلا به جذام تورهایی برای بازدید از جذامیان مشغول به فعالیت هستند که با وجود این تورها بیماران جذامی علاوه بر دریافت حمایت مالی، تصور غلط مردم نیز از این بیماری بطور کامل رفع می‌شود.

در سال ۱۹۹۱ سازمان بهداشت جهانی (WHO) طی قطعنامه‌یی خواهان حذف جذام به عنوان یک مشکل جهانی شد که نهایتا سال ۲۰۰۰ میلادی را سال حذف جذام در دنیا نامیدند.

مهناز رضوی

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=217030

vista.ir
Online Classified Service

مهمانی مدرن: مهمانی آبله‌مرغان!

خیلی از ما فکر می‌کنیم آبله‌مرغان از آن بیماری‌هایی است که همه افراد باید به آن مبتلا شوند و چه بهتر که این دوره در سنین کودکی طی شود تا علایمش خفیف‌تر باشند و اثر جوش‌ها روی بدن نماند...

در همه جای دنیا مادرانی هستند که ترجیح می‌دهند فرزندان خردسال‌شان با افراد مبتلا در تماس باشند تا هر چه زودتر آبله‌مرغان بگیرند و از شر این ویروس خلاص شوند اما در آمریکا بعضی از والدین برای اینکه کودکانشان حتما این ویروس را در خردسالی بگیرند آنها را به مهمانی‌هایی می‌برند که به نام مهمانی آبله‌مرغانی مشهور است!

مهمانی آبله مرغان را والدین کودکانی برگزار می‌کنند که مایل‌اند فرزندانشان به جای واکسینه شدن، به طور طبیعی آبله‌مرغان بگیرند. هر کودکی می‌تواند در این اجتماع کودکانه شرکت کند. تعدادی اسباب‌بازی در اختیار آنها قرار می‌گیرد. می‌توانند فیلم تماشا کنند و حتی با چند تا آب‌نبات هم از بچه‌ها پذیرایی می‌شود اما نکته‌ای که این گونه مهمانی‌ها را از بقیه متمایز می‌کند وجود یک یا چند کودک مبتلا به آبله مرغان در این مهمانی

است.

● آنها چرا در مهمانی آبله‌مرغان شرکت می‌کنند؟

کری یکی از مادرانی است که موافق برگزاری این مهمانی‌ها است. دختر ۷ ساله کری تا به حال در ۶ تا از این مهمانی‌ها شرکت کرده است. او یک سایت اینترنتی را هم برای یافتن و سازماندهی این مهمانی‌ها اداره می‌کند و البته هنوز موفق نشده خودش یکی از این مهمانی‌ها را برگزار کند ولی همچنان در جستجوی مهمانی‌های بیشتر است. از نظر کری، این اجتماع فرق چندانی با بازی‌های معمولی کودکان ندارد. برخی از والدین به بچه‌هایشان پفک یا آب‌میوه می‌دهند تا با بچه‌های دیگر سهیم شوند و از این طریق، احتمال مبتلا شدن به این بیماری مسری را که علایمی چون دانه‌های قرمز، التهاب، تب و سردرد دارند، بالا ببرند.

استفاده از واکسن آبله‌مرغان سال ۱۹۹۵ در آمریکا به تایید رسید و هم‌اکنون برای تمام کودکانی که هنوز به سن مدرسه رفتن نرسیده‌اند، مورد استفاده قرار می‌گیرد البته به استثنای بچه‌هایی که ویروس وارد بدنشان شده و نیز خانواده‌هایی که به دلایل مذهبی حاضر به واکسینه کردن فرزندانشان نیستند. از آنجایی که واکسن آبله‌مرغان دوبار تزریق می‌شود، یک بار حدود ۱۵ ماهگی و بار دیگر در سن ۳ تا ۴ سالگی، بعضی از مادران را نسبت به کارایی این واکسن به شک انداخته است. آنها نگران هستند بچه‌هایشان در بزرگسالی آبله‌مرغان بگیرند که علایم شدیدتری دارد. از نظر این دسته از مادران تاثیر واکسن طولانی نیست و در درازمدت کارایی خود را از دست می‌دهد وگرنه نیازی به تجدید واکسن نبود.

به نظر کری واکسینه کردن بچه‌ها آنها را بیشتر در معرض خطر قرار می‌دهد چون اگر به هر دلیلی مرحله دوم واکسن تزریق نشد یا اینکه تاثیر کافی نداشت، زمانی که آنها به سنین بالاتر برسند این ویروس خیلی خطرناک‌تر خواهد بود. او می‌گوید: «من ترجیح می‌دهم دخترم در سنین پایین‌تر و به طور طبیعی آبله‌مرغان بگیرد چون خطرش کمتر است و بهبودی سریع‌تر و آسان‌تر خواهد بود.» اعتقاد کری نسبت به واکسن آبله‌مرغان از این مساله سرچشمه گرفته است که به چشم خود کودکانی را دیده که با وجود واکسیناسیون باز هم به این ویروس مبتلا شده‌اند و به همین دلیل ترجیح داده دخترش را واکسینه نکند.

● پزشکان درباره این مهمانی‌ها چه می‌گویند؟

واقعیت این است که بیشتر پزشکان آمریکایی نظر دیگری در این باره دارند. آنها نگران رشد فزاینده این مهمانی‌ها هستند و به اعتقاد متخصصان اطفال، این مهمانی‌ها سلامت کودکان را به خطر می‌اندازد. دکتر کوپر که یک متخصص اطفال و سخنگوی انجمن بیماری‌های عفونی آمریکا است، نسبت به برگزاری این گونه مهمانی‌ها اظهار شگفتی می‌کند. دکتر کوپر می‌گوید: «من واقعا افسوس می‌خورم وقتی می‌بینم پدر و مادرها کاری را انجام می‌دهند که درست نیست. آبله مرغان در خیلی موارد یک بیماری ساده است ولی هستند کودکانی که به عوارض نامطلوب این بیماری دچار شده‌اند.» او کودکانی را دیده که با شرایط خطرناکی چون التهاب مغز مواجه شده‌اند و حتی بچه‌های کوچکی که از این ویروس جان سالم به در نبرده‌اند. این عوارض خطرناک ممکن است برای هر کودکی پیش بیاید و ربطی به نقص ایمنی بدن یا سوء تغذیه ندارد. به همین دلیل است که پزشکان توصیه می‌کنند که والدین حتما کودکانشان را واکسینه کنند. به نظر دکتر کوپر این کار پدر و مادرها مثل دوئل کردن با سلامتی فرزندانشان است. دکتر آفیت، متخصص بیماری‌های عفونی اطفال، نیز می‌گوید: «بسیاری از والدینی که مخالف واکسیناسیون بچه‌هایشان هستند تصور می‌کنند گرفتن ویروس آبله‌مرغان به طور طبیعی، برای سلامت کودک بهتر است. خیلی از این والدین فکر می‌کنند که تحریک سطوح بالاتر آنتی‌بادی‌ها و مصونیت طولانی‌مدت بهتر از واکسیناسیون است. این مطلب به طور کلی درست است ولی مشکل این جاست که با این کار در واقع خطرات بعدی را نیز باید بپذیرند که شامل بستری شدن و حتی مرگ افراد مبتلا می‌شود.»

به اعتقاد دکتر کوپر والدینی که از واکسینه کردن فرزندانشان امتناع می‌کنند با این کارشان سلامت عمومی جامعه را نیز به خطر می‌اندازند زیرا با گسترش مهمانی‌های آبله‌مرغانی ممکن است کودکانی که هنوز در برابر این ویروس ایمن نشده‌اند در معرض ابتلا قرار بگیرند. ما نمی‌دانیم کسانی که به این مهمانی می‌روند در چه شرایطی به سر می‌برند. ممکن است ایمن شده باشند یا علایم بیماری را داشته باشند یا فقط ناقل ویروس باشند و باعث سرایت ویروس به دیگری شوند. برخی نیز به دلایلی چون مصرف دارو یا بارداری بسیار مستعد ابتلا به بیماری هستند. واکسینه نکردن بچه‌ها باعث گسترش این خطرات می‌شود و واکسن آبله‌مرغان نیز دقیقا به همین منظور تولید شده است. واکسن می‌تواند باعث ریشه کن شدن ویروس شود، اگر هر فردی آن را بزند.

● واکسن آبله‌مرغان تا ۹۰ درصد کارآیی دارد

امروزه تحقیقات نشان می‌دهد که واکسن آبله‌مرغان می‌تواند احتمال ابتلا به بیماری را تا ۹۰ درصد کاهش دهد ولی نگرانی‌های کسانی مثل

کری مانع نابودی کامل این ویروس می‌شود. دکتر آفیت می‌گوید: «اگر استفاده از واکسن آبله‌مرغان هم مثل استفاده از واکسن سرخک در سال ۱۹۶۳ گسترده باشد، این ویروس هم مانند ویروس سرخک از بین خواهد رفت. زمانی که واکسن سرخک را که در مبتلایان بزرگسال علایم بدی دارد عرضه کردیم، ابتلای به این بیماری به‌طور چشمگیری کاهش یافت. این اتفاق برای آبله‌مرغان هم می‌تواند بیفتد.»

با وجود تمام این حرف‌ها کری همچنان مخالف است. او می‌گوید: «همین که بعضی از بچه‌ها با وجود واکسیناسیون به این ویروس مبتلا می‌شوند، بیانگر این است که آبله مرغان هرگز از بین نخواهد رفت. بعضی چیزها مثل این ویروس دایما در حال تغییر هستند و بالقوه بدتر از گذشته خواهند شد، مثل آنتی‌بیوتیک که استفاده بیش از حد آن افراد را مقاوم می‌کند.» با وجود هشدارهایی که پزشکان درباره خطرات واکسینه نکردن بچه‌ها می‌دهند، کری متقاعد نمی‌شود. او می‌گوید: «هر کاری که شما انجام دهید، ممکن است کودک مرا در خطر قرار دهد. ما می‌توانیم فقط تصمیم‌هایی را بگیریم که برای خانواده ما بهتر است و در این زمان این کار بهتر است.»

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=367730

vista.ir
Online Classified Service

نسخه تبخال را بپیچید!

حس آشنایی است! احساس خارش و سوزشی در لب خود می‌کنید بدون اینکه چیزی دیده شود. مطمئن هستید که در یکی دو روز آینده تاول‌های ریز قرمزی در گوشه لب شما دیده می‌شود. یک تبخال دیگر در یک روز نامناسب. برای مثال، در روز عروسی‌تان؛ و هیچ راهی هم برای از بین بردن آن وجود ندارد. چه کار باید کرد؟

تبخال ضایعه تاول‌داری است که اغلب در گوشه لب و یا مناطق نزدیک دهان به وجود می‌آید. عامل بروز این ضایعه ویروسی به نام هرپس است. دو نوع ویروس هرپس وجود دارد: نوع ۱ و نوع۲. ویروس هرپس نوع۱ به وجود آورنده تبخال در روی لب و یا گاهی در داخل دهان است و نوع۲ آن هرپس تناسلی نام دارد و موجب ایجاد تبخال در منطقه تناسلی می‌شود. باید گفت که تبخال، نشان‌دهنده عفونت هرپسی جدید نیست بلکه فعالیت دوباره ویروسی که از پیش در بدن وجود داشته موجب بروز آن می‌شود. اغلب افراد به‌طور معمول در ۳ تا ۵ سالگی به این ویروس آلوده می‌شوند که به آن هرپس اولیه می‌گویند.

- برخورد اول

همین که ویروس وارد بدن بشود، دیگر این فرد تا آخر عمر حامل ویروس خواهد بود. حدود هشتاد درصد افراد حامل این ویروس هستند. آنها زمانی، شاید در کودکی، به ویروس هرپس آلوده شده‌اند و این ویروس در سیستم

بدنی آنها باقی می‌ماند اما در اغلب موارد به صورت غیرفعال (خواب) است. در بعضی از این افراد، به دلایلی هرگز تبخال بروز نمی‌کند و ویروس در تمام طول عمر فرد به صورت غیرفعال باقی می‌ماند. اما در عده‌ای دیگر، این ویروس هر از چندی فعال شده و تبخال ظاهر می‌شود. جالب اینکه در اغلب موارد، فرد تبخال‌های خود را در همان محل قبلی می‌یابد.

● ویروس بیدار می‌شود

عوامل زیادی موجب فعال شدن ویروس خفته می‌شوند:

نگرانی، خستگی، ناراحتی شدید، بیماری‌ها (به طور مثال آنفلوآنزا)، حاملگی، قاعدگی، ضعف در سیستم ایمنی، صدمه به لب (برای مثال، قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض نور آفتاب) و ... می‌توانند موجب بیدار شدن ویروس خفته و بروز تبخال شوند. تبخال‌ها در اغلب موارد در گوشه لب ظاهر می‌شوند اما گاهی نزدیک سوراخ بینی و یا داخل دهان (برای مثال روی سقف دهان) هم ممکن است دیده شوند. تبخال‌هایی که درون دهان بیمار ایجاد می‌شوند بسیار دردناک بوده و خوردن و آشامیدن را برای بیمار بسیار مشکل می‌کنند.

● از خارش تا ترمیم

دوره تبخال اغلب حدود ۸ تا ۱۴ روز طول می‌کشد و طی این مدت به اشکال متعددی درمی‌آید:

▪ دو روز اول (مرحله اولیه: خارش و سوزش): در بیشتر موارد اولین علامت بروز تبخال آن است که فرد احساس سفتی یا التهاب یا خارشی در محل موردنظر می‌کند. گاهی هم این محل کمی قرمز می‌شود. از آنجا که تبخال‌ها اغلب در همان محل قبلی ایجاد می‌شود، در بیشتر موارد خود فرد متوجه می‌شود که قرار است تبخال بزند!

▪ روز دوم و سوم (مرحله تاول): در این مرحله چند تاول ریز پر از مایع ظاهر می‌شوند. در بسیاری موارد این تاول‌ها به صورت خوشه‌ای هستند.

▪ روز چهارم (مرحله زخم): در این مرحله تاول‌های تبخال پاره شده و زخم‌های کم‌عمق قرمزی به جا می‌گذارد که به تدریج خاکستری می‌شوند. این مرحله دردناک‌ترین و همچنین مسری‌ترین مرحله تبخال است.

▪ روز پنجم تا هشتم (مرحله پوسته شدن): در این مرحله زخم‌های ایجاد شده به تدریج خشک شده و رویه می‌بندند.

▪ روز نهم تا دوازدهم (مرحله ترمیم نهایی): در این مرحله اغلب زخم به تدریج از بین رفته و محو خواهد شد و خوشبختانه در بیشتر موارد اثری از زخم باقی نمی‌ماند.

● این آفت است یا تبخال؟

در بعضی موارد افراد تبخال را با آفت اشتباه می‌گیرند اما باید بدانیم که این دو ضایعه با هم تفاوت دارند و بر همین اساس، درمان آنها هم با هم متفاوت خواهد بود.

تبخال ضایعه‌ای ویروسی و بسیار مسری است. به خصوص در زمانی که تاول‌های تبخال پاره می‌شوند، احتمال سرایت آن به دیگران بسیار زیاد است. اما آفت عامل ویروسی ندارد و مسری هم نیست. تبخال اغلب در گوشه لب ظاهر می‌شود اما آفت اغلب در بافت‌های نرم دهان مانند داخل گونه یا قسمت‌های کام نرم تشکیل می‌شود. تفاوت دیگر آنها این است که تبخال در یک مرحله تاول دارد اما آفت به صورت تاول آبدار دیده نمی‌شود.

همان‌طور که گفتیم، تبخال مسری است. تماس مستقیم پوست به پوست مانند بوسیدن، استفاده از لیوان، قاشق، ماتیک، مسواک یا حوله مشترک هم می‌توانند سبب سرایت این ویروس به دیگران شوند. خود شما هم که تبخال زده‌اید، ممکن است ویروس هرپس از لب به سایر مناطق بدن خودتان انتقال دهید. برای مثال، احتمال انتقال ویروس به چشم وجود دارد که خطرناک است و در صورت درمان نشدن حتی می‌تواند سبب کوری شود.

● ۹راه مبارزه با تبخال

درمان قطعی برای تبخال وجود ندارد اما داروهایی هستند که شدت یا زمان آن را کاهش می‌دهند:

▪ داروهای ضدویروس مانند آسیکلوویر که اغلب به صورت کرم هستند و باید آنها را در موضع تبخال مصرف کنیم. این داروها اگر زود یعنی در مرحله اولیه یا همان مرحله خارش مصرف شوند تا حدی شدت و زمان تبخال را کاهش می‌دهند.

▪ داروهای بی‌حس‌کننده که با بی‌حس کردن موقتی موضع تبخال، درد آن را ساکت می‌کنند.

▪ داروهای ضددرد هم گاهی در موارد دردهای شدید، می‌توانند موثر باشند.

▪ درمان‌های خانگی متعددی را هم برای تبخال می‌توانیم نام ببریم. به عنوان مثال، قرار دادن یخ در محل برای پنج دقیقه در هر ساعت موجب بی‌حسی محل و کاهش درد می‌شود. قرار دادن چای کیسه‌ای هم در محل تبخال، به خصوص در مراحل بروز تاول کمک کننده است. کار دیگری که می‌توان انجام داد، پوشاندن تبخال با وازلین است. این کار سبب نرم شدن محل می‌شود و کمک می‌کند تا این محل ترک نخورد.

▪ از آنجا که نور خورشید می‌تواند موجب بروز تبخال شود، پس با پوشاندن صورت هنگام نور شدید و استفاده از کرم‌های ضدآفتاب می‌توان تا حد زیادی از بروز تبخال جلوگیری کرد.

▪ ثابت شده که بعضی مواد غذایی هم می‌توانند تا حدودی، بروز تبخال را کمتر کنند. به عنوان مثال: ماهی، مرغ، شیر، پنیر، ماست، تخم‌مرغ، سیب، گلابی و زردآلو از جمله خوراکی‌هایی هستند که موجب کم شدن بروز تبخال می‌شوند.

▪ قهوه، شکلات، بادام زمینی، پرتقال، نارنگی، انگور و هویج خوراکی‌هایی هستند که احتمال بروز تبخال را بیشتر می‌کنند.

▪ یک روش خوب جلوگیری از تبخال، اجتناب فرد از تماس با دیگران است. افرادی که تبخال دارند، باید از نزدیک شدن و تماس با دیگران به خصوص نوزادان و بیماران، خودداری کنند.

▪ همان‌طور که گفتیم، احتمال انتقال تبخال از قسمتی از بدن به قسمت دیگر بدن هم وجود دارد. پس بعد از تماس دست با محل تبخال حتما دست خود را به دقت بشویید.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=289838

vista.ir
Online Classified Service

واکسیناسیون ـ واکسن سرخک

در برخورد با فردی‌که دچار تب و ضایعات قرمز رنگی روی پوستش شده است، اولین چیزی که به ذهن می‌رسد این است که او "سرخک" گرفته است و ناخودآگاه سعی می‌شود از تماس نزدیک با او خودداری شود. تقریباً همه می‌دانند که سرخک یک بیماری به شدت مسری است که عوارض خطرناکی هم دارد. چند سال قبل شاهد بودیم که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در یک بسیج همگانی اقدام به تزریق واکسن سرخک و سرخجه در تمام کودکان و جوانان سراسر کشور کرد. طبق آمار ارائه شده هم قریب به ۳۳ میلیون نفر در این طرح شرکت کردند. چنین استقبال گسترده‌ای نشان از توجه به این بیماری از یک‌سو و نگرانی عمیق نسبت به آن از سوی دیگر دارد. (بگذریم از آن که این استقبال گسترده علامت اعتماد عمومی و فراگیر به سیستم بهداشت و درمان کشور است) در فیلم‌ها و کارتون‌های تلویزیونی نیز از این موضوع استفاده شده و هرگاه لازم باشد بداقبالی عنصر نامطلوب و منفی فیلم یا کارتون را به تصویر بکشند، یکی از روش‌ها مبتلا نمودن وی به سرخک است! اما آیا چنین ترس و واهمه‌ای با

واقعیت منطبق است؟

پرواضح است که در سال‌های نه چندان دور سرخک در این کشور کودکان را به کام مرگ می‌برد یا باعث عوارض جبران‌ناپذیری مثل کوری در آنها می‌گشت. اما امروزه شرایط تغییر کرده است. واکسیناسیون مثل کوری در آنها می‌گشت. اما امروزه شرایط تغییر کرده است. واکسیناسیون گسترده علیه این بیماری سبب مهار آن شده است و دیگر کمتر شاهد مبتلا شدن به این بیماری هستیم.

برای آشنائی شما با این بیماری و نیز واکسیناسیونی که برای آن به‌کار می‌رود، این قسمت از مبحث واکسیناسیون را به مبحث "سرخک" اختصاص داده‌ایم، امید است که مفید واقع شود.

- عامل بیماری سرخک چیست؟

عامل بیماری سرخک یک نوع ویروس است که این ویروس در ابتدای بیماری و مدت کوتاهی بعد از بروز بثورات جلدی در ترشحات حلق و بینی، خون و ادرار دیده می‌شود و تا ۳۴ ساعت در درجه حرارت معمولی فعال و زنده می‌ماند.

- شیوع بیماری سرخک در جهان و در کشور ما چگونه است؟

در حال حاضر، شیوع بیماری سرخک در بعضی نقاط دنیا به‌صورت اندمیک (تک‌گیر) است که هر ۴-۲ سال امکان همه‌گیری بیماری وجود دارد. در بعضی از کشورهای پیشرفته هم به کلی از بین رفته یا در مرحله ریشه‌کنی است. در ایران نیز تا قبل از دی‌ماه ۱۳۸۲ بیماری به‌صورت تک‌گیر به‌خصوص در نوجوانان و جوانان مشاهده می‌شد و رو به افزایش بود. (به‌علت اینکه واکسن سرخک بعد از یک سالگی فقط یک‌بار تزریق می‌شد) ولی بعد از واکسیناسیون همگانی در این تاریخ این میزان کاهش پیدا کرد و به‌تدریج با تجویز دو نوبت واکسن در یک‌سالگی و بین ۶-۴ سالگی به‌طور چشمگیری کاسته شد.

- چه افرادی از نظر سن و جنس یا بیماری‌های زمینه‌ای خاص در معرض ابتلا به سرخک هستند؟

چون سرخک بیماری بسیار واگیرداری است، اگر کسی واکسینه نشده باشد و مصونیت نداشته باشد، در ۹۰ درصد موارد پس از تماس مبتلا خواهد شد.

کسانی‌که نقص ایمنی (مادرزادی یا اکتسابی مثل ایدز ـ مصرف داروهای ضدسرطان) دارند یا به مدت طولانی و به میزان بالا کورتون مصرف می‌کنند.

از نظر سن، شیرخواران زیر ۹ ماه به‌علت وجود آنتی‌بادی مادر در اثر تماس کمتر مبتلا می‌شوند. به‌نظر می‌رسد جنس هم تأثیری در میزان ابتلا داشته باشد. البته بعد از واکسیناسیون هم در بچه‌های قبل از سن مدرسه که واکسینه نشده‌اند و گاهی به‌صورت اپیدمی در جوانان و نوجوانان در دانشگاه، دبیرستان و سربازخانه‌ها دیده می‌شود.

- سرخک چه علائمی می‌تواند ایجاد کند؟

سرخک مثل اغلب بیماری‌های عفونی یک دوره نهفته ۱۲-۱۰ روزه بعد از تماس با شخص مبتلا دارد و پس از آن علائم مقدماتی تب، احتقان ملحتمه، آبریزش از بینی و چشم، سرفه خشک، و ایجاد نقاط سفید در زمینه قرمز بر روی سطح مخاطی دهان ظاهر شده و معمولاً در روز سوم تا هفتم بعد از شروع بیماری بثورات قرمزرنگ ابتدا در صورت (ناحیه خط مو) ظاهر می‌شود و سپس به تمام بدن از بالا به پائین گسترش می‌یابد و ۷-۴ روز باقی می‌ماند.

- آیا ویژگی‌های خاصی در علائم سرخک و سیر آن وجود دارد که بتواند راهنمای تشخیصی مناسبی باشد؟

ویژگی‌های خاص بیماری سرخک عبارتند از:

الف) آبریزش شدید از چشم و بینی و احتقان ملتحمه قبل از بروز بثورات

ب) وجود نقاط سفید در زمینه قرمز بر روی سطح مخاطی دهان در مقابل دندان آسیای پائین (Koplic spots) که به سرعت در عرض ۱۸-۱۲ ساعت از بین می‌رود و علامت کلیدی مهم در تشخیص سرخک است.

ج) همراهی بثورات با تب بالا و حال عمومی نسبتاً بد

د) شروع بثورات از صورت و گردن و سیر نزولی آن به اندام‌ها

- آیا روش آزمایشگاهی برای تشخیص آن وجود دارد؟

تشخیص بیماری سرخک اصولاً براساس علائم کلینیکی است و نیاز به کمک آزمایشگاه نیست؛ با این‌حال، در صورت نیاز به تأیید، با اندازه‌گیری

آنتی‌بادی از نوع IgM اختصاصی سرخک در خون بیمار و جست‌وجوی ویروس در ترشحات بینی و بافت‌ها می‌توان به نتیجه رسید.

• ابتلا سرخک چه عوارضی و خطراتی می‌تواد ایجاد کند؟

بیماری سرخک در ۱ـ۵ درصد موارد و در بعضی نقاط در حدود ۳۰ـ۱۰ درصد باعث مرگ و میر می‌گردد و عوارض عمده بیماری عبارتند از عفونت گوش میانی، عفونت ریه، اسهال، سوءتغذیه، زخم قرنیه و کوری، زخم دهان، التهاب حنجره و برونش، تورم مغز (یک عارضه دیررس آن تورم مغز بعد از چند سال است).

لازم به ذکر است اگر کسی سل نهفته در بدن داشته باشد، بیماری سرخک باعث شعله‌ور شدن آن می‌شود.

• نحوه سرایت آن چگونه است؟

از طریق تنفس هوای حاوی ویروس در مرحله مقدماتی و شروع بیماری منتقل می‌شود. به‌طور معمول از ۵ـ۳ روز قبل از بروز بثورات سرخکی تا ۵ـ۴ روز پس از آن بیماری مسری تلقی می‌شود.

• واکسن سرخک چیست و چگونه تهیه می‌شود؟

آیا می‌توانید در خصوص تاریخچه تهیه آن مطالبی بیان فرمائید.

در سال ۱۹۵۴، ویروس سرخک به‌وسیله Endeks و Peebles از کشت بافت‌ها جدا شده و Edmonston نامیده شد و با چندین بار عبور در بافت کلیه یا سلول‌های پرده‌های جنین انسان و یا جوجه به‌صورت ضعیف شده در آمد.

در ایران واکسن سرخک، ویروس ضعیف شده سرخک (به‌وسیله عبورهای متوالی و مکرر) از سوئی اربولنستون صوتش Alk-HDC است که به سلول رویان انسان عادت نموده و برای حفظ آن از آلودگی آنتی‌بیوتیک به کانامایسین، نئومایسین و همچنین مقدار کمی ماده تثبیت کننده به آن افزوده شده است.

• برنامه واکسیناسیون سراسری در مورد سرخک چگونه است؟

در ایران، تا قبل از دی‌ماه سال ۱۳۸۲، در برنامه واکسیناسیون کشوری یک نوبت واکسن سرخک در سن ۹ ماهگی (به‌علت وجود موارد تک‌گیر در کشورمان) تزریق می‌شد و یک نوبت نیز در سن ۱۵ ماهگی، ولی بعد از این تاریخ به‌علت واکسیناسیون همگانی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد و کاهش سریع موارد تک‌گیر یک نوبت تزریق واکسن MMR (سرخک، سرخجه، اوریون) در یک سالگی و نوبت دیگر در ۶ـ۴ سالگی انجام می‌شود.

واکسیناسیون در نقاط دیگر جهان به‌خصوص کشورهای پیشرفته نیز به همین منوال است. (نوبت اول MMR ـ ۱۵ـ۱۲ ماهگی نوبت دوم ۶ـ۴ سالگی و یا ۱۱ سالگی)

• آیا ممکن است با تزریق واکسن، کسی مبتلا به سرخک شود؟

۱۲ـ۶ روز بعد از تزریق واکسن سرخک، ممکن است در ۱۵ـ۵ درصد موارد تب، بثورات و التهاب ملتحمه دیده شود ولی عوارض بیماری سرخک معمولاً دیده نمی‌شود.

لازم به ذکر است اگر کسی علائم بیماری سرخک را به‌دنبال تزریق واکسن سرخک داشت دلیل بر ابتلا نیست و واکسن نوبت بعد را حتماً باید تزریق کند.

• آیا واکسن سرخک فقط مخصوص اطفال است یا افراد بالغ هم می‌توانند این واکسن را دریافت کنند؟

به‌طور کلی، همه افراد بعد از یک‌سالگی باید دو نوبت واکسن سرخک و یا MMR را دریافت کنند. نوبت اول در هر سنی باشد و نوبت دوم در هر سنی (بزرگسالی) که فرد مراجعه می‌کند (Cath up) باید تزریق شود.

اصولاً واکسن سرخک می‌تواند عوارض و خطراتی داشته باشد؟

بله، واکنش واکسن به واکنش‌های موضعی و عمومی تقسیم‌بندی می‌شوند که بیشتر این واکنش‌ها خفیف هستند و خودبه‌خود بهبود پیدا می‌کنند.

واکنش موضعی به‌صورت، درد، تورم، قرمزی محل تزریق است که در ۱۰ درصد موارد دیده می‌شود. واکنش عمومی تب، بثورات، ورم ملتحمه ۱۲ـ۶ روز بعد از تزریق واکسن و گاهی به‌ندرت کاهش پلاکت خون (سلول‌های انعقادی خون) در طی ۶ هفته بعد از دریافت واکسن است. به‌ندرت شوک به‌علت نئومایسین و ژلاتین همراه با واکسن به‌وجود می‌آید ولی در صورت حساسیت به آنها نباید واکسن تزریق گردد.

● نگهداری و استفاده از واکسن به شرایط خاصی نیاز دارد؟

مثل همه واکسن‌ها در موقع حمل بایستی همراه با یخ باشد و در یخچال در درجه حرارت ۸-۲ نگهداری شود و دور از نور باشد. پس از باز کردن در عرض ۶ ساعت بایستی بیرون انداخته شود.

● اگر کسی مبتلا به سرخک شده باشد، نیازی به تزریق واکسن دارد؟

اگر بیماری‌اش توسط پزشک تشخیص داده شده باشد، نیازی به تزریق واکسن نیست، چون ایمنی کامل ایجاد می‌شود.

● در صورت عدم دریافت یک نوبت واکسن، چه‌کار باید کرد؟

همان‌طور که ذکر شد باید نوبت بعدی را در هر سنی که باشد دریافت کند.

● آیا تزریق واکسن موارد منع شده هم دارد؟

موارد منع عبارتند از:

الف) بیماری‌های حاد تب‌دار

ب) قبل از گذشت یک ماه از تزریق یک واکسن ویروسی زنده دیگر

ج) بارداری

د) نقص ایمنی و بدخیمی‌ها

ه) مصرف کورتون به مدت طولانی و با دوز بالا، درمان با داروهای ضدسرطان

و) حساسیت شدید نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های به‌کار رفته در واکسن مثل نئومایسین، کانامایسین

ز) کاهش پلاکت خون در اثر تزریق واکسن قبلی

▪ اگر کسی واکسن نزده باشد یا برنامه واکسیناسیون مطمئنی نداشته باشد و با یک فرد مبتلا هم تماس پیدا کرده باشد چه توصیه‌ای برای وی دارید؟

اگر در عرض ۷۲ ساعت بعد از تماس مراجعه کند، می‌توان واکسن زد و نتیجه گرفت ولی بعد از آن می‌توان از داروئی به نام گاماگلولولین در مدت یک‌هفته پس از تماس استفاده کرد.

▪ اگر خانمی در سن باروری واکسن سرخک و یا MMR دریافت کند تا چه مدت بعد از آن نباید حامله شود؟

اگر واکسن سرخک به تنهائی باشد تا یک‌ماه و در صورت واکسن MMR یا سرخجه به تنهائی تا ۳ ماه بعد از آن نباید حامله شود.

منبع : نشریه پزشکی طبیب مردم

http://vista.ir/?view=article&id=222788

vista.ir
Online Classified Service

وبا ؛ نترسید، اما مراقب باشید

«انیابا» و «اوگابا» از کجا آمده اند؟

اصلاً انیابا و اوگابا چه هستند؟

بعضی ها معتقدند، این دو خیلی خطرناکند.

برخی هم عقیده دارند که نباید از آنها بترسیم و فقط باید مراقب باشیم.

خلاصه چند روزی است که بحث محافل بهداشتی با حرف و حدیث «انیابا» و «اوگابا» مثل روزهای مردادماه داغ داغ شده سال قبل وبای التور و امسال «انیابا» و...

هر سال فصل تابستان و گرم شدن هوا خطر بروز بیماری «وبا» که یک بیماری بومی و اندمیک است، افزایش می یابد و در پی آن نگرانیهای مردم نیز افزایش پیدا می کند.

چند روز قبل نیز خبرهایی شنیدیم مبنی بر مشاهده بیش از بیست و چهار نفر مبتلا به وبا طی هفته های گذشته در نقاط مختلف کشورمان که در بین این خبرها، یک مورد فوت نیز گزارش شده بود.

خوشبختانه با ارتقای آگاهیهای بهداشتی جامعه و بهتر شدن وضعیت بهداشت مردم، امروز کمتر شاهد آمار بالای مرگ و میر در اثر بیماری وبا هستیم و این بیماری مثل گذشته تلفات زیادی به همراه ندارد، با این حال شرط عقل این است که بیشتر با این بیماری آشنا شویم تا با اطلاع و آگاهی از عوامل بیماریزا، راههای انتقال، روش پیشگیری و درمان از ابتلای به آن جلوگیری کنیم و در صورت مبتلا شدن راه درمان را بدانیم، زیرا غفلت و بی احتیاطی در خصوص این بیماری «وبا» مساویست با خطرات جدی و اگر به سلامت خود علاقه مند هستید، حتماً این گزارش را بخوانید.

● وبای التور

دکتر گویا رئیس اداره پیشگیری و مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این باره توضیح داده و می گوید: التور یک بیماری اسهالی واگیردار است که توسط میکروبی به نام «ویبریوکلرا» ایجاد می شود. نود درصد موارد می تواند به صورت خفیف یا بدون علامت باشد، اما ۱۰ درصد موارد به صورت شدید و خطرناک ظاهر می شود.

● علایم بیماری

وی در ادامه درخصوص علایم این بیماری می افزاید: اسهال آبکی با دفعات اجابت مزاج فراوان، نداشتن دل درد و دل پیچه، استفراغ بدون حالت تهوع قبلی، گرفتگی عضلات پشت ساق پا، عطش فراوان و از دست دادن آب و املاح بدن از علایم التور هستند.

● راههای سرایت

دکتر گویا اضافه می کند: بیماری از طریق مستقیم، یعنی دست آلوده، تماس با مواد دفعی و استفراغ بیماران و یا لوازم آلوده بیمار به فرد سالم منتقل می شود و از طریق غیر مستقیم توسط آب آلوده، سبزی آلوده، تهیه غذای سرد با آب آلوده، آلوده شدن غذا توسط مگس آلوده، استحمام پا، شستشوی ظروف و البسه درآب آلوده و یا تغذیه نوزادان با بطری و شیشه که آلوده شده باشد، منتقل شود.

● پیشگیری

رئیس اداره پیشگیری و مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت تصریح می کند: برای پیشگیری از ابتلا به وبای التور باید از آب آشامیدنی سالم استفاده شود.

▪ از مصرف آب چشمه، رودخانه و .... در طول سفر و یا گردش در ییلاقات خودداری شود.

▪ قبل از مصرف میوه و سبزی، آنها را به خوبی بشویید و ضد عفونی نمایید.

هنگام مسافرت از مصرف یخ، سبزی و سالادی که به سلامت آنها اطمینان ندارید، خودداری کنید.

▪ مواد غذایی را از دسترس حشرات دور نگه دارید.

▪ قبل از تهیه و خوردن غذا و پس از اجابت مزاج، دستهای خود را با آب و صابون به خوبی بشویید و ناخنهای خود را کوتاه نگه دارید.

● اقدام فوری

دکتر گویا معتقد است: به محض شروع بیماری اسهالی آبکی، فوراً باید به مراکز بهداشتی درمانی برای درمان به موقع مراجعه کرد، زیرا کاهش آب و الکترولیت بدن خطر مرگ به همراه دارد.

● انیابا و اوگابا مسافران کهنوج و پاکستان

مهندس قربانی کارشناس مسؤول بیماریهای واگیردار دانشگاه علوم پزشکی درباره اخبار موجود مبنی بر مشاهده بیماران مبتلا به وبا در کشور بیشتر توضیح داده و می گوید: با توجه به رفت و آمدهای مسافران و زائران خارجی از پاکستان، عراق و افغانستان، خطر بروز «وبا» غیر ممکن نیست و همیشه این خطر وجود دارد، بنابراین هر مورد بیماری اسهال را باید مشکوک تلقی کرد، مگر خلاف آن ثابت شود.

وی درباره مرز مشترک بین ایران و افغانستان و پاکستان و خطر بروز این بیماری در خراسان با توجه به زائران میلیونی فصل تابستان خاطرنشان می کند: با اینکه خطر بیشتری برای بروز این بیماری در خراسان وجود دارد تاکنون در این استان موردی مشاهده نشده و فقط یک مورد مشکوک در تایباد دیده شده که پس از آزمایش آن هم منتفی بوده است و خوشبختانه هیچ نقطه مشکوکی وجود ندارد.

• مناطق آلوده

مهندس قربانی در پاسخ به این سؤال که موارد بیماری در چه مناطقی از کشورمان مشاهده شده است، خاطرنشان می کند: مواردی از بیماری «وبا» در شیراز، قم، اهواز و تهران دیده شده که معمولاً همه ساله وجود دارد و این موارد از طریق کارگران موقت افغانی که از مرز کهنوج و پاکستان به ایران آمدند، انتقال یافته است.

• بی علامت و پر خطر

وی در این باره می افزاید: موارد وبایی که طی روزهای اخیر گزارش شده سوش کلاسیک قدیم نیست و التور نمی باشد، بلکه «انیابا و اوگابا» است که علایم زیادی ندارد و معمولاً تا ۷۵ درصد این بیماران دچار اسهال معمولی می شوند، ۲۵ درصد ممکن است حاد باشد و از این تعداد و دو تا سه درصد نشان علایم خیلی حاد پیدا می کند.

بنابراین با توجه به بدون علامت و بی سر و صدا بودن بیماری ممکن است بیماراصلاً متوجه خطر آن نشود و ظرف ۲۴ ساعت به علت کم آبی شدید با خطر مرگ مواجه شود.

• عبور از مرز

کارشناس مسؤول بیماریهای واگیردار دانشگاه در پاسخ به این پرسش که چرا از ورود بیماران در مرز جلوگیری نمی شود، می گوید: دوره کمون این بیماری سه تا پنج روز و در برخی موارد حتی کمتر از یک روز است، بنابراین در صورتی که بیمار دوران نهفته یا کمون بیماری را می گذراند، هنگام عبور از مرز کسی از بیماری او مطلع نیست و چون علایمی از بیماری ندارد، نمی توانیم مانع ورود او به کشورمان شویم، در این صورت بیماری و بیمار هر دو از مرز عبور می کند، بدون اینکه ما مطلع باشیم. بنابراین با توجه به تردد مسافران از مرزهای عراق و پاکستان و افغانستان و وضعیت نامطلوب بهداشتی در این کشورها، همیشه خطر ورود افراد بیمار و انتقال بیماری وجود دارد.

• نقش فاضلاب

مهندس قربانی به آلودگی سبزیها به عنوان یکی از راههای انتقال بیماری «وبا» اشاره کرده و می افزاید: وقتی ۳۰ تا ۴۰ درصد مزارع یک شهر با فاضلاب آبیاری می شوند و همین امر می تواند باعث آلودگی سبزیها شود، خطر شیوع وبا و سایربیماریهای روده ای وجود دارد. البته این امر از طریق قوه قضاییه توسط بهداشت محیط پی گیری شده، اما هنوز نتیجه ای حاصل نشده است.

بنابراین تنها راه مصونیت از ابتلا به وبا رعایت بهداشت فردی است.

• مراحل شستشوی سبزی

این کارشناس، مراحل شستشو و ضدعفونی سبزی را یاد آور شده و تأکید می کند: برای اطمینان از عدم آلودگی سبزی، ابتدا باید گل و لای آن را شست و سپس سه تا پنج قطره مایع ظرفشویی به پنج لیتر آب اضافه کرد تا آب کف کند. سبزی به مدت پنج دقیقه باید در کف آب بماند، سپس با آب تمیز شسته شود بعد از آن مقداردو گرم یا یک قاشق چایخوری سر صاف پودر پرکلرین را داخل ۱۰ لیتر آب تمیز حل کرده و سبزی را به مدت پنج تا هفت دقیقه داخل آن گذاشت. بعد سبزی را از محلول آب و پرکلرین درآورده با آب تمیز شستشو داده و سپس مصرف کرد. در فصل شیوع بیماری وبا بهتر است سبزی و سالاد و کاهو و کلم را فقط درمنزل یا جاهای مطمئن مصرف کرد.

• علایم بیماری

مهندس قربانی اسهال ناگهانی بدون دل درد و دل پیچه، دفع مکرر و پی در پی و کم آبی بدن (معمولاً بدون تب) را از علایم وبا از نوع انیابا و اوگابا دانسته و متذکر می شود، در صورتی که با چنین علایمی رو به رو شویم باید حتماً به پزشک و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نماییم تا درمان بموقع انجام شود.

● بودن یا نبودن در ۲۴ ساعت

این کارشناس مسؤول به اهمیت درمان به موقع اشاره کرد و تصریح می کند: اگر بیمار مبتلا به و با درمان نشود ممکن است که ظرف ۲۴ ساعت جان خود را از دست بدهد و اگر به موقع درمان شود (تأمین آب و الکترولیت بدن) در عرض ۲۴ ساعت بهبود می یابد.

● روش درمان

اولین اقدام برای درمان، دادن مایعات و ORS به بیمار است و همراه با مایع درمانی مصرف تک دز (یکبار مصرف) «داکسی سایکلین» (سه کپسول ۳۰۰ میلی یکدفعه با هم) توصیه می شود.در صورتی که بیماری حاد باشد حتماً باید سرم تراپی برای بیمار انجام شود. چون به علت کاهش شدید آب و املاح بدن، خطر مرگ برای بیمار وجود دارد.

● مدت واگیری و سرایت

معمولاً بعد از بهبود و نقاهت باز هم ممکن است تا دو هفته خطر سرایت وجود داشته باشد موارد نادری از بیماری نیز ممکن است مزمن شود که ۶ تا ۷ هفته طول می کشد و خطر سرایت طولانی تر است.

● پیشگیری بهتر از درمان

مهندس قربانی پیشگیری را بر درمان ارجح دانسته و می گوید: مصرف آب، غذا و سبزی مطمئن و عاری از آلودگی، شستشوی دستها قبل از غذا با صابون (حتی اگر صابون موجود نیست، به خوبی با آب شسته شود) و رعایت اینکه در صورت لزوم خارج از منزل حتماً از سرویسهای بهداشتی استفاده شود نه خارج از سرویس ...

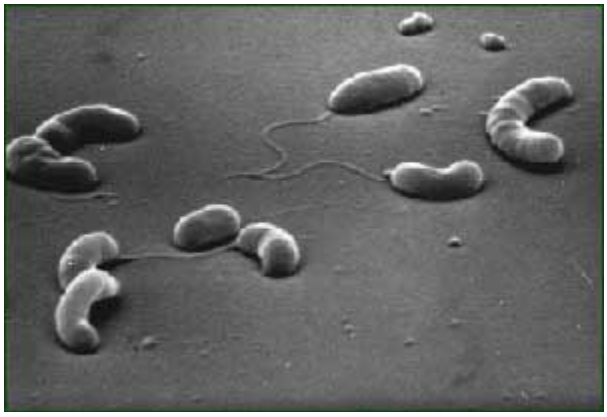
از مصرف یخهای غیر بسته بندی جداً پرهیز شود. حشرات را از محیط زندگی خود دور کنند و... بهداشت فردی، محیط، مواد غذایی را رعایت نمایید.

منبع : روزنامه قدس

http://vista.ir/?view=article&id=331984

vista.ir
Online Classified Service

وبا چیست ؟



وبا بیماری اسهالی است که توسط باکتری بنام ویبریو کلرا (VIBRIO CHOLERA) ایجاد می شود. میکروب این بیماری بیشتر در آب وجود دارد و از طریق خوردن آب آلوده پس از عبور از معده و روده تکثیر پیدا کرده و موجب ترشح سم و افزایش دفع آب و املاح از دیواره روده می شود که با علامت اسهال همراه است. بنابراین میکروب از طریق مدفوع انسان در محیط پخش شده و می تواند آب و غذا را آلوده کند . شایع ترین راه انتقال آن آب آشامیدنی می باشد. بیماران وبایی به طور مشخص دچار اسهال آبکی همراه با از دست دادن آب بدن می شوند. وبا را می توان با مایع درمانی خوراکی یا تزریق و جایگزینی املاح درمان کرد.

● روش های انتقال

وبا منحصرا از طریق آب یا غذای آلوده منتقل می شود. انتقال، توسط تماس مستقیم فرد به فرد مانند تماس با بیمار به ندرت اتفاق می افتد.

• شرایط محیطی مناسب برای شیوع وبا

مناطقی که دارای آب سالم نیستند و بهداشت محیط مناسبی ندارند، در معرض خطر شیوع وبا هستند. این مناطق شامل نقاط شهری که آب آن به مقدار کافی کلرزنی نمی شود و مناطق روستایی که به لوله کشی و چاه‌های حفاظت شده دسترسی ندارند و مناطقی که توالت و سیستم فاضلاب در آنها معمولا استفاده نمی شود، می باشد.

• عوامل فردی موثر در شیوع وبا

عوامل فردی که موجب مقاومت در برابر بیماری وبا می شود شامل ایمنی ناشی از عفونت قبلی با باکتری وبا و تغذیه نوزاد با شیر مادر می باشد. از آنجا که عامل وبا در محیط اسیدی نمی تواند زندگی کند، بنابراین بیمارانی که داروهای آنتی اسید مصرف می کنند یا تولید اسید معده در آنها کم است ، برای ابتلا به وبا مستعدتر می باشند.

• دوره نهفتگی

دوره نهفتگی معمولا یک تا سه روز است که می تواند از چندین ساعت تا ۵ روز به طول انجامد. علائم بیماری ۲ تا ۳ روز طول می کشد که در بعضی از بیماران تا ۵ روز ادامه می یابد.

• علائم و نشانه ها

علائم شاخص بیماری اسهال آبکی، استفراغ و از دست رفتن آب بدن می باشد. شروع بیماری با اسهال آبکی حجیم ، بدون تب و دل پیچه بوده و مدفوع حالت آب برنجی دارد. معمولا بدون بو بوده یا بوی ماهی دارد . استفراغ و گرفتگی دردناک در پاها شایع می باشد. در موارد شدید بیمار دچار دل پیچه و درد دست ها و پاها می شود.

• راه های پیشگیری

برای پیشگیری از بیماری وبا رعایت موارد زیر ضروری است :

۱) از آب آشامیدنی سالم استفاده کنید.

۲) در مناطقی که دسترسی به آب تصفیه شده و لوله کشی وجود ندارد و از آب چاه، آب تانکرها، آب چشمه ها و ... استفاده می شود ، حتما آب را قبل از مصرف بجوشانید یا کلرزنی نمایید.

۳) مواد غذایی یا خوراکی را از دست فروش ها نخرید.

۴) در آب رودخانه ، جوی ها یا استخرهای آلوده شنا نکنید.

۵) از مصرف یخ غیربهداشتی خودداری کنید.

۶) از مصرف غذاهای آماده و غیربهداشتی مثل آب میوه، معجون، بستنی و ساندویچ خودداری نمایید.

۷) از میوه های شسته شده و سبزیجات ضدعفونی شده استفاده کنید.

۸) قبل از تهیه، توزیع و خوردن غذا حتما دست ها را با آب و صابون بشویید.

۹) دست ها را بعد از رفتن به توالت و نیز قبل از دست زدن به مواد غذایی و خوراکی حتما با آب و صابون بشویید.

۱۰) مواد غذایی را در معرض مگس و آلودگی های دیگر قرار ندهید و حتما در یخچال نگهداری کنید.

۱۱) هنگام سفر آب و غذای سالم همراه داشته باشید یا از نوشیدنی ها و غذاهای با بسته بندی مطمئن استفاده نمایید.

با مشاهده هر مورد از ابتلا به اسهال سریعا به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه کنید.

منبع : روزنامه رسالت

http://vista.ir/?view=article&id=265739

vista.ir
Online Classified Service

وبای التور

عامل بیماری وبا را اولین بار کخ پزشک آلمانی در هنگام پاندمی پنجم در مصر از مدفوع بیماران جدا کرد و سال بعد نیز همان میکروب را از مدفوع بیماران مبتلا به وبا در هندوستان به دست آورد.

از سال ۱۸۱۷ تاکنون، هفت‌بار بیماری وبا به صورت پاندمی در جهان به وقوع پیوسته است. اولین پاندمی بین سالهای ۱۸۱۷ تا ۱۸۲۳ اتفاق افتاد و بیماری به بسیاری از کشورهای آسیایی گسترش یافت. هفتمین پاندمی از سال ۱۹۶۱ شروع گردید و تاکنون ادامه دارد، ولی این بار مولد بیماری ویبریوکلرای کلاسیک نیست بلکه ویبریو کلرابیوتیپ التور است که از جزیره سولاوزی اندونزی شروع گردیده و به قسمت بزرگی از آسیای جنوب شرقی، هندوستان، خاورمیانه، آفریقا، اروپا و آمریکا گسترش یافته است. در سال ۱۹۷۰ بیش از ۵۹ کشور جهان آلوده گردیدند که در نیمی از آنها این بیماری به صورت اندمیک باقی مانده است. این بیماری درسال ۱۹۶۵ به قسمت شمال غربی پاکستان، افغانستان و ایران رسید.

- ویبریونسیه:

فامیل ویبریوناسیه شامل چهار جنس می‌باشد:

۱) ویبریو Vibrio

۲) آئروموناس Aeromonas

۳) فوتوباکتریم Photobacterium

۴) پلزیوموناس Plesiomonas

ویبریونها باکتریهای گرم منفی وخمیده می‌باشند که در آبهای شور و شیرین، مدفوع انسان و حیوان و موارد دیگر یافت می‌شوند. اکثر آنها ساپروفیت یا کومنسال بوده و برخی از آنها نیز برای انسان بیماریزا هستند. در این جنس متجاوز از ۲۰ نوع ویبریون وجود دارد که در بین آنها ویبریوکلرا از نظر بیماریزایی برای انسان حائز اهمیت است.

سازمان جهانی بهداشت WHO در سال ۱۹۸۰ ویبریونها را به چهار گروه تقسیم نمود:

۱) ویبریونهایی که ایجاد وبای آسیایی یا وبای کلاسیک اپیدمیک می‌نمایند، که آنها را ویبریوکلرا O گروه (V,cholerae O-I) I نامیدند. این باکتریها آنتروتوکسین ایجاد می‌نمایند و بیماریزا می‌باشند.

۲) ویبریونهایی که دارای آنتی ژن O گروه I هستند ولی آنتروتوکسین ایجاد نمی‌نمایند و بیماریزا نمی‌باشند که آنها را ویبریوکلرا آتی‌پیک O گروه I (Atypical V. cholerae O-I)) می‌گویند.

۳) ویبریونهایی که از نظر شکل وخصوصیات بیوشیمیایی و ژنتیکی شبیه انواع اپیدمیک می‌باشند ولی با آنتی‌سرم O-I آگلوتینه نمی‌شوند که آنها را ویبریوکلرا غیر قابل آگلوتیناسیون (NAG) می نامند.

۴) ویبریونهای دیگر مانند پاراهمولیتیکوس، آلژینولیتیکوس و ... همچنین ویبریونها را براساس اختلاف در آنتی‌ژن سوماتیک O به هشت گروه تقسیم کرده‌اند.

(OI... OVIII) عامل شایع ایجاد کننده‌ی وبا ویبریوکلرای OI است که براساس ویژگی فنوتیپی به دو بیوتیپ کلاسیک و التور طبقه‌بندی می‌شود. ژاپنی‌ها این گروه را از روی اختلاف مختصری که در ساختمان آنتی‌ژن O آنها موجود است به سه تیپ اینابا (Inaba) ، اوگاوا (Ogawa) و هیکوجیما (Hikojima) تقسیم کرده‌اند.

- بیماریزایی:

وبا بیماری اسهالی است که توسط باکتری ویبریوکلرا ایجاد می‌شود. بیماران وبایی به طور مشخص دچار اسهال آبکی حاد همراه با دزیدراتاسیون می‌شوند، ویبریون وبا از راه دستگاه گوارش با خوردن غذا یا آشامیدن آب آلوده وارد بدن می‌شود و پس از عبور از سد اسیدی معده در محیط قلیایی روده‌ی کوچک در بین پرزهای لایه‌ی مخاطی چسبیده و شروع به تکثیر می‌نماید. پس از تکثیر و ترشح اگزوتوکسین حساس به حرارت سبب تحریک مخاط روده شده، گردش یون سدیم در سلولهای مخاط روده را مختل کرده باعث می‌شود تا آب و الکترولیت زیادی وارد روده گردد. دوره‌ی نهفتگی بیماری معمولاً ۱ تا ۳ روز است ولی ممکن است از چندین ساعت تا پنج روز به طول انجامد. علائم بیماری ۲ تا ۳ روز طول می‌کشد و در بعضی بیماران تا ۵ روز ادامه می‌یابد.

• تظاهرات کلینیکی

شروع ناگهانی اسهال آبکی (مایع شفاف آغشته به موکوس سفید رنگ با بوی غیر زننده، این مایع را مدفوع آب برنجی «Rice -water» می‌گویند.) بدون درد که ممکن است به سرعت حجیم شود و اغلب در مدت کوتاهی بعد ازآن استفراغ اتفاق می‌افتد. در موارد شدید حجم مدفوع به بیش از ۲۵۰ml/kg در ۲۴ساعت اول می‌رسد، درصورتی که آب و الکترولیت جانشین نشود شوک هیپوولمیک و مرگ رخ می‌دهد. معمولاً تب وجود ندارد. کرامپ عضلانی ناشی از اختلالات الکترولیتی شایع است (کرامپ‌های دردناک در پاها، از علائم، شایع می‌باشد.) نبض تند و ضعیف، فشارخون پائین، خشکی دهان، چشمهای فرو رفته و پوست چروکیده از علائم دیگر بیماری است.

• تشخیص:

ویبریوکلرا باکتری خمیده به شکل ویرگول، گرم منفی، بدون اسپوروکپسول، دارای یک تارلرزان غلاف دار انتهایی می‌باشد و کاملاً متحرک است. گلوکز را بدون ایجاد گاز تخمیر می‌کند. اکسیداز، کاتالاز، مانیتول، لیزین و اورنی تین مثبت و اوره آز، MR,VP وآرژنین منفی می‌باشد. هیدروژن سولفوره ایجاد نمی‌نماید. بهترین درجه حرارت برای رشد آن ۳۷ درجه است و در دمای پائین‌تر از ۱۶ و بالاتر از ۴۲ درجه سانتی‌گراد رشد نمی‌نماید. در VpH-۹= به خوبی رشد می‌کند و در محیطهای اسیدی به سرعت از بین می‌رود.

جهت تشخیص ویبریوکلرا در مدفوع، آزمایش کشت مدفوع باید قبل از مصرف آنتی‌بیوتیک و بلافاصله بعد از اجابت مزاج انجام گیرد در غیر این‌صورت باید نمونه‌ی مدفوع یا سواب رکتال را در محیط ترانسپورت مناسب (Cary-Blair) قرار داده و به آزمایشگاه ارسال داشت.

ویبریون وبا در محیط آب پتیونه قلیایی به خوبی رشد می‌کند و بعد از ۶ تا ۱۲ ساعت پرده‌ی نازکی در سطح محیط تشکیل می‌شود که پس از مدتی ته نشین می‌گردد. در محیط انتخابی و اختصاصی TCBS (تیوسولفات سیترات بایل سالت سوکروز آگار) بعد از ۲۴ ساعت کلنی‌های شفاف در حدود ۱ تا ۳ میلی‌متر به رنگ زرد (ناشی از تخمیر سوکروز) تشکیل می‌دهد. همچنین از غده‌ی رشد در محیطهای TSI و KIA، تست اکسیداز مثبت و تست واکنش رشته String-reaction مثبت، به عنوان آزمایش‌های تأییدی استفاده می‌گردد. برای تشخیص نهایی ویبریون وبا باید از آزمایش آگلوتیناسیون توسط آنتی‌سرمهای اختصاصی «پلی والان»، «اینابا» و «اوگاوا» استفاده نمود.

• پیشگیری:

برای پیشگیری از انتشار وبا دواصل مهم و اساسی را باید مد نظر داشت:

۱) تأمین سلامت آب آشامیدنی و یخ سالم و مواد غذایی مورد مصرف عموم

۲) آموزش بهداشت جهت رعایت بهداشت فردی و اجتماعی

بیماری بیشتر در نقاط گرم ومرطوب دیده می‌شود ولی از اردیبهشت تا آبان ماه میزان بروز بیماری در ایران بیشتر است. در مناطق اندمیک میزان بروز درکودکان بیشتر از بالغان است.

▪ آب آشامیدنی که ممکن است آلودگی آن، در منبع یا ضمن انباشته شدن باشد. یخ آلوده نیز که ممکن است از آب آلوده تهیه شده باشد و یا در ضمن توزیع، آلوده شود در زمره‌ی آب آلوده محسوب می‌شود. آب آشامیدنی را باجوشانیدن یا کلرزنی باید سالم نمائید.

▪ اکثر دانه‌های خوراکی مرطوب مانند: برنج، ذرت، ارزن... و غذاهای مرطوب که کمی بعد از پختن آلوده شده‌اند و برای چند ساعت در دمای اتاق مانده‌اند محیطی عالی برای رشد ویبریوکلرا آماده می‌کنند.

▪ سبزی‌های خام و میوه‌هایی که با آب آلوده شسته شده باشند، همچنین غذاهای تهیه شده از آبزیان (غذاهای دریایی ناپخته و خام)، از منابع بیماری هستند.

▪ از آنجا که ویبریوکلرا درمحیط اسیدی نمی‌تواند زندگی کند، اسید معده سد خوبی در برابر ورود آنها به بدن است لذا بیمارانی که آنتی‌اسید

مصرف می‌کنند و یا تولید اسید معده آنها کاهش یافته است به وبا مستعدتر هستند. آبهای معدنی نیز به علت خاصیت اسیدی، سالم بوده و ویبریون وبا قادر به زنده ماندن در آن نیست.

افراد گروه خونی O علائم شدید بیماری وبا را بیشتر نشان می‌دهند اگر چه پاتوفیزیولوژی آن هنوز کاملاً مشخص نشده است.

● درمان:

هدف از درمان، جانشینی آب و الکترولیت‌های ازدست رفته از طریق اسهال و استفراغ می‌باشد. آب و الکترولیت ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران وبایی را تنها با محلول خوراکی ORS می‌توان جبران نمود. در موارد دزیدراتاسیون شدید، آب و الکترولیت را باید با سرعت از طریق محلولهای وریدی جبران کرد. در طی تجویز وریدی مایعات و پس از آن، به محض اینکه بیمار بتواند مایعات بنوشد باید از ORS استفاده کرد.

محلول رینگرلاکتات به علت داشتن ترکیب مناسب الکترولیتی، جهت درمان وریدی ارجح می‌باشد.

در موارد دزیدراتاسیون شدید، تجویز آنتی بیوتیک بر کاهش حجم و طول مدت اسهال، اثر مطلوب داشته و دوره‌ی عفونت‌زایی را کوتاه می‌کند.

۱) داکسی سایکلین، آنتی‌بیوتیک انتخابی WHO برای بزرگسالان (به جز زنان باردار) می‌باشد چرا که به صورت تک دوز تجویز می‌شود.

۲) تری متوپریم، سولفا متوکسازول، آنتی‌بیوتیک انتخابی WHO برای کودکان می‌باشد.

۳) فورازولیدون، آنتی‌بیوتیک انتخابی WHO برای زنان باردار است.

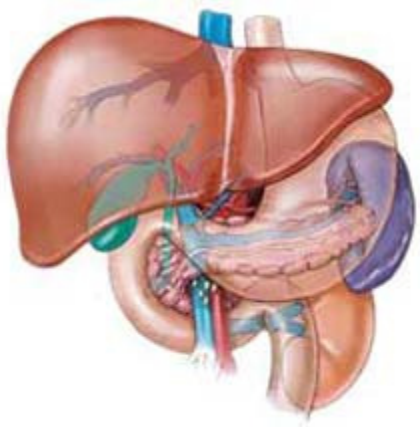
۴) در مواردی که آنتی‌بیوتیکهای پیشنهادی فوق موجود نباشد، یا درجاتی از ویبریوکلرا به آنها مقاومت داشته باشد می‌توان از اریترومایسین، کلرامفنیکل یا سیپروفلوکساسین استفاده کرد.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

http://vista.ir/?view=article&id=337960

vista.ir
Online Classified Service

وقتی چشمها زرد می‌شود



اندام نحیف، پوست و چشمان زرد و شکم‌های متورم جای شک باقی نمی‌گذارد که پای بیماری زردی در میان است. هزینه‌های سنگین دارو و درمان این بیماری به قدری است که همگان قادر به تامین این هزینه‌ها نیستند. تازه با این همه هزینه امید به بهبود هم در همه موارد وجود ندارد. افسوس که تنها غفلتی کوچک باعث این مشکلات شد. غفلتی که فرد را گرفتار هپاتیت کرد.

هپاتیت که در میان مردم به یرقان و زردی مشهور است، التهاب و تورم کبد است. هپاتیت ویروسی در اثر ویروس‌های مختلفی ایجاد می‌شود که به تورم و گاهی از بین رفتن کبد منجر می‌شود. مهم‌ترین انواع هپاتیت ویروسی هپاتیت‌هایB، A و C هستند. هپاتیت B و C می‌توانند آسیب کبدی مزمن ایجاد کنند.

بیشتر افرادی که به هپاتیت مبتلا می‌شوند، علامت و شکایت مشخصی ندارند، اما بعضی افراد علائمی شبیه آنفلوآنزا دارند که عبارتند از: بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، تب، ضعف، خستگی و درد خفیف شکم. علائمی که کمتر دیده می‌شوند، شامل ادرار پررنگ و زردی چشم‌ها و

پوست است. تنها راه کشف موارد مثبت از طریق آزمایش خون است.

● مشکلی برای بشریت

امروزه هپاتیت یکی از مشکلات بهداشتی عمده جهان است. براساس آخرین برآورد جهانی، حدود ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان حامل ویروس هپاتیت B هستند. هپاتیت B پس از بیماری‌های سل و مالاریا شایع‌ترین بیماری عفونی و مسری است. سالانه حدود ۵۰ میلیون نفر به تعداد افراد آلوده در دنیا افزوده می‌شود. همچنین حدود ۲۰۰ میلیون نفر به ویروس هپاتیتC آلوده‌اند. در ۱۰۲ کشور دنیا واکسیناسیون هپاتیتB انجام می‌شود که در بیش از ۷۵ درصد موارد مانع از بروز ابتلا جدید در کشور می‌شود. هرچند با توجه به این که رفتارهای خطرساز و اعتیاد تزریقی در دنیا روند رو به رشدی دارد، تعداد مبتلایان به هپاتیتC نیز در حال افزایش است.

مناطق جغرافیایی دنیا از نظر درصد انسان‌های آلوده به هپاتیت به ۳ دسته تقسیم می‌شود: منطقه اول آمریکا و اروپاست که مناطقی با آلودگی کم محسوب می‌شوند در این مناطق میزان ناقلان هپاتیت کمتر از ۲ درصد است. دومین منطقه مناطق با آلودگی متوسط است که آلودگی بین ۲ تا ۷ درصد است و سومین گروه مناطقی با آلودگی بالا همچون چین و تایوان است که میزان ناقلان بیش از ۷ درصد است. البته شیوع این بیماری در برخی نواحی آسیا و آفریقا بسیار بالاست و حتی به ۲۰ درصد نیز می‌رسد. در ایران طبق آمارهای موجود تا ۱۰ سال پیش در منطقه با شیوع متوسط قرار داشت (حداقل ۳ درصد ابتلا به هپاتیت در کشور) اما در حال حاضر با پیشگیری و اجرای واکسیناسیون کشوری، در برخی نواحی، میزان ابتلا به زیر ۲ درصد رسیده است. پیش‌بینی می‌شود در کشور ۲ میلیون نفر ناقل هپاتیتB هستند و سالانه بیش از ۵ هزار نفر بر اثر این بیماری فوت می‌کنند.

● هپاتیت از نوع A

این ویروس از طریق دستگاه گوارش فرد را آلوده می‌کند. حداکثر شیوع این بیماری بین سنین ۳۰ تا ۱۵ است. این ویروس براحتی در جامعه منتشر می‌شود. محتمل‌ترین راه سرایت راه مدفوعی دهانی از طریق تماس فردی است. بعضی محصولات رودخانه‌ای مثل صدف‌ها می‌توانند منبع آلودگی با ویروس باشند. آلودگی با ویروس هپاتیتA بندرت از طریق سرنگ و سوزن آلوده یا انتقال خون پیش می‌آید. با رعایت نکات بسیار ساده‌ای همچون شستن دست‌ها قبل و بعد از صرف غذا و رعایت بهداشت فردی، اختصاص وسایل شخصی خاص به بیمار و ضدعفونی کردن آنها، دفع بهداشتی فاضلاب و ضدعفونی کردن میوه‌ها و سبزیجات پیش از مصرف می‌توان جلوی انتقال ویروس این بیماری را گرفت.

● هپاتیت از نوع B

ویروس عامل هپاتیتB از طریق مایعات بدن، خون، مقاربت و در ماه‌های آخر حاملگی از مادر به جنین منتقل می‌شود. هپاتیتB در ۵ تا ۱۰ درصد مبتلایان تبدیل به حالت مزمن و گاهی به سرطان کبد منجر می‌شود. هپاتیتB در مردان شایع‌تر از زنان است. بیماری هپاتیت B در افرادی مانند بیماران تالاسمی و هموفیلی‌ها که به صورت مداوم خون و فرآورده‌های خونی دریافت می‌کنند، شایع‌تر است که البته با کارهای صورت پذیرفته در زمینه سالم‌سازی خون در سازمان انتقال خون تعداد این بیماران نیز کاهش یافته است.

در سال‌های اخیر در کشور تشخیص در مراحل اولیه، انجام بررسی‌های آزمایشگاهی، غربالگری و چکاپ افراد مثبت همگی به تشخیص زودهنگام هپاتیتB منجر شده و بر این اساس تصور می‌شود که شیوع هپاتیت در کشور رو به افزایش باشد؛ در حالی که آمارهای کشوری حاکی از روند رو به کاهش هپاتیتB است.

البته براساس گزارش‌های وزارت بهداشت، الگوی انتقال بیماری هپاتیتB از مادر به کودک به انتقال در میان جوانان در حال تغییر است که این به علت افزایش رفتارهای پرخطری مثل خالکوبی و رفتارهای جنسی نامطمئن در بین جوانان است.

● هپاتیت از نوع C

دوره نهفتگی این نوع هپاتیت ۶۰ تا ۳۰۰ روز است. بیماری از راه‌های خون، فرآورده‌های خونی آلوده، تزریقات و ابزار آلوده و همچنین از مادر به جنین سرایت می‌کند.

بیماری هپاتیتC برخلاف هپاتیتB در بیشتر موارد و بین ۸۰ تا ۱۰۰ درصد موارد به سمت مزمن شدن پیش می‌رود و تا زمانی که کبد را از بین ببرد، ادامه می‌یابد و فرد بیمار لزوما باید پیوند کبد شود.

یکی از دلایل اصلی پیوند کبد در جوامع غربی ابتلا به هپاتیتC است، این در حالی است که از ۲۰۰ مورد پیوند کبدی صورت گرفته در ایران صرفا ۲۰ مورد (۱۰ درصد) به علت هپاتیتC بوده است.

هپاتیتC در بین گروه‌های خاص مانند هموفیلی‌ها، تالاسمی‌ها و معتادان تزریقی شیوع بسیار بالاتری دارد. براساس آمار موجود۴۰ تا۵۰ درصد مبتلایان به هپاتیتC معتاد تزریقی هستند. تعدادی از بیماران هموفیلی بیماران تالاسمی (که قبل از سال ۷۵ خون گرفته‌اند) و بیماران دیالیزی نیز به این بیماری مبتلا هستند.

خالکوبی، استفاده از سرنگ مشترک در جمعیت روستایی و محیطهای بسته نظیر سرباز خانه‌ها و خوابگاه‌های دانشجویی از رفتارهای پرخطر در افزایش شیوع هپاتیتC محسوب می‌شوند.

بیماری هپاتیت C اکنون یکی از معضلات جدی کشورهاست که در کشور ما نیز جزو مهمترین بیماری‌های اصلی کبد محسوب می‌شود. این بیماری واکسن ندارد و امکان پیشگیری از آن هنوز فراهم نیست، به همین علت بیشتر تلاش‌ها در زمینه بیماریابی بموقع و درمان زودرس این بیماری متمرکز است. مهمترین عوامل انتقال این بیماری استفاده از خون آلوده، تزریق مشترک با سرنگ آلوده و رابطه جنسی غیرایمن است و از این نظر کاملا مانند بیماری ایدز است، اما ویروس این بیماری به مراتب قوی‌تر از ویروس بیماری ایدز است.

- هپاتیت از نوع D

تقریبا ۱۵ میلیون نفر در دنیا آلوده به ویروس هپاتیتD هستند. ویروس هپاتیتD برای همانندسازی خود از ویروس هپاتیتB و امکانات سلول میزبان استفاده می‌کند. این ویروس مانند هپاتیتB از طریق مایعات بدن انتشار می‌یابد. هر دو ویروس با یک روش مشترک به سلول میزبان متصل می‌شوند. یک فرد ممکن است به عفونت توام هپاتیتB وD مبتلا گردد. هپاتیتD در کودکان و افراد بالغ مبتلا به هپاتیتB ایجاد می‌شود. چون همانندسازی ویروس به وجود هپاتیتB لذا پیشگیری از هپاتیتB در پیشگیری از این ویروس موثر خواهد بود. واکسیناسیون هپاتیتB ، مصرف نکردن مواد مخدر تزریقی، حذف محصولات خونی آلوده و کنترل ناقلان ویروس از انتشار هپاتیتD نیز جلوگیری می‌کند.

- واکسیناسیون هپاتیت

زدن واکسن هپاتیتB نقش موثری در کاهش تعداد مبتلایان به هپاتیتB دارد. در کشور ما نیز از سال ۷۲ به بعد تمام نوزادان در بدو تولد واکسن هپاتیتB را دریافت می‌کنند و متولدان ۶۸ تا ۷۲ نیز از سال گذشته این واکسن را دریافت کردند.

با این حساب باید گفت خوشبختانه درخصوص بیماری هپاتیتB اکنون تقریبا همه کودکان و نوجوانان زیر ۱۲ سال علیه این بیماری واکسینه هستند و واکسیناسیون نوجوانان سنین بالاتر علیه این بیماری از سال گذشته آغاز شده که قرار است تا پایان امسال همه ۱۴تا ۱۸ ساله‌های کشور علیه این بیماری واکسینه شوند. البته این جدا از واکسیناسیون گروه‌های پرخطر جامعه مانند کادر پزشکی و خانواده بیماران مبتلا به هپاتیت است.

- خون‌های آلوده

یکی از دغدغه‌های اصلی دریافت‌کنندگان محصولات خونی ابتلا به هپاتیت در اثر خون آلوده است. انتخاب اهداکننده سالم، ارائه آموزش‌های عمومی به جامعه و انجام تست‌های لازم برای حفظ و تامین سلامت خون از برنامه‌های مشخص سازمان انتقال خون برای شناسایی و کاهش احتمال انتقال آلودگی از طریق تزریق خون و فرآورده‌های خونی است.

راه‌اندازی مراکز و ارائه خدمات مشاوره‌ای درخصوص هپاتیت B و C و ارائه مشاوره‌های لازم به افراد و خانواده‌های آنان که پس از اهدای خون آلودگی آنها محرز می‌شود، از دیگر برنامه‌های سازمان انتقال خون است.

- اعتیاد، راهی به هپاتیت

اعتیاد یکی از دلایل اصلی ابتلا به هپاتیت نوعB وC است. ویروس هپاتیت نوعB وC از طریق تزریق مشترک با سرنگ آلوده براحتی منتقل می‌شود. ایران به لحاظ موقعیت جغرافیایی در معرض اعتیاد تزریقی است. البته با توجه به این که ما در مجاورت کشورهایی با آمار بالای هپاتیتC قرار داریم، ایران در این خصوص در وضعیت مناسبی قرار دارد. میزان ابتلا در ایران در مقایسه با سایر کشورهای منطقه و با وجود همسایگانی نظیر افغانستان، پاکستان، عراق و ترکیه کم است.

در سال ۱۳۷۹ در زندان‌های کشور اپیدمی هپاتیتC در حدود ۲۰ درصد بود که با توزیع سرنگ یک بار مصرف در بین زندانیان و تغیر اعتیاد آنها از تزریقی به خوراکی، این بیماری کاهش یافت؛ به گونه‌ای که در سال ۸۴ حدود ۵ درصد از معتادان تزریقی به هپاتیتC مبتلا بوده‌اند.

- زیبایی مرگبار

انجام تاتو را اگر بتوان زیبایی نامید، باید گفت زیبایی مرگبار است. ویروس هپاتیت بسیار راحت منتقل می‌شود. حتی یک سوزن خالکوبی هم برای انتقال این ویروس کافی است. تنها کافی است وسایل تاتو به شکل صحیح و اصولی ضدعفونی نشوند.

متاسفانه کسانی که تاتو انجام می‌دهند یا برای این کار کم تعلیم دیده‌اند، یا اصلا تعلیم ندیده‌اند و اغلب نمی‌دانند چطور وسایل خود را ضدعفونی کنند و بهداشتی نگه دارند تا از انتقال بیماری‌های خونی مانند هپاتیت جلوگیری کنند. خالکوبی، شاهراهی برای ابتلا به هپاتیتB وC محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده کسانی که در سالن‌های تبلیغاتی، خالکوبی کرده‌اند ۹ بار بیشتر از کسانی که خالکوبی نکرده‌اند در معرض خطر ابتلا به هپاتیت C هستند. هپاتیت می‌تواند از طریق خالکوبی کردن به وسیله سوزن‌های استفاده شده از سوی مشتریان قبلی یا رنگ‌های استفاده شده، نقص در تکنیک ضدعفونی کردن یا انجام کارهایی مانند امتحان تیزی سوزن با دست و بعد تماس دست با پوست کسی که خالکوبی روی او انجام می‌شود منتقل شود.

● پیشگیری از بیماری

شناخت ناکافی بیماری، موجب شده زندگی با بیمار هپاتیتی اصلی‌ترین دغدغه اطرافیان بیمار شود، اما زندگی با یک فرد هپاتیتی، مثل زندگی با یک فرد عادی است، با این تفاوت که در صورت رعایت نکردن بعضی نکات ساده، شانس انتقال بیماری وجود دارد ولی اگر راه‌های انتقال هپاتیت‌ها را بشناسیم و رعایت کنیم، می‌توانیم با خیال راحت در کنار افراد بیمار زندگی کنیم. به عنوان مثال وسایل شخصی از قبیل حوله، تیغ، ناخن‌گیر، شانه و مسواک را که احتمال آلوده شدنشان به خون و فرآورده‌های خونی وجود دارد جدا کنیم. از سوی دیگر اگر بیمار مبتلا به هپاتیت B باشد، افراد خانواده می‌توانند با واکسیناسیون نسبت به این نوع هپاتیت مصونیت پیدا کنند.

● تا شقایق هست

برای بسیاری، هپاتیت بیماری ترسناکی است که آن را باید برابر با مخارج بسیار زیاد و سرانجام هم نابودی کبد دانست. کبدی که پیوند آن ۵۰ میلیون تومان هزینه دارد، ولی در حقیقت هپاتیت، آخر دنیا نیست. بیمار مبتلا به هپاتیت باید پیش از هرچیز باور داشته باشد بیماری‌اش قابل کنترل است. او باید به توصیه‌های پزشکان عمل کند، راه‌های مقابله و جلوگیری از پیشرفت بیماری را بشناسد و تلاش کند در کنار رعایت نکات درمانی و بهداشتی، زندگی روزمره‌اش را هم داشته باشد. صدالبته که برای انجام این کار حمایت خانواده و دوستان شخص مبتلا ضروری است تا بیمار احساس تنهایی و طرد شدن از جامعه نکند. به هر حال کسی که به هپاتیت مبتلا می‌شود، علاوه بر مشکلات جسمی در معرض یک فشار روانی بالا نیز قرار دارد. اینجاست که وظیفه جامعه و خانواده بیمار حکم می‌کند او را در مقابل این فشار روانی حمایت کنند تا بیمار باور کند دنیا به آخر نرسیده و تا شقایق هست زندگی باید کرد.

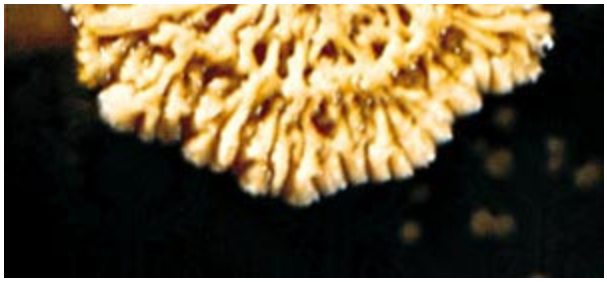
منبع : روزنامه جامجم

http://vista.ir/?view=article&id=351980

vista.ir
Online Classified Service

ولوواژینیت کاندیدایی

واژینیت، یک بیماری متداول ناحیه‌ی ژنیتال می‌باشد که هر ساله حدود ده میلیون از مراجعات پزشکی را به خود اختصاص می‌دهد. شایعترین عوامل ایجاد کننده‌ی واژینیتها، باکتریها بوده و کاندیدا آلبیکنس به عنوان دومین عامل مسبب این عفونتها محسوب می‌شود. کاندیدا آلبیکنس را می‌توان از دستگاه ژنیتال ۲۰ تا ۵۰ درصد زنان سالم بدون علامت که در سنین باروری قرار دارند، جدا نمود.



ارتباط هورمونی با این بیماری یعنی وجود استروژنها باعث می‌شود تا این مخمر از دختران نابالغ به ندرت جدا شده و بیماری در زنان بعد از دوران یائسگی با شیوع کمتری مشاهده شود.

ولوواژینیت کاندیدایی یک عفونت مخاطی فرصت‌طلب و شایع می‌باشد که بیشتر به علت قارچی به نام کاندیدا آلبیکنس ایجاد می‌شود. این بیماری بیشتردر زنان سالم در سن باروری ایجاد شده و باعث ناراحتی و گرفتاری آنها می‌شود که غالباً ناشناخته باقی می‌ماند. بنابراین بیمارانی‌که واژینیت مزمن دارند باید قطعاً مشخص شود که شرایط ابتلای آنها به علت عفونت مجدد، فرم عودکننده و یا دائمی بوده و همچنین عامل اختصاصی آن نیز تعیین گردد.

• انواع عفونت و فاکتورهای مستعد کننده:

شایعترین مخمرهای جدا شده از واژن شامل کاندیدا آلبیکنس (۸۵ تا ۹۰ درصد) کاندیدا گلابراتا (۵ تا ۱۰ درصد) وکاندیدا تروپیکالیس (۱ تا ۳ درصد) می‌باشد. سایر گونه‌های مخمری که از شیوع کمتری برخوردارند عبارتند از کاندیدا استلاتوئیده، کاندیدا کروزه‌یی، کاندیدا فاماتا و ساکارومایسس سرویسیه (۵/۰ تا ۲درصد).

بیش از دویست سویه‌ی ازکاندیدا آلبیکنس تاکنون شناخته شده است. تمامی سویه‌ها توانایی کلنیزاسیون (ایجاد پرگنه) را دارا بوده و می‌توانند باعث عفونت واژینیت شوند. با این حال سویه بیماریزای خاصی تاکنون شناخته نشده است. بین ۲۵ تا ۴۰ درصد از زنانی‌که دارای کشت مثبت کاندیدا از نمونه‌ی واژینال هستند، جزء ناقلان با علامت محسوب می‌شوند.

فاکتورهای مستعد کننده در میزبان که سبب عود و تکرار واژینیت کاندیدایی می‌شوند عبارتند از: حاملگی، مصرف داروهای خوراکی ضد بارداری، دیابت ملیتوس، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها، بیماری HIV، درمانهای با استروژن، چاقی، پوشیدن لباس‌های تنگ و با الیاف مصنوعی، کوتاه بودن آناتومیک فاصله‌ی بین واژن و مقعد و تغییرات ایجاد شده در ایمنی با واسطه‌ی سلولی در ناحیه‌ی واژن.

• بیماریزایی:

به رغم پیشرفتهای اخیر در زمینه‌ی میکروبیولوژی، هنوز هم اطلاعات محدودی در زمینه‌ی بیماریزایی این عفونت شایع قارچی موجود است. برای پیشرفت عفونت در واژن، وجود تغییراتی در اپیتلیوم واژن، فلور میکربی و میکرب‌ها لازم است.

به رغم اینکه واژینیت کاندیدایی بیشتر به علت نقص در عملکرد سلولهای CD۴ لنفوسیتهای T در ایمنی با واسطه‌ی سلولی ایجاد می‌شود ولی موارد با علامت کاندیدیاز همراه با تحریک پلی مرفونوکلئرهای نوتروفیلی و در نتیجه، ضایعات بدون التهاب همراه می‌باشد.

فلورباکتریایی واژن شامل چندین گونه از باکتریهای گرم مثبت و منفی، بی‌هوازی و بی‌هوازی اختیاری می‌باشد.

شرایط محیطی موجود در اپیتلیوم واژن ممکن است در تعداد جمعیت و یا ترکیب باکتریایی آن تأثیرگذار بوده و احتمالاً تمام انواع واژینیتها با فلورمیکربی واژن در ارتباط می‌باشند.

به نظر می‌رسد کاندیداها از ناحیه‌ی مجاور نظیر پری آنال می‌توانند خودشان را به واژن برسانند و با اینکه یک مخمر بی‌آزار محسوب شده ولی می‌تواند به یک مخمر بیماریزا تبدیل شود. فاکتورهای مؤثر در بیماریزایی کاندیدا آلبیکنس عبارتند از چسبندگی به سلولهای اپیتلیال واژن، وجود گیرنده‌های سلولی واژینال برای لیگاندهای کاندیدا، تبدیل جوانه‌ها به لوله‌ی زایا و ترشح آنزیمهای پروتئولیتیک، فسفولیپازها وسموم کاندیدایی.

تغییر در محیط واژن معمولاً لازمه‌ی هر گونه بیماریزایی و ایجاد علائم بیماری قبل از ایجاد ضایعات پاتولوژیک توسط ارگانیزم می‌باشد.

• کاندیدیاز مزمن وعود کننده:

۵ فاکتور در بروز موارد مزمن یا تکرار شونده‌ی بیماری دخالت دارد.

۱) منبع روده‌یی:

گونه‌های کاندیدا در روده‌ی بزرگ زندگی کرده و در آمپول مقعدی وجود دارند واز آنجا معمولاً به دنبال اجابت مزاج به ناحیه‌ی خارج از مقعد مهاجرت کرده و در ناحیه‌ی پری آنال، جایی که به راحتی می‌تواند به واژن منتقل شوند، تجمع می‌یابند.

۲) انتقال جنسی:

با آنکه حدود ۲۰ درصد از مردانی که همسرشان به عفونت عود کننده‌ی واژینیت کاندیدایی مبتلا هستند، حامل گونه‌های کاندیدا در ناحیه‌ی پنیس

خود می‌باشند، با این حال انتقال جنسی در این بیماری نقش بسیار محدودی دارد.

۳) پایداری ارگانیسم‌های ناحیه‌ی واژن:

بیش از ۹۰ درصد زنان دچار عفونت حاد واژینیت کاندیدایی، پس از درمان با داروهای ضد کاندیدایی، معمولاً از نظر کشت قارچی منفی می‌شوند. ولی ۴ تا ۶ هفته بعد، حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از این زنان که بدون علامت نیز هستند از نظر کشت قارچی مثبت می‌شوند.

۴) واکنش حاد ازدیاد حساسیت اکتسابی:

آنتی‌ژنهای کاندیدایی ممکن‌است یک واکنش ازدیاد حساسیت حاد در زنان مبتلا به واژینیت کاندیدایی عود کننده ایجاد کنند. این بیماران غالباً دارای علائم بالینی شدید نظیر قرمزی، ورم، راش و خارش همراه با حداقل ترشحات واژن و تعداد کم ارگانیسم دارند. در تعدادی از بررسی‌ها با از بین بردن حساسیت آنتی‌ژن کاندیدا، تعداد موارد عود کننده را کاهش داده‌اند.

۵) کاهش فاکتورهای محافظت کننده‌ی واژن:

درگذشته کاهش یا تغییر در فلور واژن خصوصاً لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس (پراکسیدواسیدلاکتیک تولید نمی‌کند) را مرتبط با عود عفونت ولوواژینال می‌دانستند. ولی یافته‌های امروز نقش آن را کمتر از گذشته می‌دانند و اخیراً نیز بر این باورند که رحم با ایجاد ایمونوگلبولین‌های محافظت کننده در محیط واژن در جلوگیری از عفونت‌های مقاوم و تهاجمی قارچی در زنان در بعد از مرحله‌ی یائسگی نقش دارد.

- تشخیص:

کاندیدیاز با ترشحات غلیظ و دلمه‌یی شکل سفید به همراه خارش و پرخونی، قرمزی و حالت سایش پوست در ناحیه‌ی واژن همراه است.

معمولاً در کاندیدیاز ساده pH واژن حدود ۸/۳ تا ۲/۴ و به میزان طبیعی است. بررسی میکروسکوپی ترشحات وجود هیفا و مخمر در حال جوانه زدن را در حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد موارد نشان می‌دهد.

در صورت عدم وجود علائم و نشانه‌ی خاص، تشخیص برپایه‌ی تاریخچه یا معاینه‌ی فیزیکی را به تنهایی منتفی می‌سازد. تشخیص بیماری توسط خود فرد تنها در حالتی که ترشح، خارش و قرمزی حاد در بیمار وجود دارد، امکان پذیر است.

کشت مثبت واژن باید همراه با علائم ونشانه‌های بیماری باشد. ادعای خود بیمار مبنی بر وجود خارش (بارزترین علائم کاندیدا) بدون ترشحات تنها پیش بینی کننده کاندیدیاز وولواژینال در ۳۸ درصد بیماران است.

همچنین نقش شریک‌های جنسی مذکر در ایجاد پاتوژنز در مجرای تناسلی زنان قابل اغماض است زیرا تنها ۵۴ درصد از شریکهای جنسی بیماران حامل قارچ، دارای علائم هستند.

درمان مؤثر به تشخیص دقیق وابسته است. وجود علائم ولوواژینیت همیشه دال بر اتیولوژی بیماری نیست.

تشخیص دقیق بر پایه‌ی گرفتن تاریخچه، معاینه‌ی کامل لگن و اندازه‌گیری pH واژن، تهیه‌ی اسمیر پاپانیکولا، تهیه‌ی نمونه‌ی مرطوب با پتاسیم هیدروکسید و کشت ترشحات واژن از نظر باکتری ویروس و قارچ می‌باشد.

- درمان:

درمان‌هایی که امروزه برای عفونت‌های وولوواژینال قارچی مزمن و عود کننده به کار می‌رود کاملاً تجربی بوده، و بر پایه‌ی شواهد موجود نمی‌باشد. بررسی‌های اخیر توسط Sobel نشان داده است که درمان کامل یک هفته‌یی با فلوکونازول می‌تواند میزان عود کاندیدیاز واژینال را کاهش می‌دهد.

اصول درمان برپایه‌ی درمان کامل و سپس درمان نگهدارنده تا شش ماه می‌باشد. قطع درمان در ۵۰ درصد بیماران منجر به بازگشت عفونت می‌گردد. درمانهای کمکی نیز در موارد عفونت‌های سرسخت باید در نظر گرفته شود. همچنین درمان خوراکی شامل ۲۰۰ میلی‌گرم کتوکونازول به صورت روزانه برای ۱۴ روز یا ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم فلوکونازول روزانه به مدت ۳۰ روز است، دوز نگهدارنده‌ی خوراکی ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم فلوکونازول در هفته به مدت ۶ ماه و یا ۴۰۰ میلی‌گرم ایتراکونازول روزانه به مدت ۶ ماه است.

درمواردی که درمان با کتوکونازول انجام می‌شود. بررسی تغییرات آسپارتات آمینوترانسفراز، آلانین، و گلبول‌های سفید خون توصیه می‌شود.

یک درمان دیگر استفاده از پودر بوریک اسید درکپسول‌های ژلاتینی می‌باشد که به صورت داخل واژنی به مدت ۱۴ روز استفاده شود.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

http://vista.ir/?view=article&id=285907

وهم سبز

وهم سبز، نوعی بیماری مسری ویروسی است که اغلب رانندگانی را که پشت چراغ راهنمایی قرار می‌گیرند، دچار توهم بینایی در زمینه رنگ‌ها می‌کند...

● تیولوژی

عامل این بیماری ویروس خطرناکی است به نام De - zood-bash-bejonb که در چهارراه‌هایی که چراغ راهنمایی دارند، به وفور و به طور منتشر وجود دارد.

این ویروس فوق العاده مقاوم است و برف و باران و سردی و گرمی هوا، تغییرات فصول و حتی توفان و زلزله نیز در کاهش شیوع آن تاثیری ندارد. دوره کمون این بیماری بسیار کوتاه و حداکثر چند ثانیه تا یک دقیقه است.

● آسیب شناسی

وهم سبز در اثر تهاجم ویروس مذکور به چشم و ایجاد اختلال در سلول‌های شبکه بینایی بروز می‌کند و به سبزدیدن رنگ‌های قرمز و زرد منجر می‌شود.

● اپیدمیولوژی

رانندگانی از اقشار آسیب‌پذیر که ژیان، پیکان و سه چرخه موتوری می‌رانند و همچنین رانندگان از قشر مقاوم نسبت به هرگونه آسیب اجتماعی، که اغلب سوار بنز و ماکسیما یا بی ام و هستند، هر دو تقریبا به یکسان دچار این بیماری می‌شوند. گرچه شدت این عارضه اغلب در گروه اخیر بیشتر است.

مبتلایان اغلب علاقه زیادی به سبزی‌ها و خیار و کاهو و سیب سبز دارند و از سیب سرخ و تربچه نقلی قرمز به شدت بیزارند.

مواردی از شوک ناگهانی ناشی از نشان‌دادن گوجه‌فرنگی به بیماران مبتلا به شکل حاد، گزارش شده است.

● عوامل مستعدکننده

اکثر منابع معتبر، عوامل مساعدکننده برای ایجاد این اختلال بینایی را برای اقشار آسیب‌پذیر، تعجیل برای رسیدن به صف بانک برای پرداخت قبوض و صف‌های حراجی‌ها، گوشت، روغن و سایر مایحتاج اعلام کرده‌اند.

برای اقشار غیرآسیب‌پذیر، عواملی مانند عجله برای رسیدن سر قرار، خرید آدامس و عینک آفتابی و گوشی جدید موبایل و یا شرکت در پارتی به عنوان عوامل تشدیدکننده این بیماری ذکر شده است.

● نشانه‌شناسی بالینی

وهم سبز اغلب به دو شکل حاد و تحت حاد بروز می‌کند:

▪ شکل حاد:

توهم بینایی همواره وجود دارد و راننده اصولا رنگ قرمز را همیشه به رنگ سبز پررنگ می‌بیند و بدون توجه به چراغ قرمز راهنمایی از چهار راه عبور می‌کند. بسیاری از رانندگان خودروها و اغلب موتورسواران و دوچرخه‌سواران به شکل حاد به این عارضه مبتلا می‌شوند.

▪ شکل تحت حاد:

توهم بینایی به تدریج عارض می‌شود. راننده مبتلا پس از دیدن چراغ قرمز، ابتدا تا آنجا که ممکن است آهسته آهسته جلوتر می‌رود و از خط‌کشی مخصوص عابر پیاده هم می‌گذرد. سپس با گذشت ثانیه‌ها ناآرامی‌هایی به این اشکال و صور در راننده مبتلا تظاهر می‌کند:

- ور رفتن عصبی با دسته دنده، گازدادن، دندان قروچه و ذکر زیر لبی پاره‌ای کلمات بسیار متین و مودبانه خطاب به بانی چراغ و مخترع رنگ قرمز، خروج بعضی اصوات نامفهوم از دهان مانند آه، اخ، اه، وه، وای، اوف و پوف و جز آن.

- سپس فرد مبتلا سانتی‌متر به سانتی‌متر خودروی خود را باز هم جلو و جلوتر می‌برد و راه عبور رانندگان طرف مقابل را می‌بندد. بیمار اغلب در این هنگام با دیدن عکس‌العمل رانندگان دیگر، انگشت اشاره دستش را توی گوش خود فرو می‌کند، بینی خود را چند بار از راست به چپ می‌مالد و یا پس کله خود را می‌خاراند.

- با زرد شدن چراغ راهنمایی طرف دیگر، نشانه‌های بیماری شدت می‌گیرد. این نشانه‌ها به صورت بوق‌های ممتد خودرو ظاهر می‌شود.

- با روبه‌رو شدن با اعتراض رانندگان دیگر، فرد مبتلا اغلب مشاغل نه چندان مطلوب و مودبانه‌ای را برای بعضی از خانواده و اقوام درجه یک رانندگان دیگر در نظر می‌گیرد و با بیرون بردن سر از پنجره خودرو، نظر و پیشنهاد خود را به آنان اعلام می‌کند.

در این حالت است که ناگهان توهم بینایی به اوج خود می‌رسد و فرد مبتلا، چراغ راهنمایی را کاملا به رنگ سبز دیده و خودرو را با شتاب به حرکت در می‌آورد.

● پیشگیری

وجود عوامل انتظامی‌در سر چهار راه‌ها به نحو چشمگیری در کاهش اختلالات بینایی مبتلایان موثر است و نشان‌دادن کاغذهایی موسوم به برگ جریمه، گاهی به طور معجزه‌آسایی نشانه‌ها و آثار این عارضه را در قشر آسیب‌پذیر از بین می‌برد.

اما تنها واکنشی که پس از دیدن برگ جریمه در مبتلایان غیرآسیب‌پذیر گزارش شده، بروز تحرکاتی در صورت، و اعوجاجاتی در لب‌های فرد مبتلا است که برخی از محققان با اصطلاح پوزخند و برخی دیگر از پژوهشگران با کلمه ریشخند از آن نام برده‌اند.

● درمان

تقریبا بیشتر کتاب‌های مرجع و معتبر چشم‌پزشکی اجتماعی، درمان اساسی این نقص بصری و توهم بینایی را منحصرا با کرام‌الکاتبین دانسته‌اند.

منبع : هفته نامه سپید

http://vista.ir/?view=article&id=345732

vista.ir
Online Classified Service

ویروسهای هوایی

این مسأله‌ی حفاظت در برابر ویروسهای هوازاد airborne سوال مهمی است چون همه‌ی مواظبتهایی که در مقابل تمام ویروسهای تنفسی انجام می‌شود قابل تطبیق با آنفلوانزای انسانی و نیز آنفلوانزای فوق حاد پرندگان است و این در صورتی است که جهش انسان به انسان شکل گیرد. قبل از هر چیز لازم است به این مطلب اشاره شود که شستشوی مکرر دست گسترش ویروسهای آنفلوانزا را کاهش می‌دهد و باید بهوش و آگاه باشید

که به هنگام دست دادن و یا روبوسی ممکن است ویروس‌های آنفلوانزا گسترش پیدا کنند. این قبیل اعمال دوستانه ویروس‌های مختلف تنفسی را پخش می‌نمایند. عطسه و یا سرفه ممکن است ویروس را تا ۵/۳ متر گسترش دهند و در سوق دادن ویروس مؤثر واقع شوند. دود سیگار نیز ویروسهای تنفسی را گسترش می‌دهد و بنابراین سیگاری‌ها (و دوستان سیگاری‌ها) باید به هنگامی که مریض هستند خیلی مواظب باشند که در اتاقهای با ازدحام جمعیت سیگار نکشند.

جداسازی افراد بیمار بهترین حفاظت در مقابل گسترش ویروس آنفلوانزا است. متأسفانه یک فرد بیمار ویروس را چند روز قبل از اینکه از نظر بالینی مریض شود ممکن است گسترش دهد. در تماس‌های نزدیک در مردمی که مریض هستند باید امکان گرفتن بیماری را پیش‌بینی کرد و باید تماسهای شخصی را به حداقل رساند تا از گسترش بیماری جلوگیری به عمل آید.

در مورد استفاده از واکسن آنفلوانزا در انسان لازم است به این نکته توجه شود که این کار از نظر تأمین امنیت عمومی کمک می‌کند و در این رابطه افراد با خطر بالا (سالخوردگان، افراد آسماتیک، افراد مبتلا به آمفیزم و دیابتی‌ها، اطفال، زنان آبستن و افرادی که ایمنی آنها در معرض سوء ظن قرار می‌گیرد) به واسطه‌ی کاهش مقدار ویروس در گردش اهمیت زیادی دارد.

نتایج بررسی‌های محققان علوم پزشکی در کشور انگلستان در سال جاری نشان داده است که در سالخوردگان نجات زندگی با اثرات خفیفی در رابطه با واکسیناسیون همراه بوده است و در طول سه دهه‌ی اخیر این وضعیت در سالخوردگان به اثبات رسیده است اما هنوز هم استفاده از واکسن برای افرادی که سنشان بالاتر از ۶۵ سال است توصیه می‌شود چون به نظر می‌رسد انجام واکسیناسیون در این قبیل افراد خطر دچار شدن به عوارض شدید آنفلوانزا را نظیر پنومونی که ممکن است به بستری شدن بیمار منجر شود تقلیل بخشد.

روی همین اصل برای کلیه‌ی افرادی که در خطر بالای ابتلای به آنفلوانزای مرغی هستند مثل سالخوردگان و اطفال و مرغداران و کارگران مرغداری‌ها و دامپزشکان طیور و کسانی که در آزمایشگاههای تشخیص طبی کارمی‌کنند و خانمهای خانه‌داری که به نحوی در آماده‌سازی مرغ برای طبخ اقدام می‌نمایند واکسیناسیون سالیانه علیه آنفلوانزا توصیه نشده است و برای افرادی که سنشان بالاتر از ۵۰ سال است و دچار بیماریهای مزمن هستند نیز توصیه می‌شود.

متأسفانه به علت اینکه واکسن آنفلوانزا هنوز هم به وسیله‌ی کشت ویروس در محیط کشت تخم مرغی (تکنولوژی قدیمی ۵۰ ساله) صورت می‌گیرد آنهایی که به آلرژی‌های تخم‌مرغی مبتلا هستند غالباً نمی‌توانند آنرا تحمیل نمایند و همانگونه که همکاران پزشک اطلاع دارند واکسن آنفلوانزا که به طور سالیانه مورد استفاده قرار می‌گیرد و حمایتی علیه آنفلوانزای مرغی ایجاد نمی‌کند و این موضوعی است که باید در مورد آن بحث شود و مورد مشاوره و انتقادات علمی قرارگیرد چون حفاظت متقاطع از یک سوش ویروس آنفلوانزا به دیگری مطرح است اما حفاظت معنی‌دار در مقابل سوش H۵N۱ مشخص نشده است. هم اکنون مطالعاتی در مورد واکسنی در حال انجام است که بتواند تمام سوشها را که شامل H۵N۱ نیز می‌باشد پوشش دهد و ممکن است این واکسن برای مدت حداقل ۱۰ سال حفاظت در مقابل کل سوشهای آنفلوانزا را به وجود آورد. در صورتی که یک چنین واکسنی از نظر تجارتی در دسترس قرار گیرد محققاً سیاستگزاریهای پیشگیری را برای پاندمیک‌های آنفلوانزا تغییرخواهد داد. در ضمن واکسنی که در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد فقط برای مدت یک سال خوب است و علت این مسأله این است که سوش غالب آنفلوانزا از سالی به سال دیگر تغییر می‌کند.

بیماران در کاتگوری خطر بالا باید به این مطلب نیز توجه نمایند که واکسن پنومونی نیز برای آنها لازم است. واکسن پنومونی برای مدت ۵ تا ۱۰ سال دوام ایمنی به همراه دارد و ۲۳ سوش متفاوت پنومونی پنوموکوکسی را پوشش می‌دهد که خود یک نوع عارضه‌ی بالقوه‌ی تهدید کننده‌ی زندگی است. تقریباً ۵۰% مرگ‌ها در طول فصل آنفلوانزا از پنومونی ناشی می‌شوند و اکثریت وسیعی از آنها از پنوموکوک باکتریایی هستند که عموماً به وسیله‌ی واکسن پنومونی پوشش داده شده‌اند.

هرگاه پاندمی آنفلوانزای مرغی وجود داشته باشد واکسن پنومونی دستیار مفیدی خواهد بود چون مردم را از عوارض ثانویه شدیدی که به حدود نصف موارد مرگ منجر می‌شود حفاظت می‌کند.

در حال حاضر هیچ واکسن تجارتی برای آنفلوانزای پرندگان به منظور استفاده در انسان در دسترس نیست اما واکسنی برای ویروس H۵N۱ تکامل

پیدا کرده و انستیتوی ملی بهداشت (NIH) به طور معمول در جمعیت سالخوردگان داوطلب آزمایش کرده و نتایج خوبی تاکنون به دست آورده است اما چون سوش فعلی H۵N۱ آنفلوانزای پرندگان به فرمی که بتواند به طور روتین مردم را مبتلا کند جهش پیدا نکرده در حال حاضر مورد استعمالی برای این واکسن توصیه نشده است. هرگاه H۵N۱ جهش پیدا کند ممکن است به فرمی تغییر پیدا نماید که فقط تا حدی به وسیله‌ی واکسن فعلی تحت تأثیر قرارگیرد. در فرم فعلی H۵N۱ به نظر می‌رسد که دوزهای بالا(که در دو تزریق جداگانه مصرف می‌شوند) برای به وجود آوردن ایمنی لازم شود.

واکسن مشابهی تکامل حاصل کرده که کاملاً در پرندگان مؤثر بوده است و متجاوز از ۲۰ میلیون پرنده در چین تاکنون با این واکسن واکسینه شده‌اند و تلاشی برای کمک به کنترل H۵ N۱ صورت گرفته و این در حالی است که هنوز هم مراحل اولیه را در جمعیت طیور طی می‌کند و به تولید انبوه نرسیده است و بررسی در این خصوص ادامه دارد.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

http://vista.ir/?view=article&id=340969

vista.ir
Online Classified Service

ویروسی در بخش نوزادان

هر سال، در روزهای سرد زمستان خبرهایی درباره ویروسی که بیشتر در کمین نوزادان است، منتشر می‌شود. چندی پیش، از رادیو شنیدیم که ویروسی به نام رسپیرتیوری سین شیسال ویروس در بچه‌ها ایجاد عفونت‌های چشمی می‌کند و سپس خود را به ریه‌ها رسانده و در آنجا لانه کرده و آنها را به شدت بیمار می‌کند. از این رو، خواستیم تا بیشتر شما را با این عامل بیماری‌زا آشنا کنیم.

ویروس(RSV) از شایع‌ترین عفونت‌هایی است که بچه‌های زیر یك‌سال را مبتلا می‌کند. این بیماری شباهت زیادی به سرماخوردگی دارد، به این ترتیب که در کودك تب بالایی ایجاد می‌کند، قرمزی بینی و خس‌خس سینه از دیگر علامت‌های این بیماری است که در نهایت عفونت شدید در ریه‌ها و مجاری تنفسی ایجاد می‌کند و حتی در برخی از موارد کودك راهی بیمارستان می‌شود.

این ویروس، یك عامل عفونت‌زای بیمارستانی بوده، به این ترتیب که در نوزادانی که به هر دلیلی به بیمارستان می‌روند، امکان دارد پزشك و یا پرستاری که با نوزاد در تماس مستقیم است، به یك سرماخوردگی ساده مبتلا باشد و این ویروس را به این کودکان انتقال دهد.

در این حالت پنومونی ظاهر می‌شود. این عامل بیماری‌زا اغلب در بیمارستان‌ها و در بخش نوزادان می‌تواند اپیدمی ایجاد کند. نکته مهم درباره این بیماری آن است که تشخیص آن با روش‌های آزمایشگاهی امکان‌پذیر بوده و گاهی اگر درمان با تأخیر انجام شود، می‌تواند کودك را به کام مرگ بکشاند.

حتما از خود می‌پرسید که چرا این ویروس اول در چشم‌ها ایجاد عفونت می‌کند و سپس در ریه‌ها؟ باید در جوابتان بگوییم که این ویروس نیز مانند سایر عواملی که ایجاد سرماخوردگی می‌کنند، از راه مخاطات در بدن انتشار می‌یابد. به این دلیل است که دست زدن به سطوحی که امکان آلودگی در آنها بیشتر است و بردن آنها به دهان و یا تماس با چشم می‌تواند این آلودگی و در نهایت این بیماری را در بچه‌ها ایجاد کند. باید اضافه کنیم که این بیماری در بزرگسالان با ظاهری آرام و معمولی اما در بچه با ظاهری پرهیاهو و حتی خطرناك ظاهر می‌شود.

جالب است بدانید که این عفونت در روزهای سرد زمستان شایع‌تر بوده و شمار بچه‌هایی که به این عامل بیماری‌زا آلوده می‌شوند، بالاتر می‌رود.

حتما می‌پرسید که ابتلا به این بیماری چند روز طول می‌کشد؟ باید بگوییم که این بیماری در برخی از بچه‌ها یك هفته و در برخی دیگر سه هفته زمان لازم دارد تا بهبودی کامل حاصل شود.

متأسفانه داروی خاصی برای درمان این بیماری وجود ندارد و درمان آن به شکل علامت درمانی به انجام می‌رسد. به این دلیل است که به محض کوچك‌ترین علامت ابتلا باید آن را کاملا جدی گرفت و کودك را تحت نظر یك متخصص مجرب قرار داد. در آخر باید اضافه کنیم که متخصصان در سراسر دنیا در تلاش هستند، واکسن و یا دارویی برای درمان این عفونت تهیه کنند اما تا به امروز موفق نشده‌اند.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=248989

vista.ir
Online Classified Service

هاری

۱) تعریف - بیماری هاری یک التهاب حاد مغزی آنسفالیت حاد و تقریباً بدون استثناء کشنده است که با نشانه های احساس دلهره ، سردرد ، تب ، بیقراری و تغییرات مبهم و حسی که اغلب در ناحیه گاز گرفته شده بدن ملموس است ، تظاهر می کند . هیجان و ترس از جریان هوا از نشانه های شایع این بیماری است . نشانه های بیماری به طرف فلج خفیف و ناکامل و یا کامل پیشرفت می کند . انقباض عضلات بلعی به ترس از آب می انجامد (آب ترسی) و متعاقب آن هذیان گویی و تشنج پیش می آید . مرگ اغلب در اثر فلج دستگاه تنفسی پیش می آید . تشخیص هاری به وسیله آزمایش بافت رنگ آمیزی شده مغز می باشد .

۲) عامل عفونت - ویروس هاری یک رابدو ویروس از جنس لیزا ویروس است .

۳) وقوع - هاری با سالیانه حدود ۲۵ تا ۴۰ هزار مورد مرگ که تقریباً تمام آن در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد ، گسترش جهانی دارد .

هاری بیشتر یک بیماری حیوانی است . کشورهایی که در حال حاضر عاری از هاری حیوانی هستند عبارتند از : استرالیا ، نیوزیلند ، نیوگینه ، ژاپن ، هاوایی ، تایوان ، اقیانوسیه ، بریتانیا ،ایرلند ، ایسلند ، قسمتهای مرکزی

نروژ ، سوئد ، فنلاند ، پرتقال ، یونان و بعضی از جزایر ویست ایندیز و جزایر آتلانتیک . هاری شهری (هاری سگ) ، به وسیله سگ منتقل می شود در حالی که هاری روستایی یک بیماری گوشتخواران وحشی و خفاشها است ، که گاهی به مناطق شهری و به سگ ، گربه و یا دامهای اهلی منتقل می شود . در اروپا ، هاری روباه انتشار وسیع داشته است ولی تعداد موارد آن از سال ۱۹۷۸ که واکسیناسیون خوراکی این حیوان شروع شده است رو به کاهش است.

۴) مخزن - بسیاری از حیوانات وحشی خانواده (سگسانان) از جمله سگ ، روباه کویوت ، گرگ ، شغال ، اسکونک ، راکون ، مونگوز و سایر حیوانات گازگیرنده مخزن طبیعی این ویروس هستند . در مکزیک و آمریکای جنوبی خفاشهای خونخوار و میوه خوار و حشره خوار نیز آلوده به ویروس هاری وجود دارند . د رایالات متحده آمریکا ، کانادا و اخیراً اروپا خفاشهای حشره خوار آلوده به ویروس یافت می شوند . در کشورهای در حال توسعه هنوز سگ مخزن اصلی ویروس است . خرگوش ، سنجابهای درختی و زمینی و موشهای مختلف نیز به ندرت آلوده می شوند ولی درمان کسانی که ممکن است به وسیله این حیوانات گاز گرفته شوند کمتر ضرورت پیدا می کند .

۵) روش انتقال - بزاق حیوان هار حاوی مقادیر زیادی ویروس است که با بریدگیهای ناشی از گاز و یا خراش وارد بدن میزبان می گردد (ویروس خیلی به ندرت از طریق بریدگیهای ناشی از طریق مخاط سالم نیز وارد بدن میزبانها می شود). چون بزاق انسان ممکن است حاوی ویروس باشد بنابراین می توان تصور تنمود که انتقال بیمرای از یک شخص به شخص دیگر از طریق بزاق دهان نیز امکان دارد ولی هرگز این شکل که از انتقال ویروس گزارش نشده است . ابتلای به هاری در اثر پیوند عضو (قرنیه از فوت شدگانی که به دلیل یک عارضه تشخیص داده نشده اعصاب مرکزی فوت کرده اند) نیز گزارش شده است . انتشار ویروس از طریق هوا در آزمایشگاه و غارهایی که مسکن تعداد بسیار زیادی خفاش بوده است به ندرت گزارش شده است .

۶) دوره کمون - معمولاً بین ۳ تا ۸ هفته است . این مدت ممکن است بر اساس وسعت زخمها ، محل گازگرفتگی در ارتباط با میزان رشته ها و شبکه عصبی محل ، فاصله آنها با مغز ، مقدار ویروس وارده شده ، موانعی مانند البسه و عوامل دیگر به ندرت به کوتاهی سال برسد . دوره کمون طولانی قبل از دوران بلوغ در افراد دیده شده است .

۷) دوره واگیری - این دوره در سگ گربه از ۳ تا ۱۰ روز قبل از ظهور نشانه های بالینی شروع و (به ندرت بیش از ۴ روز) و در تمام دوران بیماری ادامه دارد .

۸) حساسیت و مقاومت - تمام پستانداران به ویروس هاری حساس هستند و به نظر می رسد که مقدار حساسیت در ارتباط با سوش ویروس باشد . انسان بیشتر از چند گونه حیوان به این ویروس مقاوم است . تقریباً تنها ۴۰ درصد از ایرانیانی که با حیوانات هار گزیده شده و درمان نشده اند ، مبتلا به این بیماری شده اند.

۹) کنترل

الف) پیشگیری :

۱) ثبت نام و صدور پروانه نگهداری سگ ، واکسیناسیون تمام سگها ، جمع آوری و معدوم کردن حیوانات بی صاحب و ولگرد در کشورهایی که هاری حیوانات به صورت بومی وجود دراد ، ضروری است . تمام گربه ها نیز باید واکسینه شوند مردم و صاحبان حیوانات خانگی باید به لزوم محدود کردن حرکت سگ و گربه آشنا شوند .

مردم باید بدانند که نگهداری حیوانات وحشی به عنوان حیوان خانگی خطرناک است .

۲) برنامه دائمی بیماریابی در حیوانات باید در دست اجرا باشد . امکانات آزمایشگاهی برای انجام آزمایش بر روی حیوانات وحشی که انسان و سایر حیوانات را در معرض ابتلا قرار داده اند و همچنین حیوانات اهلی که نشانه های بالینی بیماری را دارند ،باید فراهم گردند . پزشکان ، دامپزشکان و مأموران کنترل حیوانات باید برای آشنایی با بیماری ، معدوم کردن و آزمایش کردن حیواناتی که انسان و حیوانات اهلی را در معرض آلودگی قرار داده اند ، آموزشهای لازم را بگیرند.

۳) سگ و گربه ظاهراً سالم که انسان را گاز گرفته باید برای ۱۰ روز نگهداری و تحت نظر باشد (ممکن است سگ و گربه ناخواسته را بلافاصله کشت و نمونه بافت مغزی آنها را برای تشخیص بیماری با روش فلورسنت آنتی بادی آزمایش کرد) ، سگها و گربه هایی که نشانه های بالینی مشکوک دارند باید کشته شده و برای هاری آزمایش شوند . وقتی حیوانی گاز می گیرد اگر مبتلا به هاری باشد معمولاً در مدت ۴ تا ۷ روز نشانه های بیماری را با تهیج شدن ، تغییر در رفتار و یا فلج و بالاخره مرگ نشان خواهد داد . تمام پستانداران وحشی که شخص را گاز می گیرند باید

بلافاصله کشته و مغز آنها برای تشخیص هاری آزمایش شود اگر حیوانی که ظاهراً رفتاری عادی دارد و یا یک حیوان با ارزش باغ وحش انسان را گاز گرفت می توان آن شخص را تحت درمان پیشگیری کننده بعد از گازگرفتگی قرار داد و حیوان را معدوم نکرده و برای ۳ تا ۱۲ هفته در قرنطینه تحت نظارت قرار داد .

۴) سرحیوان مرده ای را که مشکوک به ابتلا به هاری است باید فوراً بدون دستکاری به همراه یخ بسته بندی کرد (نباید منجمد شود) و برای تشخیص با روش ایمنوفلورسنت آنتی بادی و در صورت امکان انجام این آزمایش برای جستجوی اجسام نگری و سپس تزریق به موش آزمایشگاهی ، به آزمایشگاه ارسال داشت .

۵) سگ و گربه واکسینه نشده که به وسیله حیوان مسلم هار گزیده شده اند باید بلافاصله معدوم شود و در صورتی که حیوان کشتنی نباشد برای ۶ ماه در محلهای خاص و تأیید شده تحت نظر دامپزشک در قرنطینه نگهداری شده و ۳۰ روز قبل از آزاد شدن واکسینه گردد . در صورتی که این حیوان قبلاً واکسینه شده است باید دوباره او را واکسینه کرده و حداقل برای ۴۵ روز با بستن قلاده حرکتش را محدود کرد .

۶) کسانی که به شدت در خطر ابتلا به بیماری هستند ؛ دامپزشکان ، کارکنان سازمانهای محیط وحش و پارکهای طبیعی در مناطقی که بیماری حیوانی به صورت بومی یا همه گیر شایع است ، کارکنان قرنطینه های سگ ، کارکنان آزمایشگاهها عملیات صحرایی که در برنامه های هاری کار می کنند و مسافرینی که در مناطقی بومی توقف طولانی دارند ؛ باید واکسینه گردند .

این واکسن ها را می توان در ۳ نوبت و هر نوبت یک سانتی مترمکعب درون عضله در روزهای صفر ،۲۱ تا ۲۸ تزریق کرد .

اگر خطر ابتلا به بیماری برای افراد واکسینه هنوز وجود داشته باشد می توان هر دو سال یکبار یک واکسن یادآور تزریق نمود و یا سرم افراد با روش خنثی سازی مورد آزمایش قرار گرفته و در صورت کاهش عیار پادتن واکسن یادآور تزریق می شود . اگر کسانی که به مناطق اندمیک هاری سفر می کنند واکسن داخل جلدی گرفته باشند باید حداقل ۳۰ روز بعد از آخرین نوبت تزریق واکسن به مسافرت بروند .

۷) پیشگیری از ابتلا به بیماری هاری بعد از گاز گرفتن حیوان (پیشگیری یا درمان بعد از گزش) شامل مراحل زیر است :

الف) درمان محل گاز :

مؤثرترین وسیله شستن فوری محل های گاز یا خراش حیوان با آب و صابون و یا مواد پاک کننده دیگر و سپس شستشوی آنها با آب خالص است . زخمها را ، مگر در مواقعی که حفظ زیبایی و همبستگی بافت ضرورت داشته باشد ، نباید بخیه کرد . در صورتی که بخیه کردن ضروری باشد باید بخیه شل که مانع خروج ترشح خون و ترشحات از داخل زخمها نگردد ، بعد از تزریق سرم حاوی ایمنوگلوبولین اختصاصی هاری به داخل زخم ،زده شود.

ب) پیشگیری با ایمنوگلوبین اختصاصی هاری :

پیشگیری ایمنوگلوبولینی از هاری در انسان گاز گرفته شده با استفاده هر چه زودتر از تزریق ایمنوگلوبولین انسانی هاری (HRIG) بعد از گزش به منظور خنثی کردن ویروس در محل زخم و سپس تزریق واکسن هاری در نقطه دیگری ، به منظور ایجاد مصونیت فعال ، صورت می گیرد .

ج) ایجاد ایمنی فعال با واکسیناسیون : واکسیناسیون با تزریق ۱ سانتی متر مکعب از واکسن ، که ترجیح داده می شود با واکسن دیپلوئید انسان (یا میمون) باشد ، در عضله دلتوئید در ۵ نوبت انجام می شود اولین تزریق هر چه زودتر بعد از گزش صورت می گیرد (اولین تزریق واکسن همزمان با تزریق ایمنوگلوبولین نخواهد بود) نوبت های بعدی روزهای ۳، ۷ ، ۱۴۵، ۲۸تا ۳۵ بعد از تزریق اول زده می شود .

د) دستور کار عمومی برای پیشگیری از بیماری در شرایط مختلف به شرح زیر است : اگر حیوان بدون آنکه تحریک شده حمله و یا گاز گرفته و فرار کرده و هاری نزد آن نوع حیوان در منطقه شایع است باید برنامه تزریق سرم ایمنوگلوبین ایمن و واکسیناسیون اجرا شود . گاز حیوان گوشتخوار وحشی و خفاشها تا وقتی آزمایشگاه عدم ابتلای آنها را به هاری تأیید نکرده است به عنوان گازگرفتگی هاری محسوب می شود . اگر حیوان فرار نکرده و در دسترس است ممکن است او را بلافاصله کشت (با اجازه صاحب حیوان و مقامات بهداشتی محل و مغزش را برای تصمیم گیری در مورد درمان شخص گاز گرفته شده آزمایش کرد . تصمیم برای تجویز سرم و واکسن ، بلافاصله بعد از آنکه شخص به وسیله سگ یا گربه گاز گرفته شده و یا در مدتی که حیوان تحت نظر است ، باید بر مبنای رفتار حیوان ، وجود هاری در منطقه و چگونگی زخمهای وارد شده به بدن اتخاذ شود .

هـ) بالاخره درمان شخص گاز گرفته شده باید شامل نکات زیر باشد .

- بلافاصله زخم را تمیز کرده و شستشو نمایید . (کمکهای اولیه)
- شستشو و نظافت زخم را زیر نظارت پزشک کامل کنید .

▪ استفاده از ایمنوگلوبولین اختصاصی هاری و واکسیناسیون را طبق دستور کار داده شده اجرا کنید .

▪ در صورت نیاز ، درمان عفونتهای باکتریایی و تزریق واکسن کزاز را انجام دهید .

▪زخمها را مگر آنکه اجتناب ناپذیر باشد ، بخیه نزده و نبندید .

ب) کنترل بیماران ، تماسها و محیط :

۱) گزارش به مقامهای بهداشتی محل

۲) جداسازی بیمار :

در تمام دت طول بیماری جداکردن بیمار از نظر جلوگیری از انتشار ترشحات تنفسی ضروری است .

۳) گندزدایی همزمان :

بزاق و اشیایی که به آن آلوده شده اند گندزدایی می گردند . گرچه تا کنون انتقال ویروس هاری از بیماران به کسانی که از او پرستاری می کنند گزارش نشده است ولی باید احتمال خطر انتقال از طریق بزاق آلوده را به آنها گوشزد کرده و توصیه نمود که به هنگام کار کردن با بیماران از دستکش های لاستیکی ، روپوشهای محافظ و وسایلی که در مقابله سرفه مستقیم بیمار به صورتشان آنها را محافظت می کند ، استفاده کنند .

۴) قرنطینه ندارد .

۵) مصون سازی تماسها :

تماسهایی که زخم باز دارند و یا مخاطهای آنها در معرض بزاق بیمار قرار گرفته است باید تحت درمان ضد هاری قرار گیرند .

۶) تحقیق از تماسها و منبع عفونت :

حیوان هار و سایر افراد و حیواناتی که به وسیله او گاز گرفته شده اند را باید جستجو کرد .

۷) درمان احتصاصی :

بیمار مبتلا به هاری را باید تحت مراقبتهای مخصوص پزشکی قرار داد .

منبع : واحد مرکزی خبر

http://vista.ir/?view=article&id=280376

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت

● هپاتیت B چگونه بیماری‌ای است؟

کلاً هپاتیت یعنی التهاب کبد که عضوی بسیار فعال در بدن است. هپاتیت یا التهاب بافت کبد موجب آسیب به کبد و مختل کردن فعالیت آن می‌شود. این اختلال یا التهاب به علل مختلفی به‌وجود می‌آید که مهمترین آن‌ها آلودگی به ویروس‌های ایجادکننده هپاتیت مثل A، B، C، D، E، F و G است که در این بین ویروس هپاتیت B یکی از مهمترین این عوامل به حساب می‌آید.

● اهمیت این بیماری چیست؟

اهمیت آن در این است که هپاتیت B شایع‌ترین علت سیروز یا نارسایی

کبدی در ایران و نیز مهم‌ترین علت سرطان کبد در ایران و جهان است.

● نشانه‌های بیماری هپاتیت B چیست؟

در آلودگی به ویروس هپاتیت B سه حالت متفاوت دیده می‌شود:

۱) هپاتیت حاد که در این حالت بیمار پس از یك دوره مقدماتی، همراه با نشانه‌هایی مانند تب، سرماخوردگی، تهوع، استفراغ، درد شکم و ادرار تیره، مبتلا به زردی پوست و چشم‌ها می‌شود. این حالت به‌طور معمول خود به‌خود بهبود می‌آید و معمولاً در طی شش ماه خون از ویروس پاك می‌شود و فقط در ۱۰، ۱۵ درصد بالغین، بیماری مزمن به‌وجود می‌آید.

۲) هپاتیت مزمن که در این حالت نشانه‌ها بسیار غیراختصاص و مبهم است (مانند ضعف و خستگی طولانی). گاهی ممکن است زردی خفیف یا خارش وجود داشته باشد. با پیشرفت بیماری ممکن است نارسایی کبد (سیروز کبدی) بروز کند، این افراد باید تحت نظر پزشك قرار گیرند.

۳) آلودگی بدون علامت که در آن فرد هیچ علامتی ندارد و فقط ویروس را در خون خود دارد و می‌تواند آن را به دیگران انتقال دهد. این افراد به درمان دارویی نیاز ندارند، ولی خطر ابتلا به هپاتیت مزمن در آنان زیاد است و باید هر شش ماه یك بار توسط پزشك بررسی شوند.

● راه‌های انتقال هپاتیت B چیست؟

آلودگی به هپاتیت B به‌طور عمده از طریق ورود خون و ترشحات فرد آلوده به بدن فرد سالم سرایت می‌کند. البته این ویروس در بزاق، ترشحات جنسی و تمامی مایعات بدن فرد آلوده انتشار دارد. واگیری این ویروس ۱۰۰برابر ویروس ایدز است.

▪ روش‌های انتقال عبارتند از:

ارتباط جنسی حفاظت نشده با فرد آلوده، استفاده مشترك از ابزار آلوده تیز و برنده (مثل سوزن، سرنگ، تیغ اصلاح و مسواك)، تماس شغلی با وسایل تیز و برنده آلوده، تزریق مکرر خون یا فرآورده‌های آلوده (که البته این روش با کنترل‌های خون‌های اهدایی بسیار کمتر شده است)، دیالیز با وسایل آلوده و پیوند اعضای آلوده، تولد از مادر آلوده به هپاتیت، خالکوبی، حجامت، سوراخ کردن گوش، خدمات پزشکی و دندانپزشکی در محل نامطمئن و آلوده یا هر اقدامی که منجر به سوراخ شدن پوست با وسایل آلوده و غیراستریل شود.

● چه روش‌هایی برای پیشگیری از ابتلا وجود دارد؟

▪ می‌توان راه‌های پیشگیری را در چهار مورد خلاصه کرد:

ـ پرهیز از استفاده مشترك از وسایل تیز و برنده مثل سرنگ، تیغ اصلاح، مسواك و مواردی از این قبیل.

ـ پرهیز از ارتباط جنسی مشکوك و حفاظت نشده.

ـ پرهیز از انجام اقداماتی که به سوراخ شدن پوست منجر می‌شود نظیر خالکوبی، حجامت و ... که به‌صورت غیربهداشتی و در مراکز غیرمطمئن انجام می‌شوند.

ـ دریافت واکسن هپاتیت B در گروه‌های پرخطر (مثل افراد خانواده فرد آلوده، پزشکان و پرسنل کادر بهداشتی و درمانی، معتادان تزریقی و افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی، زندانیان و مواردی که در سؤال قبل ذکر شد.)

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=263387

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت A چیست ؟

هپاتیت باعث ایجاد تورم در کبد می شود و آنرا از کار صحیح باز می دارد .شما به کبد سالم نیاز دارید . کبد کارهای بسیاری انجام می دهد تا شما زنده بمانید. کبد با عفونتها مبارزه می کند و جلوی خونریزی را می گیرد . داروها و سایر سموم را از خونتان پاک می کند . همچنین برای شما انرژی ذخیره می کند .

● چه چیزی باعث ایجاد هپاتیت A می شود؟

▪ ویروس یک نوع میکروب است که باعث بیماری می شود .

(مثلا سرماخوردگی بوسیله یک نوع ویروس ایجاد می شود) .

مردم می توانند ویروسها را به یکدیگر منتقل کنند . ویروسی که باعث هپاتیت

▪ A می شود به نام ویروس هپاتیت A خوانده می شود .

● چگونه ممکن است فرد دچار هپاتیت شود ؟

هپاتیت A بوسیله تماس شخصی نزدیک با فردی که مبتلا به عفونت است بوجود می آید .

ممکن است شما در اثر موارد زیر به هپاتیت A مبتلا شوید :

▪ مصرف غذایی که بوسیله فرد مبتلا به هپاتیت تهیه شده

▪ نوشیدن آبی که به هپاتیت A آلوده شده (در مناطقی از جهان که بهداشت و نظافت پائینی دارند)

▪ دستها را قبل از غذا خوردن بشوئید.

● چه کسانی در معرض خطر هپاتیت A هستند ؟

هر کسی ممکن است به هپاتیت A مبتلا شود . ولی برخی از مردم در معرض خطر بیشتری هستند .

▪ افرادی که با مبتلایان به هپاتیت زندگی می کنند .

▪ کودکانی که در مهد کودک هستتند .

▪ هنگامی که یک مرد با مرد تماس جنسی داشته باشد.

▪ افرادی که به کشورهای محل شیوع هپاتیت مسافرت داشته اند .

▪ کودکان در مهد کودک در معرض خطر هپاتیت A هستند

● علامت های هپاتیت A چیست ؟

ممکن است هپاتیت A باعث شود شما احساسی مانند سرماخوردگی داشته باشید . ممکن است احساس خستگی ، داشتن احساس ناخوشایندی در معده ، تب ، بی اشتهایی ، دردشکم ، و اسهال داشته باشید . برخی افراد ممکن است ادرار زردپررنگ ، مدفوع کمرنگ ، چشم و پوست زرد رنگ داشته باشند . برخی افراد ممکن است هیچ علامتی نداشته باشند .

اگر شما هر کدام از علامت های فوق را دارید یا فکر می کنید مبتلا به هپاتیتAشده اید به پزشک مراجعه کنید . پزشک از خون شما آزمایش بعمل می آورد.

● هپاتیت A چگونه درمان می شود ؟

▪ بیشتر افرادی که هپاتیت A دارند خودبخود طی چند هفته خوب می شوند .

▪ شما ممکن است برای روزها تاهفته ها به استراحت در بستر نیاز داشته باشید ومصرف الکل در این دوران ممنوع است

▪ پزشک ممکن است برای علائم شما دارو تجویز کند .

● چگونه می توان از ابتلا به هپاتیت A پیشگیری کرد ؟

می توانید از واکسن هپاتیت A استفاده کنید . واکسن ماده ای است که شما زمانی که سالم هستید می زنید تا ازابتلای شما به بیماری

جلوگیری کند. واکسن ها به بدن شما یاد می دهند که چگونه به ویروسهای خاصی مثل ویروس هپاتیت A حمله کند . واکسن هپاتیت A از طریق تزریق داده می شود . کودکان پس از سن ۲سالگی می توانند این واکسن را بگیرند . کودکان سن ۲ تا ۱۸ سال به ۳ نوبت تزریق آن نیاز دارند .تزریق ها در عرض یکسال دربدن منتشر می شوند . بالغین دو یا سه تزریق در عرض ۶تا ۱۲ ماه خواهند داشت . برای ایجاد ایمنی شما نیاز به تمامی این تزریق ها دارید

اگر شما یک تزریق را از دست دادید با پزشک یا درمانگاه در مورد تنظیم یک برنامه جدید تماس بگیرید.

شما می توانید خود و دیگران را به این روشها در مقابل هپاتیت A محافظت کنید .

۱) همیشه دستهایتان را پس از توالت رفتن و قبل از تهیه غذا یا خوردن غذا بشوئید.

۲) در صورتی که با مدفوع اشخاص تماس دارید از دستکش استفاده کنید

- دستتان را پس از انجام کار بشوئید.

۳) از آب تصفیه شده آماده در مناطق آلوده استفاده کنید

(از یخ یا میوه ها و سبزیجات شسته شده با آب شیر استفاده نکنید)

- هپاتیت B چیست ؟

هپاتیت B نیز یک بیماری کبدی است و بوسیله ویروس هپاتیت B ایجاد می شود . شما در حالات زیر ممکن است به هپاتیت B مبتلا شوید . هپاتیت Bبوسیله تماس با خون ، مایع منی یا سایر مایعات بدن شخص آلوده منتقل می شود . همچنین :

- داشتن رابطه جنسی با فرد آلوده بدون استفاده از کاندوم
- استفاده از سوزن مشترک دارویی
- استفاده از خالکوبی

یا وسایل نفوذ کننده آلوده در بدن که بوسیله کسان دیگری استفاده شده است .

- آسیب دیدن بوسیله سوزنی که خون آلوده روی آن بوده است

(کارکنان مراقبتهای بهداشتی به این صورت ممکن است آلوده شوند)

- استفاده از مسواک یا خود تراش شخص آلوده
- انتقال از مادر آلوده به هپاتیت به کودک حین زایمان یا شیردهی شما هپاتیت B را به روشهای زیر نمی گیرید :

ـ دست دادن با شخص آلوده

ـ بوسیدن شخص آلوده

ـ نشستن در نزدیکی شخص آلوده

- علامتهای هپاتیت B چیست ؟

هپاتیت B ممکن است باعث شود احساس سرماخوردگی کنید .

ممکن است :

- احساس خستگی داشته باشید .
- احساس ناراحتی در شکم داشته باشید.
- تب کنید .
- احساس بی اشتهایی به شما دست بدهد .
- شکم درد پیدا کنید
- اسهال داشته باشید

برخی اشخاص ممکن است :

- ادرار زرد پر رنگ
- مدفوع کمرنگ

▪ پوست و چشمان زرد

برخی افراد علامتی ندارد . اگر شما علائمی دارید یا فکر می کنید به هپاتیت B مبتلا شده اید به پزشک مراجعه کنید .

● آزمایشات لازم برای هپاتیت B چیست ؟

برای کنترل هپاتیت ، پزشک آزمایش خون برای شما خواهد فرستاد.این آزمایشات نشان می دهد آیا شما هپاتیتBدارید یا خیرو شدت آن چقدر است .

پزشک ممکن است بیوپسی (نمونه برداری) از کبد برای شما انجام بدهد . بیوپسی (نمونه برداری) آزمون ساده ای است . پزشک قطعه ای کوچک از کبد شما را با سوزن بر می دارد و نمونه را از نظر علائم هپاتیت B و آسیب کبدی بررسی می کند .

● درمان هپاتیتB

درمان می تواند شامل :

▪ داروئی به نام اینترفرون باشد .این دارو از طریق تزریق داده می شود

▪ بیشتر افراد به مدت چهار ماه درمان می شوند

▪هپاتیت B از طریق تزریق دارو درمان می شود

▪ داروئی به نام لامیوودین باشد. روزی یکبار از طریق خوراکی مصرف میشود

▪ درمان معمولاً یکسال طول می کشد

▪ گاهی اوقات لامیوودین و اینترفرون با هم استفاده میشوند.

▪ جراحی. ممکن است هپاتیت B باعث از کار افتادن کبد شما شود. در این صورت شما نیاز به کبد جدید خواهید داشت. عمل جراحی آن به نام پیوند کبد شناخته شده است و شامل برداشتن کبد پیر و تخریب شده و قرار دادن کبد تازه و سالم از فرد دهنده می باشد.

● هپاتیتc چیست؟

این نیز یک بیماری کبدی است و بوسیله ویروس هپاتیت Cایجاد می شود .هپاتیت C بوسیله تماس با خون شخص مبتلا به آن منتشر می شود .

ممکن است شما بوسیله :

▪ استفاده از سوزن دارویی مشترک

▪ آسیب دیدن بوسیله سوزن خون آلوده شخص مبتلا (کارکنان بیمارستان)

▪ متولد شدن از مادر آلوده به این بیماری مبتلا شوید .

▪ اماممکن است با سوزن داروئی مشترک آلوده به هپاتیت C شوید .

▪ در موارد نادری ممکن است به روش های زیر به هپاتیت C مبتلا شوید .

▪ استفاده از خالکوبی یا وسایل آلوده نفوذکننده به بدن .

▪ داشتن ارتباط جنسی با فرد آلوده ، مخصوصاً اگر شریک جنسی بیماری تناسلی داشته باشد.

از این روشها به هپاتیت C مبتلا نمی شوید :

▪ دست دادن با فرد آلوده

▪ در آغوش گرفتن فرد آلوده

▪ بوسیدن فرد آلوده

▪ نشستن نزدیک فرد آلوده

▪ پزشک می تواند شما را از نظر هپاتیت C ارزیابی کند

اگر شما انتقال خون یا پیوند عضو قبل از سال ۱۹۹۲ (عدد مربوط به آمار جهانی است) داشته اید ممکن است به هپاتیت C مبتلا شوید .

قبل از سال ۱۹۹۲ ، پزشکان قادر نبودند خون را از نظر هپاتیت C کنترل کنند و برخی افراد خون آلوده دریافت کردند.

اگر شما انتقال خون یا پیوند عضو قبل از سال ۱۹۹۲ داشته اید . باید با پزشک در مورد کنترل از نظر هپاتیت C مشورت کنید .

● علائم هپاتیت C چیست ؟

بسیاری از بیماران مبتلا به هپاتیت C علامتی ندارند .

اگر چه ممکن است بیماران مبتلا به هپاتیتC علائمی شبیه سرماخوردگی پیدا کنند. ممکن است :

▪ احساس خستگی ، احساس ناراحتی در شکم ، تب ، بی اشتهایی ، درد شکم و اسهال داشته باشید

▪ برخی افراد ممکن است ادرار زرد پررنگ ، مدفوع کمرنگ ، چشم و پوست زرد داشته باشند .

▪ اگر این علائم را دارید یا فکر می کنید به هپاتیت c مبتلا شده اید ، به پزشک مراجعه کنید .

● آزمایشات هپاتیت C چیست ؟

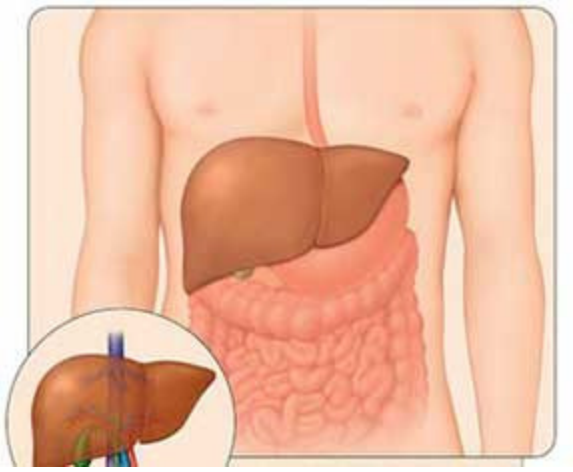
آزمایش خون هپاتیت C و شدت آن را نشان می دهد .ممکن است نیاز به بیوپسی(نمونه برداری) داشته باشید.

منبع : میکرو فارس

http://vista.ir/?view=article&id=308936

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت از ایدز خطرناک تر است



کبد یا جگر، عضوی است به شکل یك غده پرخون قرمز تیره که در قسمت بالا طرف راست شکم قرار دارد و وظیفه آن مشابه عملکرد یك کارخانه شیمیایی است که حذف مواد و سموم اضافی ناشی از سوخت و ساز مواد غذایی در بدن را انجام می دهد و نقش حیاتی در عملکرد بدن دارد.

اما خطری بزرگ همیشه کبد را تهدید می کند و هیچ تهدیدی برای کبد خطرناك تر از انواع هپاتیت نیست. هپاتیت به معنی التهاب کبد است که در میان عوام مردم به یرقان و زردی مشهور است. مهمترین عوامل ایجاد کننده آن، ویروسها هستند البته علت های دیگری مثل داروها، بیماریهای ارثی و مصرف مشروبات الکلی نیز می تواند سبب بروز هپاتیت شود. تاکنون شش نوع ویروس هپاتیت شناخته شده که شایعترین آنها A، B و C می باشد و درحال حاضر بسیاری از پزشکان می گویند که هپاتیت از ایدز خطرناك تراست.

هر شخصی که ویروس عامل بیماری هپاتیت بیش از شش ماه در خونش وجود داشته باشد، حتی اگر در بررسی آزمایشگاهی اختلالی در کار کبد آنان مشاهد نشود و شخص حال عمومی خوبی داشته باشد نیز می تواند ناقل بیماری هپاتیت باشد زیرا در چنین شرایطی ویروس به صورت مسالمت آمیز در داخل بدن وجود دارد و آسیبی به کبد وارد نمی کند ولی این شخص ناقل بیماری هپاتیت است.

● هپاتیت از راه های مختلفی به دیگران منتقل می شود از جمله:

۱) انتقال از مادر آلوده به نوزاد هنگام زایمان

۲) تماس جنسی محافظت نشده بدون کاندوم با فرد ناقل هپاتیت

۳) استفاده از خون و فرآورده های خونی آلوده

۴) از طریق فرو رفتن سوزن آلوده به دست یا خراش های پوستی که در تماس با ترشحات فرد آلوده است.

۵) استفاده از وسایل غیر استریل دندانپزشکی

۶) استفاده مشترك از وسایل خالکوبی، حجامت و سوراخ کردن گوش

اما را ه تشخیص آن آزمایشات اختصاصی خون و شناسایی آنتی ژن سطحی ویروس است. در مورد فردی که آزمایش آنتی ژن سطحی ویروس مثبت است، بر حسب مورد، پزشك ممکن است آزمایشهای تکمیلی دیگری نیز درخواست نماید.

- برای پیشگیری از بیماری هپاتیت باید:

۱) از وسایل تیز و برنده مثل ناخن گیر، مسواك، سرنگ و تیغ به طور مشترك استفاده نشود.

۲) واکسیناسیون هپاتیت برای گروه های پرخطر،در معرض خطر و خانواده افراد مبتلا انجام شود.

۳) احتراز از تزریق بی‌مورد خون

۴) جلوگیری از تماس با خون یا سایر ترشحات افراد آلوده (عدم استفاده از وسایل آغشته به خون مثل تیغ خالکوبی، تاتو . . .)

۵) ترك اعتیاد، تغییر شیوه‌های مصرف و پرهیز جدی از استفاده اشتراکی سرنگ‌ها

لازم به ذکر است این واکسیناسیون برای متولدین سال ۱۳۷۲ به بعد در شبکه بهداشتی کشور انجام می شود. این واکسن از هر لحاظ ایمن بوده،در صورتی که در سه نوبت به فاصله یك ماه و شش ماه به بعد از تزریق اول تجویز شود، تا میزان ۹۰در صد و به مدت ۵ سال می تواند سطح ایمنی بدن را برای جلوگیری از ابتلا به بیماری هپاتیت بالا ببرد.

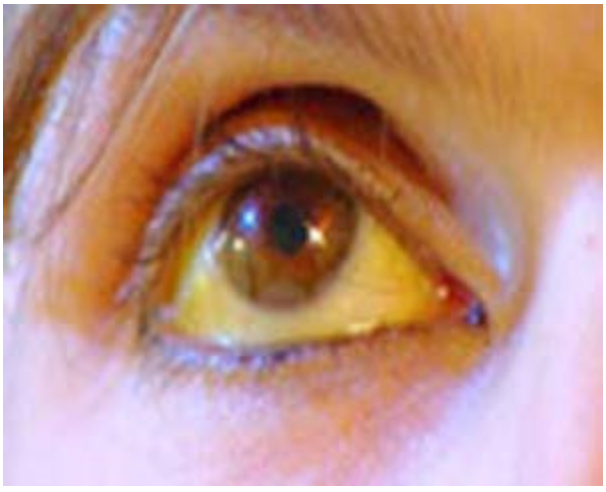
در آخر لازم به ذکر است که: ناقلین هپاتیت B و C برای بررسی عملکرد کبد و میزان پیشرفت بیماری و انجام آزمایش و معاینات می بایست هر شش ماه یك بار به پزشك خود مراجعه کنند و در صورت پیگیری منظم و انجام آزمایشات شش ماهه از میزان پیشرفت بیماری و ابتلا به سیروز کبدی که باعث (از کار افتادن و کوچك شدن کبد) می شود،جلوگیری خواهد شد. همچنین از کاندوم در روابط جنسی استفاده شود و از مصرف مشروبات الکلی پرهیز نماید.

منبع : مجله خانواده سبز

http://vista.ir/?view=article&id=254319

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت B



هپاتیت B خطرناک ترین بیماری مربوط به کبد در جهان است. عامل این بیماری ویروس HBV که به سلولهای کبد آسیب رسانده و باعث ناتوانی کبد، تخریب بافت های کبد و یا سرطان کبد می شود. این ویروس با تماس با خون یامایعات خونی بدن منتقل می شود.

در اکثر افراد توانایی مقابله با ویروس هپاتیت B و از بین بردن این ویروسها از خون وجود دارد که ۶ ماه ممکن است به طول بینجامد. زمانی که این ویروس در بدن افراد وجود دارد، می توانند آن را به سایرین نیز منتقل کنند.

تقریبا ۵-۱۰% از افراد بزرگسال، ۳۰-۵۰% از کودکان و ۹۰% از نوزادان نمی

توانند از شر این ویروس خلاص شوند و بیماریشان پیشرفت می کند.

بیمارانی که به طور مزمن مبتلا به این بیماری هستند می توانند باعث سرایت این بیماری به دیگران هم شوند و خطر مشکلات کبدی در اینگونه افراد بیشتر است.

ویروس هپاتیت B صد مرتبه بیش از ویروس ایدز واگیردار و مسری است. بااینحال میتوان با واکسیناسیون از ابتلا به این بیماری جلوگیری کرد. برای ۴۰۰ میلیون انسانی که در سرتاسر جهان مبتلا به این بیماری هستند دیگر واکسیناسیون فایده ای ندارد. اما پزشکان در حال کار کردن روی راه های درمانی جدیدی برای درمان این بیماری میباشند.

- در جهان:
  - فقط امسال، ۱۰ تا ۳۰ میلیون انسان به این بیماری مبتلا خواهند شد.
  - سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند که ۴۰۰ میلیون انسان در جهان به این بیماری مبتلا هستند.
  - ویروس HBV هرساله بیش از یک میلیون کشته در سراسر جهان می دهد.

در ایالات متحده امریکا:

- فقط امسال ۵۰۰۰ تا ۶۰۰۰ امریکایی به خاطر مشکلات مربوط به هپاتیت B جان خود را از دست دادند.

- راه های انتقال

هپاتیت B معمولاً از راه خون و مایعات خونی بدن منتقل می شود. ممکن است با تماس مستقیم خون با خون، رابطه ی جنسی، استفاده از مواد مخدر غیرمجاز، و از طریق مادر مبتلا به این بیماری به نوزادش منتقل شود.

- راه های انتشار
  - ویروس هپاتیت B به طرق زیر منتشر می شود:
    - رابطه ی جنسی
    - استفاده از سوزن های تزریق مواد مخدر به صورت مشترک
    - زندگی با یک فرد مبتلا در یک خانه
    - انتقال از مادر مبتلا به نوزاد تازه به دنیا آمده اش
    - استفاده ی مشترک از گوشواره، تیغ ریشتراشی، مسواک با یک فرد مبتلا
    - استفاده از سوزن غیراسترلیزه شده برای تاتو کردن یا سوراخ کردن
    - گازگرفتگی توسط انسان مبتلا
  - ویروس هپاتیت B به طرق زیر منتشر نمی شود:
    - بوسیدن روی گونه یا لبها
    - عطسه یا سرفه کردن
    - دست دادن یا بغل کردن فرد مبتلا
    - خوردن غذایی که توسط یک فرد مبتلا تهیه شده باشد
    - افرادی که از مادرانی مبتلا به این ویروس به دنیا می آیند، درمعرض خطر بیشتری برای ابتلا به این بیماری هستند.
    - گرفتن بچه ای از منطقه ای که این بیماری در آن رایج بوده است.
    - مردانی که با همجنس خود سکس داشته باشند.
    - زندگی یا کار در محیط های سازمانی مثل زندان

- راههای پیشگیری

از پزشکتان درمورد واکسیناسیون این بیماری سوال کنید و با واکسن زدن خود و عزیزانتان را از شر ابتلا به این بیماری محافظت کنید. سازمان بهداشت جهانی توصیه می کند که همه ی نوزادان، کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال در مقابل این ویروس واکسینه شوند. این واکسن همچنین برای آن دسته از بزرگسالانی که در خطر ابتلا به این بیماری هستند نیز توصیه می شود.

همیشه به یاد داشته باشید، هیچ وقت برای پیشگیری دیر نیست!

http://vista.ir/?view=article&id=260218

هپاتیت B برای نوزادان خطرناک‌تر است

شما هم این خبر را شنیده‌اید که خانم‌های باردار باید قبل از بارداری یعنی در اولین ویزیت مراقبت‌های بارداری خود در زمینه ابتلا به بیماری هپاتیت، آزمایش بدهند. آیا می‌دانید چرا؟

در ابتدا باید بگوییم، این بیماری در کشور ما شیوع فراوانی دارد، به طوری که سه میلیون بیمار تا به حال شناخته شده‌اند اما نگران نباشید، زیرا این بیماری در میان بزرگسالان بعد از شش ماه درمان، به طور کامل از بین می‌رود و اگر بخواهیم درصد بهبودی این بیماران را با عدد نشان دهیم باید اضافه کنیم که در ۹۰ درصد افراد بهبودی کامل حاصل می‌شود و فقط ۱۰ درصد از این بیماران یا به هپاتیت B پیش رونده مبتلا می‌شوند و یا اینکه هپاتیت در آنها به شکل غیرفعال باقی می‌ماند که به این افراد، در اصطلاح <ناقلان سالم> می‌گویند.

یکی از مهمترین راه‌های انتقال ویروس هپاتیت B، انتقال از مادر به نوزاد است بنابراین واکسیناسیون به موقع مادران باردار و نوزادان در بدو تولد، در کاهش شیوع این بیماری در سطح جامعه بسیار موثر است. همچنین در ۹۰ درصد موارد، بیماری هپاتیت B در نوزادان مبتلا به شکل مزمن در خواهد آمد و تا آخر عمر همراه آنهاست و می‌تواند به از کارافتادگی کبد و در نهایت سرطان کبد منجر شود، در صورتی که با ابتلای بزرگسالان به این بیماری تنها در ۱۰ درصد مواد هپاتیت B به شکل مزمن مبدل می‌شود.

خوشبختانه از ۱۳ سال پیش تاکنون نوزادان به طور رایگان از واکسن هپاتیت B استفاده می‌کنند البته باید به نوزادان مادرانی که ناقل ویروس هستند، علاوه بر واکسن هپاتیتB در بدو تولد، سرم هایپرایمونو گلوبولین B نیز تزریق شود تا احتمال ابتلا به این بیماری در آنها به صفر برسد. این ایمونوگلبولین که به نام ایمونوگلبولین HBIG معروف است، در ۴۸ ساعت اول زندگی نوزاد باید به وی تزریق شود. به این ترتیب، آزمایش هپاتیت B در مادران در ماه‌های آخر بارداری یکی از مهمترین اقدامات بهداشتی است که این روزها رعایت کردن این مهم موجب کاهش شیوع ابتلا به این بیماری شده است.

و اما کمی درباره خود واکسن هپاتیت B بگوییم. موضوع از این قرار است که این واکسن در سه نوبت به افراد تزریق می‌شود، به این ترتیب که ابتدا یك ماه بعد از اولین تزریق و سپس شش ماه بعد البته نکته مهم آن است که افراد بعد از این سه نوبت باید میزان آنتی‌بادی‌هایی که در اثر تزریق این واکسن در خون آنها بالا می‌روند را اندازه‌گیری کنند تا اطمینان حاصل شود که ایمنی کامل، حاصل شده است. حتما می‌پرسید که زدن نوبت سوم این واکسن چه قدر ضروری است؟ باید در جوابتان بگوییم که زدن نوبت سوم این واکسن برای تداوم ایمنی در افراد است اما همان‌طور که گفته شد، مهمتر از آن آزمایش اندازه‌گیری آنتی‌بادی‌ها پس از سه بار تزریق واکسن است که نشان می‌دهد ایمنی ایجاد شده یا نه.

در آخر نیز باید اضافه کنیم که زدن این واکسن برای افرادی که احتمال تماس با خون آلوده در آنها به دلیل نوع شغل وجود دارد؛ لازم است اما اگر

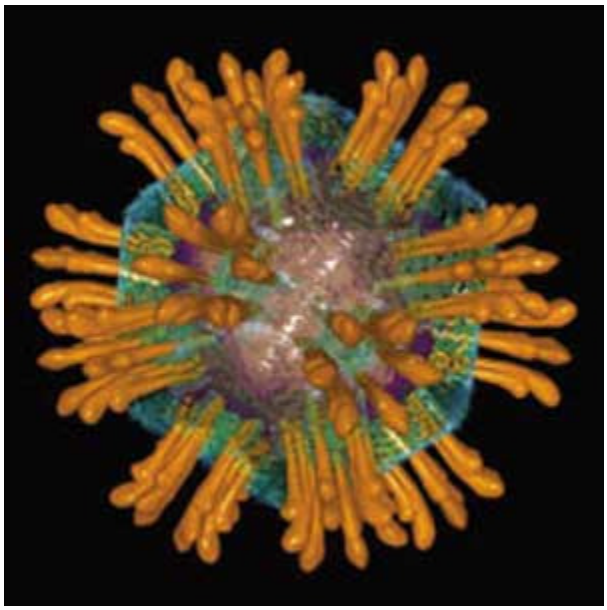
سایر افراد نیز این واکسن را بزنند، ضرر نخواهند کرد و در بیشتر موارد این افراد با یك بار تزریق تا آخر عمر در برابر ابتلا به این بیماری مصونیت پیدا می‌کنند.

منبع : روزنامه سلامت

http://vista.ir/?view=article&id=250618

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت C



● آلودگی همزمان به HIV و ویروس هپاتیت C

▪ افرادی که حامل HIV می باشند، به خصوص معتادانی که مواد مخدر تزریقی استفاده می کنند، ممکن است که ویروس هپاتیت C (التهاب کبد) را نیز با خود حمل کنند.

▪ بیماری هپاتیت C در افرادی که حامل HIV هستند، جدی تر و خطرناک تر است.

▪ بسیاری از بیماران مبتلا به هپاتیت C هیچگونه علایمی از این بیماری نشان نمی دهند.

▪ بیماری هپاتیت C (التهاب کبد) قابل معالجه است.

۱) یکی از راه های آلودگی به HIV تزریق مواد مخدر است. تزریق مواد مخدر همچنین یکی از راه های اصلی شناخته شده آلودگی به ویروس هپاتیت C نیز است. در حقیقت ۵۰ درصد تا ۹۰ درصد افرادی که از طریق تزریق مواد مخدر آلوده به HIV شده اند، همزمان مبتلا به بیماری هپاتیت C می باشند.عفونت به ویروس هپاتیت C در اشخاصی که آلوده به HIV می باشند جدی تر می باشد.

۲) ویروس هپاتیت C می تواند به کبد آسیب رساند و همچنین در معالجه HIV می تواند تاثیر منفی داشته باشد. بنابراین افرادی که آلوده به HIV می باشند، باید مطمئن شوند که ناقل ویروس هپاتیت C نمی باشند و تمام پیشگیری ها و اقدامات لازم برای جلوگیری از آلوده شدن همزمان به ویروس هپاتیت C را به عمل آورند.

۳) بسیاری از افرادی که دچار بیماری هپاتیت C می باشند، هیچگونه علایمی از این بیماری را در خود بروز نمی دهند. بنابراین خون این افراد باید مورد آزمایش قرار گیرد اگر جواب آزمایش نشان دهنده آلودگی به ویروس هپاتیت C باشد، پزشک می بایست قطعه کوچکی از کبد را برداشته (بیوپسی Biopsy/) تا از این راه میزان خسارت وارده به کبد را مشخص کند.

۴) معالجه ویروس هپاتیت C در بیماران مزمن (بیمارانی که این ویروس را برای مدت طولانی با خود حمل کرده اند)، حتی برای افراد آلوده به HIV ، انجام پذیر است.

● راه های آلوده شدن به ویروس هپاتیت C

بیماران هموفیلی که قبل از سال ۱۳۶۷ هجری شمسی (۱۹۸۷ میلادی) فرآورده های خونی دریافت کرده اند.

این ویروس همچنین می تواند:

▪ از طریق آمیزش جنسی

▪ از طریق مادر به نوزاد منتقل شود.

ولی در هر حالت خطرانتقال ویروس هپاتیت C کمتر از خطر انتقال HIV است.

● راه های جلوگیری از آلوده شدن به ویروس هپاتیت C

▪ تزریق مواد مخدر از مهم ترین راه های انتقال ویروس هپاتیت C است. بهترین راه جلوگیری از آلوده شدن به ویروس هپاتیت C ، عدم استفاده از هرگونه مواد مخدر تزریقی می باشد.

▪ اگر همچنان نمی توانید مواد مخدر دیگری مانند مواد مخدر دودی جایگزین مواد مخدر تزریقی کنید، حتماً سوزن یا سرنگ یکبارمصرف، استفاده کنید. در بعضی کشور ها از جمله ایران، مراکزی وجود دارند که سوزن و سرنگ یکبار مصرف در اختیار معتادان تزریقی قرار می دهند. تحت هیچ شرایطی از سوزن، سرنگ، قاشق، پنبه و سایر وسایل تزریق که قبلاً به خصوص از سوی دیگران مصرف شده است، استفاده نکنید.

▪ از هیچ وسیله ای که امکان آلوده شدن به خون را دارد، استفاده مشترک نکنید، از جمله مسواک، تیغ، سوزن و غیره.

▪ خالکوبی یا سوراخ کردن هر قسمت از بدن می تواند شما را در معرض خطر آلودگی به ویروس هپاتیت C قرار دهد.

▪ در هنگام آمیزش جنسی مراعات هرگونه راه های بهداشتی را انجام دهید. به بخش آموزش های جنسی و همه چیز درباره کاندوم در همین سایت مراجعه کنید.

● بیوپسی یا نمونه برداری از کبد:

هنگام نمونه برداری از کبد، بوسیله یک سرنگ نمونه کوچکی از کبد برداشته می شود و تحت آزمایش قرار می گیرد تا میزان خسارت و آسیب وارده به کبد تخمین زده شود.

● درمان بیماری هپاتیت C

معمولاً دو نوع دارو به شکل منفرد و یا به صورت ترکیبی، برای بیمارانی که به مدت طولانی این ویروس را با خود حمل می کنند، تجویز می شود.

درمان بیماری هپاتیت C مزمن به شرح زیر می باشد:

▪ پزشک معالج برای شما یک داروی ترکیبی ازدو دارو تجویز می کند.

▪ دوره درمانی بین ۶ تا ۱۲ ماه به طول می انجامد. نوشیدن مشروبات الکلی در این مدت اکیداً ممنوع می باشد.

▪ همچنان توصیه می شود که واکسن های هپاتیت A و B نیز تزریق شود.

هنوز ثابت نشده است که آیا آلودگی به ویروس هپاتیت C همراه با آلودگی به HIV باعث گسترش فعالیت HIV و تضعیف سریع تر سیستم ایمنی بدن می شود.

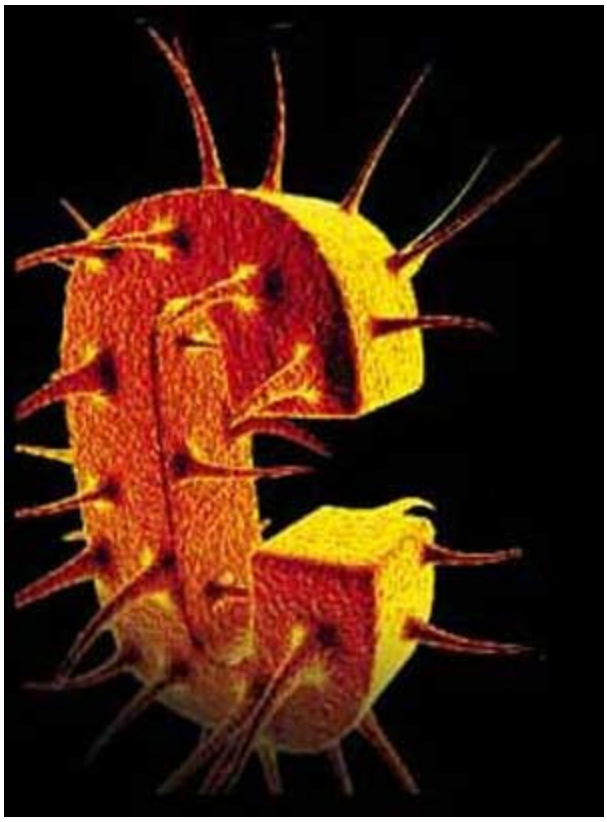
معالجه این ویروس همیشه موفقیت آمیز نمی باشد ولی می تواند به بیمارانی که به HIV آلوده می باشند، کمک کند.

توجه: تنها پزشک معالج صلاحیت دارد که تصمیم بگیرد، چه زمانی باید درمان شروع شود و چه نوع دارویی می بایست تجویز شود.

منبع : سایت زنان و ایدز

http://vista.ir/?view=article&id=249620

vista.ir
Online Classified Service



بیشتر بیماریهای دشوار و طولانی مدت، بیماریهای ویروسی هستند. از جمله این بیماریها، بیماری هپاتیت است.هپاتیت به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که علت آن تفاوت در نوع ویروس این بیماری است. ویروس‌های هپاتیتی که با حمله به بافت کبد منجر به تخریب این بافت و موجب بیماری هپاتیت می‌شوند از نظر ژنتیکی بسیار به یکدیگرشبیه هستند. آنچه که این ویروس‌ها را از هم متمایز می‌کند تفاوت کوچکی در ساختار اطلاعاتی آنهاست. هر ویروس ذره کوچکی است که ذخیره اطلاعاتی ژنتیکی خاص خود را به همراه دارد. بر پایه همین تفاوت کوچك ویروس‌های هپاتیتی به انواع مختلفی تقسیم و نامگذاری می‌شوند. با آنکه نشانه‌های اولیه بیماری هپاتیت در تمامی انواع این بیماری مشابه است اما نوع و شدت آسیب‌های کبدی در هر یك متفاوت است. ویروس هپاتیت نوع C که موجب بیماری هپاتیت C می‌شود یکی از این ویروس‌های این گروه است. تعداد زیادی از بیماریها از دسته بیماریهای ویروسی هستند یعنی حضور یك ویروس در بدن منجر به بیماری می‌شود. این گروه از بیماریها درمان خاص و قطعی ندارند. هنوز دارویی ساخته نشده است که بتواند ویروس را از بین ببرد. در این حالت تنها سیستم ایمنی بدن باید با بیماری مبارزه کند. در نتیجه اگر دارویی برای بیماری ویروسی تجویز شود تنها برای بالا بردن مقاومت بدن و حمایت از سیستم دفاعی درونی است.

بیماری هپاتیت C که طبق آمارهای موجود بیش از ۱۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند با نشانه‌های عمومی بیماری هپاتیت همراه است. علائمی مثل تهوع، اسهال و ضعف عمومی. اما زردی پوست یا زردی سفیدی چشم در بیماری هپاتیت C دیده نمی‌شود. این مسئله یکی از تفاوت‌های بارز این نوع هپاتیت با سایر انواع هپاتیت است. دوره خفتگی بیماری، یعنی از هنگام ورود ویروس تا شروع فعالیت آن ممکن است بین دو تا ۲۰ ماه به طول انجامد. این امکان هست که پس از ورود ویروس بیماری هپاتیت C سیستم دفاعی بدن بتواند تا مدتی مقاومت کند. گلبولهای سفید که در خون شناورند می‌توانند ویروس‌ها و باکتری‌ها را ببلعند و آنها را در خود هضم کنند. ویروس بیماری هپاتیت C ممکن است تا مدتی در گلبولهای سفید به صورت خفته باقی بماند اما این ویروس می‌تواند به دلایل نامعلومی فعال شود. شروع فعالیت ویروس گاه به یك سرماخوردگی ساده شبیه است. از آنجا که بیماری هپاتیت C با زردی همراه نیست غالبا فرد متوجه ابتلا خود به بیماری نمی‌شود. اما فاکتورهای کبدی خون که میزان فعالیت آنزیم‌های کبدی را نشان می‌دهند به شدت بالا می‌رود که نشان‌دهنده بر هم خوردن تعادل در کبد و آغاز بیماری است.

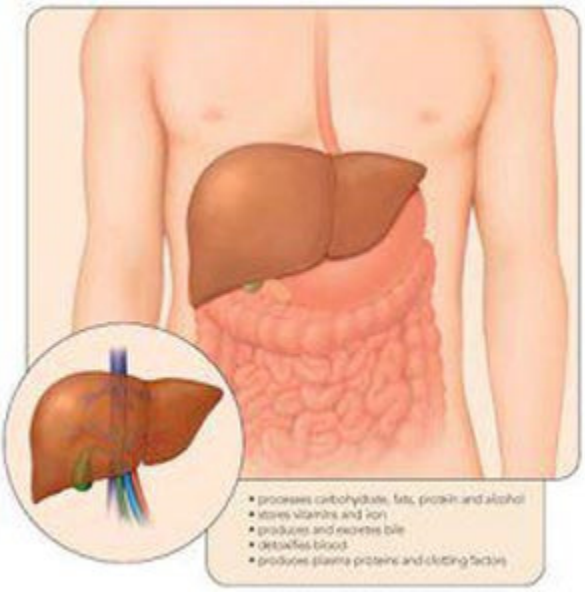
روند بیماری در بیماری هپاتیت C سریع‌تر و آسیب‌های حاصل از آن شدیدتر است. از جمله آسیب‌های جانبی این بیماری دردهای مفصلی و از بین رفتگی بافت کلیه است. متأسفانه بیماری هپاتیت C بیش از ۸۰ درصد موارد به سیروز کبدی می‌انجامد. با تشخیص سریع بیماری و بهره‌گیری از داروهای کمکی و بازدارنده می‌توان از تخریب بیشتر بافت کبد جلوگیری کرد و بیماری را تا حدی کنترل کرد. هپاتیت‌ها به شدت مسری هستند. مهمترین راه انتقال بیماری هپاتیت C از طریق تماس مستقیم با خون فرد بیمار و آلوده است. متأسفانه این بیماری در زندانها و در معتادان تزریقی آمار بالایی نشان می‌دهد. درمان بیماری بسیار پرهزینه و مشکل است. مهمترین راه مقابله جلوگیری از انتقال ویروس است. واکسن بیماری هپاتیت C تا به امروز کشف نشده است. اما واکسیناسیون علیه هپاتیت نوع B بدن را بیش از ۷۵ درصد نسبت به هپاتیت نوع C نیز ایمن می‌کند.

منبع : روزنامه تفاهم

http://vista.ir/?view=article&id=258609

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت C بیماری آرام ولی پرخطر



هپاتیت «سی» C یک بیماری بالقوه مهم و جدی است که اگر خوب و کامل درمان نشود می تواند طی مدتی نه چندان طولانی ، به مرگ بیمار بینجامد. ویروس این بیماری از طریق خون آلوده وارد بدن می شود و با گذشت زمان به کبد صدماتی وارد می کند. در برخی موارد فرد مبتلا، از بیماری خود آگاه نیست و زمانی متوجه می شود که آسیب دائمی به کبد او وارد شده است.

● هپاتیت C چیست ؟

هپاتیت به معنای التهاب کبد است که ممکن است عامل آن ویروس یا فاکتورهای دیگر باشد. سایر عوامل التهاب زا الکل ، داروهایی که تأثیر مضری بر کبد دارند، مواد شیمیایی سمی یا اختلالات خود ایمنی است. به گزارش ایرنا در مجموع ۷نوع شناخته شده هپاتیت ویروسی وجود دارد که عبارتند از: A،B،C،D،E،F،G از میان این شکل های ویروسی نوع HCV ممکن است علت عمده بیماری های مزمن کبدی باشد که حدود ۱۷۰ میلیون نفر درسرتاسر جهان را گرفتار کرده است . حدود ۸۰ تا ۸۵ درصد از افرادی که در ابتدا به ویروس HCV آلوده شده اند ، ممکن است به نوع مزمن مبتلا شوند، به این معنی که بیماری طی ۶ ماه از بین نمی رود. در حال حاضر هیچ واکسنی برای پیشگیری از ابتلا به هپایت C وجود ندارد ، اما درمان آن با داروهای مناسب می تواند تکثیر ویروس در بدن را کاهش دهد، یا آن را متوقف سازد. علائم بیماری هپاتیت C مانند سایر بیماری ها درافراد مختلف ، متفاوت است. در بعضی از افراد علائم متعددی دیده می شود و در برخی دیگر اصلاً علائمی بروز نمی کند، به طوریکه ممکن است فرد سالها به این بیماری مبتلا باشد،اما به دلیل عدم وجود علائم از بیماری خود بی خبر باشد. این علائم می توانند بطور متناوب بروز کنند و یا فقط به صورت موقتی باشند، اگرچه آسیب کبدی می تواند در هر صورتی ، چه علائم باشد و چه نباشد، رخ دهد. همچنین این امکان وجود دارد که علائم بیماری شدید باشد،اما هیچگونه آسیب دائمی به کبد وارد نشود و نکته دیگراین است که تنها داشتن یک یا چند علامت بیماری نمی تواند دلیل بر وجود ویروس در بدن شما باشد. علائم تقریباً در ۵ درصد از تمام موارد بیماری بروز می کند که عبارتند از: خستگی ، درد ، تب ، لرز، تهوع و استفراغ ، زردی ، تحریک پذیری در ناحیه شکم و کاهش وزن بدون دلیل. در صورتی که فکر می کنید در معرض خطر ابتلا به بیماری قرار داشته اید ، بهتر است با پزشک خود در زمینه انجام آزمایش هایی برای تشخیص هپاتیت C مشورت نمایید تا نگرانی تان رفع شود. تنها راه کسب اطمینان از ابتلا یا عدم ابتلا به هپاتیت C آزمایش خون است که می تواند در هر آزمایشگاهی با یک روش ساده انجام گیرد. درصورتیکه نیاز به اطلاعات بیشتر درباره آزمایش های خون دارید با پزشک خود صحبت کنید.

چگونه بیماری هپاتیت C گسترش می یابد ؟

ویروس هپاتیت C تنها می تواند از طریق خون یا فرآورده های خونی سرایت کند. راه های معمول انتقال آن عبارتند از جراحت های ناشی از فرو رفتن سوزن سرنگ آلوده در بدن که درمیان کارکنان مراکز بهداشتی درمانی متداول است - تزریق خون از اواسط سال ۱۳۷۰(پس از این سال بانک های خون نظارت جدی و مستمری را باانجام آزمایش های جدید جهت تشخصیص ویروس هپاتیت C آغاز کردند.) استفاده مشترک از سرنگ - بیمارانی که تحت دیالیز خون قرار می گیرند - انجام طب سوزنی ، سوراخ کردن جایی از بدن یا الکترولیز با سوزن های غیراستریل و غیر بهداشتی - انجام تاتو (خالکوبی) با سوزن های غیر استریل و یا سوزن هایی که در رنگ های آلوده فرو برده شده اند - استفاده از وسایل شخصی دیگران

مانند تیغ ،مسواک ، ناخن گیر یا سوهان ناخن و سایر لوازمی که ممکن است به خون آغشته باشند. از دیگر راه های انتقال می توان به استفاده مشترک از تیغ ، شانه ، خمیردندان و یا سایر محصولات بهداشتی و دهانی اشاره کرد. روابط میان یک فرد مبتلا و یک فرد سالم که به تماس خونی مثلاً از طریق یک بریدگی یا زخم باز در بدن منجر شود نیز می تواند زمینه ساز ابتلا به هپاتیت C باشد . هپاتیت C همچنین می تواند در هنگام تولد از مادر به فرزند منتقل شود که البته این امر به ندرت اتفاق می افتد. بر طبق مطالعات ، آمار ابتلا از این طریق در حدود ۵ درصد است .تغذیه نوزاد با شیر مادر از راههای انتقال این بیماری به شمار نمی رود. اگر مبتلا به بیماری هپاتیت C هستید یا همسر شما این بیماری را دارد و باردار است یا قصد دارید صاحب فرزندی شوید ، قبلا با پزشک خود در زمینه اقدام های احتیاطی لازم صحبت کنید.

اگر فکرمی کنید به بیماری هپاتیت C مبتلا شده اید چه اقداماتی باید انجام دهید ؟

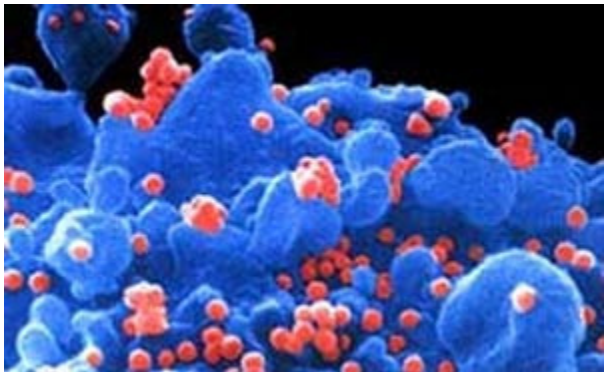
در صورتی که گمان می کنید ممکن است در معرض خطر ابتلا به هپاتیت C باشید و یا دچار آن شده اید ، لازم است هر چه سریع تر با پزشک معالج خود صحبت کنید و آزمایش های لازم را انجام دهید. اقدام دیگری که می توانید انجام دهید ، مراجعه به آزمایشگاه برای انجام آزمایش مورد نظر است که آزمایشی بسیار ساده و تنها نیاز به یک نمونه از خون شما و صرف چند دقیقه وقت دارد. در بسیاری از بیماران مبتلا به هپاتیت C زمانی علائم بروز می کند که ویروس آسیب جدی به کبد وارد کرده باشد . در صورت عدم درمان ، این بیماری عواقب وخیمی از جمله سیروز کبدی ، نارسایی کبدی ، سرطان کبد و حتی مرگ را نیز به دنبال خواهد داشت .

منبع : روزنامه ابرار

http://vista.ir/?view=article&id=298057

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت C مشکل بزرگ



هپاتیتC ، یک مشکل بزرگ بهداشتی، اجتماعی است. شیوع آن در بین ممالک مختلف (۱ تا ۵ درصد) با معدل ۳% است. تخمین زده می‌شود که حدود ۱۵۰ میلیون نفر ناقل ویروس هپاتیتC در تمامی دنیا وجود دارند که از این میان ۴ میلیون نفر درآمریکا (۸/۱% جمعیت) و ۵ میلیون نفر در اروپای غربی زندگی می‌کنند. سالیانه درآمریکا این بیماری ۱۰،۰۰۰ قربانی می‌گیرد.

شیوع آن درشرق اروپا احتمالاً بیشتر از غرب اروپا است. در ممالک صنعتی ویروس هپاتیت C در ۲۰% هپاتیت‌های حاد سهیم است و در ۷۰% هپاتیت های مزمن، ۴۰% سیروزهای مرحله‌ی آخر، ۶۰% موارد کارسینومای هپاتوسلولار، ۳۰% موارد پیوند کبد دخالت دارد. حدوث عفونتهای نشانه‌دار باید سالیانه در حدود یک تا سه مورد در هر یکصد هزار نفر باشد، ولی حدوث بالقوه‌ی عفونتهای جدید باید خیلی بیشتر از این‌ها باشد زیرا تعداد بسیاری از مبتلایان به این عارضه بدون نشانه‌ی بالینی هستند و پیگیری نمی‌شوند. هپاتیت C یک بیماری با درجات مختلف پیشرفت است و به طور عمومی دوره‌ی پیشرفت آن کند است. حدود ۱۵% افراد مبتلا به این عارضه خود به خود بهبود پیدا می‌کنند و۲۵% فاقد علائم بالینی هستند و به طور مستمر آمینوترانسفرازهای طبیعی داشته وبه طور کلی، ضایعات بافت شناسیک خوش خیم دارند. به این لحاظ ۴۰% ازاین افراد به طرف بهبودی پیش می‌روند.

قسمت اعظم افرادی که دارای شواهد بیوشیمیایی هپاتیت مزمن C هستند فقط ضایعات نکروانفلاماتوری ملایم تا متوسط و فیبروز مینی‌مال دارند و احتمالاً بیشتر آنها مقهور این بیماری نخواهند شد.

حدود ۲۰% از بیماران مبتلا به هپاتیتC در طی ۱۰ تا ۲۰ سال آتی‌مبتلا به سیروز و عوارض آن گردیده و در غیاب جراحی پیوند کبد فوت خواهند کرد.

- عوامل چندی در این بیماری برای روند به سوی عارضه‌ی سیروز نقش دارند:

۱) سن بیمار: که هرچه سن ابتلای بالاتر باشد پیشرفت سریعتر است.

۲) الکلیسم: تمام تحقیقات نقش فزاینده در ابتلای به سیروز را تأیید می‌کنند.

۳) ادغام عفونتهای همراه مثل HIV و هپاتیت B که پیشرفت این روند را بیشتر می‌کنند.

سالیانه ۱ تا ۴ درصد افراد مبتلا به سیروز، دچار هپاتوسلولارکارسینوما می‌شوند. ازاین رو یک بررسی منظم اولتراسونوگرافیک و تعیین اندازه‌ی آلفا فتوپروتئین alpha-feto protein در نزد بیمارانی که سیروز روی هپاتیت C دارند توصیه می‌گردد. قابل ذکر است که روند سرطانی شدن در بیمارانی که سیروز ندارند خیلی کم است.

هپاتیت Cمزمن ممکن‌است باعث سیروز، نارسایی کبد، سرطان کبد، شود. ۲۰% از بیماران بعد از ۱۰ تا ۲۰ سال دچار سیروز می‌شوند. نارسایی کبدی ناشی از هپاتیت مزمن C یکی از دلایل خیلی شایع برای پیوند کبد در آمریکا است. در کشورهای پیشرفته ممکن است هپاتیت C مزمن، یکی از دلایل خیلی شایع سرطان کبد باشد.

در ایتالیا، اسپانیا و ژاپن حداقل نیمی از سرطان‌های کبد ممکن است ارتباط با HCV داشته باشند. مردان، الکلیک‌ها، بیماران دچار عارضه‌ی سیروز، افراد بالاتراز ۴۰ سال و آنها که سابقه‌ی ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ی تماس با ویروس هپاتیت C دارند بیشتر از همه در معرض ابتلای به کانسر کبدی در ارتباط با ویروس هپاتیت C هستند.

HCV ابتدا از راه تماس باخون و یا محصولات خونی منتشر می‌گردد. باتوجه به مراقبتهای خاص پاک‌سازی خون از ویروسهای C (از اواسط ۱۹۹۲) این ویروس از محصولات خونی عاری شده است.

در حال حاضر، داروهای تزریقی یکی ازبیشترین راههای انتقال هپاتیت C است ولی خیلی از بیماران بدون تماس با خون یا مصرف دارو به هپاتیت C مبتلا می‌شوند.

- گروههایی که بیش از همه در معرض خطر هپاتیت C هستند:

▪ آنانی که قبل از ۱۹۹۲ دریافت خون داشته‌اند. زمانی که بعد از آن تست‌های حساس Anti-HCV به کار برده شده.

▪ اشخاصی که گه گاه در معرض دریافت محصولات خون هستند مانند بیماران مبتلا به هموفیلی و پیوند اعضای بدن، نارسایی مزمن کلیه و یا سرطان‌هایی که احتیاج به شیمیوتراپی دارند.

▪ بهداشتکارانی که نوک سوزن وارد بدن آنها می‌شود.

▪ مصرف کنندگان داروهای تزریقی که از چندین سال قبل این کار را می‌کنند.

▪ نوزادانی که از مادران مبتلا به HCV به دنیا می‌آیند.

- گروههایی که کمتر در معرض خطر هستند:

افراد دارای روابط جنسی پرخطر، دارندگان زوج‌های متعدد در روابط جنسی، بیمارانی که کوکائین مصرف می‌کنند (مخصوصاً از راه بینی) و وسایل مشترک به کار می‌برند.

▪ سرایت مادر – جنینی

معمولاً عمومیت ندارند. در بیشتر بررسی‌ها، آمار فقط در حدود ۵% است. بیماری در نوزادان، ملایم و بدون نشانه است. وقتی ویروس در بدن مادر زیاد باشد خطر سرایت به فرزند زیادتر است. شیردادن تأثیری در انتقال بیماری ندارد.

▪ انتقال از راه روابط جنسی

این انتقال در اشخاصی که یک زوجه هستند شایع نیست. اگرچه ثابت نشده است، که هپاتیت C با روابط جنسی انتقال یابد و گزارش بررسی‌های پراکنده با هم تطبیق ندارند. در هر حال انتقال از این راه ۵% گزارش شده است.

افراد دارای شرکای جنسی متعدد باید راهنمایی شوند که دقتهای لازم را به کار ببرند.

▪ انتقال اسپورادیک (پراکنده)

انتقال اسپورادیک در مواردی که منبع، عفونتهای اضافی است نامشخص است. حدود ۱۰% در هپاتیت حاد و ۳۰% در هپاتیت مزمن است. تماس ویروس با زخم یا تزریقات پزشکی است.

▪ ویروس هپاتیت C

دارای قطر (۴۰ NM تا ۶۰) است دارای پوشش بوده و RAN ویروس از خانواده (Flaviviridae) می‌باشد خیلی زود تغییر شکل می‌دهد و تغییرات سریع در پروتئین دیواره‌ی آن مشکل است یکی از دلایل اختلال در سیستم دفاع بدن باشد حداقل دارای شش ژنوتیپ مهم بوده و پنجاه زیر نمونه خاص خود را دارد – ژنو تیپ Ia و Ib از مشهورترین ژنوتیپها درآمریکا است.

● نشانه‌های کلینیکی

خیلی از بیماران نشانه یا علائمی ندارند، اگر علائمی هم وجود داشته باشد ملایم و غیر اختصاصی و بینابینی است و ممکن است شامل خستگی و احساس ناراحتی و فشردگی در ناحیه‌ی ربع فوقانی شکم، تهوع، بی‌اشتهایی ضعیف و دردهای عضلانی و استخوانی باشد و مشابهاً امتحانات فیزیکی طبیعی است، و یا ممکن است هپاتومگالی یا حساسیت ناحیه‌ی کبدی را نشان دهند. بعضی از بیماران دارای اریتم کف دست یا عروق عنکبوتی شکل روی شکم هستند.

● اشکال مختلف سیروز

وقتی یک بیمار به سیروز مبتلا است با اینکه بیماری را با شدت زیاد دارد، نشانه‌ها و علائم، دیرتر خود را هویدا می‌سازند. علاوه بر خستگی، بیمار ممکن است از ضعف عضلانی، اشتهای کم، تهوع، کم شدن وزن، خارش، ادرار تیره، احتباس مایع در شکم و باد کردگی شکم شکایت کند. در مشاهدات فیزیکی بزرگی کبد و طحال، یرقان، تحلیل عضلانی، تراکشیدگی پوست (excoriation) به آسیت، و تورم زانوها از نشانه‌های بارز هستند.

● عوارض خارج کبدی

عوارضی که اعضای دیگر غیر از کبد را دچار می‌سازد در (۱ تا ۲%) افراد مبتلا به هپاتیتC دیده می‌شود از دسته این عوارض (cryoglobulinemia) که مشخص می‌شود با:

▪ راشهای پوستی مانند پورپورا، واسکولیت و یا کهیر

▪ دردهای عضلانی و مفاصل

▪ بیماریهای کلیه

▪ نوروپاتی

▪ ظهور کریوگلوبین، روماتوئید فاکتور، و کمپلمانهای پایین در سرم قابل ذکر هستند. از دسته عوارض خارجی کبدی دیگر گلومولونفریت‌ها، پورفیریاکوتینوس تاردا Porphynia Cutanea tarda است که ثابت شده است با هپاتیتC رابطه دارد.

▪ آرتریت‌های سرونگاتیو

▪ کراتوکونژونکتیویت‌سیکا

▪ لنفومای بتاسل، تیپ غیر هوچکینی

▪ فیبرومیالژیا

▪ لیکن پلان، نیز ازبیماریهای همراه هپاتیت C ممکن است به حساب آیند ولی ارتباط آنها با هپاتیت C کمتر سندیت دارد.

● تست‌های سرولوژیک Serologic-test

Anti-HCV توسط آنزیم ایمونواسی (EIA) تعیین می‌گردد.

نسل سوم تست (EIA-۳) که امروزه به کار می‌رود خیلی بیشتر از انواع قبلی حساس‌تر و اختصاصی‌تر است. پاسخ مثبت کاذب در همه‌ی نسلهای این تست‌ها گاهی حاصل می‌شود که در این صورت باید از تستهای کمکی دیگر یاری گرفته شود.

بهترین راه تشخیص هپاتیت C استفاده ازآزمایش HCV-RNA است که از طریق Sensitive Polymerase chain reaction=PCR کاربرد دارد. وجود-HCV

RNA در سرم نشانه‌ی فعال بودن بیماری است. آزمایش HCV-RNA در بیمارانی که تست EIA در آنها قابل اعتماد نیست در تشخیص کمک کننده است. به عنوان مثال بیمارانی که ضعف دفاعی دارند ممکن است در آنها تست Anti-HCV منفی گزارش گردد در حالی که دچار عفونت HCV هستند علت این امر این است که این افراد به اندازه‌ی کافی آنتی‌بادی برای تعیین آنتی HCV تولید نمی‌کنند تا به روش EIA قابل اندازه‌گیری باشد همینطور هم در هپاتیت حاد ممکن است تست Anti- HCV منفی باشد چون آنتی بادی یک ماه بعد از استقرار بیماری مثبت می‌شود پس لزوم تکرار این تست در آن زمان یعنی یک ماه بعد لازم است. در چنین مواردی انجام تست HCV-RNA تست قابل اعتمادی،به شمارمی‌رود.

- سنجشهای ایمونوبلات Recombinant Immunoblat Assay=RIA

سنجش‌های ایمونوبلات برای تأکید راکتیویته‌ی Anti-HCV به کار می‌روند. این تست‌ها به نام Western blots نیز نامیده می‌شوند. سرم خون بیمار روی استریپ‌های نیتروسلولوزه که چهار نوع پروتئین‌های به هم پیوسته ویروس روی آن‌ها خشکانده (Blotted) شده است انکوبه می‌شود. تغییرات رنگ حاصله روی باندها نشان دهنده‌ی این است که آنتی‌بادی‌ها به پروتئین‌های ویروس پیوسته‌اند. نتیجه‌ی تست به طور واضح وقتی مثبت است که تعداد ۲ یا بیشتر از پروتئین‌های ویروس با مواد نیترو سلولوزه عکس‌العمل نشان دهند و اگر فقط یک باند راکسیون ترکیبی نشان دهد تست مبهم ارزیابی می‌شود.

در بعضی حالات کلینیکی تست‌های تأییدیه توسط ایمونوبلات کمک کننده هستند مثلاً در مورد اشخاصی که دارای Anti-HCV بوده ولی در سنجش EIA جواب منفی برای HCV-RNA دارند.

در زمان بهبود از هپاتیت C ویا مواقعی که عفونت با مقدار کمی ویروس ادامه دارد و این مقدار کم ویروس قابل اندازه‌گیری نیست ممکن است EIA-Anti HCV جواب مثبت کاذب نشان دهند. اگر ایمونوبلات برای Anti-HCV مثبت باشد بیمار به طور مطمئن شفا یافته است و یک آنتی‌بادی مقاوم و دائمی بدون حضور ویروس در خون خود خواهد داشت. اگر ایمونوبلات منفی باشد ولی با روش EIA، آنتیHCV مثبت باشد احتمالاً این تست اخیر مثبت کاذب است.

تست‌های ایمونوبلات به طور روتین در بانک‌های خون در مواردی که توسط روش EIA آنتیHCV مثبت است به کار می‌روند این تست‌ها بسیار اختصاصی هستند. اما وقتی جواب تست، حاصل ترکیب فقط با یک باند پروتئین باشد و تست مبهم است آن وقت باید از تستهای تعیین کننده‌ی دیگر استفاده کرد. PCR Amplifiction یا تست PCR تشدید یافته از این نوع تست‌های تعیین کننده بوده و ممکن است میزان خیلی پایینHCV-RNA را در سرم نشان دهد .HCV-RNA یک تست قابل اعتماد و اختصاصی در جهت تأیید وجود هپاتیت C است. اگر آزمون اخیر با روش PCR انجام شود مخصوصاً برای آنهایی که ترانس آمینازهای طبیعی ، یا کمی بالادارند و یا در سرم آنها Anti-HCV وجود دارد و یااحتمال وجودچند نوع بیماری کبدی دیگر متصور است مفید به فایده است.

همچنین این تست برای آنها که اختلال ایمونیته دارند و یا تحت پیوند کبد قرارگرفته‌اند ویا نارسایی مزمن کبدی دارند نیز ممکن است هپاتیت C فعال را مشخص کند.

اگرچه هنوز این تست‌ها توسطFDA برای استفاده‌ی عموم تأیید نشده است ولی کیت‌های تجارتی آن وجود دارد.

هنوز کیت‌های PCR استاندارد نشده‌اند و فعلاً خیلی گران هستند و اگر پزشکی طالب آنها است باید از کمپانی‌های خیلی مطمئن آنها را بخواهد.

- راهنمایی‌های بیوشیمیایی در هپاتیت C

▪ در هپاتیتC ازدیاد آلانین و اسپارتات آمینو ترانسفراز محدوده‌ی صفر تا بیست برابر ولی معمولاً کمتر از پنج برابر بالای نرمال است.

ک آلانین آمینو ترانسفرازها معمولاً بیشتر از اسپارتات آمینوترانسفرازها هستند ولی در آنانی که دچار سیروز هستند ممکن است این قضیه معکوس گردد.

معمولاً الکالن فسفاتاز و گاماگلوتامین ترانس پپتیدازها نرمال هستند اگر بالاتر باشند سیروز حاکمیت دارد.

▪ فاکتور روماتوئید - پلاکت پایین گلبول سفید پایین معمولاً در بیماران مبتلا به سیروز دیده می‌شود.

▪ آنزیمهای لاکتات دزیدروژناز و کرآتین کیناز معمولاً طبیعی هستند.

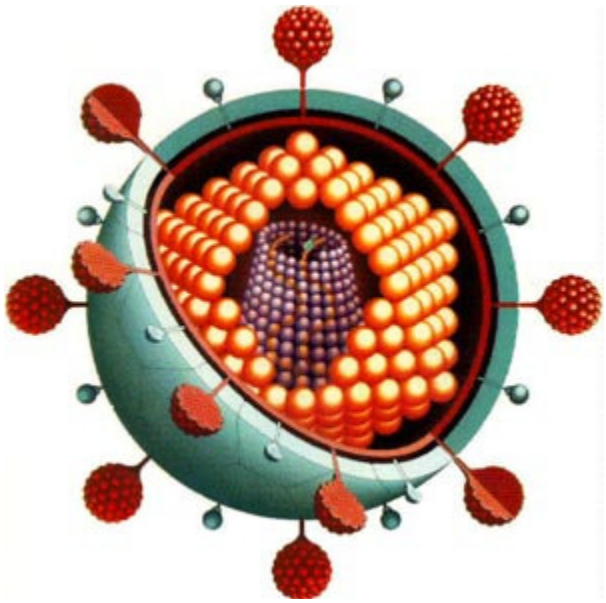
▪ تراز آلبومین خون وپروترومبین معمولاً طبیعی است مگر بیماری در مرحله‌ی آخر باشد.

▪ تراز آهن و فریتین خون کمی بالا می‌رود.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

http://vista.ir/?view=article&id=285909

هپاتیت را جدی بگیرید



هپاتیت نامی کلی برای بیماری های مختلفی است که باعث بروز التهاب کبدی می شود. کبد ارگانی حیاتی است و عملکرد نامطلوب آن می تواند منجر به بیماری شدید وحتی مرگ شود.

نوشیدن الکل که در شرع مقدس حرام است یا مصرف برخی داروها می تواند باعث ایجاد هپاتیت شود، شایع ترین علت این بیماری عفونت ویروسی است. چند نوع هپاتیت ویروسی شامل: A. B. C .D .E وجود دارد. همه این ویروس ها مشکلات مشابهی را ایجاد می کنند اما به روش های متفاوتی سرایت می یابند. در این مقاله بیماری هپاتیت C و A مورد بحث قرار می گیرد.

هپاتیت C از طریق خون سرایت می کند و در بیش از ۷۰ درصد موارد آلودگی، ویروس در خون باقی مانده و افراد به صورت مزمن یا طولانی مدت حامل ویروس می شوند. تصور می شود که حداقل ۲۰ درصد ناقلین مزمن به طرف سیروز که بیماری پیشرفته کبدی است، پیش می روند. ممکن است رسیدن به این مرحله ۲۰ سال به طول انجامد و احتمال دارد تعداد کمی از مبتلایان به سیروز بعد از چند سال به سرطان کبد دچا شوند. مساله مهمی که در مورد مبتلایان به هپاتیت C باید در نظر گرفت تعداد بسیار زیاد مبتلایان بدون علامت بالینی است. برخی ممکن است به یک بیماری خفیف شبیه سرماخوردگی که احتیاجی به درمان ندارد، مبتلا شوند. در برخی دیگر از افراد ممکن است در ابتدای آلودگی ادرار تیره شده، چشم ها و پوست به رنگ زرد متمایل گردد (زردی) علائم هپاتیت در طول چند هفته ناپدید می گردد اما این لزوما به معنای ناپدید شدن عفونت نیست. آزمایش خون می تواند وضعیت آلودگی فرد را مشخص نماید. زمانی که التهاب ناپدید شدن عفونت نیست. آزمایش خون می تواند وضعیت آلودگی فرد را مشخص نماید. زمانی که التهاب کبد بیش از ۶ ماه طول بکشد بیماری به عنوان هپاتیت C مزمن شناخته می شود. هپاتیت C مزمن می تواند علائم زیر را داشته باشد:

- سستی و رخوت خفیف تا شدید
- کاهش اشتها
- تهوع و استفراغ
- دردناک بودن قسمت فوقانی و راست شکم (زیر دنده ها)
- تب
- درد در ناحیه مفاصل

آنچه در پیش رو دارید مروری بر بیماری هپاتیت C است. این مجموعه بیماران مبتلا به هپاتیت C را در شرایط خاصی همچون بارداری، مراقبت های دندانپزشکی، تغذیه، مصرف تزریقی مواد مخدر و آزمایش های مورد نیاز راهنمایی نموده و پزشکان و پرسنل بهداشتی -درمانی را در مورد نکاتی

که لازم است به این دسته بیماران آموزش داده شود، یاری کند.

هپاتیت C نوعی بیماری کبدی است که به وسیله ویروس هپاتیت (HCV) ایجاد می گردد. ویروس در خون افراد مبتلا به این بیماری یافت می شود. عفونت از طریق تماس با خون فرد آلوده به سایر افراد، سرایت می کند.

البته همه مردم در معرض خطر ابتلا به هپاتیت C نیستند. بیشتر افراد مبتلا به هپاتیت C برای تمام عمر ناقل ویروس باقی می مانند. اکثر آنها دچار آسیب های کبدی می شوند، اما تعدادی از افراد اصلا بیمار نمی شوند. بعضی از افرادی که به علت هپاتیت C، دچار آسیب کبدی شده اند، احتمال دارد به عارضه سیروز (جوشگاهی) کبدی و نارسائی کبدی مبتلا شوند که ممکن است چندین سال طول بکشد.

اما چگونه می توان خود را از ابتلا به هپاتیت C و سایر بیماری هایی که از طریق تماس با خون انسان سرایت می یابند، محافظت نمود؟

▪ هرگز مواد مخدر را تزریق ننمایید و در صورت وابستگی به تزریق، آن را متوقف کنید و یک برنامه درمانی رابرای ترک در پیش گیرید. اگر قادر به قطع تزریق مواد مخدر نیستید، از سرنگ و آب به طور مشترک یا مکرر، استفاده نکنید و در مقابل هپاتیت B واکسینه شوید.

▪ مسواک، ریش تراش یا سایر اقلام نظافت شخصی را به طور مشترک استفاده نکنید زیرا احتمال دارد، روی سطح آنها، خون وجود داشته باشد.

▪ در صورتی که کارمند سیستم بهداشتی - درمانی هستید، همیشه وسایل حفاظتی متداول را به کار ببرید و از سوزن ها و سایر وسایل تیز با احتیاط استفاده کنید و در برابر هپاتیت B، واکسینه شوید.

▪ اگر به فکر انجام خالکوبی یا هر اقدامی که منجر به سوراخ شدن پوست می شود هستید، خطرات بهداشتی آن را در نظر بگیرید. شما ممکن است آلوده شوید:

اگر:

۱) بر روی وسایل استفاده شده شما، خون فرد دیگری وجود داشته باشد.

۲) فردی که اقدام به سوراخ کردن پوست به منظور سوراخ کردن گوش یا خالکوبی و... می کند، این کار را به صورت بهداشتی (با شستن دست ها و استفاده از دستکش یک بار مصرف) انجام ندهد.

واکسنی برای هپاتیت C وجود ندارد.

هپاتیت از طریق زیر سرایت نمی کند:

۱) تغذیه با شیر مادر

۲) در آغوش گرفتن

۳) غذا یا آب

۴) استفاده از ظروف به طور مشترک در هنگام خوردن و آشامیدن

۵) عطسه

۶) سرفه

۷) تماس اتفاقی

برخی افراد که در معرض خطر هپاتیت C هستند در مورد ابتلا به هپاتیت های A و B نیز در معرض خطر قرار دارند، با پزشک خود در مورد نیاز به دریافت واکسن هپاتیت B مشورت نمایند.

اما هپاتیت A یک بیماری کبدی است. هپاتیت باعث تورم کبد و توقف کار طبیعی آن می شود.

شما نیاز به یک کبد سالم دارید. کبد کارهای بسیاری برای زنده نگاه داشتن شما انجام می دهد. کبد با عفونت ها مبارزه می کند و باعث می شود خونریزی ها متوقف شوند. کبد داروها و سایر سموم را از بدن خارج می کند. در ضمن انرژی را برای زمان مورد نیاز ذخیره می کند.

هپاتیت A به وسیله یک ویروس ایجاد می شود.

ویروس نوعی میکروب است که ایجاد بیماری می کند. (مثلا آنفلوانزا به وسیله یک ویروس ایجاد می شود.) افراد می توانند ویروس را به هم منتقل کنند. ویروسی که باعث بیماری هپاتیت A می شود. ویروس هپاتیت A نامیده می شود.

هپاتیت A به وسیله تماس نزدیک فردی با فرد دیگری که دارای عفونت است گسترش می یابد. شما از راههای زیر ممکن است به هپاتیت A دچار شوید:

خوردن غذایی که به وسیه فرد مبتلا به هپاتیت A تهیه شده است. نوشیدنی آبی که به وسیله هپاتیت A آلوده شده است (در مناطقی از جهان با وضعیت بهداشتی پایین).

چه کسانی ممکن است به هپاتیت A مبتلا شوند. هر فردی می تواند به این بیماری دچار شود. اما بعضی افراد بیش از دیگران احتمال ابتلا دارند:

- افرادی که با فرد مبتلا به هپاتیت A زندگی می کنند.
- بچه هایی که به مهدکودک و سایر مراکز مراقبتی روزانه می روند.
- افرادی که در این مراکز کار می کنند.
- افرادی که به کشورهای دیگر که هپاتیت A شایع است مسافرت می کنند.

هپاتیت A می تواند باعث شود احساس ابتلا به آنفلوانزا پیدا کنید.

ممکن است:

- احساس خستگی کنید.
- احساس ناراحتی در معده کنید.
- تب کنید.
- بی اشتها شوید.
- دچار درد معده شوید.
- دچار اسهال شوید.

بعضی افراد ممکن است موارد زیر را داشته باشند:

- ادرار زرد تیره
- مدفوع رنگ روشن
- پوست و چشم زرد

برخی افراد ممکن است هیچ نشانه ای نداشته باشند. اگر نشانه های مذکور را دارید یا فکر می کنید ممکن است هپاتیت A داشته باشید به پزشک مراجعه کنید. پزشک خون شما را آزمایش خواهد کرد.

اکثر افرادی که به هپاتیت A دچار می شوند خود به خود در عرض چند هفته بهبود پیدا می کنند. ممکن است نیاز به استراحت در بستر برای چند روز تا چند هفته داشته باشید پزشک ممکن است داروهایی برای بهبود علا ئمتان تجویز کند.

شما می توانید واکسن هپاتیت A دریافت کنید. واکسن دارویی است که در زمان سلا متی استفاده می کنید و شما را از ابتلا به بیماری محافظت می کند. واکسن ها به بدن شما یاد می دهند که به ویروس های خاص مانند هپاتیت A حمله کند. واکسن هپاتیت A از طریق تزریق داده می شود. بچه ها می توانند بعد از ۲ سالگی این واکسن را بگیرند. بچه های سن ۲ تا ۱۸ ساله به سه تزریق نیاز دارند. این تزریق ها در طی یک سال صورت می گیرد. بالغین ۲ تا ۳ تزریق را در طول ۶ ماه تا یک سال دریافت می کنند. واکسن ها از شما در برابر ابتلا به هپاتیت A محافظت می کنند. شما به تمام تزریق ها برای محافظت شدن نیاز دارید.

اگر به کشور دیگری مسافرت می کنید حتما تمام تزریق ها را قبل از مسافرت بگیرید. اگر یک مورد تزریق را دریافت نکردید بلا فاصله با پزشک خود تماس بگیرید.

از راههای زیر می توانید از خود و دیگران در برابر هپاتیت A محافظت کنید:

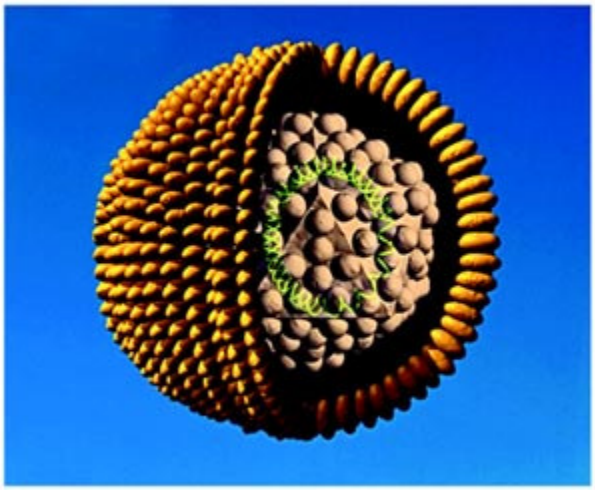
- همیشه دست های خود را پس از توالت و قبل از پخت غذا یا قبل از غذا خوردن بشویید.
- اگر مجبور به دست زدن به مدفوع دیگران هستید از دستکش استفاده کنید. پس از آن نیز دست های خود را بشویید.
- وقتی به کشور دیگری مسافرت می کنید از آبهای بطری بنوشید. (یا ازقطعات یخ استفاده نکنید و میوه و سبزی را در آب فراوان بشویید.)

منبع : روزنامه مردم سالاری

http://vista.ir/?view=article&id=300687

vista.ir
Online Classified Service

هپاتیت ها و راه های درمان و پیشگیری



هپاتیت (التهاب کبد) می تواند به وسیله بسیاری از داروها و مواد سمی و ویروس های مختلف ایجاد شود که تظاهرات بالینی آنها ممکن است کاملاً شبیه یکدیگر باشد. ویروس های اختصاصی که سبب هپاتیت ویروسی شامل: ویروس هپاتیت A (HAV) ، ویروس هپاتیت B (HBV)، ویروس هپاتیت C(HCV)، ویروس هپاتیت D (عامل دلتا) و ویروس هپاتیت E(نوعی هپاتیت منتقله از راه گوارشی که به شکل اپیدمی در آسیا و شمال آفریقا و مکزیک مشاهده شده است) می شود. اصطلاح ویروس هپاتیت G (HGV) به تازگی برای عاملی به کار می رود که به ندرت موجب هپاتیت واضح می شود. تصویر بالینی هپاتیت ویروسی بی نهایت متغیر بوده و از یک عفونت بدون علامت تا یک بیماری برق آسا و کشنده در مدت چند روز متفاوت است.

- هپاتیت A

انتقال عامل این بیماری تقریباً منحصر به راه مدفوعی -دهانی است. انتشار ویروس هپاتیت A از شخصی به شخص دیگر با رعایت نکردن بهداشت فردی و ازدحام جمعیت تشدید می شود. مصرف غذا، آب، شیر و صدف آلوده، به صورت همه گیر یا تک گیر، موجب ابتلا به بیماری می شود.

هپاتیت A در اواخر پائیز و اوایل زمستان شیوع بیشتری دارد. در کشورهای پیشرفته بروز هپاتیت A به علت ارتقای سطح بهداشت کاهش یافته است.

در کشورهای در حال توسعه همگام با کاهش شیوع عفونت های خفیف در دوران کودکی احتمال بروز عفونت شدید در بالغین جامعه افزایش می یابد، همچنین مسافرت به مناطق آندمیک، منشأ عفونت نزد بزرگسالان ساکن مناطق غیرآندمیک است. کانون های اپیدمیولوژیک عفونت هپاتیت A که اخیراً شناسایی شده است شامل مراکز نگهداری کودکان، بخش های مراقبت مخصوص نوزادان و مصرف کنندگان داروهای وریدی است. با این که هپاتیت A به ندرت از راه خون منتقل می شود چند مورد از این بیماری در کسانی که عوامل انعقادی تغلیظ شده را دریافت می کنند، شناسایی شده است.

- هپاتیت B

ابتلا به هپاتیت B انتشار وسیعی در سراسر جهان دارد. شیوع عفونت با این ویروس به عوامل مختلفی از جمله عادات اجتماعی مانند خالکوبی، حجامت، اعتیاد و غیره وابسته است. براساس آمارهای موجود در ایران حداقل دو درصد از جمعیت شهری به این بیماری مبتلا بوده و انتقال از مادران آلوده به نوزادان مهم ترین شیوه انتقال است.

درمان این بیماری به دلیل طولانی بودن و گرانی داروها و نیاز به انجام آزمایش ها و مراجعات مکرر به پزشک، پرهزینه است و گاهی امکان پرداخت آن از سوی بیماران وجود ندارد. این بیماری علاوه بر ایجاد مشکلات مالی و عاطفی در خانواده ها، بار سنگین اقتصادی بر دوش دولت قرار می دهد.

بسیاری از بیماران به علت عدم شناخت زودرس بیماری، در مراحل پیشرفته برای درمان مراجعه می کنند و در نتیجه درمان های موجود برای آنان

مؤثر واقع نمی شود.در بیشتر موارد ویروس هپاتیت B از راه های غیرپوستی (و نیز تماس های مخفی پوستی که کمتر جلب توجه می کنند) منتقل می شود. بیماری تقریباً در تمام نقاط بدن افراد آلوده به ویروس هپاتیت B مثل بزاق اشک، مایع مغزی ـ نخاعی، شیره معدی و ادرار و حتی به ندرت در مدفوع بیمار مشاهده می شود.از سویی دو راه غیرپوستی برخورد با ویروس که تازگی به عنوان مهم ترین روش های انتقال ویروس مورد توجه قرار گرفته اند «تماس نزدیک» و «انتقال در هنگام زایمان» است. گروه های دیگری که میزان عفونت در آنها بالاست عبارتند از: افرادی که همسر آنها مبتلا به هپاتیت B حاد است، کسانی که از نظر جنسی بی بند و بار هستند، کارکنان پزشکی که با خون تماس دارند، افرادی که نیاز به تزریق خون مکرر خصوصاً فرآورده های خونی تغلیظ شده (بخصوص هموفیلی ها) دارند، ساکنین و کارکنان آسایشگاه های عقب افتادگان ذهنی و زندان ها و به میزان کمتر، اعضای خانواده بیماران مبتلا به بیماری مزمن کبدی.

- هپاتیت C

حداقل سه نوع ویروس در بروز این هپاتیت دخالت دارند.هپاتیت C شایع ترین نوع هپاتیت است که به دنبال ترانسفوزیون خون ایجاد می شود.کودکانی که مرتب ترانسفوزیون خون احتیاج دارند یا افرادی که حجم زیادی خون دریافت می کنند، بیش از دیگران در معرض ابتلا به هپاتیت C قرار دارند.

دوره نهفته هپاتیت C متغیر است که این موضوع گوناگونی عوامل ایجاد کننده هپاتیتC را نشان می دهد.این دوره به طور متوسط بین شش تا ۹ هفته تخمین زده می شود.سیر بالینی هپاتیت C به هپاتیت B شباهت دارد و فقط علائم خفیف تر هستند. در بیشتر موارد حالت ناقل مزمن در افراد مبتلا به وجود می آید و تعداد قابل ملاحظه ای از بیماران به اختلالات مزمن کبدی مبتلا می شوند همچنین خطر ابتلا به سیروز کبدی پس از هپاتیت C افزایش می یابد.به نظر می رسد مخزن اصلی ویروس های عامل هپاتیتC، انسان باشد.شیوع بیماری در کسانی که از خون خون دهندگان حرفه ای استفاده کرده اند، بیشتر است.مواردی از بیماری نیز به دنبال اهدای خون از سوی افراد سالم گزارش شده است که دلالت بر وجود حاملین مزمن عامل یا عوامل بیماری می کند.هپاتیتC از طریق غیر تزریقی نیز قدرت انتقال دارد.تماس نزدیک بین افراد یک خانواده و زوجها و آلوده شدن نوزادان از طریق مادران مبتلا، از دیگر روش های انتقال بیماری است.براساس گزارشی از هندوستان به نظر می رسد که احتمال انتقال هپاتیت C از طریق مصرف آب آلوده نیز وجود داشته باشد.

- هپاتیت D

این ویروس دارای انتشار جهانی است.در کشورهای مدیترانه ای (آفریقای شمالی و اروپای شرقی و خاورمیانه)، عفونت در میان مبتلایان به هپاتیت B به صورت آندمیک وجود دارد و بیماری بیشتر از راه های غیر پوستی، مخصوصاً تماس های نزدیک فردی منتقل می شود. در مناطق غیر آندمیک مثل ایالات متحده و اروپای غربی عفوت HDV مربوط به افرادی است که مرتب در معرض خون و فرآورده های خونی هستند و مشخصاً در معتادان و هموفیلی ها دیده می شود.

- خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی

علائم و نشانه ها: هپاتیت حاد ویروسی پس از دوره کمونی که بر حسب عامل به وجود آورنده آن متفاوت است، بروز می کند.به طور کلی دوره کمون هپاتیتA بین ۱۵ تا ۴۵ روز (به طور متوسط چهار هفته) است.

طول دوره کمون در مورد هپاتیت B و D بین ۳۰ تا ۱۸۰ روز (به طور متوسط چهار تا ۱۲هفته)، هپاتیتC بین ۱۵ تا ۱۶۰ روز (به طور متوسط هفت هفته) و در مورد هپاتیت E بین ۱۵ تا ۶۰ روز (به طور متوسط پنج تا شش هفته) است.علائم پیش درآمد هپاتیت حاد و ویروسی، سیستمیک و کاملاً متغیر است.علائم عمومی مثل بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، خستگی، ناخوشی، درد مفاصل و ماهیچه ها، سر درد، ترس از نور، سرفه و زکام، ممکن است یک تا دو هفته قبل از یرقان بروز کند.یک تا پنج روز قبل از بروز یرقان ممکن است بیمار متوجه تیره شدن ادرار و کمرنگ شدن مدفوع خود شود.با بروز یرقان علائم عمومی پیش درآمد معمولاً خفیف می شود.کبد بزرگ و حساس شده همراه با درد ربع فوقانی راست و ناراحتی است.مدت مرحله پس از یرقان بین دو تا ۱۲ هفته متغیر است.

- پیشگیری

به علت این که درمان خاص در هپاتیت حاد ویروسی وجود ندارد و درمان ضد ویروسی نیز در هپاتیت مزمن ویروسی فقط در بعضی بیماران مؤثر است، بر پیشگیری از طریق ایمن سازی در گروه های پرخطر تأکید می شود.همانطور که گفته شد گروه های پر خطر شامل کارکنان بهداشتی که با خون سر و کاردارند، کارکنان و بیماران بخش همودیالیز، ساکنان و کارکنان آسایشگاه های معلولین، معتادان به داروهای تزریقی، محکومین به

حبس های طولانی مدت، افرادی نظیر هموفیلی هایی که نیازمند درمان با مقدار زیادی از مشتقات خونی به مدت طولانی هستند و افرادی که در مناطق با شیوع زیاد بیماری زندگی می کنند یا به این نواحی زیاد سفر می کنند، هستند.

برای پیشگیری پس از تماس های نزدیک با مبتلایان به هپاتیت A تزریق ایمنوگلوبولین در نخستین فرصت ممکن توصیه می شود. این مقدار حتی اگر ۲ هفته پس از تماس با این افراد تزریق شود ممکن است مؤثر باشد.

منبع : روزنامه ایران

http://vista.ir/?view=article&id=314324

vista.ir
Online Classified Service

همه آنچه می خواهید در مورد سرماخوردگی بدانید

این روزها فصل شروع سرماست و تغییر نسبتاً سریع وضعیت آب وهوایی یک اتفاق نسبتاً ناخوشایند را برای اکثر مردم رقم می زند و آن هم بیماری های دستگاه تنفسی هستند که به رغم آنکه اکثر آنها بیماری های بسیار خوش خیم و غیرحادی محسوب می شوند اما بالاخره هر فرد را برای چند روز دارای علامت ها وحالت های ناخوشایند می کند و در بسیاری از مواقع به خانه نشینی و بستری شدن در منزل می انجامند. سوالات زیادی در ذهن اکثریت مردم در مورد این بیماری های شایع دستگاه تنفسی فوقانی وجود دارد که شاید پاسخ خیلی از آنها را بتوانید در پرسش و پاسخ های زیر پیدا کنید.

۱) چه تفاوتی میان «سرماخوردگی» و «آنفلوآنزا» وجود دارد؟

هر دو بیماری سرماخوردگی و آنفلوآنزا بیماری های دستگاه تنفسی فوقانی هستند اما ویروس های عامل هر کدام با دیگری متفاوت است. از آنجایی که هردو بیماری علائم تقریباً یکسانی دارند در خیلی مواقع تمایز آنها صرفاً از روی علائم ممکن نیست اما به طور معمول علائم بیماری مبتلا به سرماخوردگی خفیف تر از علائم بیمار مبتلا به آنفلوآنزاست.

شایع ترین علامت های فرد سرماخورده عبارتنداز آب ریزش از بینی، سرفه، گلودرد و تب خفیف، شایع ترین علامت های فرد دچار آنفلوآنزا هم عبارتند از تب شدید، لرز، درد بدن، احساس خستگی و کوفتگی بدن.

۲) چرا هنوز واکسن موثری علیه سرماخوردگی ساخته نشده است؟

سرماخوردگی به وسیله حدود ۲۵۰ گونه از ویروس ها پدید می آید. بسیار مشکل است واکسنی تهیه کرد که بدن را در مقابل مثلاً ۲۵۰ گونه ویروس ایمن کند. در ضمن شاید نیازی به تهیه واکسن سرماخوردگی نباشد چرا که سرماخوردگی یک بیماری خفیف است که گلو، بینی و سینوس ها را برای چند روز درگیر می کند و بعد حتی بدون درمان و بدون هیچ عارضه ای خوب می شود.

۳) آیا ممکن است علائم سرماخوردگی فرد صرفاً ناشی از آلرژی باشد؟

اگر کسی آبریزش بینی داشته باشد اما تب یا درد یا خستگی بدن نداشته باشد ممکن است صرفاً دچار یک واکنش آلرژیک باشد. در ضمن اگر علائم بیشتر از دوهفته طول کشید و چشم های فرد هم قرمز بود، علائم به معنی این است که فرد آلرژی دارد. البته این را در ذهن داشته باشید

که افراد دچار واکنش های آلرژیک به دلیل مشکلات سیستم تنفسی شان بیشتر مستعد ابتلا به بیماری سرماخوردگی هستند.

۴) بهترین درمان برای سرماخوردگی چیست؟

درمان قطعی برای سرماخوردگی وجود ندارد. مهم ترین اقدام درمانی، خوردن مایعات زیاد است تا بدن دچار دهیدراسیون (کمبود مایعات) نشود. این مساله می تواند مانع از اضافه شدن عفونت های ثانویه در بدن فرد سرماخورده شود. بهتر است فرد سرماخورده مایعاتی مثل قهوه یا چای نخورد چرا که این مایعات سیستم گردش مایعات در بدن را تا حدی مختل می کند. در مورد غذا هم اگر فرد احساس گرسنگی ندارد بهتر است غذای ساده مصرف کند. سوپ مرغ غذایی است که می تواند برخی علائم را کاهش دهد. سیر هم می تواند تا حدی به فرد کمک کند.

پزشکان معتقدند درمان تب خفیف فقط در کودکان و افراد مسن لازم است و بهتر است افراد جوان سالم هیچ دارویی برای تب خفیف مصرف نکنند. تب خفیف نشانگر مبارزه بدن با ویروس ها و باکتری ها و فعال شدن سیستم ایمنی بدن است.

▪ ملاحظات دارویی سرماخوردگی ها به شرح زیر است:

ـ آسپرین: کودکان و نوجوانان به دلیل احتمال ابتلا به سندرم ری بهتر است آسپرین مصرف نکنند.

ـ آنتی هیستامین ها: بهتر است این داروها برای دو یا حداکثر سه روز باشد.

ـ اسپری های سالین دماغی: محدودیتی برای مصرف آنها وجود ندارد.

ـ قرقره کردن با آب نمک: آب نمک باید رقیق باشد و این تصور که آب نمک غلیظ باعث بهبود سریع تر می شود کاملاً بی اساس است.

۵) مصرف ویتامین C یا روی در بهبود سرماخوردگی موثر است؟

در برخی مطالعات قبلی نشان داده شده بود که مصرف اسپری های داخل بینی حاوی روی، می تواند احتمال ابتلا به سرماخوردگی را کاهش دهد اما مطالعات دقیق تر جدید نشان داده که این ادعا صحت ندارد و مصرف این اسپری ها مانع بروز سرماخوردگی نمی شود.

در مورد ویتامین C این تصور باستانی وجود دارد که مصرف ویتامین C می تواند باعث کاهش احتمال ابتلا به سرماخوردگی شود اما یک تحقیق جدید در ایالات متحده آمریکا- که جمع بندی تحقیقات انجام گرفته در ۶۵ سال اخیر بود- نشان داده مصرف ویتامین C روزانه هم تاثیر بسیار کمی در کاهش ابتلا به سرماخوردگی دارد اما در عوض کسانی که در روزهای اول ابتلا به سرماخوردگی ویتامین C مصرف کرده اند دوره های کوتاه تر با علامت های کمتر از سرماخوردگی را تجربه کرده اند.

بهترین راه دفاع در مقابل ابتلا به سرماخودرگی تقویت سیستم ایمنی بدن است.

خوردن غذاهای پر از ویتامین (مواد غذایی سبز تیره) مثل اسفناج که پر از ویتامین A وC است یک راهکار مناسب است ضمن اینکه ماست های کم چرب هم می توانند سیستم ایمنی بدن را فعال سازند. ورزش مناسب و منظم هم راه دیگری برای تقویت سیستم ایمنی بدن است. ثابت شده که ورزشکاران اندکی کمتر از افراد عادی به سرماخوردگی دچار می شوند اما سرماخوردگی آنها خیلی خفیف تر است.

۶) لزوم مراجعه به پزشک یا استفاده از آنتی بیوتیک

معمولاً یک سرماخوردگی ساده نیازی به مراجعه به پزشک یا درمان آنتی بیوتیک ندارد چرا که سرماخوردگی به وسیله ویروس ها به وجود می آید و آنتی بیوتیک ها علیه باکتری ها موثر است نه علیه ویروس ها.

اما یک سرماخوردگی ساده هم ممکن است باعث عفونت سینوس ها شود. اگر در راه تخلیه معمول سینوس ها انسداد به وجود بیاید احتمال التهاب در سینوس و سپس عفونت آن وجود دارد. در عین حال سرماخوردگی ممکن است باعث عفونت گوش هم شود. ممکن است عفونت سینوس یا گوش خود به خود خوب شود اما گاهی هم نیاز به درمان آنتی بیوتیک وجود دارد.

علائم عفونت گوش شامل درد گوش، تب و احساس پری درون گوش است.

علائم عفونت سینوس شامل آبریزش بینی، درد صورت و احساس فشار در پیشانی.

۷) استراحت در زمان سرماخوردگی

بهتر است فردی که دچار سرماخوردگی می شود در روزهای اول سرماخوردگی در خانه استراحت کند. در صورت استراحت فرد بیمار زودتر خوب خواهد شد و در ضمن موجب انتقال بیماری به دیگران نخواهد شد.

۸) ممانعت از ابتلا به بیماری

شستن دست ها، هم سرماخوردگی و هم آنفلوآنزا شیوه انتقال یکسانی دارند- انتقال قطرات کوچک حاوی ویروس از طریق عطسه یا سرفه- به

فرد دیگر، در صورتی که افراد رعایت نکات بهداشتی را بکنند و دست های خود را بشویند و دست خود را به سمت چشم یا بینی خود نبرند می تواند مانع از بروز بیماری در خود شود توصیه های زیر برای کاهش میزان ابتلا به سرماخوردگی مهم است:

▪ شستن منظم دست ها

عطسه یا سرفه کردن در یک دستمال یا حداکثر در داخل دست های خود شخص و سپس شستن دست ها.

▪ عطسه نکردن به سمت افراد دیگر

▪ عدم لمس چشم ها، بینی یا دهان با دست نشسته

▪ شست وشوی منظم حوله ها و سایر وسایل مورد استفاده جمعی

۹) آیا سرمای محیط در ابتلا به سرماخوردگی موثر است؟

شاید قدیمی ترین ایده عمومی در مورد سرماخوردگی این است که افراد در صورتی که در جای سرد قرار بگیرند، به خصوص اگر لباس آنها کافی نباشد سرما می خورند اما مساله این است که سرماخوردن فقط با وجود ویروس سرماخوردگی در بدن ممکن است. ممکن است هوای سرد علائم بیماری را تشدید کند یا باعث تضعیف سیستم ایمنی و طولانی تر شدن دوره بیماری شود اما سرما به تنهایی نمی تواند عامل این بیماری باشد.

۱۰) چرا کودکان خیلی اوقات حالت سرماخوردگی دارند؟

بیشترین انتقال ویروس سرماخوردگی در بین کودکان دبستانی رخ می دهد، کودکان در این سن هم کمتر بهداشت را رعایت می کنند هم سیستم ایمنی آنها ضعیف تر است و هم سرماخوردگی آنها طولانی تر می شود و در نتیجه احتمال انتقال بیماری از آنها به دیگران افزایش نمی یابد. در این مساله انتقال حداکثری نشستن دست ها هم بسیار مهم است.

منبع : روزنامه سرمایه

http://vista.ir/?view=article&id=346345

vista.ir
Online Classified Service

همه چیز درباره آنفلوانزای خوکی

● آنفلوانزای خوکی چیست؟

خوک ها نیز مانند انسان ها به آنفلوانزا مبتلا می شوند، اما ویروس آنفلوانزای خوکی (H۱N۱) مشابه ویروس آنفلوانزای انسانی نیست و در حالت عادی این ویروس باعث ابتلا انسان ها به این بیماری نمی شود، فقط در گذشته موارد بسیار کمی از ابتلا به این بیماری در افرادی که در تماس نزدیک با این حیوانات بوده اند گزارش شده است. اما جدیدا یک نوع جدید از این ویروس در اثر جهش ژنتیکی ایجاد شده است که انسان ها را مبتلا می کند و در عین حال به راحتی از انسانی به انسان دیگر سرایت می کند و به این ترتیب افرادی که هیچ گونه تماسی با این حیوانات ندارند نیز در معرض ابتلا قرار می گیرند.

• علائم ابتلا به آنفلوانزای خوکی چیست؟

علائم آنفلوانزای خوکی بسیار شبیه به آنفلوانزای معمولی است و شامل تب، سرفه، گلودرد، بدن درد، سردرد، لرز و خستگی است و در بعضی افراد تهوع و استفراغ هم گزارش شده است. این بیماری ممکن است با علائم دیگری نیز همراه باشد. به یاد داشته باشید که هیچ پزشکی فقط از روی علائم بالینی قادر به تشخیص قطعی آنفلوانزای خوکی نیست و تشخیص قطعی آن فقط با انجام تست لابراتواری ممکن است.

• آنفلوانزای خوکی چگونه از فردی به فرد دیگر سرایت می کند؟

ویروس آنفلوانزای خوکی دقیقا مشابه آنفلوانزای معمولی سرایت می کند. شما ممکن است از طریق تماس با فرد آلوده و یا لمس کردن سطوح و اشیایی که قبلا توسط این افراد لمس شده اند و سپس دست زدن به چشم و دهان و بینی خود به این بیماری مبتلا شوید. در یک فرد آلوده، انتشار این ویروس به محیط از یک روز قبل از شروع علائم بیماری آغاز می شود و تا یک هفته پس از ابتلا ادامه می یابد.

• تا کنون چند نفر به این بیماری مبتلا شده اند؟

تعداد افراد مبتلا به این بیماری هر لحظه تغییر می کند اما طبق آخرین اطلاعات تا تاریخ ۲۸ آپریل ۲۰۰۹ تعداد ۶۴ مورد ابتلا انسان به این ویروس فقط در ایالات متحده آمریکا به ثبت رسیده است و در کشورهایی مانند مکزیک، اسپانیا، سویس، چین و برزیل نیز مواردی از ابتلا به این بیماری گزارش شده است. آخرین آمار ابتلا به این بیماری را در پی نوشت های همین مطلب دنبال کنید.

• آنفلوانزای خوکی چگونه درمان می شود؟

ویروس آنفلوانزای خوکی به داروهای ضد ویروس Tamiflu و Relenza حساس است و این داروها به خوبی بیماری آنفلوانزای خوکی را مهار می کنند. این داروها بهترین اثربخشی را زمانی دارند که در ۴۸ ساعت اول ابتلا به این بیماری مصرف شوند.

• آیا واکسنی برای جلوگیری از ابتلا به این بیماری وجود دارد؟

خیر. ویروس آنفلوانزای خوکی که انسان ها را مبتلا می کند یک گونه کاملا جدید است و تا کنون واکسنی برای آن ساخته نشده است و ساخت واکسنی برای پیشگیری از ابتلا به این بیماری ممکن است چندین ماه به طول بیانجامد.

• بیماری آنفلوانزای خوکی تا چه اندازه خطرناک است؟

شدت و میزان خطر این بیماری در افراد مختلف متفاوت است. به طوری که در Mexico منجر به مرگ تعدادی از مبتلایان شده، در حالی که در افرادی دیگر بدون دریافت داروی ضدویروس، بیماری خود به خود بهبود یافته است. واقعیت این است که این ویروس دائما در حال تغییر ژنتیکی است و ممکن است درآینده خطرناک تر شود و یا از خطر آن کاسته شود. دانشمندان در حال تحقیق بر روی این موضوع هستند.

• چگونه می توان از ابتلا به بیماری آنفلوانزای خوکی پیشگیری کنیم؟

دستان خود را به طور مرتب با آب و صابون بشویید، مخصوصا زمانی که عطسه یا سرفه می کنید و یا وقتی که از بیرون به خانه باز می گردید.

از تماس نزدیک با خوک ها و یا انسان هایی که آلوده هستند بپرهیزید.

از دست زدن به اشیا و سطوحی که ممکن است آلوده باشند،مخصوصا در اماکن عمومی بپرهیزید.(مانند میز های کافی شاپ ها و رستوران ها، دستگیره درب وسائل حمل و نقل عمومی، نرده ها و ...)

از دست زدن به دهان، بینی و چشمان خود بپرهیزید.

http://vista.ir/?view=article&id=368181

vista.ir
Online Classified Service

وبا یک عفونت حاد روده ای ناشی از باکتری «ویبریو کلرا» است. این بیماری دوره پنهانی یاکمون (فاصله زمانی میان آلودگی به میکروب و ظهور علایم) کوتاهی دارد که از یک تا پنج روز متغیر است. باکتری وبا یک سم روده ای تولید می کند که باعث اسهال آبکی، حجیم و بی درد می شود و به سرعت در صورت عدم درمان باعث کم آبی و مرگ می شود. در اغلب بیماران استفراغ هم رخ می دهد.اغلب افرادی که با میکروب وبا آلوده می شوند بی علامت هستند یا علایم خفیفی نشان می دهند. هنگامی که بیماری رخ می دهد بیش از ۹۰ درصد موارد شدت ملایم تا متوسطی دارد و تمیز دادن آن با سایر انواع اسهال حاد مشکل است. در کمتر از ۱۰ درصد بیماران علایم شاخص وبا با علایم متوسط یا شدید کم آبی رخ می دهد.

● سابقه همه گیری های وبا

آن نوع از میکروب وبا که هفتمین همه گیری جهانی وبا در حال حاضر جریان دارد به نام ویبریو کلرای O۱، بیوتیپ التور نامیده می شود. همه گیری جهانی وبای فصلی از سال ۱۹۶۱ آغاز شد. هنگامی که این نوع میکروب وبا برای اولین بار در یک همه گیری وبا در سلبس اندونزی پدیدار شد، بیماری پس از آن به سرعت به کشورهای آسیای شرقی گسترش یافت و در سال ۱۹۶۳ به بنگلادش، در سال ۱۹۶۴ به هند، در سال ۱۹۶۵ و ۱۹۶۶ به شوروی، عراق و ایران رسید.

وبا در سال ۱۹۷۰ آفریقای غربی را مورد حمله قرار داد، محلی که بیش از ۱۰۰ سال بود که وبا در آن رخ نداده بود، بیماری به سرعت به تعدادی از کشورهای آفریقایی گسترش یافت و در اغلب نقاط این قاره شکل محلی (آندمیک) به خود گرفت. وبا در سال ۱۹۹۱ آمریکای جنوبی را فرا گرفت، این منطقه نیز بیش از یک قرن بود که عاری از وبا بود. بیماری در طول یک سال به ۱۱ کشور گسترش یافت و نهایتاً تمام این قاره را فرا گرفت. تا سال ۱۹۹۲ تنها میکروب وبای گروه سرمی O۱ باعث همه گیری های وبا می شد، انواع دیگر میکروب تنها در موارد تک گیر و پراکنده دیده می شوند. اما از انتهای سال ۱۹۹۲ شیوع وسیع وبا در بنگلادش و هند آغاز شد که توسط یک گروه سرمی تا آن موقع ناشناخته میکروب وبا _ که O۱۳۹ یا میکروب بنگال نامیده شد. در حال حاضر این نوع جدید میکروب در ۱۱ کشور آفریقای شرقی یافت شده است.

● انتقال

وبا توسط آب و غذای آلوده منتقل می شود، شیوع ناگهانی و وسیع وبا معمولاً ناشی از آلودگی منابع آب است. وبا تنها در موارد نادری به صورت شخص به شخص منتقل می شود. در مناطقی که بیماری به صورت بومی شیوع بالایی دارد، معمولاً کودکان کم سن به آن مبتلا هستند، البته نوزادانی که شیر می خورند ندرتاً مبتلا می شوند.میکروب وبا اغلب در محیط های آبی یافت می شود. بخشی از فلور نرمال میکروبی نهرها است و اغلب با افزایش رشد جلبک ها (پلانکتون) که تحت تاثیر درجه حرارت آب قرار دارد همراهی دارد. انسان ها نیز منابع شکل بیماری زای ویبریو کلرا هستند.

● درمان

هنگامی که وبا در اجتماعی که برای مقابله با آن آماده نیستند رخ می دهد میزان مرگ ومیر در میان مبتلایان ممکن است تا ۵۰ درصد برسد _ که معمولاً به خاطر نبود تسهیلات درمانی است یا اینکه درمان دیرتر از زمانی تجویز می شود که بتواند موثر واقع شود. بر عکس در صورتی در کشورهایی که برنامه مستقر کنترل بیماری های اسهالی وجود دارد و پاسخی سازمان یافته به شیوع بیماری داده می شود میزان مرگ ومیر در مبتلایان به کمتر از یک درصد خواهد رسید.اغلب موارد اسهال ناشی از میکروب وبا را می توان با محلول ORS (محلول خوراکی جایگزینی آب و املاح) درمان کرد. در طول یک همه گیری وبا ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران را می توان تنها با ORS درمان کرد و تنها معدودی از بیماران که دچار کم آبی شدید هستند نیاز به تزریق سرم داخل وریدی دارند.

در موارد شدید وبا تجویز آنتی بیوتیک موثر می تواند حجم و مدت اسهال و نیز دوره زمانی دفع میکروب در مدفوع را کاهش دهد. تتراسیکلین داروی انتخابی برای وبا است اما به طور فزاینده ای مقاومت نسبت به آن مشاهده می شود. سایر آنتی بیوتیک هایی که بر روی میکروب وبا موثرند (در

صورتی که میکروب حساس باقی مانده باشد) شامل کوتریموکسازول، اریترومایسین، داکسی سایکلین، کلرفنیرامین و فورازولیدون می شوند.

● کنترل همه گیری و اقدامات پیشگیری

هنگامی که وبا در اجتماعی ظاهر می شود انجام سه اقدام ضروری است:

۱) دفع بهداشتی فضولات انسانی

۲) فراهم آوری کافی آب آشامیدنی سالم

۳) بهداشت مناسب مواد غذایی.

اقدامات موثر برای بهداشت مواد غذایی شامل این موارد می شود: پختن کامل مواد غذایی و خوردن آنها در حالی که هنوز داغ هستند؛ پیشگیری از آلودگی مواد غذایی پخته شده از طریق تماس آنها با مواد غذایی خام و نیز آب و یخ، سطوح آلوده یا مگس ها، اجتناب از خوردن سبزیجات و میوه جات خام مگر در صورتی که ابتدا پوست کنده شده باشند، شستن دست ها پس از اجابت مزاج و به خصوص پیش از تماس با غذا یا آب آشامیدنی به همان اندازه مهم محسوب می شود.درمان کلی افراد با آنتی بیوتیک یا «آنتی بیوتیک درمانی جمعی برای پیشگیری» هیچ اثری در جلوگیری از گسترش بیماری ندارد، همچنین محدود کردن مسافرت و تجارت بین کشورها یا مناطق مختلف یک کشور نیز نمی تواند از همه گیری بیماری جلوگیری کند. البته استقرار پایگاه های بهداشتی در مرزها برای انجام اقدامات کنترلی و نیز همکاری میان موسسات و کشورها می تواند به مقابله با وبا کمک کند.در برخی از کشورها در حال حاضر مقادیر محدودی واکسن خوراکی وبا وجود دارد که می تواند برای چند ماه در مقابل وبای ناشی از ویبریوکلرای O۱ محافظت ایجاد کند. این واکسن ها می تواند برای افرادی که به مناطق با شیوع بالا مسافرت می کنند مفید باشد، اما واکسیناسیون در مقیاس گسترده توصیه نمی شود.

علت آن است که استفاده از واکسن برای پیشگیری یا کنترل شیوع وبا ممکن است حس کاذب امنیت در افراد واکسینه شده و مقامات بهداشتی ایجاد کند و باعث نادیده گرفتن اقدامات موثرتر بهداشتی شود.مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۳ داشتن مدرک واکسیناسیون وبا را از مقررات بهداشتی بین المللی حذف کرد. بنابراین در حال حاضر هیچ کشوری از افراد ورودی به آن کشور تقاضای مدرک واکسیناسیون وبا نمی کند.

● برخی نکات مهم

▪ میکروب وبا می تواند در مواد غذایی مختلف در درجه حرارت های معمول محیطی حداکثر تا ۵ روز زنده بماند و در صورتی که درجه حرارت بین ۵ تا ۱۰ درجه سانتی گراد باشد تا ۱۰ روز زنده می ماند. میکروب وبا در صورت یخ زدگی زنده باقی می ماند. با این حال درجه حرارت های پایین تکثیر این میکروب را کاهش می دهد و ممکن است میزان آلودگی را کاهش دهد.

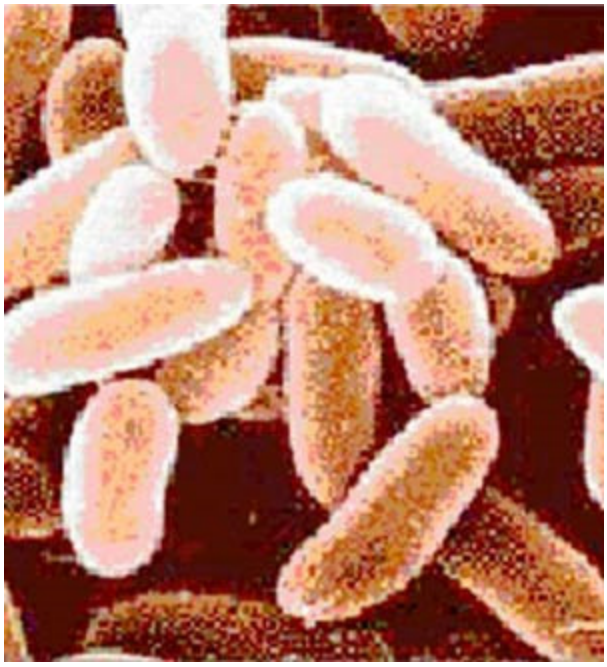
▪ میکروب وبا به اسیدی بودن و خشک بودن محیط حساس است بنابراین موادغذایی که در PH = ۴,۵ یا کمتر تهیه می شوند یا خشک می شوند بی خطرند. تشعشع گاما و درجه حرارت بالای ۷۰ درجه سانتی گراد میکروب را از بین می برد و غذاهایی که تحت تاثیر این دو عامل قرار گرفته باشند، سالمند.

▪ غذاهایی که بیشترین خطر را دارند شامل غذاهای دریایی و سبزیجات هستند که ممکن است خام مصرف شوند.

منبع : مجیدلرن

http://vista.ir/?view=article&id=292339

vista.ir
Online Classified Service



• سیاه زخم چیست؟

عامل آن باسیل بزرگ گرم مثبت با توانایی تولید اسپور میباشد. که اسپور نسبت به شرایط سخت محیطی بسیار مقاوم بوده و مدت طولانی در هوا و بویژه خاک زنده میماند. باسیل آنتراکس در حیوانات بیشتر دیده می شود لذا افرادیکه در تماس بیشتر با حیوانات و فرآورده های حیوانی آلوده قرار دارند، بیشتر گرفتار میشوند.

• راههای انتقال بیماری کدام است؟

تماس با اسپورهای آلوده کننده میکروب از طریق پوستی، مخاطی، تنفسی و یا سیستم گوارشی با انتقال از فرد به فرد بسیار نادر است.

• دوره نهفتگی بیماری

حدود ۷ روز پس از تماس می باشد. تعداد ۸۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ میکروارگانیسم برای آلودگی از راه تنفسی لازم است.

• علائم بیماری کدامند؟

در نوع پوستی اغلب به صورت تورم موضعی و یا زخم پوستی بدون درد، سیاه رنگ، نکروز شونده با بجا ماندن اثر بعد از بهبودی یا eschar میباشد.

آنتراکس تنفسی ممکنست دارای علائمی شبیه آنفلوآنزا بوده و در موارد پیش رفته به صورت پنومونی هموراژیک تظاهر نماید که میتواند مرگ زا باشد.

• تشخیص بیماری چگونه است؟

کشت خون مثبت به همراه رنگ آمیزی گرم Gram Stain

روشهای تشخیصی اختصاصی آزمایشگاهی

• روشهای پیشگیری کدامند؟

استفاده از واکسیناسیون در افراد در معرض خطر

مصرف آنتی بیوتیک پنی سیلین ، داکسی سیکلین و ترجیحاً سیپروفلوکساسین زیر نظر پزشک

واکسن سیاه زخم از سویه Sterne باسیلوس آنتراسیس که توکسین در مقادیر غیرکشنده تولید میکند و میتواند آنتی بادی محافظ ایجاد نماید، تهیه می گردد.

ایمونیزاسیون به کمک ۲ نوبت تزریق زیرجلدی به فواصل دو هفته و سپس ۳ تزریق در ماههای ۶ ، ۱۲ و ۱۸ صورت میگیرد. تزریق بوستر سالیانه نیز توصیه می شود.

تزریق واکس برای افراد سالم ۶۵ ـ ۱۸ سال مجاز می باشد و برای خانمهای حامله نباید مورد استفاده قرار گیرد.

• درمان کدامند؟

با استفاده از آنتی بیوتیکهای پنی سیلین ـ داکسی سیکلین و ترجیحاً سیپروفلوکساسین زیر نظر پزشک می باشد. تا کنون مقاومت قابل ملاحظه گزارش نشده است.

شروع سریع درمان کمک کننده است.

آنتراکس نوع تنفسی بعد از شروع علائم بالینی علی رغم درمان ۱۰۰% کشنده می باشد.

• چگونگی برخورد با موارد مشکوک (بسته ها یا نامه های پستی)به آلودگی با باسیل سیاه زخم

How to identify suspicious packets & Letters

راههای شناسایی بسته های مشکوک به باسیل سیاه زخم :

برخی مشخصات بسته های مشکوک به الودگی عبارتند از :

▪ بسته بندی های بزرگتر از حد معمول یا با وزن بیش از حد معمول

▪ پاکت های بدون نشانی و یا با عنوان نادرست

▪ هر گونه احساس برآمدگی یا وجود جسم خارجی در درون پاکت

▪ بسته های لفاف پیچ شده بیش از حد با طناب، چسب و ...

▪ شواهد دال بر وجود ورقه آلومینیومی یا موارد مشابه درون پاکت

▪ بسته های با ظاهر فریبنده یا دارای صدای خش خش (بعد از تماس دست)

▪ وجود عناوین خاص روی بسته مانند محرمانه است یا شخصی و ...

▪ عدم هم خوانی مهر منطقه پستی با نشانی فرستنده

▪ وجود لکه چربی ـ هر گونه بو یا تغییر رنگ مشخص بر روی پاکت مشکوک و ...

● چگونگی نقل و انتقال بسته های مشکوک به باسیل سیاه زخم یا هر عامل بیولوژیک تهدید کننده دیگر

در این موارد توجه به نکات ذیل الزامی است :

▪ قدم اول حفظ آرامش و دوری از ترس و اضطراب است.

▪ هرگز محتویات بسته ها یا پاکت های مشکوک را تکان نداده و یا خالی نکنید.

▪ پاکت یا بسته مشکوک را باید در کیسه پلاستیکی ضخیم یا پارچه محکم ضخیم و یا ظرف و سطل دردار که امکان نفوذ محتویات آن به خارج نباشد قرار داد.

▪ به محض برخورد با هر پاکت یا بسته مشکوک چنانچه در محل کار خود هستند سریعاً مسئول ارشد یا مسئول حراست سازمان و یا پلیس را مطلع نمائید.

▪ در صورت دسترسی به طور مستقیم با پلیس ۱۱۰ تماس حاصل فرمائید.

▪ پاکت یا بسته مشکوک را هیچگاه قبل از اطلاع به مراجع ذیربط جابجا ننموده و از نشان دادن آن به دیگران و یا از بررسی آن جداً خودداری نمائید.

▪ افراد حاضر در محل را از وجود بسته مشکوک با خبر سازید.

سپس محل را ترک کرده و درها را کاملاً بسته و از ورود افراد به محل جلوگیری نمائید.

سیستم تهویه را خاموش نمائید.

▪ دستها را جهت جلوگیری از انتشار آلودگی به صورت و یا پوست و سایر نواحی بدن، کاملاً با آب و صابون شسته و از به کار بردن مواد ضد عفونی کننده مانند الکل خودداری نمایید.

▪ در مورد افرادی که در معرض آلودگی قرار گرفته اند و یا احتمال تماس و برخورد را خواهند داشت باید دستورالعمل های پیش گیری اشاره شده جهت جلوگیری از ابتلا به بیماری اجرا شود.

▪ در صورت امکان فهرست افرادی که هنگام دریافت بسته مشکوک در محل حاضر بوده و یا به نحوی با نقل و انتقال بسته در ارتباط بوده اند را تهیه و در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیروی انتظامی قرار دهید.

● چه کسانی باید پاکت های مشکوک را تحویل گیرند؟

در ایران تمام بسته ها در اختیار آزمایشگاههای رفرانس کشور به نشانی تهران ـ خیابان دماوند ـ بیمارستان بوعلی قرار داده می شوند.

● توجه

تمام افرادی که به نحوی در تماس و برخورد با بسته های مشکوک به آلودگی به باسیل سیاه زخم قرار دارند باید از وسایل محافظتی مانند دستکش ـ لباس مخصوص (گان محافظ) ـ ماسک یا فیلتر مناسب و در صورت امکان عینک محافظ استفاده نموده و بعد از اتمام کار و تعویض کامل لباس ها دست های خود را با آب و صابون بشویند.

شرایط آزمایشگاههای مسئول در شبکه بهداشتی جهت بررسی و تشخیص باسیل سیاه زخم

از آنجائیکه اسپورهای باسیل سیاه زخم نسبت به شرایط سخت محیطی فوق العاده مقاوم بوده و می توانند سالها در خاک، سطح پوست و هوای آلوده زنده بمانند لذا توجه به شرایط ایمنی آزمایشگاه حین کار با نمونه های مشکوک به باسیل آنتراکس دارای اهمیت خاص است و

آزمایشگاههای مسئول بررسی و تشخیص این نمونه ها باید واجد تمامی شرایط ذیل باشند :

▪ کارکنان آزمایشگاه باید همواره از دستکش، گان یا لباس محافظ، ماسک مخصوص یا فیلتر مناسب و در صورت امکان عینک محافظ استفاده نمایند و از هر گونه تماس مستقیم با نمونه مشکوک پرهیز نمایند.

▪ تمامی آزمایشگاهها باید زیر هود بیولوژیکی صورت گیرد. در مورد باسیل شاربن (سیاه زخم) که از میکروارگانیزم های با خطر احتمالی گروه ۳ (Risk Group ۳) است، سطح ایمنی بیولوژیکی

Biosafety level (BSL) مورد نیاز حداقل کلاس III می باشد.

در این شرایط امکان فعالیت های تشخیصی بر روی مواد تولید کننده ذرات ریز آئروسل که سبب انتشار عفونت از طریق هوا می گردند میسر می باشد.

کلیه فعالیت های آزمایشگاهی باید در یک اطاق مجزا و مجهز به هود بیولوژیکی حداقل کلاس II انجام گیرد.

▪ قابلیت مهر و موم نمودن اطاق جهت عفونت زدایی

▪ سیستم تهویه :

سیستم airflow (هوای جاری) به همراه بازیابی هوای صاف شده حتماً موجود باشد.

وجود سیستم تهویه از طریق ساختمان و یا به طور مجزا.

▪ اطاق کار مجهز به درب ورود به صورت دو در پشت سر هم باشد (Double-door entry)

▪ دستگاه اتوکلاو باید در اطاق کار و همچنین جداگانه در آزمایشگاه موجود باشد.

▪ پس از اتمام کار باید لباس ها را درآورده و اتووکلاو نمود و یا در کیسه مخصوص قرار داده و معدوم شود و سپس دست ها را کاملاً با آب و صابون شستشو داد.

▪ تمامی سطوح هود بیولوژیک و هم چنین میزهای کار و تمامی وسایل مورد استفاده را باید کاملاً با هیپوکلریت ۵% و یا فنل ۱۰% ضدعفونی نمود.

● توجه :

باسیل سیاه زخم نسبت به فورمالین ۵% ـ گلوتارالدئید ۲% هیپوکلریت ۵% حساس است (بهتر است وسایل یک شب در محلولهای فوق بماند.)

جهت استریلیزاسیون می توان از اتووکلاو با دمای مرطوب c؛۱۲۱ فشار ۱۵PPS به مدت حداقل ۳۰ دقیقه استفاده نمود.

● چگونه افرادی را که در معرض آلودگی با باسیل سیاه زخم قرار گرفته اند بشناسیم :

این کار با استفاده از دو روش امکان پذیر است :

▪ کشت سواب از بینی افراد مشکوک

▪ تعیین (Ab) آنتی بادی بویژه سطح بالا روند آنتی بادی ضد باسیل سیاه زخم در افرادی که در معرض قرار گرفته اند.

منبع : بانک مقالات فارسی

http://vista.ir/?view=article&id=303647

vista.ir
Online Classified Service

همه در معرض خطرند

سل یا توبرکولوز (TB) بیماری عفونی ناشی از میکروبی به نام میکوباکتریوم توبرکولوز است که عمدتاً ریه ها را درگیر می کند، ولی گاهی به سایر قسمت های بدن نیز حمله و آنها را نیز درگیر می کند که به آن سل خارج ریوی می گویند. سل به راحتی قابل تشخیص و درمان است، ولی در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع می تواند نتایج مصیبت باری به وجود بیاورد.

این بیماری مشابه سرماخوردگی از راه هوا منتقل می شود. فقط افرادی که مبتلا به سل ریوی هستند، قابلیت انتقال بیماری به دیگران را دارند. این افراد از طریق سرفه، عطسه، صحبت، بزاق، خندیدن یا آواز خواندن، میکروب بیماری را (که تحت عنوان باسیل شناخته می شود) در هوا پخش می کنند. زمانی که فرد سالم، هوای حاوی میکروب را استنشاق می کند، آلوده می شود، ولی بیمار نمی شود.

خوشبختانه این بیماری تنها به واسطه تماس طولانی مدت و نزدیک فرد سالم با فرد بیمار منتقل می شود. مهم ترین عامل خطر انتقال بیماری، خانه های کوچک و پرجمعیت و همه مکان های پرازدحام است.

فهم تفاوت میان آلوده شدن با باسیل سل و بیماری ناشی از آن بسیار مهم است. فرد آلوده (به باسیل سل)، میکروب بیماری را در بدن دارد، اما سیستم دفاعی بدنش از وی در مقابل گسترش بیماری محافظت می کند. این فرد قابلیت انتقال بیماری به دیگران را ندارد. در مقابل فرد مبتلا به بیماری سل (فعال)، رنجور، نزار و دارای علائم است و اگر درمان مناسب صورت نگیرد، بیماری را به دیگران انتقال می دهد و در عرض چند ماه تا چند سال می میرد.

● چه کسی در معرض خطر ابتلا به بیماری است

هر فردی ممکن است به سل مبتلا شود. این بیماری تمامی افراد از نژادهای مختلف، سنین و سطوح درآمدی متفاوت را درگیر می کند. عوامل ذیل با خطر بالاتری برای ابتلا به بیماری همراه هستند.

- تماس نزدیک با فرد مبتلا به بیماری سل فعال
- عفونت اچ آی وی
- فقر
- سوءتغذیه
- بی خانمانی

خطر بروز بیماری فعال کاملاً وابسته به سیستم دفاعی میزبان است. بعضی وضعیت ها مانند ابتلا به ایدز، دیابت، اعتیاد تزریقی و درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئیدها (کورتون) به دلیل اختلال در سیستم دفاعی بدن، فرد را مستعد ابتلا به بیماری سل می کنند.

● علائم بیماری

۱) فرد آلوده و بدون بیماری فعال، بی علامت است.

۲) فرد مبتلا به سل ریوی تعادی یا همه علائم زیر را خواهد داشت، گرچه ممکن است بدون علامت نیز باشد

- سرفه مداوم
- کاهش وزن
- تب
- کاهش اشتها
- خستگی
- عرق شبانه
- تنگی نفس

- خلط خونی

۳) فرد با سل خارج ریوی بسته به عضو درگیر علائم متفاوتی را بروز خواهد داد.

- کاهش وزن

- تب

- عرق شبانه

- در صورت درگیری غدد لنفاوی؛ ورم همراه خروج چرک

- در صورت گرفتاری مفاصل؛ درد و تورم

- در مننژیت سلی؛ سردرد، تب، سفتی گردن و خواب آلودگی

● تست پوستی سل چیست

این آزمایش آلودگی فرد با باسیل سل را مشخص می کند. معروف ترین آزمایش پوستی سل تست مانتو است. در این روش مقدار بسیار کمی ماده (حاوی آنتی ژن تخلیص شده سل) به پوست ساعد تلقیح می شود. سه روز بعد محل تلقیح از نظر برجستگی و اندازه آن بررسی می شود. اگر برجستگی از حد مشخصی بیشتر باشد فرد آلوده به باسیل در نظر گرفته می شود. تفسیر این آزمایش در افرادی که واکسن سل دریافت کرده اند، باید توسط پزشک معالج صورت گیرد.

● بیماریابی و تشخیص

بررسی نمونه خلط زیر میکروسکوپ موثرترین روش کم هزینه در بیماریابی سل ریوی افراد مشکوک است. سل براساس شرح حال، معاینه های بالینی و تست های آزمایشگاهی و رادیولوژیک تشخیص داده می شود.

● واکسن سل

هنوز واکسنی که به طور موثر از سل ریوی پیشگیری کند، وجود ندارد. واکسن BCG (باسیل کالمت گورین) در سال ۱۹۲۱ (۱۳۰۰هجری شمسی) ارائه شد. همان طوری که پیش از این نیز اشاره شد، این واکسن از دو فرم بسیار کشنده سل در سال های اولیه زندگی جلوگیری کرد، ولی در پیشگیری از سل ریوی در بالغان ناتوان است. ۸۰ ،BCG سال پیش عرضه شد و از آن زمان تاکنون در سراسر دنیا استفاده می شود. واکسن از راه ضعیف سازی میکروب سل گاوی (مایکوبکتریوم بویس) به دست می آید و از راه تلقیح داخل جلدی تجویز می شود. شدیدترین اشکال سل موسوم به سل ارزنی و مننژیت سلی با این واکسن قابل پیشگیری است و پزشکان این واکسن را در دوران کودکی (بدو تولد) توصیه می کنند. BCG، بی خطرترین واکسن شناخته شده است.

● داروهای سل

درمان موثر بیماری از دهه ۱۹۴۰ در اختیار است. در حال حاضر بیماران به آسانی با درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (موسوم به DOTS) بهبود می یابند. داروهای شایع مورد استفاده ریفامپین، ایزونیازید، استرپتومایسین، اتامبوتول و تعدادی داروی دیگر است.

● DOTS چیست

این روش خط مشی سازمان بهداشت جهانی برای درمان بیماری سل است. در روش DOTS، وقتی بیمار با وجود باسیل در نمونه خلط شناخته شد کارکنان بهداشتی در تمام مدت درمان (شش ماه)، ضمن دادن دارو به بیمار، خوردن آن را مشاهده و ثبت می کنند. باید اضافه کرد DOTS موثرترین استراتژی شناخته شده در درمان بیماری سل است، زیرا؛

- DOTS حتی در فقیرترین کشورها تا ۹۵ درصد موفقیت درمان را بالا می برد.

ـ DOTS به دلیل درمان افراد آلوده از پیدایش موارد جدید جلوگیری می کند.

ـ DOTS از بروز سل مقاوم به درمان (MDR-TB) به واسطه اطمینان از تکمیل درمان بیماران جلوگیری می کند.

- هزینه درمان به روش DOTS بسیار پایین است و بانک جهانی این روش را به صرفه ترین روش درمان در تمامی مداخلات درمانی اعلام کرده است.

به دلیل اجرای DOTS در مقیاس جهانی، میلیون ها نفر از بیماران در سراسر دنیا این درمان موثر را دریافت می کنند.

● سل و ایدز

به واسطه بروز اختلال در سیستم دفاعی افراد مبتلا به ایدز، سل به اولین قاتل این افراد تبدیل شده است. خوشبختانه سل در برابر دیگر عوارض ایدز، قابلیت شناسایی و درمان بهتر، موثرتر و ارزان تری دارد. حدود یک سوم افراد مبتلا به ایدز همزمان به باسیل سل نیز آلوده هستند. ویروس اچ آی وی مهم ترین عامل شناخته شده تبدیل عفونت نهفته سل به بیماری سل فعال است، در مقابل افراد آلوده به ایدز که به میکروب سل آلوده شده اند نیز سریعاً به سمت سل فعال پیشروی می کنند. از طرفی برخی بررسی ها نشان داده اند واکنش سیستم دفاعی بدن به میکروب سل، تکثیر ویروس اچ آی وی را تشدید کرده و ممکن است سیر طبیعی بیماری ایدز را تسریع کند.

- سل و کودکان

تفسیر اشتباه و شایعی علی الخصوص در کشورهای صنعتی وجود دارد که سل بیماری دنیای قدیم است. در این کشورها، ۵۰ سال پیش عمده بخش های کودکان به موارد بستری سل در کودکان اختصاص داشت. وقتی سل در این مناطق طی قرن نوزدهم شایع شد، افراد کم سن و سال زیادی مبتلا شدند. در کشورهای در حال توسعه و حتی در کشورهای توسعه یافته در میان برخی جوامع بسیار مستعد، میزان سل در کودکان کم سن و سال زیاد است. در کشورهای در حال توسعه قسمت عمده یی از جمعیت عمومی زیر ۱۵ سال است، لذا تا ۴۰ درصد مبتلایان ممکن است از کودکان باشند. سل سبب ۱۰ درصد یا بیشتر موارد بستری در بیمارستان ها و به همین میزان مرگ و میر در بیمارستان است. علاوه براین با توجه به میزان خطر بروز سالانه ۲ تا ۳ درصدی ابتلا به سل، تا ۴۰ درصد جمعیت زیر ۱۵ سال ممکن است به این باسیل آلوده شوند. کودکان آلوده به اچ آی وی نیز مانند بالغان، به سل مستعدتر هستند. مشکل تشخیص سل در کودکان به این دلیل است که تایید تشخیص (حتی به رغم وجود تسهیلات آزمایشگاهی خوب) به واسطه عدم توانایی کودکان در دفع خلط به سختی صورت می گیرد. استراتژی رایج بین المللی در درمان سل، تمرکز روی درمان بالغان مبتلا به سل فعال ریوی (مهم ترین منبع آلودگی کودکان) است. شایان ذکر است واکسیناسیون نوزادان با BCG از بروز سل در زمان بزرگسالی جلوگیری نخواهد کرد، بلکه کودکان را از ابتلا به اشکال خطرناک و کشنده مننژیت سلی و سل ارزنی محافظت می کند. کودکان به طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت نفوذ دیگر افراد مبتلا به سل در خانواده هستند.

- مقاومت دارویی

چگونه سل حساس به دارو به سل مقاوم به دارو تبدیل می شود؟ مقاومت دارویی (MDR-TB) به دلیل استفاده نامناسب از آنتی بیوتیک ها در درمان بیماران مبتلا به سل حساس به داروست و از تجویز نامناسب رژیم درمانی توسط پزشک و فقدان نظارت بر نحوه مصرف دارو توسط بیمار به وجود می آید. اساساً مقاومت دارویی در نواحی که برنامه های کنترل سل خوب نباشد، به وجود خواهد آمد و اغلب بازتابی از فقدان اجرای DOTS در این مناطق است.

- سل مقاوم به چند دارو

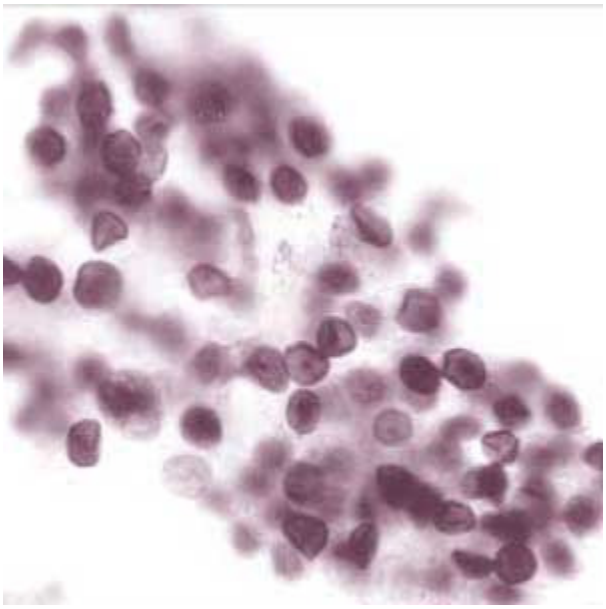
سل مقاوم به چند دارو (MDR-TB) نوع اختصاصی از سل مقاوم به داروست که باسیل سل به حداقل دو داروی قوی ضدسل (موسوم به ایزونیازید و ریفامپین) مقاوم است. در نواحی با حداقل یا بدون مقاومت دارویی، اجرای DOTS میزان بهبودی را تا ۹۵ درصد بالا می برد که این میزان آنقدر کافی است که از بروز سل مقاوم به دارو جلوگیری کند. برخلاف سل حساس به دارو که استراتژی درمانی مشخص و موثری دارد، درمان این نوع سل هنوز یک معضل است. در حالی که سل حساس به دارو طی شش ماه بهبود می یابد، MDR-TB نیاز به درمان با داروهای جدیدتر، گران تر و دارای عوارض بیشتر از دو سال دارد. در حال حاضر سل دومین علت مهم مرگ ومیر ناشی از بیماری های عفونی و مسوول مرگ ومیر نزدیک به دو میلیون نفر در سال در سرتاسر دنیاست. سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند یک سوم جمعیت دنیا به «میکوباکتریوم توبرکولوز» آلوده هستند. مدل سازی ریاضی پیشنهاد می کند که MDR-TB باید قاطعانه درمان شود، زیرا استراتژی DOTS سازمان بهداشت جهانی برای کنترل سل حساس به درمان، برای کنترل این نوع کشنده سل کافی نخواهد بود. با افزایش جهانی سازی، مهاجرت و توریسم همه کشورها در معرض خطر خواهند بود.

منبع : روزنامه اعتماد

http://vista.ir/?view=article&id=360789

vista.ir
Online Classified Service

هیستوپلاسموز



هیستوپلاسموز عبارت است از یك نوع عفونت قارچی. اکثر موارد خفیف هستند و اصلاً تشخیص داده نمی‌شوند. این عفونت قارچی می‌تواند ریه‌ها، دستگاه عصبی مرکزی و دستگاه گوارش را درگیر کند.

● علایم شایع

▪ غالباً علامتی وجود ندارد.

▪ سرفه مداوم و سایر علایم شبیه سرماخوردگی

▪ بی‌اشتهایی، اسهال و کاهش وزن

▪ تب و سردرد

▪ تحریك‌پذیر

▪ رنگ‌پریدگی

▪ تورم شکم

▪ ندرتاً مشکل در تنفس

● علل

عفونت با قارچ هیستوپلاسما کپسولاتوم. عفونت از طریق استنشاق گرد و غباری که حاوی هاگ این قارچ است انتقال می‌یابد. این قارچ در خاك آلوده به مدفوع پرندگان و خفاش‌هایی که حامل این قارچ هستند وجود دارد. خاك آلوده به این قارچ عمدتاً در آشیانه و محل نگهداری کبوترها، مزرعه، مرغداری، و خاك مرطوب زیر پل‌ها، در امتداد نهرها و در غارها وجود دارد.

● عوامل تشدید کننده بیماری

▪ بیماری شدید اخیر، خصوصاً اورمی (تجمع بیش از حد مواد زاید در خون به علت نارسایی کلیه)، دیابت شیرین، بیماری مزمن ریه، سرطان، یا سوختگی‌های شدید

▪ استفاده از داروهای سرکوب‌کننده ایمنی، داروهای ضد سرطان، یا داروهای کورتیزونی

▪ وجود یك بیماری که باعث سرکوب دستگاه ایمنی بدن شده باشد، مثل ایدز

▪ تمیز کردن قفس پرندگان، اکتشاف غارها

● پیشگیری

از تماس با خاك‌هایی که احتمال آلودگی آنها زیاد است خودداری کنید.

● عواقب مورد انتظار

▪ موارد خفیف معمولاً خود به خود خوب می‌شوند. اکثر بیماران تنها برای چندین هفته مقداری احساس خستگی می‌کنند.

▪ موارد شدیدتر را می‌توان با داروهای ضد قارچ درمان کرد.

● عوارض احتمالی

▪ گسترش عفونت به قلب، طحال، غدد فوق کلیوی و پرده‌های پوشانده مغز. این نوع عفونت نادر است، اما در صورت بروز ممکن است مرگبار باشد.

▪ هیستوپلاسموز غالباً در بیماران ایدزی عود می‌کند.

● درمان

▪ اصول کلی

ـ بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل کشت خلط، آزمایش خون، آزمون‌های پوستی و عکسبرداری از قفسه سینه باشد.

ـ درمان معمولاً به کمك داروها و مراقبت‌های حمایتی انجام می‌پذیرد.

ـ جداسازی بیمار ضروری نیست. این بیماری از فردی به فرد دیگر سرایت نمی‌کند.

ـ از یك دستگاه بخور خنك استفاده کنید و درون آن آب مقطر بریزید تا رطوبت هوا را زیاد بکند. هیچ دارویی در دستگاه نریزید. افزایش رطوبت هوا به رقیق و نازك شدن ترشحات ریوی کمك می‌کند و بنابراین ترشحات را بهتر می‌توان با سرفه تخلیه کرد. دستگاه را به‌طور روزانه تمیز کنید.

ـ سیگار نکشید.

ـ روی قفسه سینه کمپرس گرم یا صفحه گرم‌کننده بگذارید تا درد تخفیف یابد.

ـ وزن خود را به‌طور روزانه ثبت کنید.

▪ داروها

ـ در موارد خفیف معمولاً دارویی مورد نیاز نیست.

ـ در موارد شدیدتر، داروهای ضد قارچ تجویز خواهند شد. بعضی از این داروها باید از راه رگ داده شوند.

ـ در بیماران ایدزی دچار هیستوپلاسموز، درمان مزمن با داروهای ضد قارچ ضروری خواهد بود.

ـ برای درد می‌توان از داروهایی چون استامینوفن یا آسپیرین استفاده کرد.

▪ فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا ۴۸ ساعت پس از رفع تب، درد و تنگی نفس در رختخواب استراحت کنید. سپس فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری های خود را تدریجاً آغاز کنید. بسیاری از بیماران پس از بهبودی خسته و ضعیف هستند. بنابراین انتظار سریع راه افتادن را نداشته باشید.

از کارهایی که مواجهه شما را با این قارچ زیاد می‌کند خودداری کنید.

▪ رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

● درچه شرایطی باید به پزشك مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علایم هیستوپلاسموز را دارید.

▪ اگر یکی از موارد زیر به هنگام درمان رخ دهند:

▪ کاهش وزن ادامه داشته باشد.

▪ تب ۳/۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر (با دماسنج دهانی).

▪ اسهال غیر قابل کنترل باشد.

▪ سردرد شدید و سفتی گردن رخ دهد.

منبع : وبلاگ زنبور درمانی

http://vista.ir/?view=article&id=253008

vista.ir
Online Classified Service

یک بیماری به ظاهر ساده و صدها ویروس مداخله گر!

بروز برخی از بیماری ها با شروع یک فصل، مهم تر می نماید برای مثال سرماخوردگی و آنفلوآنزا در روزهای سرد زمستان و در این میان سرماخوردگی کودکان نسبت به دیگر قشرهای سنی از اولویت ویژه ای برخوردار است و همین ضرورت سبب شد تا بحث درباره این بیماری با امکان اشتباه آن با سایر بیماری هایی همچون آلرژی و... از سوی والدین، به عنوان تیتر یک صفحه انتخاب شود. در نوشتار زیر دکتر احمدنیک آیین، متخصص کودکان و فوق تخصص بیماری های داخلی و هم چنین استاد دانشگاه، نخست به باورهای رایج اما غلط درباره سرماخوردگی کودکان پرداخت و سپس به چند راهکار ساده و عملی برای درمان این بیماری اشاره کرده است.

علاوه بر باورهای اشتباه پدر و مادرها که فکر می کنند هر کودکی که تب می کند یا آبریزش بینی دارد و زیاد عطسه می کند، سرماخورده است. مشکل دیگر این که هنوز برخی از والدین به ویژه مادران نمی دانند که بهترین واکنش به هنگام سرماخوردگی کودک چیست و هستند مادرانی که این بیماری را با بسیاری از بیماری های عفونی اشتباه می گیرند و اقدام به درمان های خودسرانه می کنند، نمونه بارز آن استفاده از آنتی هیستامین ها و شربت های سرماخوردگی در کودکان است در حالی که مدتی قبل اداره نظارت بر مواد غذایی و دارویی امریکا اعلام کرد مصرف داروهای سرماخوردگی و ضدسرفه به ویژه آنتی هیستامین ها بدون نسخه پزشک در کودکان کم سن خصوصا زیر ۲ سال می تواند منجر به عوارض مرگبار شود.

▪ چرا بچه ها سرما می خورند؟

ـ تصور مادر وقتی که کودک سرما می خورد این است که فرزندش حتما ضعیف شده که مبتلا به سرماخوردگی شده است بنابراین در کودکی که چند بار دچار این بیماری می شود مادر نگران است که شاید کودکش از نقص سیستم ایمنی رنج می برد، موضوعی که به اعتقاد دکتر نیک آیین چندان ربطی به تضعیف سیستم ایمنی بدن ندارد!

او معتقد است: حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از کودکان زیر ۳ سال، سالانه بین ۱۰ تا ۱۲ بار می توانند دچار سرماخوردگی شوند و ۸۰ درصد از آن ها دست کم ۶ تا ۸ بار این بیماری را تجربه می کنند و این به هیچ روی به معنای نقص در سیستم ایمنی بدن کودک نیست و البته این روند تا پیش از ۳ سالگی است اما پس از آن تعداد دفعات سرماخوردگی کودک تا ۴ بار در سال کاهش می یابد.

وی تشابه نشانه های برخی بیماری ها مانند آلرژی با سرماخوردگی را یکی از عللی می داند که طی آن علاوه بر بهبود نیافتن کودک، مادر از داروهای دیگر با دوزهای شدیدتر استفاده کند که سرانجام تداخل دارویی و گاه وخامت بیماری را به همراه خواهد داشت. در واقع کیپ شدن بینی یکی از شایع ترین علایم بیماری سرماخوردگی است و استفاده از قطره های بینی بزرگسالان مانند فنل افرین هیچ تاثیری در باز شدن راه تنفسی کودک نداشته و برعکس این قطره عوارض زیادی برای کودک درپی دارد. گاه دیده شده که مادر فکر می کند که راه بینی کودک را با هر چیزی می توان باز کرد مثلا برخی از مادران شیر خود را در بینی کودکشان می ریزند. قطره های شیر بدون هیچ گونه اثری مستقیما وارد ریه می شوند و ذات الریه را ایجاد می کنند. در مدت سرماخوردگی می توان برای باز نگه داشتن راه بینی از قطره کلرور سدیم استفاده کرد چون سایر قطره ها علاوه بر ایجاد وابستگی دارویی ممکن است بینی کودک را کیپ تر کنند.

این استاد دانشگاه در پاسخ به این پرسش که محدودیت مصرف داروها در کودکان شامل چه مواردی است می گوید: دادن شماری از داروها در کودکان کمتر از ۶ ماه به طور کل ممنوع است. مثلا شربت سرماخوردگی، قطره فنیل افرین و آنتی هیستامین ها با این تاکید که مصرف این داروها اساسا زیر ۳ ماهگی مطلقا قدغن است و ۳ تا ۶ ماهگی به طور نسبی قدغن بوده و بین ۶ ماه تا ۲ سال هم توصیه بر مصرف کم آنهاست.

اهمیت سرفه و نخوردن شربت سرفه در کودکان: در حالی که نتیجه تحقیقات محققان دانشگاه پنسیلوانیا امریکا نشان می دهد عسل درمان طبیعی و مطلوبی برای سرفه های شبانه و مشکلات خواب در کودکان است دکتر نیک آیین بر این باور است که خوردن شربت سرماخوردگی و آنتی هیستامین در کودکان زیر ۲ سال هیچ گونه تاثیری بر درمان سرفه ندارد و اساسا نباید سرفه را در کودک از میان برد چرا که سرفه یک

سازوکار دفاعی است که سبب بالا آمدن ترشحات از ریه شده و کودک را از ابتلا به بیماری ذات الریه نجات می دهد. در اصل پزشک شربت ضدسرفه را زمانی برای کودک (با تاکید بر کودکان بالای ۲ سال) تجویز می کند که سرفه در خواب و غذاخوردن کودک اختلال ایجاد کند. در ضمن چنان چه کودک تب شدیدی نداشت و بیقرار نبود از تب بر استفاده نمی کنیم اما اگر تب شدید بود هر ۴ تا ۶ ساعت یک بار از قطره استامینوفن استفاده می کنیم. به اعتقاد این پزشک مقدار تب در سرماخوردگی ها خفیف است و کودک زیر ۶ ماه هنگام تب به هیچ وجه تشنج نمی کند و استامینوفن در عین حال دردهای عضلانی کودک را هم تسکین می دهد. ناگفته نماند کودکی که سرما می خورد بی تردید اشتهایش کم است و همین موضوع مادر را نگران می کند بنابراین بهترین توصیه این است که مادر به عوض خوردن غذا بیشتر در یک وعده تعداد دفعات غذا دادن را بیشتر کند. ارایه توصیه های غذایی به سن کودک بستگی دارد.اگر کودک شیرخوار بود باید فواصل شیردهی کمتر و در عوض از مایعات بیشتر استفاده شود.

در عین حال برای کودک بزرگتر ۲ سال چنانچه آلرژی غذایی در کار نبود محدودیت غذایی خاصی ایجاد نکنیم، زیرا کودک در این دوره کم اشتها بوده و ممکن است با این محدودیت وزن زیادی از دست بدهد.

▪ آنتی بیوتیک ها (چرک خشک کن ها) چه تاثیری بر سرماخوردگی دارند؟

ـ یک تصور باطل دیگر این است که بسیاری از مادران فکر می کنند سرماخوردگی کودکشان با آنتی بیوتیک برطرف می شود. از طرفی هم یک گروه از مادران به اصرار از پزشک می خواهند که برای کودکشان آنتی بیوتیک تجویز کند در حالی که نوعی میکروب سرماخوردگی با انواع میکروب های دیگر متفاوت است و آنتی بیوتیک هیچ جایی در درمان آن ندارد!

▪ ویروس های سرماخوردگی بسیارند: سرماخوردگی ها ممکن است پی درپی بوده و عوارض هم داشته باشند اما این که سرماخوردگی فعلی منجر به سرماخوردگی بعدی شود اصلا مبنای درستی ندارد.

ـ این هم یک تصور اشتباه دیگر است چون ما ویروس های بسیاری داریم که هر کدام برای کودک بیماری زا هستند، مانند رینو ویروس، ویروس آنفلوآنزا و...

▪ و آخرین نکته واکسن آنفلوآنزا و نقش ایمن کننده آن در برابر سرماخوردگی:

ـ با تاکید این استاد دانشگاه مبنی بر وجود بیش از صد نوع ویروسی که وارد بدن می شوند شاید فقط یک یا دو تا از آن ها مربوط به آنفلوآنزا باشد باز هم اشاره به یک تصور غلط دیگر می شویم با این ادعا که واکسن سرماخوردگی در پیشگیری و یا حتی درمان این بیماری بسیار موثر است. نیک آیین معتقد است چون علایم آنفلوآنزا شدید است این واکسن برای ویروس های مربوط به آن تولید می شود نه برای سایر ویروس ها و زدن واکسن آنفلوآنزا از سرماخوردگی یا ویروس های دیگر پیشگیری نمی کند.

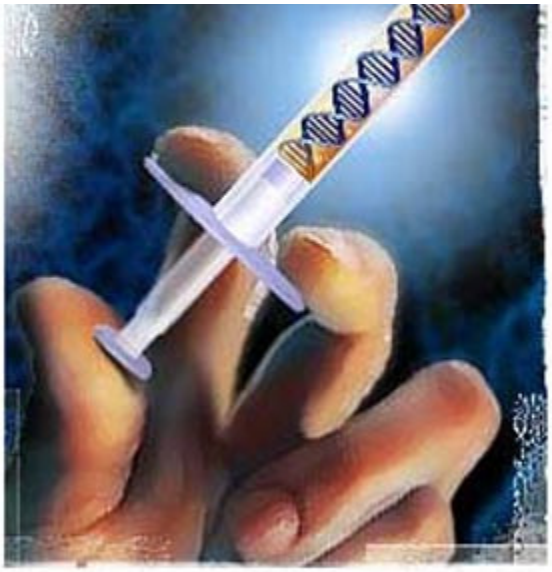
منبع : روزنامه جوان

http://vista.ir/?view=article&id=290550

vista.ir
Online Classified Service

یک قصه با چند روایت

این بیماری یکی از عوامل مهم مرگ زودرس انسان محسوب می‌شود به طوری که طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، سالانه بیش از یک میلیون نفر از مردم دنیا بر اثر ابتلا به هپاتیت می‌میرند.



علاوه بر این، هپاتیت به دلیل امکان انتقالش از طریق روابط جنسی، یک بیماری انگ‌پذیر است. در نتیجه مبتلایان مضاف بر تحمل دوره‌های درمان طولانی، معمولا شرایط اجتماعی سختی را هم تجربه می‌کنند.

اما دانستن نکاتی درباره هپاتیت سبب می‌شود که بدانیم

- اولا: روابط جنسی فقط یکی از راه‌های انتقال این بیماری است،
- ثانیا: هپاتیت همیشه یک بیماری صعب‌العلاج و خطرناک نیست، بلکه بیشتر انواع آن به آسانی درمان می‌شوند
- ثالثا اینکه به دلیل مشخص بودن راه‌های ابتلا، پیشگیری از هپاتیت کار بسیار آسانی است.

● فقط استراحت

هپاتیت انواع مختلفی دارد که هر نوع، با توجه به ویروسی که موجب آلودگی می‌شود ویژگی‌های متفاوتی دارد. هپاتیت A که در زبان عامه مردم به نام یرقان هم شهرت دارد، همان زردی است که اکثر نوزادان هنگام تولد یا در روزهای اول زندگی به آن مبتلا می‌شوند و خیلی زود خوب می‌شوند اما این بیماری در بزرگسالان و افراد بالغ شدیدتر است. ویروس این بیماری، بیشتر از طریق دهانی- مدفوعی منتقل می‌شود یعنی عدم رعایت بهداشت مثل شستن دست‌ها با آب و صابون بعد از دستشویی رفتن یا خوردن، آب، غذا و شیر آلوده یکی از مهم‌ترین راه‌های ابتلاست.

ویروس هپاتیت A می‌تواند در اثر خوردن صدف یا ماهی نپخته هم منتقل شود.

دوره کمون ویروس یک ماهه است و پس از آن علایم بازبینی‌اش مثل خستگی، بی‌اشتهایی، ضعف، تهوع، شکم درد، یرقان و تیره شدن رنگ ادرار ظاهر می‌شود، وقتی علایم بیماری و زردی بروز کرد، بیمار فقط باید استراحت کند تا ویروس توسط سیستم ایمنی بدن مهار شود و به تدریج التهاب کبد فروکش کند. هپاتیت A به هیچ نوع درمان دارویی نیاز ندارد و بیماری مزمن کبدی ایجاد نمی‌کند و به ندرت کشنده است. در کشورهای در حال توسعه و عقب‌مانده اکثر مبتلایان کودکان‌اند اما در کشورهای پیشرفته شیوع در سنین بالاتر، بین ۱۵ تا ۳۰ سال قابل مشاهده است.

● فقط پیشگیری

هپاتیت B یکی از انواع خطرناک هپاتیت است که عوارض زیادی دارد. البته ۸۵ درصد مبتلایان به این نوع هپاتیت به طور کامل بهبود پیدا می‌کنند ولی درصد کمی از آنها نیز دچار حالت مزمن بیماری می‌شوند. در نتیجه شناخت این نوع هپاتیت برای پیشگیری از آن اهمیت زیادی دارد. این ویروس از طریق مایعات بدن منتقل می‌شود و راه‌های عمده سرایت آن عبارتنداز:

۱) انتقال از مادر به فرزند:

در طول دوران بارداری و هنگام زایمان احتمال انتقال ویروس وجود دارد و اگر اقدامات پیشگیری صورت نگیرد این احتمال حتی به ۹۰ درصد هم می‌رسد. انتقال ویروس عمدتا در ۳ ماه آخر بارداری و حین زایمان اتفاق می‌افتد. همچنین در دوران شیردهی هم احتمال آلوده شدن نوزاد وجود دارد گرچه هنوز به طور قطعی ثابت نشده است.

۲) انتقال از طریق روابط جنسی:

این راه اصلی‌ترین راه انتقال هپاتیت B در کشورهای پیشرفته است و در بین افرادی که رفتارهای جنسی پرخطر دارند، ریسک ابتلا به بیماری بیشتر است.

۳) فرآورده‌های خونی:

افرادی که نیاز مکرر به تزریق خون دارند بیشتر از سایر افراد در معرض ابتلا به هپاتیت از این طریق قرار دارند، البته امروز خیلی بیشتر از گذشته بر سلامت خون‌های اهدایی نظارت می‌شود ولی هنوز هم این راه یکی از راه‌های اصلی انتقال هپاتیت B است.

۴) ترشحات بدن:

مثل بزاق، مدفوع، صفرا، اشک و ... که به عنوان منابع انتقال ویروس مطرح‌اند.

۵) انتقال از طریق وسایل تیز و برنده:

مثل سرنگ مشترک، تیغ، سوزن و قیچی، بنابراین معتادان تزریقی گروهی هستند که در معرض بیشترین خطر قرار دارند. فعالیت‌هایی مثل خال‌کوبی، طب‌سوزنی، ختنه، تاتو و سوراخ کردن گوش و غیره هم از جمله فعالیت‌هایی هستند که امکان انتقال ویروس در آنها وجود دارد. همچنین پرسنل درمانی در مطب‌های دندانپزشکی، اتاق جراحی و نیز به دلیل احتمال فرورفتن سوزن در بدن‌شان در معرض خطر هستند.

نکته دیگر اینکه ویروس هپاتیت B به علت مقاومت بالا، می‌تواند ۷ تا ۱۰ روز روی سطوح زنده بماند و باعث آلودگی شود. البته واکسیناسیون علیه این نوع هپاتیت بسیار موثر است و برای افراد در معرض خطر ضروری است که واکسینه شوند.

ویروس هپاتیت B انتشار جهانی دارد. ناقلان ویروس در جهان حدود ۲۰۰ میلیون نفر هستند که یک میلیون آنها در آمریکا زندگی می‌کنند. بیشترین موارد آلودگی در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود به طوری که ۵ درصد نوزادان در هنگام تولد و دوره شیرخوارگی مبتلا می‌شوند. مرگ‌ومیر این بیماری بین ۶ تا ۲/۷ درصد است که بسته به سن و شرایط تغییر می‌کند. هپاتیت B در حدود ۵ تا ۱۰ درصد افراد مزمن می‌شود که این افراد منبع اصلی انتشار ویروس در جامعه هستند.

علایم بالینی هپاتیت B ، م ۴۵ روز بعد از ورود ویروس به بدن ظاهر می‌شوند که عبارتنداز: تهوع، استفراغ بی‌اشتهایی و یرقان، اگرچه هپاتیت بدون یرقان هم شایع است.

هیچ درمان اختصاصی برای هپاتیت وجود ندارد اگرچه داروهایی برای کنترل پیشرفت بیماری تجویز می‌شود ولی تعداد زیادی از مبتلایان پس از گذراندن دوره حاد بیماری خود به خود بهبود می‌یابند.

تعداد کمی که دچار هپاتیت مزمن می‌شوند در معرض خطر ابتلا به سرطان کبد قرار می‌گیرند.

- بیماری هزار چهره

راه اصلی انتقال ویروس هپاتیت C تزریق است، در نتیجه این بیماری اغلب در میان معتادان تزریقی یا دریافت‌کنندگان فرآورده‌های خونی بروز می‌کند. دوران کمون بیماری ۳ تا ۴ روز است که در موارد طولانی حتی به ۳ تا ۴ ماه هم می‌رسد.

هپاتیت C علایم بالینی خفیفی دارد که نیاز به بستری شدن ندارد اما باوجود طبیعت ملایم بیماری ۳۰ تا ۵۰ درصد آنها به سمت مزمن شدن پیش می‌روند. هپاتیت مزمن پایدار حاصل ویروس هپاتیت C شایع‌تر از نوع B است و حدود ۲۰ درصد موارد به سیروز و نارسایی کبد منجر می‌شود. اگرچه روابط جنسی به عنوان یکی از راه‌های اصلی انتقال ویروس هپاتیت C محسوب نمی‌شود ولی احتمال انتقال از این طریق هم وجود دارد. فعلا واکسنی برای این بیماری وجود ندارد و درمان قطعی هم برای آن پیدا نشده است.

نوع دیگر هپاتیت، هپاتیت D است که یک ویروس ناقص است و برای فعال شدن در بدن نیاز دارد که از ویروس هپاتیت B استفاده کند. بنابراین هپاتیتD در افراد مبتلا به هپاتیت B ایجاد می‌شود و راه‌های انتقال آن هم مشابه ویروس هپاتیتB است. در نتیجه با واکسیناسیون هپاتیت B؛ کنترل فرآورده‌های خونی، عدم مصرف مواد مخدر تزریقی و کنترل ناقلان ویروس عنوان از انتشار هپاتیت D پیشگیری به عمل آورد. هپاتیت E، نوع دیگری از هپاتیت است که به عنوان یک بیماری حاد مطرح می‌شود. علایم بالینی آن شبیه آنفلوآنزا است به اضافه اسهال و استفراغ شدید. این نوع هپاتیت مثل هپاتیت A نیاز به هیچ دارویی ندارد و با استراحت بهبود می‌یابد.

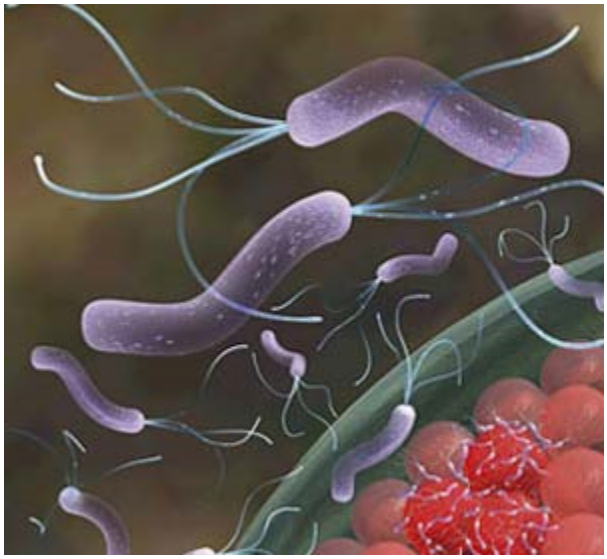
به این ترتیب در بیماری‌هایی مثل هپاتیت، پیشگیری مقدم بر درمان است؛ چون علاوه بر صرف هزینه‌های مالی و معنوی طولانی مدت، درمان قطعی و مشخص برای این بیماری وجود ندارد و عاقلانه‌تر آن است که مجهز به دانش و اطلاعات کافی به مقابله با این بیماری برویم و از انتشار آن در جامعه جلوگیری کنیم.

منبع : روزنامه تهران امروز

http://vista.ir/?view=article&id=279996

vista.ir
Online Classified Service

یک میکروب و چند مشکل



هنگامی که غذا جویده و بلعیده می شود از مری عبور کرده و سپس وارد قسمت فوقانی و حجیم معده شده، در معده مواد غذایی توسط شیره معده (که مرکب از آنزیمهای هضم کننده و اسید هیدروکلریک است) شکسته می شوند و در عین حال میکرو ارگانیسمهای وارد شده به بدن توسط شیره مذکور از بین می روند.

لازم به ذکر است که روزانه درون معده حدود نیم گالن عصاره معده شستشو داده شده و در واقع معده محلی استریل و کاملا بدون میکروب می باشد.

همچنین برای محافظت ماهیچه های عضلانی معده در مقابل تخریب توسط شیره بسیار قوی معده، لایه مخاطی ضخیمی درون معده بوجود آمده است.

بلع موادی همچون داروهای ورم مفاصل، ایبوپروفن، آسپیرین و الکل لایه مخاطی معده را در برخی نقاط تخریب کرده و همین امر سبب زخم شدن سلولهای لایه اپیتلیوم موجود در زیر موکوس می گردد. عواملی همچون کورتیکو استروئیدها، سیگار کشیدن و استرس موجب تشدید دردهای معده می گردند.مهمترین عامل برای ایجاد زخم معده، باکتری Helicobacter pylori شناخته شده است.

همانطور که گفتیم هلیکو باکترپیلوری باکتری است گرم منفی و حضور آن را می توان توسط رنگ آمیزی گرم به اثبات رساند.

- هلیکوباکترپیلوری و معده

همانطور که ذکر شد، مهمترین عامل در ایجاد زخم و التهابات معده ای هلیکو باکتر می باشد.

هلیکو باکتر پیلوری می تواند با استقرار در بخش آنتروم (بخش انتهایی معده با ماهیچه های ضخیم و قوی) سبب عفونت طولانی مدت این ناحیه شود.در واقع تنها باکتری که می تواند در محیط خشن معده و در مقابل حضور شیره معده زندگی و رشد نماید، هلیکوباکترپیلوری می باشد.

این باکتری با استفاده از غذا یا آب آلوده از راه دهان وارد معده شده و کافی است یکبار بتواند در موکوس معده پنهان شود، در این حال باکتری مذکور در لایه مخاطی معده مستقر شده و توسط تاژکهای برآمده، خود را در میان سلولهای لایه مخاطی جای می دهد و یا در صورت بروز زخم معده در ناحیه فاقد لایه مخاطی و در واقع بر روی سلولهای اپیتلیوم معده استقرار یافته و تاژکهای خود را در آن ناحیه فرو می برد.برای مقابله با هلیکوباکترپیلوری سیستم ایمنی بدن فعال می شود.

سلولهای سیستم ایمنی به آسانی به علت موکوس ضخیم معده به این ناحیه نمی رسند.در واقع هنگامی که لایه موکوسی نازک شده و گلبولهای سفید وارد این ناحیه می شوند، نمی توانند از آن خارج شوند. به سبب درگیری سلولهای ایمنی با هلیکو باکتر آنتی بادیهای موجود در سرم خون که IgA وIgG می باشند، بالا می روند.اگرچه در روند مذکور خود هلیکوباکتر ممکن است عامل ایجاد زخم نباشد، اما التهاب لایه آستری معده که توسط هلیکوباکتر ایجاد می شود زمینه ساز بروز زخم یا حتی ایجاد سرطان معده می باشد.

- علایم احتمالی حضور هلیکوباکترپیلوری

سوء هاضمه، سوزش سر دل، نفخ، حالت تهوع، التهاب معده، بروز زخم اثنی عشر.

درد در ناحیه بالای شکم که یک ساعت یا بیشتر بعد از صرف غذا مشاهده می شود.

نشانه های مذکور توسط مصرف آنتی اسیدها یا شیره و یا داروهای کاهنده اسیدیته معده کاهش می یابند.

در صورتی که زخم گوارشی بعد از انجام بیوپسی یا آندوسکوپی مشاهده نشد، می توان درمان ۱۴ روزه را با آنتی بیوتیکها و داروهای آنتی اسید انجام داد. داروهای آنتی بیوتیکی متداول عبارتند از:

کلاریترومایسین / تترا سایکلین / مترونیدازول / آموکسی سیلین

در کنار آنتی بیوتیک درمانی، باید از داروهایی همچون بیسموت و نیز داروهای کاهنده اسیدیته معده مثل: رانیتیدین / سایمتدین / فاموتیدین / امپرازول / پنتو پرازول و لانزو پرازول استفاده کرد.

● خطرات درمانی دارویی

مصرف داروی بیسموت می تواند موقتاً به خاکستری رنگ شدن دهان و دندان و ایجاد یبوست و اسهال و سیاهرنگی مدفوع منجر شود.

آنتی بیوتیکها نیز سبب بروز واکنشهای آلرژیک شده و یا حتی موجب مرگ شوند.

▪ برخی آنتی بیوتیکها مثل:

ـ کلاریترومایسین سبب ایجاد مزه بد دهان می شود.

ـ مترونیدازول موجب ناراحتی معده / اسهال / عدم تعادل / خارش / بد طعمی دهان می شود.

ـ این دارو نباید همراه با الکل مصرف شود، زیرا باعث سرخ شدن/ سردرد/ حالت تهوع می گردد.

ـ در ضمن هنگامی که آنتی بیوتیکها در دوز بالا استفاده می شوند، بعد از مدتی بیماران آلودگی با کاندیدای ناپایدار (آلودگی با مخمر) پیدا می کنند.

ـ در هنگام درمان آلودگی هلیکوباکتر، به این نکته باید توجه کرد که هلیکوباکتر به راحتی نسبت به کلاریترومایسین و مترونیدازول مقاوم می شود و نباید بعد از یک دوره درمانی برای دوره های بعد از آنها (بلافاصله) استفاده نمود.

ـ در واقع بعد از دو هفته آنتی بیوتیک تراپی، ۴ هفته باید از درمان اجتناب کرد.

ـ در صورتی که هلیکوباکتر توسط آنتی بیوتیکهای مذکور باقی ماند، باید احتمال مقاومت باکتری نسبت به آنتی بیوتیک مذکور را بررسی نمود.

● تستهای تشخیصی برای شناخت آلودگی با Hbp

این تستها به دو بخش تقسیم می شود:

الف) تستهای غیر مهاجم به بافتها عبارتند از:

۱) تست تنفسی اوره (urea breath testing)

کافی است هلیکوباکتر تنها یک بار بطور مطمئن در موکوس پنهان شود. در چنین حالتی به وسیله آنزیم عبور دهنده اوره آز به جنگ با اسید معده می رود.

در واقع تست مذکور به دو صورت انجام می شود:

▪ تست رادیو اکتیو ۱۴C

▪ تست بدون رادیو اکتیو ۱۳C بیکربنات اوره

هر دو تست طی ۱۵ تا ۲۰ دقیقه انجام شده و بها و وقت یکسانی صرف می کنند.

تست رادیو اکتیو ۱۴C به سبب ممنوعیت استفاده از آن در زنان باردار و کودکان، در حال حاضر کم انجام می شود.

اما در تست بدون رادیواکتیو ۱۳C بیکربنات اوره ماده مذکور به صورت خوراکی از راه دهان به بیمار داده می شود. این عمل در دو مرحله انجام می پذیرد، بدین معنا که ۶۰ دقیقه بعد از دادن مرحله اول ماده به بیمار در مرحله دوم ماده مذکور را به بیمار می دهیم.

در این حال با بازدم بیمار و اندازه گیری CO_2 و میزان اوره خروجی از وی، می توان به حضور یا عدم حضور Hbp پی برد.

۲) آزمایش آنتی ژن مدفوع جزء آزمایشهای ایمنی آنزیمی می باشد که با توجه به بررسی مدفوع بیمار می توان به حضور یا عدم حضور هلیکوباکتر پی برد. استفاده از لانزوپرازول و بیسموت می تواند نتیجه غلط به ما بدهد. در واقع ۴ تا ۶ هفته بعد از اتمام دوره داروهای مذکور، این آزمایش قابل انجام است. رانیتیدین بر روی جواب آزمایش بی تأثیر است. خونریزی معده و روده به سبب خون آلود بودن مدفوع، باعث بروز جوابهای نادرست شد.

۳) تست بزاقی

حفره دهان به عنوان مخزن هلیکو باکتر می تواند مورد استفاده در تستها قرار بگیرد.

در واقع به علت رفلکس، محتویات معده به مری و سپس دهان، هلیکوباکتر می تواند وارد دهان شود و همین امر سبب انتقال آن توسط ارتباط

دهانی می گردد.

هلیکو باکتر موجود در بزاق و پلاک دندانی برای تست استفاده می شود.

این تست به نسبت سایرین دقت کمتری دارد.

۴) تست ادراری

با سنجش آنزیمهای موجود در ادرار، می توان به حضور یا عدم حضور هلیکوباکتر پی برد. حساسیت تست مذکور بین ۸۲ تا ۹۰ درصد بوده و به انجام آن توصیه ای نمی شود.

۵) تست سرولوژی

توسط ELISA می توان آنتی بادیهای IgM و IgG و IgA را اندازه گیری کرد و در صورت بالا بودن آنها، احتمال حضور هلیکوباکتر رقم می خورد.

نتایج سرم می تواند + یا _ باشد.

حساسیت تست مذکور بین ۹۰ تا ۱۰۰ درصد است.

در ضمن سرم می تواند در برخی از بیماران سالها بعد از ریشه کنی هلیکوباکتر آنتی بادیهای موجود در خون را + نشان دهد.

ب) تستهای مهاجم به بافتها عبارتند از:

۱) تست بیوپسی اوره آز

در تست مذکور به واسطه بیوپسی توسط یک رشته مخصوص و ظریف آندوسکوپی در مدت یک ساعت حضور یا عدم حضور هلیکوباکتر تعیین می شود.

در این تستها شناسایی نمونه ها از طریق یک نوار معرف با شاخص PH و یک لایه حاوی اوره بر روی نوار انجام می پذیرد.

۲) بافت شناسی

با نمونه برداری و بررسی بافت معده می توان به حضور هلیکوباکتر پی برد.

در این آزمایش می توان حضور التهاب معده را مشاهده و یا در صورت لزوم ردیابی «تغییر غیر قابل برگشت بافت معده یا روده به بافت دیگر» را بررسی نمود.

۳) مشکلات موجود در بیوپسی عبارتند از:

- تراکم هلیکوباکتر در نقاط مختلف معده متفاوت است و می تواند به نمونه گیری نادرست منجر شود.
- چنانچه بیماران داروهای ضدترشحی مصرف کرده باشند نتایج نادرستی به ما می دهد.

● ارتباط هلیکوباکترپیلوری با سایر بیماریها

- هلیکوباکتر و زخم اثنی عشر

در۷۳ درصد از بیماران مبتلا به زخم دوازدهه حضور هلیکوباکتر توسط تست بیوپسی «اوره آز» تأیید شده و تنها در ۲۳ درصد از بیماران مبتلا به هلیکوباکتر گزارش نشده است.تحقیقات نشان می دهد آلودگی با هلیکوباکتر در معده می تواند مستقیماً موجب رشد زخمهای اثنی عشر شود.

● هلیکوباکتر و زخم معده

در اکثر زخمهای معده می توان هلیکوباکتر را دید.

در واقع ضعف لایه مخاطی محافظت کننده معده توسط هلیکوباکتر می تواند زمینه ساز بروز زخم معده شمرده شود.

البته استفاده از داروهای غیر استروئیدی غیرالتهابی موجب عدم تشخیص هلیکوباکتر و پنهان شدن آن می گردد.

برای شناخت دقیق عامل ایجاد کننده زخم معده باید بیوپسی کاملی از مخاط معده تا زخم مذکور در یک محل معین صورت پذیرد.

بیوپسی در هنگام خونریزی معده به سبب حضور خون انجام ناپذیر یا سخت می باشد.

تست بیوپسی «اوره آز» عموماً در چنین مواردی استفاده می شود، با این حال استفاده از داروهای ضد زخم می تواند با این تست تداخل داشته باشد.

در کسانی که سابقاً به زخم معده مبتلا بوده اند استفاده از آندوسکوپی یا رادیولوژی و در کنار آنها تست سرولوژی برای شناخت هلیکوباکترالزامی است.

در ۶۰ تا ۸۰ درصد زخمهای معده موارد آلودگی به هلیکوباکتر مشاهده می شود.

● هلیکوباکتر و سرطان

سرطان معده مرتبط با حضور هلیکوباکتر شناخته شده است. البته این بدان معنا نیست که هرکس به هلیکوباکتر مبتلا بود لزوماً به سرطان معده دچار می شود، اما حضور هلیکوباکتر درمان نشده زمینه ساز ابتلا به سرطان معده خوانده شده است. در عین حال نژادهای زرد پوست ساکن چین و ژاپن از نژادهای مستعد در ابتلا به سرطان معده شناخته شده اند.

منبع : روزنامه قدس

http://vista.ir/?view=article&id=348024

vista.ir
Online Classified Service

ویستا

support@vista.ir