



تاریخ انتشار: یکشنبه ۲۷ تیر ۱۳۸۹

مجله الکترونیکی ویستا: تندرستی - شماره سیزدهم - مغز و اعصاب

فهرست مطالب این شماره

• ۱۰ عامل مهم تخریب مغز

• ۱۲ روش ساده برای تقویت مغز

• آبسه مغزی یا اپی دورال

• آب‌گرفتگی در مرکز فرماندهی

• آسیبهای نخاعی

• آشنایی با بیماری آنسفالیت (التهاب مغز)

• آشنایی با بیماری پارکینسون

• آشنایی با بیماری عصبی (نوروپاتی)

• آلزایمر در خانه

• آلزایمر، بیماری سالمندی یا جوانی

• آلزایمر، مرگ خاطره‌ها

• آموزش برخورد با صرع کودکان

• آمیوتروفیک لاترال اسکلروز

- آنچه باید درباره بیماری ام اس بدانیم
- آنچه باید درباره سکته مغزی بدانیم
- آیا می‌دانید اتوماتیسم در فرد مبتلا به صرع چه مفهومی دارد؟
- اتیسم چیست؟
- ارثیه دردناک خانوادگی
- از صرع چه میدانید؟
- استراحت در اتاق ساکت و تاریک
- اسکیزوفرنی یک ناتوانی ذهنی
- اسکیزوفرنیا؛ بیماری فقیران
- اغما چیست؟
- این تابلو، کلاسیک نیست
- MS چیست؟
- با پارکینسون چه باید کرد؟
- با سردرد عصبی چه کنیم؟
- با شیزوفرنی چه کنیم
- بازتوانی پس از سکته مغزی
- بخش سفید مغز و ارتباط آن با پیری
- برای همیشه می‌خواهت ای مغز!
- بررسی ذهن بیماران در حال اغما
- بیماری «ام اس» تا چه حد خطرناک است؟
- بیماری «ام اس» چیست؟
- بیماری آلزایمر
- بیماری MS
- بیماری MS
- بیماری تاساکس
- بیماری لویی بادی چیست؟
- بیماری هزارچهره
- پارکینسون بیماری ناشناخته اعصاب
- پرهیز از چیزهایی که موجب تشنج می‌شوند
- پیشگیری از سردردهای عصبی
- تاثیر برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
- تأثیر اینترنت بر عملکرد ذهن

• تجارب بیماران مولتیپل اسکلروزیس

• تداخل داروها با یکدیگر

• ترومای مغزی

• تسخیرناپذیر

• تشنج چیست؟

• تشنج ناشی از تب کودک

• تغییرات احوال سالمندان را جدی بگیرید

• تکامل مغز

• تنش های عصبی باعث افزایش پروتئین های آلبومین در مغز می گردد

• تنگی کانال نخاعی

• جهشی در اوتیسم

• چگونه میگرن را کنترل کنیم

• چند گام برای موفقیت در حفظ هوشیاری مغز

• چه سر دردی خطرناک است؟

• حفظ حافظه

• حالت ضعف و غش

• حل معما و جدول توان مغز را افزایش می دهد

• حمله به مرکز فرماندهی مغز

• حمله تشنجی چیست؟

• خواب رفتگی

• داروهای غیرمیگرنی برای سردردهای میگرنی

• دانش آموز صرعی

• درباره «زونا» بیشتر بدانیم

• دریند فراموشی

• درد میگرن و درمان آن

• دردهای سروتونینی برای کج خلق ها

• دردناک تر از هر درد

• دردهای سرو صورت با منشا بینی و سینوس

• درمان داروئی بیماری پارکینسون سالمندی

• درمان درد سر و صورت

• دستورالعمل های جدید در مراقبت های صرع

• دست هایم خواب آلوده اند!

• ده تصور درست و نادرست از آلزایمر

• ده عادت مهم مخرب مغز

• رابطه آتیسیم با غذا...

• رفع سردرد بدون دارو

• رهایی از سردرد

• زنان و میگرن

• زندگی درمجاورت مرگ

• زوال عقل (دمانس)

• سالانه ۲۰ هزار نوجوان و جوان ایرانی به اسکیزوفرنی مبتلا می‌شوند

• سختی چندگانه اعصاب مرکزی

• سردرد ...

• سردرد تنشی

• سردرد ناگهانی با خوردن بستنی

• سردرد های ناشی از تغذیه

• سردرد یک ارثیه خانوادگی برای زنان

• سرگیجه Vertigo

• سری را که درد می‌کند...

• سکته مغزی ایسکمیک و سکته مغزی خونریزی دهنده

• سکسکه های مغزی

• سندرم آپنه در خواب

• سندرم خستگی مزمن

• سوءظن یا شیزوفرنی

• سیاتیک درمان و پیشگیری آن

• سینوزیت و سردردهای مبهم

• شایع ولی ناشناخته

• شما تنها دچار یک حمله تشنج شده‌اید!

• شوک و سنکوپ چیست؟

• صرع در سالمندان

• صرع و جاده

• ضربه های مغزی : علت ها و درمان

• عقب ماندگی ذهنی و انواع آن

• علل بیماری پارکینسون سالمندان

- فراموشکاران بزرگ
- فرماندهی غدد بدن
- فرمانروای بدنتان به روغن سوزی نیفتد
- فشار روانی طولانی مغز را کوچک می کند
- فلج عصب صورتی یا فلج بل
- قطرات فراموش شده
- کارکرد پیچیده مخچه
- کلسترول ابتلا به آلزایمر را سرعت می بخشد
- کم کم فراموش کار می شویم
- کنترل و سرکوب بیماری MS
- کودکان آسمان
- لنفوم اولیه C.N.S
- مدیریت بیماری آلزایمر
- مرگ مغزی چیست
- مغز انسان
- مغز باهوش‌ها بزرگتر است؟
- مغز خواب می‌خواهدنه بدن
- مغز خود را بشناسید
- مغز نو، مغز نو، سلام، سلام!
- مغزهای بزرگ، انسان‌های باهوش
- منظور از سکته مغزی چیست؟
- مننژیت؛ از علائم تا پیشگیری
- منیر
- میگرن
- میگرن علائم و درمان
- میگرن، خوش خیم اما آزاردهنده
- میگرن؛ علائم و درمان
- نارکولپسی یعنی چه؟
- نشانگان پاهای بی قرار
- نشانگان کاهش دمی مرکزی
- نشانگان گیلن باره
- نکات مهم در درمان صرع در زنان میانسال

• نوار مغز یا انسفالوگرام (EEG)

• نورالژی تری ژمینال

• نورولوژی در عمل - بولی نوروباتی ها

• نورولوژی در عمل- سردرد

• نورولوژی در عمل- سکنه مغزی

• نیاز معلولان C.P به تقویت مهارت‌های ارتباطی

• هجوم ارتش فراموشی

• هرچه زودتر، بهتر!

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

لینک ضمیمه : <http://vista.ir/?view=item&id=66048>

۱۰ عامل مهم تخریب مغز

(۱) نخوردن صبحانه

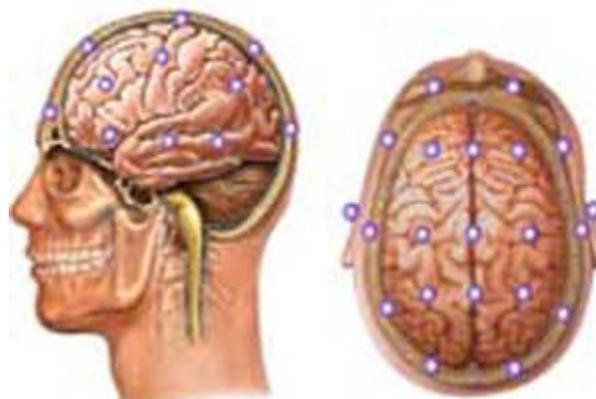
اشخاصی که صبحانه نمی‌خورند، قند خونشان پایین می‌آید. باید بدانید که تنها منبع غذایی مغز، قند خون است. در نتیجه کاهش قند خون، باعث تخریب و اختلال در عملکرد مغز می‌شود.

(۲) بیش از حد غذا خوردن

در افرادی که بیش از مقدار مورد نیاز بدنشان، غذا مصرف می‌کنند، خون‌رسانی به مغز مشکل می‌شود و به همین جهت، قدرت فکری آنها پایین می‌آید.

(۳) کشیدن سیگار

اشخاص سیگاری باید بدانند که سیگار کشیدن باعث جمع شدن و کوچک



شدن مغز می‌شود و این عامل باعث به وجود آمدن بیماری آلزایمر (فراموشی) می‌گردد.

(۴) مصرف کردن بیش از حد مواد شیرین

وجود قند اضافی در بدن، باعث توقف جذب پروتئین و سوء تغذیه ناشی از آن و در نتیجه انحطاط مغز می‌شود.

(۵) آلودگی هوا

مغز بیشترین مصرف کننده اکسیژن در بدن می‌باشد. ورود هوای آلوده به بدن موجب کاهش اکسیژن بدن می‌شود و به همین علت توانایی مغز پایین می‌آید.

(۶) کمبود خواب

خوابیدن باعث استراحت مغز می‌گردد. اگر کمبود خواب به مدت طولانی ادامه یابد، موجب تسریع مرگ سلول‌های مغزی می‌گردد.

(۷) پوشاندن سر هنگام خواب

افرادی که با روسری یا کلاه می خوابند و یا به طور کلی سر خود را هنگام خواب می پوشانند، باید توجه داشته باشند که با این کار، دی اکسید کربن در بدن زیاد می شود و به نوبه آن اکسیژن در بدن کاهش می یابد و این خود باعث ناتوانی در عملکرد مغز می شود.

(۸) کار کردن در بیماری

کار کردن زیاد یا درس خواندن در هنگام بیماری، ممکن است موجب کاهش کارایی مغز و آسیب آن گردد.

(۹) تفکر کم

فکر کردن باعث به جریان انداختن خون در مغز می گردد. کسانی که تمرکز و تفکر را کنار می گذارند، موجب کوچک شدن مغز خود می شوند.

(۱۰) به ندرت صحبت کردن

بحث کردن و صحبت های عقلانی با افراد دیگر، باعث افزایش کارایی مغز می گردد.

منبع : علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرند

<http://vista.ir/?view=article&id=108479>



۱۲ روش ساده برای تقویت مغز

هرچند مغز ما قویترین رایانه در سیاره زمین محسوب می شود اما این رایانه قدرتمند نیز گاهی به خطا می رود. ما انسانها بیشتر وقت خود را صرف انباشتن چیزهای مختلف و بی فایده به داخل مغزمان می کنیم. مهم نیست مغز ما چقدر قدرتمند است آنچه اهمیت دارد این است که بدانیم این عضو نیاز به جبران و احیای خود دارد تا بتواند قالب و توانایی خود را حفظ کند. پژوهشگران روش های مختلفی را برای سوپرشارژ کردن و افزایش کارایی مغز ارائه کرده اند که در این مقاله ساده ترین آنها ارائه شده تا هر فردی بتواند به محض احساس نیاز، به آنها دسترسی داشته باشد و آنها را بکار بسته و از مزایای آن بهره مند شود:

(۱) بادام بخورید: بادام حافظه را تقویت می کند و اگر در ترکیب با شیر قبل از رفتن به رختخواب و یا پس از برخاستن از خواب به هنگام صبح مصرف شود تاثیر بهتری دارد.

(۲) آب سیب بنوشید: پژوهشگران دانشگاه ماساچوست لوول نشان داده

اند؛ آب سیب تولید نوعی انتقال دهنده عصبی حیاتی موسوم به استیلکولین را در مغز افزایش داده و از این طریق قدرت حافظه را نیز تشدید می کند.

(۳) خوب بخوابید: تحقیقات نشان می دهد که حافظه بلندمدت در طول خواب با پخش مجدد تصاویر تجربه شده در روز تقویت می شود.

(۴) از تفریحات ساده لذت ببرید: استرس قدرت مغزی ما را تحلیل می برد. ذهنی که در استرس گرفتار شده بیشتر منابع حافظه ما را مصرف می



کند و به این ترتیب ذهنی ضعیف و کودن برای ما باقی می‌گذارد. سعی کنید برای خود عادت‌های ساده تفریحی در طول روز تعیین کنید تا بتوانید به کمک آنها استرس را از ذهن خود پاک نمایید. برخی از این تفریحات ساده و مفید برای ذهن و بدن و روان عبارتند از: گوش دادن به موسیقی مورد علاقه، بازی با کودکان، قدردانی از دیگران، پیاده روی، دوچرخه سواری و یا شنا به طور روزانه، کارکردن با یک وبلاگ و بالاخره شرکت در کلاسهای یوگا و سلامت به طور روزانه.

۵) ذهن خود را ورزش دهید: همانطور که ورزش جسمی برای بهره‌مندی از یک بدن قوی و سالم ضروری است ورزش ذهنی نیز به همین اندازه حائز اهمیت است تا بتوانید ذهنی تیز و فعال داشته باشید. آیا تا به حال توجه کرده‌اید که چرا کودکان قدرت مغزی قوی‌تری نسبت به افراد بالغ دارند؟ چون کودکان ذهنی بازیگوش دارند و یک چنین ذهنی توان حافظه را بالا می‌برد. برای رسیدن به چنین توانایی می‌توانید پازل یا جدول حل کنید، درکارهای گروهی داوطلب شوید، با دیگران تعامل کنید، به یک سرگرمی مانند مطالعه، نقاشی یا حتی تماشای پرندگان مشغول شوید، یک مهارت جدید یا یک زبان جدید بیاموزید.

۶) یوگا یا مدیتیشن انجام دهید: یوگا و مدیتیشن استرس را تخلیه می‌کند. استرس قاتل حافظه است اما یوگا و مدیتیشن با کاهش استرس، پایین آوردن فشار خون، کاهش سرعت تنفس، کاهش سرعت متابولیسم و آزادکردن تنش از ماهیچه‌ها، ذهن را تقویت می‌کند.

۷) مصرف مواد قندی را کاهش دهید: قند غذا نیست بلکه شکلی از کربوهیدرات است که یک انرژی واهی تولید می‌کند. مصرف زیاد مواد قندی باعث بروز علائم عصبی و رنج آور، ضعف حافظه و سایر اختلالات عصبی می‌شود. غذاها را بدون افزودن شکر مصرف کنید و از مصرف نوشیدنی‌های شیرین یا مقدار زیادی شکر یا قند یا کافئین پرهیز کنید.

۸) از گندم سیوس دار استفاده کنید: گندم سیوس دار حاوی لسیتین است. این ماده مشکل سخت شدن سرخرگ‌ها را آسان می‌کند و از این طریق موجب بهبود عملکرد مغز می‌شود.

۹) شب‌ها غذای سبک بخورید: خوردن غذای زیاد و سنگین درشب باعث بروز استرس طولانی مدت و احساسی به هنگام خواب می‌شود. توصیه می‌شود غذای سنگین را در روز مصرف کنید که بدن تحرک بیشتری دارد. شبها با خوردن غذای سبک و میوه و سبزی می‌توانید خواب بهتری داشته باشید. خواب خوب شب به معنی تقویت قوای مغز است.

۱۰) قدرت تخیل خود را تقویت کنید: یونانی‌ها اصل خیال پردازی را برای به خاطر سپردن همه چیز یاد می‌گیرند. این تکنیک احتیاج دارد که فرد یک تخیل واقعی و رنگی را ایجاد کند که بتوان آن را به یک موضوع یا شیء خاص ارتباط داد. اگر شما تمام حواس خود شامل لامسه، بویایی، چشایی، شنوایی و بینایی را درگیر خیال پردازی کنید، می‌توانید جزئیات بیشتری از یک موضوع را به خاطر بیاورید. این کار به تقویت حافظه شما کمک می‌کند.

۱۱) خشم خود را کنترل کنید: غذاهای تهیه شده از آرد سفید، مصرف زیاد نشاسته یا نان سفید می‌تواند منجر به بروز حساسیتهای عصبی شود. در نتیجه مصرف این قبیل مواد غذایی پرخاشگری و برخی از رفتارهای افسردگی را موجب می‌شود. در عوض سبزی تازه بخورید. آب زیاد بنوشید و یوگا و مدیتیشن انجام دهید تا احساسات سمی مانند خشم و استرس از شما دور شود.

۱۲) ویتامین ب کمپلکس مصرف کنید: این ویتامین حافظه شما را تقویت می‌کند. از غذا و سبزیجات غنی از این ویتامین مصرف کنید. لازم به ذکر است که مواد غذایی نشاسته‌ای و نان سفید تاثیر مطلوب این ویتامین برای حفظ سلامت حافظه را خنثی می‌کند.

منبع : روزنامه کیهان

<http://vista.ir/?view=article&id=124801>

 Vista.ir
Online Classified Service

آبسه مغزی یا اپی‌دورال تجمع چرک ناشی از یک عفونت باکتریال در مغز یا خارجی‌ترین لایه از سه لایه غشایی که مغز و نخاع را می‌پوشانند.

• علایم شایع

علایم زیر به تدریج در عرض چند ساعت ظاهر می‌شوند. این علایم شبیه علایم تومور یا سکنه مغزی هستند:

(۱) درد در پشت و کمر، در صورتی که عفونت در غشای پوشاننده نخاع باشد

(۲) سردرد

(۳) تهوع و استفراغ

(۴) ضعف، بی‌حسی یا فلج در یک طرف بدن

(۵) راه رفتن نامنظم

(۶) تشنج

(۷) تب

(۸) منگی، گیجی، یا حالت هذیانی

(۹) مشکل در صحبت کردن

• علل

منشأ اولیه عفونت باکتریایی که موجب بروز آبسه مغزی یا اپی‌دورال

می‌شود را اغلب نمی‌توان پیدا کرد. اما سه منشأ زیر شایع‌ترین هستند:

(۱) عفونتی که از جمجمه به درون گسترش می‌یابد، مثلاً استنومیلیت (عفونت استخوان و مغز استخوان)، ماستوئیدیت (عفونت زائده ماستوئید در پشت گوش)، یا سینوزیت (عفونت سینوس‌ها)

(۲) عفونتی که به دنبال شکستگی جمجمه آغاز و گسترش می‌یابد.

(۳) عفونتی که از سایر بخش‌های بدن که دچار عفونت شدند، مثلاً ریه‌ها، پوست، یا دریچه‌های قلب، از راه خون گسترش می‌یابد

• عوامل افزایش دهنده خطر

(۱) صدمه به سر

وجود یک بیماری که مقاومت بدن را کاهش داده باشد، به خصوص دیابت

(۲) بروز اخیر یک عفونت، به خصوص در اطراف بینی، چشم‌ها و صورت

(۳) بیماری که دستگاه ایمنی‌اش به علت بیماری (مثلاً ایدز) یا داروها سرکوب شده است.

تزریق وریدی مواد مخدر

• پیشگیری

(۱) در صورت بروز هر گونه عفونت در بدن به پزشک مراجعه کنید، به خصوص اگر عفونت در اطراف بینی یا صورت باشد (مثلاً عفونت گوش یا آبسه دندان). با مراجعه زود هنگام می‌توان از گسترش عفونت جلوگیری کرد.

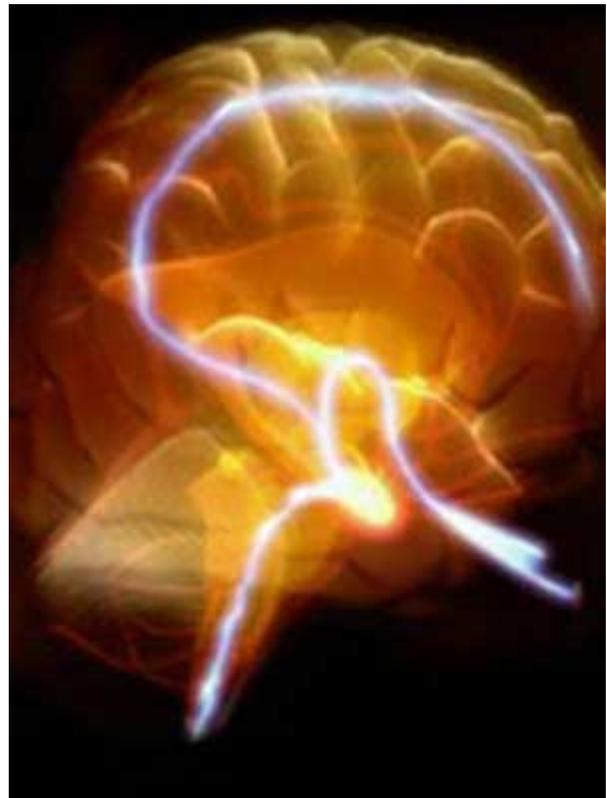
(۲) در هر گونه فعالیتی که خطر صدمه به سر وجود دارد، از کلاه ایمنی و سایر وسایل حفاظتی استفاده نمایید.

• عواقب مورد انتظار

با تشخیص و درمان زودهنگام معمولاً خوب می‌شود.

• عوارض احتمالی

(۱) بروز حملات تشنج، اغماء و مرگ، در صورتی که درمان انجام نشود.



۲) آسیب دایمی به مغز

• درمان

• اصول کلی

۱) آزمایشات تشخیصی ممکن است شامل موارد زیر باشند: آزمایش خون، آزمایش مایع نخاع، نوار مغز، سی تی اسکن، عکسبرداری از جمجمه
۲) نیاز به مراقبت ویژه وجود دارد.

۳) درمان طبیبی یا جراحی بستگی به محل آسیب دارد. معمولاً احتیاج به دادن آنتی بیوتیک و نیز جراحی برای تخلیه آسیب است. سایر درمان‌هایی که ممکن است لازم شوند عبارتند از مایعات داخل وریدی و تهویه مکانیکی

• داروها

۱) آنتی بیوتیک برای ۴-۶ هفته جهت مبارزه با عفونت

۲) داروهای ضد تشنج برای پیشگیری از بروز حملات تشنجی

۳) کورتیکواستروئیدها برای کاهش تورم مغزی پس از عمل جراحی

• فعالیت

هنگامی که در بیمارستان هستید نیاز به استراحت در تخت دارید. پس از طی دوران نقاهت ۲-۳ هفته‌ای، به هر اندازه که قدرت بدنی و احساس خوب بودن به شما اجازه می‌دهد، فعالیت داشته باشید.

• رژیم غذایی

به هنگام بستری در بیمارستان، امکان دارد تزریق مایعات داخل وریدی ضروری باشد. پس از درمان، یک رژیم عادی و متعادل داشته باشید.

• در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید:

۱) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان یکی از علائم آسیب مغزی یا اپی‌دورال را دارید.

۲) اگر تب به ۳/۳۸ درجه سانتیگراد یا بیشتر افزایش یابد.

۳) اگر دچار علائم جدید و غیرقابل کنترل شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

منبع : شبکه رشد

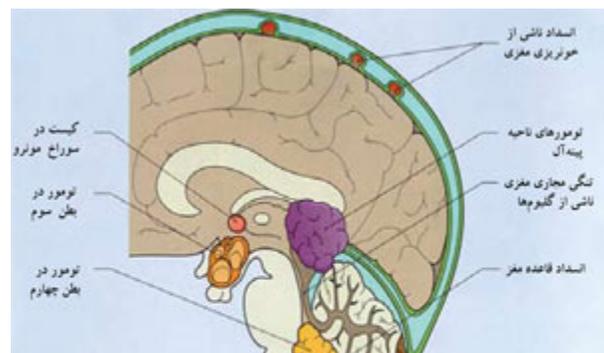
<http://vista.ir/?view=article&id=238306>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آبگرفتگی در مرکز فرماندهی

بدن انسان پر از شگفتی است. حتی در زمان عادی زندگی کردن شما و آرام نشستن شما هم اعضا و ارگان‌های مختلف بدن‌تان با یک هارمونی و نظم بی‌نظیر در حال کار کردن هستند. اما گاهی یک مشکل کوچک می‌تواند تمام این نظم را به هم بزند؛ مشکلی مانند بسته شدن یک شکاف کوچک درون مغز...

مغز مرکز فرماندهی بدن است. این ارزشمندترین عضو بدن در صندوقچه‌ای





محکم و پوشیده به نام جمجمه حفاظت می‌شود و به غیر از این درون این صندوقچه هم روش‌های دیگری برای محافظت از مغز وجود دارد. مثل روزنامه‌هایی که کنار یک ظرف چینی ارزشمند داخل یک کارتون می‌گذارند تا

مانع ضربه خوردن آن شود، در درون جمجمه هم سیستم مشابهی وجود دارد. ترشح مایع مغزی نخاعی که از عروق مغزی به داخل جمجمه و بطن‌های مغزی ترشح می‌شود، به غیر از سیستم ایمنی و تغذیه و یا شستشوی سلول‌های مغزی، کنترل فشار داخل مغز و نخاع را هم تامین می‌کند اما گاهی در اثر حوادث مختلفی مسیر تخلیه این مایع مسدود می‌شود و با افزایش ترشح مایع به داخل مغز بیماری خاصی به نام هیدروسفالی به وجود می‌آید.

• هیدروسفالی چیست؟

کلمه هیدروسفالی از ریشه دو کلمه یونانی هیدرو به معنی آب و سفالوس به معنی سر است و در اصطلاح یعنی آب درون سر. مسیر حرکت مایع مغزی نخاعی از اطراف مغز به درون بطن‌های مغزی و سپس از یک شکاف باریک به قسمت قاعده مغز و از آنجا به اطراف نخاع است. هنگامی که به هر دلیلی تعادل بین ترشح مایع مغزی نخاعی و تخلیه و بازجذب آن به خون به هم بخورد، هیدروسفالی به وجود می‌آید. به غیر از مسایل ژنتیکی و بعضی مشکلات مادرزادی، مسایلی مثل آسیب به سر، خون‌ریزی‌های مغزی، عفونت مثل مننژیت و یا تومورهای مغزی می‌توانند با مکانیسم‌های مختلف (بستن مسیر تخلیه، یا ترشح بیش از حد) باعث افزایش مایع مغزی نخاعی درون جمجمه شوند. اما شایع‌ترین علت هیدروسفالی و معروف‌ترین آن، علت مادرزادی است که معمولاً یک مورد از هر پانصد مورد تولد را درگیر می‌کند. هیدروسفالی مادرزادی اغلب زمینه ژنتیک دارد و یا نقصی در جریان تکامل سیستم عصبی جنین باعث آن می‌شود اما مشکلاتی مثل خون‌ریزی‌های مغزی هنگام زایمان و عفونت مادر هم هیدروسفالی را به وجود می‌آورند.

• چه علایمی دارد؟

علائم هیدروسفالی بسته به سن بیمار متفاوت است. سیر بیماری و نوع تطابق هر فرد با هیدروسفالی هم در بروز علائم تاثیر دارند. مثلاً در نوزادان که جمجمه هنوز نرم است و شکل نگرفته است، افزایش فشار داخل جمجمه باعث بزرگ‌تر شدن آن می‌شود (شکل معروف هیدروسفالی). بطن‌های مغزی نوزادان هم قابلیت تطابق بیشتری دارد اما به طور کلی علائم این بیماری از همان فشار بر سلول‌های مغزی به وجود می‌آید. در نوزادان، استفراغ، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، پایین رفتن چشم‌ها و تشنج از علائم شایع‌اند. اما در کودکان بزرگ‌تر و بزرگسالان چون جمجمه قابلیت تغییر ندارد، سردرد، تهوع و استفراغ، تورم اعصاب ته چشم، دوبینی یا تاری دید، اختلال تعادل، اختلال در راه رفتن، بی‌اختیاری ادرار، خستگی شدید، تحریک‌پذیری و یا حتی اختلالات مزمن‌تری مثل تغییر شخصیت یا از دست رفتن حافظه و همچنین دمانس ممکن است به وجود بیاید.

• روش تشخیص و درمانش چیست؟

معمولاً هیدروسفالی خفیف که هنوز جمجمه تغییر نکرده است براساس علائم عصبی و معاینات پزشکی و سپس انجام سونوگرافی از بطن‌های مغز تشخیص داده می‌شود. تشخیص قطعی این بیماری انجام سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی از مغز است که در آن شکل بطن‌های مغزی و میزان مایع مغزی نخاعی مشخص می‌شود.

روش‌ها و تکنیک‌های جدیدی وجود دارند که می‌توانند شکل هیدروسفالی مادرزادی را از همان دوران جنینی تشخیص دهند. روش تشخیص هیدروسفالی براساس تصمیم پزشکی و با توجه به سن، علائم بالینی و حدس در مورد علت بیماری انتخاب می‌شود.

هدف اصلی در درمان هیدروسفالی کاهش فشار مایع مغزی نخاعی است. این کار معمولاً توسط روش‌های جراحی و با استفاده از وسیله‌ای به نام شانت انجام می‌شود که مایع مغزی نخاعی اضافه را از درون جمجمه به ناحیه‌ای دیگری در بدن که مایع بتواند در آنجا جذب شود، منتقل می‌کنند. در واقع شانت مثل یک ناودان می‌ماند که مایع اضافه را در جایی دیگر (مثلاً درون قفسه سینه یا درون فضای شکمی) تخلیه می‌کند.

یک روش درمان خاص هم وجود دارد که در آن با کمک دوربین‌های میکروسکوپی جراح حفره‌ای در کف بطن سوم مغزی ایجاد می‌کند تا مایع از آنجا تخلیه شود البته این روش در بعضی افراد خاص کاربرد دارد. به غیر از این روش‌های درمانی، در درمان هیدروسفالی، علت اصلی به وجود آورنده بیماری هم باید برطرف شود. مثلاً تومور مغزی که در صورت امکان باید برداشته شود.

• پیش‌آگهی بیماران چگونه است؟

آینده بیماران مبتلا به هیدروسفالی در مورد هر کسی کاملاً متفاوت است. عوامل مختلفی می‌توانند روی پیش‌آگهی این بیماران و کیفیت زندگی آنان تاثیر بگذارند تا با توجه به علت بیماری، زمان تشخیص، روش درمان، نوع پاسخ به درمان و عوارض به وجود آمده برای هر بیماری متفاوت است.

خانواده کودکان مبتلا به هیدروسفالی باید هوشیار باشند که ممکن است در روند رشد فیزیکی و شناختی فرزندشان مشکلاتی به وجود بیاید اما این مساله برای همه بیماران صادق نیست. بسیاری از کودکانی که بیماری‌شان به موقع تشخیص و درمان شده است با اقدامات بازپروری و فیزیوتراپی و گفتاردرمانی و کاردرمانی (با توجه به نوع عوارض) توانسته‌اند زندگی عادی و طبیعی داشته باشند. این مساله با توجه به این نکته که هیدروسفالی درمان نشده می‌تواند منجر به مرگ شود، اهمیت درمان و حمایت‌های بعد از آن و میزان موفقیت آن را نشان می‌دهد و می‌تواند برای خانواده بیماران امیدبخش باشد. با درمان‌هایی مثل استفاده از شانت اگر چه در مواردی عوارضی مثل گرفتگی شانت یا عفونت را به دنبال دارند که آنها هم البته با جراحی مجدد قابل اصلاح است اما استفاده به موقع از آنها می‌تواند ضامن یک زندگی با کیفیت خوب باشد. هم‌اکنون موسسات بین‌المللی مختلفی در حال تحقیق و بررسی برای روش‌های جدید درمان، تشخیص زودتر و درنهایت جلوگیری از به وجود آمدن هیدروسفالی هستند.

بیشتر بخوانید

درباره ساختار و کارکرد مغز می‌توانید مطالب بیشتری در همین شماره در صفحه ۲۴ (اینجا مغز، صدای ما را از مرکز فرماندهی می‌شنوید) بخوانید.

• یک مورد نادر

این عکس، تصویر سی‌تی‌اسکن مغز یک آقای ۴۴ ساله فرانسوی است. قسمت‌های سیاه، مایع مغزی‌نخاعی است و حاشیه خاکستری دور آن، بافت مغزی. این آقا که متاهل و دارای دو فرزند است دچار هیدروسفالی مادرزادی بوده و در ۱۴ سالگی بعد از آنکه شانت مغزی‌اش آسیب دید جراحان آن را خارج کردند و دیگر وی درمانش را ادامه نداد. به مرور زمان و با بزرگ شدن بطن مغزی، بافت مغز وی تحلیل رفت و در جاهایی حتی به اندازه یک صفحه نازک شد. پزشکان با مشاهده تصویر مغز وی کاملاً شگفت زده شدند. بررسی‌ها نشان داد بهره هوشی این مرد حدود ۷۵ درصد بوده است اما وی از نظر ذهنی عقب‌افتاده به حساب نمی‌آید.

دکتر مونکه، پزشک این مرد، می‌گوید: «ما از این اتفاق می‌فهمیم که اگر یک مشکل در گذر زمان و به‌طور مزمین به وجود بیاید مغز می‌تواند تا حدودی خود را با آن تطبیق دهد.»

منبع : روزنامه سلامت

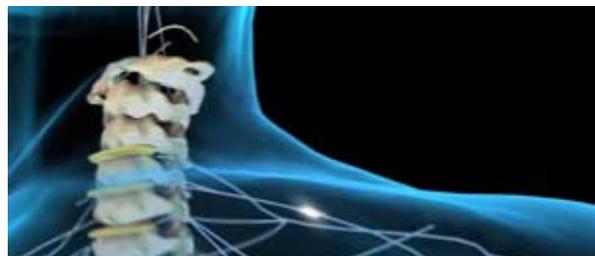
<http://vista.ir/?view=article&id=365962>

 Vista.ir
Online Classified Service

آسیب‌های نخاعی

• ستون فقرات

نخاع یا طناب نخاعی بخشی از سیستم اعصاب مرکزی است. سیستم اعصاب مرکزی از دو قسمت عمده، یعنی مغز و نخاع تشکیل شده است. نخاع بافت بسیار ظریفی است که توسط تعدادی استخوان محافظت می‌شود.





شود. به این استخوانها مهره گفته می شود.

نخاع در وسط این مهره ها قرار گرفته و به محل قرار گرفتن نخاع کانال نخاعی گفته می شود. مهره ها به صورت منظم بر روی یکدیگر قرار گرفته اند. مهره ها ستون فقرات را ایجاد می کنند که به عنوان ستون بدن عمل می کند و دارای حالت انعطاف پذیری است. علاوه مهره ها حفاظت از نخاع

را نیز برعهده دارند. دیسکها در بین مهره ها قرار گرفته اند. دیسک از موارد فیبری سفتی تشکیل شده که در میان آن ماده نرمتری قرار دارد. وظیفه دیسک جذب ضربه است و به ستون فقرات امکان انعطاف پذیری را می دهد.

مهره ها توسط رابطهای بهم متصل می باشند، این رابطها باعث می شوند ستون فقرات حالت ایستاده به خود بگیرد. علاوه بر این، امکان حرکت به ستون فقرات را می دهند. وقتی آسیب نخاعی روی می دهد اغلب این رابطها آسیب می بینند. موارد زیادی اتفاق می افتد که مهره ها آسیب ببینند، ولی نخاع سالم بماند، اما ممکن است نخاع با وجود سالم بودن مهره ها، آسیب ببیند.

در بدن انسان سی مهره وجود دارد که ستون مهره ها را قسمت بندی می کنند. این قسمتها شبیه قسمتهای نخاع می باشند و شامل بخشهای زیر می باشند.

▪ گردنی: ۷ مهره

▪ پشنتی (سینه ای): ۱۲ مهره

▪ کمری: ۵ مهره

▪ خاجی: ۵ مهره (این مهره ها بهم چسبیده اند)

▪ دنبالچه: ۱ مهره

• نخاع

می توان نخاع را بزرگترین عصب بدن نامید. اعصاب، ساختمانهای طنابی شکلی می باشند که از رشته های عصبی کوچکتر تشکیل شده اند. نخاع مانند کابل اصلی تلفن عمل می کند و مغز را به سایر قسمتهای مختلف بدن متصل می سازد. اگر تصور کنیم که نخاع به صورت کابل اصلی تلفن عمل می کند، مرکز اصلی تلفن مغز بوده و قسمتهای مختلف بدن مشترکین تلفن می باشند. پیامها از مرکز تلفن به مشترکین رسیده و همچنین از مشترکین به مرکز تلفن می رسد. به این معنی که دستوراتی که منجر به حرکت اندامها می شود، از مغز صادر شده و از طریق نخاع و سپس اعصاب محیطی به عضلات می رسند و همچنین گیرنده های حسهای مختلف مثل حس لمس و یا درد، آن را ثبت کرده و از طریق اعصاب محیطی به نخاع رسیده و بعد به مغز می رسند و باعث می شوند مغز حسهای مختلف را درک کند. از حسهای مختلف می توان به حس لمس، گرما، سرما و درد اشاره نمود. طول نخاع حدود ۴۵ سانتیمتر است و از پایین مغز شروع شده و تا حدود کمر ادامه می یابد. سی و یک جفت عصب از نخاع خارج می شود. این اعصاب از قسمتهای مختلف نخاع خارج شده و عمل قسمتهای مختلف بدن را کنترل می نمایند. این اعصاب به صورت زیر دسته بندی می شوند.

(۱) گردنی: ۸ عصب؛ کنترل گردن بازو و دستها را به عهده دارند.

(۲) پشنتی (سینه ای): ۱۲ عصب؛ کنترل تنه و عضلات فوقانی شکم را به عهده دارند.

(۳) کمری: ۵ عصب؛ کنترل عضلات پایین شکم و قسمتهای مختلف اندامهای تحتانی را بر عهده دارند.

(۴) خاجی: ۵ عصب؛ کنترل قسمتهای پایینی اندام تحتانی را بر عهده دارند، همچنین عملکرد مثنه روده و اعمال جنسی توسط این اعصاب کنترل می شود.

(۵) دنبالچه: یک عصب؛ آخرین قسمت نخاع را بر عهده دارد.

• آسیب نخاع چیست؟

ممکن است نخاع در اثر بیماری و یا ضربه آسیب ببیند. در اکثر موارد آسیب نخاع به علت فشار وارد شده از مهره ها می باشد و در اثر این آسیب، نخاع ورم کرده یا دچار خونمردگی می شود. ممکن است آسیب باعث پاره شدن فیبرهای عصبی نخاع شود. عفونت و یا بیماریهای دیگر نیز ممکن است باعث همین نوع آسیبهها گردند. برای اینکه نخاع آسیب شدید ببیند، لازم نیست که حتماً قطع شود. اگر چه مطالعات مختلفی در حال انجام

است تا امکان ترمیم نخاع را فراهم سازد و این تحقیقات در حیوانات با درصدی از موفقیت همراه بوده است، ولی در حال حاضر نخاع پس از قطع شدن دیگر قابل ترمیم نخواهد بود، ولی به نازگی روشهایی برای پیوند نخاع در دست بررسی است و برخی از نتایج اولیه آن امیدوار کننده می باشد. این جمله به معنی عدم بهبود شرایط بیمار آسیب نخاعی نیست و بسته به اینکه علت آسیب خونمردگی یا تورم باشد، بیمار بهبود عصبی پیدا خواهد نمود. این بهبودی شامل تغییر در حس و یا توانایی حرکت اندامها و یا هر دو است، مقدار بازگشت حس یا حرکت در هر بیمار متفاوت بوده و با معاینه دقیق تا حدی قابل پیشگیری است.

بعد از ایجاد آسیب نخاعی تمامی اعصابی که بالای محل آسیب قرار دارند به کار خود به همان شکل قبل از آسیب ادامه می دهند، اما در زیر سطح آسیب نخاعی اعصاب نمی توانند پیامها را بین مغز و قسمت‌های بدن رد و بدل نمایند، علت این مسأله قطع شدن ارتباط بین دو قسمت نخاع است.

• تشخیص آسیب نخاع

پس از آنکه پزشک به وجود آسیب نخاعی مشکوک شد، برای تشخیص آن چند کار مختلف را انجام می دهد. اولین قدم معاینه عصبی است. معاینه عصبی بر اساس امتحان ۱۰ عضله کلیدی در هر طرف بدن و ۲۷ نقطه استاندارد حسی در هر سمت بدن است. حسهای لمس سطحی و درد در هر دو طرف بدن بر روی نقاط خاصی بررسی می شوند. بسته به نتایج معاینات اولیه، معاینات تکمیلی دیگری نیز توسط پزشک انجام می گیرد. گرفتن عکس رادیوگرافی به تشخیص شکستگی مهره ها کمک می کند و انجام ام.آر.آی به تعیین مقدار آسیب ظاهری نخاع کمک می نماید. بر اساس یافته های حاصل از معاینه و رادیولوژی، پزشک می تواند اطلاعات بسیاری در مورد آسیب نخاع کسب کند. میزان آسیب در هر شخص و مقدار بازگشت عملکرد در آن فرد با فرد دیگر کاملاً متفاوت است. آسیب فرد بر اساس سطح ضایعه عصبی و نوع آسیب توصیف می شود.

• آسیب کامل و آسیب ناقص

در هنگام معاینه یکی از مواردی که پزشک آن را بررسی می کند، کامل یا ناقص بودن آسیب است. پزشک حرکات عضلات مختلف و حس قسمت‌های مختلف را بررسی کرده و بر اساس نتایج معاینه عصبی، ناقص یا کامل بودن آسیب را تعیین می کند. دو نوع آسیب نخاعی وجود دارد؛ آسیب کامل و آسیب ناقص. می توان آسیب کامل را به قطع تمام خطوط ارتباطی تلفن به یک ساختمان تشبیه کرد، ولی در آسیب ناقص تعدادی از این خطوط تلفن هنوز کار می کنند.

مقدار پیام رد و بدل شده بین مغز و اندامهای محیطی بستگی به این دارد که چه مقدار از این خطوط قطع نشده باشند. برخی افراد با آسیب ناقص، حس نسبتاً خوبی دارند، ولی توانایی حرکت ندارند و برخی از آنها توانایی حرکت نسبتاً خوبی دارند، ولی حس آنها خوب نیست. اختلاف بسیار زیادی بین افرادی که آسیب ناقص نخاع دارند وجود دارد زیرا راههای سالم باقی مانده در آنها کاملاً با یکدیگر متفاوت است. همانطور که ذکر شد، در حال حاضر امکان ترمیم اعصاب قطع شده در نخاع در دست تحقیق است، اما اعصابی که دچار تورم یا خونمردگی شده اند، قابلیت برگشت دارند. این روند ممکن است به سرعت اتفاق بیفتد یا بسیار آهسته باشد. برخی افراد فکر می کنند که آسیب کامل به معنی قطع کامل نخاع است و آسیب ناقص به معنی قطع ناقص نخاع. چنین تصویری صحیح نیست و اصطلاح کامل و ناقص برای تعریف عملکرد نخاع است و منظور آسیب فیزیکی نخاع نمی باشد. مثلاً ممکن است یک کابل تلفن به طور ظاهری سالم باشد، ولی سیمهای داخل آن بطور کامل قطع شده باشند.

• منظور از تتراپلژی (کوادری پلژی) یا پاراپلژی چیست؟

بیمارانی که دچار آسیب نخاعی می گردند، به دو دسته تتراپلژی (کوادری پلژی) و پاراپلژی تقسیم بندی می شوند. به فردی پاراپلژیک گفته می شود که حس و حرکت تنه و یا اندام تحتانی خود را از دست داده باشد. این نوع آسیب در اثر صدمه به نخاع در ناحیه سینه، کمر یا خاجی ایجاد می شود. بسته به اینکه آسیب در کجا اتفاق بیفتد، کنترل بخشهای خاصی از بدن از دست می رود، هر چه صدمه بالاتر باشد، مقدار بیشتری از حس و عضلات نسبت به کسی که دچار آسیب ناحیه خاجی شده، از دست می رود.

وقتی آسیب در ناحیه گردن اتفاق بیفتد، فرد کنترل حس و حرکت اندام فوقانی، تنه و اندام تحتانی را از دست می دهد. به این حالت تتراپلژی می گویند. (تترا و کوادری از لحاظ لغوی به معنی چهار می باشند.)

گاهی اوقات نخاع تنها دچار التهاب و خونمردگی می شود و وقتی که التهاب یا خونمردگی برطرف شد، امکان بازگشت عملکرد نخاع وجود دارد، ولی در حال حاضر روش قابل اعتمادی وجود ندارد که مشخص کند کدام اعصاب احتمال برگشت دارند. اما هر چه زمان طولانی تری بگذرد و اعصاب

عملکرد خود را به دست نیاورند احتمال برگشت آنها کمتر می شود. اگر مقداری برگشت در عملکرد دیده شد، امید ما برای بازگشت بیشتر عملکرد افزایش می یابد؛ ولی هیچ تضمینی در این مورد وجود ندارد.

برخی افراد چند هفته یا چند ماه بعد از آسیب نخاع دچار حرکات خود بخود اندامها، به صورت انقباض عضلات و یا حرکت ناگهانی اندام می شوند. این حرکات غیر ارادی است و اسپاسم عضلانی می باشند و علامت برگشت کار عضله نمی باشند. فرد قادر به کنترل این حرکات نیست. اسپاسم به علت دستورات اشتباه اعصاب است که باعث حرکت عضله می شوند. این دستورات از محلی زیر ناحیه قطع شده نخاع صادر می شوند. اسپاسم معمولاً درد ندارد، اما ممکن است مدتی طول بکشد تا فرد به این حرکات غیرارادی عادت کند. اسپاسم عضلات برای فرد می توانند مفید نیز باشند، زیرا باعث می شوند عضلات انقباض خود را حفظ کنند.

به افزایش شدت این اسپاسم ها اسپاستیسیتی گفته می شود. شدید شدن اسپاستیسیتی می تواند علامت وجود مشکلی در زیر سطح ضایعه نخاعی باشد. به عنوان مثال افزایش اسپاستیسیتی می تواند نشانه وجود عفونت ادراری باشد یا حتی رشد ناخن به داخل گوشت و ایجاد عفونت در آن محل می تواند باعث افزایش اسپاستیسیتی گردد. اسپاسمها اگر باعث بیدار شدن در طول شب شده یا باعث درد شوند، می توانند برای فرد مشکل ساز باشند.

علاوه بر مشکلات ایجاد شده در زمینه حس و حرکت اندامها، آسیب نخاع باعث بروز تغییراتی در وضعیت تنفسی، وضع روده، مثانه و عملکرد جنسی می شود.

• آیا آسیب نخاع قابل بهبود است؟

تقریباً همیشه پس از آسیب نخاع مقداری بهبودی دیده می شود. تحقیقات بسیار وسیعی در حال انجام است و در برخی حیوانات و حتی در انسانها با موفقیتهایی همراه بوده که امید به بهبود قطع نخاع را در آینده ایجاد کرده است. آسیبهایی که همراه با قطع نخاع نباشند، همراه با درجات متفاوتی از بهبودی می باشند. و می توان گفت در بسیاری از بیماران مقداری از بهبودی تورم در نخاع باعث برگشتن عملکرد اعصاب قطع نشده می گردد.

• منظور از بهبودی در وضعیت بیمار چیست و مقدار آن چقدر است؟

بعد از آسیب نخاعی مقداری از قدرت حرکتی و حسی بیمار برگشت می کند. این مقدار تحت تأثیر عوامل مختلفی بوده و در بیماران مختلف با یکدیگر متفاوت است، ولی تا حدودی قابل پیش بینی است و بیشتر در طی شش ماه اول پس از آسیب دیده می شود، گاهی حتی سالها بعد نیز بهبودی دیده می شود.

منبع : روزنامه قدس

<http://vista.ir/?view=article&id=256813>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آشنایی با بیماری آنسفالیت (التهاب مغز)

آنسفالیت در لغت به معنای آماس و التهاب مغز می باشد، اما معمولاً به التهاب مغزی اطلاق می شود که به واسطه ویروس ایجاد شده باشد. این بیماری جزء بیماری های نادر است که تقریباً ۰,۵ از هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر به آن مبتلا می شوند که معمولاً در کودکان، سالخوردگان و افرادی که سیستم





ایمینی ضعیفی دارند (مثل افراد مبتلا به ایدز یا سرطان) اتفاق می افتد. گرچه هر سال هزاران مورد از این بیماری به مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها گزارش می شود، اما تصور متخصصین این است که به خاطر علائم خفیف این بیماری، موارد بسیار زیادی از آن گزارش نمی شوند.

• علائم

علائم این بیماری در انواع خفیف تر معمولاً شامل موارد زیر است:

- تب
- سردرد
- کمبود اشتها

▪ کمبود انرژی

▪ احساس بیماری کلی

در موارد شدیدتر انسفالیت، فرد دچار تب شدیدتری شده و علائم مربوط به سیستم عصبی مرکزی را تجربه خواهد کرد که شامل موارد زیر است:

▪ سردردهای پی در پی

▪ حالت تهوع و استفراغ

▪ خشک شدن گردن

▪ گیجی

▪ گم گشتگی

▪ تغییر در شخصیت

▪ تشنج (حمله)

▪ مشکل شنوایی و گفتاری

▪ توهم

▪ از دست رفتن حافظه

▪ خواب آلودگی

▪ کما

تشخیص برخی از این علائم در نوزادان بسیار دشوار است اما علائم مهمتری که باید در پی آن باشیم عبارتند از:

▪ استفراغ

▪ برآمدگی ملاج

▪ گریه ای که متوقف نمی شود و زمانیکه نوزاد را بلند می کنید یا در بغل میگیرید بیشتر می شود.

▪ خشکی بدن

از آنجا که آنسفالیت ممکن است به دنبال برخی بیماری های ویروسی متداول اتفاق بیفتد، گاهی اوقات علائم و نشانه هایی از این بیماری ها را از قبل مشاهده خواهید کرد. اما معمولاً آنسفالیت بدون هشدار قبلی اتفاق می افتد.

• عوامل

از آنجا که آنسفالیت ممکن است به خاطر وجود میکرب های مختلفی ایجاد شده باشد، این عفونت می تواند به طرق مختلف پراکنده شود.

یکی از خطرناکترین و متداولترین عوامل آنسفالیت ویروس بیماری تیخال است (HSV). این همان ویروسی است که زخم هایی کنار دهان ایجاد می کند اما زمانیکه در مغز ایجاد شود می تواند کشنده باشد. خوشبختانه این مورد از آنسفالیت بسیار نادر است.

آنسفالیت می تواند مشکل بسیار نادر بیماری لایم (Lyme) باشد که با انواع ساس و کنه یا گزیدگی حیوانات هار ایجاد می شود.

پشه هم می تواند ویروس انواع مختلفی از آنسفالیت را از جمله آنسفالیت وست نایل (West Nile)، آنسفالیت سنت لوئیس (St. Louis)، و

آنسفالیت اسب غربی (Western Equine) منتقل کند. طی چند سال اخیر در ایالات متحده، نگرانی برای انتشار ویروسی و ست نابل پدید آمده بود که توسط پشه ای که این ویروس را با گزیدن پرندگی های بیمار می گیرند، به انسان منتقل می شود. انواع خفیف آنسفالیت به دنبال برخی بیماری های متداول کودکان اتفاق می افتد، مثل سرخک، گوشک، آبله مرغان، روبلا (سرخچه آلمانی) و ... ویروس هایی مثل آبله مرغان معمولاً از طریق مایع بینی و گلوپی سرفه یا عطسه منتقل می شوند.

به میزان کمتر، آنسفالیت می تواند در نتیجه یک عفونت باکتریایی مثل مننژیت باکتریایی پدید آید و یا می تواند مشکلی از سایر بیماری های عفونی مثل سفلیس باشد. برخی انگل های خاص، مثل توکسوپلاسموسیس (عفونت انگلی پستانداران و پرندگان و انسان) هم می تواند موجب بروز آنسفالیت در افرادیکه سیستم ایمنی ضعیفی دارند، شود.

• سرایت

التهاب مغز به نوبه خود مسری نیست اما هرکدام از ویروس هایی که آنسفالیت را ایجاد کرده اند، می توانند مسری باشند. البته فقط به این دلیل که یک بچه دچار یک ویروس خاص می شود به این معنا نیست که او به آنسفالیت نیز مبتلا می شود. اما باز هم باید کودکان را از افراد مبتلا به آنسفالیت دور نگه داشت.

• پیشگیری

آنسفالیت قابل پیشگیری نیست مگر اینکه سعی کنیم از بیماری هایی پیشگیری کنیم که موجب بروز آن می شوند. آنسفالیتی که با بیماری های متداول در کودکی ایجاد می شود را می توان با واکسن زدن و ایمن سازی درست پیشگیری کرد. طبق برنامه توصیه شده توسط پزشک، کودکان را واکسینه کنید. همچنین کودکان باید از افراد مبتلا به آنسفالیت دور نگه داشته شوند.

در محل هایی که آنسفالیت ممکن است از طریق گزش حشرات، به ویژه پشه ها، منتقل شود، کودکان باید:

• به هیچ وجه در زمان طلوع و غروب خورشید که پشه ها فعالتر هستند، در بیرون نگه داشته نشوند.

• از لباسهای پوشاننده ای مثل بلوزهای آستین بلند و شلوارهای بلند استفاده کنند.

• از مواد دفع کننده حشرات استفاده کنند.

همچنین آب های راکد در اطراف خانه مثل سطل های آب، ظرف آب پرندگی ها، گلدانها و از این قبیل را خالی کرد.

• برای جلوگیری از گزش کنه:

• تماس کودک با خاک، برگ و گیاهان را کمتر کنید.

• برای کودکان در بیرون از خانه از لباسهای آستین بلند و شلوارهای بلند استفاده کنید.

• کودک و حیوانات خانگی خود را مداوماً چک کنید تا اثر گزش کنه در آنها نباشد.

• طول مدت

در اکثر موارد آنسفالیت، دوره حاد بیماری (وقتی علائم در شدیدترین حالت خود هستند) معمولاً تا یک هفته طول می کشد. ریکاوری و بهبودی کامل ممکن است کمی بیشتر طول بکشد، معمولاً چندین هفته یا شاید ماه ها.

• تشخیص

پزشکان برای تشخیص آنسفالیت از آزمایشات مختلفی استفاده می کنند که شامل موارد زیر است:

• آزمایشات تصویری، مثل سی تی اسکن یا MRI، برای تشخیص التهاب مغز، خونریزی یا سایر مشکلات و ناهنجاری ها.

• الکتروسفالوگرام (EEG)، که پیام های الکتریکی مغز را برای تشخیص امواج غیرعادی مغز، ثبت می کند.

• آزمایش خون برای تایید وجود باکتری یا ویروس در خون و اینکه آیا فرد در واکنش به میکروب، پادتن ترشح کرده است یا خیر.

• سوراخ کردن کمر که در آن مایع مغزی نخاعی (مایعی که اطراف مغز و نخاع را در بر می گیرد) به منظور یافت علائم عفونت بررسی می شود.

• درمان

برخی کودکان که مبتلا به آنسفالیت بسیار خفیف هستند را می توان در خانه پرستاری کرد اما در اکثر موارد نیاز به مراقبت های بیمارستانی است. پزشکان به دقت فشار خون، ضربان قلب، تنفس و همچنین وضعیت مایعات بدن فرد را بررسی می کنند تا از التهاب بیشتر مغز جلوگیری کنند.

از آنجاکه پادتن ها در برابر این ویروس ها موثر نیستند، برای درمان آنسفالیت از آنها استفاده نمی شود. اما، می توان از داروهای ضدویروسی برای درمان برخی از انواع آنسفالیت به ویژه نوعی که از طریق ویروس تبخال ایجاد می شود، استفاده کرد. همچنین در برخی موارد برای کاهش التهاب مغز از کورتیکوستیروئیدها استفاده می شود. اگر کودک دچار تشنج شد، داروهای ضد تشنج نیز تجویز خواهد شد.

از داروهای بی نسخه مثل استامینوفن هم می توان برای درمان تب و سردرد استفاده کرد.

اکثر افراد مبتلا به آنسفالیت بهبودی کامل از بیماری پیدا می کنند. اما در یک درصد پایین از مبتلایان این بیماری، التهاب مغز می تواند منجر به تخریب دائمی مغز و مشکلات ماندگاری مثل ناتوانی های یادگیری، مشکلات گفتار، از دست رفتن حافظه، یا فقدان کنترل عضلانی شود. گفتار درمانی، ورزش درمانی یا کار درمانی در این موارد مورد نیاز است.

ندرتاً اگر تخریب مغزی ایجاد شده شدید باشد، آنسفالیت می تواند منجر به مرگ شود. نوزادان کمتر از یکسال و بزرگسالان پیرتر از ۵۵ سال در بالاترین خطر مرگ از آنسفالیت قرار دارند.

▪ چه زمان به پزشک مراجعه کنیم؟

اگر کودکتان دچار تب شدید شد، به خصوص اگر یک بیماری خاص مخصوص دوران کودکی مثل سرخک، گوشک یا آبله مرغان هم داشت یا در دوره بهبودی از آن بود، حتماً به پزشک مراجعه کنید.

اگر یکی از موارد زیر را در کودکتان مشاهده کردید، بلافاصله پزشک را در جریان بگذارید:

▪ سردردهای شدید

▪ تشنج

▪ خشکی گردن

▪ ناتوانی در نگاه کردن به نورهای خیلی روشن

▪ دو بینی

▪ مشکل در راه رفتن

▪ مشکل در گفتار یا شنیدار

▪ مشکل در تکان دادن یک دست یا پا

▪ از دست دادن حس در هر نقطه از بدن

▪ تغییر شخصیتی ناگهانی

▪ مشکل حافظه

▪ خواب آلودگی و کسالت شدید

▪ از دست رفتن هوشیاری

اگر یکی از موارد زیر را در نوزادتان مشاهده کردید، بلافاصله پزشک را در جریان بگذارید:

▪ تب شدید یا هر نوع تب بالاتر از ۱۰۰٫۴ درجه فارنهایت (۳۸ درجه سلسیوس) در نوزادان کمتر از ۳ ماهه.

▪ برآمدگی ملاحظ

▪ هرگونه خشکی بدن

▪ نرم شدن غیرعادی بدن

▪ کمبود اشتها

▪ استفراغ

▪ گریه ای که قطع نشود.

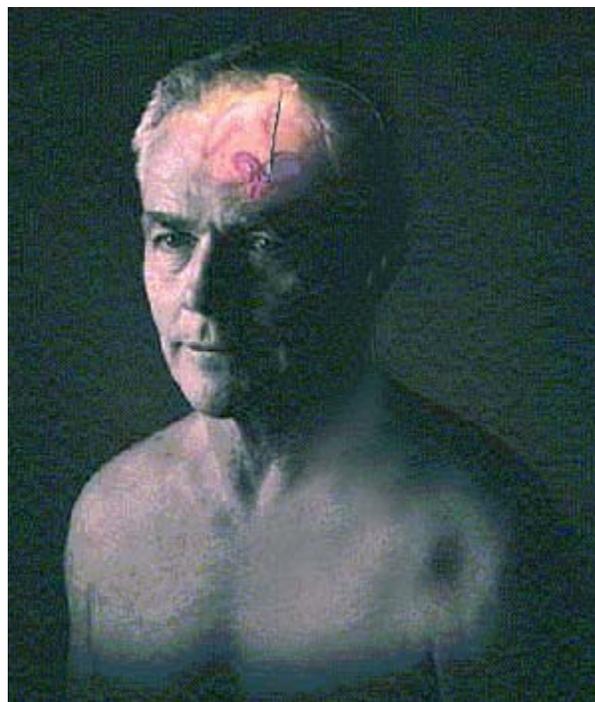
منبع : آسمان پارس

<http://vista.ir/?view=article&id=331028>

آشنایی با بیماری پارکینسون

شاید بسیاری از ما بیماری پارکینسون را مساوی با لرزش اندام بدانیم اما این تنها یکی از مشخصه های بیماری پارکینسون است. بیماری پارکینسون برای اولین بار توسط دانشمند انگلیسی دکتر جیمز پارکینسون در سال ۱۸۱۷ مورد بررسی قرار گرفت و به همین علت این بیماری به نام وی شناخته می شود. از هر ۱۰۰ نفر که بیش از ۶۰ سال سن دارند، یک نفر به پارکینسون مبتلا می شود. این بیماری معمولا در ۶۰ سالگی آغاز می شود. البته افراد جوان تر هم به پارکینسون مبتلا می شوند. حدود ۵ تا ۱۰ درصد افرادی که به پارکینسون مبتلا می شوند کمتر از ۴۰ سال دارند.

بعد از آلزایمر، بیماری پارکینسون معمول ترین بیماری مخرب اعصاب به حساب می آید که افراد مسن به آن مبتلا می شوند. پارکینسون یک بیماری مزمن و همیشه در حال پیشرفت است. این بیماری نتیجه از بین رفتن یا ضعیف شدن و لطمه خوردن سلول های عصبی در مغز میانی است که سفتی عضلانی، لرزش و از دست رفتن مهارت های حرکتی را در پی دارد. سلول های عصبی ماده ای به نام دوپامین ترشح می کنند. دوپامین پیام های عصبی را از سوبستانتیا نیگرا (مغز میانی) به بخش دیگری از مغز



به نام کارپوس استراتوم می برد. این پیام ها به حرکت بدن تعادل می بخشند. وقتی سلول های ترشح کننده دوپامین در سوبستانتیا نیگرا می میرند، مراکز دیگر کنترل کننده حرکات بدن نامنظم کار می کنند.

این اختلال ها که در مراکز کنترل بدن در مغز پدید می آیند، باعث ایجاد علائم پارکینسون می شوند. اگر ۸۰ درصد سلول های ترشح کننده دوپامین از بین بروند، علامت های پارکینسون بروز می کنند. علائم پارکینسون در مراحل اولیه بیماری ملایم و بیشتر اوقات در یک سمت بدن دیده می شوند و گاه حتی به درمان پزشکی احتیاج ندارند. ارتعاش در حالت استراحت علامت ویژه بیماری پارکینسون و یکی از معمول ترین علائم آن است. ولی بعضی از مبتلایان پارکینسون هیچ وقت آن را تجربه نمی کنند. بیماران ممکن است دست لرزان خود را در جیب یا پشت پنهان کنند یا چیزی را برای کنترل ارتعاش در دست نگه دارند. لرزش می تواند بیشتر از هر محدودیت جسمی دیگر اثر منفی روحی داشته باشد.

با مرور زمان علائم اولیه بدتر و وخیم تر می شوند. یک رعشه ملایم به یک ارتعاش مزاحم و ملموس تبدیل می شود. ممکن است تکه کردن غذا و استفاده از دست مرتعش به مرور زمان سخت تر شود. برادیکینسیا (آرام شدن حرکت) به مشکلی کاملا محسوس بدل می شود که محدود کننده ترین علامت و اثر پارکینسون است. آرام شدن حرکت می تواند مانع انجام کارهای روزانه شود. در این شرایط ممکن است لباس پوشیدن، ریش زدن و یا حمام کردن وقت بسیاری از فرد بگیرد. تحرک ضعیف می شود و مشکلاتی به وجود می آید که هنگام نشستن روی صندلی و برخاستن از آن یا سوار شدن به اتومبیل و پیاده شدن از آن یا غلتیدن در رختخواب دیده می شود. راه رفتن آهسته تر می شود و بیمار حالت قوز پیدا می کند (سر و شانه به طرف جلو متمایل می شود). صدای بیمار یکنواخت می شود. کمبود تعادل می تواند باعث افتادن بیمار شود. دستخط ریزتر و ناخوانا می شود. حرکات غیر ارادی مانند حرکت دست در حال پیاده روی کم می شود.

علایم پارکینسون معمولا در یک طرف بروز می کند ولی به مرور زمان به دست یا پای سالم طرف دیگر هم سرایت می کند. این علایم پیشرفت می کند تا سمت دیگر بدن را هم تحت تاثیر قرار دهد. معمولا این پیشرفت تدریجی است، اما سرعت پیشرفت در بیماران، متفاوت است. هدف از به کاربردن شیوه های درمان در مبتلایان به پارکینسون از بین بردن علایم نیست بلکه کنترل عوارض است. این کار به بیمار کمک می کند تا مستقل عمل کند و این بیماری مزمن تحت کنترل درآید. پارکینسون از بین نخواهد رفت ولی کنترل عوارض آن می تواند تا حد زیادی جلوی ناتوانی و از کار افتادگی بیمار را بگیرد.

بیماران مبتلا به پارکینسون اغلب از این موضوع که بیماریشان همواره در حال پیشرفت است، آگاهند و این موضوع می تواند باعث نگرانی شدید آنها شود. آنها ممکن است بخواهند خود و مشکلاتشان را بیش از حد نیاز تحت کنترل درآورند و خود را با دیگر افراد مبتلا مقایسه کنند. نگرانی در مورد پیشرفت بیماری و امکان ادامه کار هم غیرعادی نیست.

پیشگویی و تخمین در خصوص پیشرفت این بیماری در یک بیمار مشخص غیرممکن است. سرعت پیشرفت و محدودیت های جسمی و روحی در بیماران مختلف متفاوت است.

نوعی راهنمایی برای تشخیص پیشرفت این بیماری در بیماران مختلف بر اساس پیشروی بیماری از زمان تشخیص وجود دارد ولی این تنها در حد یک پیشنهاد است. وقتی محدودیت های جسمی پارکینسون به حدی برسد که کارهای روزمره سخت شوند، درمان علایم پارکینسون آغاز می شود.

در حالت صورت و چهره بیماران مبتلا به پارکینسون تغییراتی روی می دهد، از جمله ثابت شدن حالت صورت (ظاهرا احساسات اندکی در چهره نمایان می شود) یا خیرگی چشم (به دلیل کاهش پلک زدن). علاوه بر اینها، خشک شدن شانه یا لنگیدن پا در سمت تحت تاثیر قرارگرفته، عوارض دیگر (عادی) این بیماری است. افراد مسن ممکن است نمایان شدن یک به یک این نشانه های پارکینسون را به تغییرات افزایش سن مربوط بدانند، ارتعاش را «لرزش» تلقی کنند، برادیکسیا را به «آرام شدن عادی» و سفت شدن عضلات را به «آرتروز» ربط بدهند.

این بیماری در حال حاضر غیرقابل علاج محسوب می شود. ولی علایم آن با درمان، قابل تسکین یا کنترل است. این بیماری طول عمر را چندان کاهش نمی دهد. تحقیقات علمی یافتن علل و درمان این بیماری ادامه دارد و امید می رود که درمان های موثر و در نهایت علاج بخش برای آن ارایه شوند. تحقیقاتی که به بررسی پیوند بافت جنینی برای درمان این اختلال پرداخته اند نویدبخش درمان موثری در آینده بوده اند. با این درمان به نظر می رسد سلول های جدید تولیدکننده دوپامین در مغز با پیوند بافتی جنینی تشکیل شوند.

زوال عقل، ذات الریه، یبوست شدید، احتباس ادرار ناشی از داروهای تجویز شده برای درمان این اختلال، افتادن و بروز شکستگی استخوانی ناتوانی از عوارض احتمالی این بیماری است. هیچ آزمون تشخیصی برای اثبات بیماری پارکینسون وجود ندارد. تشخیص بیماری معمولا مبتنی بر معاینه فیزیکی است.

• اصول کلی مراقبت از این بیماران عبارت است از:

(۱) درمان فیزیکی

امیدواری و اطمینان دادن به بیماران و درمان بیماری های همراه، نظیر افسردگی، روان درمانی یا مشاوره برای کمک به کاهش افسردگی

(۲) کار درمانی

(۳) گفتار درمانی.

• اگر در اطرافیان بیمار پارکینسون دارید یا خودتان به این بیماری مبتلا هستید توصیه می کنیم:

- از حمام گرم و ماساژ مکرر برای پیشگیری از سفتی عضلانی استفاده کنید.

- اصلاح را با ریش تراش برقی انجام دهید.

- استفاده از کفش های بدون بند، نظیر کفش های راحتی، کفش های زیپ دار یا کفش های چسبی نیز توصیه می شود.

- محیط منزل را طوری طراحی کنید که از افتادن و آسیب دیدگی جلوگیری شود.

- محدودیت های تدریجی بیماری ممکن است باعث عاجز شدن بیمار شود. برای یافتن راه هایی به منظور حفظ عملکرد و کارایی، از مشاوره تخصصی و اعضای خانواده کمک بگیرید.

• داروها

داروهای آنتی کولینرژیک ، آنتی هیستامین ها ، داروهای ضد لرزش ، نظیر آمانتادین یا داروهای ضد پارکینسون از قبیل بروموکریپتین ، لوودوپا و کاربی دوپا. سلژیلین برای به حداکثر رسیدن اثربخشی لوودوپا و کاربی دوپا تجویز می شود. همه این داروها لرزش و سفتی عضلانی را کاهش می دهند ولی اغلب عوارض جانبی قابل توجهی نیز دارند.

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا حد امکان به فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری ادامه دهید و به دفعات استراحت کنید. اختلاف زیادی بین توانایی جسمی بیماران دچار این بیماری وجود دارد. محدودیت فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری تنها در بیماران دچار سفتی عضلانی دیده می شود.

• رژیم غذایی

این بیماری به رژیم خاصی نیاز ندارد ، در موارد وجود اختلال بلع ممکن است مصرف غذاهای نرم لازم باشد. برای پیشگیری از یبوست به رژیم غذایی خود، فیبر غذایی یا مواد حجم افزا (نظیر میوه و سبزی) اضافه کنید.

منبع : روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=261362>

 **vista.ir**
Online Classified Service

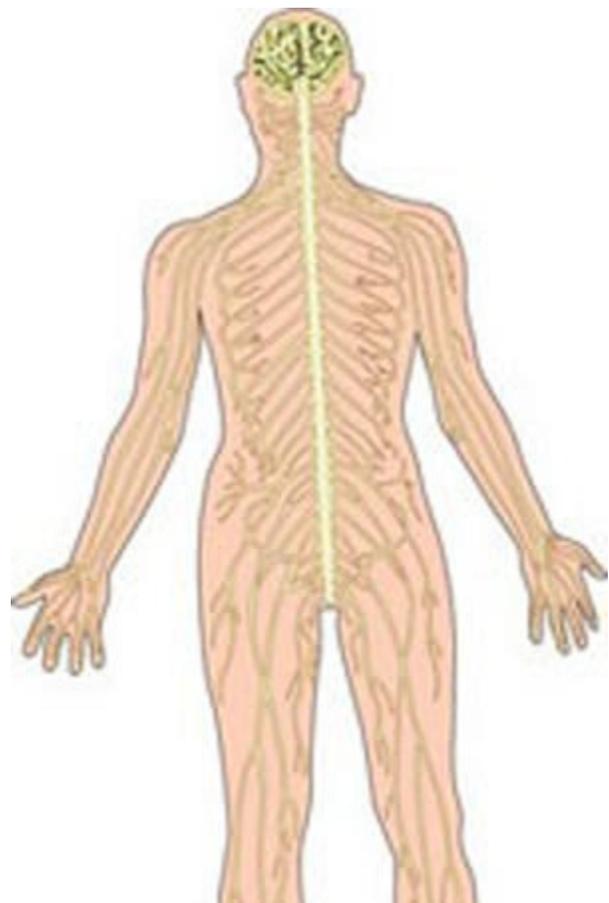
آشنایی با بیماری عصبی (نوروپاتی)

نوروپاتی نوعی اختلال عصبی است که بر روی میزان حساسیت و تحریک پذیری اعصاب دست و پا تاثیر میگذارد. در این حالت همواره نوعی احساس کرختی، بی حسی و درد به بیمار دست می دهد. نوروپاتی انواع مختلفی دارد که در زیر به برخی از آنها اشاره شده است:

- نوروپاتی دیابتیک
- نوروپاتی غیر ارادی
- پلی نوروپاتیک
- مونو نوروپاتیک
- نوروپاتی خارجی

در گونه های مختلف نوروپاتی به نوعی شاهد اختلال سیستم عصبی هستیم، اما از جمله شایع ترین انواع این بیماری، نوروپاتی خارجی است که بر روی رشته های عصبی خارجی تاثیر می گذارد. این اختلال هم بر روی اعصاب حسی و هم بر روی اعصاب حرکتی که رابط میان مغز، ستون مهره ها و سایر قسمت های بدن هستند، تاثیر می گذارد. با این وجود از جمله علائمی که بیماران

از آن شکایت می کنند، احساس سوزش در دست ها و پاهاست. در اکثر بیماران دلیل ایجاد این اختلال مرض قند می باشد که معمولاً با گذشت



زمان و استفاده از داروهای مناسب شرایط بهبود پیدا خواهد کرد.

• علائم نوروپاتی

نشانه هایی که در انواع مختلف این اختلال بیشتر شایع هستند، به شرح

ذیل میباشند:

▪ بی حسی دست ها و پاها

▪ احساس سوزش



▪ دردهایی شبیه به شک الکتریکی

▪ تشدید حساسیت در قدرت لامسه

▪ نیاز به هماهنگی و کنترل

▪ ضعف عضلانی

کلیه ی علائم ذکر شده در نوروپاتی خارجی بیش از پیش قابل رویت هستند. این نوع بخصوص نوروپاتی بیشتر بر روی اعصاب زیر تاثیر می گذارد؛ اعصاب حسی که مسئول دریافت محرک هایی نظیر لمس کردن و درد هستند. اعصاب حرکتی که کنترل حرکت ماهیچه ها را به عهده دارند و همچنین اعصاب غیر ارادی که مسئول عملکرد فعالیت های غیر ارادی بدن مانند: فشار خون، سیستم گوارش و ضربان قلب هستند.

• دلایل ایجاد نوروپاتی

چندین فاکتور وجود دارد که می تواند سبب ایجاد نوروپاتی شود؛ اما معمولاً گفته میشود که دلیل ایجاد این اختلال "ناشناخته" است. البته در بیشتر موارد دلیل ایجاد این نوع بیماری "دیابت" گزارش می شود. به هر حال می توان دلایلی را ذکر کرد که منجر به ایجاد نوروپاتی در افراد می شوند:

▪ عوامل وراثتی:

برخی از بیماران نوروپاتی را به صورت ارثی دریافت می کنند.

▪ ایدز و سایر بیماری ها:

افرادی که مبتلا به ایدز هستند نیز درجات مختلفی از نوروپاتی مبتلا می شوند. البته بیماری های دیگری نیز وجود دارند که می توانند سبب ایجاد نوروپاتی شوند مانند: کم کاری کلیه و کبد و کم کاری تیروئید.

▪ فشار دائمی بر روی اعصاب:

اگر فردی برای مدت زمان زیادی در یک حالت بنشیند، و یا کاری را به طور پیوسته انجام دهد مثل: نوشتن، و یا خم شدن، این امر می تواند بر روی سیستم عصبی فرد مورد نظر تاثیر منفی ایجاد کند.

▪ دیابت:

این بیماری یکی از موارد شایع و ابتدایی ابتلای افراد به نوروپاتی است. در این حالت بیماران دائماً از وجود درد و سوزش در دست ها و پاها خود شکایت می کنند.

▪ الکل و مواد مخدر:

اعتیاد به الکل و یا مواد مخدر می تواند نهایتاً منجر به ایجاد نوروپاتی در افراد شود، چرا که فرد به تدریج به دلیل مصرف مواد فوق نمیتواند یک رژیم غذایی سالم داشته باشد و به مثابه آن کنترل خود را بر روی اعصابش از دست می دهد و دچار نوروپاتی شود.

▪ سایر عوامل:

دلایل دیگری نظیر تاثیرات جانبی مصرف برخی از داروها، مصرف سموم، کمبود ویتامین و .. نیز وجود دارند که به نوبه ی خود می توانند سبب ایجاد نوروپاتی در افراد شوند.

• درمان نوروپاتی

این بیماری را می توان به شیوه های مختلفی درمان نمود؛ اما ابتدا باید درد را از بیمار دور کرد که به این منظور پزشک داروهای ضد درد تجویز می نماید. باید توجه داشت که درمان قطعی بیماری به همین مرحله ختم نمی شود.

پزشک با توجه به تاریخچه ی بیماری، روش های درمانی مختلفی را توصیه می کند. در برخی از موارد که نورویاتی به واسطه ی تیخال های عصبی ایجاد شده باشد، پزشک انواع لوسین های بی حس کننده را تجویز می کند که این پمادها برای مصرف خارجی بوده و دارای تاثیرات جانبی قابل توجهی نمی باشند. در برخی موارد حاد، داروهای ضد افسردگی نیز تجویز می شوند تا بیمار به سرعت از درد رها شده و بهبودی حاصل شود.

منبع : پورتال مردمان

<http://vista.ir/?view=article&id=301444>

vista.ir
Online Classified Service

آلزامر در خانه

شب از نیمه گذشته است. شوهرش توی اتاق خوابیده و خوشبختانه صدای خرخرش قطع نمی شود. خوابش عمیق است. بچه ها هم آن طرف توی حال خوابیده اند. هنوز بیدار نشده اند و ای کاش بیدار نشوند. زهرا فردا امتحان دارد. راستی چطور با این صداهای «آقاجان» می توانند بخوابند. یک سره زیر لب با خودش حرف می زند، آواز می خواند، عصبانی می شود و بعد هرچند وقت یک بار از جایش نیم خیز می شود که برود، به کجا؟ باید دست آقاجان را بکشد تا او را توی رختخواب نگه دارد وگرنه تمام این پنجاه شصت متر آپارتمان را چندین بار دور خواهد زد.



او مجبور است تا صبح بیدار بماند و مراقب «آقاجان» باشد تا شوهرش بتواند چند ساعتی بخوابد، بیچاره صبح خیلی زود باید برود تعمیرگاه. تا به حال که چیزی نگفته ولی بالاخره تحمل هر آدمی حدی دارد بالاخره داماد است دیگر، اگر یک وقت راجع به «آقاجان» بد بگوید چه باید کرد؟ باز «آقاجان» دارد بلند می شود. دستش را محکم می گیرد تا بلند نشود. احساس می کند ناخن دستش در گوشت تن پدر فرو می رود. پدر ناله کوتاهی می کند و آرام دراز می کشد، به اطراف می نگرد و دقایقی زمزمه زجرآورش متوقف می شود. او به چهره آرام پیرمرد می نگرد، بغض گلویش را پر می کند. چهره مقتدر و مهربان پدر را در میانسالی وقتی که ارباب خانه اش بود به یاد می آورد. اما حق هقش را بیرون نریخته، فرو می خورد تا شوهرش بیدار نشود که می داند بالاخره امشب هم مثل شب های دیگر بیدار خواهد شد و به بردباری شب را در بستر خواهد گذراند. واقعیت این است که نگهداری بیماران مبتلا به آلزامر در خانه بعد از طی مراحل اولیه در همه جای دنیا کار دشواری است و این کار در بسیاری از خانه های ما که با کمبود مساحت و وقت و پول هم روبه رو هستند مشکلات مضاعفی دارد. مشکلاتی که نه تنها بیماران بلکه خانواده ها و مراقبان را به شدت می فرساید و بر پیکار سهمگین نان و آب آنان مشکلات لاینحلی را می افزاید. مشکلاتی که رنج جسمانی بخش کوچکی از آن و مشکلات و سردرگمی های عاطفی و اخلاقی بخش بزرگتری از آن را تشکیل می دهند. راستی چگونه می توان همسر و فرزندان را راضی و راحت نگه داشت و والد یا والده سالمند و بیمار را هم محدود کرد، در اتاقی نگه داشت، دست و پایش را بست یا حتی به جایی یا کسی سپرد که می دانی مراقبتی درخور نمی کند و پول مراقبت درخور را هم نداری یا اگر داری آنقدر داری که باید بین معلم خصوصی فرزند یا نگهداری مادر یکی را برگزینی که در هر حال خاطری نآسوده و وجدانی بلا تکلیف خواهی داشت. چگونه می توانی قهرمان کودکی ات، آن که ده ها سال به زیبایی و ناز، سایبان بوده است را در وضعیتی آشفته و مشمئزکننده ببینی و خاطری آسوده داشته باشی؟

امکانات مدرن پزشکی در تطویل حیات انسان، اعم از امکانات جراحی و آنتی بیوتیک ها و داروهای قلبی مسوولیت مهمی در جهت حفظ کیفیت حیات و صیانت از کرامت انسانی برعهده طب و طبیب نهاده است. مسوولیتی که به نظر می رسد جامعه پزشکی هنوز آن را در بدنه خود به درستی دریافته. این پیشرفت های پزشکی بی تردید به افزایش شیوع بیماری های ناتوان کننده یی چون آلزایمر می انجامد. و برخورد با آلزایمر به صورتی کاملاً مکانیکی و با استفاده صرف از چند داروی جدیدی که مختصراً حافظه بیماران را برای مدتی ارتقا می بخشد (داروهای آنتی کولین استراز) قطع نظر از معانی و جنبه های فلسفی و اجتماعی این بیماری نه تنها مشکلی را حل نمی کند بلکه مشکلات بسیاری نیز فراهم می آورد. اولین مشکل اینکه اساساً مفهوم «بیماری» آلزایمر محصول تکنولوژی مدرن پزشکی است. وگرنه قرن ها فراموشی سالمندان نه بیماری که روند محتوم زندگی آنان به حساب می آمد. «بیماری» خواندن آلزایمر و ردیف کردن اسم داروها برای آن دانش طب را در برابر درخواست و انتظار قرار می دهد که برآوردن آن بسیار دشوار است. از این رو نمی توان به راحتی اظهارنظر کرد که آیا فراموشی کمتر اما انتظار بیشتر همراه با کیفیت حیات بالاتری است یا فراموشی بیشتر اما انتظار کمتر؟ چالش دیگری که طب پیش رو دارد کسی است که رنج می برد در برابر کسی که بیمار نامیده می شود. در آلزایمر در بسیاری موارد آنکه هیچ رنجی نمی برد خود بیمار است. چگونه می توان به کسی که شکایتی ندارد کمکی کرد بدون اینکه او را محدود کنید یا از حقوق اولیه اش محدود سازید؟ چگونه می توان به کسی که مراجعه کرده (همراه بیمار) کمک کرد بدون اینکه به حقوق بیمار تجاوزی صورت بگیرد. برخورد درست با والدین آلزایمری چیست؟

کوتاه سخن آنکه در برخورد با آلزایمر دانستن نام چند آنتی کولین استراز جدید و نوشتن آن روی کاغذ هیچ کار مهمی نیست. کار بزرگ، برخورد همه جانبه با معضلی خانوادگی و حتی اجتماعی است که گاه حتی بستگان را به دردسر بیشتری می اندازد، برخورد همه جانبه یی که باید هم مادی و هم معنوی باشد. برخورد مادی با معضل آلزایمر یعنی تشخیص درست و درمان دارویی یعنی وجود مراکز مناسب برای نگهداری بیماران بدون ایجاد محدودیت یا مزاحمت برای آنان پس از مرحله خاصی که دیگر امکان نگهداری در منزل غیرممکن می شود یعنی وجود نرس های متخصص در نگهداری از بیماران مبتلا به آلزایمر که آموزش درستی به بستگان بیماران می دهند یا در صورت لزوم خود آنها این مهم را برعهده می گیرند. یعنی وجود تیم هایی که بیماران را در منزل تحت پوشش می گیرند و می کوشند اقامت آنها را در منزل و در کنار بستگان، راحت تر و طولانی تر سازند. همه اینها مستلزم هزینه های قابل توجهی است که اگرچه نتیجه زودرس و پرسروصدایی مثل فلان جراحی نخاع یا فلان داروی ایدز ندارد و حاوی هیچ اختراع و اکتشاف و هیچ تخم دوزرده یی نیست اما عین مفهوم سلامت و کیفیت حیات بخش مهمی از جامعه (اعم از بیماران و بستگان) است.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=283476>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آلزایمر، بیماری سالمندی یا جوانی

آلزایمر با از دست دادن حافظه کوتاه مدت، فراموش کردن آدرسها و اسمها آغاز می شود و کم کم تا آنجا پیش می رود که فرد حتی راه بازگشت به خانه را فراموش می کند.

در سال ۱۹۰۶ میلادی «آلوئیس آلزایمر»، پزشک آلمانی پس از ۲۰ سال تحقیق توانست تعریفی علمی از این بیماری ارائه دهد. این بیماری برای



قدردانی از یک عمر تحقیق آلویس آلزایمر، «آلزایمر» نامیده شد. آلزایمر که به بیماری پیری معروف است، در واقع چیزی بیشتر از یک فراموشی ساده است.

بیماری آلزایمر ۲ تا ۵ درصد اشخاص سالمند را دربر می‌گیرد و گاهی هم به اشخاص جوان‌تر حمله می‌کند. به نظر می‌رسد که آلزایمر در اثر فاسد شدن سلول‌های منطقه «هیپو کامپ» که معمولاً مقدار زیادی «استیل کولین» تولید می‌کنند به وجود می‌آید. سلول‌های مغزی یا نرون‌هایی که آسیب دیده‌اند، پلاک‌هایی جمع می‌کنند و به تعداد زیادی می‌میرند. منطقه آسیب دیده مغز و استیل کولین در تشکیل خاطرات جدید وارد عمل می‌شوند. به همین دلیل یکی از نشانه‌های اصلی بیماری آلزایمر، ناتوانی در تحکیم یک یادگیری تازه (مثل یادآوری آدرس تازه) و دشواری در جهت‌یابی است. البته خاطرات رویدادهای دور معمولاً کمتر آسیب می‌بینند.



• علت بیماری

با بالا رفتن سن و پیر شدن سلول‌ها، ترشح ماده شیمیایی «سروتونین» کاهش می‌یابد. بدین ترتیب ارتباط بین سلولی و انتقال اطلاعات دچار مشکل می‌شود. این مشکل بیشتر از همه در بخش حافظه و خاطرات، خود را نشان می‌دهد. خاطره‌ها ترکیبی هستند از یادآوری دیده‌ها و شنیده‌ها و احساسات که برای یادآوری آنها مغز نیاز به برقراری یک ارتباط پیچیده سلولی بین همه بخش‌ها دارد. به همین علت با بالا رفتن سن و کم شدن ترشح سروتونین در مغز، خاطره‌ها کمرنگ یا فراموش می‌شوند.

این بیماری همیشه به علت پیر شدن سلول‌ها نیست. سکنه مغزی که باعث از دست رفتن بخشی از سلول‌های مغز می‌شود، یا شوک عاطفی پس از دست دادن عزیز، می‌تواند خطر ابتلا به آلزایمر را افزایش دهند. تحقیقات محققان دانشگاه کالیفرنیا جنوبی نشان می‌دهد بیماری آلزایمر یک بیماری ژنتیکی است. محققان این دانشگاه با انجام آزمایش بر روی هزار و ۲۰۰ مورد دو قلو اعلام کردند که ۷۱ درصد از موارد ابتلا به بیماری آلزایمر به دلایل ژنتیکی است. تحقیقات نشان داد بیماری آلزایمر اول به دلایل ژنتیکی بروز می‌کند و بعد عوامل محیطی.

• نشانه‌های بیماری

در بیشتر موارد، بیماری آلزایمر در اشخاص سالمند و در فاصله زمانی ۸ تا ۲۰ سال رشد می‌کند. قربانی این بیماری، ابتدا افت حافظه پیدا می‌کند و اغلب گم شدن حتی در خانه خود بیمار نیز پیش می‌آید. به مرور زمان، بیمار جهت‌یابی خود را به شدت از دست می‌دهد، اشخاص و حتی اعضای خانواده خود را نمی‌شناسد، هیجان‌های کودکانه نشان می‌دهد و از عهده نظافت خود و لباس پوشیدن بر نمی‌آید.

• پیشگیری، مقدم بر درمان

همه ما، پیر و جوان می‌توانیم یک دفترچه یادداشت و یک مداد در جیب خود یا در کنار تلفن داشته باشیم و پیام‌های خود را خیلی راحت در آن بنویسیم. ما حتی می‌توانیم یک تقویم به همراه داشته باشیم و رویدادهای پیش‌بینی شده، حتی کارهای روزمره را در آن بنویسیم.

اشخاصی که از افت حافظه رنج می‌برند، می‌توانند روی روزهایی که سپری می‌شود خط بکشند. می‌توانند از داروهایی استفاده کنند که مقدار آنها برای هر روز از هفته و ماه مشخص شده است. برقراری نظم روزانه و کمک گرفتن از وسایل کمک حافظه بسیاری از سالمندانی را که توانایی تشکیل خاطرات تازه را ندارند، از دشواری‌های حاد نجات دهد.

• درمان

اگر یکی از اعضای خانواده دچار این بیماری است، حالت خصومت آنها را به خود نگیرید. محیط خانه را طوری تغییر دهید که فرد بیمار دچار آسیب بدنی نشود. اگر مراقبت از یکی از اعضای خانواده که دچار این بیماری است را به عهده دارید، از دیگران درخواست کمک کنید تا بتوانید به خود استراحت دهید. از این که نیاز به استراحت و فراغت دارید احساس گناه نکنید. حتی اگر بیمار از این مسئله احساس رضایت نداشته باشد، اگر گروه حمایتی برای خانواده بیماران آلزایمر وجود دارد به آن بپیوندید و اگر وجود ندارد، در ایجاد آن تلاش کنید. افراد مراقبت‌کننده از بیمار می‌توانند برخی از مشکلات بیمار را با اجرای بعضی کارها کاهش دهند. مانند تکرار، برای بیمارانی که مشکلی در حافظه دارند شاید یادآوری مکرر کمک‌کننده باشد.

یک گفتگوی صمیمانه مختصر و در عین حال قوی هم می‌تواند بیمار آشفته را آرام کند. و منحرف کردن ذهن بیمار، که قدم زدن با بیمار می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

- داروها

خیلی از داروهایی که برای مشکلات دیگر مصرف می‌شوند، می‌توانند باعث گیجی یا خواب‌آلودگی شوند. این داروها را باید در حد امکان قطع کرد. هم‌اکنون داروهای زیاد دیگری مورد بررسی هستند. بعضی از آنها برای کنترل علائم آشفتگی مفید هستند. داروهای جدیدی که با نسخه پزشک تجویز می‌شوند، ممکن است پیشرفت بیماری را در بعضی از بیماران به تأخیر اندازد.

مصرف خشکبار به خصوص فندق به تقویت حافظه کمک می‌کند. فندق دارای پیش ماده سروتونین است. مصرف فندق باعث افزایش ترشح این ماده شیمیایی مخصوص در مغز می‌شود.

- فعالیت و رژیم غذایی

تا حدی که امکان دارد بیمار آلزایمری باید فعالیت خود را حفظ کند. با پیشرفت بیماری، نهایتاً تمامی فعالیتها نیاز به نظارت خواهند داشت. رژیم غذایی عادی. نهایتاً بیمار برای غذا خوردن به کمک نیاز خواهد داشت.

- آیا این بیماری حالت ارثی هم دارد؟

سن بالا، سابقه خانوادگی، زن بودن و سندرم داون، مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای آلزایمر هستند. در جمعیت‌های غربی، خطر تجربی آلزایمر در سرتاسر عمر، ۵ درصد است. اگر بیماران، خویشاوند درجه اولی داشته باشند که آلزایمر در او پس از ۶۵ سالگی بروز کرده باشد، خطر نسبی ابتلای آنها ۳ تا ۶ برابر افزایش می‌یابد. اگر بیماران، خواهر یا برادری مبتلا به آلزایمر پیش از ۶۰ سالگی و نیز یک والد مبتلا باشند، خطر نسبی آنها ۷ تا ۹ برابر می‌شود. داشتن زندگی‌های فعال، شرکت در برنامه‌های جمعی، گوش کردن به اخبار و از همه مهم‌تر یاد گرفتن یک چیز جدید مثل یک زبان جدید، مغز را فعال نگاه می‌دارد. برای تقویت حافظه نیاز به داروی خارجی و گران‌قیمت نیست.

منبع : روزنامه اطلاعات

<http://vista.ir/?view=article&id=356370>



آلزایمر، مرگ خاطره‌ها

آلزایمر در واقع یک بیماری گسترده است که در اصطلاح عام به آن فراموشی و زوال عقل می‌گویند؛ بیماری ابتدا با فراموشی ساده شروع می‌شود، مثل از دست دادن حافظه کوتاه مدت، فراموش کردن اسم‌ها و آدرس‌ها اما کم‌کم کار به جایی می‌رسد که فرد حتی راه بازگشت به خانه خود را نیز گم می‌کند. آلویس آلزایمر پزشک آلمانی پس از ۲۰ سال تحقیق توانست در سال ۱۹۰۶ تعریف علمی از این بیماری ارائه دهد و به دلیل قدردانی از آلویس آلزایمر نام این بیماری را، آلزایمر گذاشتند.

- مکانیسم بیماری

میلیون‌ها سلول عصبی در مغز وجود دارند که هر دسته از آنها با هم



بخشی را تشکیل می دهند که کار هر بخش متفاوت است، مانند قوه بینایی، قوه شنوایی، لامسه و...

سلول های عصبی مانند یک مدار الکتریکی با یکدیگر برای انتقال داده ها و بررسی آنها در ارتباطند. بین سلول ها فضای خالی کوچکی وجود دارد که از ماده شیمیایی به نام سروتونین پر شده. این ماده جریان الکتریکی بین سلولی را سریع تر می کند. با بالا رفتن سن و پیر شدن سلول ها، ترشح این ماده کاهش پیدا می کند و باعث اختلال در انتقال و بررسی داده های مغزی می شود. این اختلال بیشتر در بخش یادآوری خاطرات و حافظه خود را نشان می دهد. خاطره ها، ترکیبی از شنیده ها، دیده ها و احساسات هستند که برای به یاد آوردن آنها، مغز نیاز به برقراری ارتباط بین همه بخش های سلولی را دارد. اما با کم شدن این ماده در مغز، خاطره ها کمرنگ یا فراموش می شوند. بیماری آلزایمر درمانی ندارد، اما می توان از پیشروی آن جلوگیری کرد. با داشتن یک زندگی فعال و اجتماعی، گوش دادن اخبار و یاد گرفتن یک چیز جدید، مانند یک زبان جدید، می توان مغز را فعال نگه داشت. تحقیقات روی ۱۲۰۰ مورد دوقلو نشان داده که ۷۱ درصد از موارد ابتلا به آلزایمر بر اثر عوامل ژنتیکی رخ می دهد و ۲۹ درصد بر اثر عوامل محیطی که البته عوامل ژنتیکی اهمیت بیشتری نسبت به عوامل محیطی دارد. همچنین تحقیقات نشان داده است که وقوع این بیماری در ۹۵ درصد موارد بعد از ۶۰ سالگی رخ می دهد. آلزایمر با از دست دادن قدرت تکلم، قدرت تشخیص زمان، افسردگی، گوشه گیری و در انتها با مرگ بر اثر مشکلات تنفسی به پایان می رسد. مرگ بعد از پنج تا ۱۰ سال از شروع علائم اتفاق می افتد، اما بیماری حدود ۲۰ سال قبل از ظهور علائم آغاز شده است. آلزایمر دو تا پنج درصد اشخاص مسن را در بر می گیرد. دانشمندان اخیراً به پروتئینی به نام بتا آمیلوئید دست یافته اند که باعث تخریب سلول های مغزی در بیماری آلزایمر شده و به این ترتیب امیدواری برای درمان آن افزایش یافته است. فرد در این بیماری ابتدا دچار فراموشی ساده می شود، گاهی حتی گم شدن در خانه خود نیز امکان دارد. به تدریج جهت یابی خود را به شدت از دست می دهد و حتی اعضای خانواده خود را نیز نمی شناسد، دچار هیجان های کودکانه شده و از عهده نظافت و لباس پوشیدن خود برنمی آید.

• پیشگیری

متأسفانه درمانی برای این بیماری وجود ندارد اما می توان با توجه به نکاتی پیشرفت و شدت آن را کاهش داد. اگر در خانواده یکی از اعضا با چنین مشکلی روبه رو باشد هرگز نباید با او با خشونت رفتار کرد بلکه باید محیط خانه را طوری تغییر داد که فرد دچار آسیب بدنی نشود و احساس آرامش کند. اگر عهده دار مراقبت از یکی از بیماران آلزایمری هستید حتماً گاهی به خود استراحت دهید و از دیگران کمک بگیرید و هرگز از اینکه احتیاج به فراغت دارید احساس گناه نکنید. برای بیمارانی که مشکل حافظه دارند یادآوری مکرر می تواند مفید واقع شود و گاهی یک گفت وگویی مختصر و دوستانه بیمار مضطرب و آشفتگی را آرام می کند. پیاده روی و قدم زدن با بیمار می تواند ذهن فرد را منحرف کند. فعالیت های فکری از مهم ترین راه های پیشگیری از بیماری آلزایمر است. به گفته پزشکان، مغز نیز مانند دیگر اعضای بدن به ورزش و فعالیت نیاز دارد و این تقویت حافظه با خواندن کتاب، فکر کردن و حتی معاشرت با دیگران، مسافرت، آموختن زبانی جدید، حفظ شعر و آموختن موسیقی و... می تواند موثر واقع شود. داشتن یک زندگی ساکت و بدون فعالیت جسمی و فکری باعث کم کاری و ناسالم ماندن مغز می شود و در افرادی که ریسک مبتلا شدن به آلزایمر در آنها بالاتر است، بروز بیماری را سرعت می بخشد.

• رژیم غذایی

مصرف غذاهایی مانند ماهی قزل آلا و ماهی ساردین به دلیل وجود امگا ۳ و اسیدچرب ریسک ابتلا به آلزایمر را کاهش می دهد. به توصیه کلیوبالارد مدیر تحقیقاتی انجمن آلزایمر انگلیس مصرف غذاهای فوق به همراه استفاده از رژیم غذایی مدیترانه ای که از آن به عنوان تغذیه ای سالم یاد می شود و سرشار از میوه، سبزیجات، غلات، مقداری ماهی، مقدار کمی لبنیات و گوشت است می تواند میزان خطر ابتلا به آلزایمر را تا ۴۰ درصد کاهش دهد. همچنین داشتن کنترل مرتب فشار خون و کلسترول خون، ورزش و جلوگیری از بالا رفتن وزن، همگی در کاهش خطر زوال عقل در سنین بالا موثرند. تیمی از پژوهشگران دانشگاه کالیفرنیا به تازگی دریافته اند که میزان سلامت فیزیکی و روابط بین فردی بیماران آلزایمری، با میزان مصرف هورمون جنسی تستسترون به طور چشمگیری تغییر می کند. با توجه به اینکه فرآیند سالخوردگی با کاهش این هورمون همراه است فقدان این هورمون می تواند در مهم ترین دلایل بروز مشکلات دوران سالمندی باشد که آلزایمر نیز جزء آنهاست. یکی از موارد مهم در بروز علائم بیماری آلزایمر، پروتئینی به نام آمیلوئید بتا پتید AB است که به طور منظم در مغز انسان ساخته شده که در برخی شرایط با تغییراتی در آن پروتئین به یک ماده مضر تبدیل می شود. محققان به این نتیجه رسیده اند که با تزریق یک آنتی بادی که در مغز به پروتئین AB متصل می شود، می توان از اثرات مضر تجمع این ماده در مغز جلوگیری کرد و با این کار از ایجاد بیماری آلزایمر جلوگیری کرد.

• دارو ها

بیوتکنولوژیک داروهای استاتین در کاهش خطر آلزایمر تاثیر دارد. استاتین ها، علاوه بر کاهش سطوح کلسترول و بهبود عمل گردش خون، تولید یک پروتئین آمیلوئید که در فرآیند بروز این بیماری نقش دارد را سرکوب می کند. در تاریخ صنعت داروسازی جهان استاتین ها جزء پرفروش ترین داروهای تجویز شده قلمداد می شوند. همان طور که گفته شد، ریسک ابتلا به این بیماری، در افرادی که خویشاوند درجه اول داشته باشند که آلزایمر در آنها پس از ۶۵ سالگی بروز کرده باشد، سه تا شش برابر افزایش می یابد. اگر شروع بیماری خواهر یا برادر پیش از ۶۰ سالگی باشد، خطر ابتلا هفت تا ۹ برابر می شود. معمولاً بیماران به دنبال آلزایمر مشکلات روانی و اجتماعی دیگر نظیر افسردگی را تجربه می کنند. شرکت بیماران در گروه های کاردرمانی و حمایت اجتماعی، با هدف کنترل و پیشگیری از این عوارض انجام می شود. در این گروه ها مشاغل ساده و مورد علاقه فرد، مانند نوشتن لیست، یادداشت برداری و حتی نقاشی و کپی برداری که به تقویت حافظه و رشد آن کمک می کند، ایجاد می شود.

• برخی خصوصیات افراد مبتلا به آلزایمر

افراد مبتلا به آلزایمر معمولاً توانایی یادگیری کمی دارند و به عنوان فرد کم هوش شناخته می شوند و با از بین رفتن حافظه قدیمی فرد باعث اختلال و توانایی استفاده از دانسته های قبلی و تجربه های سابق او می شود، بنابراین رفتارهای غیرعادی ناشی از خامی و بی تجربگی از او سر می زند.

اختلالات حافظه در فرد موجب محدود شدن دایره لغات او در گفتار و نوشتار می شود و فرد در پیدا کردن کلمات برای تکمیل جملات خود با مشکل مواجه می شود. همچنین برای اصلاح کاهش حافظه نزدیک خود راه های جبران پیدا می کند، مثلاً بیشتر از واژه های کلی به جای ذکر جزئیات استفاده می کند و به جای استفاده از نام فرد، از عنوان شغلی یا اجتماعی او استفاده می کند، مانند پدر، پزشک و پرستار. فرد بیمار، نیازهای خود را مانند تشنگی و گرسنگی، بسیار فوری می داند و برای رفع آنها بی توجه به قوانین اجتماعی یا تاثیراتی که رفتارش بر دیگران دارد، اقدام می کند. در موارد پیشرفته، توانایی ارتباط با محیط یا کنترل عملیات جسمانی فرد از دست می رود و با پیشرفت بیماری، هوشیاری کاهش پیدا کرده و کما و به دنبال آن مرگ رخ می دهد.

• مراقبت از بیمار

مراقبت از بیمار به موقعیت و شدت بیماری او بستگی دارد. در بعضی موارد تنها نظارت بر رفتارها و کنترل شرایط محیط برای مراقبت از او کافی است اما در مراحل نهایی و پیشرفته که بیمار کنترل امور از دستش خارج می شود، مراقبت های دقیق و اصولی لازم است. فراموشی اغلب باعث بروز مشکلات جدی می شود، فراموشی هنگام آشپزی ممکن است منجر به آتش سوزی و سوختگی شود. فراموشی در پیدا کردن آدرس، گم شدن فرد را در پی دارد، مراقبت از این بیمار گاهی با مشکلات فراوانی همراه است. در مجامع پیشرفته حمایت های مالی و اجتماعی برای مراقبت وجود دارند که نیازهای اقتصادی و اجتماعی فرد، به خصوص بیمارانی که نان آور خانه باشند را برطرف می کنند، ضمن اینکه آگاهی و آموزش لازم را جهت مراقبت و نوع رفتار با فرد بیمار در اختیار اعضای خانواده وی قرار می دهند.

• اولین نشانه ها

شاید برای خیلی ها این مساله سوال باشد که آیا برای پیش بینی این بیماری نشانه هایی وجود دارد؟ تحقیقات نشان می دهد خیلی از علائم می تواند قبل از بروز بیماری ظاهر شود مانند از دست رفتن حس بویایی به دلیل آسیب عصب ناحیه بویایی مغز قبل از آسیب حافظه، اختلال فضای بینایی به دلیل اشکال در اطلاعات بینایی به علت نرسیدن خون کافی و آسیب عصبی در ناحیه بینایی مغز. تقریباً ۴۹ تا ۵۲ درصد بیماران قبل از بروز آلزایمر به کاهش شنوایی دچار می شوند. البته وجود این علائم تنها راهنمایی است برای در نظر گرفتن احتمالات زوال عقلی، خصوصاً در سنین بالا تا با مراقبت دقیق از پیشرفت و عوارض جدی آن جلوگیری شود.

• نتیجه گیری

در پایان با یک جمع بندی کلی و مرور گفته ها و رفع ابهامات شاید خیلی از ما راحت تر بتوانیم با واقعیت مواجه شویم.

- هرچند عوامل وراثتی نقش مهمی در ایجاد یک بیماری دارد اما تنها پنج تا ۱۰ درصد از کل افراد بیمار از طریق ژنتیکی به آن مبتلا شده اند.

- افزایش سن، ریسک ابتلا به بیماری را افزایش می دهد اما بیماری تنها در افراد سالخورده بروز نمی کند و افرادی نیز بوده اند که این بیماری از ۴۰ تا ۵۰ سالگی در آنها بروز کرده باشد.

- هیچ گونه درمان قطعی برای بیماران آلزایمری وجود ندارد اما امکان اثربخشی درمان در برخی بیماران به وسیله چند نوع دارو و معالجات گوناگون تا حدی ممکن است وجود داشته باشد.

- خیلی از افراد دچار اختلالات حافظه ای هستند اما نباید این شبهه در فرد ایجاد شود که به آلزایمر دچار شده اند اما اگر این اختلال بر زندگی روزمره فرد تاثیر بگذارد و توانایی قضاوت و استدلال و سایر مهارت های ارتباطی خود را از دست بدهد حتماً باید به پزشک مراجعه کند.

- با توجه به اینکه علت ایجاد آلزایمر مشخص نیست پیشگیری از آن ممکن نیست اما می توان با فعال نگاه داشتن بدن و مغز به وسیله انجام تفریحات فکری، ورزش، رژیم غذایی سالم، مصرف میوه، ماهی و سبزیجات تازه، ریسک ابتلا به این بیماری را کاهش داد.

- مبتلا شدن به بیماری آلزایمر به معنی به اتمام رسیدن زندگی نیست، بسیاری از افراد مبتلا به بیماری زندگی فعال و هدفمندی دارند، تشخیص به موقع و انجام اقدامات لازم تاثیر بسزایی در بهبودی فرد دارند.

- ایجاد محیط مناسب و خدمات ویژه، حمایت و وادار کردن آنها به فعالیت و ایجاد شور و شوق زندگی از وظایفی است که باید در قبال این بیماران انجام داد.

- تاثیر این بیماری در افراد متفاوت است. از دست دادن حافظه و وجود پرتی حواس، ناامیدکننده و ترس آور است اما با آگاهی لازم و تغییر رفتار در برابر فرد بیمار، می توان از واکنش های خشن و پرخاشگرانه او اجتناب کرد.

- به یاد داشته باشید که بیماران آلزایمری همان انسان های سابق هستند. باید در مقابل شان با احترام رفتار و ملاحظه آنها را بکنید، بسیاری از آنها متوجه وقایعی که در اطراف شان می گذرد، نیستند اما هستند عده ای که از اتفاقاتی که اطراف شان می گذرد آگاهی دارند.

منبع : روزنامه سرمایه

<http://vista.ir/?view=article&id=351001>

 Vista.ir
Online Classified Service

آموزش برخورد با صرع کودکان

• مقدمه

بسیاری از افراد مبتلا به صرع اولین تشنج خود را قبل از ۲۰ سالگی تجربه می کنند. بنابراین اگر کودک شما به صرع دچار شده است ، شما تنها نیستید بلکه امروزه شانس بالایی وجود دارد که وضعیت بیمار شما تحت کنترل در آمده و بخوبی حفظ شود. صرع کودکان از نظر نوع، درجه یا شدت بسیار متفاوت است و ممکن است با مساله دیگری در ارتباط باشد. بسیاری از کودکان دچار صرع کودکانی کاملاً نرمال و فعال هستند که نیاز چندانی به مراقبت ویژه ندارند. این بچه ها می توانند تمام کارهایی را که دوستان آنها



انجام می دهند اعم از شنا، ورزش و بازیهای مختلف را انجام دهند. در بعضی موارد بیماری شدیدتر است و کودکان نیازمند درمان و مراقبتهای طولانی مدت می باشند.

در این مقاله تلاش ما بر این است که به شما به عنوان والدین یا قیم بیمار مبتلا به صرع نکاتی را آموزش دهیم تا با وضعیت کودک خود در مواجهه با مساله رشد و همچنین استقلال شخصیت او آشنا شوید.

• توصیف صرع کودکان

صرع می تواند در هر سنی آغاز شود اما معمولاً شروع آن در اوایل زندگی است. هرچند بعضی از مردم فکر می کنند صرع با ناتوانایی های ذهنی و

یا جسمی همراه است اما در واقع بسیاری از کودکان مبتلا به صرع از هوش و توانایی های طبیعی برخوردارند. البته بعضی از بیماران نیز مشکلات جسمی یا ذهنی دارند که ممکن است با آسیب مغزی یا بیماری دیگری مرتبط باشد.

• صرع چیست؟

صرع حالتی عصبی است که در آن گروهی از سلولهای مغزی در زمانی نابجا به میزان زیادی فعال شده و ترشح می کنند. با اینکه صرع علت بسیاری از تشنجهاست اما صرع با تشنج تفاوت دارد. کودکی که یک بار تشنج کرده است یک کودک صرعی نیست بلکه ممکن است علل بسیار زیادی بتوان برای تشنج او پیدا کرد.

• علت صرع چیست؟

علت همیشه شناخته شده نیست. گاهی به علت آسیب مغزی، تومور مغزی یا ضربه به سراسر است. همچنین میتواند مربوط به مسمومیت، عفونت، تکامل مغزی یا ژنها باشد.

• چه چیزهایی سبب شروع صرع میشوند؟

کودکان با هم تفاوت دارند. در بعضی از کودکان تشنج میتواند زمانی اتفاق بیفتد که فرد مبتلا به صرع صدای یکنواختی را مکرر بشنود. تشنج می تواند هنگامی که فرد به نوری درخشان نگاه می کند یا جاهای خاصی از بدنش را لمس می کنند رخ دهد.

• انواع مختلف تشنج کدامند؟

نوزادان یا کودکان خردسال مبتلا به تب بالا ممکن است برای چند دقیقه لرز پیدا کنند و دچار کاهش سطح هوشیاری شوند. به این حالت تشنج ناشی از تب گفته می شود. این تشنجه نشانه ای از صرع نیستند و معمولاً با افزایش سن محو می شوند.

• صرع ژنرالیزه

در این مواقع کودک هوشیاریش را از دست می دهد. ممکن است گریه کند یا به زمین بیفتد و همچنین ممکن است کنترل ادرار یا مدفوع خود را از دست بدهد. در این گونه تشنجهها تمام بدن کودک می لرزد، احتمالاً چشمانش به بالا منحرف می شود و دهانش پر از کف خواهد شد.

• صرع آبسانس (کوچک)

در این حملات از آنجایی که طول حمله کوتاه است و چند ثانیه طول می کشد لذا کودک بیدار می ماند و ممکن است به کاهش هوشیاری او توجهی نشود. ممکن است کودک به نقطه ای خیره شود و به سرعت پلک بزند. ممکن است کودک حرکاتی شبیه جویدن انجام دهد و یا در صورتش حرکات سریع لرزشی دیده شود.

• آیا من گناهکارم؟

مانند بسیاری از والدین مکن شما هم به این فکر کنید که آیا کاری کردید؟ یا کاری باید می کردید و نکردید؟ که باعث شروع صرع در کودک شدید. و ممکن است به دنبال علت بیماری گشتن بخشی از تلاش شما را به دنبال صرع کودک شامل شود. بسیار بعید است که شما کاری کرده باشید که مسول تشنج فرزندتان باشید و در بسیاری از موارد علت صرع شناخته نشده است.

• حفظ آرامش

احتمالاً وقتی کودکان را در حال تشنج می بینید خیلی می ترسید و دستپاچه می شوید. اما باید بدانید که حفظ آرامش در این لحظات بسیار مهم است چرا که باید دقیقاً آنچه اتفاق افتاده را برای پزشک توضیح دهید.

تشخیص صرع معمولاً مشکل است و همیشه نمی توان به راحتی در مورد اینکه کودکی تشنج کرده یا نه قضاوت کرد. بچه ها هم مانند بزرگسالان تشنجهای منتشر و نسبی دارند و باید این وضعیتها از هم افتراق داده شود. علاوه بر این حالاتی وجود دارند که با تشنج اشتباه می شوند مثل تشنج ناشی از تب و حملات بند آمدن نفس. بنابراین بسیار برای پزشک حائز اهمیت است که اطلاعات کافی در مورد اتفاقی که برای کودک شما افتاده است داشته باشد. و این اطلاعات را تنها شما می توانید به خوبی در اختیارش بگذارید.

• تشنج ناشی از تب

این تشنج با افزایش سریع درجه حرارت بدن ایجاد می شود و با بیماری کودک مثل گلودرد یا دندان در آوردن ارتباط دارد. خوشبختانه اکثر بچه ها وقتی بزرگ شده و به سن مدرسه می رسند دیگر دچار این تشنج نمی شوند.

• حملات بند آمدن نفس

این حملات واکنش شدید به شوک یا ترس هستند. کودک در هنگام ترس به جای جیغ زدن یا خشمگین شدن، یک بار جیغ کشیده و نفس عمیقی می کشد به شکلی که انگار می خواهد گریه کند. سپس نفس خود را مدتی نگه می دارد و همین باعث می شود که نفس کودک بند بیاید.

• وقتی کودکم دچار تشنج شد چه کنم؟

دو مورد مهمی که باید انجام شود این است که :

• مطمئن شوید کودک شما نفس می کشد

• اجازه ندهید کودک به خودش آسیب بزند.

• آرامش خود را حفظ کنید و این چند مرحله ساده را دنبال کنید:

• مطمئن شوید کودکتان نفس می کشد. اگر لبهایش کبود شده نشانگر آن است که نفس نمی کشد

• اگر کودک نفس نمی کشد، با اورژانس تماس بگیرید، اگر احیا بلد هستید پیش از رسیدن کمک احیاء را شروع کنید

• اگر کودک نفس می کشد او را روی زمین بخوابانید تا زمین نخورد.

• کودک را به پهلو بخوابانید تا از خفگی ناشی از انسداد مجاری تنفسی جلوگیری شود.

• اطراف کودک را از چیزهایی مثل میز و صندلی خالی کنید

• بند لباسهایی که کودک به تن دارد را شل کنید.

• بچه را محکم نگیرید و مانع حرکات او نشوید.

• هرگز حین تشنج چیزی داخل دهانش نگذارید و سعی نکنید با انگشت دهانش را باز نگه دارید.

• در صورت امکان هر چه زودتر با پزشک تماس بگیرید.

• احتمالاً بعد از تشنج کودک شما به خواب عمیقی فرو خواهد رفت. این طبیعی است. او را بیدار نکنید. وقتی او خواب است به او غذا و آشامیدنی ندهید.

• مشکلات کنترل صرع

با وجودیکه در اغلب بچه ها دورنمای صرع خوب است اما بعضی از کودکان که به شکلهای وخیم تر بیماری دچار هستند با دارو به سختی کنترل می شوند و تشنجهای ممتد خواهند داشت.

انها ممکن است مشمول "سند رمهای" مختلف باشند. سندرم به گروهی از علائم گفته میشود. یک پزشک متخصص میتواند با شکل تشنجهای کودک شما به سند رم تشنجی فرزندان پی ببرد. کودکانی که دچار صرع با کنترل مشکل هستند ممکن است مشکلات دیگری مانند تاخیر تکامل و یادگیری مشکل داشته باشند.

لازم است بدانید که کودک شما در وضعیتی قرار دارد که نباید دور بماند و این بسیار شایع است که در دوره ای از زمان دچار ناراحتی و غصه شود و شما باید برای این لحظات آمادگی داشته باشید. اگر کودک شما به طور جدی توسط صرع تحت تاثیر قرار گرفت این پمفلت با اطلاعات و توصیه هایی که به شما می دهد باعث میشود که شما برای کودکان بهترین باشید و با چالشهای ویژه ای که روبرویتان قرار دارد آشنا شوید...

• تشخیص

مشاهدات و دانش شما از کودکان در کمک کردن به پزشک برای تشخیص درست بسیار مهم است همان طور که از آزمایشات تشخیصی معمول مثل آزمایش خون، EEG و تصویر برداری مغز استفاده میشود، همچنین کودکان باید از لحاظ تکامل و رفتار نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. بنابراین هنگام مراجعه به پزشک حتما کارت رشد کودک و نیز سایر آزمایشات قبل را همراه خود داشته باشید .

• کلی صحبت کنید

شما زمان زیادی برای پرسیدن سوالات و صحبت کردن در مورد نگرانیها یتان در مورد تشخیص کودکان نیاز دارد. پزشک شما می تواند به شما اطلاعات، توصیه و اطمینان خاطر بدهد، اما در یک مطب شلوغ وقت برای بحث طولانی وجود ندارد. از پزشکتان وقت ویژه ای برای مشورت بخواهید و یا اگر در بیمارستان مشاور پرستار ویژه ی صرع وجود دارد از ایشان راهنمایی و مشورت بخواهید. ممکن است شما از اینکه بفهمید کودکان صرع دارد شوکه شوید اما به یاد داشته باشید که از ده کودک مبتلا به صرع، هشت کودک زندگی لذت بخش و طبیعی خواهند داشت .

• درمان و اداره بیمار

هدف درمان طبعی کنترل تمایل تشنج کودک شماسست به شکلی که کودک شما تا حد امکان زندگی با کمترین آسیب ناشی از صرع را داشته باشد دوری کردن از چیزهایی که باعث تحریک و شروع صرع می شوند و نیز داروهای ضد صرع راههای اصلی دستیابی به این هدف است. کودک شما معمولاً تا قطع کامل تشنجهایش که معمولاً دست کم دو سال طول می کشد باید روی درمان ضد صرع بماند. البته در مواردی باید داروهای ضد صرع به صورت کنترل شده ادامه یابد. معمولاً فرزندان پس از ۱۶ سالگی از زیر نظر متخصص اطفال خارج و تحت نظر متخصصین اعصاب بزرگسالان قرار می گیرد.

• جراحی

جراحی هم در تعداد اندکی از بچه ها ی مبتلا به صرع های خاصی ضرورت می یابد.

• رژیم غذایی

بعضی بچه ها که دچار انواعی از صرع هستند که درمان آنها مشکل است^۱ ممکن است رژیم غذایی پر چربی که کتوژنیک نامیده می شود به آنها کمک کند. متأسفانه معمولاً پیگیری این رژیم در دسر ساز است و می تواند باعث بد فرم شدن بدن کودک شود اما اگر توصیه پزشکتان باشد و شما عمل نکنید وضع از این بدتر می شود. به هر شکل حتماً قبل از آنکه برای کودکان از رژیم غذایی خاصی استفاده کنید با پزشکتان مشورت نمایید.

• خانواده

هنگامی که بار اول از صرع کودکان مطلع می شوید احتمالاً بسیار ناراحت می شوید و ممکن است احساس درماندگی کنید. ممکن است از این نگران باشید که صرع چگونه کودکی فرزندان را تحت تاثیر قرار می دهد و آیا داروهای ضد صرع عوارضی دارد یا خیر. پاسخ این سوالات به درستی شناخته نشده است. مشکلاتی که شما با آن روبرو می شوید برای اولین بار در خانواده تجربه می کنید و باید کاملاً واقع بینانه برای مواجهه با لحظات سخت آماده باشید. باوجود تمام این مشکلات اغلب خانواده ها وقتی برای بار اول می فهمند که دچار چنین مشکلی شده اند و وقتی که راه برخورد با آن را یاد می گیرند به خوبی از عهده آن برمی آیند.

• مثبت بیندیشید

تجربه^۲ بصیرت و درک شما، راهنمای خوبی برایتان هستند تا بتوانید بهترین مراقبت را از کودکان به عمل آورید. در وضعیتی قرار بگیرید تا بتوانید بیشترین اعتماد به نفس را داشته باشید. تواناییهایتان را برای برآوردن نیازهای کودکان بشناسید. اما در مراقبت از کودک زیاده روی نکنید و تمام توجه و هم و غم خود را به او معطوف نکنید.

• سایر مردم

شاید از اینکه آشنایان، بستگان یا همسایه ها بفهمند کودکان صرع دارد بترسید. وقتی مردم از صرع چیزی نمی دانند و یا می ترسند احتمالاً واکنشهای منفی نشان می دهند. صراحت و صداقت بهترین راه برای مبارزه با نگاه منفی در مورد صرع است. با اینکار شما در خواهید یافت که اکثر مردم اگر بدانند که چه کمکی از آنها برمی آید ، قلباً به کمک شما می آیند.

• صرع و رفتار

خانواده های کمی هستند که دچار مشکلات رفتاری نیستند- چه کودک مبتلا به صرع داشته باشند و چه نداشته باشند. . به ندرت پیش می آید که مشکلات رفتاری به طور مستقیم ناشی از صرع باشد و چیزی تحت عنوان " شخصیت صرعی " تنها یک افسانه است. تشنج برخی از بچه ها با استرس یا هیجان بدتر می شود و در بعضی موارد مشکل رفتاری به دلیل داروهای خاصی بوجود می آید. گاهی بی حواسی زودگذر در جریان یک تشنج کوچک و بی علامت در صرع کوچک می تواند باعث گیجی یا نا امیدی کودک شود که به نوبه خود منجر به مشکلات رفتاری می شود.

اگر کودکان دچار مشکلی شد سعی کنید تا حد امکان دلیل پیدایش آن مشکل را دریابید. متخصصینی که درگیر مسائل کودکان هستند به خوبی می توانند به شما کمک کنند. بنابراین از اینکه به آنها بگویید و یا از ایشان سوال کنید واهمه نکنید.

• اذیت و آزار

بعضی از بچه های مبتلا به صرع در مدرسه منزوی می شوند. این به دلیل عدم اعتماد به نفس و توانایی اندک آنها در برقراری ارتباط متقابل می باشد. ممکن است کودک کج خلق یا خشن شده، یا اینکه سوء رفتارهایی مثل فرار از مدرسه از خود بروز دهد. با معلم کودکان صحبت کنید و مطمئن باشید فرزندان به اعتماد و حمایت شما پشتگرم است.

• به کودکان کمک کنید که با صرع زندگی کند

اطلاعات صحیح و خوشبینانه به شما و فرزندتان کمک می کند که از زندگی دوران کودکی او لذت ببرید. به او به اندازه ای راجع به صرع بگویید که احساس می کنید می تواند بفهمد و به او راههای ساده ای را که بوسیله آنها می تواند شرایط را کنترل کند نشان دهید. هر چه قدر بزرگتر می شود شما می توانید او را تشویق کنید تا مسوولیت پذیر تر باشد. خطوط راهنمای زیر می تواند مفید باشد:

• آنچه باید انجام دهید-

• کودکان را آنگونه که هست بپذیرید (به عنوان کسی که صرع دارد) و او را تشویق کنید که به همین شکل عمل کند.

• کودکان را حمایت کنید و اعتماد و اطمینان او را برای فرار گرفتن در شرایط متفاوت افزایش دهید.

• به او اطمینان دهید وقت ، علاقه و انرژی شما بین هر یک از بچه هایتان تقسیم شده است.

• به جای آنکه به کارهایی که کودکان نمی توانند انجام دهد فکر کنید، به آنچه می تواند انجام دهد معطوف شوید

• در مغز خود این نکته را جا بیاندازید که احساس عصبانیت یا بی میلی نسبت به بچه هایتان که گاهی به سراغتان می آید امری طبیعی است و البته شما آنها را بسیار دوست دارید و مراقبشان هستید.

• مانند یک خانواده از با هم بودن لذت ببرید

• آنچه نباید انجام دهید

• از کمک به بچه مگر در حالتی که واقعاً به کمکتان احتیاج دارد خودداری کنید

• زندگی خود را به این دلیل که کودکی مصروع دارید مختل نکنید

• با بچه ای که مبتلا به صرع است متفاوت از دیگر کودکان رفتار نکنید

• اجازه ندهید کودکان خود را مریض تصور کند یا ابتلا به صرع را یک گناه بداند

• آموزش

بیشتر کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع به مدارس و دانشگاههای معمولی می روند. مدرسه بخش مهمی از زندگی فرزند شماست و بنابراین او باید بتواند در بیشتر فعالیتهای مانند سایر بچه ها شرکت کند. شما احتمالاً در می یابید که بیشتر آموزگاران و مددکاران وقتی بدانند چگونه با فرزندتان رفتار کنند بسیار کمک کننده و موثر خواهند بود. مثلاً آنها باید بدانند که هر وقتی که کودک دچار تشنج شد لازم نیست او را به خانه بفرستند بلکه بعد از کمی استراحت می تواند به کلاس برگردد.

• صرع و یادگیری

بیشتر کودکان مبتلا به صرع توانایی یادگیری مشابه سایرین دارند و خیلی از آنها درسیان خوب است. البته واقعیتی ناراحت کننده وجود دارد که بعضی از این بچه ها آنطور که باید از مدرسه استفاده نمی کنند. ناتوانی در یادگیری کودک شما ممکن است مستقیماً مربوط به صرع او نباشد بنابراین اگر حدس می زنید که پیشرفت او آنچنان که باید باشد نیست، با معلم و پزشک وی برای حل مسائل مشورت کنید.

• مشکلات یادگیری

بعضی از بچه های مبتلا به صرع یادگیری مشکلی دارند (این واژه هنگامی استفاده می شود که یک کودک نسبت به بیشتر کودکان هم سن و سال خود یادگیری سخت تری داشته باشد). در این موارد کودک شما به کمک ویژه نیاز دارد تا قابلیتهای خود را باز یابد. خوشبختانه بیشتر مشکلات یادگیری خفیف هستند و آرام آرام پیشرفت می کنند اما گاهی اوقات وقتی که کودک تشنجهای شدید و غیر قابل کنترل داشته باشد، این مشکلات طولانی تر و جدی تر می شوند .

• آموزشهای خاص مورد نیاز

اگر کودک شما به طور جدی از سایر کودکان هم سن و سالش عقب افتاده تر است یا اگر شما فکر می کنید که او همه آنچه که در مدرسه باید به او آموخته شود فرا نمی گیرد ، ممکن است به آموزشهای ویژه نیاز داشته باشد.

آیا کودک باید به مدرسه خاصی برود؟ بیشتر بچه هایی که نیازمند آموزشهای ویژه هستند می توانند در مدارس معمولی درس بخوانند . اما گاهی بهتر است فرزندتان را با مشورت کارشناسان آموزش و پرورش به مدرسه ای بفرستید تا نیازش را برآورده سازد. البته در ایران مدرسه مخصوص کودکان صرعی وجود ندارد اما شما با مشاوره آموزش و پرورش منطقه زندگی خود تحت نظر کارشناسان آموزشی می توانید مدرسه دلخواهتان را

بیابید.

• کودکان و تلفن همراه

تلفن همراه اکنون به عنوان بخشی از زندگی روزانه جوانان در آمده است. هنوز هم در مورد بی خطر بودن تلفن همراه اختلاف نظر وجود دارد و این امر باعث نگرانی والدین کودکان مبتلا به صرع شده است. اثرات تلفن همراه بر صرع را از پزشکشان بپرسید.

• نوجوانی به بلوغ

بیشتر نوجوانان نیاز دارند تا نگاه مثبتی را از خودشان داشته باشند و خود را آنگونه که هستند بپذیرند. در میان نوجوانان به طور شایع دیده می شود که بیماری خود را به صورت دستاویزی برای نگرانی و عصبانیت در می آورند. سعی نکنید این امر را خیلی بزرگ کنید. هر چقدر نوجوان شما راجع به بیماریش بیشتر بداند بهتر می تواند تصمیمات موثر تری بگیرد. با حمایت از او و محبت از وی خواهد فهمید که صرع نمی تواند نقش مهمی در زندگی او بازی کند.

در نوجوانان حساس تر بیشتر مراقب باشید اما آنقدری نباشد که آنها از فعالیتهای روزانه مانند ورزش کردن، مسافرت یا اردو رفتن با همسالان باز بماند.

به عنوان یک والد گاهی قبول این مساله که کودکتان بزرگ شده خیلی سخت است. اما باید بدانید که مجبور خواهید شد با فرزندتان در مورد ازدواج و رابطه او با جنس مخالف صحبت کنید. پسران و دختران باید بدانند که صرع نمی تواند لذت آنها را از رابطه زناشویی کاهش دهد. همچنین دختران باید بدانند که داروهای ضد صرع ممکن است روی جذب قرصهای پیشگیری از حاملگی اثر بگذارد و در این مورد باید با پزشکشان مشورت کنند. دختر یا پسر شما می تواند مانند همه مردم ازدواج کرده و فرزندان سالمی داشته باشد.

تا اینجا شما چیزهای زیادی در مورد آنچه که نوجوانتان احتیاج دارد، دانستید. علاوه بر این باید بدانید که نوجوان شما هنگامی که در بعضی مواقع نمی تواند مانند دوستانش باشد، ایجاد ارتباط قوی با همسالانش برایش دشوار است. مثلاً فرزند شما تنها زمانی می تواند گواهینامه رانندگی داشته باشد که دست کم یک سال تمام هیچ حمله تشنجی نداشته باشد. این موضوع وقتی که سایر دوستانش گواهینامه می گیرند شاید برای او منزوی کننده باشد.

• آماده سازی برای دوران بلوغ

از نکات زیر می توانید به منظور اطمینان از اینکه نوجوان شما از تمام اطلاعاتی که لازم دارد، بهره می برد استفاده کنید

• آیا او می داند چه مراکزی به او خدمات رسانی می کنند و می داند که چگونه باید آنها را پیدا کند؟

• آیا او می داند که چرا به درمان دارویی نیاز دارد و اگر تشنجهایش از کنترل خارج شد چه باید بکند؟

• آیا می داند چگونه مراقبتهای پزشکی خود را سازمان دهی کند؟

منبع : بانک مقالات فارسی

<http://vista.ir/?view=article&id=303354>



آمیوتروفیک لاترال اسکروز

• شرح بیماری

آمیوتروفیک لاترال اسکروز (ALS) عبارت است از تخریب پیش رونده سلول

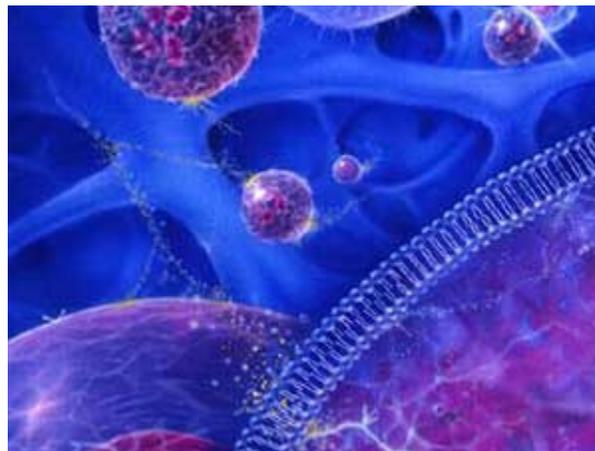


های طناب نخاعی، که منجر به از دست رفتن تدریجی عملکرد عضلات می‌شود. این بیماری مسری یا سرطانی نیست. علائم این بیماری ممکن است با علائمی که در اثر بیماری لایم در دستگاه عصبی بروز می‌کند اشتباه شوند. در بیماری ALS، دستگاه عصبی مرکزی و عضلات، به خصوص عضلات دست، ساعد، پا، سر و گردن درگیر می‌شوند.

• علائم شایع

(۱) پرخش و ضعف عضلات، که از دست‌ها شروع شده، به بازوها و پاها گسترش می‌یابد. نهایتاً عضلات مسؤول تنفس و بلع نیز درگیر شده، دچار ضعف می‌شوند.

(۲) گرفتگی عضله



(۳) سفتی و انعطاف‌ناپذیری گروه‌های عضلانی

(۴) کاهش وزن بدون توجیه

(۵) خورده خورده و نامفهوم صحبت کردن

(۶) معمولاً توانایی‌های ذهنی مشکلی پیدا نمی‌کنند

(۷) حملات ناگهانی خنده یا گریه

• علل

علت دقیق آن نامشخص است.

• عوامل تشدید کننده بیماری

(۱) سن بالای ۴۰ سال

(۲) سابقه خانوادگی ALS

(۳) بروز این بیماری در بین افرادی که شغلشان مستلزم فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری بدنی شدید است بیشتر گزارش شده است.

• پیشگیری

در حال حاضر نمی‌توان از این بیماری پیشگیری کرد.

• عواقب مورد انتظار

(۱) در حال حاضر این بیماری علاج‌ناپذیر است. بیماران معمولاً در عرض ۵-۲ سال فوت می‌کنند، اما ۲۰٪ از آنها تا ۵ و ۱۰٪ از آنها تا ۱۰ سال زنده می‌مانند.

(۲) تحقیقات علمی در زمینه علل و درمان این بیماری در حال انجام هستند، بنابراین امید می‌رود که روش‌های درمانی مؤثرتری یافت شوند و نهایتاً علاج آن میسر گردد.

• عوارض احتمالی

(۱) عدم توانایی حرکت ناشی از بیماری باعث بروز زخم‌های ناشی از فشار آمدن طولانی مدت روی نقاط خاص می‌شود.

(۲) ذات الریه ناشی از مشکل در بلع و جمع شدن ترشحات در راه‌های هوایی

۳. زوال رفتن پیش‌رونده قوای جسمانی فرد بر جنبه‌های مختلف زندگی وی از جمله روابط، کار، درآمد، هماهنگی عضلانی و مسایل جنسی تأثیر منفی می‌گذارد.

• درمان

• اصول کلی

(۱) تشخیص شامل آزمون الکترومیوگرافی (نوار عضله) است. این آزمایش برای ارزیابی انتقال پیام‌های عصبی به عضله انجام می‌گیرد.

(۲) هیچ درمان اختصاصی وجود ندارد. برای کنترل علائم و اورژانس‌های عارض شده، بیمار تحت مراقبت حمایتی قرار می‌گیرد.

- ۳) برای پیشگیری از زخم‌های فشاری، باید مراقبت پرستاری در حد مناسب انجام گیرد.
 - ۴) بیمار باید تکنیک مکش و بیرون آوردن ترشحات جمع شده در ریه خود را یاد بگیرد.
 - ۵) روان درمانی یا مشاوره برای یادگیری روش‌های مقابله با ناتوانی و معلولیت
 - ۶) نهایتاً بستری شدن در بیمارستان یا مراکز نگهداری از بیماران دچار بیماری‌های مزمن
- داروها

۱) هیچ دارویی برای درمان ALS وجود ندارد.

۲) آنتی بیوتیک برای مبارزه با عفونت در صورت بروز ذات الریه

۳) داروی باکلوفن ممکن است به کاهش سفتی و انعطاف‌پذیری عضلات کمک کند.

۴) از داروهای ضدافسردگی شاید بتوان برای کاهش تولید بزاق استفاده نمود.

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

۱) تا حدی که امکان دارد بیمار باید فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری خود را حفظ کند. ضعف عضلانی تدریجاً توانایی جسمانی فرد را کاهش می‌دهد. با استفاده از یک برنامه مخصوص بازتوانی می‌توان استقلال فرد را به مدت بیشتری حفظ نمود.

۲) باید وسایلی تهیه شوند تا فرد را در حرکت کمک کنند، مثلاً واکر یا صندلی چرخدار.

• رژیم غذایی

۱) اگر مشکل در بلع وجود دارد، باید غذاهای نرم و راحت‌الحلقوم خورده شوند.

۲) نهایتاً ممکن است نیاز به دادن غذا از راه لوله وجود داشته باشد.

• درجه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم آمیوتروفیک لاترال اسکلروز (ALS) را دارید.

۲) اگر پس از تشخیص و اقدامات لازم، دچار سرفه، تنگی نفس، یا تب شده‌اید.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=238363>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آنچه باید درباره بیماری ام اس بدانیم

سالها پیش درمانها مبتنی بر فرضیاتی غلط استوار بودند. اولین اشاره به این بیماری به سال ۱۳۰۰ میلادی برمیگردد. زمانیکه اعتقاد بر این بود که اساساً این يك بیماری مذهبی است و مربوط به افرادی است که گناه و معصیتی را نسبت به دیگران روا داشته اند همینطور اینکه بخشش و آمرزش نیز در این رهگذر معجزه محسوب میشد.

در سال ۱۸۰۰ میلادی درمانهاییکه برای این بیماری بکار میرفت عبارت بودند از : زالو انداختن - مالیدن ضماد روی پوست. درمان بوسیله برق نیز گاهی





داده میشد نسخه ها شامل گروهی از مواد غیر معمول (عجیب) و سمی بودند مثل جیوه - جوهر گنه گنه و استراکنین.

جین مارتین شارکو يك پزشك تجربي در پاریس در اواسط و اواخر صده ۱۸۰۰ میلادی اولین توضیح آسیب شناسی بیماری را به بیماران و پزشکان ارائه داد شارکو دارو سازی را در دانشگاه پاریس مطالعه کرد جایی که توانست

تجارب بیماران و پزشکان را ادغام کند توضیحات بوسیله کالبد شکافی الگوهای آسیب شناسی بیماری ارائه شدند.

بوسیله در کنار هم قرار دادن علوم بالینی (تجربی) با آسیب شناسی و بررسی بستگی بین آنها شارکو توانست پیشرفت زیادی در درک چندین بیماری حاد مثل ام اس داشته باشد در توضیح سال ۱۸۶۸ شارکو از ام اس او پلاک هایی که میلین آنها تخریب شده اند را توضیح میدهد و نقش تخریب میلین در پیشرفت بیماری را پیشنهاد میکند شارکو همچنین کسی بود که نام ام اس را روی این بیماری نهاد sclerose en plaque اگر چه پزشکان آنزمان با این بیماری آشنا بودند اما شارکو تعریفی روشن از بیماری را ارائه داد بنابر این سایر پزشکان ساده تر میتوانستند بیماری را تشخیص داده و درک روشنی نیز از وضعیت بیمار در زمان خودشان داشته باشند.

تا این زمان محققان پیشرفتهای برجسته ای در تبیین فرایندهایی که مشخصا منجر به گسترش و وخیم تر شدن ام اس می شود داشته اند همراه با یافته های مهم که تنها در دهه اخیر بدست آمده است. درمانهای جاری مبتنی بر تغییرات سلولی است که تصور میشود در بدن بیمار مبتلا به ام اس رخ میدهد. و اگر چه بسیاری از جزئیات هنوز بصورت معما باقی مانده است اما محققان به یافتن علت بیماری و پیدا کردن درمان بیماری بسیار نزدیک شده اند.

تحریکات عصبی , آکسونها (زایده بلند عصبی که امواج عصبی را منتقل میکند) , و میلین تحریکات عصبی بعنوان پیام رسانان بین مغز و دیگر اعضا بدن عمل میکنند (از طریق ساقه مغز و ستون فقرات) این تحریکات دستوراتی را برای چگونگی انجام کار ابلاغ میکنند. تحریکات عصبی در طول فیبرهای متصل به هم سفر میکنند این فیبرها را آکسون می نامند که برآمدگی نازکی از سلولهای عصب هستند. این برآمدگی یا رشته ها دارای طولهای متفاوت از يك سانت تا چند متر هستند.

آکسونها شبیه به سیمهای برق که جریان الکتریکی در آنها جاری بوده و باعث بکار افتادن اشیا می شوند هستند. آکسونها به غلاف پوشاننده جهت محافظت از خود نیاز دارند درست مانند سیمهای برق در منزل که دارای روپوش پلاستیکی هستند بدون چنین پوششی جریان الکتریکی دچار افت شده یا کوتاه و قطع میشوند بنابراین نخواهند توانست تا دستگاه مورد نظر پیش رفته آنرا بکار اندازند.

آکسونها بوسیله لایه محافظی به نام میلین پوشیده میشوند. که ترکیبی است از چربی و پروتئین. میلین بعنوان غلاف برای آکسونها عمل میکند و کارش بهینه سازی و روان سازی جریان تحریکات اعصاب است. تحریکات بطور عادی با سرعت ۲۲۵ متر در ثانیه در طول آکسونها حرکت میکنند. ام اس روی سیستم مرکزی اعصاب (CNS) که شامل مغز و ستون فقرات است تاثیر میگذارد. این اختلال عصبی بطور سنتی يك بیماری تخریب میلین شناخته شده است. یعنی اینکه میلین محافظ فیبرهای عصبی تخریب یا از بین رفته اند.

بدون غلافی که يك آکسون را پوشانده است جریان تحریک عصبی کاهش پیدا کرده آشفته شده یا کوتاهی مدار پیدا کرده و کلا قطع میشود. وقتی چنین اتفاقی رخ دهد پیامهای ارسالی از مغز دیر به مقصد میرسند یا درست به مقصد نمی رسند و یا اصلا به مقصد نمیرسند. در این حال فعالیتهایی که قبلا بسادگی انجام می شدند حالا نیاز به زمان بیشتری برای انجام شدن دارند و انجامشان دشوار میشود یا حتی انجام شدنشان غیر ممکن میگردد.

تا چند سال پیش تحقیقات ام اس در درجه اول روی از دست رفتن میلین متمرکز بود. تحقیقات جدید نشان میدهند که آکسونها نیز در ام اس دچار ضایعه میشوند. این یافته به محققین اجازه میدهد تا روی سایر رویکردها برای درمان ام اس کار کنند مثل استفاده از داروهایی که میتوانند از مرگ سلول عصبی جلوگیری نمایند (عوامل حفاظت عصبی) یا فرایندهایی که اعصاب تخریب شده را ترمیم میکنند. در ام اس از نوع عود کننده - فروکش کننده میلین و آکسونها بطور شدید و دائمی تخریب میشوند و زمانیکه تورم تخفیف پیدا میکند و عود بیماری پایان می یابد. علائم بطور عادی یا از بین میروند یا بشدت کاهش میابند

تغییرات بارامی روی میلین یا آکسونها رخ میدهد که منجر به آهسته شدن تحریکات عصبی میشود اما این تغییرات اغلب برای ایجاد علائم کافی نیستند. حرکت تحریکات عصبی در طول آکسون دارای يك سرعت کاهش یافته است اگر چه تصور بر این است که در چنین حالتی بیماری ام اس

دچار بی رمقی و خستگی میگردد.

در نوع پیشرونده ام اس میلین و آکسونها دچار تخریب جدی میشوند. گمان نمی رود تورم در سیستم مرکزی اعصاب عامل باشد (آنجائیکه سلولها به دیگر سلولها حمله میکنند) اما بجای آن سلولها بخودی خود میمیرند که این پدیده را apoptosis مینامند. گاهی اوقات ام آر آی پیشرفت مداوم در اختلالات آکسون و atrophy مغز را در مراحل اولیه MS نشان میدهد. این یافته ها این عقیده را که درمان ام اس بزودی پیدا میشود تقویت میکند. شواهد نشان میدهد که سلولها نیاز به بازسازی این آکسونها داشته و میلین احتمالا هنوز در نواحی خسارت دیده وجود دارند و درمانهایی برای فعال نمودن این سلولها پیدا می شود.

• ضایعات و سلولهای گلبول سفید

اگر چه محققان هنوز باید تایید کنند که کدام عامل اولیه منجر به تخریب میلین و آکسون می باشد ولی عوامل بسیاری که در این مورد درگیر هستند تعیین شده اند. يك عود بیماری ام اس وقتی شروع میشود که میلین ملتهب و متورم میشود. به این ناحیه متورم شده Lesion یا ضایعه گفته میشود. مویی رگها در ناحیه بزرگ شده و سلولهای گلبول سفید فعال به بافتهای مغز نشت میکنند. این سلولهای برانگیخته ماده شیمیایی بنام cytokines ترشح میکنند که سلولهای خاصی بنام macrophages را فعال می کنند این سلولها میلین را تخریب می کنند. گلبولهای سفید واحد اصلی سیستم ایمنی هستند و بوسیله بدن برای مبارزه با مواد خارجی تولید می شوند مواد خارجی که میتوانند باعث عفونت و بیماری در انسان شود. اغلب محققان معتقد هستند که ام اس يك بیماری خود ایمنی است بیماری که در آن گلبولهای سفید خون بطور اشتباه به سلولهای خودی حمله میکنند.

• Macrophages

سلولهای گلبول سفید خون از spleen , thymus و گره های لنفاو تشکیل شده اند دو نوع از سلولهای گلبول سفید خون در ارتباط با ام اس هستند: سلولهای بزرگتر بنام macrophages و سلولهای کوچکتر بنام lymphocytes. Macrophages همچنین به سلولهای لاشخور معروفند زیرا با محاصره و خوردن آشغالها باعث تمیزی نواحی می شوند اما برای بیماران ام اس آنها میلین ها را می خورند Macrophages ترشح کننده proteases هستند که عامل نابودی میلین ها می باشند. Macrophages همچنین تولید کننده prostaglandins هستند که تا حدی باعث تورم بیشتر و اختلال در عملکرد سیستم ایمنی میشوند و حتی ممکن است باعث توقف مطلق این سیستم شوند. بعلاوه Macrophages ترشح کننده free oxygen radicals هستند که تاثیر اساسی روی عملکرد سیستم ایمنی بوسیله تخریب سلولها و افزایش تورم دارند.

• Lymphocytes

در میان انواع زیاد Lymphocytes دو نوع B-lymphocytes و T-lymphocytes در مغز و استخوان وجود دارند که immunoglobulins را تولید میکنند (gammaglobulins نیز نامیده میشوند) که اغلب آنتی بادی هستند (سلولهایی که با بیماریها و عفونتها میجنگند). امروزه تصور میشود آنتی بادیها قادرند به میلین صدمه بزنند.

درمانهایی برای این سلولهای B و آنتی بادی ها ممکن است محور دیگری برای داروهای آینده بر علیه این بیماری باشد.

بیشتر T-lymphocyte ها در غده thymus دوره بلوغ خود را میگذرانند. در يك بیمار ام اس که دچار عود بیماری شده باشد شمار T-lymphocyte ها در مایع مغزی نخاعی ممکن است افزایش پیدا کنند. مایع مغزی نخاعی مایعی است که در مغز گردش داشته و خوراك مغز و کانال مهره ستون فقرات را تامین میکند

از میان تعداد زیاد T-lymphocyte ها سه نوع آنها عبارتند از:

(۱) سلولهای T-helper که تعداد این سلولها در جریان تشدید ناگهانی علائم بیماری یا در زمان سامان بخشی پاسخ ایمنی در مایع مغزی نخاعی افزایش می یابد و بعنوان سلولهای T تنظیم کننده همراه با سلولهای T-suppressor در نظر گرفته میشوند.

(۲) سلولهای T-suppressor محققین متوجه کاهش فعالیت این سلول در خون در اوائل تشدید جدید علائم بیماری شدند و همانگونه که از اسمش پیداست (suppressor یعنی مهار کننده) این سلولها باعث توقف پاسخ ایمنی هستند. فعالیت سلول مهار کننده T بعد از يك حمله ام اس به حالت عادی باز میگردد.

(۳) سلولهای T-killer این سلولها برای حمله و نابودی هر چیزی که سیستم ایمنی آنرا ماده ای خارجی تلقی کند فرستاده میشوند.

همراه با ماکروفونازها لمفوسیت‌های T وقتی با محرکی مواجه می‌شوند فعال می‌گردند زمانی که چنین شود لمفوسیت‌های T از لحاظ زیست‌شناسی فعالیتشان بیشتر می‌گردد اندازه آنها بزرگتر شده و باعث پدید آمدن مواد شیمیایی بنام cytokine ها میشوند اینها مولکولهای پروتئین هستند که ارتباط بین سلولها و عمل میانجی‌گری پاسخ ایمنی را تسهیل میکنند چنین فرایندی بوسیله تعامل با گیرنده‌های خاص سطح سلول ممکن می‌گردد.

- چهار نوع سیتوکین عبارتند از:

۱) Interleukines

۲) Lymphokines

۳) Interferons

۴) Tumor necrosis factor

- عملکرد سیتوکینها عبارتند از

۱) افزایش تورم و ضایعه (pro-inflammatory) یا

۲) کاهش تورم (anti-inflammatory).

- سیتوکینهای pro-inflammatory بوسیله عوامل زیر کار میکنند:

۱) افزایش تعداد لیمفوسیتها

۲) فعال نمودن ماکروفاژها

۳) افزایش گردش خون و edema (بلع از مایع محتسب) از بافت

۴) آوردن سلولهای اضافی گلبول سفید

• سلولهای (T-helper ۱)

این سلولها تولید کننده pro-inflammatory cytokines هستند. اینها سلولهایی هستند که بیماری ام اس را بدتر کرده باعث ایجاد جراحت در میلین و آکسونها می‌شوند. که شامل اینترفرون گاما (IFN-gamma) فاکتور IL-۲, IL-۶, IL-۱۲ (interleukin ۱۲) tumor necrosis (TNF-alpha) و IL-۱ هستند. سلولهای Th-۱ تصور میشود در جریان يك حمله ام اس یا تشدید ناگهانی علائم افزایش پیدا میکنند.

سلولهای Th-۲ (T-helper ۲) این سلولها تولید کننده سیتوکینهای ضد التهاب هستند و کارکردشان متوقف نمودن التهاب و ضایعه (lesion) در ام اس می‌باشد. که شامل IL-۱۰, IL-۴ (interleukin ۴) و فاکتور رشد در حال تبدیل (TGF-b) . سلولهای Th-۲ در زمان عود و برگشت ام اس کاهش پیدا کرده و در پایان شعله‌وری بیماری میزان آن افزایش می‌یابد. درمانهایی که باعث تغییر سلولهای T از Th-۱ به Th-۲ میشوند و روی ام اس موثرند داروهایی مثل کوپکسون که نوعی اینترفرون بتا است می‌باشد. (این دارو به عللی در ایران توزیع نمی‌شود).

• سلولهای پلازما Plasma Cells

برخی از لیمفوسیت‌های وارد شده به مغز سلول پلازما میشوند که تولید کننده مقدار زیادی ایمونوگلوبولین‌ها (آنتی‌بادی‌ها) هستند آنها همچنین پس از يك تشدید علائم بیماری یا شعله‌وری برای مدت طولانی در سیستم اعصاب مرکز باقی می‌مانند. • سلولهای گلیال Glial Cells اینها سلولهای غیر نورونی مغز هستند که یاری دهنده به اعصاب می‌باشند (نورونها سلولهای متفکر مغز هستند که به سلولهای خاکستری نیز معروفند). يك نوع از سلول گلیال مربوط به ام اس oligodendrocyte (oligo) می‌باشد. Oligo ها سلولهای تولید کننده میلین عصبی هستند. گاهی اوقات نیز میلین‌ها بوسیله همین سلولها ترمیم می‌شوند فرایندی که به آن remyelination گفته میشود. وقتی ترمیم میلین صورت بگیرد بیمار ام اس بهبود در علائم بیماری را حس میکند که به این حالت remission گفته میشود. متأسفانه در بیشتر حالت‌های ام اس oligo ها نهایتاً کاهش یافته یا باتمام میرسند که در نتیجه آن میلین از بین میرود و توانایی میلین سازی نیز از دست میرود.

میلین جدید بطور طبیعی بوسیله oligo های تازه یا جوان تولید میشوند این سلولهای تازه میلین طی مراحل از نوعی سلول دیگر بنام سلول بنیادین بوجود می‌آیند. همچنان که سن انسان بالا میرود سلولهای بنیادین کمتر قادر به تبدیل به oligo ها هستند oligo های پیرتر خودشان را تقسیم و جایگزین نمیکنند. بدون oligo های جوان یا سلولهای بنیادین تولید میلین remyelination به آهستگی یا ناقص صورت می‌گیرد.

محققین در حال کار روی مکانیزم کشت oligo های جوان یا سلولهای بنیادین در بیماران ام اس برای کمک به ترمیم میلین در نواحی که دچار ضایعه

هستند می باشند. اگرچه این فرایند تأثیری روی خود بیماری ندارد اما بهبود بالقوه در عملکرد اعصاب در بیماران دچار معلولیت شده را به همراه دارد مانند کاربرد آن برای بیمارانی که دچار ضایعه ستون فقرات هستند و یا دیگرانیکه از ضایعات عصبی در رنجند.

در مطالعه های گذشته سلولهای گلیال در سگهای دچار ضایعه میلین کشت شدند. این کشت منجر به ترمیم میلین در مقیاس زیاد شد و برای یکی از سگها ترمیم میلین تا ماهها ادامه داشت

احتمال دیگر مربوط به زخمهای دور آکسونهای دچار ضایعه شده در بیماران ام اس می شود. همانگونه که قبلا اشاره شد مطالعات اینطور نشان می دهند که سلولها ممکن است هنوز قادر به ترمیم میلین در این نواحی باشند. و محققین شاید بتوانند راهی برای فعال کردن این سلولها بیابند.

عایقبندی میلین در دو سیستم دیگر جدا از سیستم مرکزی اعصاب یافت میشود سیستم اعصاب پیرامونی (PNS) که اعصاب متصل کننده ستون فقرات به دستها و پاها را شامل میشود و سیستم اعصاب خودکار (ANS) که اعمال خود کار بدن مثل تنفس - تعرق - ضربان قلب را کنترل میکند.

این سیستم ها بنظر میرسد تحت تأثیر ام اس قرار نمی گیرند در واقع بیماران ام اس بسیار کمی علائم مربوط به اختلالات ANS را تجربه می کنند. یک آزمایش در مرحله اول ساختار سلول میلین را از PNS (که به سلولهای شوان Schwann cells معروفند) برداشته و در مغز یک بیمار ام اس کشت داده که ببینند آیا این سلولها در سیستم مرکزی اعصاب تولید میلین میکنند یا خیر برنامه ریزی برای تحقیقات بیشتر بستگی به این آزمایش اولیه دارد.

نوع دیگر سلول گلیال که در ام اس نقش دارد astrocyte است سلولی که بطور عادی از آکسونها حمایت می کند. Astrocyte ها وقتی وارد میلین تخریب شده میشوند هم تعدادشان و هم اندازه اشان بزرگ میشود احتمالا خودشان به آکسونها حمله میکند و جلوی ترمیم میلین را میگیرند. Gliosis آستروسیت بیش از حد بزرگ شده است که باعث ایجاد زخم حول آکسون میشود.

● سد مغزی-خونی و چسبیدگی مولکولها

وظیفه آستروسیت تنظیم عبور مواد قابل حمل بین مجاری خون و دیگر سلولهای سیستم مرکزی اعصاب است. برای دسترسی به بافت سیستم مرکزی اعصاب سلولها باید از سد مغزی-خونی عبور کنند. تحت شرایط عادی توانایی مواد برای عبور از دیواره مجاری خون به سیستم مرکزی اعصاب بسیار محدود است بدین معنی که بسیاری از سلولها شامل آنهاییکه باعث ایجاد جراحت هستند بطور عادی قادر به عبور از دیواره مجاری و حمله به سلولهای سیستم مرکزی اعصاب نیستند.

در ام اس سلولهای گلوبول سفید میتوانند از سد مغزی-خونی عبور کنند و میلین را جهت تخریب مورد حمله قرار دهند. تحقیقات نشان داده است که سد مغزی - خونی باید در درجه اول برای جلوگیری از بوجود آمدن ام اس و سپس برای جلوگیری از تخریب میلین اصلاح گردد.

چسبندگی مولکولها ساختار پروتئینی داشته و باور بر این است که به سلولهای گلوبول سفید سیستم ایمنی کمک میکند تا از سد خونی مغزی بگذرند این مولکولها روی سطح سلولهای گلوبول سفید قرار دارند مثل آستر سلولهای مجاری خون.

سلولهای گلوبول سفید ابتدا بایستی به مجاری خون بچسبند و آستری را بکمک مولکولهای چسبنده قبل از عبور از سد خونی مغزی و رسیدن به سیستم اعصاب مرکزی بوجود آورند.

محققین در حال آزمایش عامل جدیدی هستند که مولکولهای چسبنده را بلوک میکند تا از عبور سلولهای سیستم ایمنی از سد مغزی خونی و رسیدن آنها به میلین جلوگیری کند. فاکتورهای که تصور میشود احتمالا نفوذ پذیری سد مغزی خونی را افزایش میدهند عبارتند از عفونت ویروسی و واکسیناسیون.

● پلاکها

زمانیکه میلین ملتهب شده و خون به ناحیه نفوذ میکند (خونی که حامل ماکروفاژها و لنفوسیتهاست) برخی تغییرات مهم رخ میدهند.

- سلولهای مهار کننده T کاهش می یابند. (سلولهایی که پاسخ ایمنی را مهار میکنند)

- سلولهای Th-1 افزایش می یابند (سلول هائیکه ابتدا پاسخ ایمنی را از طریق سیتوکینها بهتر میکنند)

- اینطور تصور می شود که سلولهای کشنده T و آنتی بادی ها میلین را هدف قرار داده به میلین و آکسونها حمله میکنند به مانند اینکه آنها مواد خارجی هستند(در نتیجه این حمله ما دچار بیماری یا عفونت می شویم).

- ماکروفازها عمل تمیز کردن را بوسیله مصرف و هضم میلین صدمه دیده انجام می دهند.

- اولیگوها سلولهای که میتوانند میلین جدید تولید کنند کم یا کلا ناپدید می شوند.

- استرو سائتها مقدار و اندازه اشان زیاد و بزرگ میشود که تشکیل بافت ضخیم و متراکمی را با سلولهای دیگر در همان ناحیه میدهند . این فرایند منجر به ایجاد بافت قوی دور آکسونها میشود که شبیه به زخم یا سوختگی است. این زخم به پلاک مشهور است این نواحی بافت ضخیم که بوسیله آستروسائتها ایجاد شده اند در آزمایشهای MRI بصورت لکه های سفید در مغز نشان داده میشوند.

تغییر در اندازه - تعداد و محل پلاکها تعیین کننده نوع و شدت علائم بیماری است همچنان که نموداری دیداری برای پزشك برای اندازه گیری میزان پیشرفت بیماری است. پلاکها ممکن است يك آکسون یا چندین آکسون را در بر بگیرند. آنها در اندازه های متفاوت از سر يك سوزن تا يك اینچ طول اندازه دارند.

از آنجائیکه پلاکها انباشته یا تعدادشان افزایش می یابد کارکرد سیستم اعصاب مرکزی به مرور بدتر می شود.

جالب اینکه پلاکها گاهی اوقات بطور گسترده ای در مغز و ستون فقرات پخش میشوند که مشکل خاصی را بوجود نمی آورند دوکلمه multiple sclerosis نیز از همین جا اقتباس شده است در واقع ریشه در کشف پلاکها دارد. multiple یعنی متعدد و sclerosis یعنی زخم و جراحی.

بیاد داشته باشید که تورم همیشه باعث ایجاد ضایعه در میلین و تشکیل پلاک نمی شود. برخی از آنها بدون ایجاد ضایعه ای بطور کامل بهبود می یابند. چه عاملی به سلولها دستور میدهد تشکیل پلاک بدهند هنوز ناشناخته است. چه چیزی مانع تشکیل پلاک در سایر موارد میشود نیز هنوز يك راز است. سلولهای Th-۲ ظاهر شده و از خود سیتوکینهای ضد تورم یا anti-inflammatory Cytokines را آزاد میکنند که شاید یکی از دلایل توقف ضایعه و جراحی باشد.

نورم فقط در مراحل ابتدایی SPMS رخ میدهد و بعدا دژنراسیون (رو به انحطاط گذاردن) اولیه باعث تخریب میلین و آکسون میشود. در این زمان apoptosis رخ میدهد و سلولها بسادگی می میرند . مورد اخیر در خصوص یکی از انواع ام اس پیشرفته صدق میکند.

• علل احتمالی

علت هر بیماری در يك یا چند سطح از طبقات زیر قرار دارد

- toxic سمی

- vascular رنگی آوندی(عروقی)

- metabolic مربوط به سوخت و ساز

- heredity وراثتی

- congenital مادر زادی

- degenerative بیماریهایی که بمرور زمان ارگانهایی از بدن تخریب میشوند

- psychogenic بیماریهای روانی عقلانی

- tumors بیماریهای توده ای

- trauma بیماریهای ضربه ای

- infection عفونت

- allergy حساسیت شدید

بسیاری از طبقات فوق با بیماری ام اس نامربوط هستند و طبقاتی نیز به نظر میرسد در ابتلا به بیماری ام اس نقش داشته باشند اما بیشتر تحقیقات از این نظریه پشتیبانی میکنند که در ابتلا به ام اس عوامل مرکب دخیل هستند تا يك عامل مجرد.

▪ بیشترین احتمالات ابتلا به ام اس مربوط به بیماری های

- وراثتی (مورد استعداد ژنتیکی)

- عفونت (بخصوص عمل آهسته ویروسها یا باکتری که ممکن است برای سالها در حال کمون بمانند)

- آلرژی (خود ایمنی , وقتی کسی نسبت به بافتهای بدن خودش دچار حساسیت شود)

سایر عوامل محتمل عبارتند از:

- رگی (مربوط به جریان گردش خون)

- تجمع سموم / سوخت و ساز موادی چون اکسید نیتريك

(۱) وراثت

اگر چه وراثت عامل بیماری ام اس نیست یعنی ۵۰ درصد بیماران بچه هایشان ام اس نمی گیرند، ولی استعداد ژنتیکی ممکن است دخیل باشد. همانگونه که قبلا اشاره شد داشتن ملیت خاص بیشتر از سایر عوامل میتواند دخیل باشد. به هر حال اگر کسی در خانواده اش يك ام اس داشته باشد احتمال ابتلا به ام اس برای او بیشتر است. بعنوان مثال شانس يك آمریکایی برای ابتلا به ام اس يك به هزار است (يك دهم يك درصد) وقتی عضوی از خانواده ام اس داشته باشد ریسك ابتلا به ام اس تا سه و چهار درصد برای سایر اعضا خانواده افزایش می یابد. بطور فنی برای اينکه يك بیماری وراثتی تلقی بشود باید بیست و پنج درصد یا بیشتر برادر یا خواهران بیمار و ۵۰ درصد یا بیشتر فرزندان او مبتلا به آن بیماری باشند. درحالی که وراثتی بودن ام اس تا باید نشده است تحقیقات نشان میدهند که ۵ درصد افراد ام اس دارای برادر یا خواهر با همان بیماری هستند و ۱۵ درصد دارای نسبت نزدیک هستند. مطالعه روی دوقلوها نظریه استعداد ژنتیکی را تقویت میکند. شیوع بیماری ام اس در دوقلوهای برادر(غیر همسان) به میزان ۵ درصد در مقایسه با دوقلوهای همسان به میزان ۳۱ درصد. بعلاوه کشف جراحیهای ام اس بدون وجود علائم در دوقلوهای سالم همسان در بیش از نیمی از سایر دوقلوهای تحت مطالعه.

محققان ژن پاسخ ایمنی را در کروموزوم ۶ تشخیص داده اند که به HLA DR۲ موسوم است . آنچه در اروپای شمالی معمول است اینکه بیشتر بیماران ام اس رابطه نزدیکی با ژن مربوطه دارند یافتن يك آنتی ژن معمولی بنام HLA در کلیه (تمام) بیماران ام اس و آنهايکه بیشترین استعداد ابتلا به بیماری را دارند غیر محتمل است. تحقیقات بشدت روی عوامل ژنتیکی ام اس تاکید دارند.

(۲) عفونت

برای بیش از یکصد سال عفونت (يك ویروس یا باکتری) بعنوان مضمون اصلی در ایجاد ام اس مطرح بوده است. يك ویروس دیر - عمل , ویروسی که میتواند برای سالها خود را در حال کمون نگاه دارد تا زمانیکه ماشه بیماری کشیده شود پنهان می ماند. چنین ویروسی میتواند در این بیماری نقش داشته باشد زیرا سه یافته مهم از این ایده پشتیبانی میکند:

(۱) اولین یافته مربوط به رابطه بین استعداد ابتلا به ام اس و محیط پیرامون است (بخصوص فاصله با خط استوا) در طول اولین پانزده سال عمر در معرض ویروس قرار گرفته سپس ویروس برای سالها بصورت پنهان باقی می ماند. سایر بیماریهای حاد مثل بیماری پارکینسون از چنین الگوی جغرافیایی مثل ام اس پیروی میکنند. انتقال به ناحیه کم خطر بنظر نمی رسد ریسك ابتلا به بیماری را کاهش دهد مگر اینکه این مهاجرت در زمان کودکی صورت گیرد. محلی که شخص اولین ۱۵ سال عمر خود را در آن میگذراند بنظر میرسد تعیین کننده احتمالی تشخیص بیماری ام اس در آینده است.

▪ سایر تئوریهای مربوط به عرض جغرافیایی و افزایش تعداد بیماران عبارتند از:

- آب و هوا (و رطوبت مربوطه , هوای خنك و کاهش اشعه امواج فرا بنفش)

- محیط پیرامون (شامل رژیم غذایی و نحوه زندگی)

- نظافت

- مصونیت نژادبیشترین میزان شیوع بیماری ام اس در کشورهای دیده میشود که از لحاظ استانداردهای بهداشتی در مقام اول قرار دارند. کشورهای فقیر تر که از نظر بهداشتی در رتبه های بسیار پایین تری قرار دارند دارای کمترین میزان شیوع بیماری ام اس هستند. این وضعیت از این تئوری که قرار گرفتن در معرض این باکتری یا ویروس در سنین بسیار کم سیستم ایمنی را بر علیه این بیماری آماده میکند تقویت میکند.

(۲) دومین یافته مربوط به دنبال نمودن يك ویروس موجود است. بعنوان مثال سطوح غیر عادی آنتی بادیهای ویروسی که همواره در بیماران ام اس پیدا شده است بمانند ذرات ویروسی مختلف و دیگر نشانه های عفونت ویروسی. اگر چه ویروس بخصوصی در ارتباط با ام اس شناخته نشده است , مطالعات انجام شده برای مدت بیش از ۵۰ سال بیش از ۱۰ نوع از آنتی بادیها را در مایع مغزی-نخاعی در بیماران ام اس نشان داده است. بیشتر بیماران ام اس حداقل دارای يك نوع آنتی بادی ویروسی هستند (اگر بیشتر نباشد) توجه خاص روی سرخك , تیخال , لنفوم سلول T انسانی , و ویروسهای Epstein-Barr است. تصور دخیل بودن بیش از يك ویروس در كمك به ایجاد ام اس یا عامل اصلی ام اس نیز بسیار قوی است.

تحقیقات گذشته همبستگی جالبی را بین افزایش شدید ویروس هاری (CDV) در ناحیه ای که جمعیت سگها بالا بود (اشخاص زیادی به نگهداری سگ می پرداختند) و افزایش موارد بیماری ام اس در ۱۰ سال بعد پیدا کردند. این مورد، هم در آیسلند و هم در جزیره ای نزدیک انگلستان ثبت شده است.

محققان متفق القولند که ام اس قابل انتقال نیست بعبارت دیگر مسری نیست بنابراین از یک فرد به فرد دیگر قابل سرایت نیست (مگر ژنتیکی). همسران بیماران ام اس ریسکی را متحمل نمیشوند و انتقال بیماری در کودکان به فرزندی قبول شده در خانواده ای که مادر یا پدر ام اس داشته مشاهده نشده است.

محققان شواهدی از ویروس تبخال یافتند که احتمالاً در ایجاد بیماری ام اس موثر است. تجمعی از این ویروسها در لبه پلاکها در کالبد شکافی مغز بیماران ام اس یافت شد در حالیکه در کالبد شکافی مغز افراد بدون ام اس چنین تجمعی از ویروس مشاهده نشد. این ویروس human HHV-۶ (herpesvirus-۶) ویروس تبخال انسانی - ۶ همان ویروسی است که در کودکی باعث سرخک می شود. در یک تخمین ۹۰ درصد آمریکائیا مبتلا به این بیماری شده اند که عمدتاً در کودکی افراد را مبتلا کرده و باعث تب خفیف میشود.

در تحقیق اخیر سلولهای فعال مبتلا کننده HHV-۶ در بافت سیستم مرکزی اعصاب ۷۳ درصد بیماران ام اس وجود داشته اند. ۹۰ درصد بخشهای بافت که با demyelination فعال مواجه بودند دارای سلولهای مبتلا شده به HHV-۶ بودند. در مقایسه با بافتهای غیر فعال بیماری تنها ۱۳ درصد مبتلا به ویروس بودند. در بافت سیستم مرکزی اعصاب از ۲۸ فرد بدون بیماری ام اس تنها دو مورد مبتلا به HHV-۶ بودند و هر دو به بیماری HHV-۶ Leukoencephalitis در آنها تشخیص داده شده بود (بیماری ماده سفید مغز).

همچنین در ۵۴ درصد از ۴۱ بیمار ام اس عفونتهای HHV-۶ فعال در نمونه آزمایش خون آنها مشاهده شد. اما در آزمایش خون که از ۶۱ فرد سالم بعمل آمد وجود این عفونت منفی بود.

مقایسه بیماران ام اس با عفونت HHV-۶ و بیماران بدون این عفونت تفاوتی در دوره های بیماری مشاهده نشد. اگر چه آنهایی که آزمایششان مثبت بود در مقابل بیماری که آزمایش آنها منفی بود بسیار جوان تر بودند و برای مدت زمان کمتری دچار بیماری ام اس شده بودند. که احتمال تغییر آسیب شناسی ام اس را در طول زمان تقویت میکند. با این وجود یک پیوند علی بین ام اس و HHV-۶ برقرار شده است.

۳) ویروس (Epstein-Barr)

این ویروس در ارتباط با ام اس بوده است و برخی از دانشمندان بر نقش این ویروس در ایجاد و سبب شناسی بیماری ام اس تاکید دارند. این ویروس به خانواده تبخالها تعلق دارد و ابتدا بعنوان عامل اصلی تک هسته فزونی؟ بیماری منونوکلئوز (mononucleosis) شناخته میشود. EBV عامل بیماریهای دیگر چون سرطان و اختلالات عصبی است.

EBV بسیار شایع بوده و بیش از ۹۵% افراد تا ۴۰ سال در آمریکا آلوده به این ویروس هستند. نتایج دو تحقیق در دانشکده پرستاری دانشگاه هاروارد نشان داده است که زنان با سطوح بالای آنتی بادی EBV در گلوبول سفید خونی چهار برابر بیشتر در معرض ابتلا به ام اس هستند از طرف دیگر سایر تحقیقات نشان داده است که افراد بدون آنتی بادی EBV بندرت دچار ام اس شده اند.

این یافته ها باعث نمی شود که ویروسی بودن بیماری ام اس قطعی تلقی گردد درحالیکه اینها خبر از شواهد فزاینده در خصوص ویروسهای فعال یا آنتی بادیهای ویروسی در افراد مبتلا به ام اس در مقایسه با افراد بدون ام اس میدهند. محققین نمی دانند نتایج حاصله علت بیماری ام اس است یا تاثیر آن. از آنجائیکه سیستم خود ایمنی بیماران ام اس بیش از حد فعال بنظر میرسد، یک بیمار ام اس واکنش بیشتری نسبت به ویروسهای خفته نشان میدهد تا افرادی که سیستم ایمنی منظم تری دارند. در هر حال این یافته ها ما را بسوی آزمایشهای بیشتر در خصوص استفاده از داروهای ضد ویروسی برای درمان ام اس رهنمون میکند.

• سومین یافته حاصل از مطالعات نشان میدهد که چگونه ویروسها میتوانند باعث حالت شبیه فروکش و عود بیماری ام اس و از بین رفتن میلین بعنوان یک بیماری در حیوانات شوند آزمایشهای اولیه اغلب در آزمایشگاه روی حیوانات آزمایشگاهی صورت گرفت که آنها را به بیماری موسوم به (EAE) (experimental allergic encephalomyelitis) مبتلا نمودند.

EAE یک بیماری خود ایمنی است که با تزریق میلین یا پروتئین های خاص میلین به حیوانات سالم بوجود می آید این پروتئین ها حاوی ارگانیسم های سل کشته شده هستند. EAE شبیه ام اس عمل کرده و به محققین اجازه میدهد تا روی بسیاری از زمینه های تخریب میلین مطالعه کنند. البته به هر حال اختلاف زیادی بین دو بیماری وجود دارد و داروهایی که روی بیماری EAE موثر بوده اند روی ام اس تاثیر کمی داشته اند.

مدل تجربی دیگر ام اس ویروس TMEV (Theiler's murine encephalomyelitis) می باشد. بوسیله مایه کوبی درون مغزی موشهای مستعد میتوانند دچار این بیماری شوند که حالت شبیه سازی تورم و تخریب میلین inflammation and demyelination که در ام اس بوجود می آید را ایجاد میکند.

این مدل‌های تجربی MS به محققین بینشی در مورد فرایندهای سلولی که در ام اس اتفاق می افتد میدهد. این مدلها همچنین برای یافتن درمانهای جدید قبل از آزمایش روی انسان حیاتی هستند زیرا محققین را قادر به مطالعه روی انواع مواد دارویی از جهات امن بودن - کارا بودن و پاسخ بدن به دارو میکند

۴) Allergy حساسیت

از نظر تکنیکی ام اس را میتوان بطور کامل يك نوع آلرژی دانست اما این نوع آلرژی با آلرژی که ما بطور سنتی ناشی از مواد خارجی مثل گرده و غبار میدانیم متفاوت است بجای آن این نوع آلرژی ناشی از خود ایمنی است و زمانی رخ میدهد که فرد نسبت به بافتهای بدن خودش حساس شود و آنتی بادیهایی را تولید کند که به سلولهای سالم بدنش حمله کنند.

ام اس عامل بوجود آمدن آنتی بادی هایی است که به میلین و آکسون حمله میکنند. سایر بیماریهای خود ایمنی مثل تب، درد مفاصل، آرتریت روماتوئید، لوپوس و میاستنیا گراویس است.

۵) ضربه یا زخم

ایده جراحی یا حتی حمله فشار روحی برای شروع ام اس یا برانگیخته شدن ام اس برای مدت‌هاست که مورد بحث و مجادله بین محققین ، پزشکان و بیماران است. تعداد زیادی مطالعه برای دستیابی به بینشی عمیق تر در خصوص این تئوری انجام گرفته است ، در بیشتر موارد نتایج غیر قطعی بودند اگر چه بسیاری از بیماران ام اس به وجود traumatic یا واقعه تنش زا که منجر به ایجاد یا وخیم تر شدن ام اس آنها شده است گواهی میدهند.

۶) Vascular مربوط به رگ عروقی

در ارتباط با گردش خون يك عامل رگی یا عروقی برای ام اس تا همین اواخر نا مربوط تلقی میشد. يك مطالعه نشان داد حدود ۵۰% بیماران ام اس سر درد های میگرنی را گزارش نموده اند در همین حال مطالعه دیگری یافته است که سر درد های میگرن تا بیش از دو برابر در بین بیماران ام اس نسبت به گروه های کنترل شایعتر است. بیش از يك سوم بیماران اعلام نمودند که قبل از تشخیص بیماری ام اس در آنها دچار میگرن بوده اند و ۲۰% نیز گزارش نمودند دارای سابقه خانوادگی در خصوص میگرن هستند در مقابل ۱۰% گروه کنترل.

این اطلاعات جدید احتمالا ما را بسوی يك ارتباط عروقی در زیر مجموعه ای از بیماران ام اس هدایت میکند. يك توضیح آن ممکن است این باشد که عوامل ژنتیک ام اس عامل میگرن نیز هستند در هر حال پیوند تصادفی وجود ندارد.

• تئوریهای مرکب

MS ممکن است بیماری باشد که ابتدا با يك ویروس آرام عمل کننده شروع شده و سپس منجر به اختلال سیستم خود ایمنی در افراد مستعد از نظر ژنتیکی شود. بخشی از حملات

ام اس تقریباً بلافاصله بعد از يك بیماری ویروسی رخ میدهد، بیماریهایی مانند سرماخوردگی یا آنفولانزا . در صورتی که سیستم ایمنی در معرض يك ویروس آرام عمل کننده قرار گرفته باشد يك بیماری ویروسی احتمالا در ایجاد ام اس بدتر شونده نقش دارد.

يك تئوری این ایده را دنبال میکند که سیستم ایمنی به اشتباه بخشی از میلینی را که ساختار آن شبیه به يك ویروس است (molecular mimicry) اصلاح میکند سیستم ایمنی سپس به اشتباه میلین را نابود میکند. تئوری دیگر با ایجاد ضایعه در میلین ناشی از عفونت ویروسی شروع میشود سپس باعث رها شدن مقداری از میلین در جریان خون میگردد که حاصل آن پاسخ سیستم خود ایمنی برای مبارزه با مواد خارجی است.

بعلاوه عفونتهای ویروسی T-lymphocytes را فعال میکند که در نتیجه آن interferon-gamma (IFN-gamma) در بدن رها میشود IFN-gamma يك سيتوكين است که سیستم ایمنی را برای مورد هدف قرار دادن و تخریب سلولها تحريك میکند. مطالعات بالینی نشان داده اند که IFN-gamma ام اس بدتر شونده را درمان میکند.

Interferon-beta (IFN-beta) در بدن نیز تولید میشود و ام اس را بوسیله کاهش اهداف تشخیص داده ، ترمیم BBB(سد خونی-مغزی) و کاهش تورم ناشی از سيتوكينها آرام می نماید. سه نوع داروهای IFN-BETA عبارتند از بتاسرون - اونکس و ریبف که همگی آنها برای درمان طولانی مدت

منبع : حکیم باشی

<http://vista.ir/?view=article&id=263520>

آنچه باید درباره سکته مغزی بدانیم

هرساله نزدیک به ۵۰۰ هزار آمریکایی به سکته مغزی دچار می شوند و تقریباً ۱۵۰ هزار آنان جان می دهند. همین امر سکته مغزی را به سومین عامل مرگ و میر بعد از حمله قلبی و سرطان تبدیل کرده است. حدود ۸۰ درصد تمام سکته های مغزی موقعی رخ می دهند که لخته ای، جریان خون را به مغز مسدود کند. بسیاری از این لخته ها در شریانی تشکیل می شوند که قبلاً بر اثر تصلب شرایین باریک شده باشد خواه در خود مغز یا متداول تر از آن در شریان کاروتیدی واقع در گردن. ۲۰ درصد باقیمانده عبارتند از سکته مغزی خون ریزی دهنده که طی آن خون ریزی در مغز صورت می گیرد، همچون خونی که از رگ پاره شده یا زخم شدید سر جاری می شود. سکته های مغزی خون ریز، که احتمالاً کشنده تر از سکته های ناشی از لخته می باشند در افرادی که دارای پرفشاری خون می باشند، شایع ترست.



- نشانه های هشداردهنده سکته مغزی عبارتند از:
 - ضعف ناگهانی یا بی حس شدن صورت، بازوان، پاها و یا یک طرف بدن.
 - ضعف ناگهانی دید و یا از دست دادن بینایی، به ویژه در یک چشم.
 - سردرد شدید ناگهانی بدون دلیل.
 - ازدست دادن قدرت تکلم و یا اشکال در حرف زدن و یا فهمیدن.
 - سرگیجه بدون علت، ازدست دادن تعادل و یا زمین خوردن به طور ناگهانی به ویژه بدون هر نوع علائم قبلی.
- در سال ۱۹۹۹، از ۱۶۷ هزار و ۳۶۶ بیمار سکته مغزی آمریکا، ۸۰ هزار و ۵۸۹ نفر پیش از ورود به بخش فوریت های پزشکی درگذشتند. مرکز مهار و پیشگیری امراض (سی دی سی) در اطلاعیه ای اعلام داشته که نیمی از افراد مبتلا به سکته مغزی، در راه بیمارستان جان می سپارند. نظرسنجی ها نشان می دهد که مردم آمریکا عموماً از این ۵ علامت هشدارگونه متداول سکته مغزی بی اطلاع هستند. درمان فوری، حیاتی است، ولو اگر نشانه ها ناپدید شوند. مثل مورد سکته، حمله زودگذر مغزی ناشی از کم خونی بافت های مغزی (تی آی ای)، یک سرآغاز معمولی برای سکته مغزی کامل شمرده می شود. ممکن است درمان فوری، نجات بخش باشد و احتمالاً آسیب دائمی را که شامل حرکت، گفتار، بینایی و نقش روانی لطمه دیده است، به حداقل برساند.
- سنجش های پیشگیرانه

در خلال ۳۰ سال اخیر، عمدتاً به برکت درک بهتر علل اصلی، به ویژه عوامل عمده خطرناک نظیر پرفشاری خون، بیماری قلبی، سختی جدار سرخ رگ ها (تصلب شرایین) و مرض قند، بروز سکنه مغزی به نصف رسیده است. شماری از عادات ناسالم سبب زندگی نیز خطر سکنه مغزی را می افزایند که عبارتند از: سیگارکشی، زیاده روی در میگساری، چاقی و شیوه زندگی کم تحرک.

• کاهش خطرات

راه مبتلانشدن به سکنه مغزی، رعایت برنامه غذایی کم نمک با چربی اشباع (سیر) شده، سرشار از الیاف گیاهی و اسیدهای چرب امگا - ۳ موجود در ماهیان چرب است.

برای دسر هم می توانید به سراغ انواع بی خطرتر بروید مثلاً بستنی میوه ای آلبالو، دسری لذیذ، کم نمک و بی چربی است.

گل کلم ایتالیایی همراه ماهی آزاد دارای طعم گوارا، ویتامین «ث» و اسیدهای چرب امگا - ۳ است و چربی اشباع شده اش جزئی می باشد. برنامه غذایی، نقش مهمی را در کاهش یا زدودن عوامل خطرآفرین پیش گفته به عهده دارد.

درواقع، بسیاری از همان توصیه های غذایی که درمورد مبتلایان به بیماری قلبی، پرفشاری خون و مقادیر فزاینده کلسترول خون صادق است، درباره افراد در معرض خطر یا کسانی که سکنه مغزی کرده اند نیز صدق می کند. رعایت یک برنامه غذایی کم چربی، به ویژه چربی های حیوانی اشباع شده و روغن های نخل گرمسیری و نارگیل نقطه آغاز چربی است.

تقریباً ۶۰ درصد کالری باید از کربوهیدرات ها، با تاکید بر مواد غذایی نشاسته ای همچون پاستا [ماکارونی، اسپاگتی و غیره]، غلات و حبوبات نوام با روزانه پنج تانه وعده میوه و سبزی به دست آید. مواد غذایی پادشده سرشار از الیاف گیاهی حل شندی اند که به مهار مقدار کلسترول کمک می کنند و خطر پیدایش تصلب شرایین را می کاهشند. گفتنی است که این مرض، سرخ رگ ها را باریک کرده و زمینه را برای تشکیل لخته های خون که جریان خون را به مغز مسدودی سازد، فراهم می کند.

• سریع ترین زمان تشخیص سکنه مغزی

سکنه مغزی در زمره امراضی است که تشخیص فوری و آغاز مداوای به موقع آن خیلی موثر است. در همایشی که اخیراً در این باره در آمریکا برپا شد، پژوهندگان اظهار داشتند که با پرداختن به سه اقدام ساده می توان دریافت که فردی دچار سکنه مغزی شده یا نه و آیا باید وی را بلافاصله به بخش فوریت های پزشکی انتقال داد؟

شمار زیادی از بیمارانی که به سکنه مغزی مبتلا می گردند، چنانچه در همان ساعات اولیه تشخیص داده و تحت درمان ضدلخته واقع شوند، به معالجه بسیار خوب جواب داده و بهبود می یابند. ولی نکته مهم این است که مساعدترین موقع جهت تجویز این داروهای حل کننده لخته، ۲ ساعت اول بعد از سکنه است و با سپری شدن این فرصت مغتنم، پزشک باید مزایای مصرف این دارو را در مقابل معایب آن بسنجد و بسته به نوع سکنه و تصمیم پزشک می توان از چنین داروهایی سود برد.

۳ عمل آسانی که انجام شان خیلی ساده است و می تواند به افراد یاری کند، از این قرارند:

(۱) از بیمار بخواهیم هر دو دستش را بالا برد.

(۲) از او بخواهیم تبسم کند.

(۳) جمله ساده بگویم و وی بعد از ما بازگو نماید.

چنانچه بیمار قادر نباشد یکی از اعمال یادشده را صحیح انجام دهد، باید فوری وی را به بخش فوریت های پزشکی رساند. طی بررسی که برای تحقیق پیرامون توانایی اشخاص در انجام این ۳ آزمون صورت گرفت، ملاحظه شد تقریباً در ۹۵ درصد موارد، سستی عضله های دست توسط شرکت کنندگان در تحقیق به نحو صحیحی تشخیص داده شده است. مشاهده ضعف عضله های صورت در ۷۱ درصد موارد و تشخیص اختلالات تکلم در ۸۸ موارد درست بوده است.

البته پیوسته باید به یاد داشته باشیم که گرچه تشخیص و درمان سکنه مغزی به کارشناسی و مهارت خاصی نیاز ندارد، اما باید توسط پزشک صورت گیرد و انجام آزمایش های مزبور احتمالاً در پاره ای موارد، یاری رسان است و اطرافیان بیمار را در تصمیم گیری برای رساندن هرچه زودتر او به بخش فوریت های پزشکی مدد می کند. از همین رو، اگر یکی از اعضای خانواده به طور ناگهانی به اختلال تکلم گرفتار شود، حرف های بی ربط و نامفهوم بر زبان آورد و یا یک طرف بدنش بی حس و یا فلج شد و یا هر نوع کجی در صورتش پدید آمد، باید بدون فوت وقت وی را به بخش فوریت های پزشکی منتقل ساخت.

- مواد غذایی زیر را بیشتر بخورید؛
- میوه ها و سبزی های تازه به خاطر ویتامین «ث» و ضد اکسیدکننده های دیگر.
- مغزها، دانه ها، سبزی های سبز پر برگ، جوانه گندم و غلات غنی شده و دارای ویتامین «ای» و سایر میوه های پتاسیم دار.
- ماهی های چرب برخوردار از اسیدهای چرب امگا -م.
- سبوس جو دوسر، حبوبات و میوه های پکتین دار و سایر الیاف گیاهی حل شدنی.
- مواد غذایی زیر را کمتر بخورید؛
- فرآورده های حیوانی و شیری که سرشار از چربی ها اشباع (سیر) شده و کلسترول اند.
- نمک، که امکان دارد بر میزان فشار خون بیفزاید.
- باده گساری
- از این موارد بپرهیزید؛
- سیگار کشیدن.
- اضافه وزن زیاده از حد.

منبع : روزنامه کارگزاران

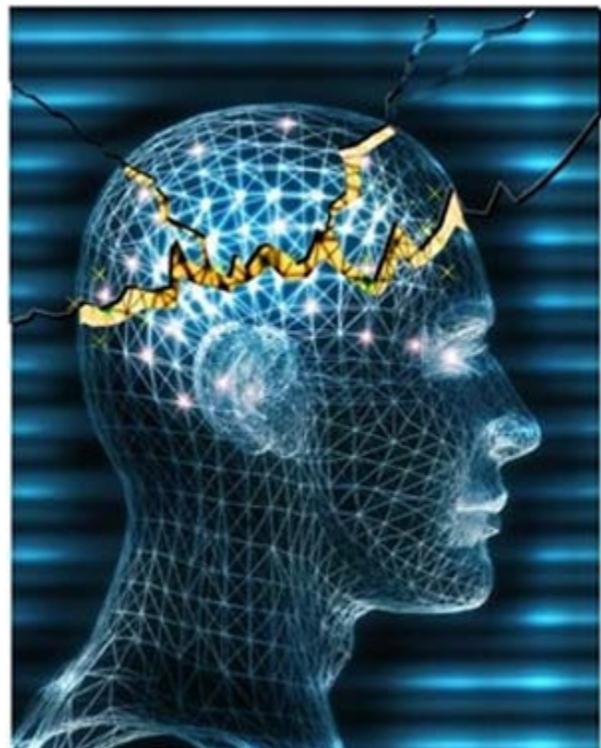
<http://vista.ir/?view=article&id=247865>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آیا می‌دانید اتوماتیسم در فرد مبتلا به صرع چه مفهومی دارد؟

اتوماتیسم به رفتار و حرکات غیرارادی گفته می‌شود که ممکن است در بیمار مبتلا به صرع مشاهده شود. چنانچه پزشک از بیمار مبتلا به صرع و اطرافیان او در مورد اتوماتیسم سؤال و تجسس نکند احتمال دارد آن را تشخیص ندهد. زیرا ممکن است رفتار و اعمال اتوماتیسم به نظر اطرافیان بیمار که در آن لحظه او را می‌بینند غیرعادی نباشد. افزایش آگاهی بیمار و خانواده او در مورد اتوماتیسم و شرایط تشخیص مشاهده‌ای آن می‌تواند پزشک را به سوی تشخیص صرع سایکوموتور رهنمون ساخته و منجر به تغییر نوع داروی ضدصرع و یا افزایش مقدار آن شود. حدود نیمی از بیماران با صرع سایکوموتور و اتوماتیسم، تشنجات منتشر تونیک و کلونیک نیز دارند که ممکن است با دارو کنترل شده باشد ولی حملات اتوماتیسم بیمار ادامه یافته و تغییر در درمان دارویی را طلب کند. برای تشخیص اتوماتیسم چهار شرط وجود دارد.

شرط اول (بیمار در حین انجام اتوماتیسم نسبت به محیط اطراف و وضعیت خودش آگاهی ندارد در حالی که ظاهراً بیمار بیدار و در حال انجام فعالیت



است.



شرط دوم) پس از اتمام اتوماتیسم بیمار از حرکات و رفتار غیرارادی قبلی خویش چیزی را به خاطر نمی‌آورد و یا قسمت کوچکی از آن را به خاطر می‌آورد.

شرط سوم) پس از اتمام اتوماتیسم که جزء حرکتی صرع سایکوموتور است بیمار در مرحله گیجی و منگی بعد از تشنج تا مدتی قرار دارد. شرط چهارم) معمولاً مدت اتوماتیسم کمتر از ۲ دقیقه است. چنانچه در حین انجام اتوماتیسم از بیمار سؤالی کنید دو نوع واکنش ممکن است نشان دهد. اول آنکه به ما نگاه نکرده و هیچ پاسخی ندهد. دوم آنکه بیمار مات و مبهوت به ما نگاه کرده و چند کلمه نامفهوم و یا نامربوط به ما بگوید. غالباً اتوماتیسم در محل زندگی بیمار و خارج از مطب و بیمارستان رخ می‌دهد. بنابراین دانستن اطلاعات مربوط به اتوماتیسم برای اطرافین بیمار مهم است. زیرا پزشک با سؤالاتی که از آنها می‌پرسد تشخیص اتوماتیسم و صرع سایکوموتور را می‌گذارد. دو طبقه‌بندی توصیفی کلی و جزئی برای اتوماتیسم وجود دارند. در طبقه‌بندی کلی اتوماتیسم به ۳ گروه تقسیم می‌شود.

گروه اول) رفتار و اعمال غیرارادی با اختلال آگاهی که به طور خودبخودی و بدون محرک خارجی در بیمار ایجاد می‌شوند. گروه دوم) رفتار و اعمال غیرارادی با اختلال آگاهی که به دنبال یک محرک خارجی در بیمار ایجاد می‌شوند. مثلاً اگر آدامسی را در دهان بیمار قرار دهیم به طور غیرارادی و ناخودآگاه شروع به جویدن آن می‌کند و یا اگر یک لیوان آب در دست بیمار بگذاریم به طور غیرارادی و ناخودآگاه شروع به نوشیدن آب لیوان می‌کند.

گروه سوم) ادامه دادن رفتار و اعمال پیچیده حرکتی قبلی توسط بیمار ولی در حالت اختلال آگاهی و به طور غیرارادی مثلاً بیماری که قبل از شروع اتوماتیسم در حال رانندگی بوده در زمان اتوماتیسم نیز به رانندگی خود ادامه می‌دهد ولی اختلال آگاهی دارد و چنانچه ناگهان فردی جلوی اتومبیل وی قرار بگیرد، نمی‌تواند به موقع پدال ترمز را فشار دهد. یا بیماری که قبل از شروع اتوماتیسم در حال مطالعه بوده است اکنون نیز ظاهراً به کتاب نگاه کرده و صفحات آن را ورق می‌زند ولی اختلال آگاهی نسبت به محیط اطراف خود دارد.

طبقه بندی توصیفی جزئی، اتوماتیسم را به انواع زیر تقسیم می‌کند:

۱) اتوماتیسم ژستی: بیمار حالت خاصی به اندامها و یا بدنش می‌دهد. مثلاً با انگشتان دست خود دکمه‌های لباسش را لمس می‌کند. یا کف دستانش را بدون هدف به هم می‌مالد؛ یا ساق پاهای خود را به طور ضربدری و متناوب روی هم قرار می‌دهد و سپس باز می‌کند و یا بازوهای خود را مانند قورباغه حرکت می‌دهد. ممکن است بیمار به‌طور ناگهانی در مکانی نامناسب و در وضعیت اختلال آگاهی لباس خود را درآورده و خود را برهنه کند.

۲) اتوماتیسم دهانی - گوارشی: بیمار به طور ناگهانی شروع به لیسیدن و مزمره کردن لبها و یا ملوچ ملوچ کردن و جویدن با دهان خالی می‌کند و بزاق فراوان از گوشه دهانش سرازیر می‌شود.

۳) اتوماتیسم با جابجایی: بیمار به طور ناگهانی و غیرارادی شروع به راه رفتن و یا دویدن می‌کند که ممکن است به دیوار و اشیاء مسیر خود نیز برخورد کند. احتمال دارد بیمار در مسیر یک دایره فرضی یا دور میل راه برود و یا آنکه اشیاء را با دستش جابجا کند. گاهی اوقات این بیماران در حالی که سوار ماشین در حال حرکت هستند به طور ناخودآگاه ماشین را ترک می‌کنند. دیده شده این بیماران به طور ناگهانی شروع به راه رفتن در حالت سرگردان و با اختلال آگاهی کرده و شبیه به افراد مجنون به نظر می‌رسند.

۴) اتوماتیسم کلامی: بیمار یک عبارت مختصر را به طور غیرارادی و در وضعیت اختلال آگاهی تکرار می‌کند که قابل درک توسط دیگران است ولی احتمال دارد کلمات و اصوات شکل نگرفته و نامفهوم را در حالت اختلال آگاهی تولید و تکرار کند.

۵) اتوماتیسم به صورت رفتار خشن و تهاجمی: بیمار به طور غیرارادی در وضعیت ناخودآگاه به دیگران حمله می‌کند و یا اشیاء دردسترس خود را به سوی دیگران پرتاب می‌کند و با مشت و کتک می‌زند. اتوماتیسم تهاجمی، رفتاری ساده و تکراری است. رفتارهای تهاجمی پیچیده و آموختنی چند مرحله‌ای، اتوماتیسم نیستند. مثلاً ادعای فردی که تفنگ را از داخل لباسش درآورده و با نشانه‌گیری دقیق گلوله را به سوی فردی شلیک کرده و او را به قتل رسانده است و اکنون مدعی است به طور غیرارادی و در وضعیت اختلال آگاهی این عمل را انجام داده است و تاکنون چنین عملی از وی دیده نشده است، مورد قبول نیست. بدیهی است که بحث اتوماتیسم از نظر حقوق جزایی و قانونی نیز حائز اهمیت است.

۶) اتوماتیسم جنسی: بیمار به طور ناگهانی و غیرارادی در وضعیت اختلال آگاهی شروع به رفتار و اعمال جنسی می‌کند. بدیهی است که مدت این اتوماتیسم مانند سایر انواع اتوماتیسم معمولاً کمتر از ۲ دقیقه است. بنابراین ادعای فردی که با حیله و نیرنگ و اغفال دیگران و یا به صورت

آدمربایی با نقشه قبلی انسانی را مورد هتک حرمت قرار داده است و اکنون مدعی است که متوجه اعمال خود نبوده و این اعمال را به صورت غیرارادی انجام داده است، مورد قبول نیست. در این مورد نیز بحث اتوماتیسم از نظر حقوق جزایی و قانونی حائز اهمیت است. (V) اتوماتیسم خنده: بیمار به طور ناگهانی و با صدای بلند و به طور غیرارادی شروع به خندیدن کرده و در آن هنگام اختلال آگاهی دارد.

منبع : انجمن صرع ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=336844>

 Vista.ir
Online Classified Service

اتیسم چیست؟

اتیسم چیست؟ چه ویژگی‌هایی دارد؟ آیا راه درمانی دارد؟ چگونه باید با این کودکان رفتار کرد؟ تمام اینها سوالاتی است که ما در این مصاحبه قصد داریم به آنها بپردازیم. دکتر پری گلابی روانشناس بالینی و کارشناس ارشد برنامه‌ریزی آموزشی، نخستین مدیر اجرایی اولین مرکز اتیسم کشور است.

- اتیسم چیست؟

اتیسم اختلالی در مغز است که باعث می‌شود پردازش اطلاعات در مغز به خوبی انجام نشده و کودک در تعامل و ارتباط خود با دیگران دچار مشکل شود.

- لطفا کمی در مورد علائم آن توضیح دهید.

- به‌طور کلی اتیسم دارای سه گروه علامت است. مبتلایان به اتیسم در تعاملات خود دچار مشکل می‌شوند، در برقراری ارتباط کلامی خوب و مناسب با دیگران ناتوان هستند و رفتارهای کلیشه‌ای در آنها دیده می‌شود. بچه‌های مبتلا به اتیسم برخلاف بچه‌های دیگر که در مرحله پیش زبانی

چیزهای جالب را با انگشت اشاره خود نشان می‌دهند چنین کاری نمی‌کنند. این بچه‌ها به جلب توجه دیگران اهمیتی نمی‌دهند. کودکان اتیسم رفتارها و روابط هیجانی بین افراد را به خوبی درک نمی‌کنند، به‌طور مثال بی‌علت می‌خندند و بدون اینکه با موضوع خنده‌داری روبه‌رو شده باشند هیجان‌زدگی خود را به شکل خاصی بروز می‌دهند و هنگام خوشحالی حرکتی شبیه بال زدن نشان می‌دهند، بالا و پایین می‌پرند و یا بر خود می‌لرزند.

- هنگام ناراحتی چه واکنشی نشان می‌دهند؟

- گریه می‌کنند و جیغ می‌کشند، البته موضوع ناراحتی آنها شاید برای ما قابل درک نباشد. این کودکان نسبت به هر چیزی که خلاف میلشان باشد واکنش شدیدی نشان می‌دهند و جیغ می‌کشند.

در مورد ناتوانی این بچه‌ها در برقراری ارتباط کلامی هم توضیح دهید.

این بچه‌ها اغلب حرف نمی‌زنند و هنگامی که صحبت می‌کنند، کلمات دیگران را طوطی‌وار تکرار می‌کنند. بچه‌های عادی از ۲ تا ۴ ماهگی شروع به صدا درآوردن و غان و غون می‌کنند و در حدود ۱۱ ماهگی کلمات را می‌فهمند و کم‌کم شروع به ادا کردن آنها می‌کنند، در حالی که این روند در این



کودکان اتیسم بسیار به کندی اتفاق می‌افتد. برخی از این بچه‌ها حتی تا سن ۷ تا ۸ سالگی و یا تا آخر عمر هم حرف نمی‌زنند.

▪ منظورتان از رفتارهای کلیشه‌ای چه بود؟

- مثلا دست‌ها را جلوی چشم‌هایشان تکان می‌دهند و به آن نگاه می‌کنند. انگشتانشان را در هم می‌پیچانند و یا به آن حالت‌های خاصی می‌دهند و تا مدتی در آن وضعیت باقی می‌مانند. مدام از گوشه‌چشم نگاه می‌کنند یا چشمشان را تنگ کرده و به نور خیره می‌شوند. بدن آدم‌ها را بو می‌کنند، غذا را قبل از خوردن می‌بویند. دور خودشان می‌چرخند و به اشیاء چرخان خیره می‌شوند و از این امر ذوق می‌کنند. اسباب بازی‌ها را به صورت قطار دنبال هم می‌چینند و شیوه بازی کردن آنها با

اسباب بازی‌هایشان مانند سایر بچه‌ها نیست. دست‌هایشان را روی گوش‌هایشان می‌گذارند به گونه‌ای که گاه مردم گمان می‌کنند، به خاطر شنیدن صدای خاصی این عمل را انجام می‌دهد، در حالی‌که تجربه نشان می‌دهند این کار آنها در واقع نوعی واکنش در زمان هیجان است. دوست دارند اشیایی مانند تسبیح را جلوی چشم‌هایشان تکان دهند و یا شیئی را پرت کنند و سپس به قل خوردن آن نگاه می‌کنند. آنها معمولا خانه را به هم می‌ریزند اما برخی از آنها هم برعکس وسواس عجیبی در نظم و ترتیب دارند.

▪ علائم اتیسم در چه سنی دیده می‌شود؟

- زیر ۲ سال. نخستین علائم آن را حتی از مدت‌ها قبل یعنی زمانی که کودک نوزادی شیرخوار است هم می‌توان تا حدودی مشاهده کرد چون این کودکان برخلاف سایر بچه‌ها هنگام شیر خوردن به چشمان و صورت مادرشان نگاه نمی‌کنند و به عبارتی تمایلی به برقراری تماس چشمی ندارند. با این حال چون نوزادان در ۴۵ روز اول بیشتر ساعات خود را خواب هستند، در صورت ابتلا به اتیسم مشهود نخواهد بود.

▪ آیا با روش‌های تشخیصی مدرن می‌توان از همان روزهای نخستین زندگی کودک این بیماری را تشخیص داد؟

- نه، اتیسم با سی تی اسکن، ام آر آی، نوار مغزی و غیره قابل تشخیص نیست و فقط با مشاهده و تشخیص بالینی می‌توان به وجود آن پی برد.

▪ علت ابتلا به این بیماری چیست؟

- علت قطعی این بیماری هنوز مشخص نیست اما تحقیقات زیادی در مورد رابطه ژن‌ها و تاثیر مواد سمی محیطی مانند فلزات سنگین (سرب، جیوه و...) روی آنها و ابتلا به اتیسم انجام شده‌است. بر اساس این تحقیقات می‌توان گفت این مواد سمی تاثیر مخربی روی ژن‌ها دارند و نمی‌توانند پروتئین‌های خاص مورد نیاز را تولید کرده و در نتیجه به مغز آسیب می‌رسد. حتی مواد نگهدارنده‌ای که به مواد غذایی اضافه می‌شوند هم ممکن در این زمینه موثر باشند.

▪ پس راه پیشگیری‌انه‌ای در این زمینه وجود ندارد؟

- بله، متأسفانه چون هنوز علت اصلی این بیماری مشخص نیست، راه‌های پیشگیری از آن را هم نمی‌دانیم.

▪ درمان چطور؟

- در سراسر دنیا هیچ درمان قطعی دارویی برای آن وجود ندارد و داروهای مورد استفاده هم فقط برای کاهش علائم اتیسم کاربرد دارند، نه درمان بیماری.

▪ پس باید چکار کرد، این بیماران چه سرنوشتی خواهند داشت؟

- زیاد هم نباید نا امید بود، امروزه روشی وجود دارد تحت عنوان روش ABA یا تحلیل رفتار کاربردی. این روش که از جمله علمی‌ترین روش‌های موجود در این زمینه است به صورت آهسته و گام به گام آموزش‌هایی به کودکان مبتلا به اتیسم ارائه می‌دهد. در این روش درمانگر هدف یا همان آموزش نهایی را به زیر مجموعه‌هایی تقسیم می‌کنیم و بعد از آموزش کامل هر مرحله به سراغ آموزش بعدی می‌رویم تا در نهایت به آموزش نهایی برسیم.

▪ لطفا یک مثال بزنید.

- مثلا وقتی می‌خواهیم شلوار پوشیدن را به یک کودک مبتلا به اتیسم آموزش بدهیم، در مرحله اول شلوار را تا بالای زانوی او بالا می‌کشیم و از او می‌خواهیم بقیه کار را خودش انجام دهد، وقتی در این کار موفق شد در مرحله بعد شلوار را تا زانو بالا می‌کشیم و از او می‌خواهیم خم شود و شلوار را بالا بکشد. همین‌طور مرحله به مرحله جلو می‌رویم. از او می‌خواهیم شلوار را از مچ پای خود بالا بکشد، شلوار را آماده می‌کنیم و به دست او می‌دهیم. تمام این مراحل به آرامی و با صبر و حوصله انجام می‌شود.

▪ برای این آموزش‌ها به شرایط خاصی نیاز است؟

- بله، آموزش باید به صورت نگر به نگر (به ازای هر کودک یک مربی) انجام شود. ساعات کار و آموزش به این بچه‌ها در طول روز براساس آنچه در آمریکا انجام می‌شود، ۳ ساعت است. آموزش‌ها باید با برنامه‌ریزی دقیق و مناسب انجام شود و در حدود دو تا سه سال به صورت انفرادی و بعد از آن گروهی باشد. والدین باید به شکل موثر با مربی همکاری داشته باشند و آموزش‌ها را یاد بگیرند، البته آنها مجاز نیستند خودشان به‌طور مستقیم به کودک آموزش دهند بلکه باید رفتارهای آموخته شده از سوی مربی را از آنها بخواهند. این بچه را باید حتی‌الامکان وارد گروه کودکان عادی کرد و حتی به مدارس عادی فرستاد. رفتارهای مناسب آنها را باید با تشویق در آنها تثبیت کرد، از جمله دادن خوراکی، نوازش، گفتن آفرین و....

▪ آیا اتیسم یک بیماری شایع است؟

- متأسفانه تعداد اتیسم روز به روز در حال افزایش است. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی آمریکا در سال ۲۰۰۷ از هر یکصد تولد یک کودک مبتلا به اتیسم است. البته این آمار در کشور ما فرق می‌کند، سال گذشته سازمان کودکان استثنایی براساس میزان ثبت نام خود این آمار را یک در هزار اعلام کرده‌است.

▪ اتیسم در بین دخترها شایع‌تر است یا پسرها؟

- نسبت اتیسم در پسرها ۳ تا ۴ برابر بیشتر از دخترهاست.

▪ ضریب هوشی این کودکان در چه حدی است؟

- ضریب هوشی آنها در حدود ۷۰ درصد است ولی مشخص نیست که آیا این کودکان از ابتدا دارای بهره هوشی کمی هستند و یا به دلیل بی‌توجهی به محرک‌های محیطی است. در واقع تستی برای اندازه‌گیری میزان هوش این کودکان وجود ندارد.

▪ گفته می‌شود گاهی در بین کودکان اتیسم استعدادها خاصی وجود دارد، آیا این درست است؟

- بله، در برخی از این بچه‌ها جزایر هوشی وجود دارد، مثلاً بعضی از آنها در درک موسیقی خیلی قوی هستند و فقط با یکبار شنیدن یک موزیک می‌توانند آن را بنوازند. عده‌ای در ریاضی توانایی بالایی دارند و مثلاً می‌توانند تمام اعداد یک کتابچه قطور تلفن را حفظ کنند. من بچه‌ای را می‌شناسم که وقتی تاریخ تولدت را به او بگویی، روزش (چندشنبه) را به تو می‌گوید. جالب است بدانید، آقای بیل گیتس صاحب شرکت مایکروسافت هم اتیسم دارد.

▪ آیا این بچه‌ها می‌توانند جذب مدارس عادی شوند؟

- بله، بعد از کار با این بچه‌ها آنها می‌توانند به مدارس عادی و یا استثنایی وارد شده و یا جذب گروه‌های توانبخشی شوند. البته بهتر است حتی‌الامکان آنها را روانه مدارس عادی کرد تا در کنار بچه‌های عادی رشد کنند و از آنها یاد بگیرند. حتی بهتر است آنها را از کودکی مهد کودکان عادی فرستاد.

▪ آیا مدارس در این زمینه همکاری لازم را دارند؟

- معمولاً نه، اما بالاخره به هر دلیلی راضی می‌شوند و حضور این بچه‌ها را می‌پذیرند. امیدوارم روزی مقاومت آموزش و پرورش برای این کودکان در کشورمان از بین برود.

▪ حضور و آموزش‌های این بچه‌ها در مدارس عادی مانند سایر بچه‌ها خواهد بود؟

- برخی از کودکان نیاز به همراهی یک مربی در مدرسه دارند تا به کمک او مطالب آموزشی را بهتر درک کنند. در برخی از کشورها با حذف برخی از مواد درسی به این بچه‌ها امکان می‌دهند تا با توجه به استعدادها و جزایر هوشی خود پیشرفت کنند.

▪ در چه دروسی توانایی دارند؟

- فیزیک، شیمی، کامپیوتر، موسیقی و نقاشی (نقاشی‌های کاملاً عینی با رعایت تمام جزئیات دنیای واقعی). ما در بین این افراد فضانورد، طراح صنعتی و.... داریم.

▪ در پایان چه توصیه‌ای به خانواده‌های آنها دارید؟

- اتیسم درمان قطعی ندارد و مردم برای درمان به راه‌های غیر اصولی و بی‌نتیجه‌ای مانند انرژی درمانی، هومیوپاتی و... متوسل نشوند چون جز اتلاف وقت و هزینه فایده‌ای برای آنها ندارد.

ارثیه دردناک خانوادگی

سردرد، به خصوص انواعی از آن مانند میگرن و سردردهای خوشه‌ای که شدید و مزمن هستند، می‌توانند بسیار ناتوان کننده باشد. حتی سردردهای تنشی که نوع ملایمتر این مشکل به شمار می‌روند نیز می‌توانند شخص مبتلا را وادار کنند که به گوشه‌تاریکی پناه برده و همانجا بماند. درحالی که ما باید هنوز در زمینه علل سردرد چیزهای بسیاری را کشف کنیم و بیاموزیم، اما در این حد می‌دانیم که بسیاری از انواع سردرد، به جنسیت و توارث بستگی دارد.



این ارتباط به خصوص درباره میگرن، به شدت صادق است.

به گفته «استفن سیلبرستین»، استاد عصب شناسی، «به طور کلی، تعداد مبتلایان به میگرن در زنان سه برابر مردان است و بیشتر این زنان

دارای خویشاوند درجه یکی هستند که به میگرن مبتلاست. این مشکل در نتیجه ترکیبی از ژنتیک و هورمون‌ها بروز می‌کند.»

• نقش هورمون‌ها

میگرن در اکثر موارد زنان را در دوره بین بلوغ و یائسگی تحت تاثیر قرار می‌دهد و بیش از همه در زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله دیده می‌شود. یکی از دلایل این حالت هورمون‌ها، استروژن (estrogen) هستند که نقشی عمده در بروز میگرن دارند. به گفته سیلبرستین «آنچه موجب سردرد می‌شود، کاهش استروژن است نه افزایش آن. میزان بالای هورمون نیز در صورت ثابت بودن مشکلی ایجاد نمی‌کند، بلکه افت و خیز مقدار هورمون مشکل آفرین است.»

بیش از نیمی از زنان مبتلا به میگرن اظهار داشته‌اند که سردردهای آنان با دوران عادت ماهیانه مرتبط است. میزان شیوع این سردرد در دختران و پسران تا زمانی که دختران به سن بلوغ می‌رسند، یکسان است. پس از بلوغ، تعداد بروز سردردهای یک زن مبتلا به میگرن بیش از مردی که سابقه میگرن دارد، خواهد بود و تا زمانیکه زن یائسه شود، این الگو همچنان ادامه خواهد یافت.

نوسانات هورمونی که در دوران زندگی زنان رخ می‌دهد می‌تواند موجب میگرن‌های بیشتر شوند. تغییر میزان هورمون مرتبط با روزهای قبل از آغاز هر دوره عادت ماهانه می‌تواند حملات میگرنی را بدتر کند، تغییرات هورمونی در دوره بارداری نیز چنین تاثیری دارد. بسیاری از زنان مستعد میگرن، درست پس از تولد فرزندشان و زمانی که میزان هورمون به حالت عادی برمی‌گردد، دچار حملات میگرن می‌شوند.

برعکس، استفاده از قرص‌های کنترل بارداری می‌تواند سطح هورمون بدن را ثابت نگه‌داشته و با این کار موجب کاهش تعداد سردردهای میگرنی شود. به گفته سیلبرستین، درمان‌های جایگزینی هورمون نیز می‌تواند بر میزان دفعات و شدت میگرن تاثیر بگذارد. زنانی که از قرص‌های داروهای هورمون درمانی یا HRT استفاده می‌کنند، بیشتر دچار میگرن می‌شوند زیرا سطح هورمون بدن آنها دچار افت و خیز ناگهانی و شدید می‌شود. اما زنانی که HRT را از طریق برچسب‌های روی پوست دریافت می‌کنند، روزانه میزان مشخصی هورمون دریافت کرده و تعداد و شدت میگرن در آنها افزایش نمی‌یابد.

• وراثت ، عامل سردرد

اگر مادر یا عمه شما دچار میگرن باشند، احتمال اینکه شما نیز به این مشکل مبتلا باشید، وجود دارد. بسیاری از افراد دچار میگرن، در این زمینه

دارای سابقه خانوادگی هستند، در نتیجه چنین تصور می‌شود که عامل وراثت در اینجا بسیار موثر است.

این امر به خصوص در مورد میگرن‌هایی که با نشانه های بصری یا «پیش درآمد» آغاز می‌شوند، صادق است. به گفته سیلبرستین هرچند تنها ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به میگرن دچار حالت پیش درآمد می‌شوند، اما «عامل ژنتیک در میگرن‌های دارای پیش درآمد نقش بسیار مهمتری از انواع معمولی آن دارد».

این نظر وجود دارد که افراد مبتلا به میگرن، ژنهای غیرعادی که مسئول کنترل سلول‌هایی خاصی از مغز هستند را به ارث می‌برند.

• سردردهای خوشه‌ای و تنشی

ما تمام مدت درباره میگرن چیزهایی می‌شنویم، اما درباره سردردهای تنشی و خوشه‌ای چندان صحبت نمی‌شود. این دو نوع عمده دیگر سردرد نیز می‌توانند کاملاً ناتوان کننده باشند. سردردهای تنشی از شیوع بیشتری برخوردارند و هر دو این سردردها با جنسیت و ساختار شیمیایی مغز در ارتباطند.

بسیاری از افراد سردردهای تنشی را تجربه کرده‌اند. دردی خفیف یا معتدل که با انقباض شقیقه ها، پیشانی، پشت سر و گردن همراه است. سردردهای تنشی می‌توانند به قدری تکرار شوند که شخص هر روز به آن دچار باشد، اما آنها کمتر از موارد دیگر ناتوان کننده بوده و با مسکن‌های معمولی قابل درمان هستند. زنان بیش از مردان به این سردردها دچار می‌شوند و احتمال وجود این بیماری در خانواده افرادی که به این سردرد مبتلا هستند، ۴۰ درصد بیش از دیگران است.

سردردهای خوشه‌ای، شیوع کمتری دارند اما در مردان بیشتر است و می‌تواند کاملاً ناتوان کننده باشد.

به گفته سیلبرستین «این سردردها را سردرد خودکشی می‌نامند زیرا درد آن به حدی شدید است که شخص به مرز خودکشی می‌رسد».

تعداد سردردهای خوشه‌ای تنها به اندازه کسری از تعداد میگرن های موجود است، اما همین تعداد نیز در مردان سه تا چهار مرتبه بیشتر دیده می‌شود و دلیل آن نیز هنوز مشخص نشده است.

این سردرد در اثر التهاب رگهای مغز ایجاد می‌شود و بر خلاف میگرن که می‌تواند روزها ادامه داشته باشد، سردردهای خوشه‌ای تنها به مدت ۳۰ دقیقه یا یک ساعت به شدت بروز کرده و سپس از بین می‌روند. آنها به‌طور ناگهانی و در یک زنجیره یا خوشه، آغاز شده و سپس به مدتی طولانی هیچ خبری از آنها نمی‌شود. برای تشخیصی که دارای مشکل مزمن هستند، روش‌های پیشگیری وجود دارد. این سردردها ارتباطی با نوسانات هورمونی ندارند.

• محرکهای سردرد

اگر از دسته افراد مستعد ابتلا به سردرد هستید، صرف نظر از جنسیت یا زمینه ارثی، کاستن از میزان تنش در زندگی عاملی بسیار تعیین کننده و گامی اساسی برای دوری از چنین مشکلی است. به گفته سیلبرستین: «تنش، محرکی برای هر نوع مشکل جسمی، از جمله میگرن، به شمار می‌رود. اما دلیل اصلی آنها نیست». تنش در زندگی روزانه، مانند سر و سامان دادن به برنامه کاری بسیار فشرده و متنوع، یک عامل محرک سردرد است و نسخه رایج و مفید برای کاهش استرس همان ورد همیشگی است: غذای سالم، میوه، سبزیجات و آب فراوان، ۳۰ دقیقه ورزش روزانه، انجام تمرینات آرام‌بخش و تمدد اعصاب مانند یوگا و خواب کافی.

سیلبرستین برای بهره مند شدن از سلامت بیشتر، توصیه‌هایی ساده دارد: «سیگار را ترک کنید، هر شب در یک زمان مشخص به بستر بروید و غذاهایی حاوی مواد نگهدارنده مصرف نکنید.»

پس، این بار در زمانی که به استراحت نیاز دارید، کتاب خوبی برداشته و در جایی آرام بنشینید. یک موسیقی ملایم بشنوید. از سردرد خود به عنوان بهانه‌ای برای ولخرجی استفاده کرده و بهترین غذای سبک و نوشیدنی ممکن را تهیه کرده و شبی آرامش‌بخش را پشت سر بگذارید.

منبع : وزارت آموزش و پرورش ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=303836>

از صرع چه میدانید؟

صرع از قدیمی ترین و شایعترین بیماریهای عصبی شناخته شده در جوامع بشری از جمله کشور ما می باشد، که تاثیر عمیقی بر زندگی مبتلایان دارد.

• صرع چیست؟

برای پاسخ به این سؤال نخست باید دید مغز آدمی چگونه ساختمانی دراد . در بدن ، چه کارهایی انجام میدهد. سلامت جسم و روان ، تا چه حد درگرو فعالیت مغز است؟ اختلال در کار یا ساختمان هر بخش مغز چه پیامدهایی دارد؟

مغز آدمی پیچیده ترین قسمت دستگاه عصبی است که به وسیله سلولهای عصبی قادر است تحریکات را از عوامل خارج دریافت و به انها جواب دهد. به تدریج با تلاش جدی پزشکان ، اعتقاد به وجود جریان الکتریکی در مغز مطرح شد.

یعنی مغز مانند یک منبع ذخیره الکتریکی است که از خود جریان برق بسیار ضعیفی به صورت امواج الکتریکی منتشر می کند و قادر به تخلیه و عبور دادن این نیروی الکتریکی به رشته عصبهای دیگر در مغز است.

البته تولید برق در سلول های مغز بر مبنای نظم و قاعده ای دقیق انجام می گیرد و اگر این نظم و قاعده دچار اختلال شود، در

این حالت سلولهای مغز بسیار فعال می شوند و به طور درهم و برهم و نامنظم شروع به رساندن پیام به یکدیگر می کنند که ممکن است این پیامها نامنظم به تدریج به قسمتهای دیگر مغز نیز سرایت کند و همچون آتش سرکششی به سرعت در تمام مغز گسترده شود.

وقتی این اتفاق می افتد، همه تا اعمال طبیعی این بیماران بیهوش می شوند، که در نهایت این امر منجر به حملات صرع در فرد مبتلا می گردد. اما به زودی این آتش الکتریکی برپا شده به علت خستگی سلولها و نرسیدن اکسیژن و قند کافی به آنها، از طریق واسطه های وقفه دهنده مهار و خاموش می گردد. بدین ترتیب است که یک حمله صرعی در مدت چند ثانیه یا چند دقیقه پایان می گیرد و دوباره اکثر سلولهای مغز به فعالیت عادی خود می پردازد.

حال بر اساس این که این بی نظمی به چه علتی در مغز انجام گرفته باشد، یا در کدام قسمت مغز اتفاق بیفتد و یا چه سرعتی به قسمتهای دیگر سرایت کند، انواع گوناگونی از صرع ایجاد می شود که معمولی ترین آنها را می توان به سه دسته تقسیم کرد:

• صرع عمومی (ژنرالیزه)

این نوع صرع یا تشنج حالتی است که تمام مغز درگیر اختلال الکتریکی می گردد. فرد مبتلا در این حالت هوشیاری و آگاهی خود را از دست می دهد.

• انواع صرع عمومی عبارتند از :

(۱) صرع بزرگ



یکی از شایعترین انواع صرع بزرگ می باشد. شخص مبتلا به این نوع صرع ، به یک باره بیهوش می شود و محکم به زمین می خورد ، بدنش سفت شده و فریاد نامفهوم از گلو او خارج می گردد. پس از اندک زمانی شروع به لرزش می کند، بلافاصله این لرزشها تبدیل به انقباضاتی در بدن می گردد که در نتیجه آن ممکن است فرد زبانش را گاز بگیرد و اگر ممانه بیمار پر باشد ادرار می کند. حملات صرع بزرگ ، از چند ثانیه تا ۳ تا ۴ دقیقه طول می کشد که بعد از پایان حمله ، شخص برای یک یا چند دقیقه در حالت خواب آلودگی است و شدیداً احساس خستگی می کند.

(۲) صرع کوچک

این صرع بیشتر در کودکان دیده می شود و ارتباط نزدیکی با صرع بزرگ دارد. شروع و پایان حملات به صورت ناگهانی است و به حدی خفیف است که گاهی امکان دارد خود فرد، والدین و معلمین یا دیگران نیز متوجه آن نشوند. در این صرع ، فرد مبتلا بدون اینکه دچار تشنج یا غش گردد، به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه مات و بی خبر می ماند.

این وقفه ممکن است با چندین انقباض عضلانی مثل بهم خوردن سریع پلکها ، حرکات مختصر دهان شبیه جویدن ، یا با لرزش خفیف دستها و بازوها همراه باشد. به هنگام حمله رنگ کودک می پرد، چشمهایش باز و زل زده است و بدون حرکت به نقطه نامعلومی خیره می شود. گاهی ممکن است این حملات صدها بار یا بیشتر در طی یک روز ایجاد شوند. این نوع صرع در اواخر سنین کودکی ظاهر و با افزایش سن و پس از رسیدن به سن بلوغ خود به خود بهبود می یابد ولی ممکن است به ندرت در بعضی افراد تبدیل به صرع بزرگ گردد.

(۳) صرع موضعی

در این صرع فقط قسمتی از مغز درگیر می شود که دو نوع ساده و پیچیده دارد. در صرع موضعی ساده ، هوشیاری فرد تغییر نکرده و علائم عصبی موضعی رخ می دهد. در صرع موضعی مرکب و پیچیده به دنبال تشنجات موضعی ساده فرد هوشیاری خود را از دست داده و احتمالاً به دنبال آن حمله بزرگ صرع به وقوع خواهد پیوست و یا دچار حالت‌های روحی خاص می گردد.

(۴) صرع مداوم

حمله صرع طولانی شده و یا پشت سر هم تکرار می شود و شخص مصروع در حین حملات بیهوش می ماند. صرع مداوم یک مورد اورژانس است و نیاز به کمک های ویژه و درمان مخصوص دارد.

- تشنج تب :

هرگاه با کودکی که همراه با تب بالا دچار تشنج می شود روبرو شدید ، بهترین راه برای پیشگیری از تشنج کاهش تب است . گذاشتن کیف آب سرد یا پارچه مرطوب روی ران ها و قفسه سینه ، باد زدن او و دادن استامینوفین یا آسپرین کمک بزرگی به کاهش تب می نماید. آموزش همراهان برای اینکه کودک تب دار را در پتو یا روانداز ضخیم نیچند و ارجاع فوری بیمار به پزشک برای درمان لازم و کشف علت تب از نکات مفید دیگر است. این کودکان معمولاً پس از سن ۵ سالگی بطور خود بخودی از تشنج تب بهبود می یابند . بنابر این تشنج تب ناراحتی خوش خیمی است و با بیماری صرع فرق دارد.

مهمترین وظیفه ما در مورد همه بیماران تشنجی این است که کمک نماییم بیمار درمانهایش را بطور منظم و به مدت طولانی ادامه دهد.

▪ در موقع بروز حمله صرع بزرگ چه باید کرد؟

- خونسردی خود را حفظ کنید و بیمار را به پهلو بخوابانید.

- در زمان حملات تشنجی هرگز جلوی حرکات دست و پای بیمار را با زور نگیرید، این امر بسیار خطرناک بوده و ممکن است موجب بروز آسیب یا شکستگی شود.

- مواظب باشید به سر بیمار صدمه ای وارد نشود . مثلاً می توان یک بالش یا دست خود را زیر بیمار بگذارید.

- از خوراندن مایعات به بیمار یا پاشیدن آب بر روی وی خودداری نمایید.

- بیمار را به پهلو چپ یا راست قرار داده تا در صورت وجود دندان مصنوعی یا غذا در دهان بیمار و مجرای تنفسی وی بسته نشود.

- به هنگام حملات تشنجی ، سعی نکنید به زور فشار ، فک بیمار را از هم جدا کنید این عمل ممکن است موجب آسیب یا شکستگی دندانها شود.

- پس از بروز حمله ، بیمار نباید چیزی بنوشد یا داروی ضد صرع بیشتری مصرف کند

- در صورت بروز گیجی پس از حملات ، بیمار نیاز بیشتری به دلداری و تسلی خاطر دارد.

• عوامل تشدید کننده و تسریع کننده صرع

بیماران مصروع همواره سعی دارند تا اطلاعاتی را در مورد تاریخچه علل بیماری و عواملی که باعث تسریع و تشدید حملاتشان می گردد، بفهمند. آنها مایلند بدانند در چه شرایطی ممکن است حملات افزایش پیدا کند. فرد مصروع به طور مداوم در پی درک علت صرع خویش است. متأسفانه در بین پزشکان این گرایش وجود دارد که به جای آموزش به فرد و کمک به فرد مصروع در روبرو شدن با مشکلات، توصیه های خود را بیشتر متوجه اطرافیان یا والدین آنها می نمایند.

جای تعجب است که خیلی از این بیماران بعد از سالها مراجعه به مراکز درمانی هنوز در باره بیماری خود، علل آن، عوامل تشدید و تسریع کننده آن و... مطالب بسیار کمی می دانند.

به این خاطر برخی از پدیده ها و عوامل تشدید کننده حملات صرع جهت آشنایی شما ذکر گردیده است:

- نخست این که بیماران باید بدانند که کم شدن سلامت جسمانی به هر دلیل می تواند حملات را افزایش دهد
- بیماریهای عفونی به خصوص اگر همراه با تب بالا باشد ممکن است باعث ایجاد حملات صرع در فرد گردد.
- تنفس عمیق بر اثر ورزشهای سنگین می تواند باعث عود حملات گردد.
- بیخوابی و خستگی مفرط می تواند نقش مهمی در فراوانی حملات داشته باشد.
- تماشای زیاد تلویزیون و روشنای فلاش مانند، نیز می تواند حملات صرع را تسهیل کند.
- گزارش شده است که معمولاً اولین حمله صرع بعد از یک شوک روحی نظیر خبرهای تکان دهنده، هیجانانگیز و فشارهای روحی انجام گرفته است.

▪ موزیک و سرو صدا به دلیل هیجانانگیزی که در فرد ایجاد می کند می تواند منجر به حمله صرع گردد.

▪ مصرف الکل و قطع ناگهانی بعضی از داروها، تعویض ناگهانی داروهای ضد صرع نیز می تواند باعث برانگیختن حملات صرع شود

▪ روزه داری این افراد به دلیل کم شدن قند خون باید با مشورت پزشک انجام گیرد.

▪ گزارش شده است که بعضی از وضعیتهای فیزیکی، مثل خم شدن و پایین آوردن سر در بیماران باعث حمله صرع گردد.

• آیا صرع ارثی است؟

این سوال اغلب بیماران است. زن و شوهرهای جوانی که قصد دارند بچه دار شوند، طبیعتاً خیلی نگران این موضوع هستند، به ویژه اگر در تاریخچه خانواده هریک از دو طرف یا یکی از آنها صرع وجود داشته باشد، این مساله اهمیت بیشتری پیدا می کند. نقش عوامل ارثی در ایجاد بیماری صرع هنوز به درستی شناخته نشده است. در بعضی از مبتلایان به صرع ممکن است یک زمینه ژنتیکی قوی وجود داشته باشد که در این صورت مشاوره ژنتیکی می تواند سودمند واقع شود.

• علل صرع

خوب است ابتدا با نظر عوام در مورد علل صرع آشنا شویم. عده ای علت حمله را جن زدگی، سحر شدن توسط دیگران، آثار گناه، ضعف اعصاب و بیماری روانی می دانند. به همین دلیل توصیه های درمانی خاصی می کنند مثلاً دور بیمار افتاده خط می کشند، به او نزدیک نمی شوند، دعا برای او می نویسند، به جن گیر مراجعه می کنند یا آب قند و چیزهای دیگر به وی می خوراندند.

اما واقعیت این است که صرع نوعی اختلال در کارکرد سلولهای مغزی است که باعث پخش جریانهای مغزی اضافی به صورت ناگهانی و انتشار آن به سراسر مغز می شود. علت صرع گاه صدمه مغزی، و گاه نیز ارثی است.

البته صرع یک بیماری نیست، بلکه مانند تب، علامتی از یک سری بیماریهاست که در بدن انسان وجود دارد. از عمده ترین علل صرع می توان عوامل زیر را نام برد:

(۱) بیماریهای مادر زادی و ارثی بودن

(۲) صدمات زایمان در هنگام تولد

(۳) عفونت های حاد

(۴) تشنج ناشی از تب

(۵) ضربه به سر

۶) تومور مغزی

۷) الکل و بعضی از سموم دفع آفات

۸) بیماریهای مغز عفونتها و ضربه های مغزی از علل شایع صرع هستند

• درمان دارویی صرع:

درمان دارویی صرع با کشف اثر ضد تشنجی داروی برمید پتاسیم در سال ۱۸۵۷ شروع شده شد. این دارو تا بیش از هفتاد سال ، داروی ترجیحی در درمان صرع بود. پس از آن فنوباریتال در سال ۱۹۱۲ کشف و سنتز شد. ۲۵ سال بعد از کشف فنوباریتال در سال ۱۹۳۸ فنی توتین و سپس تری متادیون معرفی گردیدند. کاربازماپین نیز در سال ۱۹۶۷ و سدیم والپروات در سال ۱۹۷۴ معرفی شدند. بعد از ۱۵ سال ، سه درائی ضد تشنج جدید فلیامات ، لاموتریژین و گاباپنتین به بازار عرضه شدند و سپس داروهای جدید دیگری نیز معرفی گردیدند.

نسل جدید داروهای ضد صرع اغلب در درمان صرع های مقاوم به درمان استفاده می شوند. در ۷۰% موارد ، حملات صرع با یک دراو بطور کامل کنترل می گردد. در ۱۰% موارد شدت و فراکانس حملات کاهش یافته و در ۲۰% باقیمانده نیز ، علی رغم درمانهای مناسب دارویی ، حملات غیر قابل کنترل و مقاوم باقی می مانند.

اگر پزشک داروهای ضد جنون را تجویز می کند، بیمار باید بداند که طول دوره درمان طولانی مدت خواهد بود. در اغلب موارد در صورتیکه بیمار به مدت چند سال هیچ حمله ضد تشنجی نداشته باشد. پزشک تصمیم به کاهش تدریجی و نهایتا قطع دارو خواهد گرفت.

• هدف :

هدف از درمان دارویی ، قطع یا به حداقل رسانیدن تعداد تشنج ، بدون ایجاد عوارض جانبی جدی و خطرناک می باشد. در درمان دارویی صرع بایستی بین کنترل صرع و عوارض دارویی بالانس مناسب برقرار گردد.

• انتخاب دارو:

انتخاب دارو بستگی به عوامل مختلفی از جمله سن بیمار ، نوع تشنج ، تداخل دارویی ، سهولت مصرف دارو و عوارض دارویی دارد.

الف) سن بیمار :

بعضی از داروهای ضد صرع ، در دوره های سنی مختلف ، عوارض متفاوت و خاصی را نشان می دهند. مثلا داروی سدیم والپروات در نوزادی و شیرخوارگی احتمال عارضه کبدی بیشتری نسبت به سنین جوانی و میانسالی دارد.

ب) نوع تشنج :

هرگاه از داروهای ضد صرع بر روی نوع خاصی از صرع ، مؤثرتر هستند. مثلا داروی اتوسوکسیماید، بر روی حملات آسانس یا صرع کوچک ، تاثیر بهتری نسبت به حملات صرع بزرگ خواهد گذاشت .

ج) تداخل دارویی:

گاه پزشک برای کنترل صرع مجبور به تجویز دو یا چند داروی ضد صرع بصورت همزمان می باشد. در این موارد انواع خاصی از داروها می توانند اثرات جانبی همدیگر را تشدید کنند که در این صورت ، جهت کاهش این مشکل ، بهتر است داروهای انتخاب شوند که تداخل کمتری باهم دارند.

د) سهولت مصرف دارو:

در درمان فرد مصروع ، وقتی دو دارو به یک نسبت در کنترل حملات مؤثرند، دارویی انتخاب می شود که نحوه مصرف آن آسانتر باشد. مثلا پزشک به جای مصرف سه وعده دارو در روز یک وعده از آن را برای بیمار تجویز نماید.

• عوارض دارویی :

بعضی داروها می توانند عوارض گوارشی ، پوست و مو، اختلالات کبدی ، کلیوی و خونی و عوارض مربوط به دستگاه سیستم عصبی مرکزی (گیجی ، خواب آلودگی ، اختلال تعادل و اختلال شناختی) ، اختلال جنسی ، اختلال متابولیسمی (متابولیسم کلسیم) ، اختلال در رشد لته و تغییر اشتها را ایجاد کنند لازم به توضیح است عوارض کلی ذکر شده مربوط به تمام داروهای ضد جنون نیست . بلکه یک داروی خاص تمام عوارض فوق را ایجاد نمی نماید بلکه عارضه هر دارو محدود می باشد.

از طرفی اگر برای دارویی عارضه بخصوصی ذکر شده است ، به این مفهوم نیست که مصرف داروی فوق در هر فرد ، حتما منجر به ایجاد عارضه مذکور خواهد شد. مثلا ممکن است فردی اختلال گوارشی یا حساسیت پوستی نسبت به دارویی پیدا کند، ولی فرد دیگر با همان دارو هیچ

عارضه ای نداشته باشد. اینکه بیمار کدام یک از عوارض فوق را پیدا می‌کند بستگی به نوع دارو، تعداد داروها و پاسخ فردی دارد. در بعضی موارد شروع مصرف دارو به میزان کم و افزایش تدریجی آن (تا رسیدن به مقدار مناسب) سبب کاهش بروز عوارض دارویی می‌شود. در نهایت با وجود همه عوارضی که برای مصرف دارو ذکر گردید، توجه به اینکچگونه الزامی است که مصرف صحیح دارو، با در نظر گرفتن تمام عوارض آن ضروری و اساسی است و قطع خودسرانه آن می‌تواند عواقب جبران ناپذیری داشته باشد.

منبع: ایرانیان انگلستان

<http://vista.ir/?view=article&id=278873>

 Vista.ir
Online Classified Service

استراحت در اتاق ساکت و تاریک

سردرد، درد یا احساس ناراحتی در سر، پوست سر یا گردن است. سردردهای جدی و خطرناک بسیار نادر هستند و اکثر سردردها با تغییر سبک زندگی، مصرف دارو و یادگیری تکنیک‌های آرام‌سازی بهتر می‌شوند. سردرد انواع مختلفی از جمله سردرد تنشی، سردرد خوشه‌پی و میگرن دارد.

• سردردهای تنشی

این نوع سردردها سبب سفتی و انقباض عضلات در شانه‌ها، گردن، پوست سر و فک می‌شوند. این سردرد اغلب از ناحیه پس‌سری شروع می‌شود و به دو طرف سر سرایت می‌کند، درد به شکلی خفیف و فشار



بر سر احساس می‌شود مانند فشردن سر توسط یک گیره یا بند تنگ. همچنین شانه‌ها، گردن و فک هم دردناک و منقبض می‌شوند. انجام فعالیت‌هایی که موجب نگر داشتن سر در یک حالت برای مدت طولانی شود مانند کار با کامپیوتر، تایپ کردن، کار با میکروسکوپ و کارهای دستی ظریف می‌تواند باعث بروز سردرد تنشی شود. همچنین خوابیدن در یک اتاق سرد یا فرار گرفتن گردن در یک وضعیت نامناسب هنگام خواب از دیگر عوامل ایجاد این سردرد هستند. همان‌طور که از نام این سردرد پیداست، این سردرد با تنش‌های هیجانی، اضطراب و افسردگی ارتباط مستقیم دارد. عوامل دیگری را نیز می‌توان ذکر کرد که سبب بروز سردرد تنشی می‌شود از جمله خوردن بیش از حد نوشیدنی‌های کافئین‌دار یا نخوردن آن هنگامی که به صورت عادت درآمده باشد، کشیدن بیش از حد سیگار، خستگی ناشی از کار زیاد، عفونت‌های سینوسی، سرماخوردگی و آنفلوآنزا. همچنین خواب ناکافی یا نخوردن یک وعده غذایی افراد را در برابر سردرد آسیب‌پذیرتر می‌کند. جهت جلوگیری از بروز سردرد تنشی تا حدودی می‌توان از راهکارهای زیر استفاده کرد.

- اگر سردردتان ناشی از سرماخوردگی است، خودتان را گرم نگه دارید.

- بالش زیر سرتان را عوض کنید یا وضعیت خوابیدن‌تان را تغییر دهید.

- هنگام مطالعه یا سایر فعالیت‌های مشابه سرتان را در حالت مناسبی قرار دهید.

- هنگام کار با کامپیوتر یا تایپ کردن مرتباً گردن و شانه‌ها را ورزش دهید.

- به میزان کافی بخوابید و استراحت کنید و عضلات منقبض شده را ماساژ دهید. گاهی هم دوش آب گرم یا آب سرد کمک می‌کند اما

سردردهایی که در خواب اختلال ایجاد کند - شخص از درد از خواب بیدار شود- یا هنگام فعالیت دچار آن شود یا سردردی که مزمز شده باشد نیاز به معاینه و درمان توسط پزشک دارد.

• سردردهای خوشه‌پی

سردردهای خوشه‌پی با حملات شدید درد در یک طرف سر در ناحیه بالای چشم و پیشانی آغاز می‌شود، با آبریزش از چشم‌ها و بینی و گرفتگی بینی همراه است. این سردرد هر روز در یک ساعت معین و برای مدت چندین هفته رخ می‌دهد و سپس برای همان مدت از بین می‌رود. نام دیگر سردرد خوشه‌پی، «سردرد هیستامین» است. سردرد خوشه‌پی کمتر شایع است و در مردان بیشتر از زنان است و احتمال بروز آن در هر سنی وجود دارد اما بیشتر بین سنین نوجوانی تا میانسالی شایع است. سردرد خوشه‌پی با درد شدید و ناگهانی شروع می‌شود. دلیل قطعی این اختلال هنوز مشخص نیست اما بی‌شک این سردرد در ارتباط با ترشح ناگهانی «هیستامین» یا «سروتونین» در بدن است. اکثر کسانی که این سردرد را تجربه کرده‌اند، افرادی هستند که سیگار زیاد می‌کشند. همچنین الکل نیز سبب حملات سردرد می‌شود.

• میگرن

میگرن، اختلال عصبی است که سردردهای مکرری را موجب شده و اغلب با تهوع و استفراغ و سایر نشانه‌ها همراه است. بیشتر مردم قبل از شروع میگرن «پیش‌درآمد» (نشانه‌های هشداردهنده) ندارند اما برخی هم دچار اختلال بینایی می‌شوند که «پیش‌درآمد» سردرد است. سردردهای میگرنی به شکل زق زق، کوبش یا درد ضربان‌دار در سر احساس می‌شوند. سردرد از یک طرف سر شروع و سپس به طرف دیگر سر هم کشیده می‌شود و در بیشتر بیماران شروع درد همیشه از همان طرف آغاز می‌شود. برخی از بیماران از درد در ناحیه پشت چشم‌ها یا پشت سر و گردن شکایت می‌کنند، معمولاً درد به طور خفیف آغاز شده و ظرف چندین دقیقه تا چندین ساعت به درد فلج‌کننده پی تبدیل می‌شود. سردرد میگرنی ممکن است ساعت‌ها در روز طول بکشد که در چنین شرایطی بیمار به نور و صدا بسیار حساس می‌شود و آرزو می‌کند در یک اتاق تاریک و ساکت استراحت کند. میگرن در زنان بیشتر از مردان است و اغلب هم بین سنین ۱۰ تا ۴۶ سال دیده می‌شود. عوامل زیر می‌توانند سبب حملات میگرن شوند؛ اثرات آلتزی، نورهای شدید و تند، صداهای بلند، استرس‌های جسمی و روحی، تغییرات الگوی خواب، کشیدن سیگار یا در معرض دود توتون قرار گرفتن، نخوردن غذا، الکل و تغییرات هورمونی (مربوط به عادت ماهیانه یا مصرف قرص‌های ضدبارداری). برخی از غذاها هم ممکن است روی سردردهای میگرنی تاثیر داشته باشند از جمله غذاهایی مانند ماهی دودی، جگر مرغ، انجیر، شکلات، کره بادام زمینی، پیاز، گوشت‌های نیترات‌دار مثل هات‌داگ، ژامبون، سالامی و هر غذای فرآوری شده، تخمیر شده، ترش یا شور. میگرن درمان ندارد و هدف کنترل نشانه‌ها و جلوگیری از حملات بیشتر سردرد است. هنگام سردرد میگرنی در اتاقی تاریک و ساکت استراحت کنید و به ویژه اگر سردرد همراه با استفراغ است نوشیدنی زیاد بخورید تا مانع از دست رفتن آب بدن شوید. برخی از سردردها هم به سردرد سینوسی معروفند که موجب درد در ناحیه جلوی سر و صورت می‌شوند و به علت عفونت در مجاری سینوسی واقع می‌شود که ناحیه پشت گونه‌ها، بینی و چشم‌ها را نیز شامل می‌شود.

این درد هنگام خم شدن به طرف جلو یا صبح‌ها هنگام برخاستن از رختخواب بدتر می‌شود و اغلب هم با ترشحات چرکی داخل حلق و گلودرد همراه است. به خاطر داشته باشید سردرد گاهی صرفاً به علت سرماخوردگی، تب، آنفلوآنزا یا گاهی پیش از عادت ماهیانه رخ می‌دهد که امر نگران‌کننده‌ای نیست. اما اگر بالای ۵۰ سال سن دارید و برای اولین بار دچار سردرد شدید احتمال دارد «آرتروز تمپورال» (التهاب شریان‌های گیجگاهی) علت آن باشد که نشانه‌های این وضعیت شامل ضعف بینایی و تشدید درد با عمل جویدن است. در چنین شرایطی خطر نابینایی فرد را تهدید می‌کند پس باید فوراً به پزشک مراجعه شود. برای کمک کردن به تعیین نوع سردردتان و عوامل محرک آن یادداشت درست کنید. هنگامی که دچار سردرد می‌شوید، تاریخ و ساعت شروع آن را بنویسید، چیزهایی را که در ۲۴ ساعت گذشته خوردید، مدت زمانی که خوابیدید، کار یا تفکری که درست قبل از شروع سردرد به آن مشغول بودید، اضطراب‌هایی که داشتید و مدتی که سردردتان طول کشیده و در نهایت اقدامی که برای رفع آن انجام دادید را یادداشت کنید. بعد از مدتی که این یادداشت‌ها را جمع‌آوری کردید بی‌شک به یک الگو خواهید رسید که به تعیین نوع سردرد و شیوه درمان آن کمک خواهد کرد.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=350582>

اسکیزوفرنی یک ناتوانی ذهنی

یوگن بلر روان پزشک سوئیسی برای نخستین بار در سال ۱۹۱۱ واژه اسکیزوفرنی را خلق کرد. این لغت از واژه یونانی اسکیزو به معنای جدا شدن و فرن به معنای ذهن است، که تفکر از هم گسیخته انسان ها را با اختلالات ذهنی آنها بیان می کند.

اما مردم به اشتباه تصور می کنند که افراد مبتلا به این بیماری چند شخصیتی و یا دارای شخصیت مجزایی هستند. تعریف این بیماری از زمان یوگن بلر در حال تغییر است. اسکیزوفرنی بیماری شدید و مزمن ناتوانی ذهنی است. گرچه میزان ابتلا به این بیماری در مردها و زن ها یکسان است اما این اختلال بیشتر در پسرهای ۱۷ تا ۳۰ ساله دیده می شود.



• نشانه های اسکیزوفرنی

نشانه ها و علائم این بیماری از هر فرد به فرد دیگر متفاوت است. هر شخص مبتلا، این بیماری را به نحوی تجربه می کند. تمامی افراد مبتلا به این بیماری یک یا دو تا از نشانه های زیر را در خود بروز می دهند.

توهم؛ این بیماران عقاید نادرستی دارند مثلا احساس می کنند که دیگران آنها را دنبال می کنند و یا سعی دارند که به آنها آسیب برسانند. آنها حس می کنند که دیگران ذهن آنها را می خوانند و یا کنترلشان می کنند.

افراد مبتلا به این بیماری حتی چیزهایی را که در اطرافشان وجود ندارد می بینند، حس و یا بو می کنند. همین نشانه ها آنها را ترسناک و منزوی جلوه می دهد. این بیماران در مورد صداهایی که وجود ندارند دچار توهم می شوند و آنها را می شنوند. مثلا صدای افراد معروف و یا کسانی را که در قید حیات نیستند، می شنوند.

رفتارهای غیرعادی؛ به طور خلاصه این بیماران طوری رفتار می کنند که از نظر دیگران عجیب است.

صحبت های از هم گسیخته؛ شیوه صحبت کردن این افراد طوری است که دیگران به سختی متوجه منظور آنها می شوند مثلا جملاتی که استفاده می کنند کاملا نامفهوم است و یا هیچ ربطی به موضوع صحبت ندارد. بعضی وقت ها درک صحبت های آنها تقریبا غیرممکن است.

نشانه های منفی؛ این بیماران کمبود انگیزه و یا علاقه دارند. آنها کمتر از اصطلاحات احساسی استفاده می کنند و تمایل کمی برای برقراری ارتباط با دیگران دارند، و به ندرت احساسات خود را بروز می دهند. علاوه بر علائم ذکر شده این بیماران در عملکرد خود نیز دچار مشکل هستند. مثلا توانایی انجام کارهایی را که به مهارت و یا تمرکز نیاز دارد، ندارند.

• علت اسکیزوفرنی

دلایل این بیماری هنوز مشخص نیست. دانشمندان برای پی بردن به علت آن دوقلویی را مورد آزمایش قرار دادند، نتیجه این تحقیقات نشان داد که اگر یکی از این دوقلوها به این بیماری مبتلا شود، احتمال مبتلا شدن فرد دیگر به این بیماری تنها ۵۰ درصد است. بنابراین وراثت تنها علت اسکیزوفرنی نیست. آنها پی برده اند که عوامل محیطی هم در ایجاد این بیماری موثر است.

• درمان اسکیزوفرنی

درمان دارویی؛ یافتن درمان دارویی مشخص بسیار مشکل است. در این مورد باید با روان پزشک بیمار صحبت کرد تا به عوارض جانبی داروهای

مختلف پی ببریم.

آموزش؛ خانواده‌هایی که با این بیماران سروکار دارند باید مطالب زیادی را در رابطه با اختلالات ذهنی، کاهش استرس و تضادهای این بیماران، یاد بگیرند. یادگیری این مطالب به بهبود این بیماران کمک می‌کند. گاهی در درمان‌های دارویی برای اینکه بیمار تحت نظر کامل باشد، باید بیمار را در بیمارستان بستری کنند.

درمان‌های حرفه‌ای و روزانه؛ این درمان‌ها به بیماران اسکیزوفرنی کمک خواهد کرد که بالاترین پتانسیل و سطح استقلال خود را بشناسند.

منبع: روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=257299>

 **vista.ir**
Online Classified Service

اسکیزوفرنیا؛ بیماری فقیران

• ۸۰۰ هزار ایرانی، اسکیزوفرنیا دارند

در سال‌های اخیر با افزایش آسیب‌های روانی-اجتماعی در جامعه ایرانی مواجه هستیم. یکی از جلوه‌های آسیب اجتماعی پدیده تکدی‌گری است که عوامل متعددی در سبب شناسی آن موثرند. در بررسی‌های به عمل آمده توسط نگارنده مشخص شده است که حدود ۱۰ درصد از افراد بی‌خانمان و متکدی دچار اختلال روان‌پریشی هستند. بیماری اسکیزوفرنیا از پیچیده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین روان‌پریشی‌ها شمرده می‌شود. هنوز ماهیت این بیماری به طور کامل شناخته نشده است اما علائم آن از فرهنگی به فرهنگ دیگر فرق می‌کند. یک درصد جمعیت دنیا به این بیماری مبتلا هستند و تخمین زده می‌شود که در کشورمان حدود ۸۰۰ هزار نفر به این بیماری مبتلا باشند.



اولین رویداد اسکیزوفرنیا می‌تواند در هر دوره از زندگی، از بلوغ جنسی و نوجوانی گرفته تا اواخر چهل سالگی رخ دهد. اگر این رویداد درمان نشده باشد، می‌تواند دست‌کم چند هفته یا چند سال به طول بینجامد. اگرچه بسیاری از این بیماران درمان شده به سطحی از عملکرد با نام «بهبود اجتماعی» برمی‌گردند، ولی ممکن است آنها فقط به کمترین سطح بهبودی که جامعه آن را تحمل می‌کند، برسند یا بدتر از همه، به اندازه‌ی بهبودی‌یافتن که بیمارستان را ترک کنند؛ در حالی که همچنان در حالت مزمن ناتوانی به صورت افراد بی‌خانمان که از طریق تکدی‌گری روزگار می‌گذرانند ادامه حیات دهند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد میزان بروز اسکیزوفرنی‌ها در بین افراد فقیر سه برابر بیشتر از افراد ثروتمند است. اکثر بیماران اسکیزوفرنیک دچار اختلال در کارکردهای روان‌شناختی‌اند. مشکلات ادراکی به صورت توهم و خطاهای ادراکی، اختلال‌های فکر به صورت هذیان یا گسستگی تداعی‌واژه‌ها، پرش افکار و علائم دیگر اختلال‌های عاطفی به صورت عواطف سرد و سطحی و نامتناسب، علائم افسردگی و علائم متعدد دیگر. تعدادی از بیماران رفتار آشفته‌پی از خود نشان می‌دهند. گاهی این بیماران نوعی بی‌اعتنایی بی‌چگانه به آداب اجتماعی نشان می‌دهند. در سال‌های اخیر به دلیل سیاست‌های غلط اقتصادی دولت، افزایش نابرابری و بی‌عدالتی اجتماعی، فقر، بیکاری، نبود مسکن، مهاجرت و ده

ها عامل دیگر، آسیب پذیری مردم نسبت به بیماری های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است. دامنه مشکلات اجتماعی موجب نزول افراد از طبقات متوسط به پایین شده و چنین شرایطی موجب افزایش استرس در زندگی افراد می شود. آسیب پذیری به دلیل فشارهای روانی اختلال در کارکردهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی را به وجود می آورد. متأسفانه سیاست های حاکم در حوزه بهداشت روانی بسیار ناکارآمد و نارسا است.

سیاست خصوصی سازی بیمارستان های دولتی بدون در نظر گرفتن مشکلات بیماران روانی به افزایش آسیب پذیری خانواده ها و بیماران منتهی شده است. از آنجا که اکثر بیماران روانی از طبقات اجتماعی- اقتصادی پایین هستند، اکثر خانواده ها توانایی مالی لازم برای پرداخت هزینه های بستری و درمان فرزندان یا بستگان شان را ندارند. در چنین شرایطی فرآیند تشخیص زودهنگام و درمان مناسب به تاخیر افتاده و تعداد زیادی از بیماران هم به دلیل ناتوانی خانواده در پرداخت هزینه های درمان در خیابان ها رها شدند. حضور این بیماران در قالب کارتن خواب و متکدی در جامعه مان نشان دهنده بی توجهی به حقوق انسانی بیماران روان توسط مسوولان است.

بدون تخصیص بودجه لازم برای درمان بیماران روان و حمایت از خانواده های آنها ما با افزایش این پدیده دلخراش مواجه خواهیم بود. لذا ضرورت برنامه هایی برای ساماندهی این بیماران به صورت خانه های نیمه راه یا خانه های گروهی، ارائه تسهیلات مراقبت روزانه، ایجاد درمانگاه های بهداشت روانی، ارائه بیمه خدمات درمانی، حمایت از بیمارستان های روان پزشکی و آموزش اعضای خانواده بیماران و حمایت از NGOهای فعال در این امر مهم بسیار ضروری است. در صورت توجه نکردن مسوولان به این موضوع، در سال های پیش رو با افزایش پدیده بیماران روان بی خانمان و متکدی مواجه خواهیم شد. در حال حاضر ۱۰ درصد از افراد کارتن خواب و متکدی دچار اختلال روان پریشی هستند.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=267793>

 **vista.ir**
Online Classified Service

اغما چیست؟

اغما یا کما معمولاً به عنوان حالتی از ناهشیاری درازمدت تعریف می شود که با فقدان آگاهی از محیط و بیدار نبودن همراه است.

کلمه "کما" (Coma) از کلمه یونانی مشتق شده است که به معنای "خواب عمیق" است. اما اغما با خواب متفاوت است، چرا که نمی توان فرد در حال اغما را با تکان دادن بیدار کرد.

اغما همیشه وضعیتی غیرطبیعی است که علل گوناگونی دارد، از نوشیدن مفرط الکل گرفته تا سکتة مغزی وسیع یا ضربه مغزی شدید.

فرد در حال اغما بسیار آسیب پذیر است و معمولاً به عنوان موردی از فوریت پزشکی محسوب می شود که اصول ABC کمک های اولیه یعنی بررسی مجرای هوایی، تنفس و گردش خون باید در مورد آن انجام شود. فوری ترین علت مردن در حال اغما بسته شدن مجاری تنفسی است.

اغما ندرتاً برای بیش از دو تا چهار هفته ادامه پیدا می کند. اینکه بیمار



بهبودی کامل پیدا کند یا نه به بستگی به علت اغما دارد، اما ممکن است مشکلات مداوم جسمی، ذهنی و روانی در بیمار باقی بماند که نیاز به



بازتوانی ویژه داشته باشد.

اغمای طولانی گاهی می تواند به "حالت نباتی مداوم یا دائمی" (PVS) منجر شود که در واقع ایجاد آن نتیجه اقداماتی است که در پزشکی مدرن انجام می شود. زیرا افراد دچار آسیب شدید مغزی از طریق کمک های تکنولوژیک مانند دستگاه های تهویه مکانیکی که کارهایی را که مغز نمی تواند انجام دهد به عهده می گیرند، زنده می مانند.

حالت های دیگر مربوط به اختلال هشیاری شامل "حالت هشیاری حداقلی" و "نشانگان محبوس در خود" است که در آنها بیماران درجات متفاوتی از توانایی شناختی دارند، اما دچار ناتوانی در ارتباط برقرار کردن و کاهش میزان پاسخ به افراد و محیط هستند.

سی تی اسکن و MRI از فرد دچار PVS تحلیل رفتگی (آتروفی) مناطق عالی قشر مغز مربوط به ادراک، تفکر و آگاهی را نشان می دهد. اسکن های PET که فقدان برداشت گلوکز یا قند را در این نواحی مغز نشان می دهند، ناهشیاری عمیق را ثابت می کنند. بنابراین افراد در PVS ممکن است گاه به گاه آه بکشند، اخم کنند، سر و صدا کنند و دست و پاهایشان را تکان دهند، اما این اطوارها معنای معمول شان را ندارند.

البته ممکن است ساقه مغز به طور کامل یا نسبی سالم باشد (این بخش مغز در مقابل کمبود اکسیژن نسبت به سایر بخش های مغز مقاوم تر است). از آنجایی که ساقه مغز حاوی مراکز است که چرخه های خواب و بیداری و تنفس را کنترل می کنند، فرد مبتلا به PVS ممکن است چشم هایش را باز و بسته کند و حتی به خودی خود و بدون کمک نفس بکشد.

• پنج علت شایع اغما

(۱) دیابت:

اغمای دیابتی به علت بالا و پایین رفتن شدید قند خون رخ می دهد، و امروزه به یمن وسایل اندازه گیری خانگی قند خون که به بیماران امکان می دهد مرتباً قند خون شان را تحت نظارت داشته باشند، کمتر رخ می دهد.

(۲) تومورهای مغز:

رشد تومورهای درون مغز اغلب به افزایش فشار داخل جمجمه ای می انجامد، زیرا «فضایی» درون جمجمه برای آن وجود ندارد. اگر این افزایش تخفیف نیابد، ممکن است باعث از دست رفتن هشیاری و اغما شود.

(۳) صدمات ناشی از ضربه مغز:

اغما آشکارترین علامت صدمه ناشی از ضربات مغزی است. ضربه سر در نتیجه سانحه جاده ای، آسیب های ورزشی یا حملات رشته های عصبی در مرکز مغز را پاره می کند و به از دست دادن هشیاری می انجامد.

(۴) مسمومیت:

هروئین، الکل و مونوکسیدکربن سه سمی هستند که می توانند به خاطر مهار کردن مراکز هشیاری در مغز باعث اغما شوند. افرادی که پس از مدتی ترک هروئین دوباره استعمال آن را شروع می کنند مستعد رفتن به اغما هستند.

(۵) سکته مغزی:

خونریزی زیر عنكبوتیه ای نوعی از سکته مغزی است که با پاره شدن عروق خونی ضعیف شده درون مغز مشخص می شود. این عارضه باعث خواب آلودگی و اغما می شود و میزان بالایی از مرگ و میر دارد.

• اصطلاح شناسی اغما

• ناهوشیاری: ناشی از تغییراتی در مغز است و به کاهش یا فقدان پاسخ به تحریکات بیرونی می انجامد.

• آگاهی: دریافت و پاسخ دادن به تحریکات نه لزوماً درک کردن.

• حالت نباتی مداوم یا دائمی (PVS): کارکردهای "عالی" مغز تخریب شده اند، اما کارکردهای پایه ای ممکن است حفظ شده باشند. در صورتی که چشم اندازی از بهبودی وجود نداشته باشد، این حالت دائمی است.

• نشانگان محبوس در خود: فلج کامل به جز احتمالاً توانایی پلک زدن.

• حالت هوشیاری حداقلی: ممکن است بیمار آگاهی داشته باشد. برای تعیین اینکه واکنش های بیمار تصادفی یا هدفدار است، باید ارزیابی به

عمل آید.

• مرگ ساقه مغز: از دست رفتن کارکرد ساقه مغز به معنای اینکه مغز و بدن مرده‌اند، حتی با وجود اینکه گردش خون و تنفس را هنوز به وسیله ماشین‌ها می‌توان حفظ کرد. این حالت را نباید با "وضعیت نباتی مداوم" اشتباه کرد.

منبع : سلامت نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=287667>

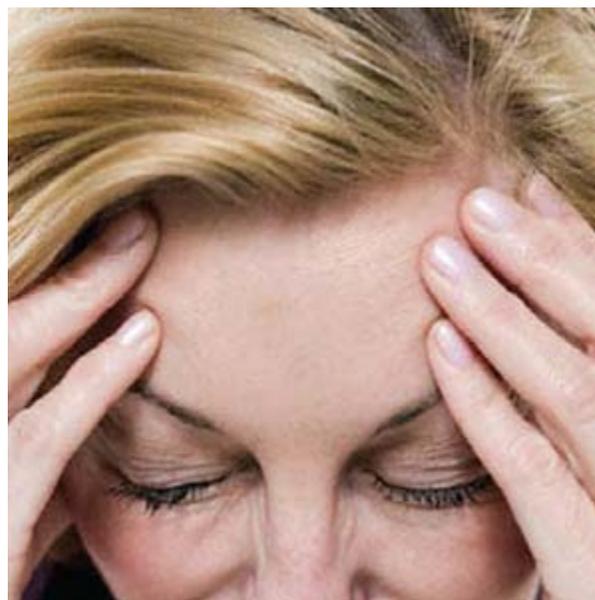
 Vista.ir
Online Classified Service

این تابلو، کلاسیک نیست

بسیاری از پزشکان به غلط تصور می‌کنند بیماران دچار SAH بدون استثنا حداقل یکی از حالات زیر را دارا هستند: بیماری حاد شدید، یافته‌های عصبی واضح مانند فلج اعصاب جمجمه‌ای یا مننژیسموس، ولی این باور کاملاً اشتباه است.

تظاهرات این بیماری نیز مانند بسیاری از بیماری‌ها منحنی‌ای به شکل زنگ دارد و بیماران به ظاهر سر حال که معاینات عصبی طبیعی دارند، ۳۰ تا ۴۰ درصد مبتلایان به SAH را تشکیل می‌دهند. تکیه مطلق برتظاهرات کلاسیک بیماری، دریچه‌ای است به سوی تشخیص نادرست. از طرف دیگر بیمارانی که درگیری خفیف دارند و علائم کلاسیک این بیماری را از خودشان نمی‌دهند، بیشترین فایده را از تشخیص و درمان به موقع خواهند برد.

باور غلط دیگر این است که تصور می‌شود علائم به هنگام فعالیت بدنی شدید شروع می‌شوند. در حقیقت در یک مطالعه معتبر بزرگ نشان داده شد که تقریباً ۵۰ درصد بیماران در هنگام استراحت یا زمان برخاستن از



خواب دچار علائم شده بودند. به همین ترتیب بسیاری از بیماران ممکن است حمله سردرد خود را بدترین سردرد عمر خود ندانند و از نظر شدت آن را بسیار شدید قلمداد نکنند، حتی بعضی از بیماران ممکن است شروع سردرد را به جای صاعقه‌وار، به صورت کم‌کم افزایش یابنده، اظهار کنند، ولی با این وجود تقریباً همه بیماران برعکس معمول و متمایز بودن سردرد از نظر شدت و ماهیت تأکید خواهند کرد. حتی هنگامی که تابلوی غالب بیماری گردن درد باشد، این درد نیز از نظر ماهیتی متمایز و متفاوت دارد. از موارد فوق چنین برداشت می‌شود که شناخت و تشریح دقیق علائم بیمار به خصوص در مواردی که سابقه سردرد در وی وجود دارد، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. تصور غلط این است که کاهش شدت سردرد پس از مصرف مسکن‌ها، پاتولوژی داخل جمجمه‌ای را رد می‌کند. از نظر پاتوفیزیولوژیک مسیرهای محدودی پیدایش سردرد را میانجی‌گری می‌کنند. از آنجا که هر گروه از مسکن‌ها (ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی یا اپیوئیدها) قادر به کاهش یا برطرف کردن سردرد هستند، هیچ‌گونه استفاده تشخیصی نمی‌توان از تأثیر این مواد بر سردرد کرد. درد ناشی از یک SAH کوچک حتی ممکن است به صورت خودبه‌خودی کاملاً بهبود یابد.

• تشخیص اشتباه از سوی بیمار

یکی از مسایلی که در برخورد با بیماران دچار سردرد باید مورد توجه قرار گیرد این است که این بیماران در صورت ابتلا به سردردهای مزمن هر سردرد خود را حمله میگرن یا برای مثال سردرد سینوزیتی می‌نامند. در چنین مواردی باید دقت داشت که بیمار ممکن است هر سردرد شدید خود را میگرن بنامد، بنابراین اگر بیماری بگوید در هفته گذشته دو بار دچار حمله میگرن شدم، پزشک باید بنا را بر این بگذارد که بیمار دوباره دچار سردرد شدید شده تا با کندوکاو بیشتر و در صورتی که علائم بیمار با تعریف علمی و دقیق میگرن همخوانی داشت، این بیماری را به عنوان عامل سردرد بپذیرد. پدیده دیگر که در مورد بیمار فوق نیز صدق می‌کند، این است که به اشتباه برای سردرد وی تشخیص میگرن گذاشته شد و در حقیقت بر سردرد وی برچسب میگرن زده شد و این تشخیص در مراجعات بعدی وی به عنوان سابقه واقعی وی مطرح شد. این مساله موجب شد تا فکر پزشک بعدی از بررسی بیشتر در مورد ماهیت سردرد و علائم آن منحرف شود و به تشخیص صحیح نرسد.

به یاد داشته باشید تشخیص قطعی میگرن یا سردردهای عصبی نیازمند چند حمله سردرد با علامت‌های شاخص (پنج حمله برای میگرن و ۱۰ حمله برای سردردهای عصبی) است، بنابراین اطلاق این تشخیص‌ها در بیمارانی که با اولین حمله سردرد یا بدترین حمله سردرد مراجعه می‌کنند باید با دقت و احتیاط فراوان صورت گیرد. معاینه فیزیکی اغلب در بیماران SAH طبیعی است. تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران ممکن است علائم فلج عصب سوم را نشان دهند، چرا که بیشتر آنوریسم‌ها در گردش خون قدامی مغز قرار دارند بنابراین بعید است که علائم درگیری اعصاب مغزی را از خود نشان دهند. علائم تحریک منتهی و خونریزی‌های چشمی نیز تنها در تعداد اندکی از بیماران دیده می‌شود.

به دلیل تمامی عللی که ذکر شد در نظر گرفتن SAH در بین تشخیص‌های افتراقی، شایع‌ترین دلیل تشخیص غلط این بیماری است. وقتی این بیماری جزو تشخیص‌های افتراقی نباشد در نتیجه بررسی‌های لازم برای تایید و تشخیص این بیماری مانند سی‌تی‌اسکن یا LP نیز انجام نمی‌شود. حتی گاهی از اوقات که این آزمایش‌ها نیز انجام می‌شوند برخی پزشکان به اشتباه نتایج را تفسیر می‌کنند و یا با یک نتیجه منفی اولیه، بررسی را زود هنگام به پایان می‌رسانند.

• محدودیت‌های سی‌تی‌اسکن

سی‌تی‌اسکن ابزاری قوی در تشخیص SAH است، ولی به نوبه خود محدودیت‌های مهمی نیز دارد. اگر اشتباه در تفسیر نتایج را کنار بگذاریم دو مشکل عمده در این بحث خطای طیف و فاصله زمانی از شروع سردرد است. در خطای طیف، بیمارانی که درگیری خفیف‌تر و خونریزی‌های کوچک‌تری دارند (در سمت چپ منحنی زنگی شکل) بیشتر ممکن است سی‌تی طبیعی و منفی کاذب داشته باشند. فاصله زمانی از شروع علائم نیز بسیار مهم است. طی ۱۲ ساعت اولیه شروع علائم حساسیت سی‌تی‌اسکن در کشف SAH به ۹۸ درصد می‌رسد. اگر چه به دلیل وسیع بودن فاصله اطمینان ۹۵ درصد در مورد این حساسیت، بیشتر صاحب‌نظران پیشنهاد می‌کنند که در صورت منفی بودن سی‌تی‌اسکن اولیه، LP نیز به دنبال آن انجام شود. سه روز پس از شروع علائم حساسیت سی‌تی به ۸۵ درصد تقلیل می‌یابد و در پایان هفت روز پس از شروع تنها ۵۰ درصد حساسیت خواهد داشت.

در مورد معرفی شده فوق سی‌تی در روز چهارم پس از شروع علائم انجام شد بنابراین حدود ۸۰ درصد حساسیت داشت نتیجه منفی این اسکن نباید پزشک را مطمئن می‌ساخت و باید به دنبال آن برای بیمار LP انجام می‌شد. از آنجا که LP روشی تهاجمی به شمار می‌رود بیشتر پزشکان ترجیح می‌دهند که در بیمارانی که ظاهراً بدحال نیستند از این روش استفاده نکنند.

منبع : هفته نامه سپید

<http://vista.ir/?view=article&id=356856>

• مقدمه

با پیشرفت علم و صنعت و ماشینی شدن جامعه کنونی رفتار و کردار و طرز تفکر انسانها نیز دستخوش تغییر و تحول شده است. یکی از دستاوردهای مهم صنعتی شدن جامعه کنونی، افزایش بی حد و اندازه آلودگیها، از جمله آلودگی آب و هوا، و آلودگی کلیه مواد غذایی است. ممکن است سؤال شود آلودگی مواد غذایی چرا؟

امروزه با افزایش جمعیت و به قول جامعه شناسان غرب، کمبود مواد غذایی باعث شده است که در صنعت کشاورزی و ژنتیک تغییرات عظیمی صورت گیرد و با تغییرات ژنتیکی گیاهان و استفاده از انواع کودهای شیمیایی برای افزایش محصول، این امر باعث شده تعادل مواد در خاک به هم خورده و بیشتر موادی که در کود شیمیایی وجود دارد جذب گیاهان شده و تعادل مواد غذایی گیاه هم دستخوش دگرگونی شود در نتیجه با مصرف این نوع مواد غذایی تعادل بدن انسان نیز مسلماً بهم خواهد خورد. آلودگی هوا، فکر می کنم که نیازی به توضیح نباشد، چیزی که عیان است چه حاجت به بیان است. ولی توضیح مختصری را خدمت عزیزان عرض می کنم.



امروزه با افزایش بی حد و حساب انواع اتومبیلها و اتوبوسها و مینی بوسهای نفت و گازسوز و افزایش بی رویه کامیونهای دیزلی موجب آلودگی هوا شده و مونوکسید کربن بمقدار زیاد در هوا پخش می شود و از طرفی وجود کارخانجات صنعتی و اضافه شدن پسابهای صنعتی به آبهای جاری و دریاچه ها نگرانی انسانها را دو چندان کرده است.

متأسفانه کاری هم در مورد رفع آن صورت نگرفته است و مهمتر و اسفناکتر از همه تبلیغ غذاهای غربی با آب و رنگ زیبا و محتوای پوچ نگرانی را بیش از پیش از حد و اندازه افزایش داده است.

از طرفی پائین بودن ارزش مواد غذایی، مانند: سوسیس و کالباس و اضافه نمودن مواد نگهدارنده ای بنام سدیم نیتريت وضع را خراب تر کرده است. و جای بسی تأسف است که امروزه تبلیغاتی فراوان در مورد غذاهای سرپایی (Fast Food) انجام می شود و مردم را تشویق به استفاده از این نوع غذاها می کنند. اگر شبی در سطح شهر گشتی بزنیم می بینیم که اکثر افراد از غذاهای سرپایی و انواع ساندویچ استفاده می کنند که این نوع غذاها عاملی است مهم برای انواع بیماریها از قبیل ناراحتیهای عصبی، بیماریهای بدخیم از قبیل انواع سرطانها و کیستهای جور و جور و در نتیجه برای درمان هم مشخص است که چه باید کرد!

اول جراحی سپس شیمی درمانی و در نهایت رادیو تراپی، آیا شکم ارزش این همه بدبختی و بیچارگی را دارد؟ غذاهای سنتی خودمان چه اشکالی دارد که پناه بر غذاهای غربی و کنسرو شده برده ایم؟

یکی از بیماریهای قرن حاضر که متأسفانه اکثراً جوانها خصوصاً دختران و زنان جوان به این بیماری مبتلا می شوند بیماری (MS) می باشد که هنوز از نظر پزشکان متخصص دنیا علت آن مشخص نیست و متأسفانه نظریات گوناگونی را عنوان می کنند که پایه و اساس علمی درستی ندارد. این بیماری را اتوایمیون یا ویروسی می نامند و دلیل قانع کننده ای هم برای آن ندارند و جالبتر اینکه ویروسی بودن این بیماری را یکی از دلایل می دانند در حالیکه هنوز برای خودشان هم اثبات نشده است ولی اینترفرون درمانی را شروع می کنند و هزینه گزافی را به بیمار درمانده تحمیل می کنند.

• توجه : در مسائل علمی نظریه زمانی ارزش پیدا می کند که اثبات شده باشد در غیر اینصورت ارزش علمی نخواهد داشت.

سوال اینجاست که این اصل هنوز اثبات نشده چگونه بخود اجازه درمان با ضد ویروس را می دهند؟

در حالیکه بنده حقیر سالها روی این بیماری (MS) کار کرده و علت و درمان آن را کشف کرده ام چون پزشک نیستم و هر جا علت بیماریها را مطرح می کنم اولین سوالی که از من می پرسند این است که تخصص شما چیست؟
بنده هم که دروغ نمی توانم بگویم حقیقت را عنوان می کنم و میگویم بنده سرمتخصص موتورهای جت فوق مدرن هواپیمای شکاری هستم!
با شنیدن این مساله برای پزشکان محترم خیلی گران تمام می شود و در جواب می گویند موتور چه ربطی به پزشکی دارد؟
ولی بنده سوالی که از این عزیزان دارم این است که چه کار به تخصص من دارید؟ به حرفی که می زنم توجه کنید! اگر علمی نیست براحتهی رد کنید.

دیگر عصبی شدن و از دست دادن تعادل چه معنی و مفهومی دارد. مگر علم پزشکی علم آزمایش و تجربه نیست؟ از عزیزان تقاضا می کنم که کمی منطقی باشند. سوال دیگری که مطرح می شود این است که چرا علم پزشکی، خود را محدود به دارو کرده و درمان کلیه بیماریها را در تجویز دارو می دانند و بس.

حال اگر روزی دارو در دسترس پزشک نباشد، پزشک محترم چه باید بکند و تکلیف بیمار چیست؟ با این همه تجهیزات و بالا بودن فن و تکنیک آزمایشگاهی، چرا دنبال علت بیماریها نیستند؟

آیا برای بیماری (MS) علم پزشکی راه پیشگیری هم دارد یا خیر؟
اگر هست پس چرا ارائه نمی کنند تا این همه جوانها از این بیماری نجات پیدا کنند و اما بنده حقیر علتی که برای این بیماری کشف کرده ام از این قرار است:

(۱) عصبی شدن و حساس بودن و زودرنج شدن و پبله کردن افراد:

(۲) استفاده از غذاهای سردی بخش (اسیدی مانند لبنیات و ترشیجات) بطور مداوم در افرادی که از نظر ژنتیکی دارای طبع سردی هستند.

(۳) بیوست مزاج.

• MS چیست؟

ام اس یعنی: Multiple Sclerosis

این بیماری مختص اعصاب مرکزی بوده (مغز و نخاع) و ایجاد لکه های سفید یا پلاکهای متعددی در مغز می کند.

پلاکها گویای سفت شدگی غلافهای سلولهای (میلین ها) عصبی مغز می باشند، که این سفت یا سخت شدگی جلوگیری از انتشار جریان الکترو شیمیایی رشته های عصبی و اختلال در حرکات می شود.

در نتیجه فرمانی که از مغز صادر می شود براحتهی به اعضا و ماهیچه ها نمی رسد و کار براحتهی انجام نمی شود. مغز فرمانده، کل بدن بوده و در جایگاه رفیعی قرار دارد. شخص باید دقیقا این اندام مهم و حیاتی را بشناسد و حداکثر مراقبت را از این اندام مهم بنماید.

زیرا هر عضوی از بدن کار خاصی را انجام می دهد و تغذیه خاصی را نیز دارد.

مساله مهم و حیاتی این که کلیه اندامهای انسان تحت نظارت و کنترل این عضو مهم یعنی مغز می باشد و کوچکترین عصبیت ها و نگرانی های بی مورد در این عضو اثر مخربی داشته و کار کرد این اندام را مختل خواهد کرد.

درآینده درمورد حساسیت ها، عصبیت ها و نگرانی ها صحبت کرده و علت آن را بیان خواهیم کرد. شما عزیزان با رعایت نکات بیان شده، از حساسیت و عصبی شدن و نگران بودن بلطف پروردگار ایمن خواهید شد. تا این عضو حاکم بر جهان تن و بدن سالم بماند و در واقع با این روش از بسیاری از بیماریها پیشگیری می شود.

امروزه بر همگان روشن و مسجل است که پیشگیری مهمتر از درمان بوده و هزینه ای در بر ندارد و اما عدم رعایت مسائل گفته شده انواع بیماریهای جسمی خصوصا بیماری های اعصاب و روان را ایجاد خواهد نمود از جمله بیماری قرن حاضر یعنی بیماری (MS) که از نظر علم پزشکی روز (مدرن) ناشناخته باقی مانده و تاکنون درمانی بر آن نیافته اند. در واقع این نوع بیماری علائم و خصوصیات خاص خود را دارد از جمله: بیمار مبتلا به این مرض نمی تواند براحتهی حرکت کند. این بیماری مثل سایر بیماریها دارای علائم بالینی خاصی می باشد که شخص مبتلا به این بیماری چنین علائمی را در خود می بیند و آن را حس می کند.

• علائم بیماری MS

دوبینی، مور مور شدن انگشتان دست یا پا، بی حس شدن و کرخ شدن بعضی انگشت های دست یا پا، حالت برق گرفتگی لحظه ای در بدن، یخ

زدگی قسمتی از بدن، داغ شدن قسمتی از بدن، عدم هماهنگی اعضاء خصوصا پاها هنگام راه رفتن، عصبی شدن بی مورد، خواب زیاد، لخت شدن بدن، تبلی و بی حسی، خستگی زودرس، ضعف عمومی بدن، اسپاسم ماهیچه ای، عدم هماهنگی بین کلمات در سخن گفتن، سنگینی سر و بدن، دفع بیش از حد ادرار نسبت به دیگران، دیر هضم شدن غذا، حساس و زود رنج شدن، یبوست مزاج، دیدن کابوس در بعضی افراد، علاقه به خوردن غذاهای سردی بخش (اسیدی) مانند لبنیات مخصوصا ماست و بستنی، در صورت پیشرفت بیماری عدم کنترل ادرار، یا از دست دادن کامل بینایی، عدم تحمل هوای گرم و آب گرم، عدم تحمل آب سرد و هوای سرد کم شدن میل جنسی، در صورت داشتن همبستری ضعف شدید خصوصا در آقایان، زود انزالی در آقایان، افسردگی و خودخوری، انزوا طلبی و گوشه گیری، نداشتن تعادل، داشتن لرزش هنگام حرکت، یاری نکردن ماهیچه های پا هنگام راه رفتن، سرما سرما شدن استخوانهای بدن خصوصا پاها.

• انواع بیماری MS

بیماران (MS) را می توان به دو گروه عمده تقسیم کرد:

(۱) بیماری که ابتدا از طریق بینایی مورد حمله قرار می گیرند.

(۲) بیماری که ابتدا از طریق پا مورد حمله قرار می گیرند.

• گروه اول:

این نوع بیماران اگر سریع تشخیص داده شوند، بسرعت به درمان جواب می دهند، و در مدت زمان کوتاهی بهبودی کامل به لطف خداوند متعال حاصل می شود.

این گروه بیماران باید از خوردن بستنی و مواد غذایی یخ زده و سرد مطلقاً پرهیز نمایند

• گروه دوم:

این نوع بیماران نیز اگر سریع تشخیص داده شوند به درمان جواب خوبی را می دهند و اگر در درمان کوتاهی شود، این گروه در معرض حملات متعددی قرار می گیرند و هر چقدر که این حملات ادامه یابد، درمان نیز به همان نسبت دشوارتر می شود.

بیماران باید بیشتر رعایت کنند تا سریعتر درمان شوند. ضمناً اگر بیمار علت بیماری خود را بداند می تواند به راحتی با این بیماری کنار آمده و آن را درمان کند و سلامتی خود را هر چه سریعتر بدست آورد. حال علت این بیماری را برای عزیزان شرح می دهم.

• چه کسانی دچار بیماری MS می شوند؟

عموماً دو گروه از اشخاص دچار این بیماری (MS) می شوند:

(۱) گروه اول:

این نوع افراد عموماً اشخاصی هستند فوق العاده حساس، زودرنج و عصبی و با کمترین ناملازمات از حالت عادی خارج شده و تعادل خود را از دست می دهند و ساعت ها فکر خود را مشغول کرده و به خود و دیگران پيله می کنند.

(۱) گروه دوم:

افرادی هستند که از نظر ژنتیک دارای طبع سردی بوده و مدام از غذاهای سردی بخش (غذاهائی با pH اسیدی) به حد وفور استفاده می کنند و علاقه زیادی به خوردن ترشی، سرکه، تمبر هندی، ماست، قره قورت و امثالهم دارند.

حال این دو گروه افراد را مورد بررسی و مطالعه دقیق قرار می دهیم تا علت های این بیماری دقیقاً مشخص شود و سپس به درمان این بیماری لاعلاج و یا صعب العلاج از نظر علم پزشکی روز (مدرن) که شناخته شده نیست می پردازیم، تا شما عزیزان متوجه شوید که این بیماری غیر قابل علاج از نظر پزشکی، در واقع علاج پذیر بوده و می توان آن را به لطف خداوند درمان کرد.

البته هر چه سریعتر شناخته شود به همان نسبت به درمان سریعتر جواب می دهد و شخص از این گرفتاری نجات پیدا می کند.

متأسفانه علم پزشکی روز در دنیای مدرن امروزی فقط و فقط درمان را در دارو می بیند و بس! خصوصاً علم پزشکی در کشور عزیز ما ایران چشم به دست پزشکان غرب خصوصاً دکتران دارو ساز غرب دوخته و منتظرند که چه زمانی آنان اعلام کنند که داروی فلان بیماری کشف و ساخته شد و پزشکان ایران از آن استفاده نمایند.

در اینجا سوالی پیش می آید که آیا این امکان وجود ندارد که بیماریها را بدون استفاده از دارو درمان کرد؟

چرا پزشکان محترم به جای اینکه وقت با ارزش خود را صرف کشف و ساختن دارو نمایند این وقت را صرف تشخیص و کشف علت بیماری ها نمی

کنند؟

در حقیقت بیماری علت نیست که می خواهیم با دارو از بین ببریم بلکه معلول است اگر علت را کشف کردیم و آن را از بین بردیم معلول نیز از بین خواهد رفت یعنی بیماری دیگر مفهومی ندارد و مسلماً با این روش بیماری براحتی از بین خواهد رفت.

ضمناً پیشگیری مهمتر از درمان است! چرا پیشگیری نکنیم؟ در حالیکه پیشگیری هزینه ای ندارد.

• علت بیمار شدن گروه اول:

(۱) حساس بودن، زودرنج شدن و عصبی بودن و پيله کردن:

یکی از عمده ترین علت های این بیماری عصبی شدن افراد است که آن را مورد مطالعه و بررسی قرار میدهم. یکی از عمده علت های عصبی شدن در واقع کمبود مواد غذایی یا مواد معدنی و ویتامین ها در بدن بوده و همچنین مواد زائد در سلولها و بافتهاست.

هرگاه شخص از نظر فیزیولوژی دچار اختلال شود از نظر سیستم عصبی نیز دچار ناراحتی روحی و روانی خواهد شد و با کمترین برخوردی عکس العمل نشان خواهد داد. برای درک بهتر این مساله می توانیم (همو ستاز) را مورد بررسی قرار دهیم.

• هموستاز چیست؟

اصطلاح هموستاز در فیزیولوژی به معنای ثابت نگاه داشتن مواد موجود در محیط داخلی بدن است اساساً تمام اندامها و بافت های بدن اعمالی را انجام می دهند که به حفظ این شرایط ثابت کمک می کند.

ریه ها اکسیژن مورد نیاز سلولها را تهیه می کنند، کلیه ها غلظت های یونی را ثابت نگاه می دارند دستگاه گوارش مواد غذایی اندامها را تامین می کند.

مادامی که اکسیژن، گلوکز، یون های مختلف، اسیدهای آمینه و ذرات چربی به مقدار کافی و با غلظت های مناسب در محیط داخلی وجود داشته باشند سلولها می توانند به زندگی، رشد و انجام وظائف خود ادامه دهند باز برای درک بیشتر این مساله (پروتوپلاسم) را توضیح می دهم.

• پروتوپلاسم چیست؟

پروتوپلاسم شامل پنج بخش می باشد که عبارتند از:

آب، الکترولیت ها، پروتئین ها، لیپیدها و کربوهیدرات ها می باشد.

الکترولیت ها، موجب انتقال امواج الکتروشیمیایی در رشته های عصبی و عضلانی می شوند و همچنین فعالیت واکنشهای مختلف آنزیمی را برای متابولیسم سلولی تضمین می کنند.

برای پی بردن به علت دقیق عصبی شدن لازم است علاوه بر این توضیحات مایعات بدن را نیز توضیح مختصری بدهم تا مساله کاملاً مشخص شود. از عزیزان تقاضا می شود به مطالبی که گفته می شود دقیقاً عنایت فرمایند تا مساله مشخص شود.

• مایعات داخل و خارج سلولی:

حدود دو سوم بدن انسان را مایع تشکیل می دهد اگر چه قسمت اعظم این مایع در داخل سلولها قرار دارد که آن را مایع داخل سلولی می نامند.

حدود یک سوم آن در فضاهای خارج سلولی قرار داشته و آن را مایع خارج سلولی می نامند.

مایع داخل سلولی، اختلافات قابل ملاحظه ای با مایع خارج سلولی دارد.

بعنوان مثال:

یونهای سدیم و کلر در مایع خارج سلولی بیشتر از مایع داخلی سلولی و غلظت یونهای پتاسیم، منیزیم و فسفات به عکس در مایع داخل سلولی بیشتر از مایع خارج سلولی است.

هیچ سلولی نیست که فاصله اش تا مویرگها از ۲۵ تا ۵۰ میکرون بیشتر باشد. همین امر تقریباً انتشار هر نوع ماده ای را از مویرگهای به سلول در ظرف چند ثانیه تضمین می کند.

مایع خارج سلولی: محتوی مقدار زیادی یونهای سدیم، کلر و بیکربنات، مواد غذایی لازم برای سلولها از قبیل اکسیژن، گلوکز، اسیدهای چرب و اسیدهای آمینه و انیدرید کربنیک که می باید از طریق ریه ها دفع شود. (مواد زائد)

و فرآورده های سلولی دیگری که می باید از راه کلیه ها دفع شوند (مواد زائد)

نتیجه: مطالبی که بیان شد نشان می دهد که هر نوع کمبود موادی در مایعات بدن موجب عدم انتشار امواج الکتروشیمیایی رشته های عصبی می شود که این امر موجب عصبی شدن در افراد می شود.

(۲) علت حساس و زود رنج بودن:

وقتی که تعادل املاح معدنی در بدن بهم می خورد، انسان با کمترین برخوردی عصبی می شود و هم چنین کار غدد درون ریز در بدن مختل می شود. همین امر موجب می شود که ترشحات طبیعی معده مختل شده و دو برابر حد طبیعی اسید ترشح شود.

روزانه معده یک انسان بالغ حدود ۲ لیتر اسید کلریدریک ترشح می کند که در هضم غذا نقش اصلی را ایفا می کند. وقتی که انسان دچار عصبیت می شود این مقدار اسید به دو برابر حجم واقعی و طبیعی خود می رسد که در واقع روزانه ۴ لیتر اسید معده که فوق العاده قوی است ترشح می شود. همچنین با عصبی شدن کار غدد درون ریز از جمله: غده هیپوفیز در مغز، غده تیروئید در جلوی گردن و غدد پاراتیروئید و غده مهم و حیاتی لوزالمعده (پانکراس) و غده فوق العاده حیاتی فوق کلیه که اپینفرین و نوراپینفرین و کورتیزول ترشح می کنند مختل شده و تخمدان ها در خانم ها و بیضه ها در آقایان نیز کارشان مختل می شود.

اختلال در غدد درون ریز موجب می گردد که سیستم داخلی بدن بهم ریخته و انسان از حالت تعادلی روحی و روانی خارج گردد اگر بخواهیم همه غدد درون ریز را بطور مفصل و جداگانه توضیح دهیم از حوصله این مقاله خارج است و به همین مقدار اشاره بسنده می کنیم تا علت روشن شود. چون غدد درون ریز در بدن یک حالت پس خورد (FeedBack) را دارد و با سیستم عصبی و محرکهای شیمیایی کار می کند اگر این سیستم مختل شود، نتیجه مشخص است و آن عدم هماهنگی بین اندام های بدن است و این عدم هماهنگی یعنی اختلال در کلیه سیستمهای بدن انسان، در نهایت خارج شدن انسان از حالت تعادل و بیماری است.

یکی از عوارض مهم عصبی شدن اثرات مخرب روی سیستم گوارش است که مقداری در این باره صحبت می کنم تا علت پيله کردن در افراد مشخص شود و شما عزیزان به این مساله آگاه شوید.

(۳) علت پيله کردن در افراد عصبی و حساس و زود رنج چیست؟

همان طور که قبلا بیان شد بر اثر عصبی شدن اسید معده دو برابر حجم طبیعی خود ترشح می شود و همین امر موجب می شود که ناراحتی های گوارشی افزایش یابد و در نهایت شخص دچار زخم معده و زخم اثنی عشر شده و بیشتر عصبی می شود و همین امر موجب می گردد که مواد لازم به اندازه کافی به سلول ها و در نهایت به اندام ها نرسد.

یکی از شایع ترین بیماری های گوارشی بیوست مزاج است که همین امر باعث می شود که شخص مبتلا به بیماری بیوست شود در این حال بیمار فوق العاده عصبی و حساس و زودرنج می شود. علی الخصوص به خود و یا به دیگران پيله می کند.

• حال بیوست مزاج چطور چنین کاری را موجب می شود.

بر اثر بیوست توقف غذا در روده بزرگ (کولون) بیش از حد طبیعی شده و همین امر موجب می گردد که تخمیر زیادی توسط باکتری ها بوجود آید و انواع گازهای سمی و سم خطرناک پتومائین در روده بزرگ افزایش یابد و آسیب های جبران ناپذیری را متوجه شخص نماید. بر اثر بیوست این گازها و سموم خطرناک دفع نشده و دوباره از طریق جداره روده جذب شده و وارد خون می شود در واقع خون را آلوده کرده و می توان گفت تا حدود زیادی خون را مسموم می کند در نتیجه خون مسموم در کلیه اندام ها به جریان در آمده خصوصا از این مواد آلوده سلول های مغز و اعصاب استفاده کرده و از حالت طبیعی خارج می شوند.

همین امر موجب می گردد که شخص تعادل روحی و روانی خود را از دست دهد و بیمار گردد و اما سمومی که در روده بزرگ ایجاد می شوند عبارتند از:

گازهای سمی مانند: اندل، اسکاتل، فنل، سولفور و هیدروژن و سم خطرناک پتومائین که بر اثر تخمیر در روده بزرگ ایجاد می شود.

همان طور که گفته شد این سموم وارد خون شده و سلول های مغز و اعصاب از این خون تغذیه می کنند حال خود در این مورد قضاوت کنید تا نتیجه بر شما مشخص شود. مطالبی که بیان شد عوارض بیوست بود. بیوست عوارض بی شمار را در بر دارد که به چند تای آنها اشاره می کنم تا خود بر صحت گفتار این حقیر پی ببرید و در رفع آن کوشا باشید تا انشاء اله حالت هائی که این بیماری در پی دارد بر آن فائق شده و نجات پیدا کنید.

• علائم بالینی که این گونه افراد (بیوست مزاج) دارند عبارتند از:

بوی بد و تنفر آمیز دهان، تلخ بودن دهان، داغ شدن بدن خصوصاً ناحیه شکم و روده ها، ریزش مو، موخوره، کم اشتهاپی و بی اشتهاپی، حالت تهوع، عصبی شدن بی مورد، پپله کردن و گیر دادن، جوش صورت و پشت در قسمت شانه ها، ناراحتی های پوستی از قبیل لکه های سفید در صورت یا لکه های قهوه ای در بدن، شوره سر، سردردهای میگرنی (قسمتی از سر یا نیمه سر)، ضعیف شدن چشم، نار شدن بینایی یا حالت دوبینی، بی حوصلگی و امثالهم ...

افرادی که دچار چنین ناراحتی هایی هستند با مراجعه مکرر به انواع متخصصین در نهایت به نتیجه مطلوبی نرسیده و سردرگم می شوند و مهمتر این که علت مسائلی را که برایشان پیش آمده نمی دانند. البته بیوست علائم عدیده ای دارد و بنده به چند مورد اساسی آن اشاره کردم و الا خود نیاز به جزوه جداگانه است.

در حالت بیوست مواد غذایی داخل خون کم شده و انواع سموم در آن افزایش می یابد و در حقیقت بدن شخص خصوصاً سلول ها و اندام ها دچار فقر غذایی می شوند و ناخودآگاه شخص حساس، زود رنج و عصبی می شود و به خود یا دیگران پپله می کند. زیرا مواد غذایی کافی به سلول ها و اندام ها نرسیده و آنان به خوبی نمی توانند وظائف خود را انجام دهند.

• نتیجه:

نتیجه ای که از گفتار بالا بدست می آید این است که بیوست در بیماران مبتلا به (MS) فوق العاده خطرناک بوده و تعادل روحی و روانی و حرکتی آنها را مختل کرده و موجب می گردد که حملات یکی پس دیگری متوجه این بیماران شده زیرا اینگونه افراد به انرژی زیادی نیاز دارند و قبلاً بیان شد که بیوست فقر غذایی ایجاد می کند و همین امر موجب شدت بیماری خواهد شد و خدای ناکرده این گونه بیماران زمینگیر خواهند شد. یکی از مهمترین مسائلی که این گونه بیماران باید توجه نمایند کنترل سیستم گوارشی است خصوصاً بیوست مزاج که باید از آن بر حذر باشند در غیر این صورت کار مشکل تر خواهد شد.

عزیزان باید دقت نمایند تا از اجابت مزاج خوبی برخوردار شوند تا مساله ای پیش نیاید پس با رژیم غذایی مناسب و طبیعی می توانند سیستم گوارش خود را فعال نگه دارند و اجازه ندهند که چنین معضلی به سراغشان بیاید در غیر این صورت بیماران مبتلا به (MS) که دارای بیوست مزاج هستند هنگام راه رفتن از تعادل فیزیکی برخوردار نخواهند شد.

باور ندارید؟ امتحان کنید، تا به این مهم پی ببرید • مؤده به بیماران مبتلا به (MS) در مورد تغذیه روزانه خویش:

بنده حقیر در مورد مزاج غذاها در جزوه ای مختصر کلیه غذاهای مصرفی را بیان کرده ام که هر مواد غذایی از چه طبعی برخوردار است و شما عزیزان با مراجعه به آن جزوه می توانید غذاهای انرژی زا و مفید را انتخاب کرده و مصرف کنید تا دچار مساله ای نشوید. به امید روزی که همه عزیزان بیمار را در نهایت سلامتی و تندرستی ببینیم که انشاء الله آن روز نزدیک است عزیزان سعی کنند که مطالبی که عرضه می شود با نهایت دقت و صبر و حوصله مطالعه کنند.

تا به مطالب مندرج پی ببرند و عمل نمایند تا هر چه سریعتر از این بیماری نجات پیدا کنند عزم و اراده شما عزیزان بیش از نیمی از درمان است سعی کنید که مایوس و نا امید نشوید زیرا نا امیدی بزرگترین گناه است.

علم پزشکی فعلاً دنبال داروی این بیماری است نه علت آن و اگر به امید دارو بنشینید وقت از دست خواهد رفت ولی بنده دنبال علت بوده ام نه دارو و به همین منظور خداوند عزیز لطف کردند و علت را شناختم پس جای نگرانی نیست.

با مطالعه این جزوه و عمل به آن خود به این مساله پی خواهید برد که چرا بیمار شده اید و الان می توانید خود را درمان کنید. درمان این بیماری فوق العاده ساده و عملی است ناامید نشوید و توکل بر خدا کنید تا هر چه سریعتر شفای عاجل نصیب شده چون شفا فقط دست خدا است. متأسفانه علم پزشکی درمان خیلی از بیماری ها را هنوز نشناخته و به علت آن ها پی نبرده است. مگر بیماری میگرن تا کنون از نظر علم پزشکی شناخته شده که MS شناخته شود.

در حالیکه علت میگرن کاملاً مشخص بوده و در حداقل زمان حدود یک هفته به لطف الهی درمان می شود چون علت مشخص است در واقع درمان ما، خلاصه می شود در از بین بردن علت، نه تجویز دارو.

• علت بیمار شدن گروه دوم:

افرادی هستند که از نظر ژنتیک دارای طبع سردی بوده و مدام از غذاهای سردی بخش (غذاهایی با pH اسیدی) به حد وفور استفاده می کنند. قبل از این که در مورد گروه دوم صحبتی شود برای روشن شدن افکار شما عزیزان مطالبی را باید عنوان کنم تا شما عزیزان متوجه شوید که گروه

دوم چگونه افرادی هستند و چرا دچار این بیماری می شوند. اگر کلیه انسان های موجود در کره خاکی را دقیقاً مورد بررسی و مطالعه قرار دهیم به چنین نتیجه ای خواهیم رسید انسان ها را به ۲ گروه عمده تقسیم می کنیم

(۱) افرادی که دارای طبع سردی هستند.

(۲) اشخاصیکه از طبع گرمی برخوردارند.

(۳) کسانیکه دارای طبع معتدلی هستند.

• طبع چیست؟

حالتی است که عواملی چون محیط زیست شرائط آب و هوایی، نوع تغذیه، عوامل جغرافیایی، دمای محیط و نحوه زندگی و نژاد حالتی را از نسلی به نسل دیگر انتقال می دهد و آن حالت ارثی است این حالت ها در افراد مختلف متفاوت بوده و بعضی از افراد بدنشان گرایش به حالت اسیدی داشته که این حالت را از نظر طب قدیم (طبع سرد) می نامند. و این طبع تا آخر عمر با شخص بوده و تغییری نمی کند.

و اما افرادی که بدنشان گرایش بسوی بازی (قلیایی) دارند به آن دسته از افراد می گوئیم که از طبع گرمی برخوردارند.

و اما طبع معتدل طبعی است میان سرد و گرم که در واقع حالت تعادل را دارد و عموماً اینگونه افراد نسبت به دو گروه دیگر کم بوده و کمتر دچار انواع بیماری ها می شوند. یعنی pH بدن اینگونه افراد بیشتر حالت تعادل را دارد و براحتی تغییر نمی کند.

نتیجه: پس طبع سرد که ارثی است و افرادی که دارای چنین طبعی هستند اگر در مورد غذای مصرفی روزانه خود دقیق نباشند بیشتر در معرض بیماری (MS) قرار می گیرند. زیرا مواد غذایی هم مثل انسان دارای طبایع مختلف بوده و باید مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد تا طبع مواد غذایی مشخص شود در غیر این صورت افراد دچار انواع بیماری ها خواهند شد.

بعنوان مثال: آیا تاکنون اندیشیده اید که فرق ماست با ترشی و خرما چیست؟

هر کدام چه اثرات مفید یا مخربی را در مغز و سایر اندام های بدن ایجاد می کنند یا خیر؟

بدن انسان هم از اندام های مختلفی تشکیل شده و هر کدام دارای طبع مختلفی هستند که مختصری به آن می پردازیم. جالب توجه این که بدن انسان از اندام های مختلفی تشکیل شده است مانند:

مغز، کلیه ها، کبد، استخوان، سیستم گوارش و امثالهم... از نظر طب قدیم هر کدام از این اندام ها دارای طبع خاصی بوده که باید مورد شناسایی قرار گیرد، تا اشخاص در نوع غذای مصرفی خود دقت بیشتری را مبذول دارند.

بعنوان مثال سیستم مغز و اعصاب (اعصاب مرکزی) از طبع سردی برخوردار است یعنی این اندام گرایش بحالت اسیدی دارد و اگر افراد از غذاهای سردی بخش (اسیدی) مرتب استفاده نمایند این عضو حساس را دچار اختلال و بیماری خواهند نمود از جمله (MS)، برای درک بیشتر این مطلب ناچاراً اصطلاح (pH) را باید توضیح دهیم تا مسائل برای شما عزیزان روشن تر شود و علت بیماری خود را بدانید و با رعایت مسائل بیان شده خود را از این حالت نجات دهید. انشاء الله

• pH چیست؟

pH یعنی غلظت یون هیدروژن در مایع خارج سلولی است.

بر اثر نوع تغذیه در بدن انسان حالتی بوجود میآید (کاهش یا افزایش یون هیدروژن) که گرایش بحالت اسیدی یا بازی دارد که آن حالت را pH گویند. که در بدن باید حالت ثابتی را داشته باشد. غلظت یون هیدروژن در مایع خارج سلولی بطور طبیعی در حد ثابت تقریباً یکی والان در لیتر می باشد این مقدار می تواند تا بدون ایجاد مرگ تغییر کند در واقع pH برای بیان غلظت هیدروژن مورد استفاده قرار می گیرد.

اگر بخواهیم بطور ساده تر بیان کنیم چنین می شود:

pH طبیعی خون در حالت عادی ۷/۲ است و گاهی اوقات بر اثر نوع تغذیه تغییر می کند اگر تغییرات کاهش یابد و pH بطرف ۷/۴ - برود این حالت را (اسیدوز) می نامند و اگر افزایش یافته بطرف ۷/۴ + برود آن حالت را (آلکالوز) گویند.

عموماً در بیماران مبتلا (pH) (MS) اکثراً گرایش به حالت اسیدی داشته و اگر این حالت بر اثر نوع تغذیه تکرار شود بیمار در معرض حملات مداوم قرار خواهد گرفت، و حال بیمار برمرور رو به وخامت خواهد رفت. جالب توجه اینکه غذاهائی که این حالت (اسیدوز) را ایجاد می کنند این نوع بیماران علاقه وافر به مصرف آن نشان می دهند.

مانند: ماست، بستنی، ترشی، تمبر هندی، ماهی و امثالهم...

• توجه: این گونه بیماران باید از مصرف غذاهای اسیدی دوری جسته و رعایت حال خویش را بنمایند.

• اسید و باز چیست؟

• تعریف اسید: اسید مولکول یا یونی است که می تواند یک هیدروژن به محلول اضافه کند یا بهتر و ساده تر بگوییم اسید دهنده هیدروژن می باشد.

• تعریف باز: باز مولکول یا یونی است که بتواند با یون های هیدروژن ترکیب شود و یا بهتر بگوییم بازگیرنده هیدروژن است.

• تعادل اسید و باز

منظور از تعادل اسید و باز تنظیم غلظت یون هیدروژن در مایعات بدن است.

• توجه: تغییرات مختصری در غلظت یون هیدروژن نسبت به مقدار طبیعی موجب تغییرات بارز در سرعت واکنشهای شیمیایی در سلول ها می گردد.

به این معنی که بعضی از واکنشها را آهسته و بعضی را تسریع کند، به همین دلیل تنظیم غلظت یون هیدروژن یکی از جنبه های مهم هموستاز است هموستاز را قبلاً توضیح داده ام که یعنی ثابت نگاه داشتن مواد لازم در محیط داخلی بدن است. که این کار را اندام های مختلف بدن انجام می دادند تا بدن دچار اختلال نشود. حال برای درک بهتر و بیشتر مطالب فوق اثرات اسیدوز و آلکالوز را توضیح می دهم تا شما عزیزان به علت بیماری خود پی ببرید.

• اثرات اسیدوز و آلکالوز بر روی بدن

• اسیدوز:

اثر عمده اسیدوز تضعیف سیستم عصبی مرکزی است هنگامی که pH خون از ۷/۲ کمتر می شود سیستم عصبی آنقدر تضعیف می گردد که شخص در ابتدا حواس خود را از دست داده و بعداً دچار اغماء می شود.

بیماری (MS) چون بیماری اعصاب مرکزی است با هر اسیدوزی این سیستم تضعیف شده و به مرور پلاک های متعددی در مغز یا نخاع به وجود می آید، این نوع بیماران جدا از حالت اسیدوز باید بدور باشند تا درمان شوند در غیر این صورت بیماری پیشرفت کرده و درمانی نخواهد داشت زیرا بر اثر پیشرفت بیماری غلاف های نرون یعنی (میلین ها) از بین رفته و بدن به راحتی نمی تواند آن را ترمیم کند.

• آلکالوز:

اثر عمده آلکالوز بر روی بدن افزایش تحریک پذیری است که سیستم عصبی را تحریک می کند این اثر هم در سیستم عصبی مرکزی و هم در سیستم عصبی محیطی حادث می شود.

معمولاً اعصاب محیطی قبل از سیستم عصبی مرکزی مبتلا می شوند. بطور اتوماتیک و مکرر امواج عصبی از خود صادر می کنند در نتیجه عضلات وارد یک حالت تتانی یعنی یک حالت اسپاسم تونیک می شوند. تتانی معمولاً در ابتداء در عضلات ساعد ظاهر شده و به سرعت به عضلات صورت و سرانجام به سراسر بدن منتشر می شود.

□ توجه: عموماً افرادی که دچار اسیدوز یا آلکالوز شدید می شوند ابتدا به حالت اغماء فرو رفته و بعد در آن حال می میرند.

در واقع اسیدوز و آلکالوز نتیجه نوع تغذیه بوده و افزایش یا کاهش یون هیدروژن (pH) عامل اصلی این جریانات می باشد.

در بیماران مبتلا به (MS) اکثراً دچار اسیدوز شده و بمرور تعادل خود را از دست می دهند مصرف غذاهای سردی بخش (اسیدی) این حالت را ایجاد کرده و اگر همین طور ادامه یابد تشدید می شود و همین امر موجب حملات به شخص می شود. آیا بدن مجهز به سیستمی نیست که این حالت را کنترل کند؟ و آنها کدامند؟

در جواب عرض می شود که چرا، اندام هایی هستند که این حالت را تا حد امکان کنترل می کنند و تا حدی کاهش می دهند بشرطی که ما هم با آن اندامها همکاری نزدیکی داشته باشیم و سعی کنیم که باری را از روی دوش آن اندامها برداریم نه این که بر خلاف آنها عمل کنیم.

فعلاً این سیستم را توضیح میدهم و شما عزیزان بدقت مطالعه کرده تا مسائل روشن شود.

• اندامهای کنترل کننده اسیدوز و آلکالوز

دو اندام مهم و حیاتی در بدن وجود دارند بنام های ریه ها و کلیه ها، این اندام ها تلاش مستمری را انجام می دهند تا حالت های اسیدوز و آلکالوز را کنترل نمایند و (PH) را به حد طبیعی برسانند البته ناگفته نماند تلاش این اندامها بستگی به مقدار یون هیدروژن در بدن می باشد که در این

حال ریه ها وارد عمل شده (اسیدوز یا آلكالوز تنفسی) و بمرور هیدروژن را از طریق بازدم به بیرون دفع می کنند اما کلیه ها در این حالت (اسیدوز یا آلكالوز متابولیسیمی) باید کار مداوم و طاقت فرسایی را تحمل کنند تا هیدروژن اضافی موجود از طریق ادرار دفع شود. به همین دلیل است که ادرار همیشه اسیدی است و همین امر سالم بودن کلیه را نشان می دهد.

کلیه ها قادرند در طرف یک تا سه روز (pH) مایعات بدن را مجدداً به مقدار تقریباً طبیعی بازگردانند.

• توجه: حال اگر فردی هر روز از غذاهای سردی بخش (ا سیدی) مرتب استفاده نماید و مرتب بدن وی دچار اسیدوز شود، هر چقدر هم که ریه ها و کلیه ها وارد عمل شوند قادر نخواهند بود که pH بدن را به حالت طبیعی برگردانند زیرا همانطور که بیان شد کلیه ها حدود ۱ تا ۲ روز متوالی باید تلاش کنند تا حالت اسیدوز یا آلكالوز را خنثی نمایند.

پس در نتیجه اسیدوزهای مکرر بر روی اعصاب مرکزی اثر گذاشته و آن را به مرور تضعیف نموده و عاملی است مهم در ایجاد پلاک ها و عدم فعالیت نرون ها.

• توجه: هر نوع اسیدی فعالیت های نرون های مغزی را شدیداً کاهش می دهد.

پس مهمترین علت بوجود آمدن (MS) در افراد وجود طبع سرد و خوردن غذاهای سردی بخش و همچنین عصیت های مکرر و حساسیت و زود رنجی است. با آگاهی به این مطالب و شناخت طبع خود و شناخت طبع مواد غذایی می توانید از این بیماری لا علاج به قول پزشکان نجات پیدا کرده و به زندگی عادی خود ادامه دهید. پس عزیزان با در نظر گرفتن مطالب گفته شده سعی کنید اراده ای محکم و آهنین پیدا کرده و خود را به راحتی درمان کنید.

• متابولیسم مغز

مغز و متابولیسم مغز ویژگیهای خاصی دارد که توضیح مختصری بیان می شود.

میزان کل متابولیسم و میزان متابولیسم نورون ها:

متابولیسم مغز در حال استراحت ۱۵ درصد متابولیسم کل بدن را تشکیل می دهد با وجودی که جرم مغز فقط ۲ درصد جرم کل بدن است. بنابراین متابولیسم مغز در حال استراحت حدود ۵/۷ برابر متابولیسم بقیه بدن است قسمت اعظم بافت های بدن می توانند برای چندین دقیقه و بعضی تا نیم ساعت بدون اکسیژن به کار خود ادامه دهند. در این مدت سلول های بافتی انرژی خود را از طریق متابولیسم بی هوازی بدست می آورند که به معنی آزاد شدن انرژی تجزیه نسبی گلوکز و گلیکوژن اما بدون ترکیب با اکسیژن است.

اما مناسبانه مغز قادر به انجام متابولیسم بی هوازی زیادی نیست، زیرا متابولیسم بسیار زیاد نرون ها اجازه چنین کاری را نمی دهند زیرا انرژی بسیار زیادی که برای هر سلول مغز در مقایسه با بیشتر بافتها مورد نیاز است. دلیل دیگر مقدار گلیکوژن انبار شده در نورون ها بسیار مختصر است.

سومین دلیل به ذخائر اکسیژن در بافتهای مغزی نیز بسیار اندک است بنابراین فعالیت نورون های مغز بستگی به رسیدن ثانیه به ثانیه اکسیژن خون دارد. با کنار هم گذاشتن این عوامل مختلف می توان براحتی درک کرد که چرا قطع ناگهانی جریان خون به مغز یا کمبود ناگهانی اکسیژن در خون می تواند در طرف ۵ تا ۱۰ ثانیه موجب از هوش رفتن انسان شود.

نتیجه: افرادی که مبتلا به بیماری MS هستند باید از غذاهای انرژی زا مانند عسل و لیموترش تازه مرتب استفاده نمایند واز هوای پاک که دارای اکسیژن کافی است همچنین برخوردار شوند.

تا این بیماری بسرعت از بین برود با آگاهی از شرایط مغز بیماران از خوردن غذاهای سردی بخش یا (ا سیدی) و یا غذاهای کم انرژی پرهیز نمایند. زیرا نتیجه عکس خواهد شد و این گونه بیماران دچار کمبود انرژی شده و بسرعت خسته خواهند شد.

زیرا خوردن ماست یا برنج سفید آن انرژی لازم را برای مغز ایجاد نمی کند و به همین دلیل اکثر بیماران مبتلا به (MS) از کمبود انرژی و خسته شدن شکایت دارند. برای جبران این نتیجه باید از عسل بمقدار ۲۰۰ گرم روزانه مصرف نمود، زیرا یکی از مهمترین شگفتی های عسل این است که برای جذب نیاز به انسولین ندارد. ثانیاً بسرعت جذب سلولهای مغزی می شود ثانیاً چون از نوع قندهای چپ گرا می باشد در ساختمان اسید آمینه ها بکار می رود و الا آخر.

• غذای اصلی سلولهای مغز

در شرایط طبیعی تقریباً تمام انرژی مصرف شده توسط سلولهای مغز بوسیله گلوکز تامین می شود که از خون گرفته می شود همانطور که در

مورد اکسیژن نیز صدق می کند. قسمت اعظم این گلوکز دقیقه به دقیقه و ثانیه به ثانیه از خون مویرگی گرفته می شود و کلا حدود ۲ دقیقه ذخیره گلوکز بطور طبیعی بصورت گلیکوژن در نوروں ها در هر زمان معین انبار می شود یک صفت ویژه حمل گلوکز به نوروں ها این است که انتقال گلوکز به داخل نوروں ها از طریق غشاء سلول بر خلاف تقریبا تمام سلول های بافتی دیگر بستگی به انسولین ندارد انجام می شود. حتی در بیماری که دیابت شدید دارند و ترشح انسولین در آنها صفر است گلوکز کماکان به آسانی بداخل نوروں ها انتشار می یابد که جای بسی خوشوقتی است. زیرا این روش مانع از این می شود که عمل مغز در بیماران دیابتی مختل شده و از بین برود. در بیماران مبتلا به (MS) هم اگر انرژی کافی به مغز نرسد همان طور که قبلا متذکر شدم دچار کمبود انرژی و خستگی زودرس خواهند شد و مشکلات زیادی بسراغ آنان خواهد آمد. و دچار عدم تعادل خواهند شد پس عزیزان در غذا مصرفی روزانه خود کمال دقت را مبذول دارند تا دچار مساله ای نشوند.

منبع : طب فرآنی

<http://vista.ir/?view=article&id=279284>



با پارکینسون چه باید کرد؟

بیماری لقوه یا فلج رعشه ای یا همان (پارکینسون) زمانی پدیده می آید که ناحیه ای از مغز موسوم به ماده سیاه آسیب ببیند و دیگر نتواند دوپامین، ناقل عصبی که فرمان های مربوط به حرکت را به نقاط گوناگون بدن منتقل می کند، انتقال دهد، بیماران در مراحل پیشرفته مرض به خشکی و سفتی اعضا مبتلا می شوند، لرزش دارند و با گام های آهسته و کوتاه (لک و لک کنان) راه می روند.

علایم اصلی بیماری یاد شده برای نخستین دفعه در سال ۱۸۱۷ به وسیله دکتر جیمز پارکینسون، پزشک انگلیسی توصیف شد. وی نام مرض را فلج لرزان نهاد. ماهیت اصلی این بیماری سال ها نامعلوم ماند و در سالیان دهه



۱۹۶۰ بود که دگرگونی های آسیب شناختی و زیست شیمیایی مغز بیماران شناخته شد و نخستین رده داروهای موثر در بیماری مورد بحث معرفی شدند.

پارکینسون، نوعی اختلال مزمن و پیشرونده عصبی است که سبب تکان یا لرزش (رعشه) مهارناشدنی، حالت خیرگی ثابت، سفتی عضله، وضع خمیده بدن و طرز راه رفتن غیرعادی می گردد. ناراحتی های حاصل از این بیماری در افراد مختلف متفاوت است.

برخی دچار مشکلات گفتاری و بلع دشوار می گردند، در صورتی که سایرین اسیر عقل فرسودگی (جنون) تدریجی می شوند. مرض مذکور زنان و مردان را به صورت مساوی مبتلا می سازد و معمولا سن ابتلا به آن بعد از ۵۰ سالگی است. نشانه های این بیماری، معلول از بین رفتگی گام به گام نقطه ای از مغز معروف به ماده سیاه است که در آن یافته ها، ماده شیمیایی دو پامین را که برای کارکرد صحیح عصبی-عضلانی ضرورت دارد، می سازند.

در حقیقت علت اصلی این بیماری معلوم نیست. با این حال مشاهده شده که، مصرف کوکائین و ضربات وارده بر سر مشتمل زنان به گونه ای لقوه

یا فلج رعشه ای (پارکینسون) انجامیده است. این بیماری درمان ندارد، ولی داروهای مختلف، به ویژه «لوودوپا» قادر است علامت ها را کاهش داده و پیشرفت آن را کند گرداند. وانگهی، در این زمینه انجام عمل جراحی هم متداول است که معمولا در مورد بیماری شدید پیشرفته صورت می گیرد.

- نقش برنامه غذایی

با اینکه هیچ نوعی مداوای درمانی برای بیماری لقوه نیست، لیکن برنامه غذایی در افزایش تاثیر معالجه با لوودوپا و حل مشکلاتی چون پیوست و اشکال در جویدن و ... بلعیدن، موثر است. لوودوپا به شرطی بیشترین اثر را می بخشد که به محض مصرف، از روده کوچک جذب گردد. توصیه شماری از پزشکان بر این است که دارو باید بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه پیش از غذا میل شود، لکن چنانچه در این صورت، حالت تهوع به انسان دست دهد، دارو را می توان همراه با میان وعده حاوی کربوهیدرات مانند بیسکویت ترد (شور) یا نان مورد استفاده قرار داد.

پروتئین، جذب این دارو را به تاخیر می افکند، از همین روی، آن را نباید با فرآورده های حیوانی توام ساخت. در حقیقت انجمن بیماری های لقوه یا فلج رعشه ای (پارکینسون) آمریکا توصیه می کند که مصرف پروتئین باید حدودا به نصف مقداری برسد که بیشتر آمریکایی ها جذب بدن شان می کنند. سفارش عده ای از پزشکان این است که بیماران تحت درمان لوودوپا باید جیره پروتئین خود را هنگام غروب به مصرف رسانند زیرا در این زمان احتمال بروز مشکلات برای آنان اندک است.

صرف میوه ها و سبزی های تازه و فراوان، غلات و نان های سبوس دار و سایر مواد غذایی سرشار از الیاف گیاهی و همچنین نوشیدن روزانه شش تا هشت لیوان آب یا سایر مایعات ممکن است پیوست مریض را به حداقل برساند. ورزش موجب می شود که روده خوب کار کند و این عمل به تمامی مبتلایان به پارکینسون توصیه می گردد زیرا حالت و قدرت عضله ها را حفظ می کند، ضمنا باید از اضافه وزن دوری جست، زیرا تحرک را دشوار می سازد.

- مشکل گشایی

افراد مبتلا به پارکینسون پیشرفته اغلب به زحمت می توانند غذا را بجوند و بلع شان به طور غیرطبیعی صورت می گیرد، زیرا بیماری، زبان و عضله های صورت را مبتلا می سازد. آب زیاد از دهان بیمار سرازیر شدن و دستان لرزان نیز در زمره ناراحتی های معمولی شمرده می شود. داروها هم در کاهش سرازیر شدن آب کار سازند و باید غذاهایی خورده شوند که جویدن و قورت دادن شان آسان است.

آنها شامل غلات پخته یا غلات خشکی است که خوب مرطوب شده باشند، تخم مرغ های آب پز یا خاگینه، انواع سوپ ها، سیب زمینی های له شده، برنج، ماکارونی، اسپاگتی و لازانیای نرم و پخته، گوشت مرغ یا بوقلمون نرم و لطیف، ماهی کاملا پخته و بی استخوان، سبزی ها و میوه های له شده، کرم شیر و تخم مرغ، ماست و عصاره ها. اگر خوردن خسته کننده باشد، بر تعداد وعده های غذایی خویش افزوده و از مقدار آنها بکاهید.

هنگام بلعیدن غذا، صاف بنشینید و سرتان را اندکی به جلو خم کنید. لقمه های کوچک بردارید، کاملا بجوید و پیش از برداشتن لقمه دیگر، آنچه در دهان دارید را بجوید. حواس خود را جمع غذایی بکنید که با زبان تان به عقب دهان تان می برید و چنانچه حس می کنید که غذا کاملا پایین نرفته، آن را دوباره بلعید، بین لقمه ها، مایعی را جرعه جرعه بنوشید تا به فرو رفتن غذای جویده شده کمک کند. در صورت سرفه کردن یا خفه شدن، به جلو متمایل شده و ضمن سرفه کردن چانه تان را به پایین فرو برید.

- علایم پارکینسون

این بیماری چند نشانه هشداردهنده دارد که آنها را فهرست وار در زیر آورده ایم، ولی گفتنی است که مرض لقوه چیزی نیست که شخص خود به تشخیص و مداوای آن دست زند. اگر شما یا یکی از والدین یا عزیزان یا بستگان تان به علایمی مبتلا گشته اید که مشخصات این بیماری را دارد، ضرورت ایجاب می کند که تشخیص دقیق آن به وسیله پزشکی ذی صلاح- احتمالا متخصص داخلی یا عصب شناس - انجام پذیرد.

پیش از این تصور می شد که پارکینسون، علاج ناشدنی است و نمی توان کاری برایش کرد، لکن امروزه درمان های دارویی همراه با بعضی مداوای طبیعی متداولند که امکان دارد به جلوگیری از پیشرفت بیماری یاری کنند و کیفیت زندگی بیمار را به نحو چشمگیری فزونی بخشند. هر چه بیماری سریع تر تشخیص داده شود و تحت درمان قرار گیرد، بهتر است. در زیر به پاره ای از نشانه های هشداردهنده مرض اشاره می کنیم:

- حرکات چرخشی مدام انگشتان

- تمایل به نگاه داشتن بازو در وضعی که آرنج خمیده باشد

- تمایل به انحراف پا به داخل

▪ خشکی اندام ها

▪ لرزش اعضا تنها زمانی که حرکت ندارند

▪ چهره بی روح (گویی بیمار، نقاب به چهره زده است)

▪ دست خطی ریزتر از حد معمول

نشانه های زیر هم با بیماری لقوه توامند، گرچه در امراض دیگر نیز مشاهده می شوند ولی دلیل قطعی بیماری یادشده نیست:

▪ زود خسته شدن، گیجی در حالت ایستاده، تعریق بیش از اندازه، افزایش مصرف مواد غذایی شیرین، بیوست و تکرار ادراک.

تقریباً نیم میلیون آمریکایی به بیماری پارکینسون مبتلایند که بیشترشان کهنسالند. این بیماری ارثی نیست و سبب دقیق آن هم نامعلوم است ولی همه شواهد واکنشی سمی در مغز را به عنوان عامل مهم گستردگی بیماری می نمایند. استحالته بخش فرستنده پیام مغز احتمالاً بیش از همه بر اثر آلودگی محیطی و داروهایی بروز می کند که در طی چندین سال تجمع یافته و به حد سمی رسیده اند.

پاره ای از داروها مثل داروهایی که در معالجه روان گسیختگی (اسکیزوفرنی) به کار می روند، احتمالاً عامل پیدایش نشانه هایی نظیر مرض لقوه می گردند. متداول ترین ماده ای که در معالجه لقوه به کار می آید، ال-دوپا نامیده می شود که شباهت فراوانی به دوپامین (ناقلی عصبی که فقدانش سبب این بیماری می گردد) دارد. ال دو پا همراه با داروهای دیگری همانند سینمت مصرف می شود.

کلا هنگام استفاده از هر دارویی باید مراقبت شود از خوردن غذا یا دارویی که ممکن است مصرف توامان آنها ناراحتی ایجاد کند، پرهیز کرد. موقع مصرف بسیاری از داروهایی که در مداوای لقوه به کار می روند، باید از مصرف الکل، داروهای ضد اسید (معده)، ویتامین ب-۶ خودداری ورزیده و مصرف الیاف گیاهی را افزون ساخت.

مکمل های غذایی طبیعی، جای داروهایی را که پزشک تجویز می کند، نمی گیرند، اما شواهد روزافزونی در دسترس هست که نشان می دهد بعضی از مکمل های غذایی توام با تغییرات خاص تغذیه ای ممکن است پیشرفت بیماری را کند سازند و بر احساس سلامت و کیفیت کلی زندگی بیفزایند. بعلاوه غالب مبتلایان به لقوه، مدام تحت درمان دارویی واقع نمی شوند چون داروها تدریجاً تاثیرشان را از دست می دهند.

الگوی معمول درمان، دوره ای از درمان دارویی است که به دنبالش برای مدتی از تجویز دارو خودداری می شود. بیماران مبتلا به لقوه باید حداکثر تلاش خود را به کار ببندند تا در مجموع از تندرستی بسنده برخوردار باشند. باید رژیم با کیفیت برتر داشته باشند، همه روزه مجموعه مناسبی از ویتامین ها را مصرف کرده، فشار روانی (استرس) را به طور قابل توجهی مهار کنند و حتی برنامه ورزشی برای خود برگزینند. همچنین این بیماران باید از مصرف رژیم غذایی با پروتئین زیاد خودداری نمایند .

منبع : روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=248499>

 **vista.ir**
Online Classified Service

با سردرد عصبی چه کنیم؟

اکثر افراد مبتلا به سردرد عصبی ، درد را به صورت ثابت در هردو طرف سر احساس می کنند. در برخی از مبتلایان به سردرد عصبی در قسمت سر یا عضلات گردن نیز احساس گرفتگی وجود دارد.



این نوع سردرد ها معمولا به کندی و تدریجا شروع می شوند و زمان آغاز آن غالبا اواسط روز است. نام دیگر این نوع سردرد ، درد استرسی است. شدت سردرد های عصبی از خفیف تا شدید است و گاهی بیش از میگرن باعث ناراحتی فرد مبتلا می شوند.



• تشخیص

پزشک اغلب می تواند با معاینه و گرفتن شرح درد از بیمار ، نوع

سردرد را مشخص کند. معمولا نیازی به انجام آزمایش خون ، عکس بر داری یا اشعه ایکس یا اسکن های مغز مانند سی تی اسکن یا تصویر برداری رزونانس مغناطیسی (ام.آر.آی) نیست.

• درمان

اگر گاهی دچار سردردهای عصبی می شوید یک مسکن بدون نسخه احتمالا به رفع آن کمک می کند. به هنگام انتخاب داروی مسکنی که بدون نسخه به فروش می رسد ، به اطلاعات درج شده بر روی جلد دقت کنید تا از هرگونه اثرات جانبی احتمالی آن مطلع شوید. اگر سوالی در مورد مصرف دارو یا اثرات آن دارید از پزشک یا دکتر داروساز بپرسید.

در صورتی که تقریبا هر روز به این سردردها دچار می شوید یا مسکن های بدون نسخه کمکی به درمان آن نمی کند باید به دکتر مراجعه کنید. شاید او داروی مناسب تری را تجویز کند.

بهترین موقع برای تسکین سردردهای عصبی زمان شروع و پیش از شدید شدن آن است. در غیر اینصورت با افزایش شدت درد معمولا داروهای مسکن به زودی اثر نخواهند کرد.

شاید گاهی پزشک دارویی را تجویز کند که حتی بدون وجود درد ، هر روز مصرف کنید. این دارو به پیشگیری از سردردهای عصبی کمک می کند.

• راهکارهایی برای تسکین سردرد عصبی

علاوه بر مصرف دارو ، روش های دیگری نیز برای تسکین این نوع سردرد ها وجود دارد. در اینجا به برخی از این راه ها اشاره می شود :

- به هنگام درد یک کیسه آب گرم یا کیسه یخ روی سر یا گردن بگذارید.

- دوش آب گرم بگیرید.

- استراحت یا خواب کافی داشته باشید.

- به نحوی از امور استرس زا دوری کنید. این کار را با یک پیاده روی کوتاه مدت و یا رفتن به مسافرت طولانی می توانید انجام دهید.

- ورزش منظم را فراموش نکنید. میزان ورزش توصیه شده ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ورزش ، چهار تا پنج بار در هفته است.

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

<http://vista.ir/?view=article&id=272992>



با شیزوفرنی چه کنیم

شیزوفرنی در حال حاضر پیچیده ترین و رایج ترین بیماری روحی است که





روان پزشکان و محققان روان شناس در سراسر دنیا با آن روبه رو هستند و به دلیل تفاوت های فردی موجود در مبتلایان به این بیماری و نیز نحوه تاثیرگذاری متفاوت سندرم های ایجادکننده آن بر روی هر شخص، شاید هیچ روش درمان مشخص و یکسان اتخاذ شده پی وجود نداشته باشد. ضمن اینکه پزشکان و محققان در پاسخ به این سوال که چگونه می توان با شیذوفرنی مقابله کرد، از ایجاد آن جلوگیری کرد یا آتارش را به طور کلی محو کرد، هیچ پاسخ دقیق و روشنی ندارند و همه چیز تنها به درمان های مقطعی و موردی محدود می شود که برای هر شخص نیز متفاوت است و به انواع قرص ها و داروهای روان پزشکی متفاوت برمی گردد.

به همین دلیل، شاید بخش عمده پی از مباحث ما در ستون هوای تازه نیز به شیذوفرنی اختصاص یابد و ناچار باشیم از اینکه مباحث مرتبط با این بیماری را برای آگاهی جامعه به طور دقیق، موشکافی کنیم. با این حال، احتمالاً پس از سه الی چهار شماره دیگر، در جهت جلوگیری از اطاله کلام، بیماری دوم یعنی اختلال وسواس اجباری را مورد بررسی قرار می دهیم. با این حال، در قسمت جدید هوای تازه، دومین بخش از راه های مقابله و نحوه سر و کار داشتن با شیذوفرنی را مورد بحث و بررسی قرار می دهیم، همان طور که در بخش اول نیز برخی راه های درمان مقطعی را مطرح کردیم.

اگر تصور می کنید شخصی مبتلا به شیذوفرنی با نشانه های مشخص این بیماری در اطراف شما یا از اهالی خانواده وجود دارد، او را با ملایمت و مهربانی دعوت کنید که یک روان پزشک یا یک پرستار تمرین دهنده روان پزشکی را ببیند. او می تواند با نسخه های اولیه خود، از شدت بیماری تا حدود زیادی بکاهد هرچند که پروسه تاثیرگذاری داروهای تجویز شده و نیز رفتاردرمانی های رایج، تا مدت زیادی با عوارض مختلف از جمله کم خوابی، کم حواسی، اختلال گفتار و افسردگی موقتی همراه خواهد بود.

با وجود همه این تاثیرات جانبی، از آنجایی که نشانه ها و عوارض عمده شیذوفرنی را می توان به بدگمانی، خشونت، کناره گیری از اجتماع و سوءطن مفرد خلاصه کرد، در نتیجه برای هفته های نخست، ضمن مشاهده برخی تاثیرات ناخوشایند از جمله اختلال در خواب به صورت کم خوابی یا پرخوابی، خشونت، پرخاشگری و افراطی گری های متداول یک بیمار مبتلا به شیذوفرنی کاهش می یابد و در پروسه پی طولانی مدت، به حداقل ممکن می رسد. اما قدم هایی که شما می توانید در طول مسیر بردارید تا از سلامتی بیمار خود اطمینان حاصل کنید، به شکل های زیر قابل دسته بندی هستند؛

- با یک روان پزشک مطمئن و با سابقه مشاوره کنید تا مراحل ارزشیابی، درمان و پشتیبانی دوره درمان را به خوبی انجام دهد.
- این مساله را در نظر بگیرید که کیفیت مراقبت، رفتار با بیمار و پشتیبانی های پس از تجویز نخستین نسخه های دارویی در جوامع و شهرهای مختلف، تفاوت های آشکار دارد و شما به عنوان یک عضو خانواده، نقش تاثیرگذاری در آن دارید.
- به یاد داشته باشید که روان پزشکان، افرادی نیستند که تمام ساعات و لحظات زندگی یک بیمار مبتلا به شیذوفرنی را تجربه کنند و همانند شما، با تمام گرفتاری ها، افسردگی ها و دردهای او مواجه باشند. همین طور مطمئن باشید که در یک تا حتی ۲۰ جلسه نیز روان پزشک نمی تواند ویژگی های شخصیتی بیمار را دریابد که بتواند درست ترین درمان برای وی را در جلسه اول ارائه کند در نتیجه باید چندین دوره درمان آزمایشی طی شود و دوزهای مختلف دارویی از استیل های مختلف (شربت، کپسول، قرص و...) با عناوین متفاوت تست شود و بهترین تاثیر در نهایت به عنوان داروی درازمدت توسط روان پزشک انتخاب شود.
- نسبت به دغدغه ها و حساسیت های اجتماعی بیمار به ویژه در مورد روابط با همکارانش حساس باشید و سعی کنید با آنها ابتدا از در گفت وگو و سپس در صورت نیاز با عتاب و تشر سخن بگویید. همکاری که در محیط شغلی تمام لحظات با بیمار شما در تعامل است، حق ندارد به تشدید بیماری و استرس های او کمک کند و شما نقش کنترل کننده را دارید، به ویژه اگر همسر یا فرزند بیمار هستید. خواب، تغذیه مناسب، گردش های تفریحی و علمی وی را از یاد نبرید. اینها مقدمات یک بهبودی درازمدت هستند.
- به یاد داشته باشید که مراقبت جسمی و روحی از بیماران، خسته کننده و گاه طاقت فرسا است به طوری که در یک لحظه احساس می کنید باید همه چیز را کنار بگذارید و خودتان را رهایی ببخشید. اما به یاد داشته باشید که غیر از نسبت خویشاوندی، شما یک وظیفه انسانی، اخلاقی

و وجدانی نسبت به او دارید. کمترین مشکلی که برای او ایجاد شود، شما بیش از همه اطرافیان خودتان را سرزنش می کنید. پس مدام با پزشکش در ارتباط باشید و هر زمان فراغت یافتید، به تفریحات سالم و نشاط آور، موسیقی خوب، میوه های تازه، روزنامه های پرهیجان و بازی های ورزشی حتماً توجه کنید.

- همیشه بدانید که مبتلایان به شیزوفرنی، غالباً افراد باهوشی هستند و حافظه هایی شدیداً قوی دارند. به این قضیه دلگرم باشید و بدانید که بهبودی او، می تواند سربلندی شما را هم به دنبال داشته باشد.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=264574>

 Vista.ir
Online Classified Service

بازتوانی پس از سکته مغزی

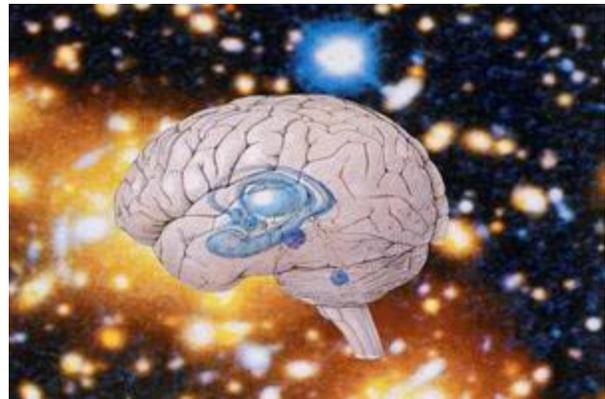
عواملی که در ایجاد این بیماری شرکت دارند عبارتند از :

فشار خون بال، گرفتگی عروق، بیماری قند، چربی بال، بیماریهای قلبی، مصرف الکل و سیگار، سابقه خانوادگی و پیری و سالمندی.

- علائم سکته مغزی :

درجات متفاوتی از ناتوانی از جمله فلج یک طرف بدن شامل فلج صورت و دهان، سختی کلام، بی اختیاری ادرار، مشکل در بلع، گفتار، فهم و درک ارتباطات شفاهی و نوشتاری، خنده یا گریه بی دلیل، کندی و مشکل در نیمی از میدان بینایی.

در مراقبت از فردی که دچار سکته مغزی شده موارد زیر مهم هستند:



- درک بیمار و آگاهی از بیماری، عوارض و ناتوانی های ناشی از آن.
 - ایجاد محیطی امن بخصوص برای بیمارانی که فقط دید نیمی از میدان بینایی را دارند.
 - به محض اجازه پزشک هر چه زودتر بایستی ورزشهای مختلف را برای فرد شروع کرد (چون پس از سکته، عضلات شل و نرم هستند و بعد از آن سفت و سخت شده و مفاصل و عضلات تغییر شکل می دهند.) در بیمارانی که فلج یک طرفه دارند باید به کمک سمت سالم اعضای فلج حرکت دار شوند (در صورت وجود هرگونه مقاومتی نباید به مفاصل فشار آورد).
 - اگر بیمار هشیار نیست باید وی را به یک طرف (نه روی سمت فلج) خواباند و هر ۲ ساعت یکبار تغییر وضعیت داد.
 - برای بیماران هشیار ورزشهای مختلف مثل قل خوردن به یک طرف، بلند شدن و نشستن از حالت خوابیده به پشت، می تواند کمک موثری باشند.
- برای راه رفتن بیمار به این نکات دقت نمایید :
- قبلاً آمادگی های لازم برای راه رفتن را با ورزشهای سبک برای بیمار ایجاد کنید (مثلاً قبل از راه رفتن، از نرده های موازی برای تمرین راه رفتن و ایجاد تعادل استفاده کنید).
 - توانایی بیمار نیمه فلج را جهت راه افتادن بسنجید و در صورت نیاز عصای چهارپایه یا عصای معمولی در اختیارش بگذارید.

- یک نفر برای کمک در سمت فلج بیمار بایستد، چون بیمار تمایل به افتادن به همین سمت را دارد.
- مراحل راه رفتن باید چنین باشد: بیمار بایستد، وزنش را روی هر دو پا بیاندازد، عصا را در دست سمت غیرفلج بگیرد، ابتدا عصا را جلو برد سپس پای سمت فلج را جلو برد و در انتها پای سمت غیرفلج را جلو برد.
- در برقراری ارتباط با این بیماران به نکات زیر توجه نمایید:
- قبل از هر کاری توانایی های بیمار را ارزیابی و نقایص وی را با عینک، سمعک و دندان مصنوعی برطرف کنید (زیرا برای یک ارتباط موثر و صحیح، بیمار باید شما را ببیند، صدای شما را بشنود و تا جایی که ممکن است قادر به درست صحبت کردن باشد)، سپس در برقراری ارتباط موثر بکوشید.
- کارهایی که از بیمار می خواهید ساده و در جملات کوتاه و واضح بیان نمایید.
- گاهی جملات خودتان را تکرار نمایید.
- هر مرحله از کاری را که از او می خواهید، بطور عملی به او نشان دهید.
- صبور باشید و به بیمار وقت کافی بدهید.
- بیمار را تشویق کنید حتی برای اینکه سعی کرده است (حتی وقتی موفق نمی شود).
- بیمار را به صحبت کردن تشویق کنید نه اینکه از قبل نیازهای او را پیش بینی نمایید.
- موقع صحبت کردن روبروی بیمار بایستید و آرام و شمرده صحبت کنید.
- در برقراری ارتباط بایستی محیط اطراف آرام و بدون صداهای اضافی و مزاحم (تلویزیون، رادیو و ...) باشد.
- خیلی بیمار را حمایت نکنید ولی در ضمن عیب جو و منتقد نباشید.
- بهتر است تمرین صحبت کردن صبحها یا پس از ساعت استراحت بیمار و در مدت کوتاه کمتر از ۵۱ دقیقه باشد.
- در بیماری که ناتوانی در بخاطر آوردن اسم اشیاء باشد کارتهای مخصوصی که شامل اسم و شکل اشیاء باشد تهیه کنید و اینها شامل اشیایی است که بیشتر مورد استفاده بیمار است و با نشان دادن آنها اسم شی را دوباره به بیمار بیاموزید.
- مشکلات این بیماران در برقراری ارتباط:
 - اغلب این بیماران در همه جوانب مثل صحبت کردن، نوشتن، خواندن، ژست و زبان اشاره دچار مشکل می شوند.
 - گاهی بیمار ناتوانی در بخاطر آوردن اسم اشیاء دارد و لذا نمی تواند جملات را کامل ادا کند.
 - گاهی بیمار صحبت شما را می فهمد و می داند که چه باید در پاسخ بگوید ولی کلمات درستی را ادا نمی کند مثلا بجای کلمه (میز) می گوید (صندلی).
 - گاهی ژستها در بیمار قاطبی می شوند مثلا بیمار می خواهد بگوید (نه) ولی سرش را به علامت (بله) تکان می دهد.
- بی اختیاری ادرار و مدفوع:
 - مشکل بی اختیاری ادرار و مدفوع در این بیماران عدم توانایی در برقراری ارتباط است یعنی بیمار به نیاز ادرار کردن واقف است ولی قادر به کنترل آن نیست یا گاهی نمی داند در چه جایی باید ادرار کند یعنی ممکن است بجای توالت یا لگن در تخت ادرار کند یا گاهی نمی تواند به موقع نیاز خود را بازگو کند.
 - سعی کنید با یک جدول زمانی از قبل تنظیم شده این مشکل را برطرف نموده و پس از شام و در طول شب مایعات کمتری به بیمار بدهید تا در طول خواب دچار بی اختیاری نگردد.
 - به محض اینکه بیمار قادر به نشستن باشد می تواند از لوله یا لگن برای دفع ادرار و مدفوع استفاده کند.
- تمرین غذا خوردن:
 - به محض اینکه بیمار قادر به نشستن روی صندلی، به مدت نیم ساعت باشد، تمرین غذا خوردن توسط خودش را می توان شروع کرد.
 - به موارد زیر دقت کنید:
 - بلع مایعات غلیظ برای این بیماران راحت تر است.
 - بیماری که مشکل جدی در بلع غذا دارند راست کمی متمایل به جلو بنشانید و چانه بیمار را با دست حمایت کنید.

- تکه غذا را در طرف غیر فلج دهان بگذارید و در مدت بلع، بیمار را تحت نظارت داشته باشید تا مبادا تکه های غذا راه تنفسی را مسدود کند.
- این بیماران به غذاهای خیلی گرم یا سرد واکنش زیادی نشان می دهند لذا غذا را با حرارت ملایم به بیمار بدهید.
- به کنترل وزن این بیماران دقت کنید تا افزایش وزن پیدا نکنند.

منبع : واحد مرکزی خبر

<http://vista.ir/?view=article&id=294743>



بخش سفید مغز و ارتباط آن با پیری

کارشناسان دریافته اند مقدار زیادی از بخش سفید مغز همراه با فضای بازی که از مایع ستون فقرات (آب نخاع) پر شده است، با بیماری های قلبی و کاهش طول عمر و پیری در ارتباط است.

مطالعات نشان می دهد کنترل فشار خون نقش مهمی در مقابله با بیماری های قلبی و مرگ زودهنگام ایفا می کنند.

بخش سفید مغز، فیبرهای عصبی است که وظیفه جابه جایی پیغام ها از نورون ها یا سلول های عصبی مغز به تمام نقاط بدن را به عهده دارد.

بخش های وسیع (باز) مغز که از مایعی پر شده است، شکمچه مغز نامیده می شود که با بالا رفتن سن افراد، شکمچه مغز بزرگتر می شود و نورون ها از بین می روند.

مطالعات قبلی نشان داده بود که بیماری های قلبی و فشار خون منجر به جنون می شود و عفونت های کلیوی نیز یکی از دلایل اصلی ابتلا به حمله قلبی و سکته است و امروزه با آزمایشات گوناگون متوجه شدند که آسیب دیدگی رگ های کوچک در کلیه و مغز در اثر افزایش فشار خون ایجاد می شود. بنابراین عامل اصلی کاهش طول عمر در افراد می تواند بیماری افزایش فشار خون باشد و با یک رژیم غذایی مناسب و کاهش مصرف نمک می توان فشار خون را کنترل کرد.

منبع : روزنامه ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=12321>



برای همیشه می خواهمت ای مغز!

عدهای به غلط عقیده دارند آدم که پیر شد، دیگر کمحافظه می شود، از عهده کارهایش برنمی آید و خلاصه باید دست روی دست بگذارد تا اجلس





برسد، آن هم در نهایت ناتوانی و دلزدگی از زندگی! در حالی که آرزوی واقعی همه ما این است که در دوران پیری بتوانیم با آرامش زندگی کنیم و ذهن فعالی داشته باشیم. تحقیقات جدید نشان می‌دهد اگر زودتر به فکر بیفتیم- یعنی از دوران میانسالی- می‌توانیم حتی در دوران پیری هم شادابی و شور جوانی‌مان را حفظ کنیم. یکی از بیماری‌هایی که ممکن است آرامش دوران پیری را بر هم بزند، آلزایمر است. این بیماری، یکی از انواع زوال عقل است که توانایی داشتن یک زندگی طبیعی را از ما می‌گیرد. پیری و ژنتیک، از عوامل ثابت‌شده و مؤثر در بروز این بیماری هستند که نمی‌توان جلوی آنها را گرفت. اما عوامل دیگری هم در ایجاد این بیماری نقش دارند که به نحوه زندگی افراد مربوط

می‌شوند. دانشمندان معتقدند با داشتن یک زندگی سالم، اگر بتوانیم جلوی آلزایمر را بگیریم، دست‌کم می‌توانیم آن را به تاخیر بیندازیم. هرچند کم شدن توان مغز در دوران پیری، ناشی از تحلیل ارتباطات بین سلول‌های مغزی است اما تحقیقات نشان می‌دهد که با فعال نگه داشتن مغز می‌توان باعث بازسازی سلول‌ها و ارتباطات بین آنها شد.

بررسی‌ها نشان داده که سطح پایین تحصیلات می‌تواند خطر ابتلا به آلزایمر را افزایش دهد. به نظر می‌رسد که این مسئله ناشی از سطوح پایین تحرکات مغز در طول زندگی باشد. این یعنی ارتباطات سلول‌های مغز در افرادی که تا مراتب بالا تحصیل می‌کنند، محکم‌تر است و این افراد، دیرتر دچار علائم تحلیل مغز می‌شوند.

نگران نشوید! حتی اگر تاکنون از درس و تحصیل فاصله داشته‌اید، باز هم می‌توانید از ابتلا به آلزایمر جلوگیری کنید. لازم نیست زندگی را زیر و رو کرده و ناگهان تغییر بزرگی در آن به وجود آورید. از یک تغییر کوچک مانند پیاده‌روی روزانه شروع کنید و بعد کم‌کم زندگی خود و اطرافیان‌تان را تغییر دهید.

● مغز را فعال نگه دارید

(۱) کنجکاویتان را نسبت به مسائل و اخبار روز حفظ کنید و در طول زندگی، به دنبال آموختن چیزهای تازه باشید؛ حتی اگر یک روش جدید برای آشپزی یا یک مسیر تازه برای رسیدن به مقصدی تکراری باشد.

(۲) زیاد کتاب بخوانید. اگر سواد ندارید، از فرزندان‌تان خواهش کنید که هر روز قسمتی از یک کتاب را برای شما بخوانند.

(۳) تا می‌توانید بنویسید. اگر ذوق ادبی دارید، شعر بگویید وگرنه خاطرات زندگی‌تان را بنویسید. اگر سواد ندارید، می‌توانید خاطرات‌تان را برای فرزندان یا دوستان‌تان تعریف کنید.

(۴) در سخنرانی‌ها و جلسات آموزشی گروهی حاضر شوید؛ کلاس‌های شعرخوانی، آموزش روخوانی و تفسیر قرآن و هر کلاس دیگری که باعث شود ذهن شما فعال‌تر شود.

(۵) در بازی‌های گروهی و خانوادگی شرکت کنید. بازی‌های کلامی یکی از مفرح‌ترین بازی‌ها در مهمانی‌ها هستند؛ مثلاً مشاعره، داستان‌گویی کلمه به کلمه و...

(۶) باغبانی کنید. به گل و گیاه باغچه و حیاط‌تان برسید. با پرس‌وجو از دیگران، گیاهان تازه‌ای را انتخاب کرده و در باغچه‌تان بکارید. اگر باغچه ندارید، می‌توانید با گیاهان آپارتمانی، خودتان را سرگرم کنید.

(۷) از لذت بازی‌هایی که موجب تقویت حافظه می‌شوند، غافل نشوید؛ مانند جدول کلمات متقاطع، چستان و معما، بازی و ریاضی، کارت بازی (بازی حافظه)، فکر بکر و...

● در اجتماع فعال باشید

تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که به‌طور مرتب روابط اجتماعی دارند، به‌خصوص آنهایی که فعالیت جسمی و ذهنی بیشتری داشته و تغذیه مناسبی دارند، مغزشان دیرتر تحلیل می‌رود. بنابراین شما هم سعی کنید:

(۱) در محل کارتان فعال بوده و روابط خوبی با همکاران خود داشته باشید که تا دوران پیری هم ادامه یابد.

۲) در فعالیتهای گروهی اجتماعی داوطلبانه شرکت کنید.

۳) در امور خیریه و انجمنهای مختلف عضو شوید.

۴) زیاد به مسافرت بروید و با فرهنگهای مختلف آشنا شوید.

• جسم خود را هم فعال نگه دارید

ورزش برای حفظ یک جریان خون مناسب در بدن لازم است. ورزش نه تنها خطر سکته قلبی، مغزی و دیابت را کم می‌کند بلکه می‌تواند خطر آلزایمر را هم بسیار کاهش دهد. لازم نیست ورزشهای سنگین انجام دهید یا ورزشها بسیار وقت‌گیر باشد اما لازم است به طور منظم و مرتب ورزش کنید.

ورزشهای هوازی (آیروبیک) مصرف اکسیژن را بهبود می‌بخشد و به بهتر شدن عملکرد مغز کمک می‌کند. محققان دریافته‌اند که این ورزش از افت سلولهای مغز در پیری جلوگیری می‌کند. پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری، تایچی، یوگا، باغبانی و ... به مدت نیم ساعت در روز، بدن و قلب را فعال نگه می‌دارد. البته با رعایت نکات ایمنی و استفاده از کلاه، مراقب ضربه به سر باشید. مطالعات نشان داده که ضربه‌های شدید به سر، ممکن است احتمال آلزایمر در دوران پیری را بیشتر کند.

• خوب بخورید

خصوصیات یک تغذیه مناسب برای مغز، درست مثل تغذیه‌ای است که برای پیشگیری از بیماریهای قلبی و دیابت توصیه می‌شود؛ یعنی لازم است برای اینکه مغزتان سالم بماند، چربی و کلسترول کمتری بخورید و دقت کنید که مواد مغذی به اندازه کافی به بدن برسند.

تحقیقات نشان داده است که بالا بودن کلسترول و فشار خون تا ۶ برابر، احتمال زوال عقل را بیشتر می‌کند. البته یادتان باشد که میانه‌روی در خوردن و داشتن یک زندگی سالم، بهتر از رژیمهای کوتاه مدت است. ضمناً این موارد را نیز همواره مدنظر داشته باشید:

۱) از خوردن غذاهای چرب به خصوص چربی‌های اشباع شده خودداری کنید. در عوض، چربی‌های غیراشباع شده مانند روغن زیتون را جایگزین کرده و به جای سرخ کردن، غذاها را آب پز کنید.

۲) مواد محافظ و حاوی آنتی‌اکسیدان شامل میوه و سبزی را بیشتر بخورید (حداقل ۵ واحد در روز). از سبزیجات؛ کلم، اسفناج، کلم بروکلی، چغندر، پیاز، ذرت و بادمجان و از میوه‌ها؛ آلو، زغال‌اخته، توت سیاه و توت‌فرنگی، تمشک، پرتقال، گیلان و انگور قرمز آنتی‌اکسیدان فراوانی دارند.

۳) ویتامین‌ها و ریزمغذی‌ها هم برای پیشگیری از آلزایمر مفیدند. ویتامین C و E با هم و ویتامین B۱۲ و اسید فولیک از این جمله‌اند.

۴) یادتان باشد هر آنچه برای قلب شما مفید است برای مغز شما هم مفید خواهد بود، چراکه مغز بدون اینکه شما حس کنید یکی از فعال‌ترین قسمت‌های بدن شماست. جالب است بدانید، قلب شما ۲۰ درصد خون را به مغزتان پمپ می‌کند؛ یعنی جایی که میلیون‌ها سلول، آماده دریافت غذا و اکسیژن هستند.

پس برای سالم ماندن قلب و مغزتان علاوه بر داشتن یک رژیم سالم غذایی و ورزش، لازم است سیگار را کنار بگذارید و مرتب وزن، فشار خون، قند و کلسترول خونتان را کنترل کنید.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی استان گلستان

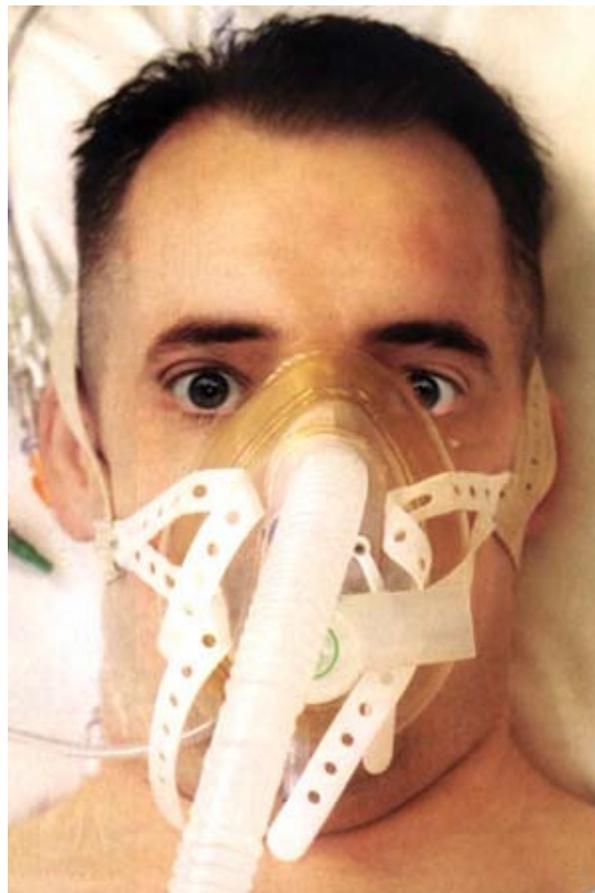
<http://vista.ir/?view=article&id=95670>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بررسی ذهن بیماران در حال اغما

• اصطلاح شناسی اغما

- هوشیاری: فرد می تواند احساس کند، فکر کند، ارتباط برقرار کند و به تحریکات پاسخ دهد.
- ناهوشیاری: ناشی از تغییراتی در مغز است و به کاهش یا فقدان پاسخ به تحریکات بیرونی می انجامد.
- آگاهی: دریافت و پاسخ دادن به تحریکات نه لزوماً درک کردن.
- حالت نباتی مداوم یا دائمی (PVS): کارکردهای «عالی» مغز تخریب شده اند، اما کارکردهای پایه ای ممکن است حفظ شده باشند. در صورتی که چشم اندازی از بهبودی وجود نداشته باشد، این حالت دائمی است.
- نشانگان محبوس در خود؛ فلج کامل به جز احتمالاً توانایی پلک زدن.
- حالت هوشیاری حداقل؛ ممکن است بیمار آگاهی داشته باشد. برای تعیین اینکه واکنش های بیمار تصادفی یا هدفدار است، باید ارزیابی به عمل آید.
- مرگ ساقه مغز؛ از دست رفتن کارکرد ساقه مغز به معنای اینکه مغز و بدن مرده اند، حتی با وجود اینکه گردش خون و تنفس را هنوز به وسیله ماشین ها می توان حفظ کرد. این حالت را نباید با «وضعیت نباتی مداوم» اشتباه کرد.
- فیلم های وحشت آور، تصاویر هولناکی از بیمارانی را نشان می دهد که بی حرکت روی تخت های بیمارستان دراز کشیده اند و مانند مردگان از



دنیا خارج ناآگاهند.

اما این کلیشه از ادراکی که اکنون پژوهشگران به یمن تکنیک های مدرن اسکن مغز از افراد در حال اغما دارند، بسیار دور است. اخیراً گروهی از پژوهشگران انگلیسی و بلژیکی میزانی از آگاهی را در یک زن ۲۳ ساله که به دنبال صدمه مغزی در یک حادثه اتومبیل، تشخیص «حالت نباتی مداوم» (PVS) در او داده شده بود، کشف کردند. گرچه این گروه هشدار دادند که یک مورد منحصر به فرد است و نباید نتایج کلی درباره بیماران در حال اغما از آن گرفت، این نتایج «مبهوت کننده» توصیف شدند.

پژوهشگران از تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) استفاده کردند تا نشان دهند که مغز زن به جملات ادا شده به همان طریقی پاسخ می دهد که داوطلبان سالم. این یافته به خودی خود وجود آگاهی را ثابت نمی کند، بنابراین آنها پیشتر رفتند و از بیمار در حال اغما خواستند اتاق های خانه اش و بازی کردن تئیس را به تصور درآورد. بار دیگر الگوهایی از فعالیت مغزی در او ظاهر شد که مشابه الگوهای مغزی داوطلبان سالم هنگام انجام همین فعالیت بود. این یافته نشان داد که این زن نه تنها می توانست فرمان ها را درک کند و به آنها پاسخ دهد، بلکه همچنین توانایی همکاری با پژوهشگران را داشت - همه اینها نشان می دهد که حدودی از هوشیاری خودآگاه نسبت به محیط اطراف در او وجود داشت.

«حالت نباتی مداوم» (PVS) یکی از حوزه های کمتر شناخته شده - و از لحاظ اخلاقی مشکل آفرین - در عصب شناسی است. این تحقیق نشان می دهد که تصویربرداری های پیشرفته از مغز ممکن است مسائلی در مورد حالت مغز در این وضعیت روشن کند که سایر بررسی های بالینی نمی توانند نشان دهند.

این مورد همچنین نشان دهنده پیچیده و اسرارآمیز بودن PVS و اغما - حالتی که بیش از PVS رخ می دهد - است. اغما یا کما معمولاً به عنوان حالتی از ناهوشیاری درازمدت توصیف می شود که با فقدان آگاهی و بیداری همراه است.

کلمه «کما» (Coma) از کلمه یونانی مشتق شده است که به معنای «خواب عمیق» است اما اغما با خواب متفاوت است، چرا که نمی توان فرد در حال اغما را با تکان دادن بیدار کرد. اغما همیشه وضعیتی غیرطبیعی است که علل گوناگونی دارد، از نوشیدن مفرط الکل گرفته تا سکنه مغزی وسیع یا ضربه مغزی شدید.

فرد در حال اغما بسیار آسیب پذیر است و معمولاً به عنوان موردی از فوریت پزشکی محسوب می شود که اصول ABC کمک های اولیه بررسی مجرای هوایی، تنفس و گردش خون باید در مورد آن انجام شود.

سریع ترین راه مردن در حال اغما نبود راه هوایی دارای کارکرد است. پزشکان از معیاری به نام «مقیاس اغمای گلاسکو» برای توصیف عمق اغما استفاده می کنند؛ در این معیار برحسب توانایی بیمار در باز کردن چشم، صحبت کردن و حرکت کردن نمراتی داده می شود و مجموع نمرات از 15 (کاملاً بیدار و هشیار) تا سه (اغمای عمیق، مرگ) متفاوت است.

با این حال مقدار نمره در این مقیاس لزوماً با عاقبت بیمار تطبیق نمی کند و فردی با نمره خیلی پایین ممکن است بعدها هشیاری کاملش را به دست آورد در حالی که در مورد فردی با نمره بالاتر این گونه نباشد. تصویربرداری از مغز هم جایگاه خود را در بررسی بیمار در حال اغما دارد- برای مثال سی تی اسکن می تواند سکنه مغزی را نشان دهد.

• مراقبت ویژه

پرستاری خوب نیز برای بیمار در حال اغما حیاتی است، زیرا این بیمار نمی تواند هیچ کاری برای خودش انجام دهد و خانواده بیمار نیز نیاز به حمایت، همدلی و صداقت دارند- هیچ چیز ترسناک تر از این نیست که به ما بگویند یکی از عزیزان ما نمی تواند بیدار شود. افراد در حال اغما با مراقبت های تخصصی وضعیت مناسب تری پیدا می کنند- اما مساله این است که شمار تخت های مراقبت ویژه بیماری های مغزی اندک است. اغما ندرتاً برای بیش از دو تا چهار هفته ادامه پیدا می کند. اینکه بیمار بهبودی کامل پیدا کند بستگی به علت اغما دارد، اما ممکن است مشکلات مداوم جسمی، ذهنی و روانی در بیمار باقی بماند که نیاز به بازتوانی ویژه داشته باشد. اغمای طولانی گاهی می تواند به PVS منجر شود که از بسیاری جنبه ها فرآورده پزشکی مدرن است، زیرا اجازه می دهد افراد با آسیب شدید مغزی از طریق کمک های تکنولوژیک مانند دستگاه های تهویه مکانیکی که کارهایی را که مغز نمی تواند انجام دهد به عهده می گیرند، زنده بمانند.

وضعیت های دیگر مربوط به اختلال هشیاری شامل «حالت هشیاری حداقل» و «نشانیگان محبوس در خود» است که در آنها بیماران درجات متفاوتی از توانایی شناختی دارند اما دچار ناتوانی در ارتباط برقرار کردن و کاهش میزان پاسخ به افراد و محیط هستند.

سی تی اسکن و MRI از فرد دچار PVS تحلیل رفتگی (آتروفی) مناطق عالی قشر مغز مربوط به ادراک، تفکر و آگاهی را نشان می دهد. اسکن های PET که فقدان برداشت گلوکز یا قند را در این نواحی مغز نشان می دهند، ناهشیاری عمیق را ثابت می کنند. بنابراین افراد در PVS ممکن است گاه به گاه آه بکشند، اخم کنند، سر و صدا کنند و دست و پاهایشان را تکان دهند، اما این اطوارها معنای معمول شان را ندارند.

البته ممکن است ساقه مغز به طور کامل یا نسبی سالم باشد (این بخش مغز در مقابل کمبود اکسیژن نسبت به سایر بخش های مغز مقاوم تر است). از آنجایی که ساقه مغز حاوی مراکز است که چرخه های خواب و بیداری و تنفس را کنترل می کنند، فرد مبتلا به PVS ممکن است چشم هایش را باز و بسته کند و حتی به خودی خود و بدون کمک نفس بکشد.

• خطر عفونت

افراد مبتلا به PVS به عفونت به خصوص ذات الریه آسیب پذیر هستند و این بیماری یک علت شایع مرگ در آنها است. مطمئناً برخی از این افراد بهبود پیدا می کنند (گرچه که این بهبودی ممکن است کامل نباشد). بررسی های بالینی در مورد بیماران PVS نشان می دهد در صورتی که مشکل کمبود اکسیژن رسانی به مغز باشد، بخت بهبودی قابل توجه پس از سه تا شش ماه اندک است. هنگامی که مساله مربوط به آسیب مغزی ناشی از ضربه است، بهبودی قابل توجه در PVS پس از یک سال بسیار نامحتمل است.

فراتر از این محدوده های زمانی پزشکان می گویند، بیمار در حالت نباتی دائمی است. اما حتی این بیماران را نیز می توان با تکنولوژی به طور نامحدودی زنده نگه داشت و مشکل اخلاقی در همین جا بروز می کند، زیرا ممکن است این بیماران تخت هایی را اشغال کنند که بیماران دیگر می توانند از آنها نفع ببرند.

در چنین شرایطی پزشکان ممکن است تصمیم بگیرند که معین کنند آیا بیمار واقعاً زنده است یا مرده. در انگلیس مرگ بیمار یعنی مرگ ساقه مغز. مرگ ساقه مغز را به عمل گیوتین تشبیه می کنند - که به معنای آن است که ارتباط میان مغز و هر کارکرد بدنی به طور برگشت ناپذیری قطع شود.

مرگ ساقه مغز نه به وسیله تصویربرداری بلکه با مجموعه آزمون هایی تعیین می شود که کارکرد اعصاب جمجمه ای را بررسی می کنند . این آزمون ها دوبار به وسیله یک متخصص و یک پزشک عمومی با تجربه هر دو با هم انجام می شوند. پیش از اینکه این آزمون ها انجام شوند،

باید تشخیص عارضه ای داده شود - مثلاً ایست قلبی یا سکته مغزی - که بتواند باعث مرگ ساقه مغز شود. سایر حالاتی که ممکن است شبیه به مرگ جلوه کنند، مانند فلج یا کاهش درجه حرارت بدن (هیپوترمی) را باید رد کرد. برای مثال هیپوترمی اغلب در مورد غرق شدگی رخ می دهد، بیمار در حالت اغما قرار خواهد گرفت اما مراقبت ویژه باعث تجدید حیات بیمار می شود، هرچند که ممکن است مرده به نظر رسد. مرگ ساقه مغز وضعیتی غیرقابل برگشت است.

منبع : روزنامه شرق

<http://vista.ir/?view=article&id=264881>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بیماری «ام اس» تا چه حد خطرناک است؟

تصلب متعدد (تصلب منتشر) بیماری مزمن دستگاه عصبی مرکزی است که طی آن نواحی کوچک و پراکنده ای از بافت مغز و مغز تیره دچار استحاله می شوند. غلاف این تارها از بین می رود و توانایی انتقال تحریکات عصبی را از دست می دهد.

این امر به ایجاد بافت پس از یک عفونت و بررسی مثل فلج کودکان شباهت دارد، اما هیچ گونه شواهدی دال بر وجود عفونت یا هرگونه علت دیگر مشاهده نمی شود.

نشانه های بیماری بر حسب موضع نواحی تصلب پدیدار می گردند و بنابراین می توانند با علامت های هرگونه اختلال دیگر در دستگاه اعصاب همانند باشند. تصلب متعدد، نوعی اختلال ادواری است. نشانه ها پدید می آیند و از میان می روند و در بین دوره های بروز بیماری، ممکن است بیمار تا چند ماه یا چند سال کاملاً تندرست باشد.



در نتیجه، انواع شیوه های درمان با ادعای آثار شگفت انگیز عرضه شده اند؛ لیکن در زمان حاضر، ارزش قطعی هیچ کدام از آنها اثبات نگشته است. تصلب متعدد (ام اس) که بیماری حاد و اغلب ناتوان کننده دستگاه عصبی مرکزی است، بیشتر اوقات افرادی را مبتلا می سازد که در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی به سر می برند. ویژگی بیماری یاد شده عبارت از تخریب تدریجی غلاف های میلین که رشته های عصبی را مجزا ساخته و به این ترتیب قدرت انتقال تکانه ها (امواج عصبی) را از اعصاب سلب می نمایند.

اگرچه نشانه ها با توجه به جایگاه هایی که میلین هست، در مغز و نخاع نابود می گردند، ولی بسیاری از مردم دچار خستگی غیرعادی، دید ضعیف، جویده جویده حرف زدن، عدم تعادل و ناهماهنگی عضله ها، بروز اشکال در جویدن، لرزش و ناراحتی ها روده و مثانه و در موارد حاد به فلج دچار می شوند.

• تصلب متعدد (ام اس) و تغذیه

برنامه های غذایی متفاوتی برای درمان این بیماری پیشنهاد شده است، لیکن به موجب اعلام نظر انجمن ملی تصلب متعدد (ام اس) هیچ دلیل علمی در دست نیست که احتمالاً ثابت کند تغذیه عامل این بیماری است و یا برنامه غذایی در درمان آن نقش دارد. در عوض، انجمن مذکور همان

توصیه های غذایی را که برای افراد سالم یادآوری شده است، تایید می کند.

این راهنمایی ها مشتمل بر حجم فراوان کالری هایی هستند که از کربوهیدرات ها- عمدتا مواد غذایی نشاسته ای، میوه ها و سبزی ها، مقادیر متعادل پروتئین و مصرف معقول چربی ها و مواد قندی به دست می آیند. این برنامه غذایی که از الیاف گیاه زیاد و چربی اندک برخوردارست برای بیماران مبتلا به ام اس فایده دارد زیرا انرژی و مواد مغذی را برای حفظ و ترمیم بافت ها تامین می کند تا امکان مبارزه با عفونت ها و کاستن از خطر بیوست فراهم آید.

برخی از پزشکان و نیز حامیان این دسته از بیماران، طرفدار رعایت برنامه غذایی «سوانک»- برگرفته از نام استادی هستند که در سال ۱۹۵۰ چنین برنامه ای را پیشنهاد کرد- طی این برنامه بسیاری از چربی های حیوانی حذف می شوند.

برنامه یاد شده سالیان سال در مورد جمع کثیری از بیماران به اجرا درآمد و نتایج قطعی حاصل گردید. با وجودی که برنامه غذایی کم چربی (سوانک) خطرات چشمگیری دربرداشته و به راستی برای افراد تندرست و ناتوان هم سودمند است، اما در جلوگیری از پیشرفت «ام اس» موثر نیست. سایر برنامه های غذایی که جهت مداوای این مرض پیشنهاد گردیده اند، خطرناک ترند چرا که ممکن است به تغذیه نامتعادل یا ناکافی بینجامند.

از آن جمله می توان به غذاهای مایع و فشرده اشاره کرد که ممکن است به نارسایی پتاسیم، برنامه های تغذیه خام، اغذیه ای که جذب پکتین، فراکتوز و رژیم های عاری از گلوتن را محدود می سازند، منتهی شوند. اثربخشی هیچ یک از اینها به اثبات نرسیده است. ویتامین درمانی نیز صورت می گیرد، لیکن دلیلی در دست نیست که کمبود ویتامین، عامل «ام اس» باشد و بنابراین منطقی نیست که مصرف مقادیر زیادی ویتامین را مکمل برنامه غذایی سالم و متعادل ساخت.

علاوه بر این، استفاده بی حد از ویتامین ها و مواد معدنی احتمالا تندرستی انسان را به مخاطره می افکند. به عنوان مثال امکان دارد مصرف زیاد ویتامین B6 با بروز نشانه های مشابه «ام اس» همچون بی حسی و گزختی و مورمور شدن به اعصاب بدن آسیب وارد سازد.

نقش عمده برنامه غذایی مزبور این است که به افراد در مهار علائمی چون خستگی، بیوست، عفونت های مجرای ادراری و مشکلات مربوط به جویدن و بلعیدن یاری کند. تعادل موجود بین برنامه غذایی سالم، ورزش و استراحت درک کاهش خستگی موثر است. غذا خوردن به دفعات، منتها به مقدار اندک هم در تامین منبع دائمی نیروی آدمی اثر دارد. صبحانه دارای اهمیت بسزایی است. صبحانه مقوی کم چربی، توان انسان را برای آغاز روز می افزایشد.

• رهنمودهایی برای تغذیه راحت تر

در دور و بر منطقه مسکونی خویش، سراغ مغازه ها یا فروشگاه های بزرگی را بگیرید که تحویل تلفنی اجناس را می پذیرند. موقعی که احساس پرتوانی می کنید، غذاها را به اندازه دو وعده بپزید؛ یکی را همان روز بخورید و دیگری را منجمد ساخته و برای وقتی نگه دارید که از شدت خستگی، قادر به پخت و پز نباشید.

اگر دوستانتان خواستند به شما کمک کنند، از آنان بخواهید یک وعده غذای اضافی بپزند تا بتوانید درون فریزر بگذارید. به فکر تهیه وسایلی باشید که شما را در پختن و کشیدن غذا، کمتر خسته کند. به جای ریختن غذا از قابلمه به کاسه، ملاقه را به کار ببرید. از داروخانه محل خود، وسایلی را تهیه کنید که دسترسی و به چنگ آوردن اشیای مورد نیاز را برایتان آسان گرداند.

• عوارض درمانی

حفظ تعادل بین وزن و قد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اضافه وزن احتمالا بر مشکلات تحرکی و خستگی افزوده و به دستگاه های تنفسی و گردش خون آسیب می رساند. پوست تحریک پذیر گشته، بر اثر چاقی، آسان تر لطمه می بیند و این حالت بیشتر در مورد افرادی صدق می کند که تحرک چندانی ندارند. لاغری کمتر از حد معمول نیز زیان بار و ناخوشایند است، زیرا چه بسا مقاومت در برابر عفونت را کاسته و خطر ابتلای فرد به زخم های حاصل از فشار و دیگر جراحات پوستی را بیفزاید.

غالبا عفونت های مجرای ادراری برای گرفتاران به ام اس مشکل آفرین است، به ویژه زمانی که باید بیابپی لوله (سند) گذاری شوند. نوشیدن عصاره قره قات، خاصیت اسیدی ادرار را می افزایشد و محیطی به وجود می آورد که ضد باکتری است.

چنانچه مشکل بی اختیاری ادراری وجود داشته باشد، مبتلایان به بیماری ام اس ناچارند از نوشابه های کافئین دار مانند چای، قهوه و کولا بپرهیزند و از خوردن شکلات هم (به سبب داشتن کافئین) دوری گیرند. کافئین مخدر است و مثانه را تحریک می کند. مصرف اندک مایعات، باعث

می گردد که بیوست افزایش یابد. آب فراوان، غذاهای سرشار از الیاف گیاهی از قبیل میوه ها و سبزی ها و فرآورده های سیوس دار باعث می گردد که روده ها نرم کار کنند.

آب برگه آلو و غلات سیوس دار، صبحانه های خوبی هستند. پنیر، روده را قابض می کند و در ضمن سرشار از چربی اشباع شده است. برخی از افراد مبتلا به ام اس از حیث بی اختیاری روده، مشکلاتی دارند که ممکن است بر اثر رعایت برنامه غذایی بدتر هم بشوند. سعی کنید نوشیدنی های مشکوک از قبیل قهوه، الکل و غذاهای پرادویه را تا چند روز از برنامه غذایی خود حذف نمایید. آنگاه هر بار یکی از خوردنی ها و آشامیدنی ها را دوباره میل کنید تا ببینید آن ناراحتی برمی گردد یا نه؟ از آنجایی که نیکوتین، گذشته از تاثیرات سوء بر سلامتی انسان، روده را تحریک می کند، سیگار نکشیدن حائز اهمیت است.

مشکلات ناشی از جویدن و بلع را می توان با ایجاد تغییراتی در تهیه غذا برطرف ساخت به شرطی که از هرم غذایی تبعیت شود. به عنوان مثال شیربستنی، ماست، پوره میوه و سبزی، سوپ غلیظ و پس غذا را جایگزین غذاهای سفت یا خشک کنید. در عوض سالاد، اسفناج ریزرزشده بخورید یا به جای سیب یا گلابی تازه، میوه خردشده یا پخته میل کنید.

به منظور دست یافتن به بافت مقبول، یک دستگاه مخلوط کن یا وسیله فرآوری را به کار گیرید و خوردنی های مزبور را به مقدار کم، اما به دفعات بخورید. در حالتی که بیماری پیشرفت کند ممکن است از یک آسیب شناس گفتاری خواسته شود که توصیه هایی پیرامون شیوه نهادن غذا در دهان یا تغییر الگوی تنفسی به عمل آورد تا مشکلات ناشی از بلع مرتفع گردد.

▪ این مواد را زیاد بخورید

- مواد غذایی و خوراک های سرشار از الیاف گیاهی جهت جلوگیری از بیوست.

- عصاره بداغ (قره قات) برای از بین بردن آماس مثانه.

- مواد غذایی له شده برای آسان بلعیدن.

▪ این مواد را کم بخورید

- کافئین برای دوری جستن از تحریک مثانه.

- از مصرف این مواد بپرهیزید

- مواد غذایی که باعث خفگی می شوند.

منبع : روزنامه کارگزاران

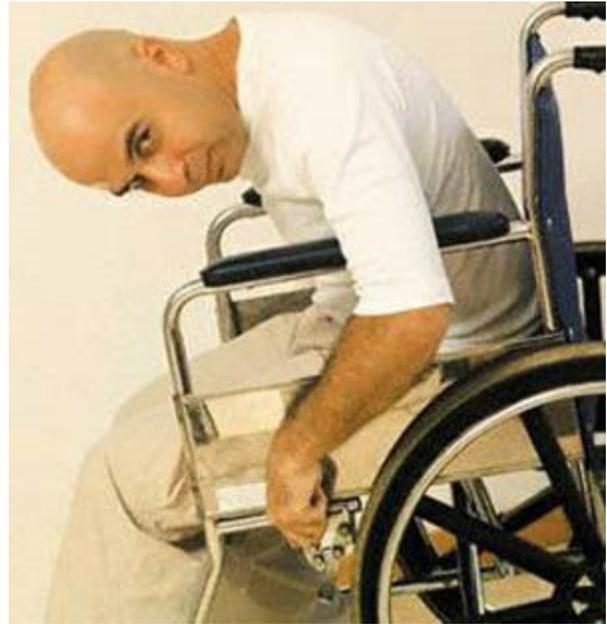
<http://vista.ir/?view=article&id=255198>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بیماری «ام اس» چیست؟

بیماری ام اس، بیماری مخصوص سیستم عصبی است. این بیماری به مرور زمان سبب خوردگی یا از بین رفتن دستگاه عصبی می شود. پیام های عصبی که در مغز صادر می شوند برای رسیدن به اندام یا عضو مورد نظر از رشته های عصبی عبور می کنند. رشته های عصبی مانند سیم های برق یک ارتباط الکتریکی میان مرکز اعصاب و اندام مورد نظر برقرار





می‌کنند. این راه ارتباطی با عایق مخصوصی پوشیده شده است که از جنس چربی است. حال اگر این چربی یا همان عایق از بین برود رشته‌های عصبی نمی‌توانند پیام الکتریکی صادر شده از مغز یا نخاع را انتقال دهند. بیماری ام‌اس یا اسکروز چندگانه که گاهی به غلط ضعف یا تحلیل عضلانی ترجمه می‌شود در واقع بیماری است که مخصوص سیستم عصبی است. بر اساس تحقیقات گسترده‌ای که روی بیماری ام‌اس صورت گرفته است پژوهشگران معتقدند بیماری ام‌اس ریشه ژنتیکی دارد. یافته‌های محققان حاکی از آن است که فعالیت و همکاری گروهی از ژن‌ها با یکدیگر منجر به بیماری ام‌اس می‌شود. به طور مشخص می‌توان گفت آن دسته از ژن‌ها که فعالیت‌های سیستم ایمنی یا سیستم دفاعی بدن را کنترل و هدایت می‌کند.

این فرضیه که متخصصان ژنتیک آن را دنبال می‌کنند با استفاده از تکنیک‌های درون سلولی و نشانه گذاری ژن‌ها مشخص می‌کند که نوع یا نژاد خاصی از

ژن‌های انسانی استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری نشان می‌دهند. بیماری ام‌اس در برخی از مناطق جغرافیایی مثل آمریکا یا جنوب غرب آسیا شیوع بیشتری نشان می‌دهد و این نکته مشخص می‌کند که بیماری تا حد زیادی وابسته به نژاد است با آنکه بیماری ژنتیکی است اما ارثی بودن آن به اثبات نرسیده است.

بیماری ام‌اس بیماری است که به مرور زمان سبب خوردگی یا از بین رفتن دستگاه عصبی می‌شود. پیام‌های عصبی که در مغز صادر می‌شوند برای رسیدن به اندام یا عضو مورد نظر از رشته‌های عصبی عبور می‌کنند. رشته‌های عصبی مانند سیم‌های برق یک ارتباط الکتریکی میان مرکز اعصاب و اندام مورد نظر برقرار می‌کنند. این راه ارتباطی با عایق مخصوصی پوشیده شده است که از جنس چربی است. حال اگر این چربی یا همان عایق از بین برود رشته‌های عصبی نمی‌توانند پیام الکتریکی صادر شده از مغز یا نخاع را انتقال دهند.

در بیماری ام‌اس سیستم دفاعی بدن به این پوشش عایق مانند حمله می‌کند و آن را از بین می‌برد. به مرور زمان پوشش نازک می‌شود و با از بین رفتن آن راه ارتباطی میان مرکز و اندامها قطع می‌شود. از اولین نشانه‌های بیماری ام‌اس می‌توان به تاری دید و ضعف یکباره سیستم بینایی اشاره کرد. به علت آنکه اعصاب بینایی بیشتر از سایر اعصاب در خطر حمله قرار دارند. از دیگر نشانه‌های بیماری می‌توان به ضعف عضلات، کرخی موضعی و عدم تعادل اشاره کرد.

چندی پیش مرکز تحقیقات دارویی آلمان آمار جالبی منتشر کرد که نتیجه شانزده سال تحقیق بر روی داروی بتافرون، داروهای ضد بیماری ام‌اس را نشان می‌دهد.

این گروه تحقیقاتی از ۱۶ سال پیش تحقیق بر روی ۳۰۰ داوطلب مبتلا به بیماری ام‌اس را آغاز کرد. داوطلبین به سه گروه صد نفری تقسیم شده و هر گروه روش درمانی خاص خود را دنبال کرد.

گروه اول در طول این مدت به عنوان دارو ۵۰ میکروگرم بتافرون دریافت کرد. برای گروه دوم پنج برابر این میزان یعنی ۲۵۰ گرم بتافرون تجویز شد و گروه سوم داروی پلاسبو مصرف کرد. منظور از پلاسبو داروی کامل بی‌اثری است که تنها جنبه روانی دارد. این نوع داروها که در اکثر مراکز تحقیقاتی روی آنها کار می‌شوند در واقع ترکیب شیمیایی کاملاً بی‌اثری دارند، بی‌ضرر و بی‌فایده. اما در تمام طول مدت درمان به بیمار آنگونه تلقین می‌شود که در حال مصرف دارویی کاملاً موثر و مفید است.

بعد از ۱۶ سال بیش از ۹۰ درصد از بیمارانی که دوز بالا یا همان بتافرون ۲۵۰ میکروگرمی را مصرف کرده‌اند زنده‌اند و نیمی از این افراد می‌توانند حرکت کنند. برخی با وسایل کمکی مانند صندلی چرخ‌دار و گروهی نیز بدون وسایل کمکی. این نتیجه ثابت کننده آن است که دوز بالای بتافرون تاثیر مثبتی در کنترل بیماری داشته است.

اما نکته بسیار جالب این تحقیق در گروهی مشاهده می‌شود که داروی پلاسبو یا همان داروی بی‌اثر را مصرف کرده‌اند. بیش از ۸۰ درصد بیماران این گروه زنده هستند و نریک به نیمی از این افراد کاملاً مستقل و بدون هیچ کمکی می‌توانند راه بروند.

بیش از ۳۰ سال است که اثر داروهای پلاسیبو بر بیماریهای مختلف آزمایش می‌شود و اثر مثبت این نوع داروهای تلقینی به اثبات رسیده است. این تاثیر مثبت می‌تواند به علت ترشح هورمونهای شادی بخش در مغز و تولید انرژی مثبتی باشد که فرد پس از مصرف داروها احساس کرده است

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

<http://vista.ir/?view=article&id=306669>

vista.ir
Online Classified Service

بیماری آلزایمر

اطلاعات اولیه توضیح کلی بیماری آلزایمر عبارت است از يك بیماری مغزی که مشخصه آن رو به زوال گذاشتن تدریجی توانایی‌های ذهنی است. نوع سریعاً پیش‌رونده آن در سنین ۴۵-۲۶ سالگی بروز پیدا می‌کند. نوع تدریجاً پیش‌رونده آن که در آن علائم به کندی حدوداً در سنین ۷۰-۶۵ سالگی شروع می‌شود.

• علائم شایع مراحل اولیه:

فراموشی وقایع اخیراً اتفاق افتاده دشواری فراینده در انجام کارهای نیازمند قوه عقلانی مثل وظایف شغلی، رسیدگی به امور مالی، یا مدیریت خانه تغییرات شخصیتی، از جمله ناتوانی در کنترل هیجانها و اختلال در قضاوت

• مراحل بعدی:

مشکل در انجام کارهای ساده مثل انتخاب لباس، یا انجام محاسبات ساده ریاضی ناتوانی در شناسایی افراد آشنا بی‌علاقگی به بهداشت شخصی یا ظاهر فرد مشکل در غذا خوردن گرفتن حالت تهاجمی و انکار اینکه اصلاً مشکل وجود دارد. از دست دادن خودداری جنسی گم شدن در خیابان اضطراب و بی‌خوابی

• مراحل پیشگیری:

از دست دادن کامل حافظه، کلام، و عملکرد عضلانی (از جمله کنترل ادرار و

مدفوع). در این حالت فرد نیاز به مراقبت و نظارت کامل دارد. حالت تهاجمی شدید علل آسیب برگشت‌ناپذیر یا از دست رفتن سلول‌های مغز به علل ناشناخته عوامل افزایش دهنده خطر سابقه خانوادگی بیمار آلزایمر پیرشدن پیشگیری هیچ‌گونه روش خاصی برای پیشگیری وجود ندارد. عواقب مورد انتظار این بیماری در حال حاضر غیرقابل درمان است و درمان فقط برای بهبود علائم انجام می‌شود. تحقیقات وسیعی در زمینه علل و درمان آن در حال انجام است، بنابراین امید به پیدا کردن درمان قطعی آن وجود دارد. عوارض احتمالی کاهش مقاومت به عفونت‌ها، به خصوص ذات‌الریه و مننژیت. حملات صرعی و کما (نادر است). درمان اصول کلی اگر یکی از اعضای خانواده دچار این بیماری است، حالت خصومت آنها را به خود نگیرید. محیط خانه را طوری تغییر دهید که فرد بیمار دچار آسیب بدنی نشود.



اگر مراقبت از یکی از اعضای خانواده که دچار این بیماری است را به عهده دارید، از دیگران درخواست کمک کنید تا بتوانید به خود استراحت دهید. از اینکه نیاز به استراحت و فراغت دارید احساس گناه نکنید حتی اگر بیمار از این مسأله احساس رضایت نداشته باشد. اگر گروه حمایتی برای خانواده بیماران آلزایمر وجود دارد به آن بپیوندید و اگر وجود ندارد به ایجاد آن اهتمام ورزید. افراد مراقبت‌کننده از بیمار می‌توانند برخی از مشکلات بیمار را با اجرای بعضی کارها کاهش دهند:

(۱) تکرار:

برای بیمارانی که مشکلی در حافظه دارند شاید یادآوری مکرر کمک‌کننده باشد.

(۲) اطمینان‌دهی:

یک گفتگوی صمیمانه مختصر و در عین حال قوی می‌تواند بیمار مضطرب یا آشفتگی را آرام کند.

(۳) منحرف کردن ذهن بیمار:

ذهن بیمار آشفتگی و وامانده را منحرف کنید. قدم زدن با بیمار می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. داروها خیلی از داروهایی که برای مشکلات دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند باعث گیجی یا خواب‌آلودگی شوند. این داروها را باید حتی‌الامکان قطع کرد. هم‌اکنون داروهای زیاد دیگری تحت بررسی هستند. بعضی از آنها برای کنترل علائم آشفتگی مفید هستند. داروهای جدیدی که با نسخه پزشک تجویز می‌شوند ممکن است پیشرفت بیماری را در بعضی از بیماران به تأخیر اندازد. فعالیت تا حدی که امکان دارد بیمار آلزایمری باید فعالیت خود را حفظ کند. با پیشرفت بیماری، نهایتاً تمامی فعالیت‌ها نیاز به نظارت خواهند داشت. رژیم غذایی رژیم غذایی عادی. نهایتاً بیمار برای غذا خوردن به کمک نیاز خواهد داشت.

در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم بیماری آلزایمر را دارید. اگر علائم عفونت ظاهر شده‌اند، مثل تب، لرز، درد عضلانی، یا سردرد. اگر شما مراقبت از یک فرد آلزایمری را به عهده دارید، و از این مسأله بیمناک هستید که به تدریج کنترل عاطفی خود را از دست خواهید داد نژاد، قومیت تحقیقات در این زمینه چندان رضایت بخش نیست .

برخی از محققان بر این عقیده اند که برخی نژادها زمینه مساعدی برای ابتلا به آلزایمر ایجاد می‌کنند، اما مشخص نیست که این ناشی از ژنتیک است یا تفاوت‌های فرهنگی در شرایط زندگی . در تحقیقی در سال ۱۹۹۸ مشخص شد که آلزایمر در بین سیاهپوستان و اسپانیایی تبارهای آمریکا شایع تر است [۲۸] . در تحقیق دیگری دیدند که سرخ پوستان یک قبیلۀ کمتر به آلزایمر دچار می‌شوند [۲۹] . در مطالعه دیگری دیده اند ژاپنیهای مهاجر به جزایر هاوایی بیش از ژاپنیهایی که در ژاپن مانده بودند دچار آلزایمر شده اند [۳۰] . این مطالعات چندان روشنگر نیستند و تحقیقات وسیع تر و طولانی مدت تری در این زمینه لازم است .

افسردگی بسیاری از بیماران مبتلا به آلزایمر دچار افسردگی هستند. اما این افسردگی باعث آلزایمر شده یا آلزایمر باعث افسردگی می‌شود؟ متخصصین می‌دانند که در هر دو بیماری "میانجی های عصبی مغزی" کاهش می‌یابند [۳۷] . اما طبیعی است که مبتلایان به آلزایمر به دلیل افت توانایی های ذهنی و جسمی خود دچار احساس تنهایی ، و افسردگی شوند. در هر حال تجویز داروی ضدافسردگی فلوکستین و هم خانواده های آن (مانند فلووکسامین) زیر نظر روانپزشک می تواند باعث کاهش علائم افسردگی و بهبود نشانه های آلزایمر شود. از سوی دیگر بیمارانی که در سن بالا دچار افسردگی می‌شوند ممکن است به دلیل بی رغبتی و عدم توجه به محیط اطراف ، دچار کمبود حافظه شوند و علائمی کاملاً مشابه با آلزایمر پیدا می‌کنند.

بنابراین توجه به علائم افسردگی مانند بی علافگی ، بیخوابی ، بی اشتها برای تمایز آن از آلزایمر، مهم است . علائم بیماری آلزایمر و طیف آن در مبتلایان در قسمت قبل درباره تغییرات غیرطبیعی در مغز بیماران صحبت کردیم ، اکنون سؤال این است که آیا علائم بیماری آلزایمر در بیماران گوناگون ، مشابه است و آیا می‌توانیم با مشاهده رفتار و اعمال بیمار، بیماری آلزایمر را تشخیص دهیم ؟ پاسخ قدری پیچیده و مشکل است . زیرا علائم بیماری نه تنها از فردی به فرد دیگر متفاوت است بلکه حتی در یک فرد هم بستگی به مرحله بیماری و شدت فرآیندهای بیماری را دارد. دکتر برانت می‌گوید که علیرغم تشابهات سالهای آخر عمر بیماران ، علائم و نشانه های بیمار در هر فرد منحصر به فرد بوده و الگوی یکسانی برای تشخیص آنها وجود ندارد. علت تفاوت در آثار بیماری ، وجود تفاوت و پیچیدگیهای مغز و روح افراد و شدت و ضعف بیماری می‌باشد.

دکتر برانت می‌گوید روند آسیب در بیماری آلزایمر از قسمت هیپوکامپ مغز شروع می‌شود. هیپوکامپ قسمتی از مغز است که مسؤول نگهداری اطلاعات مربوط به حافظه کوتاه مدت می‌باشد و نقش مهمی در یادگیری دارد. معمولاً بیماری آلزایمر از این قسمت آغاز شده و با درگیر کردن سایر

قسمتهای مغز در صحبت کردن، خواندن، محاسبه، تصمیم‌گیری، و هماهنگی حرکات بدن نیز اختلال ایجاد می‌کند.

سیر بیماری همیشه به یک منوال نیست و از فردی به فرد دیگر متفاوت است. گاهی عوارض بیماری بسیار ضعیف و گاه بسیار شدید است. گاهی سیر بسیار سریع داشته و ظرف ۳ سال منجر به مرگ می‌شود، در موارد دیگر ممکن است فرد مبتلا، تا ۲۰ سال یا بیشتر به زندگی خود ادامه دهد. قابل ذکر است که معمولاً بیماری آلزایمر علت مستقیم مرگ نیست بلکه زمینه مرگ بیمار را در اثر علل دیگر، آماده می‌کند.

مطالعات نشان داده اند که به طور کلی، متوسط زندگی مبتلایان از ۵/۸ تا ۸/۱۰ سال بعد از شروع بیماری می‌باشد و این رقم، رابطه مستقیم با سن بیمار در زمان ابتلا دارد [۷]. دکتر سیندر می‌نویسد چون خصوصیات این بیماری در هر فرد، متفاوت است، پس سیر آن متغیر و نامشخص است، به علاوه نمی‌توان یک نقطه زمانی معینی برای شروع بیماری در نظر گرفت و تغییر و تحولات مغزی بیماران طی سالها صورت می‌گیرد تا آنکه آثار بیماری ظاهر شود. بنابراین نمی‌توان نقطه شروع بخصوص برای آغاز روند بیماری در نظر گرفت [۸].

• علایم بالینی بیماری چیست؟

علیرغم تفاوت های فردی در بین مبتلایان، عموماً علایمی را برای تشخیص می‌توان در نظر گرفت. این علایم اگر مکرر دیده شوند، می‌توانند شک ما را به وجود بیماری برانگیزاند، اما اگر فردی فقط یک بار به طور اتفاقی کفش خود را در یخچال گذاشت (!) دلیل بر وجود آلزایمر نیست. اگر فردی مرتب اشیاء را در جای معمول خود نگذارد تازه جای شک به وجود می‌آید و باید از نظر آلزایمر بررسی شود. فراموشی اولین اثر این بیماری فراموشی است. البته همیشه فراموشی در سن بالا دلیل بر آلزایمر نیست.

فراموشی از همان مراحل اولیه آلزایمر قابل توجه بوده و با پیشرفت بیماری شدیدتر می‌شود. بیمار مبتلا به آلزایمر ممکن است اشیاء را جابجا بگذارد، وعده ملاقات را فراموش کند، داروهای خود را مصرف نکند، و یک سؤال را مرتباً تکرار نماید، حتی اگر لحظاتی قبل سؤال را مطرح نموده باشد. با پیشرفت بیماری، نارسایی‌های حافظه شدیدتر شده به حدی که بیمار به طور مکرر نام اطرافیان، فرزندان، و مراقبان خود را فراموش می‌کند؛ اشیاء منزل را به یاد نمی‌آورد و مرتب درباره آنها سؤال می‌کند؛ امور ساده شخصی مانند مسواک زدن، بستن بند کفش و پوشیدن لباس را فراموش می‌کند. شدت و حدت این فراموشی‌ها زنگ خطری برای مراقبان بیمار می‌باشد. مشکلات تکلم و بیان بتدریج که حافظه کوتاه مدت ضعیف تر و کم‌کم محو می‌شود، بیمار توانایی به یاد آوردن لغات مناسب برای جمله بندی را از دست می‌دهد.

توانایی نگهداری زنجیره افکار و ترتیب جملات نیز در بیمار مختل می‌شود، به طوری که گاه بیمار در جمله سازی درمانده می‌شود. وقتی که بیمار متوجه اشتباه خود در جمله بندی می‌شود سعی می‌کند کمتر صحبت کند و معمولاً می‌گوید: "فراموش کردم چه می‌خواستیم بگویم". خواننده محترم باید به خاطر بسپارد که با افزایش سن، اکثر افراد سالم، گاه جمله یا مطلبی را فراموش می‌کنند ولی بعداً آن را به یاد می‌آورند. اما بیماران آلزایمری جمله یا مطلب فراموش شده را دیگر به یاد نمی‌آورند و این باعث عصبانیت و افسردگی بیمار می‌شود. لازم به ذکر است که هر نوع فراموشی زاینده آلزایمر نبوده و حتی افراد کاملاً سالم، در شرایط خاص روحی و روانی یا هنگام خستگی دچار فراموشی می‌شوند. مشکل خواندن و نوشتن به موازات کاهش توانایی تکلم و بیان، توانایی خواندن نیز کاهش می‌یابد. دلیل آن روشن است، چون قدرت تمرکز فکر کاهش یافته، بیمار قادر به نگهداری اطلاعات به مدت لازم نیست و چون نمی‌تواند جمع بندی کند، توانایی استفاده از اطلاعات را از دست می‌دهد. می‌دانیم که "خواندن" و "نوشتن" نیاز به تمرکز دارند و هر دو برای بیماری که ارتباط منطقی بین زنجیره تداعی‌های افکار خود را از دست داده بسیار دشوار می‌شود.

وقتی بیمار احساس می‌کند خواندن برایش سخت شده و نمی‌تواند معنی جملات را دریابد، از خواندن و نوشتن فاصله می‌گیرد و این خود باعث تشدید بیماری می‌شود. اشکال در محاسبه جمع و تفریق و کارکردن با اعداد، احتیاج به حافظه دارند. بیماران مبتلا به آلزایمر به دلیل نقص حافظه و فراموشی، توانایی تفکر انتزاعی را از دست می‌دهند و در نتیجه دچار مشکل در محاسبات عددی می‌شوند و نگهداری حساب بانکی، زمان ملاقات‌ها، تقویم و ساعت برایشان مسأله ساز می‌شود. ضعف تصمیم‌گیری از آنجا که برای تصمیم‌گیری و قضاوت درباره مسائل و درک رابطه تصمیم با نتیجه آن باید از حافظه کمک گرفت، بیماران آلزایمری در این مسائل نیز دچار مشکل می‌شوند. ممکن است در وسط تابستان، کت زمستانی یا پالتو بپوشند و رابطه فصل با لباس را درک نکنند، یا چک بی محل بنویسند، یا رفتار پرخاشگرانه بدون توجه به نتیجه آن داشته باشند که متأسفانه گاه اطرافیان دست به رفتار متقابل می‌زنند. عدم اشراف به زمان و مکان بیماران آلزایمری دچار اشکال در درک زمان و فضا هستند، زیرا حافظه نقش مهمی در هماهنگی با محیط و آشنایی با آن ایفا می‌کند. این بیماران که دچار نقصان حافظه هستند، گاه حتی در منزل خود گم می‌شوند یا برای وارد شدن به ماشین سر خود را خم نمی‌کنند.

عدم تشخیص اطرافیان یکی از علایم بسیار آزاردهنده ، فراموش کردن اسامی اطرافیان یا بستگان می باشد. این آزار دوجانبه است . اطرافیان و مخصوصاً مراقبین بیمار از اینکه توسط بیمار شناخته نشده و از زحمات آنها قدردانی نمی شود رنج می برند و بی اطلاعی از شرایط فکری بیمار می تواند این مشکل را تشدید کند. از دست دادن علاقه و لذت بیماران احساس می کنند به علت افت مهارت های فکری و ناتوانی و نقصان حافظه دیگر به درد جامعه نمی خورند و شوق و علاقه خود را به زندگی و هر چیز جالبی از دست می دهند. آنان تفریحات را بی معنی دانسته و حتی رابطه با دوستان را فراموش می کنند یا بی اهمیت می انگارند.

تداوم این رفتارها باعث افسردگی شده که به نوبه خود باعث تشدید بیماری آلزایمر می شود. افکار هذیانی در ابتدای بیماری ، افکار بدبینانه هذیانی چندان دیده نمی شود ولی بتدریج که با پیشرفت بیماری ، فرد توانایی ربط دادن نتایج را به رویدادها از دست می دهد، افکار هذیانی بر وی مستولی شده و شکاک و بدبین می شود. مثلاً احساس می کند در حال دزدیدن اموالش هستند یا همسرش به وی خیانت می کند و یا دکتر یا مراقبش در فکر آزار وی هستند. مشکلات جنسی مطالعات علمی هنوز نتوانسته اند علل کاهش یا افزایش تمایلات جنسی را توضیح دهند ولی اکثر این بیماران دچار کاهش میل جنسی می شوند.

کاهش هماهنگی در حرکات اندامها تبادل اطلاعات بین سلولهای عصبی مغز، اعصاب بدن و عضلات ، حرکت بدن را امکانپذیر می کند. اگر این مبادلات در اثر معیوب شدن سلول های مغز مختل نشود، هماهنگی حرکات بدن تحت تأثیر قرار می گیرد. عدم هماهنگی ، با پیشرفت بیماری تشدید می شود. زمانی که هماهنگی بین دستورات مغز و حرکت اندام مختل می شود، لباس پوشیدن ، غذا خوردن ، نوشتن ، رانندگی و تقریباً تمامی اعمال جسمی فرد دچار اشکال شده و بیمار محتاج کمک دیگران می شود.

کاهش حس بویایی هر چند کاهش حس بویایی در افرادی که مبتلا به آلزایمر نیستند نیز دیده می شود اما این علامت در کنار سایر علایم آلزایمر، اهمیت خاصی برای تشخیص بیماری پیدا می کند. تغییرات شخصیتی از آنجا که آلزایمر عملکرد مغز را تغییر می دهد، شخصیت فرد نیز ممکن است دستخوش تغییر شود. فردی که قبلاً پرتحرک و شاداب بوده ممکن است گوشه گیر شود. افراد گوشه گیر و خجالتی ممکن است تبدیل به افرادی پرخاشگر و ناآرام شوند. هم آسیب دیدگی مغزی و هم فشارهای روانی ممکن است علت این تغییرات باشند. این تغییرات برای افراد خانواده یا دوستان قابل درک نیست ، بخصوص در اوایل که هنوز بیماری جنبه رسمیت پیدا نکرده است ممکن است اطرافیان ، رفتار بیمار را مسائل شخصی قلمداد کنند.

دشواری در قبول تشخیص آلزایمر و عواقب ناشی از آن ترس از عواقب تشخیص آلزایمر ممکن است باعث شود بیمار و اطرافیان به سختی به این تشخیص تن در دهند. فرد بیمار علیرغم آگاهی از این که مبتلا به آلزایمر است ، ممکن است با بی میلی کامل ، تشخیص را بپذیرد یا اصولاً منکر آن شود. خانواده بیمار از ترس درمان ناپذیر بودن آلزایمر ممکن است با بی میلی آن را قبول کنند یا اصلاً منکر وجود بیماری در فرد مورد نظر شوند.

آنان از ترس آبرو، طوری با مسأله برخورد می کنند که گویی هیچ مسأله ای وجود ندارد یا سعی می کنند فشارهای وارد بر خود را پنهان کنند. گاه این پنهان کاری تا آنجا ادامه می یابد که به یک بحران مانند آتش سوزی در اثر خاموش نکردن اجاق گاز یا تصادف و امثالهم می انجامد و تازه آن وقت ، بیمار و بیماری را به طور واقعی مورد توجه قرار می دهند. دکتر کان می گوید که مسأله وقتی شدیدتر می شود که خود بیمار سعی در پنهان کردن بیماری می کند. بیمار تمام انرژی خود را برای گول زدن اطرافیان به کار می گیرد تا ثابت کند که هنوز همان آدم قبلی است ، تا بدین ترتیب آبروی خود را در بین دوستان و آشنایان حفظ کند.

اکثر بیماران آلزایمری قادراند ناتوانی های خود را حتی تا سالها پنهان کنند، زیرا نمی خواهند بستگان یا همسر از بیماری آنها اطلاع یافته و نگران شوند. آنان حتی المقدور پرهیز می کنند یا سعی می کنند راجع به رویدادهای سالهای دور صحبت کنند، در این حالت آنها می توانند از حافظه درازمدت خود که سالم مانده استفاده کرده و وارد بحث و گفتگو شوند. دکتر کان می گوید که گاه این گول زدنهای غریزی هستند و بیمار ناخودآگاه به آنها متوسل می شود تا بتواند با نیازهای اجتماعی خود کنار بیاید. به هر حال هر انسانی سعی می کند مانع از خجالت زدگی خود شود و زندگی روزانه خود را ادامه دهد. متأسفانه آلزایمر آخرین مایه افتخار یک انسان را که شرف و آبرو است ، از وی می گیرد.

بیماری آلزایمر و مرگ بیماری آلزایمر مستقیماً باعث مرگ بیمار نمی شود ولی به طور غیرمستقیم زمینه مرگ در اثر عوامل دیگر را فراهم می کند. در طول ۱۰۰ سالگی که از کشف این بیماری می گذرد، تاکنون حتی یک نفر از این بیماری نجات پیدا نکرده است . در آخرین مرحله بیماری ، به قدری آسیب دیدگی مغز پیشرفت می کند که کنترل ساده ترین اعمال اعضای بدن را از دست می دهد. دستگاه ایمنی که باید بدن را در برابر

عفونت ها و سرطان حفاظت کند از کار می افتد. مغز حتی قادر به تعیین و تنظیم نیازهای خود به مواد مغذی و مایعات نبوده و گاه بیماران آلزایمری از گرسنگی فوت می کنند، درست مانند یک کشتی بدون ناخدا که بدون کنترل روی آب حرکت می کند و سرانجام با یک صخره تصادم می کند. گاهی بی تحرکی و فقدان فعالیت جسمی باعث سکنه قلبی و مغزی می شود. در اغلب موارد، فعالیت قلب و دید دچار اختلال می شود و سوء تغذیه زمینه مساعد برای ابتلا به سایر بیماریها را فراهم می کند.

بیمارانی که در اوایل شروع بیماری آلزایمر فوت می کنند، اغلب دچار سوانحی از قبیل تصادف در خیابان و سقوط از پله شده اند [۹] . عوامل مسبب بیماری آلزایمر مکانیسم ایجاد آلزایمر هنوز کشف نشده و دانش ما در این زمینه بسیار ابتدایی است . پاره ای عوامل سببی معرفی شده اند که هنوز صددرصد اثبات نشده اند. سرطان و بیماریهای اکثراً قابل پیش بینی بوده و علل آنها تقریباً مشخص شده اند، اما سیر پیچیده آلزایمر و نقش داشتن عوامل گوناگون باعث شده تا بسیاری از جنبه های آن ناشناخته باقی بماند [۱۰] .

با توجه به مطالعاتی که در ۲۰ سال گذشته در امریکا، اروپا و ژاپن صورت گرفته ، دکتر کافر معاون پژوهشی دانشگاه پیتسبورگ اظهار داشته اند اگر بتوانیم با همین سرعت حرکت کنیم به زودی موفقیت های زیادی به دست خواهیم آورد. دکتر کافر عوامل مسبب بیماری را به دو گروه مؤثر (که نقش مؤثری در ایجاد بیماری دارند) و نامعین (که میزان تأثیر آنها هنوز معلوم نشده) تقسیم می کند. عوامل کمکی برای ابتلا به آلزایمر وجود عوامل زیر صددرصد دلیل بر ابتلا به بیماری آلزایمر نمی باشند بلکه در شرایط خاصی ، این عوامل به تنهایی یا با کمک هم می توانند زمینه ابتلا به آلزایمر را فراهم کنند. سن بالا با بالا رفتن سن ، احتمال ابتلا به این بیماری زیادت می شود، هر چند مواردی از ابتلا در سن پایین و حتی ۳۰ سالگی دیده شده که بیشتر ناشی از عوامل ژنتیکی (وراثتی) می باشد. بیماری آلزایمر غالباً در سن بالای ۶۵ سالگی دیده می شود. در حال حاضر در امریکا، ده درصد افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به این بیماری بوده و پنجاه درصد افراد بالای ۸۵ سال از آلزایمر رنج می برند. پیش بینی می شود که با توجه به بالا رفتن سن در امریکا، میزان شیوع بیماری در ۵۰ سال آینده ، ۳ برابر شود [۱۱] . سابقه بیماری در خانواده احتمال بروز در بستگاه درجه اول فرد بیمار زیاد است ، مگر آن که تدابیر پیشگیری را از قبل به کار ببندند. خطر ابتلا در بستگان درجه اول به دو برابر افراد معمولی می رسد، اما با سالم نگه داشتن محیط زیست و تغذیه می توان این احتمال را کاهش داد [۱۲] . سابقه ضربه مغزی مغز انسان توسط جمجمه و مایع مغزی - نخاعی حفاظت می شود. بسیاری از ورزشکارانی که دچار ضربه سر شدید می شوند، مانند مشت بازان یا سوانحی که در سایر ورزشها رخ می دهد، دچار فراموشی بیمارگون می شوند و احتمال ابتلا به آلزایمر در آنها زیادت است [۱۳] .

میزان تأثیر ضربه مغزی در بروز آلزایمر نامعلوم است اما توجه به این عامل ، لزوم استفاده از کلاه ایمنی را برای ورزشکارانی که سرشان در معرض ضربه است ، خاطرنشان می سازد. کمبود فعالیت های فکری و مغزی تحقیقات علمی نشان داده اند که تمرین دادن مغز از طریق تحصیلات علمی ، مطالعه ، یا فعالیت های فکری دیگر، مقاومت آن را در برابر آلزایمر بالا می برد [۱۴] . به اعتقاد پژوهشگران ، فعالیت های فکری باعث گسترش ارتباطات بین سلولهای عصبی مغز می شود و هر چه سلولهای مغزی ارتباط بیشتری با یکدیگر داشته و اطلاعات بیشتری رد و بدل کنند، مغز مقاوم تر می شود. حل جدول ، بازی شطرنج و سایر بازیهای فکری و اصولاً هر نوع فعالیت فکری می تواند از ابتلا به بیماری آلزایمر جلوگیری کند. سندرم داون منگولیسیم (سندرم داون نوعی عقب ماندگی ذهنی به دلیل وجود یک کروموزوم اضافه می باشد، افراد مبتلا، چهره ای شبیه مغولها با چشمهای بادامی پیدا می کنند. در این افراد احتمال بروز آلزایمر زیاد است [۱۵] . در مغز مبتلایان به سندرم داون که بعد از مرگ کالبدشکافی شده اند، تغییراتی کاملاً شبیه به آلزایمر دیده شده است ، اما کمتر اتفاق افتاده که علایم بالینی بیماری آلزایمر در زمان زندگی این افراد دیده شود، محققان درصد کشف این پدیده عجیب هستند.

جنس مؤنث عده ای از دانشمندان معتقداند کاهش هورمون جنسی زنانه (استروژن) ممکن است نقش مهمی در ایجاد آلزایمر بازی کند [۱۶] . البته چون خانمها عمر طولانی تری نسبت به آقایان دارند، ممکن است شیوع بیشتر آلزایمر در آنها مربوط به میانگین سن بالاتر باشد. این مطلب بعداً بحث خواهد شد.

سکنه افرادی که سکنه مغزی خفیف داشته اند اخیراً مورد بررسی قرار گرفته اند و در این پژوهشها ارتباط مشخصی بین دمانس و سکنه های مغزی مکرر مشاهده شده است [۱۷] . اغلب این سکنه ها ممکن است علایم شدید حسی مانند فلج دست و پا نداشته باشند. کنترل فشار خون و کلسترول ، کاهش مصرف چربیهای اشباع شده ، خودداری از مصرف سیگار و دخانیات ، ورزش ، کاهش استرسها می تواند باعث کاهش چربی خون و کاهش رسوب آن در جدار رگهای مغزی شود و در نتیجه احتمال سکنه مغزی را کم کند. سموم موجود در محیط زیست آلومینیوم را سالها از علل آلزایمر می پنداشتند، تا اینکه تحقیقات در سال ۱۹۹۶ نشان دادند که نقشی در ایجاد آلزایمر ندارد [۱۸] . جیوه ، روی ، و آهن نیز

ارتباطی با ایجاد یا تشدید آلزایمر ندارند [۱۹] . حلالهای آلی و شیمیایی مانند چسب ، سموم گیاهی ، بنزین ، کود شیمیایی و سایر حلالها می توانند در درازمدت باعث آسیب دیدگی مغز و ایجاد دمانس (زوال عقل) شوند. افرادی که به دلیل شغل خود دائماً در معرض این مواد قرار دارند (مانند کارگران کارخانه های تولید این مواد) در معرض بیماری قرار دارند، لذا استفاده از پوششها و ماسکهای حفاظتی برای آنها الزامی است . برخی از نوجوانان نیز دچار اعتیاد به مواد از قبیل بنزین ، گاز فندک ، استون ، تینر می شوند و گاهی اقدام به استنشاق آنها می کنند، باید توجه داشت که اثر این حلالها در تخریب مغز کاملاً اثبات شده و مصرف طولانی آنها خطرناک است . دخانیات آلزایمر نیز مانند بسیاری بیماریهای دیگر، در افراد سیگاری بیشتر دیده می شود. در یک مطالعه روی هفت هزار نفر از افراد بالای ۵۵ سال ، دیده اند که احتمال بروز آلزایمر در سیگاریها دو برابر است [۲۰] . البته در یک مطالعه دیگر در سال ۱۹۹۴ خلاف یافته های بالا مشاهده شده است و این گروه از پژوهشگران عنوان می کنند شاید نیکوتین باعث تحریک سلولهای عصبی مغز و کاهش احتمال بروز آلزایمر می شود [۲۱] . در هر حال با توجه به عوارض بسیار زیاد دخانیات و نقش آن در تصلب شریک مغزی ، از کشیدن دخانیات باید جداً خودداری کرد. رادیکالهای آزاد در اثر سوخت و ساز طبیعی مواد در بدن یک سری ملکولهای مضر به نام رادیکال های آزاد ایجاد می شوند که می توانند بافتهای سلولی و از جمله سلولهای مغزی را تخریب کنند [۲۲] .

البته در بدن مکانیسم هایی برای خنثی کردن این مواد وجود دارد ولی ظاهراً در برخی افراد این مکانیسم ها کافی نیستند. ویتامین E ، ویتامین C ، و نوعی ویتامین A که کاروتن نامیده می شود (موجود در جگر، سبزیجات و زرده تخم مرغ) دارای خاصیت آنتی اکسیدان هستند و می توانند این رادیکالهای آزاد را خنثی کنند. برخی داروهای ضد درد مانند آسپرین ، ایندومتاسین و خانواده آنها نیز واجد این خاصیت هستند. رژیم غذایی این جمله مشهور: "ما همان هستیم که می خوریم!"، اهمیت تغذیه را در نوع متابولیسم و ترکیب بدن و مغز ما نشان می دهد.

تحقیقات زیادی نشان داده اند که مصرف چربیهای اشباع شده و کلسترول به مقدار زیادی می تواند در ابتلا به آلزایمر مؤثر باشد [۲۳] . چربیهای اشباع شده در روغنهای گیاهی جامد و کلسترول در چربی حیوانی (دنبه ، زرده تخم مرغ ، جگر، قلوه ، دل) به وفور یافت می شوند. در مطالعات دیگر، کمبود اسیدفولیک و ویتامین B ۱۲ ، با ایجاد آلزایمر ارتباط داشته اند، اصولاً کمبود این دو ویتامین در سنین پایین نیز باعث کم خونی و مشکلاتی در عصبهای بدن (نوروپاتی) می شود. نداشتن ورزش مغز هم مانند عضلات بدن احتیاج به تمرین دارد. تحقیقات سال ۱۹۹۸ نشان داده اند مبتلایان به آلزایمر، در مقایسه با سایر مردم ، در فاصله سنی ۲۰ تا ۶۰ سالگی کمتر به ورزش و حرکات بدنی می پرداخته اند [۲۵] . در تحقیق روی موشها دیده اند که افزایش تحرک بدنی باعث افزایش فعالیت مغز بخصوص در ناحیه هیپوکامپ (مرکز حافظه و یادگیری) می شود [۲۶] . در موشهای پرتحرک ، سیستم "تقویت درازمدت" که به ثبت و نگهداری اطلاعات در حافظه کمک می کند، فعالیت بیشتری پیدا کرده بود.

بنابراین فعالیتهای جسمی و داشتن تحرک می تواند در پیشگیری از آلزایمر مؤثر باشد نقش هموسیستئین در بروز آلزایمر عمده ترین دلیل ضعف در دوران پیری در آمریکای شمالی، آلزایمر می باشد. در این بیماری توانایی فرد در زمینه فکر کردن، تشخیص دادن، استدلال و عمل کردن کاهش می یابد. یک مطالعه نشان می دهد احتمال ابتلا به آلزایمر در افرادی که سطح هموسیستئین (یک اسید آمینه) خون آنها بالا می باشد، بیشتر است. رنال ریگان رئیس جمهور سابق آمریکا مبتلا به آلزایمر می باشد که اینک برخی از برندگان جایزه نوبل یا برخی افراد برجسته نیز ممکن است از آلزایمر رنج ببرند.

طی یک بررسی در آمریکای شمالی مشخص شد، برخی افراد فقیر در مقایسه با خوبشاوندان خویش کمتر در معرض ابتلا به آلزایمر قرار دارند و این خود تاییدی بر این نکته است که این بیماری ژنتیکی نمی باشد ، بلکه بر اثر سبک زندگی یا محیط زندگی بوجود می آید. در آمریکای شمالی یک نفر از هر ده نفر در سن ۶۵ سالگی و پنج نفر از هر ده نفر در سن هشتاد و پنج سالگی به این بیماری مبتلا می باشند.

در آلزایمر مغز آسیب می بیند و سلول های مغزی در حال مرگ با رشته های بتا آمیلوئید پروتئین ترکیب می شوند. حدود ده سال قبل مطالعه ای بر روی زنان راهبه نشان داد، زنان راهبه ای که دچار حملات کوچک مغزی می شدند علائم آلزایمر را بروز می دادند، در حالیکه در بسیاری از افرادی که دارای مقدار زیادی بتا آمیلوئید بودند، نشانه ای از این بیماری دیده نشد.

هر عاملی که باعث افزایش خطر حمله قلبی یا حمله مغزی شود، منجر به افزایش بروز آلزایمر می شود.

بنابراین از عواملی که در بروز این بیماری می توانند موثر باشند، می توان به مصرف دخانیات، اضافه وزن، عدم ورزش، مصرف رژیم های غذایی پرچرب ، مصرف بیش از اندازه کالری ، فشار خون بالا و کلسترول بالا اشاره کرد. عوامل خطر رژیمی شامل عدم مصرف کافی سبزیجات، کمبود مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ (این اسید های چرب درغلات کامل، انواع لوبیا، دانه ها و ماهی های آبهای عمیق یافت می شوند) و مصرف بیش از اندازه گوشت می باشند.

همچنین نتایج مطالعه بر روی زنان راهبه حاکی از این است که کسانی که میزان اسید فولیک خونشان پایین و میزان هموسیستئین خون آنها بالا می باشد، بیشتر در معرض ابتلا به آلزایمر قرار دارند. عدم مصرف کافی سبزیجات برگی شکل و غلات کامل باعث کمبود اسید فولیک می گردند و همچنین خوردن بیش از اندازه گوشت باعث افزایش مقدار متیونین می گردد.

بر اثر دوعامل ذکر شده (کمبود اسید فولیک و افزایش مقدار متیونین) مقدار هموسیستئین مغز بالا می رود که این خود باعث تشکیل پلاک هایی در رگ های مغزی می شود و در نهایت منجر به حملات کوچک مغزی شده که این حملات به مغز آسیب می رسانند.

متیونین اسید آمینه ضروری است که بدن از آن برای ساختن اسید آمینه غیر ضروری هموسیستئین استفاده می کند. اگر مقدار هر یک از سه ویتامین: B12 ، اسید فولیک یا پیریدوکسین (B6) کم باشد، متیونین به ترکیب سمی هموسیستئین تبدیل می شود که این ماده سمی به رگ ها آسیب می رساند و منجر به بروز حملات قبلی و سکت های مغزی و آلزایمر می شود.

گوشت یکی از منابع غنی متیونین می باشد . سبزیجات برگی شکل و غلات کامل، منابع غنی اسید فولیک هستند که مانع تبدیل متیونین به هموسیستئین می شوند. همچنین کاهش دریافت گوشت قرمز و مرغ باعث کاهش مقدار متیونین در خون شما می شود. اسید فولیک برای تبدیل کربوهیدرات به انرژی لازم می باشد. شما می توانید با دریافت اسید فولیک از منابع آن (غلات کامل و غنی شده، سبزیجات سبز برگی شکل، انواع لوبیاهای، دانه ها، مغزها و بسیاری از گیاهان دیگر) و با کاهش دریافت متیونین از طریق کاهش مصرف گوشت از بروز بیماری آلزایمر جلوگیری کنید.

در طی چند سال اخیر تصورات غلط بی شماری در مورد این مطلب که آلزایمر چیست؟ چه کسانی به آن مبتلا می شوند؟ تاثیرات آن بر زندگی بیماران چگونه است و ... به وجود آمده است. این تصورات غلط به علائم بیماری متصل شده و به ما اجازه نمیدهند تا شناخت دقیقی از بیماری پیدا کنیم.

انجمن جهانی آلزایمر معتقد است که اگر از بیماری رفع ابهام شود، مردم خیلی راحت تر می توانند با واقعیت مواجه شوند. در این قسمت چند تصور رایج نادرست و واقعیت های آنها را برای شما بازگو می کنیم.

• تصور غلط ۱ :

اگر یکی از افراد فامیل دچار این بیماری شود، شما نیز به آن مبتلا خواهید شد.

- حقیقت:

هر چند عوامل وراثتی نقش مهمی را در این بیماری بازی می کنند، اما تنها ۵ تا ۱۰ درصد از کل افرادی که دارای بیماری هستند، از طریق موارد ژنتیکی به آن مبتلا شده اند. در اکثر موارد هیچ گونه علامت قابل شناسایی یافت نمی شود. تحقیق و بررسی بر روی ژن ها همچنان ادامه دارد.

• تصور غلط ۲ :

آلزایمر تنها بیماری افراد سالمند است.

- حقیقت:

هر چند افزایش سن ریسک ابتلا به بیماری را افزایش می دهد، اما آلزایمر فقط در افراد سالخورده بروز نمی کند. افراد ۴۰ تا ۵۰ ساله ای نیز بودند که دچار آلزایمر شده اند. چیزی که در اینجا باید به خاطر داشته باشیم این است که با افزایش سن خطر ابتلا به آلزایمر نیز افزایش پیدا می کند.

• تصور غلط ۳ :

آلزایمر قابل درمان است.

- حقیقت:

برای آلزایمر هیچ نوع درمان قطعی وجود ندارد. البته چند نوع دارو و معالجات گوناگون وجود دارد که می تواند تا حدی در برخی از بیماران ثمربخش باشد. گام بلندی در راه پیدا کردن درمان برداشته شده که نتایج خوش بینانه ای را به همراه داشته است.

• تصور غلط ۴ :

از دست دادن حافظه یعنی آلزایمر.

- حقیقت:

ممکن است خیلی از افراد با حافظه خود مشکل داشته باشند، اما این بدان معنا نیست که دارای آلزایمر هستند. اگر از دست دادن حافظه بر روی

چگونگی زندگی روزمره شما تاثیر می گذارد و توانایی قضاوت و استدلال و استنتاج و سایر مهارت های ارتباطی خود را از دست داده اید، می توانید برای تشخیص به پزشک مراجعه کنید.

▪ تصور غلط ۵ :

مصرف آلومینیوم باعث ایجاد آلزایمر است.

- حقیقت:

هر چند تحقیقات گسترده ای برای کشف ارتباط میان آلومینیوم و آلزایمر انجام شده است، اما تا کنون هیچ نوع مدرک موثقی در این زمینه بدست نیامده. بروز بیماری از دلایل مختلفی نشات می گیرد؛ از قبیل: عوامل وراثتی، روش زندگی، عوامل در محیط اطراف و ... تصور غلط ۶ :

آلزایمر قابل پیشگیری است.

- حقیقت:

به این دلیل که هنوز علت ایجاد آلزایمر مشخص نشده نمی توان از آن پیشگیری کرد، اما بهتر است همواره ذهن و بدن خود را با انتخاب های آگاهانه، فعال نگاه دارید. این انتخاب ها شامل: ورزش، نگه داشتن رژیم غذایی سالم و مصرف میوه ها و سبزیجات تازه و ماهی می باشد همچنین سعی کنید که همیشه مغز خود را نیز فعال نگاه دارید.

▪ تصور غلط ۷ :

ویتامین ها، مکمل ها و قرص های تقویت حافظه می توانند از آلزایمر جلوگیری کنند.

- حقیقت:

مطالعات بسیاری برای تشخیص تاثیر گذاری فرآورده هایی نظیر میتامین E و عصاره درخت ژینگو انجام شده که اکثرا بی فایده بوده، اما تحقیق در این زمینه همچنان ادامه دارد.

▪ تصور غلط ۸ :

اگر من دچار آلزایمر شوم، زندگی تمام است.

- حقیقت:

شمار کثیری از افراد که دچار آلزایمر هستند زندگی پر معنا و فعالی را دنبال می کنند. آنها هدفمند هستند و به هیچ وجه احساس نمی کنند که زندگی شان به پایان رسیده. تشخیص به موقع بیماری و انجام اقدامات لازم، نقش مهمی را در بهبودی فرد ایفا می کند. باید برای بیماران محیط مناسب و خدمات ویژه را فراهم آورد، از آنها حمایت کنید ، به فعالیت وادارشان کنید و شوق زندگی را در آنها بیدار سازید.

▪ تصور غلط ۹ :

تمام بیماران آلزایمری پرخاشگر و خشن هستند.

- حقیقت:

این بیماری بر روی هر فرد به صورت متفاوتی تاثیر می گذارد. از دست دادن حافظه و به وجود آمدن پرتی حواس اغلب نا امید کننده و ترس آور است. با آگاهی از بیماری و تغییر رفتار در مقابل بیمار می توان از واکنش های خشن و پرخاشگرانه اجتناب کرد.

▪ تصور غلط ۱۰ :

بیماران آلزایمری متوجه وقایعی که در اطراف آنها رخ می دهد، نیستند.

- حقیقت:

بسیاری از افرادی که به آلزایمر مبتلا هستند، نسبت به کلیه وقایعی که در اطراف آنها روی میدهد آگاهی دارند، اما عده ای نیز با این مسئله مشکل دارند. آلزایمر توانایی برقراری ارتباط و تشخیص وقایع روی داده را از بیماران سلب می کند، هر چند بر روی هر کس تاثیر متفاوتی می گذارد. واقعیت این است که بیماران آلزایمری همان انسان های سابق هستند و شما باید ملاحظه آنها را کرده و در مقابلشان با احترام رفتار نمایید. خاتمه دادن به تصورات نادرست

آلزایمر یک نوع بیماری پیش رونده است و بسیار ویرانگر می باشد که به مرور زمان سلول های حیاتی مغز را نابود می کند.

معمولا در افراد بالای ۶۵ سال بروز می کند، اما همچنین می تواند بزرگسالان را در سنین کمتر نیز نشانه رود. یک نفر از هر ۱۲ نفر کانادایی بالای

۶۵ سال دارای آلزایمر و یا سایر بیماری های ذهنی است. انجمن آلزایمر یک سازمان خیریه سلامتی است که همواره به بیمارانی که مبتلا به آلزایمر هستند کمک می کند. اجازه ندهید که تصورات نادرست در مورد آلزایمر شما از انجام موارد زیر باز دارد:

- پیدا کردن آگاهی نسبت به بیماری
- کمک خواستن
- احترام گذاشتن به بیماران به حقایق اتکا کنید آلزایمر نوعی اختلال مغزی است که فرد مبتلا را به فراموشی دچار می سازد. در این بیماری، سلولهای مغز به تدریج تخریب شده و فرد دچار فراموشی می شود، به طوریکه دیگر قادر نیست خاطرات گذشته را به یاد بیاورد و یا رویدادهای جدید را در مغز خود شکل دهد. در صورت پیشرفت بیماری، حافظه دراز مدت هم تحت تأثیر قرار گرفته و در نهایت منجر به فوت می شود.

• عوامل مؤثر در ایجاد آلزایمر:

- مهمترین عامل، سن است. مطالعات نشان داده ، میزان ابتلا به این بیماری برای کلیه سنین ۱ درصد، ولی برای افراد ۶۵ سال و بیشتر ۵ درصد است. این میزان پس از ۶۵ سالگی به ازای هر ۵ سال افزایش عمر، دو برابر می شود.
- عامل دیگر ارث است . ۴۰ درصد از مبتلایان به آلزایمر از دخالت عوامل ارثی ، به این بیماری مبتلا گشته اند.
- عواملی از قبیل ضربه ها یا آسیب هایی که به جمجمه وارد می شود ، دیابت، عدم تحرک ، داشتن وزن اضافی، افزایش فشار خون و کلسترول در بروز و پیشرفت این بیماری نقش دارند.
- رژیم غذایی سرشار از کالری و چربی نیز ، احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر را در افرادی که از لحاظ ژنتیکی مستعد هستند افزایش می دهد.

• سیر و سرانجام بیماری:

پیشرفت بیماری را به ۲ مرحله می توان تقسیم کرد:

(۱) مرحله اول:

مرحله ای است که در آن اختلال حافظه رفته رفته نمایان می شود. بیمار در این مرحله از عهده کارهای روزمره شخصی برمی آید. ولی اداره امور اجتماعی نظیر خرید و کارهای بانکی برای او دشوار است.

(۲) مرحله دوم:

در این مرحله اختلال حافظه پیشرفت می کند و علائم روانی - رفتاری نظیر ترس، اضطراب، افسردگی، بی خوابی و بی قراری دیده می شود. بیمار قدرت تشخیص زمان و مکان را از دست می دهد و گویش او دچار اختلال می گردد. در این مقطع از بیماری، فرد قادر به مراقبتهای شخصی می باشد.

(۳) مرحله سوم:

در این مقطع اختلال حافظه تا به آنجا پیشرفت می کند که بیمار حتی نامش را فراموش می کند، قدرت تکلم او تقریباً از بین رفته و عضلاتش سفت می شود، بلع غذا برای او مشکل شده و دیگر قادر نیست از بستر خارج شود . به تدریج دچار زخمهای بستر می شود و کنترل اعمال دفعی را نیز دست می دهد.

• راههای پیشگیری از ابتلا به آلزایمر:

- عواملی چون تغذیه سالم، ورزش و کنترل وزن از بروز این بیماری جلوگیری می کند.
- استفاده از داروهای کاهش دهنده کلسترول و فشار خون در عدم ابتلا به این بیماری ، مؤثر واقع می شود.
- حفظ سلامتی در دوران جوانی، یکی دیگر از عوامل مؤثر در پیشگیری از بیماری آلزایمر است، چون این بیماری در دوران جوانی به سراغ فرد می آید و بعد از گذشت ۲۰ تا ۳۰ سال علائم اولیه آن بروز می کند.
- افرادی که در برنامه غذایی خود از ویتامین های C,E استفاده می کنند، کمتر به این بیماری مبتلا می شوند. ۵- یافته های آماری نشان داده است میزان ابتلا به آلزایمر در افرادی که کار فکری منظم انجام می دهند، کمتر است. شایان ذکر است ، بیش از ۱۲ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به بیماری آلزایمر هستند و انتظار می رود تا سال ۲۰۲۵ این رقم به ۲۲ میلیون نفر افزایش یابد آلزایمر بیماری آلزایمر یک وضعیت پیشرونده ای است که مناطق مغزی عهده دار عملکرد حافظه، هوش، تصمیم گیری، زبان و رفتار را، درگیر می کند. این شایعترین نارسایی ذهنی یا دمانس در افراد پیر است.

بیماری آلزایمر خیلی شدیدتر از کمی حافظه خفیفی است که در افراد پیر تجربه می‌شود. بیماری آلزایمر بر روی رفتار، شخصیت، تفکر صحیح و انجام فعالیت‌های روزانه تاثیر می‌گذارد. ابتدا اعضای نزدیک خانواده متوجه این علائم می‌شوند و بتدریج برای خود شخص نیز اشتباهاتش آشکار می‌شود. علل بیماری آلزایمر در حال حاضر اینکه چه تغییراتی در مغز اتفاق می‌افتد بوضوح مشخص نشده است ولی تحقیقات ادامه دارد. اگر چه اکثر کسانی که مبتلا به بیماری آلزایمر می‌شوند سابقه فامیلی ندارند، اما اگر در فامیل شما چنین سابقه‌ای وجود دارد شما شانس بیشتری دارید.

• علائم بیماری چیست؟

▪ از دست دادن حافظه (memory loss)

▪ ناتوانی در قضاوت و تصمیم‌گیری

▪ گیجی در مورد زمان و اینکه امروز چه روزی است .

▪ فراموش کردن محل‌های آشنا ۵. اشکال در فراگیری و بخاطر آوردن اطلاعات جدید

▪ اشکال در بیان کردن

▪ ناتوانی در انجام مهارت‌های روزانه مثل پختن غذا یا پرداخت قبوض همچنان‌که بیماری پیشرفت می‌کند علائم بدتر می‌شود. شخص ممکن است رفتار عجیب جدیدی پیدا کند و از فامیل و دوستان دوری کند. توهمات (halusination) و اختلال ادراک (delusion) و بدبینی شایع است. بعضی بیماران رفتار و گفتار پرخاشگرانه دارند. و بالاخره شخص مهارت‌های اصلی زندگی مثل خوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، دستشویی رفتن و بالاخره از خواب بیدار شدن و روی صندلی نشستن و راه رفتن را فراموش می‌کند.

• چگونه بیماری آلزایمر تشخیص داده می‌شود؟

بیماری آلزایمر با شرح حال دقیق ، معاینه دقیق، بررسی وضعیت ذهنی و عملکردی و انجام بعضی آزمایشات خاص، CT اسکن و MRI جهت کنار گذاشتن علل دیگر تشخیص داده می‌شود. اگر چه درمان قطعی تا کنون برای آلزایمر نیست تلاش ما بر این که کیفیت زندگی را حفظ کنیم و به شخص کمک کنیم تا فعال بماند. درمان بر روی بهبود حافظه، بهبود انجام اعمال روزانه، حذف رفتار غیر عادی جدید و حالاتی که با این بیماری شایع است مثل درمان افسردگی متمرکز می‌شود . داروها شامل مهارکننده‌های کلین استراز (یک واسطه ی موجود در سلول های عصبی) یا memantine است، که ممکن است به تدریج حافظه تفکر را بهبود بخشد.

دیگر درمان‌های حمایتی اینکه خانه را ایمن کنیم و زمانی که علایم بدتر می‌شود حمایت‌ها بیشتر شود. چون طول عمر به تدریج زیاد شده است بیماری آلزایمر نیز زیادتر شده است.

پیش آگهی بیماری آلزایمر یک بیماری پیش رونده است ولی می تواند ۵ تا ۲۰ سال طول بکشد، بیشترین علت مرگ بیماران آلزایمر عفونت است. تحقیق بر روی NASD و Statins (با همان دوز کنترل کلسترول)، فولیک اسید، ginkgobilba, Vit B۶, Vit B۱۲, Vit E در حال انجام است که در بعضی موارد موثر بوده است. داروهای دیگر شامل - cognex)tacrine - (Reminly)galantamine - (Exelon)rivashymine - (Aricept)Donepezil) که متعادل‌کننده‌های واسطه‌های شیمیایی نورونها (سلول‌های عصبی) می‌باشد است. ترکیب Memantive با هر يك از این داروها بسیار موثرتر از يك دارو به تنهایی است.

«آلزایمر یکی از مهمترین مشکلات گروه سنی بالا در کشور ماست» آلزایمر و بیماری‌های روانی یکی از عمده‌ترین مشکلات بهداشتی درمانی کشور ما در سنین میانسالی و کهنسالی است.

• درمان :

هیچ درمانی ندارد . بعضی از داروها میتواند پیشرفت بیماری را به تأخیر بیاورد و یا بعضی از علائم را کاهش دهد مثلاً برطرف کردن افسردگی ، مشکلات خواب و یا تشویب بعضی از گروه‌های حمایت کننده از بیماران آلزایمری نیز می توانند کمک کنند . پزشک معالج مربوطه می تواند بهترین روش درمانی را توصیه کند .

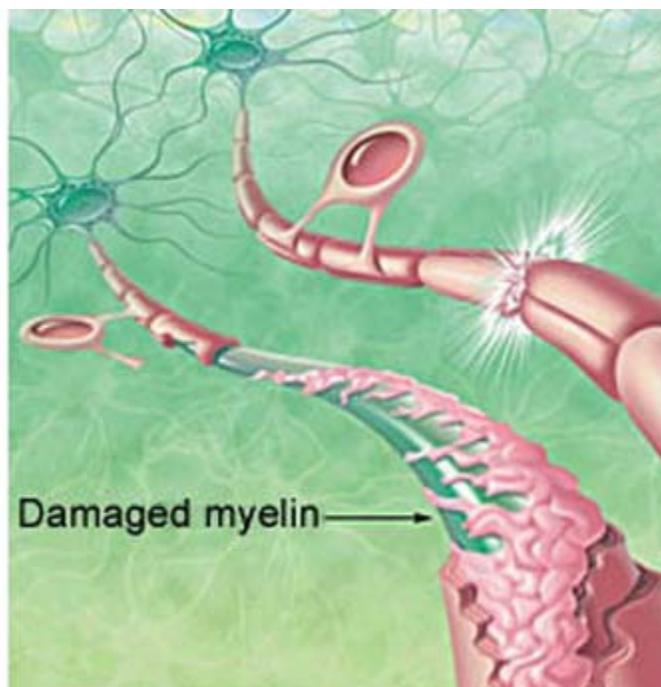
منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

<http://vista.ir/?view=article&id=245629>

بیماری ms

مولتیپل اسکلروز (M.S) از بیماریهای شایع سیستم عصبی مرکزی در انسان است. M.S اغلب، بالغین جوان را مبتلا می‌سازد و در جنس مؤنث دو تا سه برابر بیشتر رخ می‌دهد. در M.S میلین راههای عصبی دچار تخریب می‌شود. مشخصه این بیماری، متعدد بودن ضایعات از نظر زمانی و مکانی و رخداد علائم به صورت رفت و برگشتی است، یعنی یک علامت عصبی پس از مدتی بهبود یافته و در زمان دیگر همان علامت یا علائم دیگری مجدداً رخ می‌دهند.

علائم هر حمله بهبودی نسبی یافته ولی ممکن است عودهای مکرر بیماری سبب ناتوانی تدریجی بیمار گردد. در M.S علائم بالینی بستگی به محل و وسعت ضایعه دارد و تخریب میلین معمولاً در نواحی خاصی نظیر عصب بینایی، ساقه مغز، مخچه و ماده سفید نیمکره‌های مغز منجر به بروز مجموعه‌ای از علائم بالینی به صورت تازی دید ناگهانی، ناتوانی در حرکت اندامها،



عدم تعادل، دوبینی و اختلالات حسی به صورت احساس خواب رفتگی در اندامها و علائم متنوع دیگر می‌گردد. سیر علائم بالینی بیماری M.S در هر بیماری متفاوت بوده و می‌تواند به صورت یک بیماری کاملاً خوش‌خیم رخ دهد و بیمار سالها عاری از علائم عصبی باشد و یا اینکه یک حالت پیشرونده سریع در علائم بالینی همراه با ناتوانی اتفاق می‌افتد.

• سبب شناسی و همه گیر شناسی:

با وجود مطالعات و پژوهشهای مدرن، در ارتباط با جنبه‌های همه گیرشناسی، علت، روش‌های تشخیصی و درمانی جدید در بیماری M.S در سالهای اخیر انجام شده است. لیکن هنوز علت واقعی بیماری مشخص نشده و در نتیجه هنوز یک درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد. قابل قبولترین تئوری در مورد علت بیماری M.S را یک مکانیسم خود ایمنی می‌دانند، به این نحو که یک فاکتور محیطی نظیر عفونت‌های ویروسی سبب تحریک سیستم ایمنی بدن و تشکیل آنتی بادی بر علیه میلین بافت عصبی شده و منجر به بروز علائم عصبی می‌شود.

فاکتورهای ژنتیکی در مستعد نمودن فرد جهت ابتلا به این بیماری می‌توانند مؤثر باشند. بالاترین شیوع M.S در نژاد سفید پوست می‌باشد و این بیماری در نژاد زرد و سیاه شیوع کمتری دارد، این بیماری در ساکنین مناطق اطراف ناحیه استوا بندرت دیده می‌شود، در حالی که با افزایش فاصله از خط استوا و در مناطق معتدله شمالی و جنوبی، نظیر آمریکا، کانادا، اروپای شمالی و استرالیا، شیوع این بیماری بیشتر می‌شود.

• مهاجرت، سن و جنس:

مهاجرت به مناطق با شیوع کم قبل از ۱۵ سالگی خطر ابتلا به بیماری M.S را کاهش می‌دهد. وقوع M.S در دوران کودکی نادر است، اما بعداً به سرعت شیوع آن افزایش می‌یابد تا در حوالی ۲۰ سالگی به حداکثر می‌رسد و همچنان شیوع آن تا دهه چهارم عمر بالا می‌ماند و سپس سریعاً کاهش می‌یابد به طوری که M.S پس از ۶۰ سال، به ندرت رخ می‌دهد. به دلیل فاکتورهای هورمونی و سیستم ایمنی بروز بیماری M.S در زنان ۲

تا ۳ برابر مردان است. معمولاً M.S در طبقات اجتماعی- اقتصادی بالا بیشتر دیده می‌شود.

• یافته‌های بالینی:

علائم عصبی در بیماری M.S به دلیل درگیری قسمت‌های مختلف دستگاه عصبی مرکزی (CNS) متنوع می‌باشد. به خاطر ماهیت بیماری و درگیری قسمت‌های مختلف سیستم عصبی و نیز دخالت عوامل جغرافیایی در چگونگی تظاهر بیماری، علائم و به ویژه اولین علامت شروع بیماری متنوع و شدت آن نیز متغیر خواهد بود، بنابراین در بیماری M.S هیچگاه یک فرم کلاسیک و ثابت و مشخص نمی‌توان یافت. چون در M.S عصب بینایی، ساق‌مغز، مخچه و نخاع بیشتر درگیر می‌شوند، تظاهرات بالینی ناشی از ضایعات در این قسمت‌ها می‌باشد.

• شایع‌ترین علائم در شروع بیماری عبارتند از:

ضعف و بی‌قوتی اندامها، احساس گرفتگی، گزگز یا عدم تعادل یک اندام، کاهش یا تاری دید ناگهانی در یک چشم، دو بینی، اختلال عملکرد مثانه به صورت فوریت یا تأخیر در شروع ادرار. این علائم غالباً گذرا بوده و طی چند روز تا چند هفته از بین می‌روند، ولی با گذشت زمان این علائم ممکن است مستقر و ثابت شده و بیمار گاهی دچار مشکلات گفتاری، شناختی و خلقی و حافظه‌ای می‌گردد.

• سیر بیماری:

بین سیر نخستین حمله و بروز علائم عصبی بعدی ممکن است ماهها تا سالها فاصله وجود داشته باشد، پس از گذشتن این دوره علائم جدیدی بروز می‌نماید و یا علائم قبلی عود کرده، پیشرفت می‌نماید. حاملگی بر سیر بیماری M.S معمولاً تأثیری نداشته ولی میزان عود در سه ماه نخست پس از زایمان شایع‌تر است.

افزایش درجه حرارت بدن، خستگی و استرس سبب تشدید گذرای علائم می‌شوند. در بعضی بیماران با گذشت زمان و پس از چندین حمله عود و بهبودی ناقص، بیمار تدریجاً دچار ضعف حرکتی اندامها، سفتی عضلانی، اختلال حسی، عدم تعادل در راه رفتن و مشکلات ادراری و ممکن است به درجات مختلفی ناتوان گردد. بیماری M.S دارای سه نوع سیر است که عبارتند از:

(۱) عود کننده- بهبود یافته که در این حالت در بین حملات پیشرفتی در بیماری رخ نمی‌دهد،

(۲) پیشرونده ثانویه: که با پیشرفت تدریجی پس از یک دوره عود و بهبود اولیه مشخص می‌گردد و

(۳) پیشرونده اولیه که در آن ناتوانی از آغاز به صورت تدریجی پیشرفت می‌نماید.

• روش‌های تشخیص:

بیماری M.S براساس علائم بالینی و سیر بیماری و وجود سابقه تشدید و تخفیف علائم، یافته‌های معاینه عصبی و بررسی‌های پاراکلینیکی (آزمایشگاهی) نظیر بررسی مایع مغزی نخاعی، پتانسیل‌های فراخوانده بینایی (VEP) و تصویرنگاری سیستم عصبی مرکزی با MRI انجام می‌شود. در مبتلایان به M.S بررسی الکتروفورز پروتئین‌های مایع مغزی نخاعی (CSF) نشان دهنده وجود نوارهای مشخص در منطقه ایمونوگلوبولینی IgG تحت نام نوارهای اولیکولونال باند است پتانسیل فراخوانده، بینایی (VEP) طولانی می‌شود و ام.آر.آی (MRI) ضایعات مربوط به آسیب میلین را در مغز، ساقه مغز، مخچه و یا نخاع که به صورت ضایعات گرد با حدود مشخص با اندازه از چند میلیمتر تا چند سانتی متر می‌باشند را نشان می‌دهد.

• تشخیصهای افتراقی و یا بیماریهای تقلیدکننده M.S

بیماری M.S به دلیل داشتن علائم متعدد و سیر متنوع با چندین بیماری دیگری ممکن است اشتباه شود، در نظر گرفتن شرح حال بیمار، چگونگی وقوع و سیر بیماری، یافته‌های بالینی و معاینه، یافته‌های پاراکلینیکی در بررسی مایع مغزی نخاعی و MRI موجب تشخیص صحیح می‌شوند. باید حتی الامکان از تشخیص اشتباه M.S جلوگیری کرد، چون اولاً تشخیص اشتباه، برای بیمار صدمات جبران ناپذیر روحی را به همراه دارد و همچنین ممکن است سایر بیماریهای قابل درمان با این تشخیص اشتباه نادیده گرفته شوند.

در تشخیص افتراقی M.S بایستی بیماریهایی که ضایعات متعدد در سیستم عصبی مرکزی دارند و یا بیماریهای سیستم عصبی مرکزی با سیر تشدید یافته بهبود پذیر، مدنظر باشد. از جمله بیماریهایی که با M.S اشتباه می‌شوند عبارتند از بیماری لوپوس سیستمیک، سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی، بیماری بهجت، بیماری لایم (در اثر نیش کنه رخ می‌دهد)، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)، بیماریهای نخاعی-مخچه‌ای استحال‌ای ارثی، کمبود ویتامین B۱۲، آرنروز و مهره‌های گردن، و تومورهای گودال خلفی جمجمه.

• درمان M.S:

هنوز درمان قطعی برای M.S پیدا نشده است. درمان بیماری M.S به دو دسته تقسیم می‌شود:

(۱) درمان جهت متوقف ساختن سیر بیماری

(۲) درمان‌های علامتی در جهت کاهش علائم ناتوان کننده بیماری. درمان در مرحله وقوع علائم حاد و شدید شامل کورتیکواستروئید تزریقی بمدت ۵ روز می‌باشد. درمان پیشگیری کننده از بروز حملات M.S شامل تجویز اینترفرون بتا که به دو شکل تزریق عضلانی هفتگی و یا تزریق زیر جلدی یک روز در میان است. از دیگر درمان‌های پیشگیری کننده در M.S تعویض پلاسما و تجویز ایمونوگلوبولین وریدی یا IVIG است.

در درمان موارد M.S با فرم مزمن پیشرونده داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، نظیر آزاتیوپرین استفاده می‌گردد.

هدف از درمان‌های علامتی کاهش علائم و عوارض بیماری به منظور زندگی بهتر بیماران است. سفتی عضلانی را با بکلوفن، خستگی بیمار با آمانتادین و درد و گزگز شدن اندامها را با کاربامازپین، لرزش بیمار را با کلونازپام و اختلال عملکرد مثانه را با اکسی بوتینین و افسردگی بیماران با فلوکسیتین درمان می‌نمایند.

• رژیم غذایی : بیمار مبتلا به M.S بایستی از رژیم با چربی حیوانی کم و دارای چربیهای غیراشباع و روغن‌های گیاهی و رژیم حاوی اسید لینولئیک استفاده کنند.

ورزش و فیزیوتراپی- مبتلایان به M.S بایستی بر اساس تواناییهای خویش یک برنامه ورزشی مناسب انتخاب کنند. از آنجا که خستگی سبب تشدید حملات و علائم بیماری می‌شود، بنابراین بایستی ورزشهای سبک‌تر انتخاب شود و از محیط گرم اجتناب شود.

• فعالیت‌های شغلی و ادامه تحصیلات در M.S

بستگی به تواناییهای جسمی و ذهنی بیمار دارد. از آنجا که فعالیت فیزیکی شدید و خستگی مفرط و نیز استرسهای روحی می‌تواند در تشدید علائم مؤثر باشند، بیمار باید یک برنامه کاری منظم داشته باشد.

• ازدواج و بیماری M.S

مبتلایان به M.S خصوصاً انواع خوش خیم آن و مواردی که ناتوانایی‌های حرکتی-تعادلی بارزی نداشته باشد می‌توانند جهت تشکیل خانواده و ازدواج اقدام نمایند.

• حاملگی، شیردهی و M.S

از آنجا که M.S به طور شایع در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی و بیشتر در زنان رخ می‌دهند. این سوال که آیا حاملگی بر روی سیر بیماری M.S اثر دارد اهمیت می‌یابد. در این مورد باید گفت که خطر وقوع حمله M.S در طی ۹ ماه حاملگی کمتر است. شیردهی، در صورتی که بیمار از اینترفرون یا داروهای سرکوب کننده ایمنی استفاده نکند بلامانع می‌باشد.

• نقش حمایت‌های روحی در بیماران M.S

از آنجایی که بیماری M.S یک بیماری مزمن با سیر غیر قابل پیش بینی است، بیمار نیاز به حمایت‌های روحی- روانی از طرف همسر، خانواده، دوستان و اجتماع می‌باشد. فرد مبتلا به M.S باید بداند که با انطباق با بیماری و سازگاری با شرایط جسمی می‌تواند همچنان فرد مؤثر و کارآمدی باشد. از آنجا که استرسهای روحی در شروع و تشدید علائم نقش بسیار قوی دارند، خود بیمار و خانواده او بایستی از این نظر پیشگیرانه‌های لازم را تا آنجا که ممکن است به عمل آورند.

منبع : فصلنامه پزشکی اجتماعی هوم

<http://vista.ir/?view=article&id=274717>



امروزه با پیشرفت روزافزون تکنولوژی و فن آوری اطلاعات، بشر توانسته است بسیاری از مشکلات و سختیهای زندگی خود را کنار زده و در سایه یک زندگی ماشینی با آرامش زاینده تصور خود روزگار را سپری کند. اما پیدایش و به طبع آن افزایش بیماریهای جدیدی که تا کنون انسان را درگیر نکرده بود مسیر این راحتی را دچار چالش کرده و بشر را با مشکلات ناشی از آنها درگیر نموده است تا جایی که خود این مشکلات باعث بوجود آمدن بیماریهای دیگر روحی و روانی شده است. گروهی از این بیماریها به عنوان بیماریهای قرن نام می برند مانند: ایدز، سارس و MS.

MS یکی از آن بیماریهایی است که ذهن بسیاری از دانشمندان حوزه طب و

پزشکی را به خود مشغول کرده است؛ اما متأسفانه با توجه به تلاش وافر آنها هنوز علم پزشکی به درمانی قطعی برای این بیماری نرسیده است.

در کشور ما مرکزی به نام « انجمن MS ایران » مشغول به فعالیت می باشد که بر اساس آمار این انجمن حدود سی هزار بیمار مبتلا به MS در ایران وجود دارد که از این تعداد حدود پنج هزار و پانصد تن عضو این انجمن می باشند. بیماران مبتلا به MS اغلب جوان، باهوش و با استعداد هستند اما متأسفانه در بسیاری از موارد، فقر فیزیکی و مالی به عنوان دو مانع عمده از حضور آنها در اجتماع و ادامه تحصیل جلوگیری کرده است. MS اگر چه مانند ایدز و دیگر بیماریها شیوع ندارد اما بدلیل تأثیرات مخرب و مختل کردن زندگی انسانهایی که به این بیماری مبتلا می شوند و همچنین مادام العمر بودن آن تلاش برای کنترل دائمی، حل مشکلات و درمان آن بسیار ضروری به نظر می رسد. لذا در این مقاله سعی شده است به طور خلاصه در خصوص این بیماری صحبت شود تا نسل فرهنگی و به طبع آن دانش آموزان تحت آموزش این افراد، با این بیماری و روند آن آشنایی بیشتری پیدا کنند. باشد که این نگاه گذرا ثمربخش باشد.

• تعریف بیماری :

بیماری MS یک بیماری دستگاه عصبی مرکزی بوده و در این بیماری پوشش محافظ اعصابی که در داخل و اطراف مغز نخاع قرار دارند تخریب می شود که این خود باعث ایجاد طیف گسترده ای از علائم مثل از دست دادن کنترل عضلات هماهنگی بین آنها تا اختلالات بینایی می شود. این بیماری در زنان شایعتر از مردان بوده و همچنین در نقاطی از دنیا مثل اروپای شمالی، آمریکا و کانادا نیز از شیوع بالاتری برخوردار است. همچنین افرادی که در خانواده خود بیمار مبتلا به MS را دارند، ریسک بالاتری برای ابتلا به این بیماری را نسبت به سایر افراد جامعه دارند.

• علت بروز بیماری MS

تاکنون دلیل پیدایش این بیماری مشخص نشده است ولی بنظر می رسد که بروز این بیماری ارتباطی با پاسخهای خود ایمنی داشته باشد. چیزهایی مثل یک ویروس ممکن است باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار به تولید پادتنهایی کند که به اشتباه به عناصر خودی بدن حمله میکنند، در بیماری MS این پادتنها به میلین (Myelin) که پوشش اعصاب می باشد حمله کرده و آنها را نابود می کنند. میلین باعث می شود که پیامهای عصبی به سرعت در طول عصب منتقل شود. حال اگر این ماده تخریب شود بر روی عصب نقاطی بدون میلین بنام پلاک بوجود می آید و با گسترش این پلاکها انتقال پیام عصبی در طول عصب کند شده و یا با مشکل مواجه می شود که خود باعث بروز علائم بیماری MS می شود.

البته علاوه بر ویروس، محققان معتقدند که پاسخهای خود ایمنی (یعنی عملکرد دستگاه ایمنی علیه میزبان و نه یک عامل خارجی) می تواند در اثر عوامل محیطی و یا ژنتیکی نیز اتفاق بیفتد.

• انواع بیماری MS

شاید بتوان گفت دو بیمار ام اس را نمی توان یافت که چگونگی شروع و ادامه بیماریشان شبیه هم باشد ولی در کل این بیماری را می توان به چهار دسته اصلی تقسیم کرد:

(۱) MS خوش خیم (Benign MS) که در این نوع فقط تعداد کمی حمله رخ می دهد که این حملات نیز معمولاً با بهبودی کامل همراه است. این نوع

امراس در طی زمان بدتر نمی‌شود و معمولاً موجب هیچ ناتوانی ماندگاری نخواهد شد.

۲) نوع عود کننده و فروکش یابنده (Relapsing Remitting MS) که اکثر مبتلایان بیماریشان را با همین نوع آغاز می‌کنند و به این صورت است که در آنها بعد از هر حمله، بیماری یک دوره آرام رادر پی دارد که بیماران در این مدت مشکلی ندارند، حمله‌ها نیز معمولاً غیر قابل پیش‌بینی‌اند.

۳) نوع پیشرونده ثانویه (Secondary Progressive MS) این دسته را می‌توان ادامه نوع قبلی دانست یعنی پس از چندین سال حمله و آرامش، بیماری به حدی می‌رسد که بدون وجود دوره‌های واضحی، حمله‌ها با گذشت زمان ضعیف‌تر می‌شود.

۴) نوع پیشرونده اولیه (Primary Progressive) در این نوع بیماری بیمار آن هرگز حالت‌های عود یا فروکش را ندارند و ممکن است بیماری هر زمانی متوقف شده یا همچنان بدتر شود.

• علائم بیماری MS

بیشتر بیماران در سنین ۲۰-۴۰ سال متوجه علائم بیماری MS می‌شوند. نوع این علائم و چگونگی پیشرفت آنها نیز بستگی به محل پلاکها در دستگاه عصبی مرکزی بیمار دارد. آسیب میلین مربوط به اعصابی که پیام عصبی را به ماهیچه‌ها می‌برند باعث ایجاد علائم حرکتی می‌شود ولی درگیری اعصابی که باعث انتقال حس می‌شوند سبب اختلال حواس مربوطه می‌شود. علائم معمولاً با خستگی غیر قابل توضیح و گنگ شروع می‌شود و بدنبال آن ضعف کلی بدن ایجاد می‌شود. البته این ضعف ممکن است فقط در یک پا و یا یک دست رخ دهد. بعضی از بیماران دچار تاری دید و یا دیدوگانه (دود بینی) می‌شوند. همچنین علائمی مثل کرختی و سوزن سوزن شدن صورت، دستها و پاها، بدن، اختلال تعادل، لرز گیجی، اختلال در بلع و یا اختلال در صحبت کردن، از بین رفتن کنترل مثانه هم در بیماری MS مشاهده می‌شود.

بیماران زیادی که مبتلا به MS می‌باشند، دچار درد مزمن هم هستند و گروه کمی از این بیماران دردهای حاد را نیز تجربه می‌کنند که این دردهای حاد، ناگهانی و شدید بوده و اغلب در صورت و یا ناحیه کمر ایجاد می‌شوند.

روند بیماری MS کلاً غیر قابل پیش‌بینی است. این بیماری دارای مرحله علامتدار و فعال و مرحله نهفته می‌باشد. بعضی از بیماران پس از مرحله علامتدار و فعال بیماری وارد یک مرحله نهفته طولانی می‌شوند که در آن علائم بسیار خفیف می‌باشد. ولی بعضی دیگر با وارد شدن در هر مرحله فعال، طول مدت مرحله نهفته آنها کوتاهتر و کوتاهتر می‌شود و یا کلاً وارد مرحله نهفته نمی‌شوند. این بیماران که فاز نهفته کوتاهی دارند به احتمال بیشتری دچار ناتوانی‌های دائمی مثل فلج

می‌شوند.

گرم و استرس هم می‌توانند باعث بدتر شدن علائم بیماری شوند. بسیاری از بیماران مبتلا به MS، افسرده هم می‌شوند گرچه محققان مطمئن نیستند که آیا افسردگی از علائم این بیماری است و یا فقط پاسخی به یک بیماری مزمن به شمار می‌رود. بیماری MS بطور کلی تأثیری بر روی طول عمر بیمار ندارد.

• تشخیص

پزشکان موقعی به MS مشکوک می‌شوند که بیمار نسبتاً جوان با علائم حرکتی و یا حسی که مرتباً حالت فعال و سپس خفته بخود می‌گیرد مواجه شوند. پزشکان مانند هر بیماری دیگری باید یک تاریخچه پزشکی دقیق را در کنار معاینه فیزیکی فرد قرار داده تا بتوانند به تشخیص MS نزدیک شوند. البته برای رسیدن به یک تشخیص قطعی باید مجموعه‌ای از تستها را برای کنار گذاشتن سایر بیماریهای مشابه انجام داد. بهترین وسیله برای نشان دادن نقاطی از دستگاه عصبی مرکزی (مغز و نخاع) که میلین در آنها از بین رفته است و پلاک ایجاد شده MRI می‌باشد.

پزشک همچنین ممکن است «آزمایشات پتانسیل برانگیخته» را که می‌توان روی اعصاب و حواس مختلف مثل بینایی، شنوایی، ... انجام داد، درخواست کنند. در این آزمایشات این اعصاب تحریک شده و سرعت انتقال پیام الکتریکی در آنها اندازه‌گیری می‌شود. بیماران مبتلا به MS پاسخ کندتر و آهسته‌تری نسبت به تحریک اعصاب از خود نشان می‌دهند.

پزشک همچنین ممکن است آزمایش بررسی مایع مغزی-نخاعی (که از طریق کمر این مایع گرفته می‌شود و بر روی آن آزمایشاتی انجام می‌گیرد) را درخواست نماید. مایع مغزی-نخاعی در افراد مبتلا به MS حاوی سطوح بالای پروتئین و WBC سفید بالاتر از حد معمول می‌باشد.

• درمان بیماری MS

هنوز درمان قطعی برای MS پیدا نشده است. امروزه ترکیب درمان داروئی و درمان فیزیکی برای کاهش علائم و یا حتی به مرحله نهفته بردن

بیماری توصیه می شود. درمان بیماری MS توسط یک تیم شامل متخصص مغز و اعصاب و متخصص درمان فیزیکی انجام می گیرد.

• درمان دارویی

استفاده از داروهای استروئیدی مثل متیل پردنیزون و پردنیزون برای تخفیف علائم بیماری مفید می باشند البته اگر در یک دوره کوتاه مدت مصرف شوند. استروئیدها همچنین می توانند به بهبود اشکالات بینائی در این بیماران کمک کنند. سایر داروها مثل « بتا اینترفرون » و « گلاتیامر » هم می توانند تعداد حمله های حاد بیماری را کاهش دهند. داروهای اخیر که تزریقی هستند باعث جلوگیری از حمله سیستم ایمنی به پوشش اعصاب میلین می شوند. سایر داروها هم ممکن است برای رفع علائم همراه بیماری مثل افسردگی، مشکلات ادراری و یا اسپاسم عضلات مورد استفاده قرار گیرند. اسپاسم عضلات بخوبی به تزریق « سم بوتولینوم » پاسخ می دهد که با رفع اسپاسم، درد ناشی از آن نیز بر طرف می شود. بیماران با مشکلات شدید مثانه ممکن است برای تخلیه ادرار خود به نصب لوله ادراری نیاز پیدا کنند.

• درمان فیزیکی

درمانهای فیزیکی (فیزیوتراپی) و شغلی نیز به بیمار کمک می کند که محدوده حرکات خود، قدرت عضلات و انعطاف پذیری آنها را حفظ کند و همچنین تکنیک هائی را برای جبران اختلال هماهنگی بین حرکات در تعادل را بیاموزند تا بتواند علیرغم ناتوانائی هائی که دچار آن شده اند، کارکرد خود را حفظ کرده و به شغل خود ادامه دهند. برای رفع خستگی نیز علاوه بر بعضی از داروها، تنظیم روش زندگی خود برای قرار دادن دوره های مکرری از زمان جهت استراحت و تجدید قوا می تواند مفید باشد

• ویتامین D و اثر آن بر بیماری MS

پژوهشگران معتقدند مصرف ویتامین D نه تنها باعث پیشگیری از بیماری MS می شود، بلکه علائم آن را نیز تخفیف می دهد. محققان تغذیه اعلام کردند تجویز شکل فعال ویتامین D به موشهای مبتلا به بیماری شبیه MS نه تنها باعث پیشگیری از بیماری گردید بلکه باعث تخفیف علائم MS در آنها نیز شد. بر اساس مطالعات جدید ، همچنین حفظ سطح خونی مناسب ویتامین D در بیماران مبتلا به MS از سرکوب فعالیت بیماری اهمیت دارد و در پیشگیری از عوارض کمبود ویتامین D همچون پوکی استخوان و درپی آن شکستگی نیز موثر است. بر اساس مطالعات قبلی هم مشاهده شده بود که شیوع بیماری MS در مناطقی که کمبود ویتامین وجود دارد، بالاتر است.

• نکاتی در مورد مراقبت بیمار مبتلا MS از خود

هنوز محققان راهی را که بتوان از ابتلا به MS جلوگیری کرد، پیدا نکرده اند. اگر فردی تشخیص MS روی او گذاشته شد، در قدم اول و مهمترین مورد حمایت خوب خانواده، دوستان و اعضای تیم درمانی از وی می باشد تا او خود را تنها احساس نکند. البته نکاتی را هم خود بیمار مبتلا به MS باید رعایت کند از جمله استفاده از یک روش صحیح و سالم برای زندگی، مصرف منظم داروهای تجویز شده، برنامه منظم برای فعالیت فیزیکی و ورزش، داشتن استراحت به میزان کافی که می تواند فرد را به وضعیت بهتری از سلامت رهنمون شود. همچنین کاهش سطوح استرس فرد بیمار می تواند در کاهش علائم او مؤثر باشد. همچنین اجتناب از فعالیت زیاد در محیطهای بیرون خصوصاً در هوای زیاد گرم که می تواند باعث تشدید بیماری شود، لازم است. حمام سونا، وان حاوی آب خیلی گرم، دوش با آب گرم گرفتن همگی می توانند باعث بدتر شدن علائم شوند که پرهیز از آنها مفید بنظر می رسد

منبع : مجیدلرن

<http://vista.ir/?view=article&id=292304>





• شرح بیماری

بیماری تائید ساکس عبارت است از یک اختلال ارثی و نادر دستگاه عصبی مرکزی در شیرخواران و کودکان کمسن که باعث اختلال پیشرونده و مرگ زودرس می‌گردد.

• علایم شایع

▪ کودک در بدو تولد، طبیعی به نظر می‌رسد. بین ۳-۶ ماهگی علایم زیر ظاهر می‌شوند:

الف) از دست دادن آگاهی و تأخیر تکامل ذهنی

ب) از دست دادن قدرت عضلات مثلاً مشکل در نشستن یا چرخیدن

ج) کری

د) کوری

و) بیوست شدید ناشی از عصب‌دهی مختل به کولون

هـ) تشنج

• علل

یک بیماری ارثی ناشی از یک ژن مغلوب که باعث کمبود آنزیم می‌گردد. اگر هر دو والد ژن را داشته باشند، کودک آنها به احتمال ۲۵٪ مبتلا به بیماری تائید ساکس می‌گردد. اگر تنها یک والد، ناقل باشد، کودک مبتلا نخواهد شد. در یهودیان اشکنازی یا کانادایی‌های فرانسوی تبار، از هر ۶۰ نفر یک نفر دارای این ژن است.

• عوامل تشدید کننده بیماری

عوامل ژنتیک، بیشتر والدینی که دارای ژن مغلوب هستند، از یهودیان اروپای شرقی (اشکنازی) یا کانادایی‌های فرانسوی تبار هستند.

• پیشگیری

▪ در خانواده‌های مبتلا به تائید ساکس، کودکان را از لحاظ ژنتیک غربالگری کنید.

▪ اگر شما یا همسران سابقه خانوادگی تائید ساکس را داشته باشید، مشاوره ژنتیک انجام دهید.

▪ اگر در انتظار یک کودک هستید و سابقه خانوادگی تائید ساکس را دارید، برای تشخیص ابتلای جنین، آمنیوسنتز را مدنظر قرار دهید.

• عواقب مورد انتظار

مرگ معمولاً قبل از ۵ سالگی رخ می‌دهد.

• عوارض احتمالی

▪ پنومونی (ذات‌الریه)

▪ زخم‌های فشاری

• درمان

الف) اصول کلی

▪ در صورتی که والدین قادر به فراهم کردن تسهیلات مراقبتی گسترده، برای مراقبت‌های پایه نباشند، ترتیب آن را فراهم نمایید.

▪ روان درمانی یا مشاوره برای والدین و فرزندان، یاد بگیرند با زجر حاصل از این بیماری کنار بیایند.

▪ جستجوی گروه‌های حمایتی برای خانواده قربانیان تائید ساکس

ب) داروها

▪ ضد تشنج‌ها برای کنترل تشنج

▪ ملین‌ها و مسهل‌ها برای برطرف کردن بیوست

▪ سایر داروها برای کنترل عوارض در صورت ظهور

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ در مراحل اولیه کودک را تشویق کنید تا در حدامکان فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری کند. افزایش نقایص ذهنی، عصبی و عضلانی سرانجام کودک را در اکثر مواقع زمین‌گیر خواهد کرد.

د) رژیم غذایی

مایعات کافی و رژیم غذایی طبیعی و پر فیبر برای به حداقل رساندن یبوست فراهم کنید. با پیشرفت بیماری معمولاً تغذیه با لوله معده ضرورت می‌یابد.

• درجه شرايطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر در مورد تکامل ذهنی و فیزیکی شیرخواران خود نگران شده‌اید.

▪ اگر گمان می‌کنید که شما یا یکی از اعضای خانواده شما حاصل یک ژن غیرطبیعی هستید. یک مشاور ژنتیک می‌تواند به شما کمک کند که چگونه از داشتن کودک مبتلا به این بیماری جلوگیری کنید.

منبع : شبکه رشد

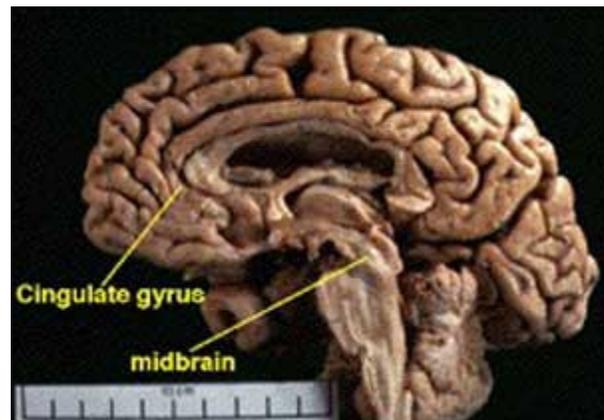
<http://vista.ir/?view=article&id=240123>



بیماری لویی بادی چیست؟

بیماری لویی بادی (Lewy body) وضعیتی است که منجر به جنونی بسیار مشابه با بیماری آلزایمر میشود. البته این بیماری هم در ماهیت دقیق نشانه‌ها و هم در آسیب‌هایی که پس از مرگ در مغز بیماران یافت شده، با آلزایمر متفاوت است. هرچند شیوه درمانی و علاجي برای بیماری لویی بادی وجود ندارد، اما بعضی از نشانه‌های آن توسط دارو قابل کنترل هستند.

به طور خلاصه، بیماری لویی بادی نوعی جنون است که به دلیل آسیب‌های مغزی که بنا به دلایلی ناشناخته رخ میدهند، به وجود می‌آید. با معاینه دقیق میتوان متوجه تفاوت نشانه‌های آن با آلزایمر شد. لویی بادی اخیراً به



عنوان یک بیماری مستقل شناخته شده است.

این بیماری به نام پزشکی شناخته میشود که برای اولین بار رسوبهای موجود در مغز را در مقاله خود عنوان نمود این رسوبها درست مشابه ضایعاتی است که در مغز بیماران مبتلا به این جنون مشاهده شده است. لویی بادیها، رسوبات گردی حاوی سلولهای آسیب دیده مغزی هستند و احتمالاً زمانی ایجاد میشوند که سلولها سعی میکنند در مقابل حمله از خود دفاع کنند.

تشخیص صحیح و دقیق نوع جنون از اهمیت فراوانی برخوردار است زیرا داروهای جدید میتوانند بر انواعی از جنون موثر بوده و بر انواع دیگر تأثیری نداشته باشند.

• نشانه‌ها کدامند؟

چون مرتبط با بیماری لویی بادی بر موارد زیر تاثیر میگذارد:

- حافظه
- تکلم
- قابلیت تشخیص فاصله
- توانایی انجام دادن کارهای ساده
- توانایی استدلال

افراد مبتلا به این نوع جنون از توهم رنج میبرند، آنها افراد، اشیا و حیواناتی واهی را بر روی تخت، میز و در اطراف خود مشاهده میکنند. احتمال اینکه این اشخاص دچار زمین خوردگی متعدد شوند نیز بسیار زیاد است زیرا آنها توانایی تشخیص فواصل و ارتفاعات را از دست داده و نمیتوانند حرکات خود را با واقعیت منطبق نمایند. ممکن است آنها دچار نشانه‌هایی مانند علائم پارکینسون شوند که کند شدن حرکت، خشکی عضلات و رعشه از آن جمله‌اند. در برخی موارد معدود ضربان قلب و فشارخون نیز تحت تاثیر قرار میگیرند. تواناییهای فرد مبتلا معمولا ساعت به ساعت و طی هفته‌ها و ماهها در نوسان است و همین مسئله موجب میشود که گاهی پرستاران و اطرافیان این بیماران تصور کنند که فرد بیمار خود را بیماری زده است.

• تشخیص بیماری چگونه انجام میگیرد؟

روش اصلی تشخیص این نوع جنون با تهیه سابقه دقیق الگوهای رفتاری و نشانه‌ها صورت میگیرد که با حذف انواع دیگر جنون، به نتیجه میرسد. اسکن مغزی میتواند تباهی مغز را نمایان کند اما لویی بادیها - گلوله‌های موجود درمغز- تنها پس از مرگ قابل کشف و بررسی هستند.

• آیا درمانی برای این بیماری وجود دارد؟

هیچ درمانی برای بیماری لویی بادی وجود ندارد و این عارضه معمولا به مرگ منجر میشود و روند توسعه آن نیز بسیار سریعتر از آلزایمر است. اگر بیمار نشانه‌هایی از بیماری پارکینسون نیز داشته باشد، به داروهای جانشین دوپامین (dopamine) که برای پارکینسون تجویز میشوند- واکنش مثبت نشان میدهد.

نکته مهم در اشخاص مبتلا به لویی بادی این است که از داروهای آرامبخش ضدروان پریشی اجتناب نمایند زیرا این داروها دارای عوارض جانبی شدید بوده و حتی منجر به مرگ میشود. هرچند این عارضه درمان پذیر نیست، اما با تولید داروهای جدید، امید برای کنترل و کند کردن روند توسعه بیماری در نواحی حیاتی وجود دارد.

مانند موارد دیگر روان پریشی، روشها و تدابیری برای بیماران مبتلا به لویی بادی نیز در نظر گرفته شده است تا این افراد بتوانند در مراحل ابتدایی بیماری، زندگی روزانه خود را دنبال کنند. این تدابیر شامل برقرار نمودن برنامه منظم و خدشه ناپذیر زندگی، به کارگیری هشدارهای صوتی یا کتبی و حمایت روحی و ایجاد اطمینان خاطر در بیمار است. اشخاصی که در مراحل اولیه بیماری دچار ناتوانی در به کار بردن کلمات میشوندف میتوانند با جلسات گفتار درمانی این مشکل را تا حد زیادی برطرف نمایند. اما با پیشرفت بیماری این تدابیر به تدریج کاربرد خود را از دست میدهند. بیماران در شرایط حاد باید در مراکز مخصوص بستری شده یا توسط پرستاران مجرب و متخصص نگهداری شوند.

منبع : سایت فریا

<http://vista.ir/?view=article&id=255717>


Online Classified Service

بیماری هزارچهره

تنها افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نیستند که تحت تاثیر علائم غیرعادی این بیماری قرار می‌گیرند؛ دانشمندان نیز در برابر این بیماری سرگردانند و به‌رغم سال‌ها بررسی موفقیت‌چندانی در توضیح چگونگی ایجاد این بیماری و اینکه چه کسانی و چه هنگام به آن دچار می‌شوند به دست نیاورده‌اند. با این حال اکنون در میان پژوهشگران این حوزه روانپزشکی جنب و جوشی روی داده و این امر تاحدی به خاطر چند تحقیق اخیر است که به گونه‌ای تناقض‌آمیز نشان می‌دهند که نظریه‌های کنونی درباره اسکیزوفرنی چقدر نارسا هستند. نتایج این پژوهش‌ها بیانگر آنند که اسکیزوفرنی یک مشکل منفرد نیست که راه حل یکسانی داشته باشد. در عوض به احتمال بیشتر این بیماری متشکل از طیفی از اختلالات روانی مرتبط با یکدیگر است که زمینه زیست‌شناختی مشترکی دارند و علائم آنها از فردی به فرد دیگر متفاوت است.



این تغییر نگرش نسبت به اسکیزوفرنی از هم اکنون گزینه‌های درمانی

بیشتری را برای برخی از بیماران در دسترس قرار داده است و احتمال می‌رود هدایتگر پژوهش‌هایی در این مورد در سال‌های آینده باشد. شاید واضح‌ترین نشانه از اینکه اسکیزوفرنی چقدر از لحاظ زمینه زیست‌شناختی‌اش گوناگونی دارد، یک بررسی ژنتیکی باشد که نتایج آن در ماه مارس منتشر شد. تجزیه و تحلیل نمونه‌های گروهی از بیماران جهش‌های ژنتیکی نادر و پیش از این ناشناخته‌ای شناسایی کرد که با ایجاد این اختلال همراهی نزدیکی داشتند.

پزشکان سال‌هاست که دریافته‌اند اساسی ژنتیکی برای اسکیزوفرنی وجود داد و اینکه این اختلال دارای زمینه‌ای خانوادگی است. اما آنها مدت‌ها تصور می‌کردند که ترکیبی از تغییرات ژنتیکی شایع در همراهی با هم افراد را در معرض خطر اسکیزوفرنی قرار می‌دهند و نه جهش‌های ژنی نادر. با وجود اینکه نظریه وجود چنین ژن‌های رایج زمینه‌ساز بیماری به طور کامل منتفی نیست، یافته‌های اخیر بیانگر آن است که نقایص ژنتیکی دیگری احتمالاً در ایجاد بیماری دخیل هستند- و این نقایص ژنتیکی ممکن است برای هر شخص بیماری منحصر به فرد باشد.

این پیچیدگی ژنتیکی ممکن است توضیح‌دهنده این پدیده باشد که چرا خود افرادی که در آنها تشخیص اسکیزوفرنی داده می‌شود، گروه نایک‌نواخت و گوناگونی هستند. حالات مبتلایان به اسکیزوفرنی متغیر است؛ آنها ممکن است انزواجو، بیقرار و سردرگم باشند؛ از طرف دیگر آنها ممکن است همچنین پارانرژی و اجتماعی باشند یا حتی به نحوی غیرمنتظره عاقل به نظر برسند.

پس‌زمینه آنها نیز بسیار متفاوت است، همچنان‌که زندگی‌ها و تجارب ذهنی و فردی آنها این گونه است.

از همه اینها مهم‌تر پاسخ‌های این بیماران به درمان کاملاً با یکدیگر متفاوت است؛ امری که یک گزارش تاثیرگذار اخیر دیگر آن را روشن کرده است. این بررسی که نتایج آن در سال ۲۰۰۵ منتشر شده است، حدود ۱۵۰۰ بیمار را که درمان متعارف دوزهای منظم داروهای ضدروانپزشی چه داروهای جدیدتر مانند ریسپردال و زیرکسا و چه داروهای قدیمی‌تر مانند پرفنازین را دریافت کرده بودند، مورد پیگیری قرار داده بود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این داروها به طور موثری حملات تفکر هذیانی در بسیاری از بیماران را مهار می‌کنند و حالت بیقراری و امیال خشن‌تر آنها را فرومی‌نشانند. اما مصرف این داروها با عوارض جانبی جدی همراه است، از اختلالات حرکتی تا افزایش سریع وزن و تغییرات سوخت و ساز که عوامل خطر‌ساز برای دیابت هستند. در واقع تجزیه و تحلیل سال ۲۰۰۵ نشان داد که اکثریت بزرگی از بیماران در طول یک سال پس از تجویز دارو مصرف آن را متوقف کرده بودند و در نیمی از این موارد به این خاطر که یا دارو موثر نبود یا دارای عوارض جانبی غیرقابل تحمل بود، داروی دیگری برای آنها تجویز شده بود. این بررسی تفاوت‌چندانی را میان داروهای جدیدتر و گران‌تر و داروهای قدیمی‌تر ژنریک نشان داد.

بسیاری از بیماران برای سال‌ها داروهای مختلفی را عوض کرده بودند. برخی از آنها دارویی را که بتوانند با آن زندگی کنند، یافته بودند و برخی دیگر چنین دارویی را نیافته، و تصمیم گرفته بودند، اصلاً دارویی مصرف نکنند.

روانپزشی می‌تواند مصیبت‌بار باشد- و هنگامی که افراد رنج‌های ناشی از آن را به مصرف دارو ترجیح می‌دهند، باید اشکالی جدی در کار باشد. نقایص این داروها به نوبه خود باعث بروز تردید در مورد نظریه رایج در مورد زیست‌شناسی اسکیزوفرنی می‌شود. این داروها با مهار کردن یک ماده

شیمیایی در مغز به نام دوپامین عمل می‌کنند که تصور می‌شود به دلایلی در بیماران اسکیزوفرنی بیش از حد فعال است. اغلب پژوهشگران اکنون این «فرضیه دوپامین» را بیش از حد ساده‌انگارانه قلمداد می‌کنند. شرکت‌های داروسازی از این سردرگمی بهره گرفته‌اند و به آزمایش ترکیبات دیگر که بر سایر سیستم‌های پیام‌رسانی مغز اثر می‌کنند، پرداخته‌اند.

یک پیام‌رسان شیمیایی به نام گلوتامات، ماده محرک اصلی در مغز، اخیراً هدف تحقیقات بسیاری قرار گرفته است. اخیراً آزمایش‌ها روی یک ترکیب دارویی که بر سیستم گلوتامات مغز اثر می‌گذارد، نشان‌دهنده است که این دارو می‌تواند علائم اسکیزوفرنی را بدون عوارض جانبی عمده مهار کند. توجه به یک سیستم پیام‌رسانی دیگر در مغز بیانگر فاصله گرفتن از فرضیات قدیمی است که مدت‌ها مورد قبول بوده‌اند. اما آنچه بیشتر اهمیت دارد این است که پذیرفتن تدریجی اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری نایک‌نواخت و گوناگون که باید برای درمان آن به اندیشه‌های جدید و خلاق روی آورد، به روی آوردن به شیوه‌های درمانی انجامیده است که پایه اصلی آنها دارودرمانی نیست.

در شمار فزاینده‌ای از برنامه‌های درمانی به خصوص در اروپا، روانپزشکان برای افرادی که اولین «حمله» روانپریشی را داشته‌اند، روان‌درمانی‌های فشرده فردی یا بر اساس خانواده را به کار می‌برند و از داروها تنها در هنگام ضرورت استفاده می‌کنند.

بررسی‌ها در مورد این رویکرد نشان داده است که یک سوم تا نیمی از بیماران می‌توانند سال‌ها بدون وابسته شدن به دارو سر کنند، گرچه پژوهشگران هنوز با قطعیت نمی‌دانند چه کسانی به این شیوه پاسخ می‌دهند و چرا.

ممکن است در آینده معلوم شود که این پرسش‌ها و پرسش‌های بسیار دیگر پاسخ‌های سراسری دارند؛ اما تا آن هنگام پذیرا بودن فزاینده پژوهشگران به پیچیدگی چندجانبه اسکیزوفرنی امکان طرح چنین پرسش‌هایی را فراهم می‌آورد.

منبع: روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=321515>

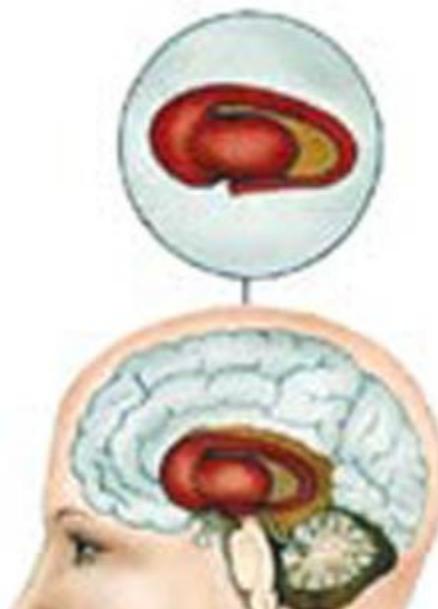
 **vista.ir**
Online Classified Service

پارکینسون بیماری ناشناخته اعصاب

پارکینسون (Parkinson's Disease) بعد از بیماری آلزایمر معمول‌ترین بیماری مخرب اعصاب است. این بیماری برای اولین بار توسط دکتر جیمز پارکینسون (James Parkinson) دانشمند بریتانیایی در سال ۱۸۱۷ میلادی توصیف شد و به نام او نامگذاری شد.

پارکینسون یک بیماری مزمن و همیشه در حال پیشرفت است. این بیماری نتیجه از بین رفتن یا ضعیف شدن و لطمه خوردن سلول‌های عصبی در قاعده مغز است. در این بیماری برخی از نواحی مغز مانند جسم سیاه دچار تحلیل می‌شوند و در نتیجه آن ماده دوپامین ترشح نمی‌شود. دوپامین پیام‌های عصبی را از سوبستانتیا نیگرا (مغز میانی) به بخش دیگری از مغز به نام کارپوس استراتوم (corpus striatum) می‌برد. بیماری پارکینسون در اثر از دست رفتن سلول‌های مغزی مولد دوپامین است.

این پیام‌ها باعث تعادل بخشیدن به حرکت بدن می‌شوند. وقتی سلول‌های





ترشح‌کننده دوپامین در سوبستانتیا نیگرا می‌میرند، مراکز دیگر کنترل‌کننده حرکات بدن نامنظم کار خواهند کرد. این اختلال‌ها در مراکز کنترل بدن در مغز باعث به‌وجود آمدن علائم پارکینسون می‌شوند. دوپامین برای برقراری ارتباط بین سلول‌های مغزی که حرکت عضلانی را کنترل می‌کند، ضروری است و به همین دلیل مبتلایان به پارکینسون دچار لرزش دست می‌شوند.

اگر ۸۰ درصد سلول‌های ترشح‌کننده دوپامین از بین بروند، علامت‌های پارکینسون پدیدار خواهند شد. این علائم در مراحل اولیه بیماری ملایم و

بیشتر اوقات در یک سمت بدن دیده می‌شوند، تا جایی‌که گاه حتی احتیاج به درمان‌های پزشکی هم ندارند. نشانه‌های این بیماری معمولاً نشانه‌های حرکتی هستند. دست‌ها حالت لرزش پیدا می‌کنند، حالتی شبیه شمردن پول و یا رد کردن دانه‌های تسبیح. ارتعاش در حالت استراحت یک علامت ویژه بیماری پارکینسون است، که یکی از معمول‌ترین علائم‌های پارکینسون به حساب می‌آید.

ولی بعضی از مبتلایان به پارکینسون هیچ‌وقت با این مشکل برخورد نمی‌کنند. بیماران ممکن است دست لرزان خود را در جیب یا پشت پنهان کنند یا چیزی را برای کنترل ارتعاش در دست نگه دارند. لرزش می‌تواند بیشتر از هر محدودیت جسمی دیگری اثرات روحی منفی بر فرد داشته باشد. سفت‌شدن عضلات بدن از دیگر نشانه‌های پارکینسون است. این بیماران به نحوی خاص و غیرعادی راه می‌روند و قادر نیستند در برخورد با موانع هرچند کوچک پای خود را بلند کنند و از آن رد شوند و زمین می‌خورند. شروع حرکت و باز ایستادن آنها از حرکت با دشواری همراه است، گویی راحت‌تر هستند وقتی به راه می‌افتند برای همیشه به راه رفتن ادامه دهند.

خط بیماران پارکینسون هم دچار تغییراتی می‌شود، به نحوی که بسیار ریز می‌نویسند. آرام شدن حرکت برادیکینسیا (Bradykinesia)، سختی حرکت و خشک‌شدن دست و پا یا بدن و ضعف در تعادل از دیگر نشانه‌های این بیماری هستند.

معمولاً هنگامی که حداقل دوتا از این علائم در فردی مشاهده شود، به‌ویژه اگر در یک سمت بدن بیشتر از سمت دیگر باشد و همزمان علائم دیگری که نشانه بیماری دیگری باشد مشاهده نشود، تشخیص پارکینسون داده می‌شود.

دکتر فرید فدایی، روانپزشک با اشاره به اینکه افسردگی از مهم‌ترین علائم ثانویه در بیماران پارکینسون است، می‌گوید: «در ۵۰ درصد موارد این بیماری با افسردگی شدید همراه است. همچنین بیمار مبتلا به پارکینسون ممکن است دچار نشانه‌های شناختی مانند کاهش توانایی حافظه و تمرکز و کاهش قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی شود».

وی در ادامه تصریح می‌کند: «در حال حاضر هنوز علل این بیماری برای بشر ناشناخته است اما می‌توان گفت عوامل ژنتیکی در ابتلا به آن تأثیری ندارند. حتی شرایط روحی بیمار هم در روند پیشرفت بیماری زیاد موثر نیستند».

در این بیماران تغییراتی در حالت چهره و صورت روی می‌دهد. هنگامی که به چهره آنها نگاه می‌کنیم گویی چهره‌ای بی‌روح و ثابت دارند که کمترین احساسات را به فرد مقابل منتقل می‌کند. نگاه آنها معمولاً خیره به نظر می‌رسد و کمتر پلک می‌زنند. خشکی شانه و لنگیدن پا در سمت تحت تأثیر قرار گرفته، تغییرات صدا (ضعیف و بم شدن صدا)، اختلال بلع و آب‌ریزش دهان از دیگر عوارض این بیماری است.

علائم بیماری با گذشت زمان بدتر می‌شود به‌گونه‌ای که یک رعشه ملایم کم‌کم به ارتعاشی ملموس و آزاردهنده تبدیل می‌شود تا جایی که به مرور فرد حتی برای انجام کارهای روزانه و عادی خود مانند غذا خوردن و لباس پوشیدن، نشستن و برخاستن هم با مشکل روبه‌رو می‌شود. سرعت پیشرفت این بیماری در افراد مختلف، متفاوت است.

• سالمندان مراقب باشند

ابتلا به پارکینسون در میان سالمندان بسیار شایع‌تر است. در برخی از موارد این افراد فکر می‌کنند ظاهر شدن نشانه‌های این بیماری مربوط به افزایش سن آنهاست. آنها به اشتباه گمان می‌کنند ارتعاش و لرزش دست و پاهایشان، لرزش معمول این سنین است و برادیکینسیا را نوعی آرام شدن عادی در سنین سالمندی قلمداد می‌کنند و سفت‌شدن عضلات را به دلیل آرتروز می‌دانند. حتی حالت قوزناشی از این بیماری را هم در بسیاری از موارد به سن یا پوکی استخوان (osteoporosis) ربط می‌دهند.

همه این موارد باعث می‌شود بیماران مسن و حتی بیماران جوان‌تر هم گاهی بعد از یک سال دست و پنجه نرم کردن با این عوارض به پزشک مراجعه کنند. تخمین زده می‌شود که ۷۰۰ هزار نفر در کل جهان مبتلا به این بیماری هستند و هر سال ۵۰ هزار نفر به این مقدار افزوده می‌شود.

طبق آمار ۱ درصد افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به این بیماری هستند.

۸۰ درصد این بیماران مبتلا به اختلالات صوت و گفتار و بلع هستند. این افراد بسیار آرام، شل و با صدایی نفس آلود و خشن و گاهی لرزش صوت صحبت می‌کنند. تن صدا کاهش پیدا کرده و تولید صحیح حروف مختل می‌گردد که همه این موارد بر وضوح گفتار تأثیر گذاراست.

این اختلالات زمانی پیش می‌آیند که عضلات کنترل کننده گفتار به خوبی عمل نمی‌کنند. تارهای صوتی معمولاً در اثر بیماری ضعیف شده و به‌طور مناسبی لرزش پیدا نمی‌کنند تا صدایی مطلوب ایجاد شود. مشکلات گفتاری کم‌کم باعث انزوای بیماران پارکینسون از محیط و اجتماع گردیده و بر زندگی شخصی و اجتماعی آنها تأثیرگذار خواهد بود، بنابراین برای این بیماران اغلب از گفتاردرمانی استفاده می‌شود.

محققان کلینیک مایو که نتایج تحقیقات خود را در مجله علمی PLoS Genetics منتشر کرده‌اند، کشف کرده‌اند بین بروز بیماری پارکینسون و برخی از گونه‌های DNA مربوط به ژنهایی که پروتئین‌های نوع خاصی از متابولیک را توسعه می‌دهند، ارتباط وجود دارد.

همچنین نتایج این تحقیق این امکان را فراهم می‌کند که پزشکان سنی را که افراد مختلف اولین علائم این بیماری را بروز می‌دهند، پیش‌بینی کند. بنابر این گزارش، این محققان موفق شدند با آزمایش یک خوشه از ژنهای مرتبط به این بیماری مشخص کنند، افرادی که دارای این خوشه هستند به‌طور متوسط ۹۰ برابر بیشتر در معرض خطر توسعه این بیماری قرار دارند.

این دانشمندان براین اساس موفق شدند مدل پیش‌بینی کننده بسیار موثری را برای پیش‌بینی این بیماری ارائه کنند. این مدل نشان می‌دهد که تا سن ۶۰ سالگی ۹۱ درصد از بیماران طبقه‌بندی شده با خطر بالای ابتلا به این بیماری و ۹ درصد با خطر پایین مواجهند تا سن ۷۰ سالگی تمام اعضای گروه پرخطر و دو سوم افراد گروه کم‌خطر به این بیماری مبتلا می‌شوند. افرادی که در گروه پرخطر قرار دارند اولین علائم بیماری خود را در متوسط سن ۲۰ سالگی بروز می‌دهند.

به گفته این دانشمندان به کمک این مدل ژنتیکی حتی می‌توان بیماری‌های دیگری چون آلزایمر، شیذوفرنی، صرع و بیماری اختلال در یادگیری خواندن و نوشتن (دیسلاکسی) را پیش‌بینی کرد.

با توجه به ناشناخته بودن علل ابتلا به پارکینسون، راه‌های پیشگیری و درمان آن برای انسان امروز مجهول است و آنچه هست فقط می‌تواند تا حدودی در زمینه کاهش علائم و به کنترل درآوردن عوارض آن مفید باشد.

اگرچه این بیماری قابل درمان نیست و از بین نمی‌رود اما به گفته دکتر فرید فدایی با استفاده از برخی داروها می‌توان در مراحل اولیه ابتلا به کاهش لرزش و سفتی عضلات بیمار کمک کرد. برخی از داروها هم باعث ساخته شدن دوپامین در بدن می‌شوند و در مراحل اولیه و متوسط بیماری می‌توانند موجب تخفیف نشانه‌ها شوند.

این روانپزشک در ادامه می‌گوید: «در سال‌های اخیر پژوهش‌هایی به صورت کاشت سلول‌های جنینی در زائده مغز این بیماران انجام شده‌است که گاهی با موفقیت همراه بوده‌است. برای درمان افسردگی حاصل از پارکینسون هم داروهای ضد افسردگی و درمان تشنجی توصیه می‌شود».

هدف از درمان برای بیماران از بین بردن علائم نیست بلکه تحت کنترل درآوردن عوارض است. این امر می‌تواند به بیمار تا حدودی در جهت مستقل عمل کردن کمک کند. این بیماری از بین نخواهد رفت ولی کنترل عوارض آن تا حد زیادی جلوی ناتوان کردن و از کار افتادگی را می‌گیرد.

بیماران پارکینسون اغلب از این موضوع که بیماری آنها همواره در حال پیشرفت است، آگاه هستند و این موضوع می‌تواند باعث نگرانی شدید آنها شود.

مبتلایان پارکینسون ممکن است بخواهند خود و مشکلات خود را بیش از حد نیاز تحت کنترل درآورند و خود را با دیگر افراد مبتلا مقایسه کنند. درمان فیزیکی، امیدوارکردن و اطمینان دادن به بیماران و درمان بیماری‌های همراه نظیر افسردگی از اصول کلی مراقبت این بیماران هستند. در مورد این بیماران گاهی روان‌درمانی یا مشاوره جهت کمک به کاهش افسردگی و کار درمانی و گفتار درمانی توصیه می‌شود.

استفاده مکرر از حمام گرم و ماساژ دادن جهت پیشگیری از ایجاد سفتی عضلانی، استفاده از کفش‌های بدون بند، نظیر کفش‌های راحتی، کفش‌های زیب‌دار یا کفش‌های چسبی، طراحی منزل به‌گونه‌ای که تا حد امکان زمین‌خوردن فرد را به حداقل برساند و در صورت زمین‌خوردن هم فرد آسیبی نبیند.

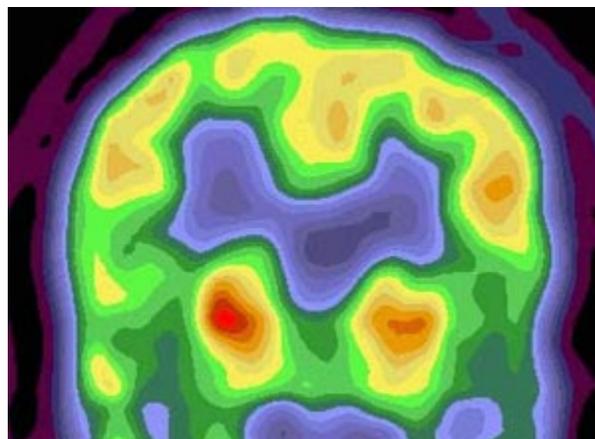
منبع : روزنامه تهران امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=307160>

پرهیز از چیزهایی که موجب تشنج می‌شوند

در بسیاری از بیماران، پرهیز کردن از بعضی عوامل، باعث کاهش تعداد تشنجهای خواهد شد و در تعدادی از افراد، تشنجهای به طور کلی متوقف می‌شوند. خیلی به ندرت، تشنج افراد به علت شنیدن یک موسیقی خاص، مطالعه کردن، گرفتن دوش داغ و دیدن بعضی چیزها اتفاق می‌افتد که به چنین مواردی، «صرع‌های انعکاسی یا رفلکسی» گفته می‌شود. با این حال، در اکثر موارد، هیچ علت خاصی برای شروع شدن تشنجهای وجود ندارد. با این حال چهار چیز هستند که می‌توانند باعث شروع و یا تشدید حملات در بسیاری از افراد شوند که عبارتند از:

- مصرف زیاد الکل



- کم‌خوابی

- استرس و فشارهای عصبی

- تب

همچنین بعضی از افراد به نورهای درخشان حساس هستند که اصطلاحاً به آن «فتوسنسیتیویتی» (photosensitivity) گفته می‌شود که راجع به آن صحبت خواهیم کرد.

• مصرف الکل و کم‌خوابی

اغلب بیمارانی که دچار صرع ژنرالیزه هستند پس از مصرف الکل زیاد و یا کم‌خوابی، مستعد بروز تشنج می‌شوند. بنابراین تمام مبتلایان به صرع باید از مصرف الکل و کم‌خوابیدن پرهیز کنند. در حقیقت مصرف زیاد الکل و یا قطع ناگهانی مصرف آن، می‌تواند تقریباً در هر فردی ایجاد تشنج کند. بنابراین بروز تشنج، یک عارضه شایع در افراد الکلی است. برای کسانی که حملات آنها بخصوص با کم‌خوابیدن تشدید می‌شود، توصیه می‌شود که از خسته کردن بیش از حد خود، کم‌خوابی و انجام شغل‌های شیفتی و شبانه خودداری کنند.

• استرس و فشار عصبی

گرچه اغلب، شناسایی اثرات استرس و فشار عصبی مشکل است، اما با این حال می‌تواند اثر عمیقی بر روی کنترل حملات داشته باشد. به‌علاوه، تمرینات ریلکسیشن و آرام‌بخشی، کم کردن فشار عصبی و روش‌هایی که برای تقویت روحیه به‌کار می‌رود، می‌تواند اثرات مفیدی داشته باشد و بنابراین باید به اکثر بیماران توصیه شود. اغلب مشاوره کردن با کسانی که در کنار آمدن با بیماریشان مشکل دارند، می‌تواند به کنترل حملات آنها کمک کند. افسردگی و روحیه ضعیف نیز می‌تواند باعث افزایش تعداد حملات شود.

• تب و بالا رفتن درجه حرارت

در هنگام وقوع هر نوع بیماری‌ای، حملات می‌توانند بدتر شوند و این امر، بخصوص در کودکانی که دچار تب می‌شوند، بیشتر دیده می‌شود، زیرا بالا رفتن درجه حرارت بدن باعث می‌شود که مغز مستعد بروز یک تشنج شود. بنابراین با مشاهده اولین علائم تب، درجه حرارت بدن باید با مصرف داروی استامینوفن و در صورت لزوم با پاشویه کردن بیمار پایین آورده شود. مثال دیگری که می‌تواند باعث بالا رفتن درجه حرارت بدن شود و در نتیجه تعداد تشنجهای را بالا ببرد، آفتاب‌زدگی است که معمولاً به علت بیش از حد در معرض نور خورشید قرار گرفتن و از دست دادن زیاد آب بدن

اتفاق می‌افتد.

• حساسیت به نور

اخیراً مطالعات زیادی بر روی حساسیت به نور (فتوسنسیتیویتی) و ارتباط بروز تشنجهای با بازیهای کامپیوتری و ویدیویی به عمل آمده است. در واقع، کمتر از پنج درصد از تمام مبتلایان به صرع، به نورهای درخشان حساس هستند. تشنجهایی که بر اثر حساسیت به نور ایجاد می‌شوند معمولاً با نورهایی که در هر ثانیه ۵ تا ۳۰ بار چشمک می‌زنند و نور تلویزیون و بازیهای ویدیویی (که هر دوی آنها دارای نورهای چشمک‌زن هستند) رخ می‌دهد. با این حال، کودکان در بریتانیا (انگلستان) مقدار زیادی از وقت خود را صرف مشاهده تلویزیون و بازیهای کامپیوتری می‌کنند و در نتیجه هرگونه تشنجی که در این مواقع برای آنها رخ دهد ممکن است کاملاً اتفاقی و تصادفی باشد. سایر چیزهایی که به طور شایعی باعث بروز حمله می‌شوند عبارتند از:

- انعکاس نور خورشید بر روی آب

- عبور کردن از محدوده‌ای از درخت‌ها که نور خورشید از لابلای شاخه‌های آن به ما برخورد می‌کند.

- در بعضی از مبتلایان به صرع که به نور حساسیت دارند، پرهیز از مواجهه با چیزهایی که باعث تشنج در آنها می‌شود و انجام چند احتیاط ساده مثل استفاده از عینک آفتابی و مصرف مرتب داروی ضدصرع، تمام آن چیزهایی است که برای پیشگیری از تشنجهای لازم است. اقدامات احتیاطی که در اینجا گفته می‌شود، می‌تواند برای کسانی که دارو مصرف نمی‌کنند اما در مقابل تلویزیون دچار حمله می‌شوند مفید باشد:

- دیدن تلویزیون در اتاقی با نور خوب و مناسب

- مشاهده تلویزیون از یک زاویه

- فاصله داشتن با تلویزیون حداقل به میزان دو و نیم متر

- عوض کردن کانال‌های تلویزیونی با استفاده از کنترل از راه دور (بدون اینکه به تلویزیون نزدیک شوید)

- جلوی یک چشم را گرفتن و یا استفاده از تلویزیون‌هایی با فرکانس زیاد (۱۰۰ هرتز)

- فیلم‌هایی که در سینما دیده می‌شوند به ندرت ایجاد تشنج می‌کنند و معمولاً مانیتور کامپیوترها دارای فرکانس زیاد هستند که از بروز تشنج جلوگیری می‌کند. با این حال، در هر دوی این موارد (سینما و کامپیوتر) در صورتی که آن چیزی که نمایش داده می‌شود، شامل تغییراتی در الگوی هندسی و با فرکانس خاصی باشد، می‌تواند باعث بروز تشنج شود. درمان با داروهای ضدصرع معمولاً در پیشگیری از تشنجهایی که به علت حساسیت به نور اتفاق می‌افتند مؤثر است.

• درمان دارویی

از گذشته‌های بسیار دور، افراد به دنبال داروهای مؤثری برای درمان صرع بوده‌اند و در طی سالیان متمادی از پودر استخوان جمجمه انسان و خون کرکس برای این کار استفاده می‌شد. با این حال اولین درمان مؤثر در سال ۱۸۵۷ میلادی توسط دکتر سرچارلز لوکوک که یک متخصص بیماری‌های زنان و زایمان بود گزارش شد. در آن هنگام این فکر غلط در بین مردم شایع بود که صرع در خانم‌ها، مشکلی است که از رحم آنها ایجاد می‌شود. دارویی که دکتر لوکوک استفاده می‌کرد، برومیدپتاسیم بود و این دارو تا سال ۱۹۱۲ میلادی به عنوان مؤثرترین دارو برای درمان فنوباریتال معرفی شد.

مشکلات مهمی که در مصرف برومیدپتاسیم وجود داشت، عوارض جانبی غیرقابل قبول آن بود. در واقع هنوز هم در درمان دارویی صرع باید عوارض جانبی مصرف داروها را نسبت به مزایای آنها ارزیابی کرد و سپس آن را برای بیماران تجویز کرد.

• نحوه جذب داروها در بدن

به محض اینکه یک داروی ضدصرع توسط فرد بیمار خورده می‌شود، این دارو جذب بدن شده و وارد گردش خون می‌شود و از طریق آن وارد مغز می‌شود تا عمل اصلی خود را در آنجا انجام دهد. خوردن دارو در هنگامی که معده خالی است و یا اینکه بعد از صرف غذا و در حالی که معده پر است، در میزان جذب دارو تفاوت‌هایی را باعث می‌شود. داروها باید هر روز در ساعات مشخصی مصرف شوند و مثلاً اگر همیشه بعد از غذا و یا قبل از غذا دارو را مصرف می‌کنید، باید همین روش را به طور مرتبط پیگیری کنید. هنگامی که دارو از سیستم گردش خون خارج شد، توسط کبد تجزیه (متابولیزه) می‌شود و یا اینکه از طریق کلیه‌ها تصفیه شده و توسط ادرار از بدن خارج می‌شود (داروهای مختلف به طرق گوناگونی از بدن

دفع می‌شوند، بعضی از داروها از طریق کبد و بعضی هم توسط کلیه‌ها). اگر یک دارو خیلی به سرعت از بدن دفع و یا خارج شود، لازم است که روزی چند بار (مثلاً ۳ یا ۴ بار) از آن دارو مصرف شود تا میزان آن دارو در خون در سطح قابل قبولی قرار داشته باشد. همچنین اگر یک دارو به آهستگی از بدن دفع شود، می‌توان آن را فقط روزی یک بار مصرف کرد.

• نحوه عمل داروها

هنوز به طور دقیق مشخص نشده است که چگونه اکثر داروهای ضدصرع، عمل خود را در بدن انجام می‌دهند، اما به نظر می‌رسد که این کار را از طریق چند مکانیسم مهم به انجام می‌رسانند. حملات ممکن است وقتی که تعادل تحریک و مهار در مغز به هم می‌خورد ایجاد شوند. بعضی از داروهای ضدصرع باعث می‌شوند که این عدم تعادل شیمیایی در مغز اصلاح شود. سایر داروها هم به روش‌های مختلفی موجب ثبات در سلول‌های عصبی (نورون‌ها) و در نتیجه پیشگیری از فعالیت بیش از حد آکسون‌ها می‌شوند.

• داروی مناسب برای بیماران

اکثر داروهای ضدصرع در انواع مختلف صرع به کار می‌روند و اغلب فقط موضوع انتخاب بهترین دارو برای هر بیمار مطرح است. جالب اینجاست که دارویی که ممکن است برای یک بیمار، خیلی مؤثر واقع شده باشد برای بیمار دیگر هیچ‌گونه استفاده‌ای نداشته باشد. با این حال، بعضی از داروهای ضدصرع فقط برای انواع بخصوصی از صرع به کار می‌روند (مثلاً داروی اتوسوکسیماید فقط برای درمان صرع کوچک مصرف می‌شود) و در حقیقت بعضی از داروهای ضدصرع می‌توانند باعث بدتر شدن بعضی از انواع صرع شوند (مثلاً داروی کاربامازپین برای حملات میوکلونیک).

• عوارض جانبی داروها

داروهای ضدصرع دارای سه نوع عارضه مهم جانبی هستند که عبارتند از: عوارض جانبی مربوط به مقدار دارو، مربوط به خود شخص (ایدیوسینکراتیک) و عوارض جانبی مزمن.

• عوارض جانبی مربوط به مقدار دارو

در صورتی که به مقدار بیشتر از معمولی که داروی ضدصرع باید مصرف شود بیمار آن را مصرف کند و اصطلاحاً دچار مسمومیت دارویی شود، این نوع از عوارض جانبی پدید می‌آیند. مقدار دارویی که هر فردی می‌تواند تحمل کند از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. بسیاری از بیماران به بعضی از عوارض جانبی فوری این‌گونه داروها عادت می‌کنند (مخصوصاً به خواب‌آلودگی) و در نتیجه همیشه باید در هنگام قطع ناگهانی و یا تغییر داروها به این مسئله نیز توجه کرد.

• عوارض جانبی مربوط به خود شخص

(ایدیوسینکراتیک): این عوارض، آنهایی هستند که فقط در بعضی از اشخاص ایجاد می‌شوند و اصولاً به صورت آلرژی و حساسیت به آن داروها هستند. قرمز شدن یا کهیر زدن پوست و بروز اختلالات خونی از این نوع عوارض هستند.

• عوارض جانبی مزمن و طولانی‌مدت

این عوارض، آنهایی هستند که بعد از چند سال که از مصرف داروها می‌گذرد خود را نشان می‌دهند. بنابراین عوارض جانبی مزمن و طولانی‌مدت داروهای تازه کشف شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند هنوز مانند داروهای که سال‌ها قبل کشف شده‌اند، شناسایی و بررسی نشده است.

منبع : انجمن صرع ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=336845>



بطور منظم ورزش کنید! ورزشهای منظم آنروبيک مثل راه رفتن تند ، شنا ، دوچرخه سواری و... میتوانند تعداد حملات ، شدت و مدت سردردهای شما را بطور واضحی کاهش دهند. ورزش باعث کاهش استرس شده ، عضلات شما را به حالت ریلکس در آورده و با افزایش سطح بتاندورفین بعنوان يك كاهنده ی طبیعی استرس برای شما عمل خواهد کرد. یوگا ، ماساژ ، ورزشهای کششی و غیره باعث پیشگیری از سردردهای عصبی می شوند.و حتی از میزان درد می کاهند.البته در برخی موارد ، ورزشها موجب شعله ور شدن حملات سردرد خواهند شد بهمین دلیل قبل از انجام ورزش ، با پزشك خود مشورت نمائید.

گرچه درمانهای دارویی میتوانند بهبودی موقتی در بیماران مبتلا به سردردهای عصبی پدید آورند اما بهترین راه برای کاهش و از بین بردن اینگونه سردردها تغییر نوع نگرش به مسائل مختلف و نیز باز نگری در شیوه ی زندگی روزمره است.

بر استرس های خود غلبه کنید! استرس عامل اصلی و مهم ایجاد سردردهای تنشی یا عصبی میباشد ، کنترل روح و روان ، اعتماد به نفس و توانائی کنار زدن افکار وسواسی ، دوری از شرایط استرس زا و برخورد منطقی با شرایط موجود ، دوری از احساسات بیمورد و غیر منطقی ، و گاهی استراحت به مغز بوسیله ی فکر نکردن ! دوری از افکار تنش زا و بیمورد ، تمرکز حواس و پرداختن به يك موضوع در زمان واحد و... روشهای مهمی در کاهش حملات ، شدت و مدت سردردهای تنشی هستند.

پیشگیری با داروها ! در صورتیکه حملات سردرد بیش از دو بار در هفته باشند ، به صلاحدید پزشك ، از درمانهای دارویی مناسب جهت جلوگیری ، نیز کاهش شدت ، مدت و حملات سردرد استفاده خواهد شد.

وقتی مدت حملات بیشتر از ۳-۴ ساعت است و یا از شدت زیادی برخوردارند نیز ممکنست اینگونه درمانها توسط پزشك ، به شما توصیه شوند . در اغلب موارد خصوصا سردردهای مزمن و طول کشیده ،داروهای ضد افسردگی را برای پیشگیری تجویز می نمایند.این داروها ضد درد نیستند ولی با تنظیم و تثبیت عوامل شیمیائی مغز و سیستم عصبی (مثل سروتونین) از ایجاد حملات سردرد جلوگیری می کنند.بهمین خاطر مصرف آنها الزاما بمعنی وجود افسردگی در شما نیست!

در مواردی ، بسته به نظر پزشك معالج ، از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی مثل ایبوپروفن ، کتو پروفن و... بعنوان پیشگیری از ایجاد این سردردها استفاده می شود.

حتی برخی از داروهای ضد تشنج مثل گاباپنتین و یا داروهای شل کننده عضلانی نیز بسته به نظر پزشك مورد استفاده قرار می گیرند و در مواردی بسیار مفید خواهند بود.

برای شروع اثر اینگونه داروها باید منتظر زمان بود و انتظار معجزه ی فوری از اینها بیمورد است ، گر چه ، به تجربه ی اینجانب ،موارد زیادی نیز سریعا به این داروها پاسخ میدهند .

بعبارت دیگر در صورتی که طی هفته های اول شروع مصرف ، تاثیر زیادی نشان ندادند نگران نباشید و حداقل یکی دو ماه منتظر بمانید. در برخی موارد پزشك صلاح می بیند که از رژیم چند دارویی بعنوان پیشگیری استفاده کند تا اثرات بهتری را بوجود آورد. نکته مهم اینکه مصرف مقادیر زیاد داروهای ضد درد و نیز مواد حاوی کافئین میتواند اثر داروهای پیشگیری کننده را کاهش دهد.

در صورتی که داروهای پیشگیری کننده بتوانند تا نیمی از حملات ، شدت ، مدت و فواصل سردرد را کاهش دهند ، آنها را مؤثر و موفق میدانیم .

منبع : سایت دکتر ظهرابی

<http://vista.ir/?view=article&id=249386>

تأثیر برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

• مقدمه:

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis=MS) یک بیماری مزمن، پیشرونده و شایع دمیالینزاسیون سیستم عصبی مرکزی در بالغین جوان می‌باشد. شیوع آن در سنین جوانی و با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه است (۱). تقریباً ۵۰۰۰۰۰ نفر در آمریکا مبتلا به مولتیپل اسکلروز هستند و هر ساله ۸۰۰۰ مورد جدید شناسایی می‌شود. این بیماری اغلب در سنین ۲۰-۴۰ سالگی رخ می‌دهد و سومین علت ناتوانی در آمریکا است (۲،۱). در ایران طبق اطلاعات انجمن مولتیپل



اسکلروزیس قریب به ۵۰۰۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس وجود دارد که در منطقه اصفهان از شیوع بیشتری برخوردار است (در حدود ۲۰-۱۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر) (۳). روند رو به افزایش بیماران ام‌اس لزوم توجه به مسایل و مشکلات درمانی بیماران را طلب می‌کند (۱). بیماری مولتیپل اسکلروزیس غالباً افرادی را مبتلا می‌کند که در مرحله مولد زندگی خود قرار دارند و در باره نقش و مسئولیت های خانوادگی خود نگران هستند (۴). این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تاثیر قرار می‌دهد بطوری که بیماران را به سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد (۵). بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن همچون مولتیپل اسکلروز با مشکلات وابسته به بیماریشان نیز روبه‌رو هستند و این مشکلات، شرکت بیماران در فعالیت‌های پیشرفت سلامت را محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل گردیده که در نهایت تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آنها دارد (۶). از آنجایی که بیماری‌های مزمن، منجمله مولتیپل اسکلروزیس بر تمام جنبه‌های اقتصادی، مالی، اجتماعی و عاطفی فرد، خانواده و جامعه اثر می‌گذارد، فقط درمان دارویی و کنترل دوره‌های بیماری این مبتلایان کافی نیست و پرستاران قادرند که بیماران را در بالابردن توانایی انجام فعالیت‌های روزمره یاری نموده و از مشکلات اجتماعی، روانی و اقتصادی آنها بکاهند (۷،۸). هنگامی که میزان فراگیری بیماران به حد اکثر برسد، توانایی آنها برای تصمیم‌گیری و عمل افزایش می‌یابد و مکانیسم‌های سازگاری آنها بیشتر می‌شود. از این رو هدف از آموزش بیمار، کمک به بیمار برای کسب مسئولیت بیشتر جهت مراقبت از خود و برای کمک به سازگاری آنها با تغییراتی است که در وضعیت جسمی و عملی آنها پدیدار گشته است، که در نهایت منجر به بهبودی کیفیت زندگی وی می‌گردد (۹). عدم آگاهی افراد مبتلا به بیماری مزمن از چگونگی مراقبت از خود (Self care) یکی از دلایل بستری شدن مجدد آنها در بیمارستان است (۱۰).

بطوری که اقدامات پژوهشی متعددی در زمینه ارزیابی و توسعه مداخلاتی برای کنترل مشکلات این بیماران انجام و یا در حال انجام است. نتایج حاصل از این تحقیقات حاکی از آن است بین روش‌هایی نظیر حفظ انرژی، ورزش، تعاملات رفتاری و مداخلات روانشناسی و علایم بیماری مولتیپل اسکلروزیس ارتباط متقابلی وجود دارد، که بهبود یا رفع آنها تاثیر شگرفی بر کیفیت زندگی این بیماران خواهد گذاشت (۷، ۱۱-۱۵).

با توجه به اینکه ضرورت شناسایی و اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل مشکلات ناتوان‌کننده این بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آنان از سوی تیم درمان به شدت احساس می‌شود و درمان‌های دارویی هم تاثیر آنچنانی بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی این بیماران ندارند (۱۶)، برانگیختن توان خودمراقبتی این بیماران و برنامه‌ریزی بر اساس این توان بالقوه از اهمیت خاصی برخوردار است. تحقیقات انجام شده در زمینه خودمراقبتی در

این بیماران اندک و تنها به بررسی کمیت و کیفیت رفتارهای خودمراقبتی آنان پرداخته شده است، در حالی که به توانایی خودمراقبتی این بیماران کمتر پرداخته شده است (۱۷). لذا بررسی و تحقیق در مورد طراحی و انتخاب جدیدترین و در عین حال موثرترین برنامه خودمراقبتی بر اساس نیاز این بیماران جهت کنترل مشکلات و بهبود ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس احساس می‌شود. در ایران رو زمینه بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس تحقیقی صورت نگرفته است، از این رو برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم و بر اساس نیازهای این بیماران با هدف تعیین تاثیر این برنامه بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است.

• روش بررسی:

مطالعه حاضر، یک پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد که بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در محل انجمن ام‌اس ایران در سال ۱۳۸۵ انجام شد. طبق فرمول پوکاک (۱۸) ۳۴ بیمار برای هر گروه برآورد گردید که جهت اطمینان بیشتر، تعداد ۳۵ بیمار برای گروه شاهد و ۳۵ بیمار برای گروه آزمون انتخاب شدند. با توجه به اینکه بیماران بستری نبودند و به درمانگاه به طور منظم مراجعه می‌کردند،

نمونه گیری به صورت در دسترس طی یک ماه تا رسیدن به تعداد نمونه کافی انجام شد. نمونه ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. معیارهای حذف نمونه در این پژوهش شامل داشتن سابقه بیماری دیگر نظیر اختلالات روانی در برگیرنده افسردگی اساسی (با توجه به پرونده بیمار و نظر پزشک معالج) یا اختلال دو قطبی (البته اختلالات شناختی که مشخصه بیماری MS بود لحاظ نخواهد نشد)، سابقه اعتیاد به مواد، سایر اختلالات نورولوژیکی، داشتن سابقه مصرف کورتون و یا عود بیماری در طول ۶ هفته گذشته بود.

منظور از برنامه خودمراقبتی در این پژوهش، برنامه‌ای در قالب مدل مفهومی اورم و بر اساس نیازهای جسمی آموزشی بیماران مولتیپل اسکلروزیس شرکت کننده در برنامه بود که از طریق تکمیل فرم نیازسنجی اورم بدست آمد. این برنامه بر اساس سیستم پرستاری آموزشی-حمایتی اورم طراحی که شامل مجموعه‌ای از برنامه‌های خودمراقبتی برای کنترل که علائم جسمی:

اختلال در تحرک جسمی، ضعف عضلات، گرفتگی عضلات، خستگی، عدم تعادل در هنگام راه رفتن و اختلالات دفع ادراری و مدفوعی بود. این برنامه خودمراقبتی در قالب هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و در محل انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران و توسط خود پژوهشگر (کارشناس ارشد پرستاری)، انجام گرفت که شامل مجموعه‌ای از اطلاعات، رفتارها و عملکردهایی بود که بر اساس نیازهای جسمی بیماران مولتیپل اسکلروزیس و برای کاهش و پیشگیری از عوارض بیماری در های بی‌اختیاری دفع ادرار (نظیر پرورش مثانه، ورزش عضلات کف لگن، تربیت عادی زمان دفع (روش کِرد و مانور والسالوا)، بی‌اختیاری دفع مدفوع (تنظیم وقت دفع، رژیم غذایی، تنظیم مصرف مایعات)، بیوست (برنامه‌ریزی جهت ورزش و تحرک، تنظیم زمان دفع، ماساژ عضلات کف لگن و رژیم غذایی)، خستگی (برنامه ورزشی، اولویت‌بندی کارها، روش‌های حفظ انرژی و طراحی محیط) اختلالات بینایی (نحوه استفاده از رنگ ها و ...)، ضعف عضلات، گرفتگی عضلات و عدم تعادل (تمرینات آرام‌سازی و هماهنگی، نحوه استفاده از وسایل کمکی و ...) به بیماران آموزش داده و مورد اجرا قرار گرفت. برای پیگیری اجرای برنامه در طول سه ماه، چک‌لیست های خود گزارش‌دهی برای سه ماه اجرای برنامه بصورت روزانه تهیه شده بود تا بیماران گروه آزمون پس از اجرای روزانه برنامه آموزش داده شده آنها را تکمیل نمایند، که پس از سه ماه جمع‌آوری و مورد ارزیابی قرار گرفت. ابزارهای گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس استاندارد سنجش ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس که شامل ۲۸ سؤال در قالب ۸ بعد جزئی شامل سلامت جسمی، محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات جسمی، درد، انرژی، درک از سلامت، عملکرد اجتماعی، نقصان در سلامت، عملکرد جنسی و رضایت از عملکرد جنسی بود. این مقیاس توسط بارباراویکری در دانشگاه کالیفرنیا در سال ۱۹۹۵ ویژه بیماران مولتیپل اسکلروزیس طراحی گردید. اعتبار (روایی محتوا و همزمان) و پایایی ابزار در مطالعات مختلف خارج از کشور مورد تایید قرار گرفته است (۱۶،۱۴،۸). در پژوهش حاضر ابزار فوق پس از ترجمه، از نظر روایی (اعتبار) علمی توسط اساتید دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی مورد تایید قرار گرفت. جهت سنجش پایایی (اعتماد) علمی مقیاس کیفیت زندگی از روش دو نیمه کردن استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای دو نیمه ابزار برآورد و پایایی ابزار با ضریب همبستگی ۸۶/۰ مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و سنجش ابعاد جسمی کیفیت زندگی توسط هر دو گروه تکمیل شد. برنامه آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم مذکور در قالب ۸ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای برای بیماران گروه آزمون اجرا گردید. در پایان هر جلسه جزوه آموزشی مربوط به آن جلسه در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت و چک لسیت های خودگزارش‌دهی جهت حمایت و پیگیری اجرای برنامه برای سه ماه تحویل نمونه‌های گروه

آزمون گردید. در طول این سه ماه پژوهشگر با حضور در انجمن، هم بصورت حضوری و هم به صورت تلفنی بر نحوه اجرای برنامه در گروه آزمون نظارت می‌کرد و به سؤالات و اشکالات آنان در طول اجرای برنامه پاسخ می‌داد و مددجویان را جهت اجرای بهتر برنامه حمایت می‌نمود. در گروه شاهد طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفت و تنها از مقیاس ابعاد جسمی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله جهت سنجش ابعاد جسمی کیفیت زندگی استفاده شد. پس از سه ماه اجرای برنامه و جمع‌آوری چک لیست‌های خود گزارش‌دهی، پرسشنامه ابعاد جسمی کیفیت زندگی مجدداً در اختیار گروه آزمون و شاهد قرار گرفت و تکمیل گردید. اطلاعات بدست آمده از طریق آزمون‌های آماری برآورد میانگین‌ها و کای اسکوتر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

• یافته‌ها:

اطلاعات مربوط به بعضی از مشخصات دموگرافیک و متغیرهای مداخله-گر بدین صورت بود: از نظر سنی در محدوده ۲۰-۳۰ سال، ۴/۱۷ درصد از بیماران گروه شاهد و ۳/۵۴ درصد از بیماران گروه آزمون و در محدود ۳۰-۴۰ سال ۶/۱۸ درصد از بیماران گروه شاهد و ۷/۴۵ درصد بیماران گروه آزمون قرار داشتند. از نظر جنس، ۳/۳۴ درصد از بیماران گروه شاهد و در گروه آزمون ۴۰ درصد مرد بودند. از نظر تاهل در گروه شاهد ۴/۳۱ درصد مجرد و ۶/۶۸ درصد متاهل و در گروه آزمون ۴/۳۱ درصد مجرد بودند. دفعات عود در گروه شاهد: بدون عود ۳/۵۴ درصد، یکبار ۳/۳۴ درصد و دو بار ۴/۱۱ درصد و در گروه آزمون بدون عود ۹/۴۳ درصد، یکبار ۹/۲۲ درصد دو بار ۲/۱۴ درصد و سه بار ۴/۱۱ درصد بودند. ۸۶/۳ درصد از گروه آزمون و ۵۷/۸ درصد در گروه شاهد سابقه سه بار بستری داشتند. دو گروه از نظر توزیع متغیرهایی نظیر سن، جنس، تاهل، دفعات عود، شغل، تحصیلات، مدت زمان ابتلا و دفعات بستری تفاوت معنی داری نداشت.

میانگین امتیاز آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی داری در ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نداد. در حالی که بعد از اجرای مداخله این اختلاف بین دو گروه معنی دار بود ($P < 0.01$). سه ماه پس از مداخله آزمون آماری t زوجی اختلاف معنی داری را در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله در کلیه ابعاد جسمی کیفیت زندگی نشان داد ($P > 0.01$) در حالی که در گروه شاهد این اختلاف معنی دار نبود.

• بحث:

در ارتباط با تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در پژوهش حاضر، تاثیر این برنامه بر تمام ابعاد ۸ گانه در گروه آزمون در جهت مثبت معنی دار بود. تاثیر این برنامه در ابعاد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات جسمی کاملاً محسوس و تامل برانگیز است. در ابعاد دیگر نظیر سلامت جسمی، درد، انرژی نیز تاثیر این برنامه در جهت مثبت و قابل توجه بوده است. در سایر ابعاد نیز این برنامه تاثیر مثبت و موثری داشته است. با توجه به این تغییرات و توجه به این نکته که مراقبت از خود توسط خود بیمار مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند توانایی‌های واپس زده شده و فراموش شده را تحریک کرده و از آنها در جهت رفع ناتوانی‌ها استفاده نماید، اجرای برنامه خودمراقبتی می‌تواند انگیزه و اعتماد بنفس را در این مددجویان تقویت نماید بطوری که آنها با قبول مسئولیت مراقبت از خود نارسایی‌ها و ناتوانی‌های حاصله از بیماری را بهبود بخشند و از توان خودمراقبتی در جهت رفع این مشکلات استفاده نمایند. در گروه شاهد میانگین امتیاز ابعاد جسمی کیفیت زندگی در ابعاد رضایت از عملکرد جنسی و تغییر در سلامت بعد از سه ماه پیگیری نسبت به قبل افت محسوس‌تری داشته است، بنظر می‌رسد ماهیت بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر روی این ابعاد تاثیرگذارتر بوده است.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز ابعاد جسمی کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در جهت مثبت معنی دار بود که مطابق با بعضی مطالعات انجام شده در این زمینه است (۱۹-۲۲).

Zalewski در پژوهشی تحت عنوان جستجوی موانع و مشکلات انجام فعالیت‌های فیزیکی، گزارش یک مورد بیماری ام-اس» در آمریکا نشان داد اجرای برنامه هشت هفته-ای ورزش بر کیفیت زندگی منجر به بهبود عملکرد جسمی این بیماران می-گردد (۱۹). Rice و همکاران در کانادا در پژوهشی تحت عنوان «درمان با اینترفرون بتا یک، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران ام‌اس می‌شود» به این نتیجه دست یافتند که درمان با این دارو باعث تغییر در بعد عملکرد جسمی بیماران می‌گردد (۲۰). Gianino و همکاران در پژوهشی تحت عنوان تاثیر با کلوفن داخل نخاعی بر کاهش اسپاسم عضلانی» در آمریکا نشان دادند که تغییرات معنی داری در بعد جسمی کیفیت زندگی و عملکرد جسمی این بیماران حاصل گردیده است. ضمناً اینک اسپاسم عضلانی آنان نیز بهبود یافته است (۲۱). Patti و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «تاثیر بازتوانی سرپایی بر کیفیت زندگی

بیماران ام-اس» در ایتالیا نشان دادند که اجرای برنامه ۶ روزه به مدت ۶ هفته باعث بهبود عملکرد جسمی بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌گردد (۲۲).

Rampello و همکاران در پژوهشی تحت عنوان تاثیر ورزش های هوازی بر توانایی حرکت و تحمل بهینه ورزش در بیماران ام-اس در ایتالیا نشان دادند که تاثیر این برنامه بر کیفیت زندگی بیماران ام-اس در بعد عملکرد جسمی معنی دار نبوده است (۲۳). شاید بتوان گفت اجرای برنامه ورزشی باید متناسب با توانایی بیماران مولتیپل اسکلروزیس باشد بطوری که آنها بتوانند از عهده برنامه برآیند. طبیعتاً اگر برنامه ای متناسب با نیاز و توانمندی بیمار مولتیپل اسکلروزیس نباشد، انگیزه وی را تحت الشعاع قرار می دهد و وی را در اجرای آن ناتوان می‌کند. Simone و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «تاثیر درمان با اینترفرون بتا بر کیفیت زندگی بیماران ام‌اس» در ایتالیا نشان دادند که درمان با این دارو بر بعد جسمی کیفیت زندگی بیماران ام‌اس تاثیر ندارد (۲۴). از ویژگی های بیماری مولتیپل اسکلروزیس این است که درمان های دارویی در بهبود بیماری و کیفیت زندگی آنان عاجزند، لذا باید به

برنامه هایی روی آورده شود که توانایی های نهفته آنان را بروز داده و با تکیه بر آن بتوانند مشکلات را تحمل کنند. یکی از همین برنامه ها تکیه بر توان خودمراقبتی آنان می باشد که نتایج بارز و مثبتی بر جای گذاشته است.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز ابعاد جسمی کیفیت زندگی در بعد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات جسمی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در جهت مثبت معنی دار بوده که در بعضی مطالعات انجام شده نتایج این مطالعه را تایید می کند (۲۰، ۲۲، ۲۵-۲۸).

ولی Rampello و همکارانش نشان دادند که ورزشهای هوازی تاثیر بر بهبود محدودیت در ایفای نقش مرتبط با مشکلات جسمی این بیماران ندارد (۲۲). Zalewski نیز اجرای برنامه هشت هفته ای ورزش را بر محدودیت ایفای نقش مرتبط با مشکلات جسمی بی تاثیر دانست (۱۹). آنچه که مسلم است هر برنامه ای باید مبتنی بر نیاز بیماران باشد تا کارا و تاثیرگذار باشد. برنامه های ورزشی در صورتی ارزشمند هستند که بتوانند نیازهای بیماران مولتیپل اسکلروزیس را برطرف نمایند. بیماری مولتیپل اسکلروزیس با توجه به ماهیت و دوران عود آن غالباً با اسپاسم و گرفتگی های شدید عضلانی همراه است، طبیعتاً اگر برنامه های ورزشی متناسب با این مشکلات نباشند شاید منجر به بدتر شدن علائم این بیماری گردند. لذا مراقبین این بیماران باید در طراحی و مراقبت از این بیماران این نکته را مدنظر قرار دهند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز ابعاد جسمی کیفیت زندگی در بعد درد در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در جهت مثبت معنی دار بود که بعضی مطالعات این یافته های تایید (۱۹، ۲۲) و یافته های بعضی مطالعات با نتایج این مطالعه مغایرت دارد (۲۵-۲۲، ۲۸).

این برنامه ها همگی برنامه های بدون نیاز سنجی بیماری مولتیپل اسکلروزیس بوده و هر برنامه ای که مبتنی بر نیازسنجی نباشد تاثیر بر روند بهبودی و یا جلوگیری از پیشرفت بیماری مولتیپل اسکلروزیس نخواهد داشت. ضمن اینکه طول مدت اجرای برنامه ها و مداومت و پیگیری های لازم نیز از مواردی است که باید مدنظر قرار گیرد. با توجه به ماهیت مزمن بیماری مولتیپل اسکلروزیس، لازم است برنامه ها متناسب با ماهیت این بیماری تدوین و اجرا گردند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد برنامه خود مراقبتی مبتنی بر اورم باعث افزایش میانگین ابعاد جسمی کیفیت زندگی در بعد انرژی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می گردد. مطالعات انجام شده عنوان تاثیر بازتوانی بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران با ام‌اس پیشرونده (۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۹) یافته های پژوهش حاضر را مورد تایید قرار می دهد. این برنامه ها با توجه به توانایی بیمار مبتلا تدوین شده و میزان اثر بخشی آن نیز مناسب بوده است. با توجه به اینکه طول مدت اجرای برنامه و پیگیری اجرا در این برنامه ها مد نظر قرار گرفته، نتایج بدست آمده در جهت مثبت و افزایش انرژی بوده است.

ولی نتایج Beatus و همکارانش تحت عنوان تاثیر یک هفته ای خلوت‌گزینی بر کیفیت زندگی و عزت نفس و توانایی عملکرد بیماران ام-اس در مجموع ابعاد جسمی (۳۰) با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد. دلیل مغایرت این پژوهش در این نکته خلاصه می شود که بیمار ام اس دچار استرس و اضطراب ناشی از بیماری است و نیاز شدید به حمایت خانواده و اطرافیان دارد و از طرف دیگر با توجه به اینکه این بیماران در سنین مولد قرار دارند و خود را عاجز از انجام

فعالیت های معمول و اجتماعی می بینند ناخودآگاه گوشه گیر می شوند، لذا برنامه های آموزشی باید در جهت مشارکت این بیماران طراحی گردند و نه در جهت عزلت‌گزینی و گوشه‌گیری آنها.

مطالعات فوق همگی تاثیر برنامه‌های غیر دارویی را در درمان بیماری مولتیپل اسکلروزیس و بهبود کیفیت زندگی موثر دانسته و اجرای آنرا برای به استقلال رساندن بیمار توصیه می‌کنند. توجه به این نکته حایز اهمیت است که هزینه داروهای بکار گرفته شده در درمان این بیماری سرسام آور بوده و هیچگونه تاثیری نیز بر کیفیت زندگی آنان ندارند (۱۵). ناتوانی‌های ناشی از مولتیپل اسکلروزیس نیز، به علت ماهیت خاص بیماری و شیوع آن در بین جوانان، به شدت کیفیت زندگی فرد و خانواده را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بطوری که فرد احساس خوب بودن و رضایت از زندگی را از دست می‌دهد و نوعی احساس بیچارگی و ناامیدی در وی به وجود می‌آید که این احساس متقابلاً توانایی فرد در انجام مراقبت‌های فردی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و وی را ناتوان‌تر می‌سازد. با توجه به ناتوانی‌های خاص این بیماران، آنها باید راه سازگاری با تظاهرات وسیع بیماری را بیاموزند تا بتوانند در کنترل بیماری و رفتارهای بهداشتی خود، بصورت فعال اقدام نمایند و مسئولیت مراقبت از خود را شخصاً بپذیرند. با عنایت به اینکه تظاهرات و عوارض بیماری مولتیپل اسکلروزیس شدیداً بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا تاثیر می‌گذارد و نیز با ایجاد مرگ و میر و ناتوانی‌ها و هزینه‌های اقتصادی بالا، عوارض بسیار بزرگی را به بار می‌آورد، توجه به برنامه خودمراقبتی که خود مددجو بدون وابستگی آنرا انجام می‌دهد و یک روش غیر دارویی، غیر تهاجمی و کم‌هزینه در کنترل مشکلات جسمی و روانشناختی بوده و براحتی قابل آموزش به بیمار و خانواده‌اش از طریق پرسنل درمانی از جمله پرستاران می‌باشد، اهمیت خاص خود را دارا بوده و می‌تواند در کنترل مشکلات مذکور که تاثیرگذارترین عوامل بر مجموع ابعاد جسمی کیفیت زندگی هستند، بسیار مفید و موثر واقع گردد.

انتقال اطلاعات موجود در زمینه خودمراقبتی مبتنی بر نیازهای این بیماران و بر اساس الگوی اورم از طریق آموزش و پیگیری و حمایت جهت اجرای این برنامه‌ها موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان خواهد شد و با عنایت به نتایج مثبت و تاثیرگذار حاصل از این پژوهش توصیه می‌شود پرستاران از برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم جهت کنترل مشکلات جسمی و روانشناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی تحت همین عنوان بر سایر بیماری‌های مزمن عصبی انجام و نتایج مورد بررسی قرار گیرند، ضمن اینکه اجرای این برنامه بر سایر مشکلات بیماران مولتیپل اسکلروزیس نظیر فعالیت‌های معمول روزانه، خستگی و عزت نفس لازم به نظر می‌رسد.

• نتیجه گیری:

اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم در ابعاد جسمی که بر اساس نیازهای آموزشی بیماران مولتیپل اسکلروزیس طراحی و تدوین گردیده، باعث بهبودی تامل برانگیز کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. لذا پیگیری و مداومت در اجرای برنامه‌های خودمراقبتی بیمار محور می‌تواند مشکلات عدیده آنان را مرتفع سازد و کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشد.

منبع : مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

<http://vista.ir/?view=article&id=359587>

 **vista.ir**
Online Classified Service

تأثیر اینترنت بر عملکرد ذهن

جست‌وجو در سایت‌های اینترنتی، توصیه محققان به افراد ۵۰ سال به بالا برای افزایش قدرت ذهنی و پیشگیری از ابتلا به آلزایمر است. تحقیقات نشان می‌دهد، استفاده از شبکه‌های مختلف اینترنتی، تحریک پذیری مغز را افزایش داده و عملکرد سلول‌های مغزی را بالا می‌برد.



آزمایشی که روی تعدادی زن و مرد ۵۵ تا ۷۸ ساله انجام شد، نشان داد افرادی که روزانه به مدت نیم ساعت از اینترنت استفاده کردند، در مقایسه با افراد دیگر، دارای قدرت تصمیم‌گیری بالاتری بوده و ۳۰ درصد کمتر از دیگران به ضعف در مهارت‌های شناختی و حل مسئله یا ابتلا به آلزایمر دچار شده‌اند. محققان معتقدند استفاده از کامپیوتر و جست‌وجو در شبکه‌های اینترنتی در افراد بزرگسال، تأثیر فوق‌العاده‌ای روی روان و ذهن افراد دارد، که این مسئله در خواندن کتاب یا حل جدول به مراتب کمتر است. دانشمندان به افراد میانسال و سالمند توصیه می‌کنند، در صورت دسترسی به اینترنت، روزانه به مدت نیم ساعت، به خواندن اخبار و دیگر مطالب شبکه‌های مختلف بپردازند.

[دنیا پرتو]

منبع : روزنامه ایران

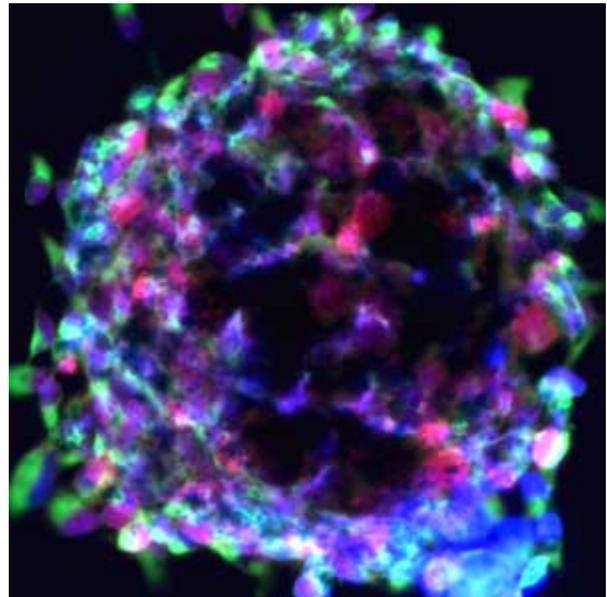
<http://vista.ir/?view=article&id=120727>

 Vista.ir
Online Classified Service

تجارب بیماران مولتیپل اسکلروزیس

• مقدمه:

مولتیپل اسکلروزیس یکی از بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که غالباً جوانان در سنین اولیه زندگی به آن مبتلا می‌شوند (۱). به طوری که نتایج مطالعات نشان می‌دهد ۸۵ درصد از بیماران ۵۰-۱۵ سال دارند و بیماری آنها اکثراً در سن ۳۰ سالگی تشخیص داده می‌شود (۲) و به دلیل اینکه بیشترین میزان بروز آن بین سنین ۲۰-۴۰ سالگی است بیماری بالغین جوان نیز نامیده می‌شود (۳). متأسفانه در ایران آمار دقیقی از تعداد مبتلایان به بیماری وجود ندارد ولی در سال ۱۳۸۳ انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران تعداد مبتلایان را حدود سی هزار نفر اعلام کرده است (۴) و در مطالعه‌ای، تعداد بیمارانی که به صورت داوطلبانه در انجمن مولتیپل اسکلروزیس اصفهان ثبت نام کرده‌اند، ۱۰۱۴ نفر بوده که نسبت به کل جمعیت استان اصفهان به طور تقریبی، ۲۵ تا ۳۰ درصد (۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد) (۵). از



طرفی این بیماری در زنان تقریباً سه برابر بیشتر از مردان تشخیص داده شده است (۱).

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن، غیر قابل درمان و غالباً ناتوان کننده‌ای است، که زندگی فرد و خانواده وی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱) و به روش‌های مختلفی در سبک زندگی ایشان اختلال ایجاد می‌کند (۶). و همچنین به دلیل اینکه معمولاً در سنین کارآمدی زندگی، افراد را مبتلا می‌کند، از نظر درآمد اقتصادی، نگرانی آشکاری را برای آنان ایجاد می‌کند (۱). با توجه با اینکه در بیماری مولتیپل اسکلروزیس تغییرات بسیار زیاد و غیرقابل پیش‌گویی بروز می‌کند و همچنین در اوایل زندگی بروز می‌کند و ناتوانی پیشرونده مکرر ایجاد می‌کند و می‌تواند اثرات شدید روانی نه تنها بر روی بیمار بلکه بر روی پرسنل خدمات درمان نیز داشته باشد و چون این بیماری بسیار پیچیده و چند چهره نیز

می‌باشد، پرستارانی را که مراقبت از آنان را به عهده دارند، با چالش‌های بالینی متعددی مواجه می‌سازد.

بنابراین آگاهی از تجارب بیماران به پرستاران کمک می‌کند تا نگرانی‌های واقعی آنان را درک کرده و با توجه به موقعیتی که هستند بیمار را ارزشیابی و فرآیند بیماری را برای آنان توضیح دهند و در بهبودی علائم، آموزش همسران و خانواده آنان و همچنین در بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کنند (۷). لذا با عنایت به اهمیت مطالب یاد شده و تأکید بر اهمیت شناخت تجارب فردی مددجویان و چگونگی تأثیر آن بر روند زندگی و پیگیری مداخلات درمانی و با توجه به اهمیت درک و شناخت پرستاران از این تجارب به منظور برنامه ریزی‌های مراقبتی مددجو محور در جهت رفع نیازهای اساسی ایشان، پژوهشگران بر آن شدند تا با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای در این راستا و با عطف به شیوع بالای این بیماری مزمّن مطالعه‌ای در جهت بررسی و شناخت «تجارب مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس» طراحی و اجرا نماید.

• مواد و روش‌ها:

با توجه به اینکه این مطالعه در صدد شناخت و توصیف تجارب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بوده است، پژوهش از نوع کیفی انتخاب شده است و با توجه به اینکه پدیده مورد مطالعه تجارب انسانی است، از این رو پژوهشگران نیز که درصدد درک معنی تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس از طریق گفتگوی عمیق با مبتلایان بودند. روش فنومنولوژی را به عنوان روش پژوهش مناسب در این مطالعه برگزیدند. محیط پژوهش، انجمن و کلینیک بیماران مولتیپل اسکلروزیس واقع در خیابان بزرگمهر شهر اصفهان بوده است.

• معیارهای ورود در پژوهش:

(۱) بیمارانی که ابتلاء آنها به بیماری مولتیپل اسکلروزیس توسط متخصص اعصاب تأیید شده بود، (۲) قادر به شرکت در مصاحبه و انتقال اطلاعات و تجربیات خود بودند،

(۳) تمایل به شرکت در مطالعه و انگیزه مصاحبه و همکاری لازم را داشتند،

(۴) به بیماری مزمّن دیگری غیر از مولتیپل اسکلروزیس مبتلا نبودند

• شرایط خروج از مطالعه:

(۱) به دلیل وخامت بیماری و یا دلایل دیگر قادر به همکاری و صحبت نبودند،

(۲) از بین رفتن هر یک از شرایط ورود به مطالعه در حین انجام مصاحبه.

در این مطالعه پژوهشگران جهت دستیابی به تجارب مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و همچنین متجانس بودن نمونه‌ها، اقدام به نمونه‌گیری مبتنی بر هدف نموده‌اند. نمونه‌گیری با اولین مشارکت کننده آغاز و تا رسیدن به حد اشباع اطلاعات از تاریخ ۲۷/۱۱/۸۳ لغایت ۲۳/۲/۸۴ ادامه یافت و چهارده مشارکت‌کننده در مطالعه شرکت نمودند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه عمیق و به صورت سازمان نیافته صورت گرفته است.

پژوهشگران پس از اخذ مجوزهای لازم و دریافت معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان و ارائه آن به محیط پژوهش و کسب مجوز لازم، و ضمن معرفی خود به مشارکت کنندگان و توضیح در مورد پژوهش و اطمینان دادن به ایشان که کلیه موارد ثبت شده در طی مصاحبه و... محرمانه خواهد بود، مشارکت کنندگانی را که واجد شرایط پذیرش بودند انتخاب نمودند. مشارکت کنندگان آزاد بودند که هر زمان که مایل باشند از مصاحبه خارج شوند.

با توجه به اینکه ۷ نفر از مشارکت کنندگان بیماران مؤنث بودند، به منظور فراهم‌سازی شرایط مصاحبه مطلوب‌تر جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه‌گر زن که یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری ترم آخر گرایش داخلی-جراحی بوده و دارای سابقه انجام تحقیق کیفی نیز بود کمک گرفته شد.

در این روش از مصاحبه غیر ساختاری استفاده شده است، که مشارکت‌کنندگان آزادی عمل بیشتری داشته باشند و بتوانند آزادانه در اطراف موضوع صحبت کنند. این روش رایج‌ترین روش مصاحبه در تحقیقات کیفی است. در اتاق اختصاص یافته در محیط پژوهش، ضمن حفظ خلوت و سکوت و با ایجاد بیشترین راحتی و رضایت شرکت‌کننده مصاحبه انجام شد. مدت زمان مصاحبه در این پژوهش بین ۶۰-۲۵ دقیقه بود که با توافق و تمایل مشارکت‌کنندگان تنظیم گردیده و متن مصاحبه‌ها نیز ضبط شده‌اند.

در پایان هر مصاحبه، مطالب ضبط شده بارها و بارها شنیده شده و دقیقاً برگردانده شده و پس از تجزیه و تحلیل، جهت اطمینان از صحت برداشت پژوهشگر از اظهارات شرکت‌کننده، مجدداً به ایشان مراجعه شده و صحت اطلاعات با نظر ایشان بررسی گردیده و در صورت نیاز،

تغییرات لازم انجام شده است و در صورت نیاز مصاحبه‌های بعدی نیز جهت تکمیل یافته‌ها انجام شده است.

همچنین به منظور حصول اطمینان از موثق بودن داده‌ها، پژوهشگران تلاش خود را بر جمع آوری اطلاعات مبتنی بر تجربه متمرکز ساخته که این خود به عینی بودن داده‌ها کمک نموده و روشی برای تأیید موثق بودن اطلاعات نیز بوده است. سپس داده‌ها به روش هفت مرحله‌ای کلایزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

• نتایج:

دامنه سنی مشارکت کنندگان بین ۵۰-۲۱ سال قرار داشت و میانگین سنی آنان ۴۳/۳۴ سال بود. شروع بیماری مشارکت کنندگان نیز از سن ۳۶-۱۴ بوده است. از ۱۴ مشارکت کننده در این پژوهش ۷ نفر مرد و ۷ نفر زن بودند. ۲۶/۲۱ درصد از بیماران (۲ مرد و یک زن) بعد از ابتلاء به بیماری متارکه نموده بودند. میزان تحصیلات آنان از اول راهنمایی تا کارشناسی متغیر بود. تعداد افرادی که دارای تحصیلات پایان متوسطه بودند بیشتر از بقیه گروه‌ها بود. ۵۰ درصد از مشارکت کنندگان (۷ نفر) بعد از ابتلاء به بیماری شغل خود را از دست داده و بیکار شده بودند. مدت ابتلاء به بیماری نیز از ۲ تا ۱۴ سال متغیر و به طور متوسط ۱۰ سال بود. کمترین تعداد حملات بیماری دوبار در طول بیماری بوده است و یکی از بیماران اظهار داشت که تعداد حملات بیماری‌اش بسیار زیاد بوده است و دو نفر از بیماران نیز پیشرفت تدریجی بیماری را ذکر کردند. در مرحله سوم محقق تلاش نموده است که برای هر کدام از جملات مفهوم خاصی ببخشد. برای مثال توصیف چند مشارکت کننده در پژوهش شرح داده می‌شود. شرکت کننده (۲): «بعد از ۵/۴ ماه از تشخیص بیماری‌ام احساس کردم توانایی‌ام بدتر می‌شود، به شکلی که ابتدا متوسل به عصا شدم و الان به واکر وابسته شده‌ام».

کد (۱۰) استفاده از وسیله کمکی (ویلچیر، عصا و واکر) برای راه رفتن. شرکت کننده (۸): «بعضی موقع می‌گویم خدا را شاکرم که این بیماری را به من داد که بیشتر خدا را بشناسم. چون واقعاً خدا را شناختم». کد (۷۵) شاکر خداوند بودن. شرکت کننده (۵): «بیماری زندگی‌ام را نابود می‌کند. ابتدا که شروع شد نتوانستم با آن کنار بیایم، چون ناگهانی به من گفته شد. دیکشنری نگاه کردم جواب آزمایش‌ها را خواندم، بعد رفتم کتابخانه کتاب گرفتم که در مورد بیماری مطالعه کنم، بعد که متوجه شدم، نتوانستم با این درد کنار بیایم، دست به خودکشی زدم». کد (۸۸) اعتقاد به اینکه بیماری نابود کننده زندگی است. کد (۱۱۷) ناتوانی در پذیرش بیماری، کد (۸۳) اقدام به خودکشی. شرکت کننده شماره (۳): «چون که رفوگری شغل من است. با این بی‌حسی دست و چشم‌هایم که درست کار

نمی‌کنند نمی‌توانم رفوگری فرم کنم، فعلاً بیکار هستم». کد (۴۸) بی‌حسی دست و پا، کد (۵۴) تازی دید، کد (۱۶۶) ترک شغل استنباط شد که محقق آنها را در ۱۸۱ کد قرار داد. در مرحله چهارم، پژوهشگر مرحله سوم را برای هر کدام از توصیفات مشارکت کنندگان تکرار کرده و سپس مفاهیم فرموله شده را بدرون دسته بندی‌های خاص موضوعی مرتب نموده است. محقق جهت موثق بودن مطالب به توصیفات اصلی رجوع کرده و داده‌های نامتناسب را در تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد توجه قرار نداده است. بنابراین پژوهشگر اقدام به دسته‌بندی مفاهیم فرموله شده به دسته‌های خاص موضوعی نموده است. سپس براساس اهداف پژوهش، کلیه مفاهیم فرموله شده را در ۴ مفهوم و ۱۴ زیر مفهوم ذیل طبقه بندی نموده است.

• اثرات جسمی تجربه شده از بیماری:

(۱) اختلال در حرکت و فعالیت،

(۲) اختلال در الگوی خواب،

(۳) ضعف و ناتوانی جنسی،

(۴) اختلال در الگوی دفع ادرار و مدفوع،

(۵) اثرات تغییر درجه حرارت،

(۶) اختلال حسی،

(۷) اختلال بینایی،

(۸) کاهش خود مراقبتی اثرات معنوی تجربه شده از بیماری،

• اثرات روحی، روانی تجربه شده از بیماری. اثرات اجتماعی تجربه شده از بیماری:

(۱) تغییرات روابط

خانوادگی،

(۲) تغییرات روابط اجتماعی،

(۳) اختلال در تأمین شغل،

(۴) اختلال در تأمین هزینه زندگی.

● بحث:

یکی از اثرات جسمی تجربه شده از بیماری اختلال در حرکت و فعالیت بود. در این زمینه در مطالعه ای (۲۰۰۱) طیف ناتوانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارزیابی شده است و نتایج حاصله نشان داده است که؛ از ۲۴۸ بیمار ۷۱ بیمار (۲۹ درصد) در فعالیتهای زندگی روزانه خود کاملاً وابسته به دیگران بودند. ۵۷ بیمار (۲۳ درصد) توانایی بالا رفتن از پله‌ها را نداشتند و ۸۶ نفر (۳۵ درصد) حداقل به مدت يك ساعت در روز جهت انجام فعالیتهای زندگی روزانه نیاز به کمک دیگران داشته‌اند. تجربه دیگر اختلال در الگوی دفع گزارش شد.

لك (Lack) و همکارانش (۲۰۰۲) اظهار داشته‌اند که اختلالات روده‌ای خسته کننده، تلف کننده وقت و تجربه‌ای خجالت‌آور برای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است. بسیاری از افراد، با ناراحتی اختلالات روده‌ای خود را توصیف می‌کنند و این اختلال متداول است (۹).

از تجارب دیگر ضعف و ناتوانی جنسی در این بیماران بود.

زورزن (Zorzon) و همکارانش (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای اختلالات جنسی را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بررسی کرده‌اند، وی می‌گوید اختلالات جنسی بشدت کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این مطالعه ۹۹ بیمار که تشخیص مولتیپل اسکلروز برای آنان تعیین شده بود به مدت دو سال تحت مطالعه قرار گرفتند. نسبت بیماران دچار اختلال جنسی بیش از ۷۰ درصد بوده و در طول دو سال پیگیری این نسبت تغییری نکرد اما وسعت و تعداد علائم به طور قابل توجهی بیشتر شد (۱۰). مورد دیگر از اثرات جسمی تجربه شده از بیماری اختلال در الگوی

خواب و استراحت بود. در مطالعه دیگری که تحت عنوان ارتباط بین اختلالات خواب و خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس توسط آتارین (Attarian) ۲۰۰۴ انجام گردیده است، ۱۵ بیمار مبتلا به بیماری که دچار خستگی شده بودند و ۱۵ بیمار مبتلا به بیماری که خستگی را تجربه نکرده بودند و ۱۵ فرد سالم از نظر اختلالات خواب با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند.

نتایج حاصله نشان داده است که، که از گروه بیماران دچار خستگی دو نفر در شروع خواب تأخیر داشته، ۱۰ نفر خواب منقطع و سه نفر خواب طبیعی داشتند. یکی از ۱۵ بیمار مبتلا که خستگی نداشتند مراحل خواب نامنظم داشته، دو نفر خواب منقطع داشته و ۱۲ نفر خواب طبیعی داشتند و همه ۱۵ نفر گروه کنترل خواب طبیعی داشتند. بنابراین خستگی، خواب منقطع و چرخه‌های خواب غیرطبیعی با هم مرتبط بودند (۱۱). اثرات تغییر درجه حرارت نیز در تجارب بیان گردید.

در این رابطه اسکات (Scott) ۲۰۰۴ می‌گوید افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس هنگامی که در معرض افزایش درجه حرارت، که به صورت آب گرم، ورزش و یا افزایش دما باشد، قرار گیرند دچار خستگی یا ضعف می‌شوند (۱۲). از تجارب دیگر شرکت کنندگان کاهش مراقبت از خود بود.

در مطالعه‌ای که توسط دونل و هاوکینز (Donnell, Hawthins) در سال ۲۰۰۱ بر روی ناتوانی ۲۸۸ بیمار انجام گرفته است. نتایج حاصله نشان داده است که ۷۱ بیمار (۲۹ درصد) در فعالیتهای زندگی روزانه خود که شامل حمام کردن، لباس پوشیدن و شانه کردن مو و غذا خوردن بوده کاملاً به صورت غیر وابسته هستند و ۸۶ بیمار (۵۳ درصد) حداقل روزی يك ساعت در فعالیتهای روزانه خود نیاز به کمک داشتند (۱۳).

مشکل جسمی دیگر که مطرح نمودند اختلال بینایی است. اختلالات بینایی تقریباً در همه افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دیده می‌شود اما به ندرت این اختلالات منجر به کوری کامل می‌گردد. براساس انتشارات انجمن ملی مولتیپل اسکلروزیس ۵۵ درصد از افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دچار يك بار التهاب عصب بینایی خواهند شد. در موارد زیادی اولین علامت بیماری مولتیپل اسکلروزیس است (۱۴). اختلال حسی را نیز برخی شرکت کنندگان ابراز نمودند.

برون هام (Brunham ۲۰۰۲) در مطالعه‌ای ارتباط بین حس، حرکت و قدرت عضلانی اندام تحتانی را ارزیابی کرده است و چنین نتیجه‌گیری می‌کند که ارتباط معنی‌داری بین وضعیت حسی بدن و تعادل وجود ندارد در حالی که ارتباط بین حرکت و توانایی کنترل بدن هنگام حرکت و قدرت عضلانی اندام تحتانی معنی- دار می‌باشد (۱۵). کلور (Klewer) و همکارانش (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای مشکلات افراد مبتلا به مولتیپل

اسکلروزیس را بررسی کردند که در يك نمونه ۱۹۲۶ نفری تحت مطالعه ۴۴ درصد از فلج و ۴۲ درصد از ضعف و اختلال حس رنج می‌بردند (۸). در این پژوهش اثرات روحی، روانی تجربه شده از بیماری در برخی از موارد تجارب ناخوشایند را نشان داد. در مطالعه جانسن (۲۰۰۳) (Jonson) اثر تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر روی زندگی، اضطراب، افسردگی که به طور متوسط به مدت ۸ ماه بعد از تشخیص انجام شد، ۳۴ درصد از بیماران و ۴۰ درصد از همسران آنها اضطراب زیادی را تجربه کرده‌اند و ۲۶ درصد از بیماران و ۲۴ درصد از همسران دیسترس شدید داشتند. علت افسردگی، اضطراب و دیسترس شدید محدودیت‌های زیادی بوده است که داشته‌اند (۱۶). اثرات اجتماعی تجربه شده از بیماری در این بررسی تغییرات روابط خانوادگی، تغییرات روابط اجتماعی، اختلال در تأمین شغل و اختلال در تأمین هزینه زندگی را نشان می‌دهد.

استریک (۲۰۰۰) Streak بیان می‌کند که مولتیپل اسکلروزیس اغلب در شکستن پیوند زناشویی نقش دارد، خصوصاً اگر پایه ارتباط ضعیف باشد. بیماری می‌تواند بهانه‌ای برای همه مشکلات جنسی، عاطفی و ارتباطی باشد. نیازهای همیشگی زندگی با همسری که بیماری عصبی پیشرونده دارد ممکن است مراقبت دهنده را به خطر اندازد. غالباً اگرچه اثرات بیماری بر روی همسر نادیده گرفته می‌شود، اما ناراحتی همسر به علت چیزهایی که در نتیجه بیماری شریک جنسی‌اش از دست داده است به اندازه ناراحتی وی از بیماری همسرش می‌باشد. ارتباط همسری مناسب و رضایت‌بخش همه مشکلات خانواده را به طور قابل توجهی آسان می‌کند (۱۷).

در مطالعه‌ای که تحت عنوان اثرات بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر روی خانواده و کار انجام شده است، بسیاری از بیماران گزارش کرده‌اند که دوستان قدیمی خود را از دست داده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط جدیزلوگلو (۲۰۰۱) (Gedizluglu) در ترکیه انجام شده است نتایج نشان داده است که اغلب بیماران درآمد ماهیانه پایین و بسیار پایینی داشته‌اند. بیماری مولتیپل اسکلروزیس منابع مالی خانواده را تهی کرده است و موجب بوجود آمدن مشکلات اقتصادی شده است. تغییر در شغل و کاهش درآمد در میان مردان بسیار بیشتر از زنان گزارش شده است. مطالعات دیگر نشان داده است که مردان اثرات بیشتری را بر روی شغل و درآمد نسبت به زنان تجربه کرده‌اند (۱۸). جانسون (۲۰۰۰) تخمین زده است که بهایی که هر فرد در سال در اروپا پرداخت می‌کند بین ۲۸۰۰۰ تا ۴۹۰۰۰ یورو متغیر است (۱۹).

از نتایج مطالعه استنباط می‌شود که کاهش خود مراقبتی، موجب اختلال در تأمین شغل، اختلال در تأمین هزینه زندگی و به دنبال آن بر روی زندگی مشارکت کنندگان تأثیر داشته است و همچنین اختلال در حرکت و فعالیت، مشکلات ناشی از دفع، ضعف و ناتوانی جنسی، اختلال در الگوی خواب و اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی تأثیر زیادی بر روح و روان ایشان داشته است. هنگامی که مشارکت کنندگان از نظر بینایی دچار مشکل شده و فعالیت و حرکت آنان مختل گردیده و در مراقبت از خود نیز دچار اختلال می‌شوند، توانایی حضور در اجتماع و ارتباط اجتماعی و همچنین ارتباط خانوادگی آنان دچار اختلال می‌گردد.

فعالیت شغلی که یکی از مهمترین زمینه‌های حضور در جامعه است، در این بیماران مختل شده است، بنابراین فعالیت اجتماعی آنان را نیز دچار اختلال کرده است. در بعضی از مشارکت کنندگان اختلال در تأمین هزینه زندگی موجب اختلال در ارتباط خانوادگی آنان شده است. با توجه به اینکه بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر روی ابعاد مختلف زندگی و خصوصاً در تمایلات جنسی مبتلایان تأثیر گذاشته است.

ارتباط جنسی بیمار را با همسرش مختل کرده و روابط خانوادگی را نیز تحت تأثیر قرار داده است. عدم توانایی در فعالیت‌های اجتماعی روابط بیمار با جامعه را تحت تأثیر قرار داده و روابط بیمار را با دوستان، اقوام و آشنایان مختل کرده و گاهی نیز موجب برداشت سوء از بیماری شده است. بر این اساس پژوهشگران پیشنهادی می‌کنند که در مباحث پرستاری و مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، بیماری مولتیپل اسکلروزیس مورد بحث قرار گیرد و همچنین در نحوه مراقبت بیماران مزمن به تجارب ایشان توجه شده تا براساس آن مداخلات پرستاری براساس واقعیت‌ها و نیازهای واقعی بیماران طراحی و اجرا گردد.

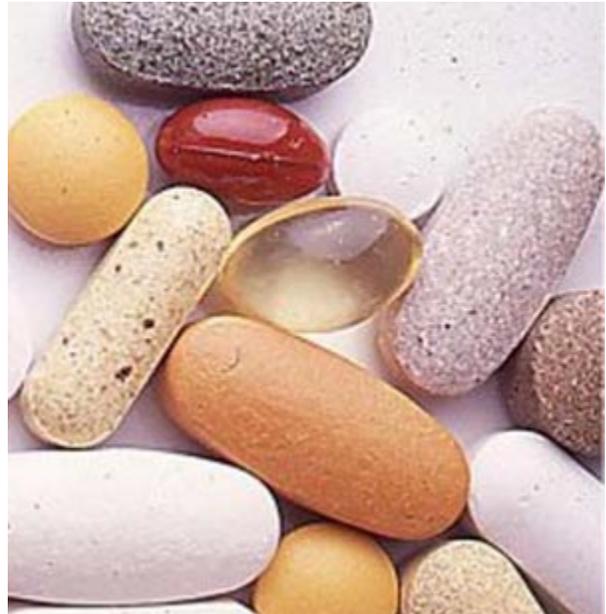
منبع : مجله دانشکده پرستاری و مامایی

<http://vista.ir/?view=article&id=246836>

تداخل داروها با یکدیگر

مصرف همزمان چند دارو با یکدیگر می‌تواند در سطح خونی آنها اثراتی بگذارد. این اثرات هم می‌تواند منجر به کاهش سطح خونی دارو و هم باعث افزایش آن شود. این وضعیت به این علت رخ می‌دهد که تجزیه، دفع و جذب داروهای ضدصرع می‌تواند به وسیله سایر داروها تحت تأثیر قرار بگیرد. بنابراین، لازم است قبل از اینکه هرگونه داروی دیگری را همراه با داروی ضدصرع مصرف نماییم از نحوه تداخل آنها با یکدیگر اطلاعاتی داشته باشیم. وقتی که یک داروی ضدصرع دیگر به داروهای ضدصرع یک بیمار اضافه می‌شود، اغلب لازم است که تغییراتی در مقدار مصرف داروهایی که قبلاً مصرف می‌شدند داده شود و سطح خونی این داروها آزمایش شود. انواع مختلف صرع و درمان دارویی مناسب آن شامل:

- ۱) پارشیل ساده - داروی انتخابی: کاربامازپین - سایر داروها: استازولامید - کلوبازام
- ۲) پارشیل مرکب - داروی انتخابی: فنی‌توئین - سایر داروها: گاباپنتین،



لاموتریزین.

۳) ژنرالیزه ثانویه: داروی انتخابی: سدیم والپروات - سایر داروها: فنوباریتال - پرمیدون - ویگابترین - تیاگابین.

۴) افسانس - داروی انتخابی: اتوسوکسیماید - سایر داروها: استازولامید - کلونازپام - لاموتریزین.

۵) آتونیک / تونیک - داروی انتخابی: سدیم والپروات - سایر داروها: استازولامید - کاربامازپین - کلونازپام - گاباپنتین - لاموتریزین - فنوباریتال - پرمیدون - فنی‌توئین - توپیرامات.

۶) تونیک - کلونیک - داروی انتخابی: کاربامازپین - فنی‌توئین - سدیم والپروات - سایر داروها: استازولامید - لاموتریزین - فنوباریتال - پرمیدون - توپیرامات - ویگابترین.

۷) میوکلونیک - داروی انتخابی: کلونازپام - سدیم والپروات - سایر داروها: استازولامید - فنوباریتال - پرمیدون - پیراستام.

داروهای ضدصرع همچنین می‌توانند بر سطح خونی سایر داروها نیز تأثیر بگذارند. این مسئله در مورد داروهای ضدحاملگی اهمیت زیاد دارد، زیرا بسیاری از داروهای ضدصرع باعث افزایش قدرت بدن در تجزیه داروهای ضدحاملگی شده و در نتیجه آنها را بی‌اثر می‌سازد. در چنین مواردی باید از داروهای قوی‌تر ضدحاملگی استفاده کرد تا مؤثر واقع شود.

همچنین در مواردی که داروی وارفارین (دارویی که برای پیشگیری از لخته شدن خون مصرف می‌شود) استفاده می‌شود، داروهای ضدصرع می‌توانند باعث کاهش سطح خونی آن شده و در نتیجه لازم است که مقادیر بیشتری از داروهای وارفارین مصرف شود تا مؤثر واقع شود.

• شروع و توقف مصرف داروها

شروع مصرف داروهای ضدصرع با مقادیر زیاد می‌تواند منجر به بروز عوارض جانبی شود. بنابراین داروهای ضدصرع باید با مقادیر کم شروع شده و به تدریج و کم‌کم مقدار آنها را افزایش داد. مقدار نهایی دارویی که باید مصرف شود توسط تعادل بین کنترل حملات بیمار و عوارض جانبی آن، تعیین می‌شود. اهمیت زیاد دارد که بدانیم بیماران مختلف به مقادیر مختلف دارو نیازمندند و ممکن است مقدار نهایی دارویی که برای یک بیمار تجویز می‌شود برای بیمار دیگر، ایجاد عوارض جانبی شدید کند. اگر یک دارو برای بیماری مؤثر واقع نشد و یا اینکه عوارض جانبی نامطلوبی باقی

گذاشت، باید داروی دیگر را امتحان کرد و اکثر بیماران فقط با مصرف یک نوع داروی ضدصرع، حملاتشان کنترل می‌شود، اما درصد کمی از بیماران نیاز به مصرف دو یا چند داروی مختلف ضدصرع دارند. به دلایل زیر، پزشکان تا آنجا که بتوانند از تجویز همزمان چند داروی ضدصرع به یک بیمار خودداری می‌کنند:

بعضی از داروهای ضدصرع با یکدیگر تداخل دارند.

عوارض جانبی داروها در مواردی که چندین داروی ضدصرع با هم مصرف می‌شود بیشتر خواهد بود.

بیماران اغلب در به خاطر سپردن و خوردن چند داروی ضدصرع دچار مشکل می‌شوند و احتمال اشتباه مصرف کردن داروها توسط بیمار وجود دارد. وقتی که می‌خواهیم مصرف یک دارو را متوقف کنیم، باید به تدریج میزان آن را کاهش داده و سپس مصرف آن را قطع کنیم. در صورت قطع ناگهانی یک دارو، ممکن است حملات بعدی رخ دهد. داروهایی که مصرف آنها همراه با داروهای ضدصرع ایجاد تداخل دارویی می‌کنند:

- آلپورینول

- آمینوفیلین

- آمیودارون

- داروهای ضداسید معده

- آسپرین

- سایمتیدین

- دیلتیازم

- اریترومایسین

- فلوکستین

- امپرازول

- کوتریموکسازول

- وراپامیل

• مصرف منظم داروها

عدم مصرف به موقع و منظم داروها، یک علت مهم در عدم موفقیت درمان دارویی صرع است. از آنجایی که مدت زمان وقت لازم است (چندین روز یا چندین هفته) تا یک داروی ضدصرع اثر کامل خود را نشان دهد و نیز از آنجایی که حملات معمولاً به صورت غیرقابل پیش‌بینی اتفاق می‌افتند، لازم و ضروری است که داروها به طور منظم مصرف شوند تا از این حملات پیشگیری شود. وقتی بیماران دچار حمله نمی‌شوند، احساس کاملاً خوبی دارند (به غیر از عوارض جانبی که داروهای ضدصرع بر روی آنها دارد) و در نتیجه تعجب‌آور نخواهد بود که بعضی اوقات مصرف قرص‌های خود را فراموش کنند.

• پیگیری یک روش منظم

بسیاری از اوقات برای بیماران اتفاق افتاده است که فراموش کرده‌اند که آیا در ساعت مقرر داروی خود را خورده‌اند یا خیر؟ برای پیشگیری از چنین مواردی، بهتر است که بیماران یک برنامه منظم برای مصرف داروهای خود طراحی کنند. اگر لازم باشد که داروی خاصی را بیشتر از دو بار در روز مصرف کنیم و یا اینکه چندین داروی مختلف را هر کدام چند بار در روز مصرف کنیم، وضعیت دشوارتر می‌شود. استفاده از یک کیف دارویی که در آن مشخص شده که در ساعت خاص باید این دارو مصرف شود و روزهای مختلف هفته در آن نوشته شده باشد، در یادآوری بیماران در مصرف صحیح و به موقع داروها کمک بسیاری خواهد کرد.

• قطع ناگهانی مصرف دارو

گاهی مواقع بیماران تصمیم می‌گیرند که به طور ناگهانی مصرف داروی خود را قطع کنند (اغلب افسردگی و یا روحیه ضعیف). این حالت به طور بالقوه می‌تواند بسیار خطرناک باشد زیرا ممکن است منجر به بروز حملات مکرر و طولانی شود. همچنین در مواقعی که اسهال یا استفراغ وجود دارد، داروهای ضدصرع ممکن است جذب بدن نشوند و لازم باشد که دوباره دارو استفاده شود. در چنین مواردی گاهی اوقات لازم است که بیمار در بیمارستان بستری شود.

• مصرف مقدار صحیح دارو

درست نفهمیدن صحبت‌های پزشک توسط بیمار، می‌تواند منجر به مصرف اشتباه مقدار دارو شود. در هر بار ویزیت بیمار، اهمیت زیادی دارد که مشخص شود دقیقاً چه مقدار دارویی باید بیمار مصرف کند. در صورت لزوم پزشک باید این اطلاعات را بر روی یک برگ کاغذ نوشته و به بیمار بدهد. همچنین فکر خوبی است که هر بار که بیمار به پزشک مراجعه می‌کند داروهایش را هم همراه خود برده و به پزشک نشان دهد. پاسخ دادن به سؤالات مبهمی که بیمار در مورد داروهایش می‌پرسد به ندرت می‌تواند مفید واقع شود. برای مثال، غیرممکن است که به سؤالاتی مثل این، جواب صحیح داد «خوب، پس من دو قرص آبی یا قرمز در صبح باید بخورم و سپس یک قرص سفید؟».

منبع : انجمن صرع ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=336854>

 Vista.ir
Online Classified Service

ترومای مغزی

• تقسیم بندی آسیب های ناشی از ضربه های مغزی:

(۱) اولیه: آسیب هایی که در حین تروما ایجاد می شود.

(۲) ثانویه: آسیب هایی که پس از تروما یعنی حین انتقال و غیره اتفاق می افتد.

• انواع آسیب های اولیه سر متعاقب تروما:

(۱) آسیب پوست سر (توجه: ارتباط مستقیمی بین آسیب پوست سر و مغز وجود ندارد).

(۲) شکستگی های جمجمه:

الف) شکستگی های خطی: نشان دهنده ورود یک ضربه منتشر قوی به سر می باشد.



ب) شکستگی های دپرس: نشان دهنده ورود یک ضربه قوی به یک یک قسمت سر می باشد.

ج) شکستگی قاعده جمجمه

(۳) ضایعات نفوذی و سوراخ کننده مغزی مثل چاقو و گلوله: نکته ضروری در این ضربه ها این است که به هیچ وجه نباید جسم نفوذی را بجز در اتاق عمل خارج نمود.

(۴) آسیبهای اولیه داخل جمجمه ای:

(۱) هماتوم ها:

الف) هماتوم های اپیدورال

ب) هماتوم های ساب دورال

ج) هماتوم های اینترا سربرال

(۲) کونتوزیون ها

• معیار کلاسکو GCS (مهمترین فاکتور پروگنوستیک در بیماران ضربه مغزی):

(۱) باز کردن چشم : ۴ نمره

(۲) پاسخ کلامی : ۵ نمره

(۳) پاسخ حرکتی : ۶ نمره

• انواع آسیب های مغزی از نظر شدت:

(۱) ضربه های مغزی خفیف: ۱۵-۱۲: GCS

(۲) ضربه های مغزی خفیف: ۱۲-۹: GCS

(۳) ضربه های مغزی خفیف: ۸-۴: GCS

(۴) مرگ مغزی ۳: GCS

• درمان بیماران ضربه مغزی قبل از رسیدن به بیمارستان:

(۱) باز کردن راه هوایی

(۲) برقراری تنفس

(۳) گرفتن رگ برای اصلاح کمبود حجم احتمالی در سیستم گردش خون و کنترل خونریزی

(۴) فیکس کردن گردن و ستون فقرات پشت و کمر

(۵) بررسی سریع سایر نقاط بدن و انجام اقدامات لازم

(۶) تعیین سطح هوشیاری

(۷) بدست آوردن اطلاعات کافی در مورد مکانیسم ضربه

(۸) انتقال درست و مطمئن بیمار به مراکز درمانی

• سه عامل بسیار مهم برای کمک موثرتر و ارزشمندتر به بیماران ترومایی

(۱) دانش

(۲) سرعت

(۳) دقت

• درمان در بیمارستان

(۱) مطمئن شدن از برقراری راه هوایی مناسب (نکته کلیدی: تمام بیماران با ۸ GCS و کمتر نیازمند لوله تراشه هستند).

(۲) مراقب باشیم تمام بیماران مبتلا به تروما دچار آسیب ستون فقرات گردن هستند مگر خلافش ثابت شود.

(۳) اصلاح هیپو تانسیون و جایگزینی حجم (نرمال سالین، سالین هیپرتونیک ۳%، سرم های قندی-نمکی بیشترین مصرف دارند سرمهای رینگر لاکتات و قندی پیشنهاد نمی گردد).

• علل هیپو تانسیون در بیماران ترومایی:

(۱) خونریزی و از دست دادن حجم (شایعترین علت)

(۲) آسیب های ساقه مغز و نخاع

• ارزیابی اولیه سیستم عصبی

(۱) تعیین سطح هوشیاری

(۲) وضعیت مردمک ها و پاسخ آنها به نور (مراقب آنیزو کوری باشید)

(۳) توجه به علایم شگستگی قاعده جمجمه

(۴) پوست سر را لمس کنید (پارگی ها، اجسام خارجی و ...)

(۵) بررسی بالینی علایم ستون فقرات و نخاع

- نکته: اولین گرافی در بیماران مولتیپل تروما چیست؟ گرافی لترال از گردن

• اندیکاسیون های سی تی اسکن از مغز:

(۱) GCS کمتر از ۱۴

(۲) GCS = ۱۵ در حضور علائم: فراموشی پس از ضربه، علائم عصبی موضعی

<http://vista.ir/?view=article&id=361092>

vista.ir
Online Classified Service

تسخیر ناپذیر

هرچند به نظر می رسد آلزایمر، مصیبتی است که در کهنسالی گریبان انسان را می گیرد، دانشمندان اکنون به این باور رسیده اند که خیلی پیش از میانسالی می توان تشخیص داد که مغز در آینده دچار این معضل می شود یا نه.

دکتر جان سی. موریس مدیر مرکز تحقیقات بیماری آلزایمر از دانشگاه واشینگتن در سنت لوئیس می گوید: «بیماری آلزایمر، ممکن است مزمن باشد و از میانسالی یا حتی زودتر آغاز شود.»

متأسفانه در حال حاضر نمی توان این بیماری را پیش از ظهور علائم تشخیص داد و وقتی که علائم پدیدار می شوند دیگر کار از کار گذشته است و دیگر برای مغز کاری نمی توان انجام داد. باور خیلی از دانشمندان این است که تنها امید و تنها راه باقی مانده این است که پیش از آغاز تخریب مغز جلوی ویرانی آن را بگیرند. حتی آنها امید دارند عوامل به وجود آورنده آن را شناسایی کنند تا پیش دستانه مانع شکل گیری آن شوند. همین استراتژی نیز در مورد بیماری های قلبی، عروقی و برخی از انواع سرطان ها در اولویت تحقیقات مراکز تحقیقی قرار گرفته است.

تا به حال آلزایمر جزو آن دسته از بیماری های تسخیرناپذیر بود. اما تحقیقات جدید راه را برای پاسخ به پرسش های اصلی گشوده است به خصوص این که تا حدود زیادی نقطه شروع و نحوه مبارزه با آن روشن شده است.

نوعی آزمایش تصویربرداری از بدن به روش رنگ های رادیواکتیو وجود دارد که

به B (Pittsburgh Compound) معروف شده است. با کمک تصویربرداری PET و با استفاده از رنگ رادیواکتیو امکان اندازه گیری و تشخیص رسوبات پروتئینی به نام آمیلوئید فراهم آمده و این همان پروتئینی است که رسوب آن در مغز را عامل اصلی پیدایش آلزایمر می دانند. اگر این روش به درستی و به موقع مورد استفاده قرار گیرد می تواند به تشخیص به موقع و پیش از تخریب مغز کمک کند. مشکل پزشکان در حال حاضر تشخیص آلزایمر از سایر بیماری هایی است که بعضی از علائم آنها با این بیماری مشابه است از جمله بیماری ها با علائم دیمنشیا (نوعی اختلال مشاعر). به علاوه این نوع تصویربرداری از مغز حتی می تواند شرایطی را مقایسه فراهم کند تا پزشک تشخیص دهد درمانی که به کار برده موثر واقع شده است یا نه. نکته این جاست که آزمایش های انجام شده با این روش جدید نشان می دهد که ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد سالم و طبیعی بعد



از سن ۶۵ چنین رسوباتی را در مغز خود دارند. از یک طرف می تواند نشانه این باشد که آلزایمر در راه است هرچند که زمان دقیق آن کاملا مشخص نیست.

دکتر ویلیام ای. کلونک که با اتفاق دکتر جان سی. موریس رنگ رادیواکتیو این آزمایش جدید را کشف کرده و استاد دانشگاه پیتزبورگ هم هست می گوید: «آزمایش پی.آی.بی امروز برای تعیین میزان تاثیر داروها بر ممانعت از رسوب و تجمع آمیلوئید در مغز به کار می رود اما امید می رود از همین طریق داروهایی کشف شوند که مانع آثار مخرب ناشی از تجمع این پروتئین در مغز شود.» البته برای آن که این آزمایش برای مردم شود باید اول در وزارت دارو و غذای آمریکا به تایید برسد.

در حال حاضر برای نوع عادی آلزایمر که بیش تر اوقات بعد از سن ۶۵ به سراغ افراد کهنسال می رود راه اثبات یا ردگیری وجود ندارد. یعنی هیچ آزمایشی با قطعیت نمی تواند این بیماری را مشخص کند. باید به صراحت گفت که آزمایش پی.آی.بی هم فقط می تواند از پیش بگوید چه کسی احتمال ابتلا به آلزایمر را دارد اما هیچ کمکی به درمان این بیماری نمی کند.

فعلا محققان از تصویربرداری به کمک ام.آر.آی غبه کمک میدان مغناطیسی بسیار قویف استفاده می کنند که تغییرات مغز را نشان می دهد و همچنین خون یا مایع نخاعی مورد آزمایش قرار می گیرند و در آن میزان پروتئین آمیلوئید اندازه گیری می شود.

عده دیگری از محققان هم روی مواد دارویی یا واکسن هایی کار می کنند که بتواند پروتئین آمیلوئید را از مغز خارج سازد یا از تجمع آن در مغز جلوگیری کند و این را بررسی می کنند که آیا چنین کاری به حال بیماران آلزایمری فایده ای دارد یا نه. داروهای جدید برخلاف انواع معمول در بازار جلوی پیشرفت سریع این بیماری را می گیرد.

برخی از دانشمندان به نسبت دادن تجمع آمیلوئید به بیماری آلزایمر تردید دارند اما مرددترین آنان هم ادامه مطالعه بر اساس این آزمایش را مهم می دانند. یکی از این دانشمندان مردد، دکتر پیتر دیویس از کالج پزشکی آلبرت انیشتین است که می گوید: «باید امتحان کرد. بالاخره کسی باید این موضوع را روشن کند.»

اگر این تئوری جواب ندهد و عوامل اصلی آلزایمر شناسایی نشوند، باید کارها همه از نو شروع شود و این در حالی است که خود بیماری آلزایمر ۱۰۰ سال است که شناخته شده است. در تمام این ۱۰۰ سال هم دست دانش از درمان یا جلوگیری از پیشرفت آن کوتاه مانده است. خانواده های درمانده آمریکایی سالانه بیش از یک میلیارد دلار پول خرج می کنند و داروهای مورد تایید وزارت دارو و غذای آمریکا را تهیه و مصرف می کنند بدون آن که تاثیر قابل توجهی داشته باشد. گاهی اوقات هذیان گویی و بی تابی برخی از بیماران باعث می شود داروهای مربوط به بیماری های روحی و روانی از جمله اسکیزوفرنی مورد استفاده قرار گیرند که خود فراموشی را عمیق تر می کند و عوارض جانبی نظیر دیابت، حمله قلبی و اختلالات حرکتی را هم به دنبال دارد.

بیماری های زیادی وجود دارند که موجب اختلال در مشاعر می شوند از جمله پارکینسون و بیماری های عروقی. از ۲۷۰ میلیون آمریکایی پنج میلیون نفر به آلزایمر مبتلا هستند که اغلب سنشان از ۶۵ سال بالاتر است. آلزایمر در میان بیماری های مهلک مقام ششم را دارد و سالانه ۶۶ هزار نفر در آمریکا از این بیماری می میرند. بر اساس تخمین انجمن آلزایمر در آمریکا تا سال ۲۰۵۰ تعداد آمریکایی های مبتلا به آلزایمر به ۱۱ تا ۱۶ میلیون نفر می رسد. دکتر ویلیام اچ. تیپس قائم مقام دبیر کل این انجمن می گوید: «۱۶ میلیون مبتلا رقمی نیست که بتوان به سادگی از کنار آن گذشت چون بدون تردید سیستم مراقبت پزشکی را با ورشکستگی مواجه خواهد کرد.»

هزینه برآورده شده رقم کوچکی نیست. ۱۴۸ میلیارد دلار در سال، سه برابر هزینه بیماری های مزمن ریوی، هرچند که آلزایمر نصف بیماری های ریوی جان انسان ها را می گیرد. با افزایش امید به زندگی و متوسط عمر انسان ها احتمال گذشت افراد از سن ۶۵ افزایش یافته و در نتیجه احتمال ابتلا به این بیماری افزایش یافته، به هر حال کسی که به سن ۶۵ می رسد بسیاری از بیماری ها مانند حمله قلبی، بیماری قلبی و سرطان را از سرگذرانده است. این بیماری فعلا اجتناب ناپذیر است و تقریبا ۴۰ درصد افراد بالای ۸۵ به آن دچار می شوند و به دلیل اختلالات ناشی از آن به طور کامل به دیگران متکی می شوند. به قول دکترکلانک: «این بیماری آثاری دارد که گاهی انسان از خودش می پرسد آیا ارزشش را دارد که انسان به این سن و سال برسد.»

شاید گفتن این مطلب بی رحمانه به نظر برسد اما وجود این همه مبتلا به این بیماری باعث می شود که پیشگیری و درمان آن بازار بزرگی را فراهم آورد؛ شرکت های سازنده مواد و ابزارهای پزشکی هم بسیار مایلند از این فرصت استفاده کنند. به عبارت روشن تر اگر دارویی ساخته شود که جلوی آلزایمر را بگیرد یا احتمال ابتلا را کاهش دهد، مانند لیپیتور برای بیماری های قلبی، می تواند توجه نیمی از جمعیت بالای ۵۵ سال را به

خود جلب کند. یافتن داروهای پیشگیرانه به مراتب جاذبه بیشتری دارد چون علاوه بر مزایای پزشکی از لحاظ تجاری هم برای داروسازان اهمیت دارد چون بخش بزرگتری از افراد اجتماع را شامل خواهد شد. در عین حال اشکال آن هم این است که تعداد بیشتر از افراد اجتماع در معرض عوارض جانبی ناشی از پیشگیری در برابر این بیماری قرار می گیرند.

کمی فراموش خاطری کاملاً طبیعی است. پریشانی، فشارهای روحی و روانی، خستگی مفرط و استفاده از مواد دارویی هم می تواند در آن موثر باشد. یک مثال ساده برای تشخیص فراموشی طبیعی از آلزایمر که همیشه مطرح می شود این است که اگر به خاطر نیاورید که کلیدهای خود را کجا گذاشته اید اصلاً جای نگرانی نیست اما اگر نتوانستید به خاطر بیاورید که کدام کلید مربوط به کجاست آن وقت کمی جای تامل دارد. حتی اگر فراموش خاطری مدام در حال افزایش باشد باز هم جای نگرانی است. در مورد افراد کهن سال اگر به خاطر آوردن کمی طول بکشد کاملاً طبیعی است اما تا وقتی که بدون نیاز به دیگران قادرند به خاطر بیاورند هنوز به اختلال مشاعر دچار نیستند. اما برای بسیاری از مردم این سوال مطرح است که آلزایمر از چه زمانی آغاز می شود. موریس می گوید: «وقتی که شخصی احساس می کند که بیش از حد عادی فراموشکار شده در واقع مدتی است که از تخریب مغز به ویژه در مناطق حساس و مربوط به حافظه او می گذرد.» متأسفانه مغز هم مانند بسیاری از اندام های بدن ظرفیت های زیادی دارد و تا زمانی که علایم بیماری به وضع وخیم و نگران کننده نرسد علایم آن بیماری ظاهر نمی شود و می توان گفت به نوعی آغاز تخریب و ویرانی از نظر خود شخص و دکتر مخفی باقی می ماند. ریچارد میو استاد عصب شناسی، روانکاو و اپیدمیولوژی دانشگاه کلمبیا و یکی از دو گرداننده اصلی موسسه تحقیقاتی تائب می گوید: «فکر می کنم یک فاز خیلی طولانی در این بیماری وجود دارد که شخص دیگر خودش نیست.» جالب این جاست وقتی از اطرافیان بیمار مبتلا به آلزایمر پرسیده شود که از چه زمانی به فراموشی دچار شده می گویند حدود یک سال و نیم و وقتی از آنان می پرسید چند وقت پیش حافظه اش نرمال بوده در جواب می شنوید که بیمار هرگز حافظه خوبی نداشته است. چون بیماری آلزایمر در میان افراد تحصیل کرده کمتر است و از آن جایی که تست هوش بیماران مبتلا به این بیماری در سنین جوانی هم پایین است، همیشه با این توصیه مواجه هستید که بهتر است در کلاس آموزشی شرکت کنید، معما حل کنید و مدام از حافظه خود کار بکشید. اما آیا واقعا فعالیت فکری از آلزایمر جلوگیری می کند؟ باید گفت فعلاً پیشنهاد بهتری وجود ندارد.

در حال حاضر راهی نیست جز آن که با این بیماری کنار بیاییم. حتی داروهای نظیر Aricept هدیان گویی را افزایش می دهد. داروهای مخصوص اسکیزوفرنی هم عوارض جانبی زیادی دارد.

منبع : روزنامه سرمایه

<http://vista.ir/?view=article&id=312583>

 Vista.ir
Online Classified Service

تشنج چیست؟

تشنج عبارت است از اختلال موقتی درمغز، این اختلال دو عملکرد و خصوصیت دارد

اول اینکه : به صورت ناگهانی آغاز میشود
دوم اینکه : غیرارادی و غیر قابل کنترل است

• علایم تشنج چیست؟

وقتی کودکی تشنج میکند ممکن است شما هریک از این علایم را ببینید:





- ۱) کودک دچار اختلال هوشیاری شود یعنی اطرافیان رانشناسد متوجه زمان و مکان نباشد، به سدادن شما پاسخ ندهد یا بیهوش روی زمین بیفتد.
- ۲) حرکاتی غیر ارادی در اعضای بدن کودک ظاهر شود این حرکات ممکن است قسمتی از بدن یا تمام اعضا را درگیر کند. ممکن است کودک به شدت دست و پا بزند، روی زمین بیفتد، سروچشمهای کودک به یک طرف بچرخد یا اینکه فقط یک دست یا یک پای کودک دچار حرکات تکان دهنده شدید شود و این حالت چند ثانیه تا چند دقیقه طول بکشد معمولاً این حملات کمتر از ۱۰ دقیقه طول میکشد.
- ۳) ممکن است کودک در زمان حمله کنترل ادرار خود را از دست بدهد.
- ۴) گاهی کودک به صورت ناگهانی رفتاری غیر عادی نشان میدهد مثلاً بدون

آنکه متوجه اطراف باشد، شروع به دویدن میکند.

۵) ممکن است کودک برای چند لحظه به نقطه ای خیره شده و در این مدت متوجه اطراف نباشد.

• آیا هر کودکی یک بار تشنج کند، تا آخر عمر دچار حملات تشنج خواهد شد؟

در سنین ۶ ماه تا ۵ سالگی مغز کودکان به افزایش درجه حرارت بدن حساس است در نتیجه ۲-۴ درصد کودکان در این سنین با تب های شدید (بیش از ۳۸ درجه) دچار تشنج میشوند. اکثریت این کودکان بعد از سن ۵ سالگی دچار تشنج نمیشوند. شایعترین سن برای تشنج ناشی از تب ۱۸-۱۴ ماهگی است و زمان آن از چند ثانیه تا ۱۰ دقیقه طول میکشد و بندرت تشنج ناشی از تب بیش از یکبار اتفاق میافتد.

• علت تشنج همراه با تب چیست؟

بیشتر مواقع تشنج همراه با تب در اثر عفونتهای ویروسی دستگاه تنفس فوقانی یا عفونت حاد گوش میانی ایجاد میشود. گاهی ممکن است علت تشنج با تب مننژیت باشد.

آیا تشنج در نوزادان شایع است؟

تشنج در نوزادان چه علایمی دارد؟

علت تشنج در نوزادان چیست؟

لازم به ذکر است کودکان قبل از سن ۶ ماهگی که شامل نوزادان نیز می شوند به علت تب بالا دچار تشنج نمی شوند

اگر کودک شما مبتلا به حملات تشنج در زمان تب می شود به این نکات دقت فرمائید :

۱) هرگاه کودک شما به علت سرماخوردگی یا هر عفونت دیگری دچار تب شدید شد حتماً " با استفاده منظم از داروی ضد تب (استامینوفن) و پا شویه با آب ولرم تب کودک را کاهش دهید .

۲) هیچگاه برای کاهش تب کودک از آسپرین یا آمپول های تب بر استفاده نکنید .

۳) کودک را برای بررسی علت تب نزد پزشک ببرید .

۴) در صورتی که پزشک احتمال مننژیت را در کودکی بدهد کشیدن مایع نخاع کودک جهت آزمایش و تشخیص بیماری ضروری است . در این زمینه با پزشک همکاری کنید .

۵) اگر کودک شما سابقه تب و تشنج دارد با نظر پزشک در زمان تب شدید علاوه بر استامینوفن و پا شویه کردن کودک از داروی ضد تشنج به مقداری که پزشک دستور داده استفاده کنید تا از تشنج کودک پیشگیری شود .

۶) اگر بعد از تشنج کودک پزشک دستور داد تا کودک شما به مدت طولانی (حدود ۲ سال) از داروهای ضد تشنج استفاده کند .

حتماً " این داروها را طبق دستور در زمان مناسب مصرف کنید و از کم کردن یا قطع کردن خود سرانه داروها بپرهیزید .

اگر کودک شما مبتلا به حملات تشنج بدون تب (صرع) است به این نکات دقت فرمائید :

۱) کودک شما تا زمانی که پزشک دستور دهد باید داروی ضد تشنج مصرف کند .

۲) هیچ گاه دارو را خود سرانه قطع نکنید یا مقدار آن را کاهش ندهید .

۳) کودکان مبتلا به حملات تشنج بدون تب (صرع) باید همواره مراقبت شوند بدون آنکه فعالیت جسمی ایشان محدود شود. در زمان انجام کارهای حساس مثل شنا یا استحمام حتماً از نزدیک مراقب کودکان باشید. اگر کودکان تمایل به بالا رفتن از بلندیها، درخت یا وسایل بازی دارد نزد کودکان بمانید.

۴) در صورتی که کودکان دچار حمله تشنج شد او را به پهلو بخوابانید جسم سفتی (چوبی یا چرمی یا پارچه ای) بین دندانهای کودک بگذارید تا زبانش در اثر قفل شدن دندانها آسیب نبیند. اطراف کودک را خلوت کنید و لباسهای تنگ یا زیور آلات را از گردن او باز کنید تا راحتتر نفس بکشد. در زمان تشنج هیچ ماده خوراکی یا آب را وارد دهان کودک نکنید و سریعاً او را به بیمارستان برسانید.

• تعریف انواع تشنج:

۱) فوکال یا پارشیال:

جریان تشنج از یک نقطه مغز شروع می شود. این تشنج به سه نوع تقسیم می شود:

الف) simple partial seizure:

کاهش سطح هوشیاری نداریم. می تواند به صورت موتور(پرش دست)، حسی(پارستزی یا سرگیجه)، اتونومیک(تعریق یا برافروختگی) یا psychic باشد.

ب) complex partial seizure:

کاهش سطح هوشیاری داریم. البته قبل از این کاهش هوشیاری او را وجود دارد که بیشتر به صورت احساس در اپیگاستر است و پس از کاهش سطح هوشیاری حرکات اوتوماتیسم به صورت جویدن یا بلع داریم. Temporal lobe epilepsy نوعی از آن است.

ج) partial seizure with secondary generalization:

اول تشنج فوکال داریم و بعد ژنرالیزه می شود. جهت تمیز از تشنج ژنرالیزه اولیه باید از EEG استفاده کرد که تشنج فوکال اولیه را نشهن می دهد.

۲) ژنرالیزه: هر دو نیمکره همزمان تخلیه می شوند. این تشنج به پنج نوع تقسیم می شود:

الف) absence یا petit mal:

در بچه ها به صورت از دست رفتن هوشیاری برای ۵ تا ۱۰ ثانیه. تون بدن حفظ می شود. در EEG امواج ۳ هرتز spike & wave داریم.

ب) atypical absence:

مثل absence با ۴ تفاوت: شروع و ختم تشنج تدریجی تر است، فرکانس امواج ۵/۲ هرتز است، مدت حملات طولانی تر است. علائم نورولوژیک و مشکل مغزی وجود دارد.

ج) tonic-colonic یا grand mal:

بدون او را با دو فاز تونیک به صورت انقباض کل بدن و سیانوز و گاز گرفتن زبان و میدریاز و تاکی کاردی و بالا رفتن فشار خون و سپس فاز کلونیک به صورت پرش. کل تشنج یک دقیقه طول می کشد. پس از آن فاز post-ictal داریم.

د) atonic:

یک دفعه بیمار روی زمین می افتد.

ه) tonic

۳) تشنج میوکلونیک نوجوانان:

پرشهای میوکلونیک دو طرفه در صبح قبل از بیدار شدن. به هنگام کم خوابی دیده می شود. هوشیاری حفظ می شود. بسیاری از آنها نهایتاً تشنج ژنرالیزه ای بروز خواهند داد. شرح حال فامیلی اغلب مثبت است.

۴) سندرم لنوکس:

انواع مختلف تشنج را داریم که مقاوم به درمان است. اختلال CNS و MR هم داریم.

۵) febrile convulsion:

به صورت ژنرالیزه از ۳ ماهگی تا ۵ سالگی بدون عفونت CNS. اگر یکی از سه ویژگی زیر باشد complex febrile seizure گویند: تکرار شونده، بیش از ۱۵ دقیقه یا وجود علائم فوکال. نوع simple خطر صرع را در آینده بالا نمی برد ولی نوع complex می برد.

تشنج ناشی از تب کودک

در حدود ۲ تا ۴ درصد کودکان کمتر از ۵ سال، حداقل یک بار دچار تشنج در اثر تب می شوند، به عبارتی دیگر از هر ۱۰۰ کودک، ۲ تا ۴ نفر در طی ۵ تا ۶ سال اول زندگی خود، متعاقب تب دچار تشنج می شوند. این نوع تشنج شایع ترین علت وقوع تشنج در این گروه سنی می باشد و متأسفانه به دلیل عدم شناخت کافی والدین از این حالت، مشکلات روحی و روانی و حتی مادی در خانواده ها به وجود می آید.

▪ چرا تب باعث تشنج می شود؟

- اصولاً تب بسیار شدید (بالتر از ۴۱ درجه ی سانتیگراد) در بسیاری از افراد (در هر سنی) باعث بروز تشنج می شود. علت این مسئله احتمالاً افزایش حساسیت و تحریک پذیری سلول های عصبی مغز است. اما آنچه که به عنوان بیماری تشنج ناشی از تب شناخته می شود، با این مسئله متفاوت است، زیرا اولاً این نوع تشنج در تب های پایین تر از ۴۱ درجه سانتیگراد اتفاق می افتد، ثانیاً فقط در کودکان کمتر از ۶ سال بروز می کند و ثالثاً هر نوع تبی نمی تواند موجب این بیماری شود.



▪ اهمیت بیماری « تشنج ناشی از تب » در چیست؟

- زمانی که تشخیص داده می شود کودکی در اثر تب، تشنج کرده است، دو مسئله مهم و اساسی برای ما مشخص می شود: اولاً اینکه مطمئن شده ایم به جز تب، هیچ یک از علل به وجود آورنده تشنج وجود ندارد، یعنی نه مغز عفونت کرده است نه ضایعه عصبی (نظیر خونریزی، ضربه مغزی)، نه اختلالات متابولیک (نظیر کاهش قند خون، کاهش کلسیم و کاهش سدیم خون) و نه مسمومیت دارویی، هیچ یک وجود ندارند. ثانیاً این که خیال مان راحت می شود که در آینده تقریباً هیچ عارضه و ضایعه ی جدی در کودک به وجود نخواهد آمد.

▪ آیا هر تشنجی ناشی از تب است؟

- خیر، یکی از علل اصلی و مهم تشنج (در هر سنی) عفونت پرده های مغز (موسوم به مننژیت) و گاهی عفونت بافت مغز (موسوم به آنسفالیت) است و این حالت، اکثراً همراه با تب است و در چنین حالتی هرگز اصطلاح تشنج ناشی از تب به کار برده نمی شود. به عبارت دیگر یکی از شرایط اصلی برای این که بگوییم کودکی در اثر تب تشنج کرده است، این است که مغز عفونت نکرده باشد.

▪ آیا ممکن است تشنج ناشی از تب در هر سنی اتفاق افتد؟

- خیر، اکثر موارد این نوع بیماری در سنین ۵/۱ تا ۲ سالگی اتفاق می افتد، اما ممکن است در هر سنی از ۶ ماهگی تا ۵ سالگی نیز رخ دهد. ولی اگر تشنجی قبل از ۶ ماهگی و یا پس از ۵ سالگی بروز کند، دیگر بیماری تشنج ناشی از تب نبوده و حتماً بایستی به دنبال علت آن بود (البته موارد بسیار نادری گزارش داده است که پس از ۳ ماهگی و تا ۹ سالگی نیز اتفاق افتاده است).

• آیا هر نوع عفونتی که باعث تب شود (به غیر از عفونت مغز) می تواند موجب تشنج شود؟

- خیر، در حدود ۷۵ درصد موارد تشنج ناشی از تب، منشأ و علت تب شناخته می شود و در چنین مواردی عفونت هایی که مسبب این حالت می باشند عبارتند از: عفونت گوش میانی (۳۲ درصد موارد)، عفونت های مجاری تنفس فوقانی از جمله: سرماخوردگی، گلودرد یا فارنژیت (۱۲٪ موارد)، عفونت های ویروس جلدی (نظیر سرخک، سرخچه و ...، ۱۲ درصد موارد) عفونت های کلیه و مجار ادرار (کمتر از ۱۰ درصد موارد)، عفونت ریه (۲ درصد موارد) و عفونت های دستگاه گوارش (۱ درصد موارد).

• آیا تزریق واکسن می تواند موجب تشنج وابسته به تب شود؟

- بلی، ولی احتمال آن بسیار کم می باشد و فقط ۲ درصد موارد تشنج وابسته به تب را تشکیل می دهد.

به علت دیگر از هر ۱۰ هزار کودکی که واکسن می زنند (پس از سن ۶ ماهگی) و تب می کنند، ممکن است ۴ تا ۸ نفر دچار تشنج ناشی از تب شوند. این حالت بیشتر متعاقب واکسن ثلاث (یک تا دو روز بعد از آن) و یا سرخک (گاهی ۷ تا ۱۰ روز بعد از آن) اتفاق می افتد. در اینجا بایستی به والدین متذکر شد هیچ نگرانی در رابطه با این موضوع نداشته باشند، زیرا اولاً این حالت بسیار کم اتفاق می افتد. ثانیاً همانند سایر حالات تشنج ناشی از تب، هیچ عارضه عصبی جسمی و روحی بر جای نمی گذارد. ثالثاً خطرات حاصل از عدم تزریق واکسن (و در نتیجه ابتلا به بیماری های مربوطه) صدها برابر بیشتر از یک تشنج بی عارضه است. رابعاً در صورتی که زمینه این بیماری در کودک شما وجود داشته باشد با تجویز استامینوفن توسط پزشک و جلوگیری از تب (همزمان با تزریق واکسن) احتمال بروز چنین حالتی تقریباً از بین خواهد رفت.

• آیا رابطه ای میان شدت تب و احتمال بروز تشنج وجود دارد؟

- تا حدودی بلی. اکثر موارد تشنج ناشی از تب در درجه حرارت بدن بیش از ۳۹ درجه سانتیگراد اتفاق می افتد. اما در حدود ۲۵ درصد موارد نیز در تب بین ۳۸ تا ۳۹ درجه سانتیگراد رخ می دهد.

• در چه زمانی از شروع تب، امکان بروز تشنج بیشتر است؟

- در اکثر موارد، تشنج در اوایل بیماری و بروز تب اتفاق می افتد. بطوری که ۷۵ درصد موارد در ۱۲ ساعت اول و ۸۰ درصد موارد در ۲۴ ساعت اول بروز تب اتفاق می افتد. به ندرت ممکن است موقع کاهش درجه حرارت بدن نیز تشنج رخ دهد. در حدود ۱۵ درصد موارد تشنج ناشی از تب، تشنج قبل از شروع تب بروز می کند.

• در صورت وقوع، تشنج چه مدت طول می کشد؟

- اکثر موارد تشنج در کمتر از ۲ دقیقه به طور خود به خود پایان می یابد. در موارد بسیار کمی ممکن است ۱۰ دقیقه یا بیشتر طول بکشد.

• آیا تشنج وابسته به تب، ارثی است؟

- همانند اکثر بیماری ها، این حالت نیز تحت تأثیر ارث می باشد، اما تأثیر آن چندان زیاد نیست. دیده شده است که ۱۰ درصد خواهران و برادران کودک مبتلا به تشنج وابسته به تب دارای زمینه یا سابقه تشنج می باشند.

• تشنج وابسته به تب چه خصوصیتی دارد؟

- تشنج ناشی از تب دارای خصوصیات زیر است:

(۱) تقریباً هرگز قبل از ۶ ماهگی و پس از ۶ سالگی اتفاق نمی افتد.

(۲) هرگز عفونت یا بیماری مغزی که بتواند باعث تشنج شود، وجود ندارد.

(۳) به جز تب، هیچ عامل دیگر به وجود آورنده تشنج، وجود ندارد.

(۴) تقریباً هرگز ضایعه عصبی، جسمی و روحی در اثر آن به وجود نمی آید.

(۵) معمولاً در ساعات اولیه ی افزایش درجه حرارت بدن اتفاق می افتد.

(۶) با کاهش تب، تشنج نیز کنترل می شود.

• در کودک یک ساله ای که تشنج کرده و تب دارد آیا گرفتن آب کمر (مایع مغزی نخاعی) لازم است؟

- قبل از این که به این سؤال پاسخ دهیم، بهتر است ابتدا ماهیت مایع مغزی نخاعی را بشناسیم. در داخل مغز و نخاع یک مایع شفاف (همانند آب) موسوم به مایع مغزی نخاعی وجود دارد که توسط قسمت های مختلفی از مغز، از خون ساخته می شود. مقدار مایع مغزی نخاعی در یک شخص بالغ بین ۱۲۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر، در یک نوزاد تازه متولد شده ۵ میلی لیتر و در یک کودک یک ساله حدود ۵۰ میلی لیتر است. مایع مغزی

نخاعی دائماً در حال بازسازی است، به طوری که در یک شخص بالغ روزانه ۷۵۰ میلی لیتر مایع مغزی نخاعی ساخته می شود و با خون مبادله شده تعویض می شود. در یک کودک یک ساله روزانه ۲۵۰ میلی لیتر از این مایع ساخته می شود. مقدار مایعی که جهت آزمایش گرفته می شود بین ۲ تا ۵ میلی لیتر است و کاهش این مقدار از مایع مغزی نخاعی هیچ مشکلی جدی به وجود نیاورده و در کمتر از یک ساعت مجدداً ساخته می شود. در حال عادی تنها عارضه ای که ممکن است اتفاق افتد، سردرد است که با دراز کشیدن و مصرف مایعات در طی چند ساعت تا حداکثر چند روز از بین می رود و هرگز باعث کاهش قدرت باروری شخص نمی شود.

منبع : تبیان

<http://vista.ir/?view=article&id=306580>

 Vista.ir
Online Classified Service

تغییرات احوال سالمندان را جدی بگیرید

- گفت‌وگو با دکتر خدیوی

خونریزی مغزی می تواند ناشی از ضربه یا تروما و یا عوامل دیگری به جز ضربه یعنی غیر تروماتیک باشد.

دستگاه عصبی ما از مغز و نخاع تشکیل شده است. بافت‌هایی نرم و آسیب‌پذیر که اعمال بسیار مهم و پیچیده حیاتی را در بدن ما انجام می‌دهند. به همین علت خداوند متعال عوامل متعددی را قرار داده که آنها را از آسیب‌های احتمالی در امان نگه دارد. مغز و نخاع به وسیله پوست، فاسیا و عضلات و استخوان‌ها محافظت می‌شوند.

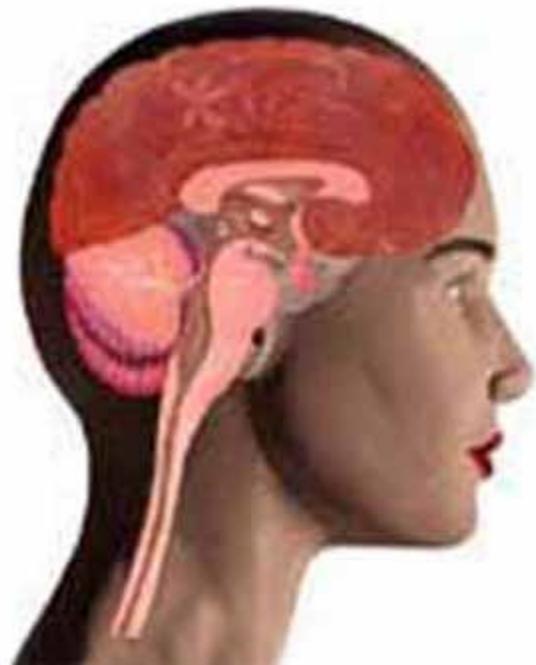
مغز علاوه بر این، به وسیله مو هم تحت محافظت قرار می‌گیرد. علاوه بر همه این نگرانی‌ها که از مغز و نخاع محافظت می‌کنند، سه لایه پرده‌ای به نام مننژ، مغز و نخاع را در بر گرفته است. به مجموعه استخوان‌هایی که با هم مفصل شدند تا کاسه سر و فضای قرار گرفتن مغز را بسازند، جمجمه می‌گوییم. با وجود این همه سد دفاعی، ما انسان‌ها با بی‌دقتی و رفتارهای غیرعقلانی گاهی به این عضو حیاتی آسیب می‌رسانیم.

• آقای دکتر خونریزی مغزی به چه دلیل به وجود می‌آید؟

به دو دلیل عمده. یکی تروما یا همان ضربه و دیگری عوامل و عللی که هیچ ارتباطی با ضربه ندارند یا به اصطلاح غیرتروماتیک هستند. البته این خونریزی که در اثر ضربه به وجود می‌آید براساس محل خونریزی به چند دسته تقسیم می‌شود. حتی برای سنین مختلف تفاوت‌هایی هم دارد.

• انواع خونریزی مغزی بر اثر ضربه را چه طور تقسیم‌بندی می‌کنید؟

به دنبال یک ضربه مغزی ممکن است خونریزی بین استخوان و پرده سخت‌شامه (خارجی‌ترین لایه مننژ) اتفاق بیفتد یا گاهی زیر پرده سخت‌شامه، گاهی داخل نسج مغز و یا داخل حفرات مغزی نیز امکان وقوع خونریزی هست. ما در گذشته نوع اول را بیشتر داشتیم و خونریزی اغلب خارج از سخت‌شامه بود.



• چرا؟

چون جاده‌ها در آن موقع کمتر به شکل اتوبانی بود، تصادفاتی که رخ می‌داد معمولا با سرعت کمتر ماشین‌ها به وقوع می‌پیوست و به دنبال شکستگی جمجمه، فرد دچار این نوع خونریزی مغزی می‌شد. گاهی هم شخص از جایی سقوط می‌کرد یا در حین دعوا پیش می‌آمد که با جسمی که تیز نبود و سطح بزرگی داشت به جمجمه آسیب می‌رسید. خون در این فضا کم‌کم با گذشت زمان جمع می‌شد و مثلا در حدود ۳۰۰ سی‌سی خون می‌شد و مرگ شخص را به همراه داشت.

• چرا با این مقدار خیلی کم شخص می‌میرد در حالی که گاهی فردی يك لیتر خون در داخل شکمش جمع می‌شود و مسأله مرگ را ندارد؟

دلیل این امر این است که مغز، داخل يك محفظه بسته که همان جمجمه است قرار دارد. این پرده سخت‌شامه هم به استخوان چسبیده است. اگر خون کم‌کم سبب جدا شدن این پرده از استخوان شود، به بافت نرم مغز فشار می‌آید و همچنین نظم داخل مغز به هم می‌ریزد. اینها دلایل مرگ شخص هستند البته فضای زیر سخت‌شامه سیر آهسته‌ای را طی می‌کند تا کم‌کم خون جمع شده آن را از استخوان در محل‌هایی جدا کند.

• چقدر این زمان طول می‌کشد؟

بستگی دارد به سرعت جمع شدن خون و همچنین به وضعیت مریض. این عوامل در نهایت قرار است موجب فشار و جابه‌جایی یا در اصطلاح فتق مغز بشوند. گاهی مریض زود بعد از تصادف به هوش می‌آید و بعد از چند ساعت با کاهش سطح هوشیاری به اغما می‌رود. الان البته اگر خونریزی در این سطح داشته باشیم به مرگ بیمار منتهی نمی‌شود.

• چرا؟

چون الان در همه جای کشورمان شرایط تصویربرداری را داریم و خیلی راحت با انجام سی‌تی‌اسکن می‌شود مشکل را تشخیص داد. جراحان اعصاب فعلی هم تعدادشان متناسب است و دیگر نباید این مسأله موجب مرگ‌ومیر کسی بشود. البته همان‌طور که گفتم الان آن‌قدر سرعت‌ها در هنگام تصادف زیاد است که این نوع خونریزی با وجود شایع بودن در تصادفات جاده‌ای کمتر دیده می‌شود.

• خونریزی‌های زیر پرده سخت‌شامه به چه صورت اتفاق می‌افتند؟

این نوع خونریزی به سه شکل خودش را نشان می‌دهد: حاد، تحت حاد و مزمن. دو شکل اول محصول بیماری‌رانی است که در اتوبان‌ها با سرعت‌های فوق‌العاده زیاد تصادف می‌کنند و معمولا برخلاف نوع قبلی حتی آثاری از ضربه را روی سر بیمار نمی‌بینیم و بدون داشتن آثار چندانی از تصادف، بیمار به اغما می‌رود.

• برای جمجمه در این حالت چه اتفاقی می‌افتد؟

به دنبال سرعت بالا، يك حالت خاصی پیش می‌آید که در اثر حرکت دورانی جمجمه متحرک، این خونریزی در ناحیه زیر سخت‌شامه به وجود می‌آید و مریض در همان ابتدا به اغما می‌رود.

• درمانی ندارد؟

جراحی انجام می‌شود اما چون فشار داخل جمجمه زیاد شده و در واقع این صدمه به نسج مغزی هم در نواحی خاصی آسیب رسانده است، میزان مرگ‌ومیر فوق‌العاده بالایی دیده می‌شود.

• حالا نوع مزمن این خونریزی؟

نوع مزمن هم خودش در دو گروه دیده می‌شود: بزرگسالان و بچه‌ها. در بزرگسالان معمولا در افرادی که يك سابقه تشنج دارند و یا با سابقه مصرف الکل و یا با مصرف آنتی‌کواگولان (آسپرین) دارند، دیده می‌شود. گاهی ضربه‌ای را که به سرشان خورده، به علت ناچیز بودن ضربه، حتی فراموش کردند ولی به تدریج به دنبال ضربه، یکی از وریدهای پلی که بین مغز و سخت‌شامه است پاره می‌شود و ممکن است خونریزی بکند و کم‌کم در همان‌جا لخته بشود و با اضافه شدن حجمش، طی زمان این امر مشکل‌آفرین بشود و در درازمدت متوجه این مشکل بشوند.

• مگر این حالت علائمی به دنبال ندارد که شخص را مجبور کند به پزشک مراجعه کند؟

علائم بارزی ندارد. معمولا این افراد، مسن هستند. گاهی ضربه‌ای به سرشان خورده و گاهی هم سابقه‌ای را اعلام نمی‌کنند اما با فلج نیمه بدن به صورت اتفاقی، با اختلال حواس یا با علائم روانی بدون اینکه سابقه‌ای در خانواده داشته باشند، مواجه می‌شوند. بعضی‌ها هم علائم پارکینسونی می‌دهند و یا با حالتی که قادر به راه رفتن نیستند مراجعه می‌کنند. پزشکان و بیماران باید روی این نکات خیلی دقت کنند، مبادا این علائم به خاطر خونریزی زیر پرده سخت‌شامه به صورت يك‌طرفه و یا دوطرفه باشد. باید خوب تشخیص بدهند و با ارجاع به موقع بیمار، در جهت

درمان او اقدام مؤثری بکنند.

• درمانش به چه صورت است؟

درمان فوق‌العاده ساده است و نتایج عالی دارد. یعنی مریضی که فلج نیمه بدن شده بعد از تخلیه مشکل از زیر سخت‌شامه، به سرعت بهبود پیدا می‌کند.

• درباره نوع مزمن بچه‌ها چه‌طور؟

در بچه‌ها هم به دنبال ضربه، به‌خصوص در نوزادان این نوع خونریزی اتفاق می‌افتد که با تشخیص به‌موقع به وسیله سی‌تی‌اسکن و سونوگرافی به راحتی درمان صورت می‌گیرد. در نوزادان ما حتی می‌توانیم بدون جراحی، ناحیه زیر پرده سخت‌شامه را تخلیه کنیم.

• از چه طریقی؟

از طریق ملاج یا فوتانل چون در نوزادان این ناحیه هنوز نرم است و دسترسی خوبی است. می‌رسیم به خونریزی در نسج مغز. با توجه به اینکه در کجای مغز ایجاد شده باشد، علائم خاص خودش را دارد. اگر در قسمت فروتال باشد (جلو، سمت پیشانی) ممکن است تغییرات خلقی و رفتاری بدهد، اگر در پس‌سر باشد علائم چشمی و اگر هم در قسمت‌های حرکتی باشد ممکن است فلج طرف مقابل را به همراه داشته باشد.

• درمانش به چه طریقی است؟

معمولا اگر منطقه بزرگی نباشد نیازی به کار جراحی ندارد و به مرور زمان خوب می‌شود.

• چه خونریزی مغزی دیگری به دنبال ضربه ممکن است پیش بیاید؟

ممکن است در فضای زیر عنکبوتیه هم خونریزی به دنبال تروما و یا بدون تروما اتفاق بیفتد که نوع تروماتیک آن خیلی شایع است (عنکبوتیه پرده تیغه ماندنی است که در زیر سخت‌شامه قرار دارد).

• علائم این خونریزی کدامند؟

این فضا، چون فضایی حاوی مایع مغزی نخاعی است خونریزی در آن با علائم مننژیت همراه است.

• درمان ندارد؟

نه، درمان خاصی ندارد. خودش به مرور زمان با مصرف کورتن و مسکن خوب می‌شود. اگر هم خیلی بیمار اذیت می‌شود سعی می‌کنیم با انجام مرحله LP او را درمان کنیم.

• نوع بدون تروما چه‌طور اتفاق می‌افتد؟

این خیلی مبحث پراهمیتی است. یک خانم یا آقای میانسال در حال یک کار شدید یا در حین بحث لفظی یا گاهی در حین اجابت مزاج ممکن است ناگهان سردردی فوق‌العاده شدید بگیرد و به اغما برود. گاهی حتی دیده شده شخص در حال غذا خوردن بوده و این اتفاق رخ داده است.

• به چه دلیل؟

به دلیل ترکیدن یک آنوریسم و به صورت نادر محصول پارگی A.V.N.

• شایع است؟

قبلا می‌گفتند که در ایران آنوریسم شایع نیست و ما هم خیلی کم می‌دیدیم. اما حالا با توجه به بالا رفتن اطلاع پزشکان عمومی و جامعه می‌بینیم تعداد آنوریسم‌ها که به جراحان اعصاب مراجعه می‌کنند زیاد شده. پس در واقع، قبلا میزان بیماری کم نبوده بلکه اصلا تشخیص داده نمی‌شده است. اتفاقا این بیماری شایع است اما چون علائم آن، علائم خاص مغزی نیست، گاهی به اشتباه تشخیص و درمانی نابجا دارد. بسیاری از مراجعان به بخش‌های مسمومان که با استفراغ مراجعه می‌کنند، ممکن است خونریزی فضای زیر عنکبوتیه کرده باشند و یا آنهایی که می‌گویند مننژیت ویروسی دارند همان کسانی هستند که آنوریسم‌شان پاره شده است.

• اینها علائم پیش‌قراولی ندارند که اخطار بدهد در مغزشان چه می‌گذرد؟

بله، دارند. اما نزدیک به یک‌پنجم آنها در محل، به محض ترکیدن آنوریسم می‌میرند اما از این ۸۰ درصد باقیمانده که ما برایشان درمان انجام می‌دهیم اظهار می‌کنند، چند روزی است که سردردهایی دارند که اذیتشان می‌کند، سردردهایی که هیچ‌وقت نداشتند، این سردردها پیش‌قراول هستند. جای خاصی در سر درد نمی‌کند بلکه دردی است بسیار ناراحت‌کننده در کل سر.

• میگرنی‌ها که سردردهای شدید را تجربه می‌کنند چه‌طور تفاوت بین اینها را متوجه بشوند؟
لازم است اکثر این بیماران که سابقه میگرن دارند، از نظر آنوریسم، با يك MRI ساده بررسی شوند. در MRI با دقت در عکس‌ها تشخیص آنوریسم داده می‌شود و اگر مشکوک بودیم از طریق سی‌تی‌آزئوگرافی به بیمار کمک مؤثری می‌شود. به‌طور کلی نباید هر سردردی را به صرف اینکه میگرن است، رها کرد. اگر تا به حال سردرد نداشتید و حالا چند روز است که وحشتناک شده باید بررسی شود. میگرنی‌ها باید دقت کنند مدل سردردشان، شدت آن و نوع آن، اگر عوض شده و قبلاً مثلاً ماهی يك‌دفعه می‌گرفتند اما الان تند تند می‌گیرند و در حالی که زمینه‌های غذایی و عصبی‌شان تغییر نکرده باشد، پیگیری لازم است. در غیر این صورت نیازی به پیگیری نیست و سردردهای عادی با مسکن خوب می‌شوند.
• کلام آخر؟

همیشه پیشگیری از درمان بهتر است، به‌خصوص در این زمینه که شاید هرگز فرصت درمانی به دنبال وقوع مشکل نباشد. موتورسواران از کلاه ایمنی استفاده کنند. رانندگان با سرعت مناسب برانند. کمربند ایمنی حتما استفاده شود. در جاهایی که احتمال سقوط است جوانان از شوخی کردن با هم بپرهیزند. تغییر حالات و علامت‌ها را در افراد، به‌خصوص سالخوردگان جدی بگیرید، شاید برای آنها ضربه‌ای رخ داده باشد و فراموش کرده باشند.

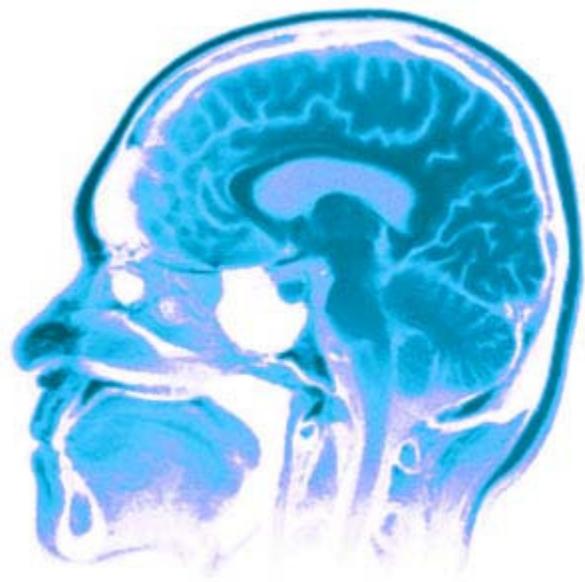
منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=245973>

 **vista.ir**
Online Classified Service

تکامل مغز

دانشمندان آمریکایی از کشف شواهد علمی مهمی خبر دادند که نشانگر تداوم تکامل مغز در گونه انسان (هومو ساپینس) است.
گروهی از محققان شیکاگو در پی مقایسه وضعیت دو ژن ویژه در انسان مدرن نسبت به اجداد و نیاکان ۲۷ هزار ساله بشر، دریافتند که مغز انسان همچنان روند تکامل خود را ادامه می‌دهد.
عملکرد دو ژن مورد نظر با اندازه مغز انسان در ارتباط است و بررسی‌های انجام شده بر روی آنها نشان می‌دهد واریته‌های جدیدی در حدود ۵ هزار و ۸۰۰ سال پیش ظهور یافته‌اند که هم اکنون، فقط در میان ۳۰ درصد از انسان‌های امروزی وجود دارد.
به گفته دانشمندان، این دوره زمانی در مقیاس تکاملی، بسیار کوتاه محسوب می‌شود و گسترش قابل توجه نسخه ژنی جدید در چنین زمان کوتاهی، نشانگر فشار گزینشی بسیار شدید این واریته است. تکامل دانان سرگرم بررسی این موضوع هستند که آیا تکامل ژنتیکی برآستی سبب



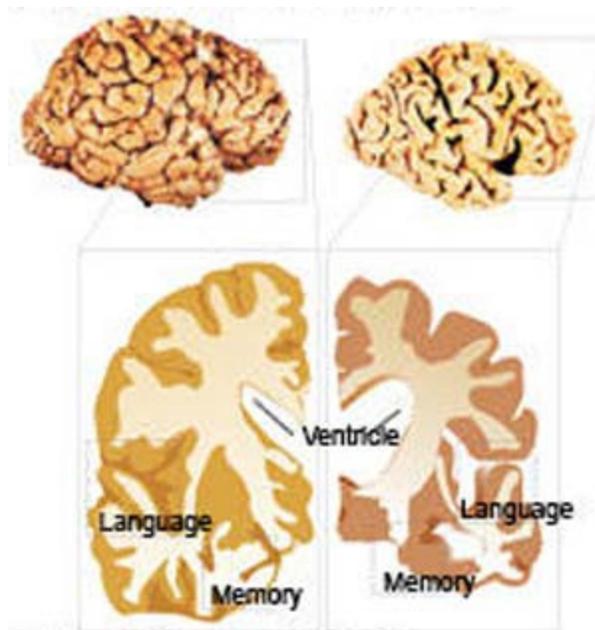
ظهور تکامل اجتماعی در انسان شده است و یا این که عوامل دیگری در تکامل اجتماعی این گونه زنده هوشمند نقش داشته است.

منبع : روزنامه ایران

تنش های عصبی باعث افزایش پروتئین های آلزایمر در مغز می گردد

بر اساس مطالعاتی که بر روی موش ها صورت گرفته است ، تنش های عصبی کوتاه مدت می توانند افزایش سریع پروتئین های مرتبط با آلزایمر را در مغز به همراه داشته باشند.

به گزارش پایگاه زیست شناسی ایران به نقل از نیو ساینسیست تنها طی سه روز استرس ، تا ۴۲ درصد افزایش پروتئین ها در مغز مشاهده شد. این مشاهدات علت این که افراد تحت ناراحتی های روحی و عصبی نسبت به این بیماری مستعدترند را نشان داد. محققین موش های چهار ماهه را به محیط های کوچکی که یک سوم اندازه محفظه های طبیعی بودند ، منتقل کردند. در طی این آزمایش ابزاری بنام " ردیاب میکرو دیالیز " بر روی سر آن ها نصب بود، که بطور تناوبی مایع مغزی را جهت آنالیز استخراج می کرد. دیوید هولتزمن و همکارانش در دانشگاه واشنگتون در سنت لوییس ، توجه خود را معطوف به یک مولکول خاص کردند: پپتید بتا آمیلوئید. این مولکول در ساخت شبکه و پلاک آمیلوئید که از علائم مشخص آلزایمر است نقش دارد.



پیش از این دانشمندان پی برده بودند که مقادیر بالای پپتید بتا آمیلوئید خطر ابتلا به جنون را در انسان افزایش می دهد. این گروه تحقیقاتی دریافتند که موش های ساکن در محیط های تحت فشار طی ۳ ماه ، میزان پپتید بتا آمیلوئید در آنها دو برابر موش های شاهد در شرایط طبیعی می رسد. تعجب برانگیز بود که تنها پس از ۳ روز مقدار این پروتئین ۴۲ درصد در مایع مغزی افزایش یافته بود. هولتزمن گفت "استرس احتمالا واکنش های مغزی را به همراه دارد که آزاد سازی پپتید بتا آمیلوئید را موجب می گردد".

تحقیقات بر روی ۸۰۰ فردیکه با ناراحتی روحی درگیر بودند نشان می دهد که خطر ابتلا به آلزایمر در این افراد تقریبا دو برابر می باشد. استرس های روز مره خطر آلزایمر را کاهش می دهد ، تنها تنش های آنی و کوتاه مدت موجب آلزایمر می گردد.

منبع : پایگاه زیست شناسی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=74548>

تنگی کانال نخاعی

تنگی کانال نخاعی در حقیقت اصطلاحیست که برای بیان باریک شدن بخش تحتانی مسیر عبور نخاع (کانال نخاعی) در ستون فقرات بکار میرود . این تنگی میتواند نسبی و یا کامل باشد . گر چه مواردی از تنگی کانال نخاعی از بدو تولد وجود دارند ، اما اغلب مبتلایان در سنین بالای پنجاه سال هستند و بر اثر تغییرات دژنراتیو و پیر شدن ستون فقرات به این بیماری مبتلا شده اند.



• بیماری با شکایت ضعف اندام تحتانی و بی اختیاری ادراری بسیاری از این افراد بدون علامت هستند تا اینکه علت های دیگر باعث فشار بیشتر بر نخاع شده و تنگی را تشدید کنند.
از علت های دیگری که می توانند باعث تشدید تنگی کانال نخاعی شوند می توان به موارد زیر اشاره کرد :

کلسیفیکاسیون یا رسوب کلسیم بر روی تاندون ها و لیگامان های مختلف که باعث ضخیم و سفت شدن آنها می شود ، تشکیل اوستئوفیت ، رشد

استخوان گونه ی لبه های مهره ها و مفاصل بین مهره ای ، فتق دیسک های بین مهره ای که حتی با مقادیر کم نیز باعث ایجاد علائم قابل توجهی در بیماران مبتلا به تنگی کانال نخاعی می شوند ، لغزش مهره ها روی یکدیگر (اسپوندیلولیسستیزس) تروما مثلا بر اثر ضربه های مکرر و متوالی یا تصادفات ، و...

برخی از بیماران من ۱ (تصویر)

از زبان بیماران من !

برخی از بیماران من ۲ (تصویر)

• علائم و نشانه های تنگی کانال نخاعی :

کمردرد در زمان نشستن و یا خم شدن رو به جلو ، درد ، ضعف عضلانی ، کرختی يك یا هر دو پا ، باسن و یا ساق پاها ، احساس سوزش ، سوزن سوزن شدن و حتی خارش آنهاها (مثلا پا) ، درد و گرفتگی های عضلانی ، خستگی زود رس و احساس ضعف و لنگش پاها رفتن (لنگش عصبی) که وجه تفاوت آن از لنگش های عروقی (ناشی از نارسائی عروق خونی) اینست که در موارد عروقی ایستادن و توقف کردن برای برطرف شدن علائم کافیسست اما در موارد نخاعی فرد حتما باید خود را به جلو خم کند و یا به حالت چمباطمه بنشیند تا احساس بهبودی کند .

• خانمی با علائم تنگی کانال نخاعی و ...

در موارد شدید تنگی کانال نخاعی ، اختلال در دفع ادرار و مدفوع ، معمولا بصورت بی اختیاری ، بندرت و در موارد شدید اختلال در راه رفتن و فلج اندام تحتانی نیز محتملند (در ایران متاسفانه موارد زیادی از این گروه مشاهده می شوند ، که یکی از علت های مهم و اصلی این مسئله مراجعه ی دیر هنگام و یا ترس از تشخیص و حتی ترس از عمل جراحی است).

▪ تشخیص : تاریخچه بالینی ، معاینه دقیق ، رادیوگرافی ساده ، سی تی اسکن و خصوصا ام.آر.آی برای تشخیص قطعی بسیار مفید و ارزشمندند.

▪ درمان : اغلب مبتلایان به تنگی های نسبی کانال نخاعی ، خصوصا در صورتیکه زود تشخیص داده شوند ، بوسیله روش های غیر جراحی قابل درمانند اما در مواردی که علائم پیشرفته ای وجود داشته باشند ، امکان نیاز به جراحی بیشتر خواهد بود. برای دارودرمانی ، می توان از داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی مثل بروفن ، ناپروکسن ، سلبرکس ، ایندومتاسین و نیز مسکن های موضعی استفاده کرد . شل کننده های عضلانی مثل متوکاربامول نیز مجازند اما مگر در موارد خاص و بصورت محدود ، مصرف کورتون ها را پیشنهاد نمی کنیم .

تزیقات موضعی کورتون ، که توسط برخی افراد پیشنهاد می شود ، فقط در موارد خاصی مؤثر بوده و برای تمام بیماران پیشنهاد نمی شود .
بخاطر داشته باشید که برطرف شدن درد ، بهر قیمت ، هدف اصلی درمان در این بیماران نیست . در فیزیولوژی بدن ، درد يك مکانیسم هشدار
دهنده ی مهم است و بمعنی وجود يك مشکل زمینه ای می باشد ، بهمین دلیل برطرف کردن ، بدون حل مشکل اصلی میتواند در درازمدت فاجعه
آمیز باشد ، چرا که موجب پیشرفت بدون سر و صدای بیماری زمینه ای خواهد شد .

استراحت کوتاه مدت در بستر (حداکثر برای ۲ روز) و کاهش نسبی فعالیت های بدنی ، خصوصا خودداری از کارهای سنگین و فشارهای بیش از
حد نیز مفید بوده و به بهبود مشکل کمک خواهد کرد. استراحت های طولانی مدت را مطلقا پیشنهاد نمی کنیم و حتی کمی راه رفتن در مدت سه
روز استراحت مطلق را نیز مفید می دانیم چرا که بی تحرکی بدن و از بین بردن کامل فشار بر استخوان های بدن موجب اثرات نامطلوبی از قبیل
تشدید برداشت کلسیم از استخوان ها (پوکی استخوان) افزایش احتمال ایجاد لخته در عروق خونی و خطرات ناشی از آن ، و بسیاری مشکلات
دیگر خواهد شد .

در صورت بهبودی بیمار و کاهش درد ، میتوان از روش های حرکت درمانی و ورزش های مخصوص ، جهت بهبودی بیشتر بیمار استفاده کرد. این
حرکات با افزایش انعطاف پذیری و تقویت عضلات اطراف کننده ی ستون فقرات ، میزان بهبودی را افزایش خواهند داد .

برخی از بیماران من ۱ (تصویر)

از زبان بیماران من !

برخی از بیماران من ۲ (تصویر)

در صورتیکه روشهای بالا نتوانند طی مدت چهار تا شش هفته مشکلات بیمار را بهبود قابل توجهی بخشند و یا اینکه علائم عصبی خاصی مثل: *
ضعف حرکتی ، * اختلال در دفع ادرار و مدفوع ، * کاهش قدرت عضلانی ناشی از فشار بر ریشه های عصبی ، * همراه با تنگی های شدید کانال
نخاعی (در ام.آر.آی) در بیمار وجود داشته باشد یا * توانایی راه رفتن بیمار در حد قابل توجهی کاهش یابد و مجبور باشد برای طی مسافتی
کوتاه مرتباً خود را به جلو خم کند و یا بنشیند ، باید به صلاحدید جراح اعصاب ویا جراح ستون فقرات ، به آزاد سازی نخاع از طریق جراحی فکر کرد .
جوانی ۱۸ ساله مبتلا به فلج اندام تحتانی متعاقب بلند کردن جعبه میوه !!!

اقدام دیر رس و تاخیری در موارد فوق می تواند فاجعه آمیز بوده و مشکلات غیر قابل جبرانی را برای بیمار پدید آورد . نحوه ی جراحی بسته به
شرایط بیمار و وضعیت نخاع ، همچنین یافته های رادیولوژیکی و ام.آر.آی او تعیین می شود و لی هدف نهائی ، آزاد سازی نخاع و ریشه های
عصبی بوده و در صورت صلاحدید جراح مربوطه ، از وسایلی برای فیکساسیون ستون فقرات استفاده خواهد شد .

نکته ای که ذکر آن ضروریست :

در اغلب موارد مگر به صلاحدید جراح مربوطه ، تلاش بر اینست که در اولین فرصت پس از عمل جراحی ، بیمار را از تخت خارج کرده و راه بیندازیم ،

• خاطرات يك بیمار مبتلا به دیسک شدید کمر

چراکه به این ترتیب میتوانیم از ایجاد ضایعات ناشی از استراحت طولانی مدت جلوگیری کرده ، علاوه بر کاهش احتمال پوکی استخوان و جلوگیری
از ایجاد لخته در عرق اندام تحتانی ، ناتوانی بیماران و احساس از کار افتادگی را از آنها دور کرده ، ترمیم زخم را بهبود بخشیم و شروع جوش
خوردن زخم و جوش خوردن پیوند استخوان را تسریع کنیم .

استراحت زیاد در این بیماران موجب دردهای غیر اختصاصی و حتی افزایش احتمال زخم بستر خواهد شد که خود مشکلات پیچیده ای را به بیمار
تحمیل می کنند . همچنین با حرکت کردن و به راه افتادن بیمار ، ریسک ابتلاء به افسردگی کاهش یافته ، خصوصا در سنین بالا ، احتمال بروز حالات
عدم تعادل روحی (دلیریوم) که از معضلات مهم ناشی از بستری شدن سالمندان بشمار میرود ، به حداقل خواهد رسید .

• گهی با چند بیمار مبتلا به دیسک کمر

طبیعتاً برای چند روز اول پس از عمل جراحی ، ممکنست درجاتی از درد در ناحیه ی عمل وجود داشته باشد ، که استفاده از داروهای ضد درد
معمولی ، در اغلب موارد آنها را کاهش داده و برطرف خواهند کرد .

میزان فعالیت های روز مره پس از عمل ، بمرور افزایش خواهند یافت و در اغلب موارد چند روز پس از ترخیص ، پیاده روی و قدم زدن در محیط بیرون
از منزل توصیه خواهند شد .

در بسیاری از بیماران میتوان کارهای روز مره و معمولی را از یکماه پس از عمل جراحی شروع کرد (گرچه در موارد زیادی حتی طی یکی دو هفته

ی اول پس از عمل نیز انجام شده است) ولی بهتر است شروع فعالیت های سنگین و کارهای زیاد ، تا سه ماه پس از عمل بتعویق افتد .
اغلب افرادی که بموقع و با روش های صحیح جراحی شده اند ، هیچ نیازی به استفاده از داروهای مسکن و ضد درد نخواهند داشت . و صرفاً رعایت نکات ایمنی و بهداشت ستون فقرات برای آنها کافی خواهد بود .

منبع : سایت دکتر ظهرا بی

<http://vista.ir/?view=article&id=249382>

vista.ir
Online Classified Service

جهشی در اوتیسم

اشاره: اوتیسم یکی از شدیدترین نارسایی‌های روانی است که ممکن است در مراحل اولیه رشد رخ دهد. حدود ۴-۵ تن از هر ۱۰,۰۰۰ کودک ممکن است دچار اوتیسم شوند. علایم آن از ناهنجاری‌های ارتباط اجتماعی و فقدان تخیل آغاز می‌شوند تا انزوا، فقدان قابلیت شرکت در بازی‌های اجتماعی، و حتی ضعف کلی تقریباً همه کارکردهای شناختی.

فریت (Frith)، بارن-کوهن (Baron-Cohen)، و لزلی (Leslie) در سال ۱۹۸۵ این فرضیه را بسط دادند که علایم محوری اوتیسم (ناهنجاری در تعاملات اجتماعی، برقراری ارتباط و وانمود) می‌توانند با نقص خاصی در نظریه ذهن (= توانایی اسناد حالات ذهنی به دیگران) تبیین شود. آنها آزمون باور کاذب را برای کودکان مبتلا به اوتیسم و آزمون‌هایی را نیز برای کودکان افسرده



اجرا کردند. گرچه کودکان مبتلا به اوتیسم فعالیت شناختی بهتری نسبت به کودکان افسرده داشتند، در آزمون باور کاذب ناموفق بودند. به علاوه، مقدار فعالیت موفق آنها همراه با سن‌شان افزایش نیافت. این آزمون منتهی به این نتیجه شد که یکی از عناصر محوری اوتیسم نقص در ذهن‌خوانی است نه نقص در توانایی‌های کلی معرفتی.

مطابق یک بررسی کوچک، اوتیسم (autism) با التهاب مغز همراه است. این یافته جنب و جوشی را در میان متخصصان پدید آورده است، به طوری که احتمال می‌دهند این یافته منجر به روش‌هایی برای مداوای این حالت شود.

رابرت فوجینامی، عصب‌شناس دانشگاه یوتا در سالت لیک سیتی می‌گوید: «این یک کمک مهم به فهم ما از این بیماری است. و تا سال‌های بعد هم بررسی خواهد شد».

در حال حاضر، توافق چندانی بر سر علت یا علل اوتیسم وجود ندارد. به نظر می‌رسد برخی تغییرات ژنتیکی در آن نقش داشته باشند، ولی عوامل زیست-محیطی نیز ممکن است در آن دخیل باشند. حتی اینکه این اختلال واقعاً در حال شیوع یافتن است نیز مورد اختلاف است.

یافته‌های اخیر از سوی تیم کارلوس پاردو در مدرسه پزشکی دانشگاه جانز هاپکینز در بولتیمر، مریلند مطرح شده است. این تیم نمونه‌هایی را از بافت مغز از ۱۱ فرد مبتلا به اوتیسم که در سنین بین ۵ تا ۴۴ سالگی قرار داشته و در حوادثی از قبیل خفگی کشته شده بودند، نگهداری و آنها را با نمونه‌هایی از ۶ شخص دیگر مقایسه کردند. این تیم سطوح ۷۹ ماده شیمیایی دستگاه ایمنی را اندازه گرفت.

آنها در مغز افراد مبتلا به اوتیسم به طور منسجمی سطوح پروتئین‌های پیام‌رسان ایمنی را کشف کردند که به وسیله سلول‌های پشتیبان

موسوم به آستروگلی و میکروگلی ترشح می‌شدند. این پروتئین‌ها هنگام آسیب دیدگی مغز واکنش التهابی کلی را ایجاد می‌کنند. علائم التهاب بیشتر در مخچه (ناحیه‌ای از مغز که با رفتار و شناخت و همچنین حرکت مرتبط است) یافت می‌شوند. مطالعات اسکن‌های مغز ناهنجاری‌ها را در اینجا به اوتیسم پیوند داده‌اند.

آنان همچنین سطوح برآمده‌ای را از پروتئین‌های علامت دهنده ایمنی در مایع مغزی-نخاعی افراد مبتلا به اوتیسم یافتند که نشان می‌دهد نمونه‌های مایع گرفته شده از نخاع می‌توانند برای تشخیص و زیر نظر داشتن این حالت استفاده شوند.

این تصور که ممکن است اوتیسم با سوءکارکرد دستگاه ایمنی ایجاد شود تنها یکی از نظریات است، ولی بیشتر مطالعات گذشته بر جنبه‌هایی از ایمنی سازگار از قبیل تولید پادتن‌هایی برای جنگ با ویروس‌های مهاجم متمرکز بوده‌اند. این ادعا که ممکن است اوتیسم از واکنش ام‌ا، ام‌آر، ناشی شده باشد در همین دسته جای می‌گیرد.

ولی تیم پارادو شاهدهی بر فعالیت اضافی یا نابهنجار در ایمنی سازگار نیافته‌اند. تنها تفاوت در واکنش التهابی بوده است. تعداد بیشتری از مطالعات در به دست دادن هرگونه شاهدهی برای حمایت از این ادعا که واکنش ام‌ا، ام‌آر، منشأ اوتیسم است ناکام مانده‌اند.

پارادو تأکید می‌کند که تیم او تنها همبستگی میان التهاب و اوتیسم را کشف کرده است. ممکن است التهاب علائم رفتاری را به وجود آورده یا ممکن است برای مراقبت از مغز کمک کند.

اگر واقعاً معلوم شود که التهاب علت اوتیسم است، شاید راهی را برای مداوا یا پیشگیری از اوتیسم نشان دهد. کترین لورد، مدیر مرکز اوتیسم و اختلالات ارتباطی دانشگاه میشیگان در آن آربر می‌گوید: «این فرایندی مزمن را نشان می‌دهد که قابل مداوا است ولی به مراتب با مداوای اوتیسم فاصله دارد. اما روش جدیدی را برای تفکر دربارهٔ اوتیسم پیشنهاد می‌دهد که می‌تواند بسیار مهم باشد».

<http://vista.ir/?view=article&id=277334>



چگونه میگرن را کنترل کنیم

۹۰ درصد افراد در طول عمر خود سردرد را تجربه می‌کنند. اکثر این سردردها زمان کوتاهی را در بر می‌گیرد و بعد خوب می‌شود. سردردی که به علت یک بیماری عفونی ایجاد می‌شود بعد از بهبود این بیماری از بین می‌رود.

بروز این سردردها در اغلب موارد باعث ایجاد نگرانی نمی‌شود زیرا علت ایجاد آن مشخص است. علت اغلب سردردها عوامل بدی چون وجود تومور مغزی یا سکنه مغزی نیست بلکه به عنوان سردردهای خوش خیم طبقه بندی می‌شوند. این نوع سردردها مسبب حداقل سه چهارم سردردها هستند. از این میان میگرن یکی از شایع ترین و وسیع ترین سردردهاست.

میگرن سردردهای دوره ای است که به همراه تهوع یا استفراغ بروز می‌کند. بعضی از حملات میگرن معمولاً با مشکلاتی در حس بینایی همراه است.

این نوع میگرن را میگرن کلاسیک می‌گویند. اکثر افراد هنگام حملات میگرنی کاملاً بیمار می‌شوند و نمی‌توانند به کارهای روزمره شان برسند و مجبورند که در یک اتاق ساکت و تاریک، بی حرکت دراز کشیده تا حمله میگرنی پایان یابد خط‌های به صورت زیگزاگ و لکه‌های مشکی در چشم



و گاهی خارش در بعضی اعضا از مهمترین علائم آن است.

این نوع میگرن به طور میانگین ۲۲ ساعت به طول می انجامد و در اغلب موارد بعد از بهبودی نیز به مدت دو روز باعث از کارافتادگی افراد می شود. تعداد حملات میگرنی در افراد مختلف و حتی در یک فرد در زمان های مختلف متفاوت است. حملات میگرنی می تواند ماهی یک تا دو بار اتفاق بیفتد، اما در بعضی افراد ممکن است حملات پشت سر هم به صورت هفته ای یک یا دو بار هم اتفاق بیفتد. این حملات می تواند به دنبال چند ماه یا چند سال بهبود کامل هم رخ دهد. به طور کلی بعد از سن ۵۵ سالگی از شدت و تعداد حملات میگرنی کاسته می شود، اما این مسئله همیشه نیز صدق نمی کند.

با وجود آنکه هنوز پزشکان نمی دانند چرا بعضی افراد به میگرن مبتلا می شوند، اما مشخص شده است که عواملی در شروع حملات میگرنی دخیل هستند. حتما شنیده اید که خوردن موادی مثل پنیر، شکلات یا لفل باعث بروز این حملات می شود، اما لازم است که بدانید تنها خوردن چند ماده غذایی برای جلوگیری از بروز حملات میگرنی کافی نیست.

به عنوان مثال اگر شما از کار روزمره خود خسته باشید با خوردن این نوع مواد دچار سردرد خواهید شد.

عوامل شروع کننده ممکن است طی چند سال تغییر کند. هنگامی که شما جوان هستید ممکن است استرس و بی خوابی از مهمترین علل شروع کننده میگرن باشند، اما وقتی سن شما بیشتر می شود مشکلاتی همچون گردن درد و پشت درد می تواند نقش بسیار مهمی برای ایجاد سردرد داشته باشند. حدود ۲۰ درصد افراد بر این باورند که با خوردن غذاهایی مانند شکلات، پنیر، میوه های ترش و لفل دچار سردرد می شوند. هر فردی که فکر می کند با خوردن این نوع مواد دچار سردرد می شود باید به مدت دو ماه از خوردن این مواد جلوگیری کند. در بعضی موارد نخوردن یک وعده غذا، کم خوردن یا خوردن غذای شیرین می تواند منجر به بروز حملات میگرنی شود. بی خوابی های شبانه، کار کردن بیش از حد و دیر خوابیدن نیز در این زمینه موثر است. در بعضی مواقع خوابیدن بیش از حد در خانم ها باعث ایجاد سردرد می شود. تغییرات هورمونی در خانم ها به عنوان مهمترین عامل شناخته شده در بروز میگرن است.

یانسگی سخت ترین دوران برای خانم های دچار میگرن به حساب می آید. کشیدگی و خستگی عضلات گردن و شانه ها یک مشکل شایع است. در بعضی از موارد مشکلات دندان ها (بخصوص دندان های عقل) و مفاصل فک می تواند باعث تشدید میگرن شود. تمرینات ورزشی سخت بخصوص اگر بدن شما به اندازه کافی آماده نباشد باعث ایجاد این عارضه می شود.

صداها بلند، نورهای شدید و درخشان، بوهای شدید، تغییرات آب و هوا، محیط آلوده و دودآلود و اتاق های شلوغ و دم کرده مثل سالن سینما همگی باعث بروز میگرن می شود. درد یک راه طبیعی است که به شما می گوید چیزی اشتباه است و کمک می کند تا از بروز آسیب های بیشتر به بدن خودداری شود.

معمولا مادرانی که دچار میگرن هستند دخترانشان نیز به این بیماری گرفتار می شوند، اما هنوز ژن خاصی که باعث ایجاد چنین حالتی می شود را کشف نکرده اند. هنوز چگونگی تشخیص میگرن مشخص نشده، اما براساس شرح بیمار از قبیل محل سردرد، تعداد دفعات آن، نوع سردرد و عواملی که باعث شروع سردرد می شود، می تواند نشان دهنده میگرن باشد.

معمولا بیشتر کسانی که به علت سردرد به پزشک مراجعه می کنند یا دچار میگرن هستند و یا سردرد های تنشی. افراد دچار سردردهای میگرنی باید همیشه چند قرص استامینوفن یا اسپرین همراه داشته باشند و یا از روی درمانی تریپتان استفاده کنند. روش درمانی تریپتان یک روش شبیه به فعالیت طبیعی مغز است که به هنگام ایجاد حملات میگرن ماده شیمیایی مغز به نام سروتونین به شدت کاهش پیدا می کند.

این نوع داروها معمولا در فرمول های خاص در دسترس افراد قرار می گیرند مانند قرص، آمپول یا به صورت اسپری. استفاده از قرص های ضدبارداری باعث می شود که گاهی در ماه چهار بار یا بیشتر دچار این حملات شوند، هر چند داروهای بی شماری برای این عارضه استفاده می شود، اما هنوز علاج صددرصدی برای آن یافته نشده است.

در میان مواد غذایی، خوردن برخی از مواد می تواند به بیماران مبتلا به میگرن کمک کند. استفاده از انواع ماهی ها مثل ساردین، ماهی آزاد، ماهی شور، ماهی روغنی و قزل آلا برای جلوگیری از میگرن جلوگیری می شود. استفاده از ویتامین B۱۲، منیزیم و کلسیم نیز بسیار مفید است و برعکس استفاده از مواد غذایی چرب و سرخ شده. کافئین، مس، آمین ها و گلوتامات در بیشتر موارد باعث تشدید سردرد می شود. لازم به ذکر است کمبود میزان قندخون از جمله عواملی است که باعث ایجاد سردردهای میگرنی می شود.

مصرف میوه هایی مانند سیب، گلابی، گیلاس، زردآلود و انگور قند خون را افزایش می دهد و میان وعده های بسیار خوبی برای کنترل قند خون

محسوب می شوند. استفاده از مواد غذایی پرفیبر نیز باعث ثبات قندخون می شود. این مواد منابع بسیار مناسبی از کربوهیدرات هستند و نیز مصرف آنها پروتئین مورد نیاز بدن را تامین می کند.

منبع : روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=256857>



چند گام برای موفقیت در حفظ هوشیاری مغز

حفظ سلامت مغز به اندازه حفظ سلامت کل بدن به ویژه همزمان با بالا رفتن سن، حائز اهمیت است. چندین راهکار قابل توجه برای کمک به حفظ سلامت و هوشیاری مغز از سوی محققان ارائه شده که به قرار زیر است:

- از استعمال دخانیات و مصرف مواد مخدر خودداری کنید.
- ورزش منظم و خواب کافی داشته باشید.
- روش‌های کاهش استرس و تنش را یاد بگیرید.
- به محضی آنکه متوجه تغییرات مهم در حافظه یا عملکرد مغزتان شدید، موضوع را با پزشک در میان بگذارید.
- مصرف داروهای مختلف به ویژه به همراه یکدیگر می‌تواند روی عملکرد و توانایی روحی و جسمی شما تاثیر بگذارد لذا در مورد تمام انواع داروهای که مصرف می‌کنید، اطلاعاتی در اختیار پزشکتان قرار دهید.
- تلاش کنید که به لحاظ جسمی و اجتماعی فعال باشید و از ماندن در خانه



در تنهایی خودداری کنید.

منبع : روزنامه تهران امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=81513>



چه سر دردی خطرناک است؟



سردرد یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که تقریباً همه ما با آن مواجه شده‌ایم و هر کسی بنا به تجارب گذشته خود با شیوه‌ای به درمان می‌پردازد. به طور مثال، برخی به همراه خود استامینوفن، استامینوفن کدئین و یا بروفن دارند و با آغاز سردرد از دارو استفاده می‌کنند و خوب می‌شوند اما برخی افراد به راحتی نمی‌توانند سردرد خود را برطرف کنند و به بررسی‌ها و درمان‌های جدی‌تری نیاز دارند.

ماهیت دقیق سردرد معلوم نیست اما تحقیقات حاکی از آن است که سردردها احتمالاً در نتیجه تغییراتی در سطح مواد شیمیایی موجود در مغز مانند سروتونین و نور آدرنالین ایجاد می‌شوند. نداشتن تعادل و موازنه میان

سطوح این پیام‌رسان‌ها می‌تواند به التهاب شریان‌های پوست‌سر و متعاقب آن تحریک ساختارهای حساس به درد منجر می‌شود. این موضوع به انتقال تکان‌های درد از طریق عصب سه قلو که یکی از مسیرهای عمده درد است به مغز منجر شود. سطح اندروفین‌ها یا مسکن‌های طبیعی که به وسیله مغز و نخاع تولید می‌شوند نیز می‌تواند کاهش یافته و درد را به دنبال داشته باشد. سردرد ممکن است مبهم، کوبنده (ضربان دار) یا تیز و واضح باشد. توصیف دقیق درد می‌تواند به تشخیص نوع سردرد شما کمک کند.

• تقسیم‌بندی سردردها

سردردها به سه نوع تنشی، میگرنی و خوشه‌ای تقسیم‌بندی می‌شوند. سردردهای تنشی به طور معمول، ناراحتی یا فشار مبهمی در ناحیه پیشانی پوست سر یا پشت گردن شما ایجاد می‌کنند. میگرن‌ها با درد شدیدی در یک طرف سر مرتبط بوده و اغلب با تهوع یا اختلالات گذرای بینایی همراه هستند. مشخصه سردردهای خوشه‌ای، درد ثابتی در داخل یا اطراف یک چشم یا یک طرف سر است که اغلب به صورت مجموعه یا سریالی اتفاق می‌افتد. سردرد بی‌امانی که فرد را از کار و زندگی می‌اندازد و شش ماه یا بیشتر هم طول می‌کشد، سردرد مزمن تلقی می‌شود. هر چند علت دقیق سردردها مشخص نیست اما عوامل زیادی می‌توانند به سردرد منجر شوند.

سردردها به خصوص میگرن‌ها، در برخی از زنان درست قبل یا در خلال عادت ماهیانه ایجاد می‌شوند. چنین سردردهایی احتمالاً با نوسانات هورمونی در ارتباط هستند. سردردهای ناشی از فشارخون بالا اغلب صبح‌ها هنگام بیدار شدن از خواب روی می‌دهند اما این نوع سردرد چندان شایع نیست و تنها در فشارخون شدید روی می‌دهد. سردردی که از عفونت حفره‌های سینوسی اطراف بینی ناشی می‌شود، می‌تواند به خصوص هنگام خم شدن به سمت جلو شدید شود. این نوع سردرد اغلب با دیگر علائم و نشانه‌های عفونت همراه است. سردردهای چشمی ممکن است پس از مطالعه طولانی یا رانندگی در شب ایجاد شوند. سردردها به دنبال کار و جنب‌وجوش زیاد هم روی می‌دهند.

• تشخیص سردرد

تشخیص سردرد به طور کلی مبتنی بر شرح حال طبی و معاینه است. چنانچه سردرد شما در این اواخر شروع شده، حملات ناگهانی دارد، با فعالیت بدنی تشدید می‌شود، اغلب صبح‌ها وجود دارد و با استفراغ همراه است یا با علائم و نشانه‌های دیگری همراه است ممکن است برای تشخیص علت آن به آزمون‌های بیشتری نیاز باشد. آزمون‌های تشخیصی ممکن است شامل سی‌تی‌اسکن یا تصویرنگاری با استفاده از ام‌آر‌آی از ناحیه سر برای جستجوی ناهنجاری‌های ساختاری و بررسی سینوس‌ها، استخوان‌های صورت و بافت و استخوان‌های گردن باشد. عکس رادیولوژی از قسمت‌های فوقانی ستون فقرات ممکن است در صورت بروز سردرد پس از صدمه به سر یا گردن ضرورت پیدا کند.

• سردردهای تنشی

سردردهای تنشی یکی از شایع‌ترین انواع سردرد است. فرد احساس پری یا فشار در سر می‌کند. انگار سرش را زیر دستگاه پرس قرار داده‌اند. بسیاری افراد از کشیدگی عضلات در ناحیه گردن و کتف‌ها شکایت دارند. سردردهای تنشی که دو یا چند بار در هفته و به مدت چند ماه یا بیشتر روی می‌دهد، مزمن به شمار می‌روند. برخی از افراد تا سال‌ها یا حتی دهه‌ها از این نوع سردرد رنج می‌برند.

سردردهای تنشی اغلب به خوبی به درمان‌های آرام‌بخش عضلات و اعصاب مانند ماساژ دادن، دوش آب گرم و تمرکز فکر جواب می‌دهند. ورزش و استراحت کافی هم می‌تواند مفید واقع شوند. مصرف مسکن‌هایی مانند استامینوفن، آسپیرین یا بروفن به‌طور معمول سردرد را برطرف می‌کنند اما توجه داشته باشید که مصرف بیش از اندازه مسکن‌ها می‌تواند حتی به سردردهایی موسوم به سردردهای برگشتی منجر شود. به علاوه،

تاثیر مسکن‌ها دیر یا زود، رو به کاهش می‌گذارد.

در سردردهای تنشی می‌توانید در اتاقی آرام و تاریک استراحت کنید و حوله سردی روی پیشانی قرار دهید. این کار سبب تسکین اعصاب و کاهش سردرد خواهد شد. برخی شواهد نشان‌دهنده این مطلب است که مصرف بیش از حد مسکن‌ها می‌تواند دستگاه کنترل درد مغز را به حاشیه براند، به طوری که با کاهش اثر مسکن، سردرد باز می‌گردد. سردردهای برگشتی به طور معمول در سراسر روز ادامه دارند. شما ممکن است متوجه افزایش درد از ساعات معینی از روز شوید، به ویژه با شروع کاهش اثر مسکن، این نوع سردردها اغلب به دنبال مختصری فشار عصبی یا جسمی هم ایجاد می‌شوند. برای قطع این سردرد لازم است داروهای مسکن را کنار بگذارید و به پزشک خانواده مراجعه کنید. پزشک احتمال دارد با توجه به نوع دارویی که مصرف کرده‌اید، توصیه کنید به‌طور موقت همه داروهای مسکن را قطع کنید.

• سردردهای دردرساز

سردردهایی که نشان از یک بیماری جدی و خطرناک دارند، بسیار نادرند. این سردردها می‌توانند بیماری‌هایی مانند خونریزی مغزی، تومور مغزی و ضعف عروق خونی را همراهی کنند بنابراین در صورت بروز مشکلات زیر به نزدیک‌ترین مرکز درمانی مراجعه کنید:

- سردرد ناگهانی و شدید همراه با تب، سفتی گردن، بثورات جلدی، گیجی و منگی، تشنج، کرختی یا مشکل در تکلم
- سردرد پس از آسیب به سر حتی اگر در اثر یک سقوط یا ضربه ایجاد شده باشد، به ویژه اگر به مرور شدیدتر می‌شود.
- سردرد مزمن و پیشرونده که پس از سرفه کردن، فعالیت بدنی، نرمش یا یک حرکت ناگهانی تشدید شود
- سردرد با الگوی جدید پس از سن ۵۵ سالگی

منبع : روزنامه سلامت

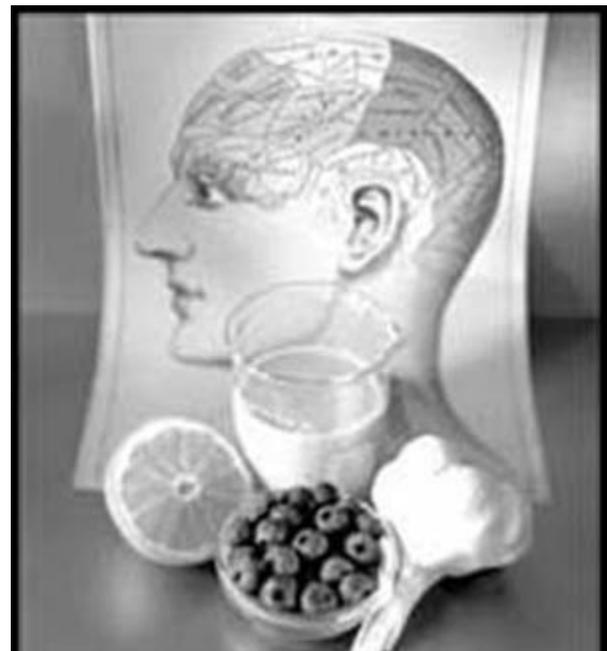
<http://vista.ir/?view=article&id=340811>

 **vista.ir**
Online Classified Service

حفظ حافظه

متأسفانه، از دست رفتن حافظه و بالا رفتن سن رابطه ای مستقیم دارند. در اوایل ۲۰ سالگی، مغز شروع به از دست دادن بعضی سلول‌های عصبی می‌کند و بدن کمتر مواد شیمیایی مورد نیاز مغز برای درست کار کردن را تولید می‌کند. خوشبختانه، شما کارهای زیادی می‌توانید انجام دهید تا این جریان را کندتر کنید. در اینجا به چند نکته اشاره می‌کنیم که با رعایت آن می‌توانید حافظه‌تان را تقویت کنید.

(۱) غذاهای سالم بخورید استفاده از یک رژیم غذایی سالم و مناسب نه تنها برای جسمتان مفید است، بلکه برای مغز و حافظه‌تان نیز لازم است. بر طبق نظرات آکادمی عصب شناسی در آمریکا، خوردن میوه‌ها و سبزیجاتی که حاوی میزان زیادی آنتی‌اکسیدان هستند مثل توت‌ها، مرکبات، اسفناج، هویج، کلم بروکلی، گوجه فرنگی و سیب‌زمینی شیرین می‌تواند تا ۱۱ درصد احتمال سکنه را پایین‌تر بیاورد. تحقیق دیگری نشان می‌دهد که آنتی



اکسیدان‌ها و پلی فنول‌های موجود در ذغال اخته، و انگور می‌تواند توانایی ارتباط سلول‌های مغزی را با یکدیگر بالا برده و خطر آسیب رسیدن به آنها را

پایین می‌آورد. به جز میوه و سبزیجات، مواد دیگری مثل کارکامین و همچنین ویتامین‌های B مثل نیاکین و اسید فولیک نیز در این زمینه کمک کننده هستند و خطر ابتلا به آلزایمر را پایین می‌آورند.

۲) جسمتان را ورزش دهید همه ما می‌دانیم که برای تناسب اندام باید ورزش کرد. اما آیا می‌دانستید که ورزش کردن باعث تقویت حافظه تان نیز می‌شود؟ ورزش‌های قلبی-عروقی مانع از دست رفتن حافظه می‌شود. پزشکان بر این عقیده اند که این به این دلیل است که ورزش، گردش خون را در مغز بالا می‌برد و نمی‌گذارد که بافت‌های عصبی مغز با بالا رفتن سن به سرعت از بین بروند. حتماً لازم نیست که دوندۀ دو ماراتن باشید تا حافظه‌تان تقویت شود. ورزش‌های جسمی- فکری نیز می‌تواند با از دست رفتن حافظه مقابله کند.

۳) فکرتان را ورزش دهید ورزش دادن به فکرتان به رشد مغزتان کمک می‌کند. با فعال نگاه داشتن مغزتان، سلول‌های عصبی مغزتان را ترغیب می‌کنید تا ارتباطات جدید ایجاد کنند که به آنها اجازه می‌دهد با هم در ارتباط باشند. این مسئله به جز بالا بردن قدرت یادآوری ظرفیت حافظه را هم بالا می‌برد و مانع از دست رفتن حافظه می‌شود. کارهای بسیاری می‌توانید برای ورزش دادن و فعال کردن مغزتان انجام دهید. کارهای ساده‌ای مثل حل جدول، بازی شطرنج و مطالعه کردن از آن دسته هستند. گرفتن آموزش‌های جدید مثل یادگیری زبانی خارجی یا یک آلت موسیقی نیز می‌تواند مفید باشد.

۴) از مکمل‌های تقویت حافظه استفاده کنید علم خیلی وقت است که فایده بعضی مکمل‌های غذایی مثل روی و اسید فولیک را برای تقویت حافظه دریافته است. مکمل‌های دیگری نیز شناخته شده اند که می‌توانند به تقویت حافظه کمک کرده و مانع از دست رفتن حافظه با بالا رفتن سن شوند. ترکیبات این مکمل‌ها از این قرار است: - آنتی اکسیدان‌ها که رادیکال‌های آزاد مخرب را از بین می‌برند و گیاهانی که سلول‌های عصبی را از آسیب محافظت می‌کنند. - مواد مغذی که اکسیژن و گلوکز مغز را بالا می‌برند. - گیاهانی که به تولید انتقال دهنده‌های عصبی کمک می‌کنند. مکمل‌هایی که باعث تقویت حافظه می‌شوند از این قبیل‌اند: گینکو بیلوبا نام گیاهی بسیار مشهور است که از سالیان دور به عنوان دارویی سنتی برای تقویت حافظه استفاده می‌شده است. خاصیت آنتی اکسیدانی قوی دارد و می‌تواند از آسیب رسیدن به رگ‌های خونی در مغز جلوگیری کند. همچنین می‌تواند جریان خون در مغز را نیز بالا ببرد و با حفظ قابلیت ارتجاعی رگ‌ها، اکسیژن و مواد مغذی را به سلول‌ها برساند.

- ویتامین‌های B: از ویتامین‌های B در بسیاری از عملیات متابولیک بدن استفاده می‌شود و برای سلامتی عمومی بدن بسیار لازم هستند. در رابطه با مغز دو تا از این ویتامین‌ها اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند: ویتامین B12 و اسید فولیک.

اسیدهای آمینه اولین کار آمینو اسیدها این است که به عنوان سدی برای پروتئین‌ها عمل کند. اما انواع به خصوصی از آنها برای تقویت مغز هم کاربرد دارند. همیشه هوشیار باشید... تقویت حافظه باید یکی از کارهای روزانه تان باشد. به یاد داشته باشید که ورزش در این زمینه کمک بسیار زیادی به شما می‌کند. حواستان باشد که مکمل‌هایتان را هم حتماً استفاده کنید.

منبع : روزنامه اطلاعات

<http://vista.ir/?view=article&id=102036>

 Vista.ir
Online Classified Service

حالت ضعف و غش

اغلب ما در طول زندگی‌مان حداقل یک بار حالت ضعف و غش را تجربه





کرده‌ایم. شاید در هنگام دیدن یک صحنه دلخراش یا زمانی که در بلندی ایستاده‌اید، یا موقع انجام یک آزمایش خون ساده، این تجربه را داشته باشید. تجربه یک احساس ناخوشایند، لحظه‌ای که پاهای تان سست می‌شود. چشمان‌تان سیاهی می‌رود و نای ایستادن روی پاهایتان را ندارید. این حالت معمولاً با کاهش دمای بدن، کند شدن تنفس و عدم کنترل تعادل همراه است. حتی بعد از اینکه بهتر شدید و چشمان‌تان را باز کردید، گویی مکان و زمان خود را برای لحظاتی گم کرده و احساس سنگینی دارید. می‌دانید چرا به چنین حالتی دچار می‌شوید؟

• اعصاب سمپاتیک

قلب ما عضوی است که به اغلب تحرکات خارجی و داخلی بدن واکنش نشان می‌دهد. گاهی اوقات با قرار گرفتن در یک حالت اضطراب و استرس یا وقتی که فعالیت می‌کنید، تندتر می‌تپد و گاهی به آرامی به فعالیت خود ادامه می‌دهد.

تمام این تغییرات، برنامه ریزی و تنظیم شده‌اند، چون قلب مسئول خون رسانی به اندام‌های دیگر است و اگر به اندام‌های حساسی چون مغز، مواد غذایی و اکسیژن حتی برای مدت کمی نرسد، بدن دچار اختلالاتی می‌شود. اندام‌ها معمولاً پیام‌هایی را به صورت پالس‌های عصبی و با مواد هورمونی به قلب می‌رسانند و میزان فعالیت و پمپاژ خون در لحظات مختلف تنظیم می‌شود. به طور مثال، زمانی که شما به قصد دفاع از خود با یک شخص یا حیوان گلاویز می‌شوید، مغز به عنوان فرمانده بدن دستوراتی را برای اندام‌های مختلف می‌فرستد. ارسال این دستورات از طریق سیستم عصبی ماست. در بدن ما، به جز اعصاب حسی و حرکتی، دو گروه دیگر اعصاب به نام‌های اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک وجود دارند که مسئولیت‌های خاصی را ایفا می‌کنند. اعصاب سمپاتیک همان اعصاب محرک اندام‌ها در حالت‌های بحرانی و اضطرابی بدن است. مغز دستور سمپاتیکی صادر شده را برای مقابله با آن حادثه (درگیر شدن شما با یک شخص یا حیوان در مثالی که ذکر شد) می‌فرستد. در این حالت، فعالیت قلب بیشتر می‌شود تا خون بیشتری را به عضلات فعال برساند و در مقابل، خون را از اندام‌های داخلی مثل معده و روده و... به سمت عضلات می‌برد. همچنین ظرفیت شش‌ها برای رساندن اکسیژن بیشتر به بدن افزایش می‌یابد و خلاصه همه اندام‌ها با تحریک سمپاتیکی پویاتر شده و همکاری‌های لازم را برای به‌کارگیری تمام توان موجود در بدن و دفاع از خود، انجام می‌دهند. پس از آنکه حالت بحرانی به پایان می‌رسد، اعصاب پاراسمپاتیک برای برگرداندن وضع به حالت طبیعی و از بین بردن تحرکات سمپاتیکی، فعال می‌شوند. در حقیقت اعصاب پاراسمپاتیک، کاهنده اثرات اعصاب سمپاتیک هستند تا در زندگی روزمره بدن ما همیشه وضعیت متعادل داشته باشد.

• عصب واگ، نقطه شروع

افرادی با ناراحتی به من مراجعه می‌کنند و نگران هستند که چرا در بعضی شرایط به صورت ناگهانی دچار غش و ضعف می‌شوند. به همه این مراجعان و همچنین به شما عزیزانی که پس از شنیدن یک خبر بد، دیدن یک صحنه تصادف دلخراش، انجام فعالیت بدنی به خصوص در محیط گرم، موقعی که زیاد سرپا می‌ایستید و یا وقتی از شما جهت انجام آزمایش خون، خون‌گیری ساده‌ای می‌شود، غش می‌کنید و دچار حالت‌های ضعف که اشاره خواهم کرد می‌شوید، می‌گویم شما بیمار نیستید، بلکه این حالت به دلیل عملکرد اعصاب واگ یا همان اعصاب پاراسمپاتیک شماست. یعنی به دلیل تحریک عصب واگ، تنفس شما کند می‌شود. فشارتان پایین می‌آید، چشمان شما سیاهی می‌رود و با سستی عضلات پا، ضعف و بی‌حالی و غش به شما دست می‌دهد.

اصلاً نباید بترسید. سریع دراز بکشید و پاهای‌تان را بالا نگه دارید تا میزان خونی که به قلب و در نهایت مغز شما می‌رسد افزایش یابد. اگر قرار است از شما خون بگیرند، از پرستار بخواهید تا شما را به حالت خوابانده درآورد. از دیدن صحنه‌هایی که شما را دچار این حالت می‌کند بپرهیزید، حتی اگر آن صحنه یک آمپول زدن ساده باشد.

• ایستادن در برابر غش

همان‌طور که ذکر کردم، عصب واگ یا همان اعصاب پاراسمپاتیک به همه اندام‌ها دستور کاهش فعالیت می‌دهند. بنابراین در حضور آن تنفس کندتر خواهد شد. ضربان قلب‌تان کم می‌شود و فشار خون افت پیدا می‌کند. سستی در عضلات شما هم به وضوح دیده می‌شود، پس اکیداً توصیه می‌کنم وقتی دچار این حالت شدید، راه نروید، سریع بنشینید و دراز بکشید و پاهای‌تان را در یک سطح بالاتر از بدن قرار بدهید تا وضعیت شما اصلاح شود. اگر در محل کار، یا پشت فرمان هستید، اگر روزی را پشت سر گذاشته‌اید که زیاد ایستاده‌اید، بهتر است تا چشم‌تان سیاهی می‌رود، یک نوشیدنی مطلوب میل کنید تا حالت غش به شما دست ندهد و شما که این سابقه را در خود سراغ دارید، در واقع شرایط را برای آن مهیا نکنید.

• غش، نوعی دیگر

بسیار دقت کنید، اگر شما جزو آن دسته افرادی هستید که بدون محرک‌های بیرونی (ترس از یک شی یا موجود، دیدن خون و صحنه دلخراش و...) دچار حالت‌های غش و ضعف می‌شوید، مثلاً در حین تماشای یک برنامه تلویزیونی یا پشت میز کار که در این حالت در اصطلاح دچار سنکوپ شده‌اید. حالت سنکوپ معمولاً نشانگر وجود یک بیماری داخلی در بدن است که حتماً باید ریشه‌یابی شود. برخی از اختلالات در سیستم الکتریکی قلب که باعث به وجود آمدن ضربان در قلب هستند و همچنین برخی از بیماری‌های دستگاه عصبی مرکزی می‌توانند حالت سنکوپ در افراد ایجاد کنند.

پس بهتر است هر چه سریع‌تر به پزشک مراجعه کنید و از نظر قلبی و مغزی تحت بررسی دقیق قرار بگیرید و با تشخیص و درمان به موقع، از بروز مشکلات بعدی جلوگیری کنید. اگر شما در برخورد با افرادی که دچار ضعف و غش شده‌اند قرار گرفته‌اید، ابتدا فرد را در یک سطح صاف بخوابانید و پاهایش را بالاتر از بدنش قرار بدهید. تعداد نبض و فشار خون او را کنترل کنید و تا زمانی که بیمار به حالت طبیعی بازنگشته است، از خوراندن غذا یا نوشیدنی به او خودداری کنید.

• طبیعی است، خجالت نکشید

برای شما که خیلی از این حالت ناراحت هستید، یک خاطره تعریف می‌کنم. به یاد دارم وقتی که دبیرستانی بودم، در مدرسه ما برای آشنایی هر چه بیشتر با عوارض سیگار، یک فیلم نمایش دادند. در آن فیلم با چاقو سینه شخصی را که بر اثر سیگار فوت شده بود، باز کردند و آسیب‌های سیگار را روی بافت ریه نشان دادند. من با دیدن این فیلم و صحنه دلخراش ریه‌های سیاه شده شخص، غش کردم و همه بعد از این جریان به من خندیدند و گفتند: "تو چه طور می‌خواهی دکتر شوی، آن هم دکتر قلب که حتی نمی‌توانی یک منظره دلخراش ببینی." اگر بپرسید چرا جراحان و نیروهای امداد و پرستاران مثل شما با دیدن خون و ... غش نمی‌کنند، من پاسخ می‌دهم این افراد پس از گذشت زمان و تکرار یک موضوع یا سوژه، با آن شرایط تطبیق یافته و عادت کرده‌اند. شرایط فیزیکی هر فرد هم خیلی مهم است. اگر شخصی شب قبل نخوابیده باشد و صبح بسیار خسته و ناشتا شروع به کار کند، قطعاً افت فشار خواهد داشت و شاید حالت ضعف به او دست دهد و مجبور شویم به او سیرم بدهیم. پس موضوعی برای خجالت یا ترس وجود ندارد.

منبع: پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=307572>



حل معما و جدول توان مغز را افزایش می‌دهد



دمانس (زوال عقل) وجود یک اختلال کلی در سطح توانایی ذهنی افراد است که شامل: اختلال در حافظه، صحبت کردن و فکر کردن است و این خود باعث اختلال در فعالیت های روزانه و اجتماعی افراد می شود. شایعترین فرم زوال عقل آلزایمر است.

معمولاً سن شروع بیماری بالای ۶۵ سال است هر چند که در ۴۰ یا ۵۰ سالگی نیز دیده می شود. علت دقیق بیماری روشن نیست. این بیماری را یک دکتر آلمانی بنام آلزایمر که در سال ۱۹۰۶ به رشته ها و فیبرهای عصبی غیرطبیعی در مغز یک انسان مرده پی برد نام گذاری کرد. تشخیص قطعی این اختلال بایوپسی مغزی است و در حال حاضر اسکن توموگرافی پوزیترون می تواند فعالیت سلولهای مغزی را در هر قسمت از مغز نشان دهد در بیماری آلزایمر فعالیت مغز در ناحیه خلفی کاهش می یابد ناحیه ای که برای صحبت کردن و حافظه بسیار مهم است.

بر اساس تازه ترین پژوهشها، حل کردن جدول و معماهای مشابه می تواند مغز را تقویت کرده و قدرت تمرکز را افزایش دهد. جنیفر موزولیک محقق مرکز پزشکی باپتسیست در دانشگاه ویک فارست در کارولینای شمالی با مطالعه بر روی ۲۳ داوطلب ۶۵ تا ۷۵ سال اظهار داشت: این روش هم چنین به افرادی که در معرض افزایش خطر ابتلا به اختلالات حافظه ای هستند در سالهای آتی زندگی کمک خواهد کرد. یافته های اولیه در این پژوهش نشان داد: ۸ جلسه تمرین توجه (هفته ای یک ساعت) توانایی این افراد را در متوقف کردن حواس پرتی و تقویت حافظه بهبود داد. در این جلسات هم تمرین های فردی و هم برنامه گروهی تمرینات مغزی صورت گرفت. در این پژوهش از یک دستگاه MRI عملی برای بررسی جریان خون و نحوه فعالیت مغز شرکت کنندگان در حالی که مشغول تکمیل برنامه های طراحی شده بودند، استفاده شد. نتایج این پژوهش تایید می کند که حل معماها و جداول می تواند به ما کمک کند که ذهن های خود را جوان نگه داریم.

منبع: روزنامه تفاهم

<http://vista.ir/?view=article&id=84866>

 **vista.ir**
Online Classified Service

حمله به مرکز فرماندهی مغز

از سیستم عصبی مرکزی بدن، حساس ترین و حیاتی ترین عضو بدن، سپرهای حفاظتی زیادی مراقبت می کنند.

یک جمجمه و ستون فقرات استخوانی و محکم، عضلات روی ستون فقرات، پوست روی آنها و ... در داخل خود این حفاظهای استخوانی هم چند لایه مختلف وجود دارند که مثل غلافی از سیستم عصبی مرکزی (مغز و نخاع) در برابر آسیبها و عفونتها حفاظت می کنند.

این لایه ها مننژ نام دارند، اما گاهی پیش می آید که این لایه ها خودشان دچار التهاب و عفونت می شوند. مننژیت یا التهاب پرده های مغز و نخاع، بیماری التهابی و خطرناکی است که مننژ را آلوده می کند.

• چه چیز به پرده مغز آسیب می زند؟





مننژیت می‌تواند در اثر عوامل مختلفی به وجود بیاید. هر چیزی که بتواند سیستم ایمنی را علیه مننژ تحریک کند و یا باعث التهاب سیستم ایمنی داخل این پرده‌ها بشود، التهابی ایجاد می‌کند که علائم مننژیت را به دنبال خواهد داشت.

عفونت‌های ناشی از باکتری، عفونت‌های ویروسی آسیب‌ها، سرطان‌هایی خاص و بعضی از انواع داروها می‌توانند این غشاءهای محافظ را ملتهب کنند

و باعث فشار و آسیب به مغز بشوند. اما آنچه که ما بیشتر به عنوان مننژیت می‌شناسیم ناشی از عامل باکتریال یا گاهی ویروسی است. باکتری‌های هموفیلوس آنفلوآنزا، نیسریا مننژیتدیس و استرپتوکوک نومونیا شایع‌ترین باکتری‌هایی هستند که باعث ایجاد این بیماری می‌شوند. این باکتری‌ها اغلب بدون هیچ مشکل و علامت خاصی در مخاط دهان و حلق افراد زندگی می‌کنند، اما گاهی اوقات ممکن است پیش بیاید که این باکتری‌ها به ظاهر بی‌ضرر از سد سیستم ایمنی بدن بگذرند و وارد مایع مغزی نخاعی فرد شوند. در این محیط که محیط مناسبی برای زندگی این باکتری‌ها به حساب می‌آید، باکتری‌ها به سرعت تکثیر می‌شوند و باعث التهاب و تورم مننژ می‌شوند. این همان زمانی است که علائم عفونت مننژیت به وجود می‌آید. عفونت‌های ویروسی هم مشابه باکتری‌ها عمل می‌کنند و با ورود به فضای دور مغز و نخاع و تکثیر باعث التهاب می‌شوند اما التهاب آنها معمولا خفیف‌تر است.

• مننژیت چه علائمی دارد؟

حدود ۹۰ درصد بیماران سردرد را ذکر می‌کنند. تقریباً اولین علامتی که به وجود می‌آید سردرد است که به خاطر فشار به بافت مغز و تورم مننژ و افزایش مایع نخاعی به وجود می‌آید. به دنبال سردرد، سفتی گردن اتفاق می‌افتد.

گرفتگی و احساس سفتی در عضلات گردن که با معاینه خاصی می‌توان کاملاً آن را مشخص کرد. (پزشک برای تشخیص این علامت از بیماری می‌خواهد دراز بکشد و سر بیمار را به طرف سینه‌اش خم می‌کند. درد، مقاومت در خم کردن گردن و گاهی خم کردن زانوها در واکنش به این کار نشانه سفتی گردن است.)

به دنبال سردرد و سفتی گردن هم تب به وجود می‌آید تا سه‌گانه علائم تشخیص مننژیت تکمیل شود. هر بیماری که دارای این علائم سه‌گانه باشد را باید به سرعت به بیمارستان منتقل کرد و اقدامات درمانی را برایش انجام داد. فتوفوبی یا ترس از نور، فتوفوبی یا ترس از صدا، تحریک‌پذیری، تغییرات سطح هوشیاری، خواب آلودگی، تهوع، استفراغ، هذیان و گاه تشنج از علائم دیگر مننژیت هستند.

در نوزادان که نمی‌توان معاینات را به خوبی انجام داد و علائمشان هم با بزرگسالان متفاوت است، مننژیت را می‌توان از تب، کاهش فعالیت، تحریک‌پذیری، تهوع، شیر نخوردن و در نهایت تشنج، تشخیص داد. در نوزادان گاهی ملاحظه آنها به خاطر افزایش فشار مایع مغزی، تورم ایجاد می‌شود که می‌تواند نشانه مننژیت باشد.

علائم بیماری مننژیت و به خصوص آن علائم سه‌گانه، طی چند ساعت و گاهی یک تا ۲ روز به وجود می‌آیند در این مواقع باید بیمار را به سرعت به بیمارستان منتقل کرد چون زمان برای درمان این بیماران بسیار حیاتی است.

• درمان مننژیت

مننژیت یک اورژانس پزشکی است. یعنی با مشاهده کوچک‌ترین علائمی از آن باید به بیمارستان مراجعه کرد و در شک به آن هم حتی باید بیمار را بستری کرد. نوزادان و بچه‌ها بیشتر در معرض خطر این بیماری هستند چون هم بیشتر مبتلا می‌شوند و هم تشخیص علائم در آنها سخت‌تر است.

بعد از مراجعه به بیمارستان و معاینه بیمار توسط پزشک و مشاهده علائم بیماری، باید تشخیص قطعی شود در همین زمان هم نباید وقت را از دست داد و باید برای بیمار آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف که عفونت گونه‌های مختلف باکتری را درمان می‌کنند، تجویز شود اما قبل از آن باید برای بیمار یک آزمایش مخصوص انجام داد. آزمایش مایع نخاعی بیمار برای تعیین نوع باکتری.

دانستن علت اصلی ایجاد مننژیت بسیار مهم است چون در تعیین روش درمان نقش دارد، مثلاً ویروس‌ها معمولاً مننژیت ضعیف و ملایمی ایجاد می‌کنند که خودبه‌خود و ظرف یک تا دو هفته بهبود می‌یابد و اغلب درمان خاصی احتیاج ندارد و فقط باید درمان علامتی (یعنی تخفیف علامت‌ها) انجام شود. مثل تجویز کورتون برای کاهش تورم مننژ.

اما عفونت‌های باکتریال را باید دقیقاً مشخص کرد تا آنتی‌بیوتیک مخصوص به آن باکتری تجویز شود. آزمایش مایع نخاعی اصلی‌ترین آزمایشی است که برای این بیماران انجام می‌شود. در این آزمایش پزشک در شرایط استریل توسط یک سوزن مخصوص، از انتهای ستون فقرات، مقدار کمی از مایع نخاعی را خارج می‌کند و آن را برای بررسی به آزمایشگاه می‌فرستد.

رنگ، قوام و فشار این مایع در همان زمان خارج‌شدن هم می‌تواند در تشخیص بیماری به پزشک کمک کند. به غیر از آزمایش مایع نخاعی یا LP، آزمایش‌های دیگری هم انجام می‌شود. آزمایش خون، عکس قفسه سینه و گاهی سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی بعد از مشخص‌شدن نوع باکتری، آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف به آنتی‌بیوتیک مخصوص آن باکتری تغییر می‌کند. به‌طور کلی درمان اولیه عفونت‌های باکتریال، تجویز سفتریاکسون و سفوناکسمی است که اغلب گونه‌های باکتری را پوشش می‌دهد. گاهی نیز ونکوماسیسین و درمان‌های ترکیبی دیگر تجویز می‌شود که بسته به نوع عفونت، سن بیمار و شرایط او و حتی اقلیمی که در آن زندگی می‌کند، متفاوت است.

• پیشگیری از خطرات

علت خطرناک‌بودن مننژیت، آسیبی است که به بافت مغز می‌رساند. طولانی‌شدن زمان التهاب ممکن است باعث گسترش عفونت به بافت مغز و یا افزایش فشار داخل جمجمه و آسیب به مغز شود که در نتیجه آن کما و مرگ اتفاق می‌افتد.

عوارض کم‌خطرتر این بیماری هم چیزهای دلپذیری نیستند. عوارض طولانی‌مدتش مثل کاهش شنوایی، عقب‌افتادگی ذهنی، فلج و تشنج‌های مکرر می‌تواند نتیجه این بیماری باشند که گاهی اوقات حتی در صورت درمان هم برای بیمار بجا می‌مانند. علت اصلی اغلب این عوارض هم این است که تشخیص و درمان به‌موقع صورت نگرفته است.

بهترین پیشگیری از ابتلا به این بیماری و عوارض آن هم، بعد از تشخیص و درمان سریع، تزریق واکسن است. تزریق واکسن‌های آنفلوآنزا و یا واکسن‌های مننژیت علیه باکتری‌های شایع این بیماری در زمانی که احتمال ابتلا به این بیماری وجود دارد، یک اقدام پیشگیرانه موثر است. درمان افراد نزدیک به یک بیمار هم به علت احتمال ابتلای آنان به بیماری می‌تواند روش پیشگیری خوبی باشد. عفونت مننژیت اغلب توسط تماس مستقیم و نزدیک با ترشحات مخاطی فرد بیمار به‌وجود می‌آید. اغلب باکتری‌های عامل مننژیت خیلی مسری نیستند اما تماس مستقیم و طولانی‌مدت با آنها که در ترشحات دهان و حلق بیمار وجود دارند، می‌تواند باعث ایجاد بیماری شود.

به همین علت است که در سربازخانه‌ها و در محیط‌های عمومی سربسته برای افراد واکسن مننژیت تزریق می‌شود. عطسه و سرفه یک فردی که به ظاهر فقط سرما خورده است هم می‌تواند باعث انتقال عفونت مننژیت شود. در کسانی که آسیب نخاعی و یا مغزی دیده‌اند، یا شکستگی جمجمه دارند هم به‌علت در تماس بودن مایع نخاعی با بیرون تزریق داروهای درمانی به‌منظور پیشگیری انجام می‌شود.

• تاریخچه مننژیت

قدیمی‌ترین نوشته پزشکی که در آن راجع به علائم مننژیت، این بیماری صحبت شده است، مربوط به کتاب قانون ابوعلی‌سینا است. در سال ۱۰۲۰ میلادی، ابوعلی‌سینا اولین بار این بیماری را کاملاً توضیح داد و روش‌های درمانی سنتی آن را تشریح کرد.

در غرب اولین بار در سال ۱۸۰۵ بود که بعد از یک اپیدمی شدید در سوئیس، مقالات پزشکی علائم این بیماری را کاملاً توضیح دادند و اقدامات درمانی لازم را پیشنهاد کردند اما تا زمان پیداشدن آنتی‌بیوتیک‌های مختلف، هنوز این بیماری کاملاً قابل‌درمان نبود.

در قرن نوزدهم، مننژیت، نفرین خانوادگی خاندان امپراتوری ژاپن بود. به‌علت یک نقص مادرزادی، اغلب اعضای این خانواده مستعد به ابتلا به مننژیت بودند و اغلب آنها در سن کم می‌مردند. در اواسط قرن نوزدهم، فقط امپراتور ژاپن و ۲ نفر از فرزندانش از این بیماری جان سالم به‌در بردند. امپراتور تاسیهو هم که بعدها به حکومت رسید، به‌خاطر عوارض این بیماری دچار عقب‌افتادگی ذهنی بود. تا زمان امپراتور هیرهیتو در قرن بیستم که از داروهای جدید استفاده شد، مننژیت همچنان از خاندان سلطنتی ژاپن قربانی می‌گرفت.

در جهان بیشترین شیوع مننژیت در قاره آفریقا است. مشکلات بهداشتی و درمانی هم به نتایج فاجعه‌بار این بیماری دامن می‌زند. در سال ۱۹۹۶ وسیع‌ترین و گسترده‌ترین اپیدمی مننژیت در غرب آفریقا به‌وجود آمد که نیجریه، چاد و بورکینافاسو را درگیر کرد. ۲۵۰ هزار نفر در این کشورها مبتلا به مننژیت شدند که ۲۵ هزار نفر در اثر این بیماری جان باختند.

• با کودک مبتلا به مننژیت چه باید کرد؟

(۱) اول باید علائم بیماری را در کودک شناخت. تب بالا، علائم شبیه آنفلوآنزا، خواب آلودگی، استفراغ، سردرد، سفتی گردن، حساسیت به نور و وجود دانه‌های قرمز رنگ در پوست. علائم این بیماری در کودکان است. در نوزادان هم شل و ول بودن، بی‌حس بودن، عدم فعالیت، تحریک‌پذیری و

شیر نخوردن می‌تواند نشانه‌های بیماری باشند.

۲) قدم بعدی مراجعه سریع به اورژانس است. اما برای تایید این علائم می‌توان چند آزمایش ساده هم انجام داد. با یک لیوان شیشه‌ای روی دانه‌های قرمز به وجود آمده روی پوست فشار دهید. در یک حساسیت ساده رنگ‌دانه با فشار از بین می‌رود اما در مننژیت این‌طور نیست. سفتی گردن را هم می‌توان در خانه معاینه کرد.

۳) تا رسیدن به اورژانس، کودک را در یک جای آرام و خنک نگه دارید. پارچه نمناک روی پیشانی و بدنش بگذارید و سعی کنید دمای بدنش را پایین بیاورید. سعی کنید بیدار نگهش دارید تا پزشک بتواند معاینه‌اش کند.

منبع : روزنامه تهران امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=298701>

 Vista.ir
Online Classified Service

حمله تشنجی چیست؟

یک حمله تشنج مانند توفانی کوچک در سیستم الکتریکی مغز است، و علائم حاصل از آن می‌تواند از چند دقیقه مات شدن تا افتادن و از دست رفتن کامل هوشیاری متفاوت باشد

حتی یک شخص به طور معمول سالم ممکن است ندرتا دچار حمله تشنجی شود، اما به طور کلی حملات تشنجی در کودکان شایع‌تر از بزرگسالان است.

هنگامی که حمله تشنجی رخ می‌دهد، پزشکان مجموعه‌ای از آزمون‌ها را بر روی فرد انجام می‌دهند تا مطمئن شوند که عارضه وخیمی وجود ندارد.



آزمایشی که امواج مغز را اندازه می‌گیرد و الکتروانسفالوگرافی (EEG) نامیده می‌شود، می‌تواند با ثبت کردن امواج بلند و نوک تیز وجود حمله تشنجی را ثابت کند.

تصویر برداری با تشدید مغناطیسی (MRI) می‌تواند علت زمینه‌ای تشنج مانند تومور، سکنه مغزی یا ناهنجاری مادرزادی را نشان دهد.

تب اغلب باعث بروز حمله تشنجی می‌شود، و گاهی علامت عفونتی مانند مننژیت است.

افت شدید قند خون و کم‌آبی بدن نیز می‌تواند حمله تشنجی را برانگیزد. با انجام آزمایش‌هایی ساده در اتاق اورژانس می‌توان این علل را تشخیص داد.

هنگامی که هیچ علت زمینه‌ساز ظاهری وجود نداشته باشد، پزشکان می‌گویند یک حمله تشنجی خوش‌خیم رخ داده است.

دوسوم افرادی که دچار حمله تشنجی می‌شوند، هرگز در طول عمرشان دوباره تشنج نمی‌کنند.

تصمیم‌گیری درباره اینکه برای جلوگیری از حمله بعدی باید تجویز دارو انجام داد یا نه و چه هنگامی باید این کار را انجام داد، در هر فردی متفاوت است، و عمدتاً بستگی به نوع و دفعات تشنج‌های یک فرد دارد.

صرع صرفاً اصطلاحی دیگر برای اختلال تشنجی است، اما این کلمه دارای بار معنایی خاصی است زیرا دفعات زیاد حمله تشنجی را در یک فرد به ذهن می‌آورد.

در هر حال متخصصان می‌گویند هر کسی که دو بار دچار حمله تشنجی با علت نامعلوم شود، در معرض خطر بالای برای دچار شدن به حمله سوم است.

با اینکه برخی افراد به خصوص پس از حملات شدید نیازمند گذشت چند روز برای احساس بهبودی کامل هستند، اغلب افراد پس از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه می‌گویند حالشان خوب شده است.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=86210>

 **vista.ir**
Online Classified Service

خواب رفتگی

خواب رفتگی یا paresthesia احساس سوزش و خارش ناخوشایند همراه با سوزن سوزن شدن عضو خواب رفته است که غالباً در دست و پا ایجاد میشود. دلیل معمول بروز چنین حالتی نشستن، تکیه کردن یا خوابیدن بر روی عضو است به طوری که فشاری مداوم بر اعصاب این عضو وارد شده یا جریان خون در این منطقه مختل شود.

تغییر حالت دادن و خارج کردن عضو خواب رفته از حالت فشرده، معمولاً این حالت را از بین میبرد. اما با برداشته شدن فشار و با برقرار شدن پیام رسانی اعصاب به مغز و نخاع، ابتدا حالت بی حسی جای خود را به درد و سوزش داده و سپس از بین میرود. در بعضی از موارد خواب رفتگی در اثر آسیب دیدگی عصب یا اختلالات خاصی در سیستم عصبی ایجاد میشود.



اگر شما غالباً و یا به مدت‌های طولانی دچار خواب رفتگی اعضا میشوید، حتماً به پزشک مراجعه کنید.

• علائم

علائم خواب رفتگی که معمولاً در دست و پا رخ میدهد عبارتند از :

- در ابتدا عضو دچار بی حسی و سنگینی میشود
- پوست عضو خواب رفته سوزن سوزن شده و به خارش می افتد
- این عوارض پس از بازگشت بدن به حالت عادی، در عرض چند دقیقه برطرف میشود

• تعدادی از دلایل عمده

- وارد شدن فشار بر روی عصب
- کاهش مقدار خون موجود در عضو
- آسیب دیدگی عصب
- تنفس سریع (نفس نفس زدن)
- متاثر شدن اعصاب از ماده ای سمی، مانند الکل یا سرب

• عارضه جانبی بعضی از داروها

• دیابت (بیماری قند)

• تصلب بافت‌های عصبی یا multiple sclerosis

• کم کاری تیروئید

• سکنه نافص

• سکنه

• خواب رفتگی بر اثر فشار

اطلاعات دریافت شده از محیط، توسط اعصاب پیرامونی بدن به مغز و نخاع فرستاده میشود. هنگامی که یک عصب حسی به دلیل قرار گرفتن در یک حالت تنگ و ناراحت تحت فشار قرار گیرد، از کارایی آن کاسته میشود. اگر این فشار ادامه یابد، عضو درگیر دچار خواب رفتگی میشود، به این معنا که پیام‌های حسی قطع میشوند.

به محض آنکه فشار از عصب برداشته شود، کار خود را از سر میگیرد. حالت ناخوشایند سوزن سوزن شدن، در اثر فرستاده شدن ناگهانی پیام‌های متعدد درد از عصب به مغز است. اعصاب دیگری که در این وضعیت تحت فشار قرار گرفته بودند، از جمله عصب‌های تشخیص دهنده دما، برای بازگشت به حالت اولیه به زمان بیشتری نیاز دارند.

• فشردگی شدید عصب

رگ‌های عصبی نیز میتوانند در اثر گیر افتادن میان استخوان‌ها یا بافت‌های دیگر تحت فشار شدید قرار بگیرند. برای مثال :

• سندرم تونل مچ دست - عصب اصلی دست از میان حلقه ای متشکل از استخوان‌های مچ میگذرد. وجود تاندون‌هایی که غشایی ملتهب و متورم داشته باشند، فضای این تونل را تنگ کرده و عصب را به شدت فشار میدهند. نشانه های این مشکل شامل حالت خواب رفتگی، درد و ضعف دست است.

• آسیب دیدگی ریشه عصب گردن- اعصاب گردن از درون سوراخ‌های کوچک موجود در میان مهره ها خارج میشوند. فضای این سوراخ‌ها میتواند در اثر التهاب، آسیب دیدگی یا رشد بیش از حد بافت استخوانی، کوچک شود و در نتیجه عصبی که از آن عبور میکند به شدت تحت فشار قرار میگیرد. در این حالت احساس خواب رفتگی در گردن ایجاد شده و موجب بروز درد جابجا شده در بازوها میشود.

• سیاتیک - عصب سیاتیک، عصب اصلی پا است که به صورت چهار شاخه عصبی از میان مهره های بخش پایینی ستون مهره ها خارج میشود. هر مهره توسط دیسک‌هایی غضروفی محافظت میشود. افتادگی یا جابجایی این دیسک موجب برآمدگی در مسیر عصب و فشردگی آن میشود، این حالت علاوه بر ایجاد احساس خواب رفتگی در محل، میتواند موجب بروز درد جابجا شده در پا شود.

• التهاب عصبی

التهاب عصبی یا ورم رشته های عصبی، دلایل متعددی دارد که رایج ترین آنها از این قرارند :

• الکلی - مصرف مداوم و بیش از حد الکلی میتواند موجب مسمومیت اعصاب شده و وضعیتی را به وجود آورد که پریفرال نوروپاتی peripheral neuropathy (بیماری اعصاب پیرامونی) نام دارد و بارزترین نشانه آن خواب رفتگی در اعضا است.

• سندروم گیلین بری (Guillain-Barre) - حالتی که به احتمال فراوان در اثر عفونت ویروسی ایجاد میشود و اعصاب پیرامونی را تحت تاثیر قرار داده، موجب درد و بی حسی در عضو میشود.

• کم خونی خطرناک (Pernicious anemia) - کاهش یا عدم کارایی ویتامین B12 موجب کند شدن روند تولید گلبول قرمز شده و عملکرد نخاع را تحت الشعاع قرار میدهد.

• بیماری عصب

علامت مشخصه بیماری عصب یا نوروپاتی، عدم وجود رابطه اطلاعاتی حسی بین عصب و مغز است که در اثر آسیب دیدگی عصب حسی ایجاد میشود. برای مثال، شخص دچار نوروپاتی ممکن است درد را در حد معمول آن حس نکند و یا اصلا احساس درد نداشته باشد. شرایطی که میتوانند موجب بروز چنین آسیبهایی شوند از این قرارند :

• قطع شدن نخاع

• بیماری قند

• قرار گرفتن در معرض داروهای خاص یا فلزات سنگینی چون سرب

• مصرف مداوم و بیش از حد الکل

• پیگیری پزشکی

بروز هر از گاه حالت خواب رفتگی، مورد نگران کننده ای نیست. اما خواب رفتگی مزمن میتواند نشانه یک مشکل اساسی باشد. اگر بیش از حد یا در فواصل کوتاه دچار خواب رفتگی اعضا میشود، به پزشک مراجعه کرده و از او بخواهید تا از شما یک معاینه کامل به عمل آورد.

• روشهای درمان

درمان خواب رفتگی ارتباط مستقیمی با دلیل بروز آن دارد و در هر مورد متفاوت است. برای مثال، سندرم تونل مچ دست، با مصرف داروهای ضد التهاب و ادرار آور، استراحت و بستن مچ با نوارهای کشی مخصوص بهبود میابد. مشکل عصبی که در میان استخوان یا بافتهای دیگر فشرده شده باشد ممکن است با فیزیوتراپی برطرف شود یا برای رفع آن به جراحی نیاز باشد.

شرایط نامحسوسی چون بیماری قند، باید به طور جدی و با دقت کنترل شود تا مشکلات جانبی این بیماری کاهش یابند. نشانه های التهاب عصبی و آسیب دیدگی عصب که در اثر مصرف الکل بروز میکنند نیز، معمولاً با عدم مصرف الکل، بهبود خواهد یافت.

منبع : دانشجویان

<http://vista.ir/?view=article&id=245532>



داروهای غیرمیگرنی برای سردردهای میگرنی

میگرن بیماری شایعی است که اغلب مبتلایان به آن به درمانهای فارماکولوژیک نیاز پیدا می‌کنند، از این رو تعدادی از گروه‌های دارویی برای درمانهای پیشگیرانه میگرن مورد استفاده قرار می‌گیرند. مکانیسم عمل داروهایی که اثر پیشگیرانه آنها در میگرن ثابت شده، متفاوت بوده و نمی‌توان هیچ‌کدام از آنها را به عنوان درمان انتخابی برگزید...

درمان پروفیلاکتیک سردرد زمانی تجویز می‌شود که سردردهای بیمارانی مکرر، طولانی‌مدت یا موجب ناتوانی قابل‌توجهی شوند. اهداف چنین



درمانی عبارتند از: کاهش دفعات، شدت و مدت حملات، بهبود پاسخ‌دهی به حملات حاد، بهبود عملکرد و کاهش ناتوانی بیمار.

• میگرن قاعدگی: میگرن قاعدگی یا میگرن Catamenial، میگرنی است که رابطه زمانی نزدیکی با شروع خونریزی ماهیانه دارد، بنابراین درمان کوتاه‌مدت در حوالی دوران قاعدگی می‌تواند در زمانی که فرد دچار میگرن قاعدگی قابل پیش‌بینی باشد، مفید واقع گردد. این نوع استراتژی درمانی را «Mini prophylaxis» می‌نامند و معمولاً به این صورت است که این درمان پیشگیرانه ۱ تا ۲ روز پیش از زمان قابل انتظار سردرد شروع می‌شود. راه دیگر درمان پیشگیرانه میگرن قاعدگی، درمان هورمونی است. شواهد بالینی نشان می‌دهند که بتا بلوکرها، بلوکرهای کانال‌های کلسیم، مهارکننده‌های ACE و ARBها برای پیشگیری از بروز میگرن مؤثر هستند. در میان آنها قوی‌ترین شواهد به نفع بتا بلوکرها می‌باشد.

• درمانهای دارویی

• بتا بلوکرها: درمان مزمن با پروپرانولول، دفعات و شدت میگرن را در ۶۰ تا ۸۰ درصد از بیماران کاهش می‌دهد. در حالی که فقط پروپرانولول و تیمولول توسط اداره نظارت بر غذا و داروی آمریکا برای این منظور تأیید شده‌اند، ولی استفاده از متوپرولول، نادولول و آنتولول نیز رایج است. شروع اثر این داروها معمولاً چند هفته زمان می‌برد و پس از اینکه دوز آنها تنظیم شد، می‌بایست آنها را به مدت حداقل سه ماه ادامه داد و سپس در مورد مؤثر نبودن درمان تصمیم‌گیری نمود.

استفاده از بتا بلوکرها در بیماران مبتلا به عملکرد نامناسب نعوظی، بیماری عروق محیطی، سندرم یا بیماری رینود و در بیماران دارای برادیکاردی یا فشار خون پایین، می‌تواند محدودیت استفاده داشته باشد. همچنین در بیماران مبتلا به آسم، دیابت ملیتوس و اختلالات هدایتی قلب یا بدکاری گره سینوسی، باید آنها را با احتیاط مصرف نمود.

• بلوکرها کانال کلسیم: این داروها برای پیشگیری از بروز میگرن به میزان وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرند و علاوه بر پیشگیری از میگرن می‌توانند علائم اورا را نیز تسکین دهند. اغلب اولین انتخاب برای درمان پروفیلاکتیک با توجه به سهولت استفاده و عوارض جانبی قابل قبول، وراپامیل است. در مورد بلوکرها کلسیم ممکن است تحمل‌پذیری (Tolerance) ایجاد شود که با افزایش دوز دارو یا تغییر به یک بلوکر کلسیم دیگر قابل رفع است.

• مهار کننده‌های ACE و ARBها: در یک مطالعه دو سویه کور با کنترل دارونما، ۶۰ بیمار مبتلا به ۲ تا ۶ دوره میگرن در ماه مورد بررسی قرار گرفتند که مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین لیزینوپریل (۱۰ میلی گرم در روز به مدت یک هفته و سپس ۲۰ میلی گرم در روز) به میزان قابل توجهی ساعات و روزهای سردرد و شدت سردرد را در مقایسه با دارونما کاهش داد. نتایج مشابهی در مورد دیگر مسدودکننده گیرنده آنژیوتانسین ۲ (ARB) یعنی کاندسارتین نیز مشاهده گشت.

• ضدافسردگی‌ها: ضدافسردگی‌ها در پیشگیری از بروز میگرن سودمند نشان می‌دهند. آنتی‌دپرسانت‌های سه‌حلقه‌ای (مانند آمی‌تریپتیلین و کلومیپرامین) و بلوکرها سروتونین (مانند پیروتیفن و میرتازاپین) در جلوگیری از میگرن مزمن مؤثر هستند. اطلاعات مورد نیاز برای نتیجه‌گیری در باره سودمندی مهارکننده‌های برداشت سروتونین (SSRIs) هنوز کافی نیستند.

آنتی‌دپرسانت‌های سه حلقه‌ای که رایج‌تر از بقیه برای پروفیلاکسی میگرن استفاده می‌شوند، شامل آمی‌تریپتیلین، نورتریپتیلین، دوکسپین و پروتریپتیلین هستند. از این میان، آمی‌تریپتیلین تنها سه‌حلقه‌ای است که اثربخشی آن برای میگرن به اثبات رسیده است.

• ضد تشنج‌ها: ضد تشنج‌هایی مانند الوپروات سدیم، گاباپنتین و توپیرامات در کاهش دفعات حملات میگرن نسبت به دارونما مؤثرتر هستند و هر دوی آنها توسط اداره نظارت بر غذا و داروی آمریکا برای پروفیلاکسی میگرن تأیید شده‌اند.

• متی‌سرژید: متی‌سرژید یک مشتق ارگوت و یک آنتاگونیست اختصاصی گیرنده سروتونین (عمدتاً ۵HT₂) است که تأثیربخشی آن در پیشگیری از بروز میگرن در مطالعات کنترل‌شده، اثبات نشده است. موارد منع مصرف آن نیز زیاد هستند، از جمله بارداری و بیماری قلبی عروقی. ضمن اینکه این دارو با خطر کم ولی واقعی فیبروز پشت صفاقی، جنبی و دریچه‌ای قلب همراه است. به همین دلیل این دارو باید برای بیمارانی که به دیگر داروهای پروفیلاکتیک پاسخ نداده‌اند، نگاه داشته شود. بیمارانی که از داروهای ارگوتامینی استفاده می‌کنند، مانند متی‌سرژید نباید آگونیست‌های سروتونین را تا فاصله زمانی ۲۴ ساعت، به علت ریسک انفارکتوس قلبی مصرف نمایند.

• ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی: ناپروکسن با دوز ۵۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز موجب شده که ۵۰ درصد بیماران هیچ سردرد شدیدی را تجربه نکنند.

• اوبیویدها: استفاده از اوبیویدها برای سردردهای مکرر یا مقاوم به درمان مورد بحث است، زیرا استفاده مکرر از اوبیویدها می‌تواند خود در ایجاد سردرد روزانه مزمن مشارکت داشته باشد و همچنین با دیگر درمان‌های پیشگیرانه تداخل نماید. علاوه بر آن، استفاده مکرر از اوبیوید، خطر وابستگی و نیاز به افزایش دوز را در پی دارد، اما اوبیویدها برای سردرد مقاوم به درمان یا زمانی که درمان‌های دیگر منع مصرف دارند، مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

• ریبوفلاوین: تجویز ریبوفلاوین خوراکی در دوزهای ۴۰۰ میلی‌گرم در روز در مقایسه با دارونما منجر به بیش از ۵۰ درصد بهبود در دفعات سردرد، روزهای سردرد و شاخص میگرنی در بخش بسیار بزرگ‌تری از بیماران شد که این اثرات پس از سه ماه درمان ظاهر شدند. ازسویی، ریبو فلاوین به خوبی تحمل می‌شود.

• توصیه‌ها

درمان پروفیلاکتیک میگرن برای بیماران زیر می‌تواند کاربرد داشته باشد:

۱) آنهایی که بیش از ۴ دوره سردرد در ماه دارند

۲) سردردهایی که بیش از ۱۲ ساعت به طول می‌انجامد.

۳) سردردهایی که منجر به ناتوانی کلی قابل توجهی شوند.

در صورت وجود انواع ناشایع میگرن مانند میگرن همی‌پلژیک، میگرن بازیلر، میگرن همراه با اورای طولانی و انفارکتوس میگرنی نیز درمان پروفیلاکتیک می‌بایست به منظور پیشگیری از ایجاد آسیب نورولوژیک مورد نظر قرار گیرد. انتخاب داروی پروفیلاکتیک به عوامل مختلفی بستگی دارد، مانند وضعیت هر بیمار، مشکلات طبی همراه و وجود وضعیت‌هایی که با میگرن همراه هستند، از قبیل افسردگی، مانیا، اضطراب، حمله ترس، سندرم رینود، اپی‌لپسی و سکت. به عنوان مثال، سه‌حلقه‌ای‌ها یا دیگر ضدافسردگی‌ها را می‌توان برای بیمارانی که دچار افسردگی یا مستعد پیدایش افسردگی هستند، در نظر گرفت. بتا بلوکرها و بلوکرهای کانال‌های کلسیم در بیماران دچار پرفشاری خون ارجح هستند، در حالی که بیماران که دارای مشکلات ستون مهره‌ای گردنی یا عضلانی اسکلتی می‌باشند که در ایجاد سردردهای آنها کمک می‌کند، ممکن است از ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی سود ببرند.

• اصول پروفیلاکسی

از دوز پایین آغاز کنید و آن را به تدریج تا حصول اثر یا رسیدن به دوز حداکثر یا غیر قابل تحمل بودن عوارض جانبی، به تدریج بالا ببرید.

ابتدا یک دوره آزمایشی کافی به لحاظ زمان و دوز داروی مورد نظر را امتحان کنید. تاثیر بخشی درمان پروفیلاکتیک ابتدا در عرض چهار هفته ظاهر می‌گردد و تا سه ماه ممکن است افزایش یابد.

زنان در سن باروری باید در مورد هرگونه خطری آگاهی داده شوند. در صورت امکان در این گروه از والپروات اجتناب و از دارویی استفاده کنید که کمترین اثر را بر روی جنین داشته باشد.

در هنگام تصمیم‌گیری بین داروهای دارای تاثیربخشی تقریباً مشابه، انتظارات و ترجیحات بیمار را در نظر بگیرید. درباره منطق درمان، دوزاژ و اثرات جانبی احتمالی هر درمان، فواید قابل انتظار درمان و زمان لازم برای رسیدن به آنها با بیمار صحبت نمایید. درمان پروفیلاکتیک میگرن نیازمند همکاری و تعهد بیمار و پزشک می‌باشد. اگر سردردها به خوبی کنترل شدند، دارو را به آهستگی کاهش دهید.

• کوآنزیم Q۱۰

• با توجه به نقش بالقوه نقص عملکرد میتوکندریایی در پاتوژنز میگرن، توجه و علاقه به کوآنزیم Q۱۰ بالا گرفته است. در مطالعات تصادفی و کنترل شده بر روی بیماران مبتلا به میگرن، تاثیر کوآنزیم Q۱۰ برای پروفیلاکسی میگرن دیده شده و دوز ۲۰۰ میلی‌گرم در روز از آن، منقسم در حداقل سه دوز، باعث کاهش دفعات حملات در عرض سه ماه و درحداقل ۵۰ درصد بیماران گردید.

• همچنین، کوآنزیم Q۱۰ به خوبی توسط بیماران تحمل می‌شود و عارضه جانبی خاصی ندارد.

• ازسویی، کوآنزیم Q۱۰ به عنوان یک آنتی‌اکسیدان قدرتمند و دارای اثر افزایش تولید انرژی در بدن، به همراه اثر محافظتی بر روی قلب و عروق، خود را به یک انتخاب سودمند معرفی می‌نماید.

منبع : هفته نامه سپید

<http://vista.ir/?view=article&id=360399>

 **vista.ir**
Online Classified Service

دانش آموز صرعی

صرع بیماری است که همه انسانها کم و بیش با آن آشنا هستند و شاید در کوچه و خیابان ، در شهر و مدرسه محله زندگی و یا اقوام و دوستان و یا حتی در خانه ی خود با آن برخورد کرده باشند چون این قبیل بیماران از نظر ظاهر علایمی ندارند و ظهورش ناگهانی است، موجب تعجب و بعضا ترس اطرافیان می شود بنابر این داشتن اطلاعات در مورد این بیماری و نحوه ی برخورد با این بیماران لازم می نماید فی الواقع داشتن اطلاعات در مورد مراقبت در مرحله ی بروز حملات صرع می تواند از حوادث احتمالی و آسیب برای بیمار جلوگیری کند بدین جهت این مقاله اطلاعاتی را به اختصار در اختیار همگان خصوصا والدین و مهمتر از همه برای معلمان قرار می دهد.

• صرع چیست :

صرع یا Epilepsy یکی از قدیمی ترین بیماریهای است که بشر آنرا شناخته است . علیرغم اینکه بیماری شناخته شده ای است با وجود این هنوز درمان قطعی آن حاصل نشده است ولی با انواع دارو ها قابل کنترل می باشد اما تنها راه کنترل این بیماری مصرف دارو می باشد.

از دید نور و فیزیولوژیست ها، صرع یک دیس ریتمی الکتریکی است که منشاء آن میتواند از دیانسفال یا کورتکس مغز بوده و این امواج دیگر مغز رادر

برگیرد صرع می توان انواع CRAND MAL یا صرع بزرگ و petit mal یا صرع کوچک دیده شود . متعاقب حملات و حالات غیر عادی ناشی از صرع حس خود کم بینی اضطراب و احساس گناه شرمندگی و نهایتاً " افسردگی در افراد صرعی ظاهر می شود، و طولانی، نداشتن هیچ نوع کنترل کلامی و مانند آن باشند. همچنین برخی از آنان از نظر جسمی بسیار ضعیف و آسیب پذیر هستند

• علائم کلینیکال صرع :

شروع صرع ناگهانی بود ، در بسیاری از این موارد شخص به ناگهان فریادی می کشد و بلافاصله روی زمین می افتد، به محض اینکه صرع شروع شد تمام عضلات ارادی بدن دچار یک انقباض تونیک می گردند به نحوی که بدن مانند یک تکه چوب خشک می شود. در اثر اسپاسم عضلات تنفسی، موجب اشکال تنفسی و سیانوز شدید صورت و لبها می گردند، در این مرحله تاکیکاردی و بالا رفتن فشار خون نیز مشاهده شده که در اثر آزاد شدن اپی نفرین می باشد این مراحل که تونیک نام دارد حدوداً "۳۰ تا ۶۰ ثانیه طول می کشد. مرحله دوم مرحله کلونیک است در این مرحله تمام عضلات ارادی از جمله عضلات تنفسی و چانه دچار انقباض های مکرر و کلونیک می گردند، در این هنگام تنفس بیمار نامنظم و صدادر شده و کف زیادی از دهان خارج می شود حتی بی اختیاری ادرار و مدفوع نیز دیده شده است . این مرحله حدوداً "۴۰ ثانیه طول می کشد . بعد از این مرحله : بیمار به حالت اغما می رود تمام عضلاتش سست می گردد این مرحله ۱ تا ۲ دقیقه طول می کشد و متعاقب آن بیمار به هوش می آید ، معمولاً در ان هنگام بیمار فوق العاده خسته است و در بسیاری از موارد بلافاصله به خواب می رود که ۲ تا ۳ ساعت طول می کشد . در انواع دیگر صرع ممکن است مواردی از این علائم را داشت یا در نوع خفیف تر ، علائم به مراتب کمتر می باشند.

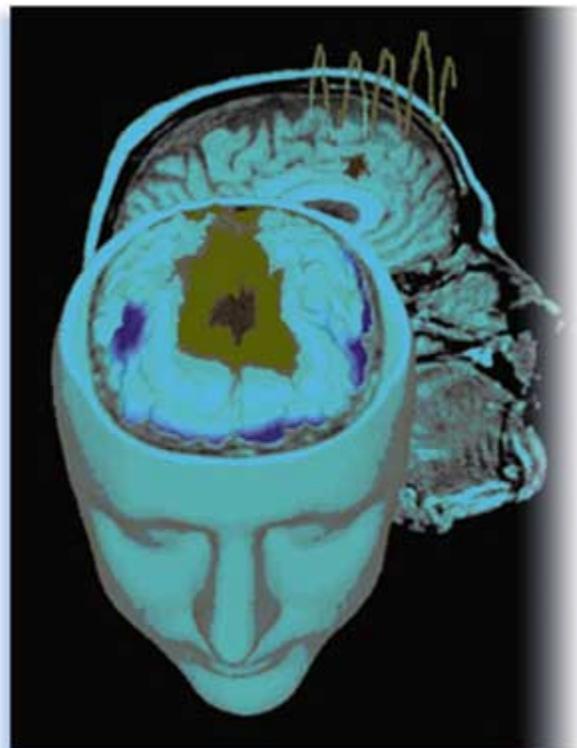
• اتیولوژی صرع :

▪ علت ایجاد صرع :

تومورهای مغزی - ضربه های مغزی head Injuries بیماریهای دژنراتیو مغز-مسمومیتها - اختلال جریان خونه مغز - بیماریهای مادرزادی و ارثی عفونتهای مغزی و می باشد.

▪ درمان دارویی :

دانستن این نکته مهم است که مصرف به موقع دارو و با دوز مناسب طبق تجویز پزشک باعث کنترل حملات صرعی می شود . مع الوصف عدم مصرف به موقع وحتی استفاده با دوز نامناسب و قطع خود سرانه دارو موجب بروز علائم بیماری می شود . این قبیل بیماران نباید . از عوارض دارو نگران باشند . فنوباربیتال phenobarbital از کم ضررترین و موثرترین داروها است که باید طبق تجویز پزشک و با دوز مناسب استفاده شود . کار با



مازیپین carbamazepine دیازپام diazepam و اتوسوکسیماید و ... نیز برای کنترل صرع موثرند.

• درمان در موقع بروز صرع :

(۱) چون بروز حمله صرع ناگهانی بوده و فرد سریع به زمین می افتد ، افتادن ممکن است روی جسم سخت یا در جاهای خطرناک و یا در هر جای دیگر ، احتمال بروزش هست پس ابتدا" باید مریض را از نقاط خطر ناک دوز کنید و پاها و دستهایش را صاف دراز کنید و به آرامی شانه ها و دستهای او را بگیرد تا دامنه حرکت وی کم شود .

(۲) در اثر اسپاسمهای ناگهانی و بی اختیار ممکن است بیمار دچار آسیب به سرو اندامها شود ، بهتر است زیر سر وی جسم نرمی مثل بالش بگذارید.

(۳) اگردهان بیمار بسته بود و زبان در لای دندانها گیر نکرده سعی در باز کردن دهان نکنید و اگر دهان بیمار باز باشد جسم نرم و تمیزی مثل لاستیک یا دستمال بین دندانهای بیمار قرار دهید . باید مراقب بود تا زبان بیمار در عقب دهان لوله نشود که راههای تنفسی را مسدود کند . فی الواقع مهمترین مسئله رسیدگی به وضعیت تنفسی بیمار است در عین حال می توانید کفهای دهان را پاک کنید تا راحت تر تنفس کند.اگر دچار تهوع و استفراغ بود سر وی را به یک طرف خم کنید تا راحت تر خارج شوند.

(۴) بعد از رفع حمله به بیمار استراحت و آرامش داده و مایعات شیرین به او بدهید می توانید از یک پتو برای گرم کردن بیمار استفاده کنید . اطراف بیمار باید خالی از جمعیت باشد، در غیر صورت بیمار عمد از بیهوش آمدن در خود احساس خود کم بینی - احساس گناه و شرمندگی می کند .

(۵) اگر بیمار بیهوش نیامد فوراً" وی را به بیمارستان منتقل کنید تا کارهای اورژانسی از قبیل تزریق و الیوم (دیازپام) و با Air way اکسیژن تراپی را انجام دهند

چگونه با دانش آموزان صرعی رفتار نمائیم :

(۱) چگونگی رفتار معلم - والدین - اطرافیان و همکلاسیهای افراد صرعی اهمیت بسزائی دارد با این افراد باید عاقلانه و متعادل برخورد کرد توجه بیش حد و یا بی توجهی زیاد چه در مدرسه و چه در منزل و یا اجتماع دارای عوارض منفی روی این قبیل افراد هست .

(۲) معلم و والدین باید فرد صرعی را با تواناییهای محدودش ببینند و با توجه با تواناییهای وی برنامه ریزی کنند و او را بد عادت و به اصطلاح نازک نارنجی نکنند چون این خود باعث کم شدن اعتماد به نفس می شود .

(۳) والدین و معلم نیز باید یک برنامه روزانه مرتب در منزل و مدرسه برای کار های دانش آموز پی ریزی کنند .

(۴) احتمال دارد دانش آموز صرعی از نظر هوشی نیز عقب مانده باشد و آیا اینکه از نظر هوشی طبیعی بوده ولی عوارض داروها باعث شل شدن عضلات و چاقی وی شود او را در عمل کند نماید بنابر این نباید او را به انجام کارها و ورزشهای و حرکات سریع و ادا نماید. ضمناً" نباید اجازه دهید که وی از جمعیت دور بماند و ساکت بنشیند بلکه باید زمینه تحرک وی را فراهم کنید و وقت کافی برای انجام آن در اختیارش قرار دهید و او را برای انجام حرکات مورد تشویق قرار دهید.

(۵) محدودیتهاییکه برای یک بیمارصرعی ایجاد می شود متناسب با سنش باشد . یعنی از انجام کارهای خطر ناک و از انجام کار با وسایل تیز و سنگین خود داری کنند.

(۶) همچنین افزایش توجه به وی و محدود نمودن دانش آموزان دیگر نسبت به وی باعث کاهش اعتماد به نفس می شود.

(۷) مقایسه این افراد و یا به رخ کشیدن رفتار خواهران و برادران و یا دانش آموزان دیگر باعث حسادت و بی کفایتی در این افراد می شود .

(۸) چشم پوشی از رفتار نا صحیح وی به بهانه مریضی او نیز صحیح نمی باشد .

(۹) مراقبت بیش از اندازه که منجر به تمسخر دیگر همسالان کودک شود نیز دست نمی باشد .

(۱۰) والدین و یا معلم باید به دانش آموز صرعی آموزش دهند که دارو را باید با دوز صحیح و به موقع مصرف کنند . و از عوارض آن نگران نباشند حتی دارو را خود سر قطع نکنند.

(۱۱) خشونت بیش از اندازه و تنبیهات بدنی کودک به گمان بدجنسی وی نیز ممنوع می باشد

(۱۲) این دانش آموزان در انجام کارهای پر استرس و هیجان آور و سخت باید خود داری کنند چون می تواند باعث بروز صرع شود .

(۱۳) این دانش آموزان از محرکات نوری باید پرهیز کنند ، یعنی زیاد به تلویزیون نگاه نکنند خصوصاً" فیلمهای مهیج و ترس آور همچنین سبازیهای رایانه ای می تواند صرع را باشد . بعلاوه آفتاب تند می تواند از محرکات محسوب شود لازم است این دانش آموزان از عینک دودی استفاده کنند.

۱۴) کم خوابی و استفاده از غذاهای تند و حساسیت زا می تواند تحریک کننده باشند بنابر این استراحت کافی برای این قبیل افراد لازم است .
۱۵) تزریق واتکسن آبله برای این قبیل کودکان ممنوع و واکسن سرخک و سیاه سرفه نیز باید به تعویق بیافتد.
۱۶) از انجام تکالیف سنگین و خواندن درسهای سخت به مدت طولانی نیز باید خود داری کنند.
۱۷) انجام دوچرخه سواری- کویپمایی - شنا - و ورزشهای سنگین برای این دانش آموزان مجاز نمی باشد ، ولی انجام ورزشهایی که باعث اعتماد به نفس دانش آموزان شود مفید هست .
در پایان تاکید می گردد اختلال رفتار اثر خود ضایعه است که منجر به صرع شده است بنابر این مشکلات رفتاری در نیمی از کودکان و دانش آموزان مصروع دیده می شود طبیعی است هم معلمان و خانواده دانش آموزان باید او را درک کنند و متناسب با شرایط وی با او رفتار نمایند.

منبع : مجیدلرن

<http://vista.ir/?view=article&id=292385>

 Vista.ir
Online Classified Service

درباره «زونا» بیشتر بدانیم

در بیماری زونا درد شدید و سوزنده‌ای به صورت ثابت در طول یک مسیر عصبی حس می‌شود و تاولهای قرمزی چند روز بعد در محل درد ظاهر می‌شود که رنگ تاولها کم کم به تیرگی می‌گراید این نشانه‌ها علائم بیماری زونا است که یک بیماری ویروسی است.

دلیل ابتلا به این بیماری فعال شدن مجدد ویروس « واریسلایزوستر » است که در دوران کودکی بیماری آبله مرغان را در فرد سبب شده است. این ویروس در سیستم عصبی بدن پنهان می‌شود و هنگامی که سیستم ایمنی تضعیف می‌شود خود را به شکل بیماری زونا نمایان می‌کند. ویروس واریسلایزوستر جزء خانواده ویروسهای «هریس» که تیخال را ایجاد می‌کند می باشد، لغت زوستر به معنی تسمه یا کمربند است.



• اعمالی که در حین بهبودی می‌توان انجام داد تا روند بهبودی تسریع یابد در ذیل آمده است:

▪ مسکن مصرف کنید:

به عنوان مسکن به جای آسپرین از استامنیوفن استفاده کنید بدین صورت که هر چهار ساعت دو عدد قرص استامنیوفن را میل کنید.

▪ با مصرف ویتامینها بدن را تقویت کنید:

چنانچه مقدار بالای ویتامین ث و ب کمپلکس مصرف شود، سیستم ایمنی بدن تقویت خواهد شد. روزانه ۲۰۰۰ میلی گرم ویتامین ث کفایت می‌کند. همچنین خوردن روزانه دو عدد قرص ویتامین ب کمپلکس و یا یک عدد کپسول مولتی ویتامین مینرال کافی است.

• اعمالی که برای تاولهای زونا می‌توان انجام داد:

پس از بروز تاولها برای تسکین درد بهتر است به نکات زیر توجه کرد:

▪ تاولها را دست کاری نکنید:

چنانچه مقدار زیادی کرم و پماد روی پوست بمالید با تحريك پوست سبب تاخير در بهبودی خواهید شد بنابراین بهترست تاولها را دست کاری نکنید.

▪ از محلول کالامین استفاده کنید:

هنگامی که ایزوپروپیل الکل به میزان ۲۰ درصد و فنل و منتول به میزان ۱ درصد به لوسیون کالامین اضافه شود محلولی به دست می آید که در بهبود تاولها بسیار مؤثر می باشد.

از این محلولها تنها در طی يك روز به مقداری که تاولها خشك شده و رویشان پوسته ببندد، استفاده کنید و دیگر از آن استفاده نکنید.

▪ خمیر آسپرین با کلروفوم را بکار ببرید:

از پزشك داروساز تقاضا کنید که این فرآورده را برای شما تهیه کند. دکتر داروساز دو عدد قرص آسپرین را پودر کرده و دو قاشق غذا خوری کلروفوم به آن می افزاید تا به صورت خمیر در آید.

حال شما با تکه‌ای پارچه تمیز، خمیر را به آرامی روی ناحیه مجروح بمالید، خمیر را چندین بار در روز بکار ببرید به خاطر داشته باشید که اگر به آسپرین حساسیت دارید از این فرآورده استفاده نکنید. کلروفوم بقایای صابون، روغن و سلولهای مرده پوست را حل می‌کند و بدین ترتیب آسپرین می‌تواند به درون لایه های پوست نفوذ یابد و از انتقال درد توسط پایانه های عصبی جلوگیری کند. پس از بکار بردن این خمیر در عرض ۵ دقیقه احساس درد کمتری خواهید داشت. تاثیر این مسکن ساعتها بجای می‌ماند.

▪ از پوشش مرطوب استفاده کنید:

حوله‌ای را در آب سرد فرو برده و بعد از آبکشی بر روی ناحیه صدمه دیده قرار دهید. هر چه آب خنک‌تر باشد احساس بهتری خواهید داشت. تاثیر این عمل مانند قرار دادن یخ بر روی پوست سوخته شده است. بدین دلیل بهتر است از رسیدن گرما به پوست آسیب دیده نیز جلوگیری کنید.

▪ عفونت روی تاول را با آب اکسیژنه بشوئید:

اگر تاولها عفونی شده‌اند بهتر است روی آنها را با محلول آب اکسیژنه ۶ درصد ضد عفونی کنید و یا آن که از پمادهای آنتی بیوتیک نظیر «جنتامایسین» استفاده کنید.

• هشدارهای پزشکی:

در صورتیکه درد چنان شدید باشد که تحمل آن مشکل باشد بهتر است به پزشك مراجعه کنید چرا که در غیر این صورت لطمات غیر قابل برگشتی به بدن وارد می‌شود.

منبع : ایران مانیا

<http://vista.ir/?view=article&id=261886>

 **vista.ir**
Online Classified Service

درپند فراموشی

از فراموش کردن نشانی‌ها و اسمها آغاز شد و کم‌کم تا آنجا پیش رفت که پدربزرگ حتی راه بازگشت به خانه را فراموش کرد. نه‌تنها راه خانه، بلکه کل خانواده و جهان را نیز فراموش کرد. پدربزرگ که تا چند سال پیش دوستان زیادی داشت، حالا تنهای تنهاست. حتی نمی‌تواند حرف بزند، آلازایمر او را





به کام فراموشی کشانید.

به این امید که دیگران او را فراموش نکنند. آلزایمر بیماری فراموش‌شدگان است، حتی اگر روزی را در سال برای یادآوری آن نامگذاری کنند.

بیماری آلزایمر مشکلی مغزی است. بیماری آلزایمر یک بیماری پیش‌رونده و تحلیل‌برنده است که به مغز آسیب می‌رساند و باعث مرگ سلول‌ها می‌شود؛ به طوری که حافظه، ذهن و رفتار فرد را دچار اختلال می‌کند.

علت دقیق این بیماری هنوز مشخص نیست، اما طی این بیماری تغییرات متعددی در مغز بیمار رخ می‌دهد که باعث کوچک شدن مغز و از بین رفتن سلول‌های مغزی می‌شود و به جای آن لکه‌های مختلف با اشکال خاصی به نام پلاک‌های پیری می‌نشینند.

علامت دیگر بیماری وجود کلافه‌های ظریف مارپیچی شکل در سلول‌های مغزی است که در نهایت سلول‌های سالم را از بین می‌برد. بیشتر افراد

بالای ۶۵ سال را تحت تاثیر قرار می‌دهد. البته افرادی هستند که در سنین ۴۰ یا ۵۰ سالگی هم گرفتار آلزایمر شده‌اند.

منشاء این بیماری هنوز ناشناخته باقی مانده است و درمان ریشه‌کن‌کننده آن هم فعلا در دسترس نیست، اما درمان‌های موجود قادرند روی مسیر بیماری اثر کنند و کنترل‌کننده داشته باشند.

• هر ۷ ثانیه یک نفر

در حدود ۲۴ میلیون نفر در جهان به بیماری آلزایمر مبتلا هستند و در هر ۷ ثانیه یک نفر به بیماری آلزایمر مبتلا می‌شود. برآورد می‌شود تا سال ۲۰۴۰ این رقم به ۸۱ میلیون نفر مبتلا خواهد رسید. ۷۰ درصد شیوع این بیماری مربوط به کشورهای در حال توسعه و جهان سومی است.

زنان بیشتر از مردان به آلزایمر مبتلا می‌شوند و به طور متوسط زنان ۵ تا ۶ درصد بیش از مردان در معرض ابتلا به این بیماری هستند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند در حدود ۳ - ۲ درصد افراد بالای ۶۵ سال دارای نشانه‌هایی از ابتلا به آلزایمر هستند؛ اما این میزان در افراد ۸۵ ساله به حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد می‌رسد.

به زبان ساده‌تر، احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر پس از سن ۶۵ سالگی هر ۵ سال ۲ برابر شده و بیماران آلزایمری بالاتر از ۸۵ سال بیشترین میزان افراد مبتلا به آلزایمر را شامل می‌شوند.

• در ایران

در ایران نیز ۵ تا ۶ درصد افراد بالای ۶۰ سال جامعه به بیماری آلزایمر مبتلا هستند در سال ۷۵ حدود ۱۸۲ هزار نفر در کشور مبتلا به آلزایمر بوده‌اند که این تعداد در حال حاضر، بین ۲۵۰ تا ۳۰۰ هزار نفر برآورد می‌شود. به علت افزایش امید به زندگی، ابتلا به بیماری آلزایمر نیز افزایش یافته است.

در ایران ۲۰ میلیون نفر از جمعیت بین سنین ۲۵ تا ۶۵ هستند. به این ترتیب، در ۲۰ سال آینده تمامی آنها به سن سالمندی خواهند رسید که احتمال بروز بیماری آلزایمر نیز افزایش می‌یابد.

• آغاز فراموشی

شاید ما نام غذایی را که دیشب خورده‌ایم فراموش کنیم، به خودمان هم بگویم دارم آلزایمر می‌گیرم، اما هیچ گاه از روی حواس‌پرتی با فیچی چای هم نمی‌زنیم یا با فاشق موی خود را شانه نمی‌کنیم. کارهای غیرعادی که برای بیماران مبتلا به آلزایمر کاملاً عادی است. از دست دادن حافظه در آلزایمر با فراموش کردن معمولی کاملاً فرق دارد.

در فرد مبتلا به آلزایمر از دست رفتن حافظه قدیمی باعث ناتوانی در استفاده از دانسته‌های سابق و تجربیات قبلی می‌شود به همین علت رفتارهای غیرعادی و ناشی از خامی و بی‌تجربگی از فرد سر می‌زند.

فرد معمولاً نیازهای خود را از قبیل تشنگی و گرسنگی بسیار فوری می‌داند و برای رفع آن بدون توجه به ملاحظات اجتماعی و اثراتی که رفتارش بر دیگران دارد، اقدام می‌کند. با پیشرفت بیماری، فرد بیشتر درونگرا خواهد شد و ارتباطات اجتماعی به مرور محدودتر و با مشکل مواجه می‌شود.

در این بیماری، فرد انعطاف‌پذیری و قابلیت انطباق با محیط، مسوولیت‌ها و شرایط تازه را از دست می‌دهد و به مرور منزوی و دور از جمع خواهد شد.

این بیماری می‌تواند بر وضعیت جسمی فرد اثر بگذارد. پیشرفت بیماری بتدریج باعث ضعف قوای جسمانی می‌شود. این تغییرات بر روند کارهای روزانه شخص مانند غذا خوردن، حمام کردن و لباس پوشیدن اثر می‌گذارد و شخص بتنهایی قادر به انجام آنها نخواهد بود. در موارد پیشرفته، بیمار توانایی ارتباط با محیط یا کنترل عملکردهای جسمانی خود را از دست می‌دهد و با پیشرفت بیشتر بیماری، مراحلی از کاهش هوشیاری، کما و به دنبال آن مرگ رخ می‌دهد.

• آلزایمر ارثی

سن بالا، سابقه خانوادگی، جنس مونث بودن و سندرم داون، مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای آلزایمر هستند. در جمعیت‌های غربی، خطر ابتلا به آلزایمر برای افراد، ۵ درصد است. اگر بیماران، خویشاوند درجه اولی داشته باشند که آلزایمر در او پس از ۶۵ سالگی بروز کرده باشد، خطر نسبی ابتلای آنها ۶ - ۳ برابر، افزایش می‌یابد. اگر بیماران خواهر یا برادری مبتلا به آلزایمر پیش از ۶۰ سالگی و نیز یک والد مبتلا باشند، خطر نسبی آنها ۷ تا ۹ برابر می‌شود.

این ارقام به زبان ساده به معنای این است که هرچند ارث نقش مهمی در این بیماری بازی می‌کند، اما تنها ۵ تا ۱۰ درصد کل افرادی که دارای بیماری هستند، از طریق انتقال ژن‌ها به آن مبتلا شده‌اند.

• هزینه‌های بالا

مشکل خانواده بیمار مبتلا به آلزایمر تنها فراموشی او نیست هزینه درمان و داروی این بیماران بر حسب مرحله بیماری بین ۴۰۰ تا ۶۵۰ هزار تومان در ماه است. این جدای از فردی است که باید دائم مراقب او باشد.

با توجه به هزینه‌های بالای زندگی بسیاری از خانواده‌ها توانایی مادی لازم برای نگهداری بیمار آلزایمری را ندارند. به همین علت بیشتر خانواده‌های مراقب بیماران مبتلا به آلزایمر تحت فشار روحی، روانی ناشی از مشکلات اقتصادی قرار می‌گیرند. در کشور ما متأسفانه برای حل مشکلات این بیماران جز وارد کردن چند دارو هیچ اقدام دیگری صورت نگرفته است. از ۴ قلم داروی اختصاصی و غیراختصاصی بیماران آلزایمری، فقط یک قلم آن تحت پوشش بیمه است.

• مشکلات مراقبت

نگهداری از بیماران مبتلا به آلزایمر برای خانواده‌ها کار بسیار مشکلی است. مراقبت کردن از فرد مبتلا به آلزایمر احتیاج به وقت و نیروی بسیار دارد. خانواده باید بتواند علائم فشارهای عصبی بر خود و بیمار را تقلیل دهد و ضربه‌هایی که در این مسیر بر جسم و عواطف مراقبت‌کننده وارد می‌شود را کاهش دهد.

حالات فرد مبتلا به آلزایمر می‌تواند سریعاً تغییر کند و بی‌هیچ توجیه و دلیلی آرامش به اشک و خشم تبدیل شود. در بیشتر موارد شروع بیماری آلزایمر با سوءظن و بدگمانی نسبت به اطرافیان شروع می‌شود به این صورت که نسبت‌های ناروایی (همچون برداشتن وسایل شخصی او که ممکن است اصلاً وجود خارجی هم ندارد) را به نزدیکان خود می‌دهند. به همین دلیل کسی که وظیفه مراقبت و نگهداری این بیماران را به عهده دارد، باید بسیار صبور و با حوصله باشد.

توصیه می‌شود هیچ‌گاه بتنهایی وظیفه مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر را به عهده نگیرید. از دیگران درخواست کمک کنید تا بتوانید به خود استراحت دهید، حتی اگر بیمار از این مساله احساس رضایت نداشته باشد. با بیمار مبتلا به آلزایمر باید با لحنی آرام و تسکین‌بخش و کلمات و جملات ساده و کوتاه استفاده کرد.

از صحبت کردن درباره شخص جلوی او بپرهیزید و پیش از شروع به صحبت کردن، توجه کامل بیمار را به خود جلب کنید به همین علت بهتر است هنگام صحبت کردن، رادیو، تلویزیون و دیگر وسائلی را که باعث حواس‌پرتی می‌شوند، خاموش کنید و او را با نامش خطاب کنید. اگر بیمار می‌خواهد با شما ارتباط برقرار کند اما در یافتن کلمات دچار اشکال است، به آرامی سعی کنید کلماتی را که او به دنبالشان است، به وی پیشنهاد کنید.

• نعمت فراموشی

همه آلزایمر را مصیبت نمی‌دانند و برخی جور دیگری آن را می‌بینند. وقتی بیماری خفیف است و فقط فرد را از حال امروز جدا می‌کند، از دید برخی

چندان هم بد نیست. مادری که دیگر فرزندانش هر یک به سوی سرنوشت خود رفته‌اند و او را تنها گذاشته‌اند اگر به یاد نداشته باشد فرزندی دارد سبک‌تر است.

اگر پیری را با عقل سالم نبیند و با آلزایمر به آرامی در دنیای خود فرو رود بخوابد و دیگر بیدار نشود، چندان هم بد نیست. اگر با ذهنی سالم خاطرات عمر را مرور کند و افسوس‌های فراوان را به یاد بیاورد، بیشتر ناراحت می‌شود؛ اما آلزایمر نعمت فراموشی به او می‌دهد. البته تمام اینها تنها یک دیدگاه است و هیچ‌گاه نمی‌توان درباره بیماری‌ای که هیچ بیماری تجربه آن را ثبت نمی‌کند قضاوت کرد.

• پیشگیری

درمان آلزایمر بسیار سخت و به تعبیری غیرممکن است. اما تنها با چندین تغییر ساده در الگوی زندگی می‌توان بروز بیماری آلزایمر را به تعویق انداخت.

نخستین اقدام مفید در همین صفحه روزنامه وجود دارد. بله، جدول حل کنید. حتما نباید برای افزایش فعالیت مغزی‌تان، دنبال روش‌های سخت و صرف هزینه زیاد باشید. با جدول حل کردن یا مطالعه مقالات چالش برانگیز می‌توانید سلول‌های خاکستری مغز خود را به شکلی موثر فعال کنید. بد نیست بدانید افرادی که در هفته ۴ روز جدول حل می‌کنند کمتر از کسانی که در هفته یک جدول حل می‌کنند دچار آلزایمر می‌شوند. دومین اقدام مهم، متناسب نگه داشتن بدن است. بله عقل سالم در بدن سالم است. ورزش کردن به طور منظم می‌تواند خطر ابتلا به آلزایمر را تا ۵۰ درصد کاهش دهد. ورزش منظم، تغذیه سالم و کنترل فشار خون تنها برای قلب مفید نیست، بلکه مغز را نیز سالم نگاه می‌دارد. داشتن روابط اجتماعی با دوستان و خانواده، سومین اقدام موثر برای حفاظت مغز از خطر زوال عقلی است.

چهارمین اقدام مفید، رژیم غذایی سالم است. رژیم غذایی سرشار از سبزی‌ها و همچنین ماهی بهترین راهکار برای افرادی است که می‌خواهند رژیم را دنبال کنند که به آنها در کاهش احتمال بروز زوال عقل و آلزایمر کمک کند.

مصرف منظم داروهای مسکن مانند آسپرین، خطر ابتلا به آلزایمر را در مبتلایان به آرتریت کاهش می‌دهد؛ البته این شیوه روشی موثر برای کاهش خطر بروز آلزایمر در همه افراد نیست. این داروها می‌توانند عوارض جانبی خطرناکی مانند مشکلات کلیوی و کبدی و نیز بروز زخم‌های معده را در پی داشته باشند. به هر حال در برخی افراد به عنوان پنجمین توصیه می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

ششمین اقدام مفید، اجتناب از مصرف مواد مخدر است. مواد مخدر مثل قرص‌های اکستازی می‌توانند آسیب‌های طولانی مدتی روی مغز بر جای بگذارند و مشکلاتی برای یادگیری و حافظه به وجود بیاورند و حتی باعث اختلال مشاعر و زوال عقل در آینده شوند.

به عنوان هفتمین اقدام مفید، مصرف ۲ ماده غذایی را مد نظر قرار دهید. سیب و زردچوبه دشمنان آلزایمر هستند. خوردن روزی ۲ لیوان آب سیب یا ۳ عدد سیب بسیار به شما کمک می‌کند. از طرف دیگر، زردچوبه در درمان و پیشگیری از بیماری آلزایمر موثر است.

محققان دریافته‌اند زردچوبه پروتئینی را که موجب ایجاد این بیماری می‌شود در مغز موش‌ها تجزیه می‌کند و از رسوب آن که سبب تخریب بافت مغز می‌شود، جلوگیری می‌کند.

هشتمین اقدام مفید، استفاده از ویتامین‌هاست. افرادی که در برنامه غذایی خود از ویتامین‌های E و C استفاده می‌کنند، کمتر به این بیماری مبتلا می‌شوند. نهمین اقدام، آموختن یک زبان دیگر است. مطالعات نشان داده است در افرادی که بیشتر عمر خود را با ۲ زبان می‌گذرانند، آلزایمر کمتر دیده می‌شود.

و دهمین اقدام سودمند، خودداری از مصرف دخانیات است. محققان می‌گویند افراد سیگاری، بیشتر از دیگران احتمال دارد دچار اختلال زوال عقل یا آلزایمر شوند. کسانی که زن زمینه‌ساز این بیماری را ندارند، با سیگار کشیدن می‌توانند تا ۷۰ درصد احتمال ابتلای خود را افزایش دهند.

منبع : روزنامه جام‌جم

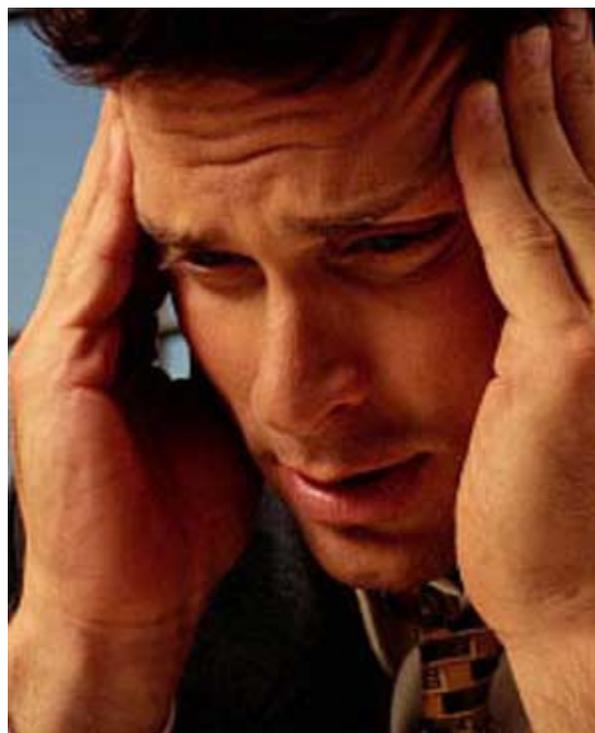
<http://vista.ir/?view=article&id=340995>

درد میگرن و درمان آن

• سلام به تو دوست خوبم!

می‌خواهیم ببینیم که سردرد میگرنی از کجا می‌آید؟ دردی کورکننده و پرفشار که زندگی را برای ما تیره و تار می‌سازد. دردی تحمل‌ناپذیر همراه با فشار شدید به شقیقه‌ها و کاسه چشم از درون، سردردی همراه با تهوع و بی‌میلی شدید به غذا، سردردی که موجب حساس‌تر شدن ما به تمام عامل‌های بیرونی از قبیل نور، صدا و حرف و حدیث‌ها گشته و اغلب ما را وادار می‌کند تا ساعت‌ها و یا حتی روزها به گوشه دنج و تاریکی پناه ببریم. دردی که کلافه‌مان می‌کند و بسیار آزاردهنده است.

در بیشتر موارد، سردردهای میگرنی به دلیل یک فشار روحی، روانی و یا محیطی آغاز می‌گردند و اغلب به دنبال این فشار، فشار خون بالا رفته و خون، گرم و غلیظ و پرفشار می‌گردد. حال اگر این خون گرم و غلیظ و پرفشار، به مغز برسد، به دلیل گرم و غلیظ و پرفشار بودن، به‌طور حتم به سلول‌ها و عروق مغز آسیب خواهد رسانید (درست مانند آنکه پای یک گلدان گل، آب جوش بریزیم)، سلول‌های مغزی می‌سوزند، می‌میرند و یا این خون گرم و پرفشار، عروق مغزی را متلاشی کرده و سبب خونریزی



مغزی می‌گردد یا به دلیل غلیظ بودن، لخته شده و در یکی از عروق مغزی و یا عروق دیگر بدن، انسداد ایجاد کرده و سبب سکته در آن قسمت از مغز یا بدن می‌گردد. مانند سکته مغزی، سکته قلبی، سکته روده، سکته چشم، سکته گوش و

(سکته‌ها به‌طور معمول به دلیل انسداد یک رگ تنگ شده توسط یک لخته خون یا یک ذره چوبی و یا یک ذره کلسیم ایجاد می‌گردند و از آنجائی که خون‌رسانی به آن قسمت از اندام قطع می‌گردد، سلول‌های آن قسمت، مرده و از کار می‌افتند، در نتیجه، آن قسمت از بدن یا مغز از کار می‌افتد). ولی، هرگز نگران نباشید زیرا خداوند رحمان، مکانیسمی را در بدن ما تعبیه کرده است تا هرگاه به خون ما پرفشار و غلیظ و گرم شد و خواست از عروق مغزی عبور کند، رگ‌های مغز به سرعت تنگ شوند و این تنگی عروق مغزی است که موجب سردرد میگرنی می‌گردد. حال با اینکه خون، گرم و غلیظ و پرفشار است، اما دیگر به دلیل تنگ شدن رگ‌های مغزی نمی‌تواند با همان شدت عبور کند. پس آسیب‌رسانی به مغز کاهش یافته و یا به‌طور کلی مرتفع می‌گردد.

حال می‌بینیم که این سردرد کورکننده و فلج‌کننده یکی از نعمت‌های خداوند در زندگی ما است و اگر این تنگ شدن عروق مغزی که به دنبال خود، سردرد میگرنی را ایجاد می‌کند؛ نبود، احتمال داشت تا چه حد آسیب به سلول‌ها و عروق مغزی و یا حتی سلول‌ها و عروق دیگر بدن وارد گردد. تمام مسائل و سختی‌های زندگی نیز، چنین هستند. زمانی که وارد زندگی ما می‌گردند، همه درد و رنج هستند، اما ما نمی‌دانیم که در پس این درد و رنج و این همه مصیبت، همه چیز در عالی‌ترین شکل خود و به نفع ما است. گذر زمان، این را به ما ثابت می‌کند که این سختی‌ها و مشکل‌ها فقط آمده‌اند تا به ما چیزی بیاموزند و یا برای ما چیزهای خوبی بیاورند. سال‌ها بعد که به آن بیماری، گرفتاری و یا مصیبت می‌اندیشیم، می‌بینیم که همگی به نفع ما بوده و برای ما رشدی شگفت‌انگیز و اتصالی کم یا زیاد را به همراه داشته است.

همه ما دیده‌ایم آنان که بیشتر مصیبت کشیده‌اند، بسیار قوی‌تر و در ضمن، متصل‌تر به معنویات هستند تا افراد عادی، ضمن آنکه می‌دانیم هیچگاه امتحان دبیرستان را از یک محصل دوره ابتدائی و امتحان دانشگاه را از یک دانش‌آموز دبیرستانی نمی‌گیرند. پس هرگاه مشکل و یا مسئله‌ای پیش آمد؛ هر چه قدر بزرگتر و سهمگین‌تر بود، بیشتر خدا را شکر می‌کنیم. زیرا که روح ما نیز آنقدر بزرگ شده است که امتحان‌های دوره دکترا و فوق‌دکترا را پس بدهد. حواسمان باشد هر آنچه که وارد زندگی ما می‌گردد، از ثروت، مقام، خوشبختی و ... تا بدبختی، گرفتاری، بیماری، تنگدستی و ... همه و همه وسیله‌ای برای امتحان ما است تا به کلاس بالاتر رویم و باز حواسمان باشد که ما می‌توانیم و باید در این امتحان‌ها

قبول شویم و به درجه‌های بالاتری دست یابیم. پس با پروژه‌های زندگی که هر یک از آنها سردرد میگرنی است، صبورانه و با تعمق، برخورد کنیم و ببینیم که چه می‌خواهند به ما بگویند و یا بیاموزند.

• سردرد میگرنی می‌خواهد به ما چه بگوید؟

می‌خواهد بگوید که حساس هستی؛ خوب به خود تسلط نداری؛ نمی‌توانی در هر شرایطی خودت را آرام نگاه داری؛ پذیرش تو از زندگی و شرایط آدم‌های اطرافت، کم است. نمی‌توانی به خود بگوئی این آدم و این شرایط زندگی من، همین است که هست، من باید آن را همان‌طوری که هست، بپذیرم و با آن کنار بیایم، زیرا اگر قرار بود طور دیگری باشد، خداوند رحمان خودش خوب بلد بود که شرایط را طور دیگری بسازد. پس حال که نساخته، این نیست که بلد نبوده، بلکه این است که آن شخص و یا آن شرایط می‌خواهد چیزی به من بگوید و یا چیزی به من بیاموزد. حال با بالا بردن سطح پذیرش خود، می‌توانی با آن فرد و یا آن شرایط، راحت کناب بیانی، بدون آنکه به جسم و روح عزیزت آسیب برسانی. گاهی نیز می‌توانی بگوئی که هیچ‌کس و یا هیچ چیزی در این دنیا ارزش آن را ندارد که من بخواهم جان و روح عزیزم را به خاطر آن، آسیب بدهم و این سردرد فقط آمده است تا به من بگوید که تو باید روی خودت کار کنی و خودت را تغییر دهی نه هیچ کس یا هیچ چیز دیگری را.

حال که متوجه شدیم که این سردرد برای چه آمده است، باید کمی هم مراقب سلامت، استراحت، نوع تغذیه و حتی تفریح خود باشیم و علاوه بر اینها، ورزش و پیاده‌روی را فراموش نکنیم به‌خصوص ورزش‌های ریلکس شدن را که در مبحث‌های قبلی مرور کردیم تا تعادل و توازن خوبی در روح و روان و جسم خود برقرار سازیم و به امید خدا به سلامتی کامل روحی، روانی، جسمی، عاطفی، ذهنی و فکری برسیم.

• درمان میگرن

گفتیم که درد میگرن به دلیل گرم و غلیظ و پرفشار شدن خون از یک طرف و تنگ شدن عروق مغزی از طرف دیگر، اتفاق می‌افتد. پس اگر بتوانیم خون خود را خنک و کم‌فشار و رقیق سازیم، سردرد قطع می‌گردد. چگونه می‌توانیم خون خود را خنک کنیم؟

برای دوستانی که رفتن به حالت "آلفا" را می‌دانند، بهتر است تا این تکنیک را در حالت "آلفا" روزانه انجام دهند تا به آن شرطی شوند و خدای ناکرده موقعی که سردرد شروع شد، بدون رفتن به حالت "آلفا" نیز از آن استفاده کنند ولی کسانی که رفتن به "آلفا" را بلد نیستند، نیز می‌توانند همین تمرین‌ها را در موقع بروز سردردهای میگرنی انجام دهند. در هر دو حالت، نتیجه خواهیم گرفت ولی با درصدی از تفاوت.

دو کاسه یخ برمی‌داریم. در جایی ساکت و آرام قرار می‌گیریم. دو کاسه یخ را در طرف خود قرار داده و دست‌هایمان را در این دو کاسه فرو می‌بریم. چشم‌ها را بسته به خود پیام می‌دهیم که این یخ‌ها دارند دست‌های من را خنک می‌کنند. دست‌های من خنک و خنک‌تر می‌شوند. کف دست‌هایم به‌طور کامل خنک شده از دست‌هایم بالا می‌رود و وارد سیستم گردش خون من شده است و حالا با گردش خون به طرف قلب من می‌رود. حال خون خنک شده در سیستم گردش خون من و در قلب من جریان دارد. این بار خون خنک از قلب من به طرف مغزم جاری می‌گردد و حال خون خنک و سالم وارد عروق مغزی و سلول‌های مغز من می‌گردد و چندین بار خون خنک را در مغز می‌چرخانیم، کم‌کم عروق مغزی نیز به شکل و اندازه طبیعی و سالم خود بازمی‌گردند.

همان‌گونه که گفتیم، اگر این تمرین را روزانه در وضعیت آلفا، زمانی که درد نداریم، انجام دهیم، به آن شرطی می‌شویم و با انجام آن در زمانی که درد داریم، حتی بدون "آلفا" رفتن نیز می‌توانیم سردرد را قطع کنیم ضمن آنکه از آسیب رساندن به تمام بدن و به‌خصوص مغز خود جلوگیری کرده‌ایم. دوستانی که رفتن به وضعیت آلفا را می‌دانند، فقط در موقع درد، این تمرین را انجام دهند ولی در مدتی طولانی‌تر، تا سردردشان قطع گردد.

اما کار بهتر، آن است که با انجام ورزش‌های ریلکس شدن و مدیتیشن که در گذشته آموخته‌ایم، همیشه خود را در وضعیت آرام و آرامش نگاه داریم تا هر چیزی نتواند فشار خون ما را بالا ببرد و مشکل‌های بعدی را ایجاد کند.

منبع : مجله شادکامی و موفقیت

<http://vista.ir/?view=article&id=253646>

دردهای سروتونینی برای کج خلقها

هرچند که سندرم سروتونین نخستین بار چهل سال پیش تشریح شد، اما همچنان نامی ناآشنا برای بیشتر پزشکان است. این سندرم یک عارضه ناخواسته دارویی تهدیدکننده حیات است که از فعالیت بیش از حد سیستم سروتونرژیک ناشی می‌شود و با تغییراتی در قابلیت‌های ذهنی، اتونومیک و عصبی-عضلانی، به تحریک بیش از حد گیرنده‌های سروتونین در دستگاه عصبی مرکزی و محیطی نسبت داده می‌شود...

مشاهدات بالینی به دنبال ابتلا به سندرم سروتونین ممکن است با دلیریوم آنتی‌کولینرژیک، سندرم نورولپتیک بدخیم و سندرم‌هایی از این قبیل اشتباه گرفته شود. موارد خفیف آن نیز ممکن است با بی‌قراری و اسهال ظاهر کند. موارد شدید سندرم سروتونین نیز اغلب با گرفتگی شدید عضلانی و تب بالا بروز می‌کند. افزایش دوز یک مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) بدون تیتراسیون، مصرف بیش از حد این گروه دارویی و درمان همزمان با دو داروی مهار کننده انتخابی بازجذب سروتونین یا یک داروی SSRI همراه با یک داروی سروتونرژیک، ممکن است باعث بروز سندرم سروتونین شود.

• مکانیسم ایجاد سندرم سروتونین

هنوز هم اطلاع ما از چگونگی تحریک بیش از حد گیرنده‌های پس‌سیناپسی

سروتونین محدود است، البته می‌دانیم که افزایش تولید سروتونین از پیش‌سازهای سروتونین، در نتیجه مهار متابولیسم سروتونین (مهارکنندگان مونوآمین اکسیداز)، افزایش آزادسازی سروتونین، تحریک گیرنده‌های سروتونین و مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین است که همه این موارد نقش مهمی در ایجاد این سندرم ایفا می‌کنند.

افزایش دوز ال‌تریپتوفان به میزان مطلوبی مقدار ساخت سروتونین را افزایش خواهد داد که نتیجه‌اش اضافه بار وزیکول‌های سروتونین است. چنین وضعیتی چیزی شبیه نوفان در شکاف سیناپسی ایجاد خواهد کرد. آزادسازی بیش از حد سروتونین به افزایش حساسیت گیرنده‌های پس‌سیناپسی منتهی می‌شود. به نظر می‌رسد علائم سندرم سروتونین حاصل چنین وضعیتی است.

داروهای دیگری نیز با فعالیت مهارکنندگی مونوآمین‌اکسیداز، نظیر لینزولاید، در سندرم سروتونین مطرح هستند. آمفتامین‌ها و میرتازاپین میزان آزادسازی سروتونین ذخیره شده را از نرون پیش‌سیناپسی افزایش داده و باعث تحریک بیش از حد گیرنده‌ها می‌شوند. بوسپیرون و لیتيوم، مثال برای گروه داروهای هستند که با چهارمین مکانیسم، یعنی تحریک مستقیم گیرنده‌های پس‌سیناپسی سروتونین، باعث بروز سندرم سروتونین می‌شوند.

• ضدافسردگی‌ها و سندرم سروتونین

داروهای گروه سروتونرژیک نظیر ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای و مهارکنندگان اختصاصی بازجذب سروتونین نقش مهمی در ایجاد واکنش‌های ناخواسته دارویی که به سندرم سروتونین منتهی می‌شوند، ایفا می‌کنند.

مهارکنندگان اختصاصی بازجذب سروتونین با بلوک گیرنده‌های نرون پیش‌سیناپسی، بازجذب سروتونین را مسدود می‌کنند، بنابراین تجمع مقدار



زیاد مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین، غلظت سروتونین را در شکاف سیناپتیک افزایش داده و به مهار فیدبک منفی سروتونین و بروز علائم سندرم سروتونین منتهی می‌شود.

البته ترکیبات دارویی مختلفی در کنار هم ممکن است به سندرم سروتونین بینجامد (نظیر مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین با دیگر مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین یا با سایر داروهای سروتونریک). مطالعات اخیر روی ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، بی‌خطر بودن مصرف آنها را با مهارکنندگان مونوآمین اکسیداز مطرح کرده‌اند.

تخمین میزان واقعی شیوع سندرم سروتونین دشوار است، زیرا برخی از موارد خفیف بیماری ممکن است تشخیص داده نشوند. اعتقاد بر آن است که سندرم سروتونین در ۱۴ تا ۱۶ درصد از موارد مصرف اضافه بر حد مهارکنندگان اختصاصی بازجذب سروتونین تظاهر می‌کند. از سوی دیگر ممکن است پزشکان از احتمال بروز این سندرم به دنبال مصرف داروهای دیگری که اثرات سروتونریک دارند، از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای ضد میگرن و ضد سرفه و ضد تهوع مطلع نباشند. از طرفی دیگر، برخی از داروها که مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند، نظیر کوکابین و LSD، با سندرم سروتونین مرتبط‌اند.

• درمان سندرم سروتونین

درمان اولیه سندرم سروتونین، قطع مصرف داروی مقصر در بروز این عارضه است که به برطرف شدن سریع علائم منجر خواهد شد. برای تکمیل درمان می‌توان از داروهای با نیمه عمر طولانی نظیر فلوکستین استفاده کرد.

موارد خفیف سندرم سروتونین را می‌توان به صورت خارج بیمارستانی درمان کرد. در موارد شدید این بیماری، مداخلات تهاجمی‌تری نظیر مانیوتورینگ بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه از نظر احتمال بروز تشنج، هیپرترمی و تاکی‌کاردی لازم است. آنتاگونیست‌های سروتونین نظیر سیپروهیتادین ممکن است در درمان موارد شدید بیماری مفید باشند. سیپروهیتادین سندرم سروتونین را از طریق اثر آنتاگونیستی ۵HT₂ بهبود می‌بخشد، اما ممکن است دلیریوم آنتی‌کولینریک را به دلیل اثر آنتی‌کولینریکی‌اش تشدید کند.

بنزودیازپین‌ها در درمان بی‌قراری، تشنج و کوفتگی این عارضه مفید هستند. آنتی‌سایکوتیک‌های با اثرات آنتاگونیستی ۵HT_{2A}، نظیر الانزاپین، کلرپرومازین و متیل‌سرژید نیز ممکن است، سودمند باشند. کوفتگی عضلانی در سندرم سروتونین ممکن است ناشی از تخریب عضلانی باشد که به افزایش سطح کراتین‌کیناز می‌انجامد.

حاصل افزایش کراتین‌کیناز، نارسایی کلیوی و نیاز بیمار به دیالیز است. در موارد سندرم سروتونین حاصل از بلع مقادیر بالای داروهای آنتی‌سروتونریک، شارکول فعال می‌تواند موثر باشد.

در برخی از موارد سندرم سروتونین، ممکن است آنتی‌کولینریک‌ها نیز درگیر باشند. از آنجا که در هر دو مورد، داروهای دستگاه عصبی مرکزی قطع می‌شوند، تشخیص سندرم سروتونین از دلیریوم آنتی‌کولینریک دشوار است. به طور مشابه، مصرف هم‌زمان نورولپتیک‌ها یا تماس اخیر با هوشبرهای استنشاقی ممکن است تصویر متفاوت سندرم نورولپتیک بدخیم از هیپرترمی بدخیم را مخدوش کند.

خوشبختانه در تمامی این موارد، درمان مبتنی است بر قطع داروی مقصر و درمان حمایتی بیمار. تنها مورد مهم در این زمینه، تذکر درباره داروی بروموکریپتین است. این دارو در سندرم نورولپتیک بدخیم سودمند است، اما ممکن است سندرم سروتونین را بدتر کند.

منبع: هفته نامه سپید

<http://vista.ir/?view=article&id=359124>

گرچه درد میگرن به اندازه شاه‌درهائی مثل درد دفع سنگ کلیه یا زایمان شدید نیست، اما شدت آن آنقدر زیاد است که می‌تواند زندگی بیمار را مختل کند.

میگرن یکی از شایع‌ترین انواع سردرد است که شدت آن گاهی به مختل شدن روال طبیعی زندگی منجر می‌شود. میگرن در خانمها دو برابر بیشتر از آقایان رخ می‌دهد و در مجموع بیش از ۱۷ درصد از کل زنان دچار میگرن هستند. در برخی از موارد حمله میگرن با یک مقدمه حسی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه



قبل از شروع درد همراه است که به آن اورا می‌گویند. در وضعیت اورا برق زدن جلو چشم، مشکل در بینائی (دیدن خطوط زیگزاگ در محدوده بصری) و سوزن سوزن شدن عضلات دست یا پا مشاهده می‌شود. حملات میگرن با علائمی نظیر درد متوسط تا شدید یک‌طرفه و ضربان‌دار، حالت تهوع بدون استفراغ و کم‌تحمل شدن نسبت به نور و صدا همراه است. درد با فعالیت بدنی افزایش می‌یابد و بیمار علاقه دارد در محیطی ساکت و بدون نور استراحت کند. اگر میگرن درمان نشود معمولاً از ۴ تا ۷۲ ساعت به‌طول می‌انجامد. در میگرن شدید بیمار چندین بار در ماه دچار حملات میگرن می‌شود.

• علت میگرن

برخی محققان معتقدند میگرن به سه دلیل تغییر عملکرد در یکی از اعصاب مغزی ایجاد می‌شود. فارغ از علت ایجاد سردرد برخی عوامل می‌توانند مثل جرقه‌ای به انبار باروت باعث آغاز میگرن شوند. این عوامل عبارتند از تغییرات هورمونی مثلاً مصرف قرص‌های ضدبارداری، برخی غذاها که در تعدادی از افراد باعث تشدید میگرن می‌شود مثل الکل، پنیرهای کهنه، شکلات، کافئین و غذاهای کنسرو شده، استرس، تحریکات حسی مثل بوی برخی از عطرها، به‌هم خوردن روال عادی خواب، فعالیت‌های غیرمعمول بدنی، تغییرات فصلی و محیطی مثل سفر به مناطق مرتفع و برخی از داروها هم می‌توانند عواملی برای آغاز یا تشدید میگرن باشند. در بانوان میگرن قبل از قاعدگی یا در دوران بارداری ممکن است شدیدتر از زمان‌های دیگر باشد. اگرچه میگرن سردردی شدید و مزمن است اما بعضاً بدون تشخیص و درمان باقی می‌ماند. برای تشخیص میگرن جدا از معاینه بالینی و تاریخچه سردرد از روش‌هایی نظیر سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی هم استفاده می‌شود.

• پیشگیری

پیشگیری از حملات میگرن اصولاً کار دشواری است. کسی که سابقه حملات میگرنی دارد باید از عوامل ایجادکننده و تشدیدکننده که به برخی از آنها اشاره شد بپرهیزد. مثلاً سعی کند تا حد امکان استرس‌های خود را کنترل یا از مصرف برخی مواد غذایی خودداری کند. انجام منظم ورزش‌های ساده هوازی با کاهش تنش و استرس می‌تواند در پیشگیری از میگرن مؤثر باشد. پیاپی‌رو، شنا و دوچرخه‌سواری اگر سبک انجام شوند در کاهش حملات میگرن مفید هستند اما ورزش سنگین می‌تواند باعث تشدید میگرن می‌شود. کسانی که میگرن دارند باید سعی کنند خوب بخوابند، اما این میزان نباید بیش از حد لزوم باشد چراکه خواب زیاد هم باعث بروز میگرن می‌شود. سعی کنید با انجام تمرینات کششی و یوگا، دوش آب گرم و انجام فعالیت‌های آرامش‌دهنده هر شب قبل از خواب، آرامش بدنی و روحی مناسبی به‌دست آورید در عین حال سعی کنید در صورت بروز درد در اتاق تاریک و ساکت استراحت کنید و به آرامی نواحی دردناک را روی سر خود مالش دهید. گذاشتن یک قطعه یخ پیچیده شده در پارچه در پشت گردن هم به آرام‌تر شدن درد کمک خواهد کرد.

• درمان

داروهای متعددی برای درمان میگرن به کار می‌روند. داروهای مسکن در صورتی واجد بهترین اثر خواهند بود که علائم پیش‌رس میگرن تازه ظاهر شده باشند. پس از آغاز درد تأثیر داروها دیرتر و ضعیف‌تر خواهد بود. داروهای نظیر ایبوپروفن، آسپرین، استامینوفن کدئین رایج‌ترین مسکن‌ها هستند. در حملات شدید میگرن ترکیبات تریپتان و ارگوت مؤثرتر خواهند بود. برای پیشگیری نیز داروهای نظیر پروپرانولول، داروهای ضدافسردگی و داروهای ضدتنش تجویز می‌شوند. امروزه روش‌هایی نظیر طب سوزنی و بیوفیدبک نیز برای درمان میگرن مورد استفاده قرار می‌گیرند. ماساژ نیز به جهت کاهش تنش و استرس در درمان میگرن ارزشمند است. برای افرادی که عضلات حساسی در ناحیه پشت سر، گردن و شانه دارند ماساژ مفید خواهد بود. برخی از گیاهان داروئی و ویتامین‌ها نیز از بروز میگرن پیشگیری می‌کنند اما تجویز آنها باید حتماً با نظر پزشک صورت گیرد.

• وقتی میگرن ستاره‌ها را از پا درمی‌آورد

حرف زدن از بیماری در میان هنرمندان مشهور جهان شاید کمی عجیب به نظر برسد، اما وقتی این همه استرس و فشار کاری و درگیری‌های متعدد در زندگی آنها وجود دارد و هر روز و هر روز شاهد انواع و اقسام مسائل روحی و روانی قرار می‌گیرند پس تعاتی مانند بیماری نیز قطعاً وجود خواهد داشت. در چند سال اخیر به‌خاطر جو خاصی که پاپاراتزی‌ها به وجود آورده‌اند و دیگر چیزی نیست که از آنها پنهان بماند، اخبار بیماری ستاره‌ها نیز بیشتر از قبل به گوش می‌رسد باید توجه داشت که بیماری همیشه گریبان‌گیر سوپرستارها بوده و موضوع چندان مربوط به زمان فعلی نیست، اما شاید یک بیماری شایع که از هر نوع دیگری بیشتر باشد می‌گردد است. بیماری که با حمله‌های شدید عصبی و سردردهای وحشتناک همراه باشد و در مواقعی که حملات به‌صورت حاد بروز می‌کند چند روزی فرد را از پای می‌اندازد و این مورد می‌تواند برای یک بازیگر یا خواننده که اغلب برنامه از پیش تعیین شده‌ای دارد بسیار مشکل‌آفرین باشد. در ادامه به چند مورد از کسانی که از این بیماری رنج می‌برند و راه‌های درمانی که پس از سال‌ها به آن رسیده‌اند، اشاره می‌کنیم.

• نیکلاس کیچ به دنبال آرامش

نیکلاس کیچ، بازیگر اسکاری و محبوب هالیوودی مدت‌هاست با این بیماری درگیر است. می‌گردد او از نوع پیشرفته است و به شدت تحت درمان و استفاده از قرص‌های می‌گردد است. او می‌گوید: "سردردهایم همیشه چه برای خودم و چه برای اطرافیانم آزاردهنده بوده است، اما من در این سال‌ها سعی کردم با در پیش گرفتن یک زندگی آرام و روش‌های درمانی ساده‌تر از شدت آن بکاهم، اما در برخی از موارد به‌خاطر حواشی زندگی و کار نتوانسته‌ام به خوبی به هدفم برسم!" نیکلاس کیچ به گفته عوامل پشت صحنه فیلم‌هایش اغلب مواقع در محل استراحتش است و کمتر در محیط پر سروصدا حاضر می‌شود. حتی چندین بار به‌خاطر بد شدن حالش کار تعطیل شده است. نیکلاس در مورد تنهائی‌ها و حال و روز بیماری‌اش می‌گوید: "سال‌هاست از طریق یوگا به آرامش می‌رسم، من سفرهای متعددی به‌خاطر یوگا رفته‌ام حتی مدتی در کشورهای شرق آسیا به مطالعه در این‌باره پرداختم و استاد یکی از برترین مربیان جهان است. از وقتی یوگا کار می‌کنم، حالم خیلی بهتر شده است و با تمرکز توانسته‌ام تا حد زیادی موفق شوم." نیکلاس کیچ هم‌چنین می‌گوید: "هیچ‌وقت اجازه ندادم بیماری بر من غلبه کند شاید خیلی از سوپرستارها از چنین بیماری رنج می‌برند و همه به خوردن چند قرص ساده بسنده کنند، اما من این‌طور کارها را نمی‌پسندم و دوست دارم از سخت‌ترین راه به مقصودم برسم." نیکلاس کیچ چندین ساعت در طول روز به تمرینات یوگا و ریلکسیشن می‌پردازد و این بهترین روش درمانی از نظر او است. هرچند در تحقیقات جدید نیز مشخص شده که یوگا می‌تواند بسیاری از بیماری‌های روحی و عصبی را بهبود ببخشد. دکتر یونگ از پایه‌گذاران فنون ریلکسیشن معتقد است: مقابله با استرس‌ها و عوامل بیماری‌زا کار سختی نیست فقط اگر از درونتان شروع به مقابله کنید. بهترین راه تجهیز کردن خودتان است، نه چیزهای فرعی!"

• استینگ و موسیقی درمانی

استینگ، ستاره بزرگ دنیای موسیقی نیز از دیگر ستارگانی است که به بیماری می‌گردد مبتلاست. او البته کمی اوضاعش با نیکلاس کیچ فرق می‌کند. خودش در این‌باره می‌گوید: "من همیشه آدم نرمالی بوده‌ام چون تغذیه خوبی داشته‌ام. زندگی سالمی کرده‌ام ولی از چند سال قبل به دلیل استرس‌های بیش از حد و فشار زیادی که به خودم می‌آورم دچار یک‌سری سردردهای موضعی می‌شدم که حسابی من را نگران کرده بود و وقتی نزد پزشکم رفتم، متوجه شدم که به می‌گردد خفیف دچار شده‌ام.

البته موسیقی همیشه بهترین درمان برایم بوده و از وقتی از بیماری‌ام باخبر شده‌ام، سعی کرده‌ام بیشتر با موسیقی خودم را درمان کنم و کمتر از قرص یا داروهای رایج استفاده کنم." استینگ هم‌چنین می‌گوید: "داشتن یک زندگی بدون درد و مشکل برای یک هنرمند و سوپرستار واقعاً دور از انتظار است و اغلب کسانی که در سطح بالائی فعالیت می‌کنند، خواه ناخواه به چنین مشکلاتی دچار می‌شوند پس بهتر است از همان شروع خودشان را عادت دهند و به دنبال راهی برای آرام‌تر شدن بگردند."

• سردردهای خواننده بدنام

مدونا ستاره جنجالی و نامقبول موسیقی پاپ که حدود ۲۵ سال است مطرح شده نیز از می‌گردد حاد رنج می‌برد. او حتی تا چند وقت قبل بارها به‌خاطر مساعد نبودن احوالش مجبور به کنسل کردن برنامه‌هایش می‌شد، اما مدتی است با روی آوردن به درمان‌های خاص وضعیت بهتری دارد و حتی به گفته خودش دیگر بیماری را از خودش رانده است. او درباره بیماری‌اش می‌گوید: "سال‌ها بود که چنین دردی آزارم می‌داد. درست از دوران نوجوانی به سردردهای کشنده‌ای دچار می‌شدم که طاقتم را از بین می‌برد حتی این سردردها مرا پرخاشگر و بدعق می‌کرد در حالی که اصلاً دوست نداشتم چنین حالتی داشته باشم!" این خواننده نیز روش‌های متعددی را تجربه کرده است، اما او نیز مثل نیکلاس کیچ راهی بهتر از تمرکز

کردن و یوگا پیدا نکرده است: "ابتدا فکر می‌کردم یوگا فقط راهی برای آرامش مقطعی و تمرکز بیشتر است و چندان کمکی به من نمی‌کند، اما هرچه قدر جلوتر رفتم نتیجه بهتری می‌گرفتم. من سال‌ها تحت درمان قرص‌های متعدد بودم، اما هیچ‌کدام من را درمان نمی‌کرد و فقط از حالت وخیم به حالت عادی می‌رساند، اما یوگا به کل مرا بهبود بخشید. این چهره پر انتقاد چند سالی است یک باشگاه بسیار مجهز در حومه لندن برای علاقه‌مندان به یوگا تأسیس کرده است و اگر در سفر یا مشغول کار نباشد تمام طول روز را در این مکان مشغول فعالیت است.

• سیه‌نامیلر، پیرس برازنان و جک بلک

از دیگر سوپرستاره‌هایی که از میگردن رنج می‌برند می‌توان به سیه‌نامیلر، پیرس برازنان (جیمز باند قبلی) و جک بلک اشاره کرد که همگی آنها در چند وقت اخیر خبر بیماریشان به بیرون درز کرده است. البته همان‌طور که گفته شد، لیست سوپرستاره‌های مبتلا به میگردن خیلی بیشتر از این‌هاست. اما ما به همین تعداد بسنده کردیم.

منبع : مجله زندگی ایده آل

<http://vista.ir/?view=article&id=339070>

 Vista.ir
Online Classified Service

دردهای سرو صورت با منشا بینی و سینوس

سردرد خود بیماری نیست، بلکه نشانه‌ای از اختلال یا بیماری زمینه‌ای است. منشأ سردرد می‌تواند داخل یا خارج جمجمه باشد. درد با منشأ داخل جمجمه‌ای هنگامی ایجاد می‌شود که کشش یا انبساط عروق خونی در مغز و ساختمان‌های اطراف آن وجود داشته باشد، به گونه‌ای که فشاری مستقیم روی اعصاب مغزی یا گردنی حاوی رشته‌های آوران درد، وارد آید. درد صورتی خارج جمجمه‌ای ممکن است از وارد آمدن محرک‌ها به ساختمان‌های خاص خارج جمجمه‌ای مانند چشم، سینوس، بینی یا دندان و در اثر انبساط یا التهاب عروق خونی حساس به درد، انقباض عضلات اسکلتی یا غلاف اعصاب مغزی منشأ بگیرد.



• سینوزیت

درد سینوس‌ها یک علت شایع درد صورت است. این درد معمولاً به روی همان سینوس درگیر محدود است، مگر در عفونت‌های سینوس اسفنوئید، که در این حالت درد، مرکزی یا گسترده‌تر است. سینوس‌ها توسط مخاط مزک‌داری پوشیده شده‌اند که به تغییرات التهابی، شیمیایی، ضربه‌ها و حتی تغییرات سریع در فشار هوا حساس است.

• باروتروما

عبارت است از آسیب ناشی از تغییرات فشار هوا. باروترومای سینوس پیشانی به طور کلی با درد به دنبال پرواز با هواپیما، غواصی یا استفاده از بالابراهی با سرعت بالا یا ارتفاع زیاد مرتبط است. سایر سینوس‌ها نسبت به باروتروما کمتر تأثیر پذیرند. درد باروتروما اغلب به سینوس فکی انتشار می‌یابد. هدف درمان، از بین بردن تنگی‌های منافذ سینوس و درمان عفونت‌های اضافه شده است.

• دردهای راینوزنیک

در گذشته بسیاری از پزشکان تا زمانی که علائم قابل توجهی در رابطه با سینوس های بیمار وجود نداشت ، تشخیص سردرد مرتبط با مشکلات سینوس را مد نظر قرار نمی دادند. اختلالات بینی و سینوس به صورت نقاط تماس بین دو سطح مخاطی می توانند سردردهای ارجاعی ایجاد کنند و علائم آنها دقیقا مشابه سردردهای با علل دیگر باشد.

جدیدترین بررسی های انجام شده بر روی بیمارانی که به علت تماس مخاطی در سیستم بینی و سینوس دچار سردرد هستند نشان می دهد که آزاد سازی ماده ای به نام ماده پی از سطوح مخاطی در حال تماس موجب برانگیختن درد در سیستم تحت سیطره عصب پنجم مغزی می شود. غلظت این ماده در مخاط سالم بیشتر از مخاط ملتهب است. بنابر این تماس مخاطی در فردی که زمینه عفونت و التهاب مزمن ندارد درد بیشتری ایجاد می کند. به همین دلیل است که بسیاری از این بیماران به دلیل نداشتن عفونت در عکسبرداری های رادیوگرافی و سی تی اسکن به گمان دردهای عصبی، درمان های طولانی مدت با داروهای اعصاب را تجربه می کنند که برای آنها کارساز نیست. بنابراین نیازی به وجود علائم سینوزیت نیست تا با مشاهده آنها تشخیص سردرد مرتبط با سینوس داده شود. اندوسکوپی بینی و سینوس این امکان را فراهم ساخته که در این دسته از بیماران یافته های تشخیصی باارزشی یافت شود که در برخی از موارد کلید حل معمای درد است.

در اندوسکوپی بینی نقاط تماس مخاطی قابل تشخیص است. بی حس کردن این نقاط درحین اندوسکوپی تشخیصی موجب کاهش موقت درد می شود و برعکس تحریک این نقاط موجب القای درد می شود که این امر تشخیص سردردهای ناشی از تماس مخاطی را محتمل تر می کند. درمان اساسی در این حالت شامل کاهش یارفع نقاط تماسی است. بنابراین در مورد این بیمار در وهله اول اقدامات تشخیصی شامل اندوسکوپی بینی در کنار بررسی سی تی اسکن راهگشای تشخیص است.

تجربه درمورد سردردهای تماس مخاطی نشان می دهد که در اکثر موارد درصورت تشخیص دقیق، سردردهای بیمار کمتر می شود و تا هفتاد درصد بیماران این پاسخ درمانی را تجربه می کنند. با این وجود از آنجا که سردرد علامت شایعی از بسیاری از اختلالات جسمی و روانی است، صرف تشخیص و یا درمان نقاط تماس مخاطی نمی تواند در تمام بیماران درمان کننده باشد. توجه به اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، دردهای میگرنی و غیره همیشه باید مد نظر باشد.

درمان تماس مخاطی بر اساس علت و نوع تماس مخاطی متغیر است. به عنوان مثال در صورتی که علت تماس مخاطی تورم بافتی مخاط بینی در اثر آلرژی یا حساسیت باشد، با درمان آلرژی بهبودی نسبی حاصل می شود. در بسیاری از موارد علت اصلی تماس مخاطی وجود ناهنجاری هایی در ساختمان های ظریف داخل بینی است که موجب تحت فشار قرار دادن نقاط حساس به درد دربینی و سینوس ها بدون ایجاد سینوزیت می شود.

دردهای تماسی با استفاده از بی حس کننده های موضعی یا ضد احتقان ها، به طور موقت بهبود می یابد. بهبود دایمی با اصلاح ناهنجاری حاصل می شود. شاید شناخته شده ترین نوع این تماس ها به خاطر انحراف تیغه بینی به همراه بزرگ شدن یکی از شاخک ها باشد که در این حالت تیغه بینی و دیواره جانبی آن در تماس با یکدیگر قرار می گیرند. تماس بین تیغه بینی و شاخک تحتانی سبب درد در محل تماس و انتشار درد به فک فوقانی و گونه می شود.

تماس شاخک میانی با تیغه بینی یادواره طرفی بینی، سبب درد موضعی و درد در ناحیه گونه، اطراف چشم یا پیشانی می شود. این درد معمولا بسته به تغییرات داخلی بینی ناشی از شرایط محیطی، کم و زیاد می شود. یک ناهنجاری ساختمانی بسیار شایع در شاخک میانی بینی به نام کونکا بولوزا عامل بسیاری از موارد دردهای تماسی است. کونکا بولوزا حالتی است که در آن شاخک میانی بینی به جای یک لایه استخوان حاوی دو لایه استخوان است.

بین این دو لایه فضای خالی حاوی هوا وجود دارد. این حالت موجب چند برابر شدن حجم شاخک میانی بینی و در نتیجه اثرات فشاری آن بر روی نواحی حساس به درد بینی و سینوس می شود. درمان کونکا بولوزا برداشتن استخوان مضاعف اضافی به روش جراحی اندوسکوپی است. ناهنجاری های متعدد دیگری نیز در شاخک میانی وجود دارد که ممکن است عامل دردهای تماسی باشد. تمام این شرایط در صورت تشخیص دقیق، به روش اندوسکوپی قابل درمان اند.

منبع : سایت دکتر محسن نراقی

<http://vista.ir/?view=article&id=287615>

درمان داروئی بیماری پارکینسون سالمندی

برای خیلی از افراد پاسخ به درمان مهیج باشد. با مرور زمان، هرچند که فواید دارو اغلب کاهش می یابد، اگر چه نشانه به مقدار کمی بهبود می یابند و تحت کنترل می روند. بعلاوه داروها، پزشک ممکن است توصیه تغییر در شیوه زندگی در شما کند، مانند فیزیوتراپی، غذای سالم و ورزش.

فیزیوتراپی می تواند مفید برای افراد با بیماری پارکینسون باشد- هم در مراحل اولیه و هم در مراحل آخر که بیماری پیشرفت میکند. آن می تواند تحرک را بهبود بخشد، میزان حرکت و قدرت ماهیچه ای را بهتر کند. اگرچه ورزش های بخصوص نمی تواند پیشرفت بیماری را متوقف کند، بهبود قدرت



ماهیچه ای می تواند کمک به شما در احساس توانایی کند. یک فیزیوتراپیست با شما کار خواهد کرد که راه رفتن و تعادل شما را بهبود بخشد. لرای خیلی از افراد، کار کردن با یک آسیب شناس تلفظ می تواند کمک به بهبود مشکلات با صحبت کردن و بلع کند.

وقتی که تغییر در شیوه زندگی دیگر مفید نباشد، پزشک شما داروهایی را توصیه خواهد کرد، گاه به تنهایی و گاه به صورت ترکیبی .

• داروها

داروها می تواند کمک به مدیریت مشکلات راه رفتن، حرکات و لرزش با افزایش ذخیره دوپامینی مغز کند. داروها نیاز به تغییرات با مرور زمان دارد، و میزان داروها و زمان آنها نیاز به تنظیم دارد. بنا به این دلایل، شما و پزشک طرحی را خواهید ریخت که مناسب نیازهای شما باشد، بخصوص هر چه که بیماری پیشرفت می کند. داروهایی که برای درمان پارکینسون استفاده می شوند شامل:

• لوودوپا و کابری دوپا *Levodopa & Carbidopa* . از زمان ورود آن در ۱۹۶۰، لوودوپا داروی طلایی برای درمان بیماری پارکینسون بوده است. لوودوپا یک ماده طبیعی است که در گیاهان و حیوانات یافت میگردد. این یک پیش نیاز برای دوپامین است که وقتی که به افراد با بیماری پارکینسون داده می شود توسط سلولهای عصبی در مغز تبدیل به دوپامین می شود. افزایش دوپامین خیلی از نشانه های عدم توانایی را برمیگرداند.

درمان با دوپامین موثر نمی باشد، چون دوپامین از سد مغزی نخاعی نمی تواند بگذرد این یک شبکه از سلولهای کاملا فشرده در کنار هم می باشد که جلو برخی مواد را میگیرند. لوودوپا از این سد میگذرد، ولی فقط قسمت کمی به مغز می رسد. امروزه لوودوپا با داروی دیگری به نام کابی دوپا ترکیب شده، که موجب می شود که مقدار بیشتری لوودوپا به مغز رسیده و کمک به کاهش برخی از عوارض جانبی دارو می کند.

در خلال درمان اولیه، عوارض جانبی از کابی دوپا-لوودوپا معمولا مشکل عمده نمی باشد. هرچند که دارو با پیشرفت بیماری کارایی کمتری دارد. به عنوان یک نتیجه، برخی افراد ممکن است تجربه حرکات غیر ارادی داشته باشند وقتی که دارو به حداکثر میزان خونی خود برسد. میزان زمانی که دارو موثر است ممکن است با مرور زمان کوتاه شود و نیاز به تکرار دوز است.

دیگر مشکل که در ارتباط با استفاده طولانی مدت کابری دوپا- لوودوپا است، اثر خاموش روشنی آن است، که ممکن است ایجاد حرکات در ارتباط با پارکینسون کند و ناگهان و غیر قابل پیش بینی ناپدید شود. دیگر اثرات جانبی ممکن است شامل هذیان و افت فشار خون در حالت ایستاده باشد. برخی افراد ممکن است دچار تهوع با درمان کابی دوپا- لوودوپا شوند. هنوز کابی دوپا- لوودوپا به افراد با پارکینسون اجازه می دهد که زندگی توام با توانایی بیشتری داشته باشند و در خیلی از موارد برای سالها موثر است.

• آگونیست های دوپامین. بر خلاف دوپامین، این داروها به دوپامین تغییر نمی یابند. در عوض آنها شبیه به اثرات دوپامین در مغز دارند و موجب می

شوند که سلول های عصبی به مقدار کافی به دوپامین موجود پاسخ دهند. آگونیست های دوپامین هم همراه با کاربی دوپا- لوودوپا استفاده می شود و هم در ابتدای بیماری، بخصوص در افراد جوانتر.

عوارض جانبی آگونیست های دوپامین شبیه به کاربی دوپا - لوودوپا می باشد، اگر چه آنها کمتر موجب حرکات غیر ارادی می شوند و بیشتر موجب هذیان یا بی خوابی می شوند. این داروها همچنین ممکن است خطر رفتارهای اجباری را مانند تماس جنسی زیاد ، قمار کردن ، و خوردن بیش از حد را بالا ببرد. اگر شما این داروها را مصرف میکنید و شروع به کارهایی کرده اید که خارج از شخصیت شما می باشد با پزشک خود تماس بگیرید.

این گروه از داروها شامل بروموکریپتین، پرگولید pergolide آپومورفین، ropinirole ، pramipexole می باشد. بروموکریپتین و پرگولید اکنون کمتر از زمان های گذشته استفاده میشوند چون این داروها موجب واکنش های التهابی در ریه ها یا دریچه های قلب میگرددند. از مصرف داروهای آگونیست دوپامین در صورتی که هذیان یا پریشانی دارید پرهیز کنید.

• Selegiline(Eldepryl). این دارو، با یا بدون کاربی دوپا - لوودوپا استفاده می شود، و کمک به جلوگیری از شکست دوپامین طبیعی و دوپامین تشکیل شده توسط لوودوپا میکند. این کار را توسط مهار فعالیت آنزیمی به نام منو آمین اکسیداز ب (MAO-B) - آنزیمی که دوپامین را در مغز متابولیزه میکند . تحقیقات نشان داده است که Selegiline ممکن است نیاز به کاربی دوپا- لوودوپا را برای یک سال به تاخیر بیاندازد، و وقتی که با کاربی دوپا - لوودوپا استفاده شود ممکن است تاثیر آنها افزایش یابد. زمانی فکر میشد که این دارو ممکن است پیشرفت بیماری پارکینسون را کند کند ، اما امروزه مشخص شده است که چنین نیست. در برخی افراد که selgiline همراه با داروی نارکوتیک Demerol استفاده کرده اند واکنش های سمی دیده شده است.

• مهار کننده های COMT . این داروها تاثیر درمان کاربی دوپا- لوودوپا را بوسیله مسدود کردن آنزیمی که موجب شکسته شدن دوپامین می شود افزایش می دهند. Tolcapone یک مهار کننده COMT قوی است که به راحتی از سد مغزی نخاعی میگردد. ولی به علت اینکه tasmar در ارتباط با صدمات کبدی و نارسایی کبدی است، دارو به صورت طبیعی فقط در افرادی که به دیگر درمان ها پاسخ نمی دهند استفاده نمی شود. Entacapone یک مهار کننده COMT است که برخی از خصوصیات تولکاپون را دارا می باشد ولی به داخل مغز نمی رود. این کمک به مدیریت تغییرات در پاسخ به کاربی دوپا- لوو دوپا در افراد با بیماری پارکینسون میکند. اتا کاپون موجب مشکلات کبدی نمی شود و اکنون به صورت ترکیب با کاربی دوپا و لوو دوپا در دارویی به نام stalevo است.

• آنتی کولینرژیک ها. این داروها اصلی ترین درمان بیماری پارکینسون قبل از آمدن لوودوپا بودند. به طور کلی، آنها کمک به کنترل لرزش در مراحل اولیه بیماری میکنند. هر چند که، آنها فقط مقدار کمی موثر هستند و اغلب اوقات فواید آنها به وسیله عوارض جانبی آنها مانند خشکی دهان، تهوع، احتباس ادراری _ بخصوص در مردان با پروستات بزرگ - و یبوست شدید از بین می رود.

آنتی کولینرژیک ها همچنین می توانند موجب مشکلات روحی ، شامل از دست دادن حافظه، گیجی و هذیان شوند. تعدادی از داروهای آنتی کولینرژیک، مانند تری هگزیفینیدیل و بنزتروپین در دسترس هستند. داروی آنتی هیستامین دیفن هیدرامین و ضد افسردگی ها مانند آمی تربیتیلین خیلی شبیه به آنتی کولینرژیک ها عمل میکنند، و پزشکان ممکن است از آنها در بیماران مسن تر که تحمل آنتی کولینرژیکها را ندارند استفاده کنند.

• آمانتدین. پزشکان ممکن است این داروی ضد ویروس را به تنهایی برای راحتی کوتاه مدت در مراحل اولیه بیماری پارکینسون ملایم استفاده کنند. آمانتدین همچنین ممکن است اضافه به درمان کاربی دوپا- لوودوپا در افراد در مراحل انتهایی بیماری پارکینسون استفاده شود، بخصوص اگر آنها مشکلات با حرکات غیر ارادی بوجود آمده به وسیله کاربی دوپا- لوو دوپا (دیسکینزی) داشته باشند. عوارض جانبی شامل زانوها ورم کرده و ارغوانی شدن پوست می باشد.

• کو آنزیم Q10 : تحقیق نشان دلالت بر این دارد که مکمل های کو آنزیم Q10 ممکن است پیشرفت بیماری پارکینسون را در مراحل اولیه کند کند. شما می توانید کو آنزیم Q10 را خریداری کنید ، ولی همه تولیدات ممکن است به اندازه هم موثر نباشند. برای خرید این محصولات با پزشک خود تماس بگیرید.

منبع : سایت اطلاع رسانی دکتر رحمت سخنی

<http://vista.ir/?view=article&id=358669>

درمان درد سر و صورت

• درد صورت

• چه وقت به پزشک مراجعه کنیم؟

- چشم‌ها هم درد می‌کنند.

- تب، دانه‌های قرمز در صورت، یا ورم صورت وجود دارد.

- درد، گزگز یا کرختی در دست یا پا احساس می‌شود.

• درد صورت نشانه چیست؟

درد صورت برای پزشکان به معنی وجود یک گرفتاری در جایی دیگر، مثل سر، آرواره، گردن یا حتی دندان است. یافتن محل گرفتاری گاهی بسیار

ساده است. صورت، سر و گردن اعصابی مرتبط با هم دارند. اگر عصبی در گردن آسیب ببیند یا تحریک شود، ناراحتی آن از عصب بالا آمده و درد صورت هم ایجاد می‌کند.

بسیاری حالات، ایجاد درد صورت می‌کنند. مبتلایان به میگرن یا سردردهای مداوم دچار درد صورت می‌شوند. عفونت‌های سینوس، گوش و چشم هم باعث این درد می‌شوند. دندان‌درد و التهاب مفصلی گردن می‌توانند صورت را هم به درد آورند. اختلال دیر تشخیص و بحث‌انگیز (TMD بیماری مفصل گیجگاهی آرواره) گاهی باعث درد صورت می‌شود، گرچه علائم واضح‌تری مثل صدای "کلیک" در آرواره و سردرد هم دارد. درد شدید صورت علامت اصلی تیک دردناک است که اختلالی عصبی است. در مبتلایان به این گرفتاری هوای سرد، نوشیدن مایعات خنک، شستن صورت، اصلاح صورت، جویدن و حتی حرف زدن، صورت را به درد می‌آورد. تیک دردناک، یک درد متناوب شوک‌مانند است و علت درد گرفتن صورت در آن کاملاً مشخص نیست.

درد صورت همچنین علامت نادر ولی ممکن در سکنه مغزی است، گرچه باید به دنبال علائم دیگر مثل کرختی و اختلال دید هم بود.

• درمان درد صورت

چون درد صورت ناشی از گرفتاری دیگری است، درمان عامل اصلی- دندان‌درد، سردرد یا TMD درد صورت را هم از بین می‌برد.

اگر دچار تیک دردناک هستید، به نکات زیر توجه کنید:

دارو بخورید؛ پزشکان دریافته‌اند که بهترین راه کنترل درد در تیک دردناک، درمان دارویی است و داروهای ضد تشنج یا مشابه آن مثل کاربامازپین تجویز می‌کنند که مستقیماً بر اعصاب اثر می‌گذارند.

جراحی کنید؛ اگر دارودرمانی موثر واقع نشود، عمل جراحی کوچکی با استفاده از گذاشتن سوزن در عصب گردن، درد را آرام می‌کند. ممکن است عوارضی به صورت کمبود حس در ناحیه عصب مبتلا روی دهد.

• سردرد

چه وقت به پزشک مراجعه کنیم؟

- قبلاً هیچ‌گاه سردرد روی نداده است.

- سردرد بیش از سه روز طول کشیده یا مانع فعالیت‌های عادی شده است.

- سردرد مانند انفجاری ناگهانی در سر است.



- همراه با سردرد اختلال دید، اشکال در گفتار، اشکال در هماهنگی حرکات، ضعف دست‌ها یا پاها یا اشکال در فکر کردن درست وجود دارد.
- تب یا سفتی گردن هم وجود دارد.
- بعد از کار زیاد، سردرد روی می‌دهد.
- استفراغ روی داده ولی حالت تهوع وجود نداشته است.
- سردردها بیشتر و شدیدتر می‌شوند.
- سردرد نشانه چیست؟

گاهی به نظر می‌رسد هیچ چیز بدتر از سردرد نیست. انگار سر سوراخ می‌شود، منفجر می‌شود یا فشرده می‌شود. گاهی هم احساس می‌کنید که سر را پشت و رو می‌کنند و تمام انرژی بدنتان را بیرون می‌کشند.

سردرد به‌طور فزاینده‌ای همه‌گیر می‌شود. تقریباً ۶۰ درصد مردان و ۷۵ درصد زنان لاقلاً یکبار در ماه دچار سردرد می‌شوند. از هر ده مورد سردرد نه تا آن سردرد انقباض ماهیچه‌ای است که سردرد تنشی خوانده می‌شود. این سردردها که اغلب با تنش روانی یا خستگی شروع می‌شوند، ناشی از انقباض ماهیچه‌های سر و گردن هستند. سردرد تنشی معمولاً در بعدازظهر روی می‌دهد و مانند پیچاندن محکم نواری به دور سر احساس می‌شود.

سردرد میگرنی با گشاد شدن رگ‌های خونی پوست سر روی می‌دهد. این سردرد اغلب صبح‌ها با درد شدید در یک طرف سر یا پشت چشم‌ها شروع می‌شود. این سردرد ممکن است چند ساعت یا حتی تا سه روز طول بکشد. چشم برخی از مبتلایان به میگرن ۱۵ تا ۳۰ دقیقه قبل از شروع سردرد ستاره می‌زند، یعنی جرقه‌های نورانی یا خطوط زیگزاگی می‌بیند. میگرن باعث تهوع، استفراغ و حساسیت به نور هم می‌شود. ۶۵ تا ۷۵ درصد مبتلایان به میگرن، زن هستند.

سردرد در زنان ممکن است به چرخه قاعدگی آنها مربوط باشد. سردردهای میگرنی بعد از یائسگی بسیار کمتر دیده می‌شود. اما مردان بیشتر گرفتار سردرد خوشه‌ای می‌شوند که سردردی شدید و عذاب‌آور در چشم یا دور آن است. این سردرد خوشه‌ای از شدیدترین انواع سردرد است که حمله آن ممکن است تا دو ساعت و روزی یک یا دوبار در ماه اول و بعد گاهی هر شش ماه یکبار تا سالها روی دهد. سردرد می‌تواند علامتی از سرماخوردگی، آنفولانزا، بالا بودن فشار خون، خونریزی مغزی، سکت، تومور مغزی، التهاب مننژها، بیماری لایم، وجود کرم‌های نواری در بدن، آب سیاه چشم، آبسه دندان یا ترک کافئین باشد. گاهی نیز از عوارض جانبی برخی داروهاست.

▪ درمان سردرد

خوشبختانه کمتر از ۵ درصد سردردها علامت یک بیماری جدی هستند. برای بیشتر ما سردرد یک حالت ناراحت‌کننده اما بخشی از زندگی عادی است و غالباً می‌توان آن را کنترل کرد.

بخواهید؛ بسیاری از سردردهای تنشی با کمی خواب عمیق تسکین می‌یابند اما گاهی خواب کمتر یا زیاده‌تر از معمول باعث سردرد می‌شود. به همین دلیل داشتن برنامه منظم برای خواب اهمیت دارد.

دندان‌قروچه نکنید؛ برخی افراد در هنگام خواب به قدری ناآرامند که دندان‌قروچه می‌کنند و صبح با سردرد بیدار می‌شوند.

غذای کافی بخورید؛ نخوردن غذای کافی هم مثل نخوابیدن کافی باعث سردرد می‌شود. علت آن کاملاً مشخص نیست، ولی احتمالاً وقتی مواد غذایی بدن کم باشد، قسمتی از دستگاه عصبی که ماهیچه‌ها را منقبض می‌کند فعال می‌شود.

غذاهایتان را کنترل کنید؛ در افرادی که زیاد دچار سردرد می‌شوند، بهتر است آنچه را که دو تا سه ساعت قبل از سردرد خورده‌اند بررسی کنند. شایع‌ترین ماده غذایی مسئول سردرد، اسید آمینه تیرامین است. از جمله غذاها و نوشیدنی‌های دارای تیرامین یا سایر مواد سردردآور، پنیر کهنه، گوشت نمک‌سود، ترشی‌ها، شکلات، مرکبات، پیتزا و هر چیز محتوی گلوتامات مونوسدیم است. اگر متوجه شدید که برخی مواد غذایی عامل سردرد شماست، یکی یکی آنها را از برنامه غذایی حذف کنید تا عامل اصلی را بیابید.

زیاد قهوه نخورید؛ اگر در محل کار بیش از سه فنجان قهوه در روز می‌خورید، صبح بعد از روز تعطیل دچار سردرد می‌شوید، چون روز قبل قهوه نخورده‌اید. برای جلوگیری از این سردرد توصیه می‌شود در روز بیش از یک یا دو فنجان قهوه نخورید.

سیگار نکشید؛ سیگار برای همه بد است و سردرد را نیز بدتر می‌کند. بهتر است سیگار کشیدن را ترک کنید.

از کلاه و عینک استفاده کنید؛ تابش نور آفتاب و انعکاس آن، در برخی افراد باعث سردرد می‌شود. در این موارد بهتر است عینک آفتابی بزنید و کلاه

دارای لبه بزرگ بر سر بگذارید.

ورزش کنید؛ ورزش درمان بسیار خوبی برای سردرد است. عجیب به نظر می‌آید، اما کسانی که ورزش‌های مختلف می‌کنند سردردشان از بین می‌رود. ورزش، تنش روانی را از بین می‌برد و تولید مسکن‌های طبیعی بدن را که اندورفین‌ها نام دارند تحریک می‌کند. فقط نیم‌ساعت پیاده‌روی، سه بار در هفته برای جلوگیری از سردرد کافی است. اگر سردرد با تب همراه است، نزد پزشک بروید و ورزش را به تعویق بیندازید.

خود را گرم کنید؛ از مهمترین درمان‌های خانگی سردرد گذاشتن کیسه آب گرم بر روی گردن و شانه‌ها به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه است. این کار خوبی برای کاهش تدریجی سردرد تنشی است. بالشتک گرم، ماهیچه‌های گرفته را شل کرده و جریان خون را در آنها آسان می‌کند. گرفتن دوش آب گرم هم موثر است ولی نه به اندازه کیسه آب گرم.

آرامش داشته باشید؛ درمان فشارهای روانی، در افرادی که زیاد دچار سردردهای تنشی می‌شوند موثر است.

به آن فکر نکنید؛ سعی کنید فکر سردرد را از خود دور کنید. برای این کار در جای راحتی بنشینید و چشمانتان را ببندید. فرض کنید در ساحل دریا دراز کشیده‌اید، آفتاب بدنتان را گرم می‌کند و امواج آب به آرامی روی شما می‌آید. هر برگشت ذهنی امواج قسمتی از سردرد شما را با خود می‌برد.

روش زیر را هم امتحان کنید؛ توجه خود را بر سردردتان متمرکز کنید. تصور کنید سردردتان اندازه، شکل و رنگ مشخصی دارد. ببینید سردرد چگونه است؟ در یکجا ساکن است یا جابه‌جا می‌شود؟ بعد فرض کنید سردرد به صورت مایع است و از سرتان روی گردن، شانه‌ها، دست‌ها و در آخر انگشتان می‌ریزد. سرانجام این سردرد از انگشتانتان خارج شده و به اطراف می‌ریزد.

▪ استفاده از دارو

اگر درمان‌های طبیعی، سردرد را از بین نبرد، چندین مسکن بدون نسخه برای آن وجود دارد:

آسپیرین بخورید؛ سردرد بیشتر افراد با خوردن یک یا دو قرص آسپیرین یا استامینوفن برطرف می‌شود. آسپیرین التهاب را نیز کاهش می‌دهد. هر دو اینها مسکن‌های خوبی هستند.

آسپیرین با قهوه بخورید؛ اگر سردرد متوسط تا شدیدی دارید، آسپیرین را با یک فنجان قهوه بخورید. کافئین موجود در قهوه باعث تسریع جذب آسپیرین می‌شود.

ضدحساسیت بخورید؛ خوردن داروهای ضدحساسیت فاقد مسکن هم ممکن است سردرد تنشی را آرام کند. اما از دستور نوشته شده بر روی برچسب آن پیروی کنید.

داروهای ضدحساسیت اگر به‌طور مرتب خورده شوند، ماهیچه‌ها را شل می‌کنند. در آغاز ممکن است شما را خواب‌آلوده کنند، اما با استفاده مکرر در تسکین سردرد موثرتر می‌شوند و خواب‌آلودگی هم کاهش می‌یابد.

اکسیژن تنفس کنید؛ اکسیژن وسیله بسیار موثری برای تسکین سردردهای خوشه‌ای و میگرنی است. برای استفاده مداوم از کپسول اکسیژن و مقدار آن از پزشک خود اجازه بگیرید.

نزد پزشک بروید؛ در سردردهای شدید خوشه‌ای یا میگرنی مسکن‌های قوی‌تری مثل ارگوتامین لازم است. این داروها را فقط با تجویز پزشک مصرف کنید.

زیاد مسکن نخورید؛ خوردن مداوم مسکن هم به اندازه سردرد مداوم، زیانبار است. تمام داروهای ضد سردرد را چه بدون نسخه و چه با تجویز پزشک نباید بیش از دو بار در هفته مصرف کرد، چون خوردن مداوم این داروها به تدریج آستانه درد را پایین آورده و دردها را بیشتر می‌کند. اگر بیش از حد مسکن مصرف کرده‌اید، نزد پزشک بروید تا او برنامه‌ای برای رهایی از سردرد و دارو برایتان تنظیم کند.

• سرگیجه

▪ چه وقت به پزشک مراجعه کنیم؟

- سرگیجه بدون دلیل، شدید، مکرر یا پایدار است.

- همراه با سرگیجه گوش زنگ می‌زند یا ناگهان شنوایی از بین می‌رود.

- دید، ناگهان مختل شده یا دوبینی روی داده است.

- سردرد شدید وجود دارد.

- سابقه خانوادگی سرگیجه وجود دارد.

▪ سرگیجه نشانه چیست؟

چرخیدن همه چیز به دور سر انسان در هنگامی که سوار چرخ فلک هستید چیزی عادی است اما اگر در خانه خود نشسته‌اید و این حالت روی می‌دهد، لافل ناخوشایند است.

در برخی موارد همه ما دچار سرگیجه می‌شویم. برخی افراد هنگامی که از بالای ساختمان بلندی به پایین نگاه می‌کنند، یا سوار چرخ فلک می‌شوند سرگیجه پیدا می‌کنند. حتی فضانوردان نیز ممکن است در هنگام فضاپیمایی دچار سرگیجه شوند.

در ۷۰ درصد موارد، سرگیجه علامت اختلال در گوش درونی است که مثل یک چرخش‌نما (ژیروسکوپ) حالت تعادل بدن را حفظ می‌کند اما همین سرگیجه ممکن است نشانه‌ای برای بیش از ۳۵۰ ناخوشی باشد. از جمله سرماخوردگی، آنفلوانزا، آلرژی، فقر غذایی، مرض قند، خونریزی داخلی، بیماری قلبی و سکنه مغزی.

▪ درمان سرگیجه

کارهای زیادی برای متوقف کردن سرگیجه می‌توان انجام داد، ولی اگر سرگیجه بدون دلیلی دارید به پزشک مراجعه کنید، چون شما نمی‌توانید تشخیص دهید که آیا علامت یک بیماری جدی است یا نه. در اینجا راهنمایی‌هایی برای درمان سرگیجه ارائه می‌شود:

به گوش‌تاز استراحت بدهید؛ گوش داخلی به کمک پاها و چشم‌ها تعادل بدن را حفظ می‌کنند. روی صندلی بنشینید و دسته‌های آن را بگیرید و چند دقیقه به چیزی خیره شوید. این کار می‌تواند سرگیجه را تسکین دهد، چون مغز از دریافت پیام‌های خطایی که از گوش درونی می‌رسد خودداری می‌کند اما اگر سرگیجه مقاوم است در این کار زیاده‌روی نکنید و حتما نزد پزشک بروید.

لاک‌پشتی راه بروید؛ هنگام سرگیجه بسیار آهسته راه بروید و از حرکت دادن ناگهانی سر خودداری کنید، مخصوصاً وقتی بلند می‌شوید یا دراز می‌کشید. در عوض مرحله به مرحله حرکت کنید. مثلاً وقتی می‌خواهید از رختخواب بلند شوید، اول لافل ۳۰ ثانیه بر لبه تخت بنشینید و بعد برخیزید.

داروهایتان را کنترل کنید؛ بسیاری داروها، مخصوصاً داروهای پایین‌آورنده فشار خون دارای عارضه جانبی سرگیجه هستند. پزشک در صورت وجود سرگیجه، داروی مصرفی شما را تغییر خواهد داد.

نمک زیاد نخورید؛ خوردن زیاد نمک باعث احتباس آب در بدن می‌شود و کار گوش درونی را مختل می‌کند. غذاهای شور و کنسروها را از برنامه غذایی خود حذف کرده و مقدار نمک مصرفی را به ۲ گرم (یک فاشق‌چای‌خوری) در روز کاهش دهید. این مقدار نمک موجود در غذای پخته شده به‌طور معمول است.

از خوردن مواد محرک خودداری کنید؛ قهوه نخورید و سیگار نکشید، چون حساسیت بدن را نسبت به حرکت بالا می‌برد. اگر اصرار به خوردن قهوه با جای دارید، لافل آن را به یک یا دو فنجان در روز محدود کنید. می‌توانید به جای اینها چای‌های گیاهی که کافئین ندارند بخورید.

آرامش داشته باشید؛ افرادی که تحت تنش روانی هستند یا اضطراب دارند بیشتر گرفتار سرگیجه می‌شوند. با ورزش و تنفس عمیق خود را آرام کنید.

مواد حساسیت‌زا را بیابید؛ سرگیجه می‌تواند نشانه آلرژی به گرده گل، حیوانات خانگی و حتی مواد غذایی باشد. عامل حساسیت‌آور را پیدا کرده و از آن دوری کنید.

دارو بخورید؛ برخی داروهای بدون نسخه حاوی دیم‌هیدرینات یا مکلیزین حساسیت گوش درونی را به حرکت، کاهش داده و سرگیجه را از بین می‌برند اما در سرگیجه شدید داروهای قوی‌تری لازم است.

خوردن دارو آخرین راه درمان در بیماران گرفتار سرگیجه شدید است. با گذشت زمان مغز خود توانایی مقابله با بیشتر انواع سرگیجه را پیدا می‌کند.

▪ ورزش برای درمان سرگیجه

داشتن فعالیت جسمانی یکی از بهترین راه‌های درمان سرگیجه ناشی از اختلال گوش درونی است. ورزشی که حرکات زیاد سر و بدن داشته باشد مثل پیاده‌روی، شنا، دویدن آرام، حتی کاراته به درمان سرگیجه کمک می‌کند. اگر تحرک داشته باشد، بر سرگیجه پیروز می‌شوید.

ورزش را به تدریج شروع کنید؛ در برخی افراد بلند شدن و کمی راه رفتن هم ایجاد سرگیجه می‌کند. اما می‌توانید آرام حرکت کنید و با شروع سرگیجه دوباره بنشینید. یعنی اگر بتوانید فقط سه قدم بدون سرگیجه راه بروید، شروع خوبی برای ورزش است. این ورزش- حرکت، سرگیجه،

نشستن- را باید چندین بار انجام دهید. سه بار در روز هر بار به مدت ۲ تا ۱۵ دقیقه بسیار خوب است. اما اگر در شروع کار فقط ۲۰ ثانیه تحمل آن را دارید، اشکالی ندارد ۲۰ ثانیه ورزش بهتر از هیچ است. حرکات چرخشی انجام دهید؛ انجام حرکات آرام چرخشی و موزون به درمان سرگیجه کمک زیاد می‌کند. می‌توانید با چرخش‌های ۹۰ درجه‌ای شروع کنید و بعداً چرخش‌های سریع‌تر و تندتر را انجام دهید.

منبع : روزنامه رسالت

<http://vista.ir/?view=article&id=309750>

 **vista.ir**
Online Classified Service

دستورالعمل های جدید در مراقبت های صرع

تا کنون هیچ الگویی برای تشخیص و مدیریت صرع به وسیله پزشکان عمومی وجود نداشته. در نتیجه به منظور برآورده کردن این نیاز الگوی الگوریتمی برای درمان و کنترل صرع در بزرگسالان توسط پزشکان عمومی طراحی شده است.

۱٪ از جمعیت ایالات متحده (حدود ۲/۲ میلیون نفر) از بیماری صرع رنج می‌برند. پزشکان عمومی در این کشور حدود ۸۳٪ از موارد جدید صرع را ویزیت کرده و برای ۴۰٪ از این موارد اقدامات مراقبتی در نظر می‌گیرند این در حالی است که بر پایه مقررات و به خاطر بروز کم این بیماری، پزشکان عمومی تنها جایزند ۱ یا ۲ بیمار صرعی را در سال برای اولین بار ویزیت کرده و تعداد انگشت شماری از موارد قبلی را پایش نمایند.

بر همین اساس اشراف یک پزشک عمومی به تشخیص و مدیریت الگوهای این بیماری ممکن است کمتر از تجربه او در درمان بیماریهای دیگری باشد

که به صورت مرتب تحت درمان و معالجه قرار داده است. تا کنون هیچ الگویی برای تشخیص و مدیریت صرع به وسیله پزشکان عمومی وجود نداشته. در نتیجه به منظور برآورده کردن این نیاز الگوی الگوریتمی برای درمان و کنترل صرع در بزرگسالان توسط پزشکان عمومی طراحی شده است.

این الگو شامل مبنای تشخیص، دسته بندی صرع، کار با بیمار، درمان و پیگیری بیماران بالغ بوده و هدف از این اقدام آماده سازی وسایل لازم برای پزشک جهت تشخیص و مدیریت دقیق، روشن، و آسان بیماران است.

در این طرح، الگوریتم ها نه دایرة المعارف هستند و نه به منظور جایگزین شدن با تشخیص پزشک و یا کم نمودن دسترسی و نظر خواهی از متخصصان و ارجاع به آنان طراحی شده اند.

الگوی حاضر پس از ۸ سال و توسط سیستم سلامتی Lovelace (ارگان چند تخصصی در آلبوکورک) طراحی شده است. تیمی که این الگو را ارائه کرده است شامل پزشکان عمومی، نورولوژیست ها و سایر متخصصین ذی ربط بوده و از طریق ارگان Lovelace هدایت می شدند.

• اجرای دستورالعمل ها



مراقبت از صرع در دهه گذشته بسیار متحول شده است. بخصوص اینکه گستره درمانی بیشتری برای این بیماری به وجود آمده است و این پیشرفت‌ها می‌تواند فعالیت صرع را در بخش مهمی از بیماران مهار نماید و از آنجائی که این باور وجود دارد که یک حمله صرع، حملات دیگر را بدنبال خواهد داشت، با درمان زود هنگام می‌توان به موفقیت طولانی مدت تری در به تعویق انداختن دست یافت.

این دستورالعمل‌های جدید برای دست‌یابی پزشکان عمومی به واقعیت مراقبت‌های این بیماری است. ولی چگونه پزشکان در حالی که باید به سایر مراقبت‌های متداول و مهم دیگر برسند می‌توانند این دستورالعمل را نیز اجرا نمایند؟ ما استراتژی را ترتیب داده ایم که کار را بسیار آسان می‌کند.

سه مرحله زیر چگونگی به کارگیری این دستورالعمل را شرح می‌دهد.

• مرحله اول: مشکلات عملی را در نظر بگیرید.

این دستورالعمل‌ها راه حل‌های قطعی نبوده بلکه وظایفی را تحت نظر یک مرجع پیشنهاد می‌کنند.

پایین سه نوع از اقدامات عمومی را نشان می‌دهد.

دسته اول به ارزیابی بیمار با احتمال وقوع حمله می‌پردازد و به سوالاتی از قبیل: آیا این یک حمله صرع است؟ و چه نوع صرعی؟ پاسخ می‌دهد.

دسته دوم اقدامات شامل طراحی یک نقشه درمانی دقیق و مطرح کردن آن با سایرین اعم از پزشک،

خانواده بیمار و خود اوست. دسته سوم این اقدامات به مرحله اجراء درآوردن این الگوهاست.

• وظایف طراحی شده توسط دستورالعمل‌های جدید صرع

(۱) ارزیابی

▪ هدف: شناسائی صرع از سایر بیماریها و تعیین نوع آن

▪ وظایف: گرفتن شرح حال بیمار و انجام آزمایشات پزشکی (انتخاب نوع تست‌ها، تنظیم درخواست، تفسیر آزمایش)

- آزمایشات مرکزی

- آزمایشات تخصصی (MRI، CT، الکتروانسفالوگرافی)

- دسته بندی صرع

- آموزش بیمار در مورد اساس بیماری

(۲) تنظیم و مشورت در مورد برنامه درمانی

▪ هدف: طراحی و صحبت در مورد برنامه درمانی

▪ وظایف:

- مشخص کردن اهداف درمانی (با مشارکت بیمار)

- لیست کردن درمانهای ممکن

- ایجاد توالی درمان (توالی درمان، پارامترهای تنظیمی، تغییرات توالی)

- اختصاص زمان مشخص برای تغییر برنامه

- تذکر در مورد ملزومات (روانی، بیمارستانی، مالی، باروری)

- مشورت با دست‌اندرکاران و بیماران (تشریح وظایف)

(۳) به اجرا درآوردن برنامه

▪ هدف: کنترل و بازبینی نقشه درمانی

▪ وظایف:

- کنترل سطوح درمانی، علائم و عوارض جانبی

- انجام تنظیمات برنامه ریزی شده (تغییر دوز داروها یا قطع مصرف آنها)

- برنامه ریزی و قطعی سازی بازبینی‌ها

- بیان مشکلات حاد یا شدید

آموزش بیماران بسته به موقعیت(مثلاً، آگاه نمودن بیمار از زمان ضروری شدن عمل جراحی)

• مرحله دوم: تصمیم‌گیری روشن در مورد تعهدات اولیه پزشک و موارد ارجاع به دیگران

این مرحله باید بر پایه مهارت و علاقه پزشک و نیز منابع و مشکلات موجود در راه بیمار و پزشک انجام‌گیرد. برای یک پزشک خانواده، معقول است که موارد مربوط به درمان صرع را کاملاً یا برای همکاری به یک متخصص ارجاع نماید.

• مرحله سوم: تشخیص روند کنونی درمان برای بیماران مستعد حملات و تمرکز بر مواردی که می‌تواند در مراقبت بهینه نقش داشته باشد.

برای مثال پس از خواندن دستورالعمل‌های صرع و بررسی موقعیت محلی، پزشک در مورد توانائی یا علاقه به ارزیابی و کنترل بیماران جدید تصمیم بگیرد. ولی اقداماتی نظیر تغییر استراتژی درمانی، مدیریت بیماران با حملات غیر قابل پیش‌بینی و آزمایشات تخصصی، کارهایی است که باید به متخصص صرع ارجاع شود. یکی از عوامل محدودکننده این هدف این است که متخصصین اعصاب ممکن است برنامه‌ای زمانی و یا مدیریت خوبی ارائه نکنند(از آن جمله زمانهای افزایش دوز یا تغییر دارو است) در این مواقع یک یادداشت کوتاه می‌تواند برای برقراری ارتباط مناسب با مشاور(متخصص) مفید باشد.

• نتیجه:

الگوریتم‌های به کار رفته در این مقاله طوری طراحی شده‌اند که لوازم دقیق و روشن را برای پزشکان عمومی پر مشغله‌ای که می‌خواهند به درمان بیماران بالغ صرعی کمک نمایند، در اختیار می‌گذارد. اگر چه این دستورالعمل‌ها، برای همه موارد مورد استفاده نیستند اما اختصاص وقتی کوتاه به درک مفهوم عملی آن، نسبت دادن هرکدام از وظایف مندرج به فرد مسئول و انجام مشورت‌های کوتاه با مشاوران و بیماران برای حصول اطمینان از درک درست طرفین، گام اصلی و اولیه در به عمل درآوردن آن است. ما عقیده داریم که این وسیله ایست که می‌تواند، مراقبت‌های بیماران صرعی را در مراکز درمانی ابتدائی بهبود بخشد.

منبع : محیا نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=301522>

 **vista.ir**
Online Classified Service

دست‌هایم خواب‌آلوده‌اند!

خواب رفتن دست‌ها یا بیماری (CTS)، بیشتر در زنان بین سنین ۴۰ تا ۵۰ سال شایع است.

که در اکثر موارد در دست گرفتن طولانی‌مدت و وسایلی چون گوشی‌تلفن، کارهای سنگین و طولانی‌مدت، موجب خواب رفتن دست‌ها می‌شود. از علل جدی بی‌حسی می‌توان به نقص جریان خون، روماتیسم مفصلی، اسکروز مولتیپل، دیابت و سندرم تونل کارپ (فشرده شدن اعصاب در مج دست که موجب بی‌حسی در انگشتان و دست می‌شود) اشاره کرد.

بی‌حسی می‌تواند یافته‌ای هشداردهنده باشد از یک سکنه مغزی قریب الوقوع یا حملات گذرای ایسکمیک که یک سکنه مغزی کوچک است و به‌طور گذرا و موقتی علائمی نظیر فلج و تاری دید را ایجاد کند. این حملات گذرا



بدون درمان مناسب به سکنه کامل منجر شده و ممکن است عوارض جسمی و ذهنی دائمی ایجاد کند.

دکتر سید پیمان میرشاه ولد، متخصص و جراح ارتوپد، درخصوص علائم این بیماری می‌گوید: این علائم عبارت هستند از: سنگینی، خواب رفتگی و بی‌حسی دست‌ها که به تدریج موجب ضعف و درد در انگشتان می‌شود که در مراحل اولیه ممکن است فقط در هنگام شب ایجاد شود و فرد را از خواب بیدار کند. در این حالت فرد سعی می‌کند دست‌های خود را مرتباً تکان دهد تا حس آنها برگردد اما در طول روز با در دست گرفتن اشیایی مانند گوشی تلفن یا سایر وسایل تشدید می‌شود.

این بیماری عبارت است از: فشار روی عصب میانی (median) در ناحیه مچ دست که از شایع‌ترین نمونه‌های فشار روی اعصاب محیطی بدن است. در یک تحلیل ساده ابتدا به CTS را می‌توان اینگونه بیان کرد:

اعصاب دست از داخل تونلی (CTS) منتهی به مچ دست رد می‌شود که این تونل شامل ۹ تاندون و یک عصب است. حال اگر به هر دلیلی حجم این تونل کم شود و فشار روی رگ‌های منتهی به عصب زیاد شود زمینه ابتدا به این بیماری شروع می‌شود. به عبارت دقیق‌تر با تحت فشار قرار گرفتن رگ‌ها، بیمار در آن ناحیه دچار اسکیمیا (نرسیدن خون کافی به عصب) شده و به مرور زمان عصب کوچک‌شده و بیماری ظاهر می‌شود. اگر فشار وارد بر دست به دلایل مختلفی اعم از بانداژ محکم، جابه‌جایی استخوان‌های شکسته، گچ گرفتگی محکم و عواملی مشابه موقتی بوده و پس از مدتی فشار برداشته شود عصب به حالت قبلی بازگشته، کار خود را انجام می‌دهد اما اگر این فشار طولانی مدت باشد، خون برای مدت طولانی به عصب نرسیده و عصب وظیفه خود یعنی انتقال حس و حرکت و عکس‌العمل نسبت به عوامل محیطی را انجام نداده و علائم بیماری ظاهر می‌شود.

علت ایجاد این بیماری به‌طور کامل شناخته شده نیست اما در این خصوص می‌توان به عواملی نظیر کارهای دستی سنگین و طولانی مدت مثلاً در تاپیست‌ها و آهن‌گرها و همچنین بیماری‌های زمینه‌ای چون تیروئید و دیابت اشاره کرد. برای تشخیص این بیماری باید معاینه دقیقی از بیمار صورت گرفته و جهت تأیید تشخیص آزمون، نوار عصبی انجام شود. سندروم CTS (تونل مچ دست) بیماری است که در آن عصب میانی مچ دست فشرده می‌شود و در قسمت‌های مختلف مچ و انگشتان علائمی چون سوزش، بی‌حسی، درد، احساس سردی، کرختی و ضعف ظاهر می‌شود.

CTS در بین زنان بیش از مردان رواج دارد و سن بروز آن حوالی پنجاه سالگی است. عصب میانی مچ دست، مانند کانالی است که از طرفین توسط استخوان‌ها، بافت فیبری و اعصاب منتهی به بند انگشتان احاطه شده است و ۹ عدد از تاندون‌های دست نیز از این کانال عبور می‌کنند. این عصب می‌تواند به علت تورم هر یک از اجزای موجود در این کانال فشرده شده و دچار گرفتگی گردد، هر چند ممکن است عوامل دیگری چون ضربه‌های شدید، شکستن یا جابه‌جا شدن استخوان‌ها نیز بی‌تأثیر نباشند.

از عوامل مؤثر در بروز این بیماری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بیماری‌هایی چون رماتیسم و ورم مفاصل، اختلالات هورمونی مانند دیابت، تیروئید و یائسگی، تولید بیش از اندازه پروتئین در سلول‌های مغز استخوان.
- بار و بسته کردن مکرر تاندون‌های مچ دست بدون استراحت، خصوصاً در زمان‌های طولانی.
- ضربه شدید یا هر نوع جراحی که باعث تورم مچ دست شود.

- باریک بودن مادرزادی عصب میانی مچ دست. به عقیده برخی از افراد CTS، سندروم جدیدی متعلق به عصر فناوری است که منشأ اصلی بروز آن ساعت‌های طولانی نشستن پشت رایانه و کار کردن مداوم با کیبورد و ماوس است. اما با این وجود مطالعات نشان داده که سابقه این بیماری به اوایل قرن بیستم بازمی‌گردد. در صد بروز این سندرم در زنان سه برابر مردان است. شاید به این دلیل که اصولاً عصب میانی مچ دست در زنان کوچکتر از مردان است. سندرم CTS معمولاً ابتدا دست فعال افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و احساس درد معمولاً از همین دست شروع می‌شود.

• علائم

به‌طور معمول اولین علائم این بیماری هنگام خواب بروز می‌کند که به‌صورت احساس درد، گزگز، سوزش و بی‌حسی در انگشتان دست، به‌خصوص انگشت شصت، انگشت اشاره و دو انگشت میانی آغاز می‌شود، کم‌کم محکم نگه‌داشتن اجسام در دست و چنگ زدن به اشیای مختلف برای شخص مشکل می‌شود و انگشتان توانایی لازم خود را از دست می‌دهند، در نتیجه همه چیز از دست شخص می‌افتد. در صورتی که در مراحل ابتدایی بروز علائم هیچگونه اقدام درمانی صورت نگیرد، درد بیشتر و بیشتر شده، مچ و انگشتان به تدریج کارایی طبیعی خود را از دست می‌دهند. متأسفانه در بسیاری از موارد تشخیص دلیل بروز علائم فوق را حالت نادرست دست در هنگام خواب یا به اصطلاح بد خوابیدن تلقی می‌کنند.

متخصصان معتقدند این سندرم نوعی ناتوانی نهفته است زیرا در ظاهر امر، دست به طور طبیعی کار می‌کند.

• درمان

در اولین قدم با گرفتن یک شرح حال از بیمار، بررسی می‌شود که آیا وی به بیماری‌هایی مثل دیابت، رماتیسم و ورم مفاصل، کم‌کاری تیروئید یا ... مبتلا هست یا خیر؟ آیا سابقه شکستگی در ناحیه مچ دست داشته است یا خیر؟ آیا مشکل اضافه وزن دارد یا خیر؟ در مرحله بعدی به منظور تأیید تشخیص بررسی الکترودیآگنوستیک صورت می‌گیرد، به این ترتیب که در این آزمایش سرعت هدایت عصب، CTS به درجات خفیف، متوسط و قوی تقسیم می‌شود. در مواردی که این بیماری هنوز حاد نشده، استفاده از روش‌های مختلفی چون استراحت دادن به دست در زمان انجام کار، کمپرس آب سرد و بستن مچ دست، در تسلی درد مؤثر است. در صورتی که این روش‌ها کارساز نباشد، متخصصان استفاده از دارو و در مرحله بعد جراحی را پیشنهاد می‌کنند. در اکثر موارد به یکی از روش‌های زیر و بدون نیاز به جراحی، پیشرفت این بیماری کنترل می‌شود:

- بی‌حرکت نگه داشتن مچ دست: اگر سابقه این بیماری در شخصی کمتر از یک سال باشد، بی‌حرکت نگه داشتن مچ با استفاده از مچ بندهای طبی مخصوص، خصوصاً در خواب باعث کاهش بی‌حسی و سوزش مچ و انگشتان می‌شود.
- مصرف داروهای ضدالتهاب: تنها در صورتی که مچ دست یا انگشتان متورم شده باشد، به منظور از بین رفتن تورم، پیشنهاد می‌شود.
- تزریق کورتیزون یا داروهای مشابه برای کاهش درد و تورم.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=366713>

 **vista.ir**
Online Classified Service

ده تصور درست و نادرست از آلزایمر

طی چند سال اخیر تصورات غلط بی شماری در مورد این مطلب که آلزایمر چیست؟ چه کسانی به آن مبتلا می‌شوند؟ تأثیرات آن بر زندگی بیماران چگونه است و... به وجود آمده است. این تصورات غلط به علائم بیماری متصل شده و به ما اجازه نمی‌دهند تا شناخت دقیقی از بیماری پیدا کنیم. انجمن جهانی آلزایمر معتقد است که اگر از بیماری رفع ابهام شود، مردم خیلی راحت‌تر می‌توانند با واقعیت مواجه شوند. در این قسمت چند تصور رایج نادرست و واقعیت‌های آنها را برای شما بازگو می‌کنیم:

• تصور غلط ۱:

اگر یکی از افراد فامیل

دچار این بیماری شود، شما نیز به آن مبتلا خواهید شد.

▪ حقیقت:

هر چند عوامل وراثتی نقش مهمی را در این بیماری بازی می‌کنند، اما تنها ۵ تا ۱۰ درصد از کل افرادی که دارای بیماری هستند، از طریق موارد ژنتیکی



به آن مبتلا شده‌اند. در اکثر موارد هیچ‌گونه علامت قابل شناسایی یافت نمی‌شود. تحقیق و بررسی روی ژن‌ها همچنان ادامه دارد.



• تصور غلط ۲:

آلزایمر تنها بیماری افراد سالمند است.

▪ حقیقت:

هر چند افزایش سن ریسک ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد، اما آلزایمر فقط در افراد سالخورده بروز نمی‌کند. افراد ۴۰ تا ۵۰ ساله‌ای نیز بودند که دچار آلزایمر شده‌اند. چیزی که در اینجا باید به خاطر داشته باشیم این است که با افزایش سن خطر ابتلا به آلزایمر نیز افزایش پیدا می‌کند.

• تصور غلط ۳:

آلزایمر قابل درمان است.

▪ حقیقت:

برای آلزایمر هیچ نوع درمان قطعی وجود ندارد. البته چند نوع دارو و معالجات گوناگون وجود دارد که می‌تواند تا حدی در برخی از بیماران ثمربخش باشد. گام بلندی در راه پیدا کردن درمان برداشته شده که نتایج خوش‌بینانه‌ای را به همراه داشته است.

• تصور غلط ۴:

از دست دادن حافظه یعنی آلزایمر.

▪ حقیقت:

ممکن است خیلی از افراد با حافظه خود مشکل داشته باشند، اما این بدان معنا نیست که دارای آلزایمر هستند. اگر از دست دادن حافظه روی چگونگی زندگی روزمره شما تاثیر می‌گذارد و توانایی قضاوت و استدلال و استنتاج و سایر مهارت‌های ارتباطی خود را از دست داده‌اید، می‌توانید برای تشخیص به پزشک مراجعه کنید.

• تصور غلط ۵:

مصرف آلومینیوم باعث ایجاد آلزایمر است.

▪ حقیقت:

هر چند تحقیقات گسترده‌ای برای کشف ارتباط میان آلومینیوم و آلزایمر انجام شده است، اما تاکنون هیچ نوع مدرک موثقی در این زمینه به دست نیامده. بروز بیماری از دلایل مختلفی نشأت می‌گیرد؛ از قبیل: عوامل وراثتی، روش زندگی، عوامل در محیط اطراف و...

• تصور غلط ۶:

آلزایمر قابل پیشگیری است.

▪ حقیقت:

به این دلیل که هنوز علت ایجاد آلزایمر مشخص نشده نمی‌توان از آن پیشگیری کرد. اما بهتر است همواره ذهن و بدن خود را با انتخاب‌های آگاهانه، فعال نگاه دارید. این انتخاب‌ها شامل: ورزش، نگاه داشتن رژیم غذایی سالم و مصرف میوه‌ها و سبزیجات تازه و ماهی می‌باشد همچنین سعی کنید که همیشه مغز خود را نیز فعال نگاه دارید.

• تصور غلط ۷: ویتامین‌ها، مکمل‌ها

و قرص‌های تقویت حافظه می‌توانند از آلزایمر جلوگیری کنند.

▪ حقیقت:

مطالعات بسیاری برای تشخیص تاثیرگذاری فرآورده‌هایی نظیر ویتامین E و عصاره درخت ژینگو انجام شده که اکثرا بی‌فایده بوده، اما تحقیق در این زمینه همچنان ادامه دارد.

• تصور غلط ۸:

اگر من دچار آلزایمر شوم، زندگی‌م تمام است.

▪ حقیقت:

شمار کثیری از افراد که دچار آلزایمر هستند زندگی پر معنا و فعالی را دنبال می‌کنند. آنها هدفمند هستند و به هیچ وجه احساس نمی‌کنند که زندگی‌شان به پایان رسیده. تشخیص به موقع بیماری و انجام اقدامات لازم، نقش مهمی را در بهبودی فرد ایفا می‌کند. باید برای بیماران محیط مناسب و خدمات ویژه را فراهم آورید، از آنها حمایت کنید، به فعالیت وادارشان کنید و شوق زندگی را در آنها بیدار سازید.

• تصور غلط ۹:

تمام بیماران آلزایمری پرخاشگر و خشن هستند.

▪ حقیقت:

این بیماری روی هر فرد به صورت متفاوتی تاثیر می‌گذارد. از دست دادن حافظه و به وجود آمدن پرتی حواس اغلب ناامیدکننده و ترس‌آور است. با آگاهی از بیماری و تغییر رفتار در مقابل بیمار می‌توان از واکنش‌های خشن و پرخاشگرانه اجتناب کرد.

• تصور غلط ۱۰:

بیماران آلزایمری

متوجه وقایعی که در اطراف آنها رخ می‌دهد، نیستند.

▪ حقیقت:

بسیاری از افرادی که به آلزایمر مبتلا هستند، نسبت به تمام وقایعی که در اطراف آنها روی می‌دهد آگاهی دارند، اما عده‌ای نیز با این مسئله مشکل دارند. آلزایمر توانایی برقراری ارتباط و تشخیص وقایع روی داده را از بیماران سلب می‌کند، هر چند روی هر کس تاثیر متفاوتی می‌گذارد. واقعیت این است که بیماران آلزایمری همان انسان‌های سابق هستند و شما باید ملاحظه آنها را کرده و در مقابلشان با احترام رفتار کنید.

منبع : روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=267261>

 Vista.ir
Online Classified Service

ده عادت مهم مخرب مغز

- ۱) عدم مصرف صبحانه : افرادی که صبحانه نمی‌خورند سطح قندخون پائین تری خواهند داشت ، این مسئله منجر به نرسیدن مقدار کافی مواد غذایی به مغز و در نتیجه دژنراسیون (تحلیل یافت) مغز خواهد شد .
- ۲) پرخوری : پرخوری باعث سفتی شریانهای مغزی و در نتیجه منجر به کاهش قدرت مغز می‌شود .
- ۳) دخانیات : مصرف دخانیات باعث چروکیدگی متعدد مغز و در نتیجه بیماری آلزایمر می‌شود .
- ۴) مصرف زیاد قند : مصرف زیاد قند می‌تواند باعث تداخل در جذب پروتئین ها و سایر مواد غذایی و در نتیجه سوء تغذیه شده و باعث اختلال در تکامل مغز شود .
- ۵) آلودگی هوا : مغز بزرگترین عضو مصرف کننده اکسیژن در بدن ما است .



هوای استنشاقی آلوده باعث کاهش اکسیژن رسانی به مغز و در نتیجه کاهش کارایی مغز خواهد شد .



- ۶) کم خوابی : خواب به مغز ما اجازه استراحت می دهد . محرومیت از خواب به مدت طولانی باعث تسریع مرگ سلولهای مغزی می شود .
- ۷) پوشاندن سر هنگام خواب : خوابیدن با سر پوشیده باعث افزایش غلظت دی اکسیدکربن و کاهش غلظت اکسیژن شده که می تواند منجر به اثرات مخرب مغزی شود .
- ۸) کارکردن سخت فکری در طی بیماریها : کار فکری زیاد یا مطالعه در هنگام بیماری منجر به کاهش کارایی مغز و افزایش صدمه به مغز می شود .
- ۹) فقدان تحریک فکری : تفکر بهترین راه تمرین مغز است . فقدان فعالیت فکری می تواند باعث چروکیدگی مغز شود .
- ۱۰) بندرت صحبت کردن : مکالمه هوشمندانه باعث تسریع کارایی مغز می شود .

منبع : ستاره ها

<http://vista.ir/?view=article&id=96068>



رابطه اُتیسْم با غذا...

اُتیسْم یا اوتیسْم معضلی است که ما مرتباً درباره آن چیزی می شنویم. ولی اگر با این بیماری درگیر نباشید ممکن است اطلاع مشخصی درباره آن نداشته باشید. اوتیسْم که تلفظ درست آن اُتیسْم هست یک بیماری مغزی روانی می باشد که باعث معلولیت فکری و روانی می شود. این بیماری اثرات منفی در روابط اجتماعی ، روابط ارتباطی ، رفتاری و علائق دارد. اُتیسْم معضل بسیار معمولی در بچه ها می باشد. متأسفانه آمار درستی از تعداد اطفالی که در ایران به این بیماری در گیر هستند در اختیار این نویسنده نیست ولی این بیماری آنچنان در سطح جهانی معمول هست که به عنوان مثال در کانادا از هر ۲۰۰ بچه یک نفر مبتلای آن می باشد. در ۶ سال گذشته افزایش آن در کشور کانادا ۱۵۰ درصد بوده است. اُتیسْم



طریقی که مغز اطلاعات را پروسه میکند عوض کرده و روی تمام مراحل پیشرفت های انسانی تاثیر می گذارد. اُتیسْم معمولاً در سه سال اول زندگی بروز میکند و این بروز در پسران ۴ مرتبه بیشتر از در دختران میباشد. یکی از مشاهدات جالب در رابطه با اُتیسْم ، ارتباط آن با غذا می باشد. قابل توجه است که والدین بچه های مبتلا به اُتیسْم ، نه اطباء، رابطه بین اُتیسْم و غذا را پیدا کرده اند. البته این رابطه هنوز مورد بحث دست اندران می باشد ولی دلایل زیادی برای صحت این رابطه موجود است. والدین کشف کردند که بعد از خوردن غذا های مخصوصی فرزند آنها که مبتلا به اُتیسْم هستند بدتر می شوند. به این دلیل آنها با دقت به این موضوع توجه کرده و بعد از مشاهدات زیاد به این نتیجه رسیدند که انواع مخصوصی از غذا ها منجمله گندم، جو ، لبنیات ، تخم مرغ و شوکولات برای این بچه ها مضر می باشد. اطفال و بچه های که مبتلا به اُتیسْم هستند در هضم پروتئین هائی مانند گلوتن و کاسین که در دانه جو و مواد لبنیاتی پیدا میشود اشکال دارند.

گلوتن و کاسین در معده ترشح کرده و خود را به سلول های گیرنده آرامش بخش در مغز شخص مبتلا به آتیسیم متصل میکنند و این اتصال اثر معکوس روی عملیات معمولی مغز می گذارد. در کنفرانس شکست آتیسیم؛ در سال ۱۳۸۰ بسیاری از مراکز غذایی که مواد غذایی بدون گلوتن و کاسین آماده میکنند شرکت داشتند و والدین را با مسایلی که گلوتن و کاسین بوجود می آورند آشنا کردند.

در این مرحله سئوالی که پیش می آید اینست که دقیقا گلوتن و کاسین چه هستند. گلوتن یک نوع پروتین هست که در مواد غذایی مانند گندم، گندم سیاه، جو و فراورده های که از جو درست شده به مقدار زیاد وجود دارد. گلوتن در برنج و سیب زمینی وجود ندارد. بدنال رژیم گلوتن بین ۶ تا ۱۲ ماه، بیشتر بچه هائی که مبتلا به آتیسیم بودند پیشرفت خوبی نشان داده اند.

کاسین یک نوع دیگر پروتین هست که در تمام فراورده های لبنیاتی از جمله شیر، کره، ماست، و سر شیر وجود دارد. محققین به این نتیجه رسیده اند که رژیم بدون کاسین برای اطفال مبتلا به آتیسیم بین سن ۲ تا ۴ سال بسیار مفید می باشد. البته رژیم غذای بدون گلوتن و بدون کاسین بسیار مشکل می باشد ولی اثر مثبت آن در بهتر سازی بیماری آتیسیم می تواند بسیار مهم و زیاد باشد. مهم اینست که بیمار را آرام آرام به این رژیم عادت داده و بطور یک باره آنرا شروع نکرد.

• دلایل غذایی:

اطفالی که مبتلا به آتیسیم هستند غالبا گرفتار معضل های معده ای و روده ای مانند سختی در هضم غذا، ازدیاد ناراحتی روده ای و تغییر در مدفوع می باشند. بعلاوه این ناراحتی ها ، کمبود مقاومت بدنی که نتیجه آن آلرژی های محیطی و حساسیت به غذا می باشد معمولا در این کودکان دیده می شود. در این مواقع دستورات دکتر بایستی با دقت به عمل برسد. دستور های معمولی دکتر ممکن است شامل رژیم مخصوص آلرژی، رژیم پروتین و استفاده از ویتامین های مختلف مثل روغن ماهی باشد.

پیشنهاد های غذایی برای اطفال مبتلا به آتیسیم:

(۱) حذف کاسین و گندم از مواد خوارکی

(۲) کاهش در کاربوهایدرت و بالانس قند خون

(۳) ازدیاد در استفاده از تخم کدو ، تخم آفتاب گردان و گردو

(۴) استفاده روزانه کنجد در غذاهای مختلف

(۵) حذف کامل مواد خوارکی که رنگ های شیمیایی دارند و نوشابه های گاز دار رنگی (نوشابه سفید، نوشابه سیاه و یا زرد)

۶ - حذف سوکرالوس (شکر مصنوعی)

با امید اینکه والدین و مدیران سازمانهای کمک به اطفال مبتلا به آتیسیم به این مسایل آشنایی یافته و در بهبودی این کودکان توجه مخصوص به موادی که مورد استفاده غذایی آنان می باشد بنمایند.

<http://vista.ir/?view=article&id=292618>

 **vista.ir**
Online Classified Service

رفع سردرد بدون دارو

بهترین روش مقابله با سردرد، در درجه اول پیشگیری از وخیم شدن آن است. اگر جزء افرادی هستید که اغلب گرفتار سردرد هستید، بهتر است لیستی از تمام غذاهایی که ظرف چند روز یا چند هفته پیاپی خورده اید، تهیه کنید. سپس این لیست را به دقت بررسی کنید تا شاید رابطه ای میان





مصرف غذایی خاص با بروز سردرد در خود بیابید.
خوردن پنیر، شکلات و قهوه با معده خالی می تواند موجب بروز سردرد شود.
همچنین کم آبی ، عدم فعالیت ورزشی و رژیم های سخت در سردرد موثرند.
اما خبر خوش این است که اگر سردردها با عارضه دیگری همراه نباشند، به ندرت نشانه مشکلی جدی هستند. در حقیقت از هر چهار مورد سردرد،

سه مورد در اثر گرفتگی ماهیچه های پشت، گردن و فک به وجود آمده اند.

درمان های تکمیلی اغلب دیدگاهی کلی نگر دارند؛ آنها جسم و ذهن را با هم مورد درمان قرار می دهند و تنها به نشانه های بیرونی اکتفا نمی کنند. این نوع درمان ها را می توان به موازات درمان های دارویی معمول اعمال کرد.

اگر از آن دسته افرادی هستید که معمولاً از سردردهای مکرر رنج می برند، ناامید نشوید. روش های طبیعی متعدد و متنوعی برای تسکین سردرد و یا حتی بهتر از آن، پیشگیری از بروز سردرد وجود دارند که در اینجا به بعضی از آنها اشاره می کنیم:

• آروماتراپی (Aromatherapy)

کلمه "آروماتراپی" به معنای "درمان با بهره گیری از بوی خوش" است. در این روش درمانی از روغن های معطر که منشأ گیاهی و طبیعی دارند و از گیاهان و درخت های گوناگون تهیه می شوند استفاده می شود. این روغن ها روی پوست ماساژ داده می شوند و یا از طریق استنشاق استفاده می شوند و به این طریق سیستم عصبی مربوط به تسکین درد را تحریک می کنند.

روغن اسطوخودوس به طور اخص بر روی سردردها تأثیر گذار است. وان را با آب گرم پر کنید و چند قطره از روغن اسطوخودوس را در آن بریزید و دقایقی در آن بخوابید. این امر از بروز سردرد یا شدیدتر شدن آن جلوگیری می کند. اما اگر دچار سردرد هستید از این روغن برای کمپرس سرد استفاده کنید. پارچه ای را در ظرفی آب سرد که سه تا چهار قطره روغن اسطوخودوس در آن ریخته اید خیس کنید و سپس خوب بفشارید تا آب اضافی آن گرفته شود. با این پارچه شقیقه ها، پیشانی و گردن را پنج دقیقه کمپرس کنید. همچنین می توانید دو قطره روغن اسطوخودوس را در یک نعلبکی کوچک حاوی روغن بادام شیرین یا آفتاب گردان بریزید و با این روغن شقیقه ها را ماساژ دهید.

اگر دچار اضطراب و استرس نیز هستید، روغن نعنا را نیز امتحان کنید.

اگر قصد دارید خودتان در خانه این کار را انجام دهید این روغن ها را پیش از مصرف مستقیم بر روی پوست، با روغن بادام شیرین رقیق کنید.

• درمان گیاهی

بسیاری از داروها حاوی عصاره گیاهان هستند؛ مانند آسپرین که از پوست بید استخراج می شود. اما در درمان های گیاهی، عصاره ها به شکل طبیعی خود و بدون افزودنی های دیگر استفاده می شوند، از این رو به ندرت عوارض جانبی دربر خواهند داشت.

اگر دچار سردردهای میگرنی هستید، خوردن برگ بابونه گاوی به صورت روزانه را امتحان کنید. این گیاه حاوی ماده ای است به نام پارتولید (Parthenolide) که می تواند حملات میگرن را دفع کند.

برای دردهای ناشی از گرفتگی عضلات چای نعنا یا رزماری بنوشید. یک قاشق چای خوری رزماری یا نعنا تازه و یا خشک را در یک فنجان آب جوش بریزید و ۱۰ دقیقه صبر کنید. سپس چای را صاف کرده و سه بار در روز کمی از آن را بنوشید.

• هومیوپاتی (Homeopathy)

هومیوپاتی با تعادل بخشیدن به سیستم انرژی در بدن، ناراحتی های فیزیکی گوناگون را درمان می کند. درمان در این روش عبارت است از: بهره گیری از موادی بسیار رقیق شده که در مقدار زیاد خود، عارضه مورد درمان را تولید می کنند.

بعضی از مفیدترین مواد مورد استفاده برای رفع سردرد عبارتند از: بلادن (برای سردردهای ضربانی)، ریشه یاس زرد (برای سردردهای ناشی از گرفتگی عضلات پیشانی و گردن) و قهوه (برای سردردهایی که با احساس فشار در پیشانی و بی قراری همراه هستند).

• درمان بازتابی (Reflexology)

درمان بازتابی نوعی روش درمانی همراه با ماساژ است که در آن به نقاط خاصی در دست ها یا پاها فشار وارد می شود. اگر چه در این روش تمام دست یا پا ماساژ داده می شود، اما متخصص این شیوه درمانی، توجه بیشتر خود را به نقاطی که با عضو دردناک مرتبط است معطوف می کند.

این فشارها موجب تحریک گردش خون و جریان لنف در بدن شده و پس از دریافت ماساژ احساس تجدید قوا را در فرد ایجاد می کند.

- یوگا

تمرینات یوگا برای آرامش روح، همراه با آسایش بدن طراحی شده اند و حالت و وضعیت بدن را نیز اصلاح می کنند. به ویژه تکنیک الکساندر در یوگا برای اصلاح نحوه قرارگیری بدن که خود می تواند منشاء سردرد باشد، بسیار مفید است.

- هیپنوتیزم

تأثیر هیپنوتیزم در رفع سردردهای ناشی از گرفتگی عضلات به اثبات رسیده است، اما میزان اثرگذاری آن به تأثیر گرفتن فرد از هیپنوتیزم بستگی دارد.

<http://vista.ir/?view=article&id=331525>



رهایی از سردرد

هر چیزی را که تا به امروز از سردردهای میگرنی می دانستید - به جز این که یکی از بدترین گرفتاری های غیرکشنده نوع بشر است- به دور افکنید. لافل، این عقیده فعلی پژوهشگران سردرد است. از عوامل غذایی آغازکننده سردرد گرفته تا علل زمینه پی آن، تمام باورهای دیرپا درباره میگرن به چالش کشیده شده اند.

شاید این هم کافی نبود، که شواهد فزاینده پی به دست آمده حاکی از این که تقریباً دو سوم به اصطلاح سردردهای سینوسی هم در واقع میگرنند. پس عجیب نیست که این همه دارو و نسخه های بی شمار برای تجویز انواع و اقسام آنتی بیوتیک ها، تاکنون نتوانسته اند کوچک ترین رضایتی را در میلیون ها بیمار موجب شوند.

هرچند که این یافته ها هنوز نتوانسته اند شادی و امید را به بیماران بازگردانند، ولی خبرهای خوبی در راهند. هم اکنون، داروهای بسیاری را در اختیار داریم که می توانند در بیشتر بیماران مانع حملات میگرنی شوند یا این که بلافاصله پس از شروع آن را ساقط کنند.

- چه کنیم

درمان میگرن در دو دهه گذشته راهی طولانی را پشت سر گذاشته و کسانی که می دانند میگرن دارند یا مظنون به ابتلا به این بیماری هستند، قاعدتاً تاکنون سری به متخصص

نورولوژیست زده اند تا هم از تشخیص بیماری مطمئن شوند و هم این که بهترین درمان ممکن را دریافت کنند.

بررسی ها نشان داده اند که تنها حدود نیمی از کسانی که مبتلا به میگرن «کلاسیک» هستند، از مزایای دستاوردهای پزشکی مدرن برخوردارند. اگر کسانی را هم که تصور می شود دچار سردرد سینوسی هستند، به این جمع اضافه کنیم، شمار میگرنی هایی را که تحت درمان کافی قرار نمی گیرند، به آسانی می توان دو برابر کرد.

سازمان جهانی بهداشت، میگرن را جزء ناتوان کننده ترین بیماری ها طبقه بندی کرده است. حدود ۲۸ میلیون امریکایی از میگرن شدید رنج می برند، که موقتاً آنها را از کار و زندگی و تفریح روزمره باز می دارد. میلیون ها تن دیگر نیز از اشکال ملایم تر بیماری رنج می برند. بار زیان مالی آن در عرصه تولید سالانه ۱۲ میلیارد دلار است که یک میلیارد دلار هزینه های درمان را نیز باید به آن اضافه کرد.



میگرن بیشتر از یک سردرد ساده است. درد ضربانی میگرن که به طور معمول در یک طرف سر پیش می آید، اغلب با تهوع، استفراغ و حساسیت بیش از اندازه به نور و صدا همراه است. به طور کلی، بیماران حال خوشی ندارند.

بیماری، ممکن است با علائم احساس پری در بینی، تاری دید، اسهال، قولنج های شکمی، احساس سرما یا گرمای غیرطبیعی، اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری و عدم تمرکز ذهنی همراه باشد.

بدون درمان موثر، بیمارانی که دچار علائم شدیدند، حتی قادر به انجام ساده ترین کارها نیستند و ناچارند تا پایان حملات در بستر باقی بمانند. پس از آن، بیماران اغلب احساس خستگی، تحریک پذیری یا افسردگی می کنند، هر چند که برخی نیز احساسی از سرخوشی یا انرژی غیرطبیعی دارند. در حدود ۴ درصد کودکان در سنین قبل از بلوغ دچار میگرن هستند.

پس از بلوغ، این میزان به ۶ درصد در نوجوانان مذکر و ۱۸ درصد در نوجوانان مونث افزایش یافته و پس از ۴۰ سالگی به تدریج رو به کاهش می گذارد. موارد بیشتر بیماری در خانم ها، با سطح استروژن در خون آنها رابطه دارد؛ افت استروژن درست پیش از قاعدگی مسبب بروز میگرن های قاعدگی است، که شدیدتر و طولانی تر از سایر اشکال آنند.

خود من از ۱۱ سالگی تا یائسگی، مرتباً از چنین میگرن هایی رنج برده ام. حاملگی، که سطح استروژن را بسیار بالا می برد، تنها زمان استراحت من بود، تا آن که یائسگی به تمام نوسانات استروژن پایان داد. گرچه از دیرباز، میگرن را جزء سردردهای عروقی اولیه و حاصل انقباض و سپس انبساط عروق خونی سر می پنداشتند، ولی اکنون معلوم شده که میگرن در واقع از تغییر فعالیت های اعصاب مغز و آزاد شدن پپتیدهای التهابی عصبی که به نوبه خود عروق خونی را تنگ می کنند، حاصل می شود. سردرد، اغلب، پیش از گشاد شدن این عروق شروع می شود. پپتیدهای التهابی رشته های عصبی را حساس می کنند که سپس به محرک های مضر مانند ضربان های عروق خونی پاسخ داده، موجب درد میگرنی می شوند.

در برخی از مردم، پیش از شروع سردرد علائم بینایی، حسی یا حرکتی (اورا) توسط بیمار احساس می شوند که کمتر از یک ساعت به طول می انجامند. اینها شامل مشاهده نور یا جرقه های نوری درخشان، بی حسی پوست سر، سرگیجه و ناتوانی در سخن گفتن هستند. طبق یافته هایی که ماه گذشته در مجله انجمن طب داخلی آمریکا منتشر شد کسانی که چنین علائمی دارند، دو برابر دیگران در معرض خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی هستند.

گاه، میگرن در داخل خانواده ها می چرخد، که عامل این نوع میگرن را می توان در جهش های صورت گرفته در یکی دو ژن جست و جو کرد. گرچه میگرن کلاسیک به روشنی قابل تشخیص است، ولی بسیار پیش می آید که میگرن را به اشتباه جزء سردردهای سینوسی یا عصبی (احتمالاً به دلیل وجود پرخونی در بینی، فشار یا درد در پیشانی یا پایین دو چشم و احساس ناراحتی در دو طرف صورت) می پندارند.

• تشخیص صحیح

در مطالعه دکتر «اریک اروس»، معلوم شد که در واقع ۹۰ تن از یکصد بیماری که سردرد خود را سینوسی می پنداشتند، دچار میگرن بودند. این بیماران برای رسیدن به تشخیص صحیح، به طور متوسط چهار بار به پزشک مراجعه کرده بودند. نه آکادمی آلرژی، آسم و ایمن شناسی آمریکا و نه آکادمی گوش و گلو و بینی آمریکا، چیزی را به عنوان «سردرد سینوسی» قبول ندارند؛ البته، گاه سردرد در پی عفونت های سینوس ها پیش می آید.

از دیرباز به مبتلایان میگرن توصیه شده از خوردن برخی از غذاها، مانند شکلات، الکل (به ویژه شراب قرمز) و پنیر مانده، که تصور می شد موجب بروز حملات میگرنی می شوند، پرهیز کنند. ولی شواهد به نفع این عقیده بسیار اندکند. علل شایع تر عبارتند از استرس (مثبت یا منفی)، تغییرات آب و هوا، قطع یکباره استروژن، خستگی و اشکالات خواب (و هم از این رو، شاید به همراه الکل، که موجب بی خوابی می شود) و نیز استفاده بیش از اندازه از مسکن های رایج.

• یافتن علت

یک راه برای این که دریابیم چه چیزی سردرد را شروع می کند، ثبت موارد بروز در تقویم و توجه به غذاهایی است که پیش از آن خورده بودیم یا شرایط و احوال درست پیش از بروز سردرد. اگر خانمی در سنین باروری هستید، مراحل قاعدگی خود را ثبت کنید. در صورت لزوم، برای مشخص کردن مورد خاصی در رژیم غذایی تان که ممکن است موجب سردرد شود، سعی کنید رژیم مزبور را قطع و سپس یکی یکی غذاها را به رژیم خود اضافه کنید. یکی از دوستان با همین شیوه پی برد که میگرنش با مصرف ذرت یا فرآورده های ذرت شروع می شود.

پیشگیری ها و درمان ها بسیارند. اگر یکی موثر واقع نشد، دیگری را امتحان کنید. اگر موارد حملات میگرن شما چندان زیاد نیستند، استفاده از دارویی در رده تریپتان ها در ابتدای شروع سردرد معمولاً آن را برطرف کرده یا از شدت و مدت آن می کاهد. بهترین درمان برای میگرن های مکرر، پیشگیری با داروهایی چون تریپتان یا داروهای شبه افیونی - و احتمالاً مخلوطی از آسپیرین، آمفتامین و کافئین برای تسکین سردرد های ناگهانی و سرسخت- است.

موثرترین داروهای موجود برای پیشگیری، ضدافسردگی های سه حلقه یی، بتابلاکرها مانند پروپرانولول و داروهای ضدصرع مانند گاباپنتین هستند. برخی از مردم با درمان relaxation، بازخورد زیستی یا درمان استرس وضع بهتری پیدا می کنند. چندین مطالعه خوب، اضافه کردن ریبوفلاوین (ویتامین B روزانه ۴۰۰ میلی گرم) یا نوعی داروی گیاهی برگرفته از گیاهی به نام ۵۰ Petasite تا ۷۵ میلی گرم و دو بار در روز) را مفید دانسته اند.

شاید مهم ترین چیزی که موجب تسکین بیمار است، مشاهده پزشکی باشد که تجربه زیادی در تشخیص و درمان میگرن دارد. کسان بسیاری هستند که در این موضوع دخالت می کنند و اغلب به خاطر استفاده بیش از اندازه و سرخود داروها، مشکل را دوچندان می سازند. ممکن هم هست که با پزشکی که بتواند کمکی به شما کند برخورد نکرده و نهایتاً به این نتیجه رسیده باشید که کسی پیدا نمی شود که به شما کمک کند.

شاید چند سال پیش چنین بود، ولی اکنون درمان های جدید بسیاری وجود دارند و مهم تر از آن درک بسیار بهتری است از بیماری میگرن، که در این سال ها حاصل شده و امتحانش ضرری ندارد.

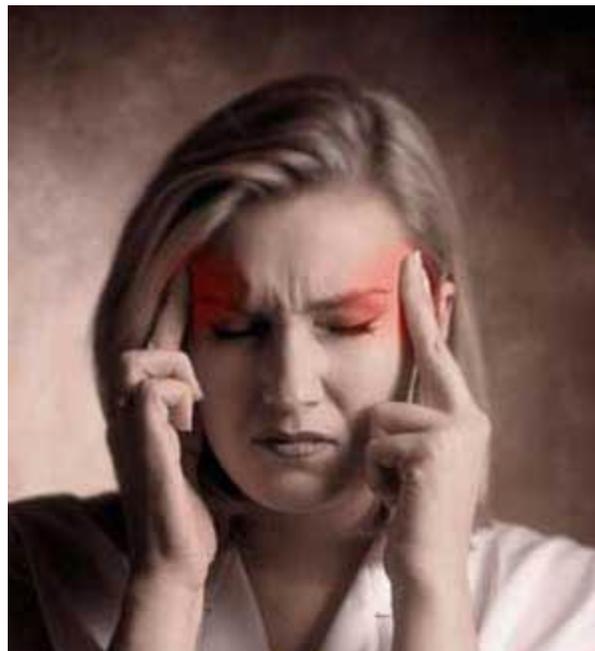
منبع : روزنامه شرق

<http://vista.ir/?view=article&id=260470>

 Vista.ir
Online Classified Service

زنان و میگرن

سر ددی بسیار دردناک و کور کننده را تصور کنید که آنقدر شما را نا متعادل می کند که حتی نمی توانید رانندگی کنید . گاهی در ماه، یک، دو یا حتی سه بار به محل کار خود نمی روید . بیرون از رختخواب برای آماده کردن غذا یا آرام کردن گریه ی بچه ، به سختی تلو تلو می خورید
میگرن سر ددی نا توان کننده است که به طور مکرر همراه تهوع، استفراغ و حساسیت بسیار شدید به نور و صدا اتفاق می افتد.
هرچند که میگرن در مردان هم وجود دارد ، اما احتمال آن در زنان تا سه برابر بیشتر است که معمولاً اولین سر دردشان را بین ۱۵ تا ۲۵ سالگی تجربه می کنند . اوج شیوع میگرن در زنان بین ۲۵ تا ۴۵ سالگی است . دوره ای که بسیاری از زنان در حال رسیدگی و پرورش خانواده و سامان بخشیدن به کار و حرفه ی خود هستند .
بنابراین تعجب آور نیست که بسیاری از آنها می گویندکه سردرد هایشان در





توانایی آنها برای کارمند ، والدین یا همسر خوب بودن اختلال ایجاد می کند

میگرن را نمی توان معالجه کرد ، اما میتوان آن را کنترل کرد. در اینجا شما

می توانید بیشتر در مورد اینکه چرا زن بودن ، شما را با خطر بیشتری (سردردهای میگرنی) مواجه می کند مطالبی را بیاموزید و اینکه چه کاری می توانید انجام بدهید تا درد کاهش یابد.

▪ چرادر زنان احتمال بیشتری وجود دارد که دچار میگرن شوند؟

محققان مطمئن نیستند ، اما ممکن است این امر بستگی به بخشی از تغییرات طبیعی هورمون استروژن داشته باشد که اثر فوق العاده بر بسیاری از مواد شیمیایی مغز دارد که به درد مربوط می شوند .

- نشانه: اکثر زنان میگرن را در طول هر ترشح بیش از هورمونی بین زمان بلوغ و قطع پرئودتجربه می کنند . در حدود دوسوم ، کاهش شگرفی را در میگرن بعد از قطع پرئود تجربه می کنند . اما بسیاری از عوامل محرک دیگری هم برای میگرن وجود دارد ، از خوردن غذاهای خاص گرفته (شکلات، کافئین، پنیر کهنه) در جمع بودن تا استرس.

در زنان احتمال بیشتری نسبت به مردان وجود دارد که به آنچه که (نقش چند گانه فشار عصبی) می نامیم دچار بشوند . این امر نتیجه ایجاد توازن بین مسوولیت های آنها به عنوان مادر ، همسر،شغل و حرفه ، خانه داری و اغلب مراقبت و پرستاری از اقوام پیرتر است .((مرل دایموند))، محقق در این باره می گوید : زنان همچنین تعداد زیادی وظایف چند گانه را انجام می دهند و زمان کافی برای خوردن مناسب ، ورزش یا مراقبت از خود صرف نمی کنند ، درست چیزهایی که می توانند از میگرن جلوگیری کنند .

_ برای سر درد چه کارهایی می توانیم انجام بدهیم؟تعداد درمان موثر برای میگرن زنان وجود دارد ، شامل: داروهای که نیاز به تجویز پزشک ندارند، داروهای تجویزی ، هورمون در مانی و تکنیک های مهار و کنترل فشار عصبی .

در اولین گام شما باید درباره ی نوع سردرد خود با یک متخصص با صلاحیت حرف بزنید . دکتر های خانوادگی ، دکتر های زنان و زایمان ، متخصص طب داخلی و متخصص عصب شناسی فقط تعداد کمی از افراد مجربی هستند که میگرن را درمان می کنند.

طبق گفته ی ((دایموند)) این سه وضعیت پرچم های قرمزی هستند که با دیدن آنها شما باید به مطب دکترتان بروید .

▪ سر درد های شما زندگی تان را مختل می کند و موجب می شوند در کار ، فعالیت های لذت بخش و... اشتباه کنید.

- خوردن بیش از دوبار در هفته از داروهای که بدون تجویز و نسخه پزشک مصرف می شوند .

- داروهای فعلی میگرن به طور کامل درد و سایر نشانه ها را از بین نمی برد.

دکتر دایموند می گوید: شما باید به فاصله ی یک یا دو ساعت بعد از خوردن دارو دردی نداشته باشید . با دکتر خود در ارتباط باشید تا اینکه کاملاً آرام شوید . شما ممکن است نیاز به تغییر دوز دارو یا تغییر خود دارو داشته باشید .

مادر من میگرن داشت من هم همینطور، آیا من آن را به فرزندم انتقال می دهم؟

لزوما اینطور نیست ، اما از هر پنج نفری که میگرن دارند چهار نفر دارای تاریخچه ی خانوادگی هستند . اگر شما و همسرتان هر دو میگرن دارید شانس ابتلای فرزندتان در حدود ۷۵ درصد است، اما اگر یکی از شما از این امر رنج می برد خطر ابتلای آنها تا ۵۰ در صد کاهش می یابد .

• میگرن فقط یک سردرد نیست

محققان امروز معتقدند که میگرن یکی از انواع بیماری است که با سردرد و سایر نشانه های عصب شناسی و گوارشی متمایز شده و از یک اشتباه شیمیایی عصب در مغز ناشی می شود. مغز همچنین مواد شیمیایی را که رگهای خونی را گشاد می کند کاهش می دهد، انتهای عصب را تحریک می کند و سبب ایجاد مشکلاتی مثل تهوع و استفراغ می شود.

تغییر در شکل زندگی ، می تواند کمک کننده باشد

▪ ورزش متعادل سه بار در هفته به مدت ۴۰ تا ۳۰ دقیقه . این امر با تولید آندروفین های مسکن درد به کاهش و تخفیف سردرد کمک می کند .

▪ هرگز غذا خوردن را حذف نکنید چرا که این امر در برخی افراد می تواند ایجاد سردرد کند .

▪ با نوشیدن ۸ تا ۱۰ لیوان آب در روز هیدراته بمانید .

▪ الگوی خواب منظمی داشته باشید. برخاستن و خوابیدن در ساعات مختلف و بی خوابی با سردرد در ارتباط هستند.

• نقش مواد غذایی در سردردهای میگرنی

میگرنی ها با پنیر و شکلات و قهوه میانه خوبی ندارند چرا که مدتی پس از مصرف این مواد غذایی، سردرد های ضریان دار و شدیدی را تحمل می کنند که روزگار راپیش چشمانشان سیاه می کند. اما لیست سیاه این بیماران در دنیای خوراکیها متأسفانه به همین سه قلم محدود نمی شود . گندم،جو،ذرت،بادام زمینی،سویا ،گوشت(هات داگ)، شیر،مشروبات الکلی ،پرتقال،تخم مرغو ماهی نیز می توانند موتور یک حمله می گرنی را روشن کنند. به هر حال این روزها با قوت گرفتن این فرضیه که میگرن یک واکنش حساسیت تاخیری از نوع آلرژی غذایی است،بسیاری از پزشکان تصریح می کنند که اصلاح رژیم غذایی،میزان اثر بخشی داروهای میگرنی را به نحو چشمگیری افزایش خواهد داد.

• قبض و بسط عروق مغزی

میگرن یک سردرد عروقی است که به دنبال انقباض و انبساط عروق مغزی اتفاق می افتد. اگرچه جزئیات مکانیسم بروز این سردرد همچنان نا معلوم مانده اما در حال حاضر نظریه غالب این است که برخی محرکهای غذایی، هورمونی و هیجانی می توانند با تاثیر بر دیواره عروق مغزی منجر به بروز یک واکنش عروقی شوند. این واکنش در مرحله نخست به صورت تنگ شدن رگهای مغزی ظاهر می کند و نتیجه اش این است که خونرسانی به نسج مغز کاهش یافته و علائمی مانند اختلالات بینایی و برق زدن چشم بیمار بروز می کند. در مرحله دوم نیز رگهای مغزی بصورت واکنشی گشاد می شوند و البته در همین مرحله است که سردردهای شدید میگرنی ظاهر می شوند.

• واکنش حساسیت تاخیری

"بعضی شبها با یک سردرد شدید از خواب می پریم و حمله ام شروع می شود." این شکایت بسیاری از میگرنی ها ست . البته مبتلایان به بیماری آسم هم از مشکل مشابهی گله دارند:" بروز حملات تنگی نفس در خواب و بیدار شدن و مواجه شدن با یک حمله آسماتیک."حقیقت این است که بیماری های آلژیکی مانند آسم و میگرن در دو موقع از شبانه روز اوج می گیرند :

- یکی غروب و دیگری پس از نیمه شب یعنی حوالی ساعت ۲ صبح. تغییرات هورمونی زنانه در هفته پیش از قاعدگی نیز بهانه مناسبی برای این بیماریهاست که خود را با شدت بیشتری به بیمار تحمیل کنند. این بیماریها (بیماریهای ناشی از واکنش حساسیت تاخیری) گروه بزرگی از بیماریها را در بر می گیرند که برخی از شاخص ترین آنها عبارتند از:

آسم، آلرژی، ام اس، بیماریهای روماتیسمی، دیابت، پسروریزیس و میگرن. آلرژی های غذایی یک زیر مجموعه از این بیماریها هستند که به عقیده برخی پزشکان ،میگرن را هم باید در همین گروه طبقه بندی کرد. شاید بیماری سلیاک، یا همان بیماری حساسیت به گندم، برترین نمونه از آلرژی های غذایی باشد که البته اصلاح رژیم غذایی، خط اول درمان آن محسوب می شود. طبق آمار منتشر شده بیش از یکصد میلیون نفر در آمریکا و کانادا از انواع خفیف تا شدید آلرژی های غذایی رنج می برند و اصلاح رژیم غذایی این بیماران ، اولین قدم در درمان آنها به حساب می آید.

• دارو درمانی و رژیم درمانی

نسخه های قدیمی که برای درمان میگرن نوشته می شد پر بود از داروهای آرامبخش ، ضد درد و شل کننده های عضلانی : ارگوتامین، استامینوفن، آسپرین(و سایر ضد التهابهای غیر استروئیدی)، کدئین و سوماترپیان. اما این داروها با وجود اثر بخشی ،دو ایراد داشتند :

- اول اینکه بیمار را به خود وابسته می کردند

- دوم اینکه قادر نبودند تواتر بروز این سردردها را کاهش دهند.کم کم به نسخه های قدیمی ، داروهای دیگری هم اضافه شدند که در بروز حملات میگرنی نقش پیشگیرانه ایفا می کنند. برخی از مطرحترین داروهای این رده عبارت بودند (و هستند) از:

پروپرانولول، وراپامیل، آمی تر پیتیلین و والپرووات سدیم. بدیهی است که هر کدام از داروهای دسته اول و دوم باید بر مبنای صلاح دید پزشک و با در نظر گرفتن تمام شرایط بیمار ،تجویز شوند. اما رفته رفته با قوت گرفتن این فرضیه که میگرن یک واکنش حساسیت تاخیری از نوع آلژی غذایی است، بسیاری از پزشکان اذعان کردند که رژیم درمانی بخش مهمی از درمان بیماران میگرنی محسوب می شود و علاوه بر ارزش درمانی مستقل ، تاثیر دارو درمانی را نیز افزایش می دهد. آزمایشات متعددی نیز این را تایید کرد که حذف غذاهای محرکی که در لیست سیاه غذاهای میگرنی قرار می گیرد، تاثیر فوق العاده ای در درمان این بیماران خواهد گذاشت. حالا دیگر همه می دانند که در لیست سیاه خوراکی های مبتلایان میگرن، نام چه اقلامی را نباید از قلم انداخت، پنیر ، شکلات، قهوه،گوشت(هات داگ)، سویا ، شیر، مشروبات الکلی ، بادام زمینی، تخم مرغ،گندم، جو، ذرت، پرتقال و ماهی.

زندگی در مجاورت مرگ

اصطلاحاتی نظیر بی‌هوشی، کما، مرگ مغزی و حالت نباتی را زیاد شنیده‌اید اما مسلماً تعریف دقیق این واژه‌ها را نمی‌دانید. این حالات سطوح مختلف هوشیاری هستند که در شرایط خاص برای بیماران اتفاق می‌افتند. این وضعیت‌ها برای خود بیمار و اطرافیان خوشایند نیستند، چرا که در بسیاری از موارد اطرافیان در حالت بلا تکلیفی قرار می‌گیرند که بالاخره وضعیت بیمارشان چه‌طور خواهد شد؟ متأسفانه در این شرایط حتی گاهی اوقات پزشکان هم نمی‌دانند که باید با بیمار چه کار کرد و وضعیت نهایی او چگونه خواهد بود؟

هوشیاری در اصل وقوف فرد به زمان، مکان و اشخاص اطراف است اما در واقع طیف گسترده‌ای را در برمی‌گیرد. در يك سوی طیف، هوشیاری کامل است که در آن فرد به تمام جوانب آگاهی دارد اما سر دیگر طیف، عدم هوشیاری کامل است.



فردی که دچار افت سطح هوشیاری می‌شود ممکن است هوشیاری خود

را تنها برای چند لحظه از دست بدهد یا اینکه برای ساعت‌ها، روزها و حتی هفته‌ها و ماه‌ها در این حالت باقی بماند. به‌طور مثال حتماً با این صحنه زیاد مواجه شده‌اید که یکی از اطرافیان (و مخصوصاً يك خانم) دچار غش (یا در اصطلاح پزشکی، همان سنکوپ) شود.

سنکوپ يك افت موقتی و گذرای هوشیاری است که معمولاً بیش از چند ثانیه تا چند دقیقه طول نمی‌کشد. علت این مساله هم قطع موقت خون‌رسانی به مغز است. پس از بازگشت جریان خون به مغز سطح هوشیاری و عملکرد مغز هم به حالت عادی برمی‌گردد اما حالاتی نیز وجود دارند که در آنها سطح هوشیاری برای مدتی طولانی‌تر مختل باقی می‌ماند که از آن میان کما، مرگ مغزی و حالت نباتی مشهورتر از بقیه هستند.

• کما

کما حالتی است که بیمار هوشیاری خود را تا حد زیادی از دست داده و دیگر قادر به پاسخگویی به محرک‌ها و تحریکات خارجی نیست. در اصل، در این حالت بیمار نمی‌تواند به هیچ طریقی با محیط خارج ارتباط برقرار کند. کما معمولاً با آسیب وسیع مغز و یا آسیب بخش‌هایی از ساقه مغز که وظیفه حفظ هوشیاری را برعهده دارند، همراه است.

علل متفاوتی برای بروز این حالت وجود دارد که شاید از مهم‌ترین و شایع‌ترین آنها بتوان این موارد را مثال زد: خون‌ریزی‌های مغزی، قطع طولانی‌مدت خون‌رسانی به مغز به حدی که باعث سکتة مناطقی از مغز شود، آسبه‌ها، ضربات و آسیب‌دیدگی‌های مغزی، تومورهای پیشرفته، التهاب و عفونت شدید پرده‌های اطراف مغز (مننژیت)، التهاب و عفونت نسج مغز (انسفالیت)، مصرف بیش از حد کنترل‌کننده داروهای که سطح هوشیاری را پایین می‌آورند (نظیر مواد مخدر، داروهای ضد صرع، الکل، داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش)، افت شدید قند خون و یا افزایش بیش از حد آن، کم‌کاری بسیار شدید عملکرد تیروئید، نارسایی وخیم عملکرد کلیه و کبد و حتی در موارد نادر، کمبود ویتامین‌هایی مثل ویتامین B1. مهم‌ترین مساله در درمان این بیماران تشخیص علت زمینه‌ای است. پزشکان در وهله اول از معاینه بیمار و انجام پرسش و پاسخ‌های خاص درباره وضعیت

قبلی سلامتی بیمار، بیماری‌های زمینه‌ای و نیز داروهای مصرفی شروع می‌کنند.

سعی کنید در این مرحله تمام اطلاعات لازم را به درستی در اختیار پزشکان قرار دهید. اگر در مورد خاص شك دارید، حتما پزشك را از عدم قطعیت اطلاعات خود باخبر کنید. با توجه به اینکه خود بیمار بی‌هوش است و در اطلاع‌رسانی کمک نمی‌کند، شما همراهان بیمار یکی از مهم‌ترین منابع اطلاعاتی پزشکان محسوب خواهید شد. البته پزشکان چندان دست و پا بسته هم نیستند. روش‌های معاینه مختلفی برای بررسی این بیماران وجود دارد.

به‌طور مثال می‌توان از وضعیت عملکرد و واکنش مردمک‌های چشم این بیماران، حرکات دست و پا، واکنش آنها نسبت به درد و محرک‌های دردآور و بسیاری دیگر از نشانه‌های پزشکی که در يك فرد عادی وجود داشته باشند، اطلاعات مفیدی درباره شدت افت سطح هوشیاری و نیز علل زمینه‌ساز به‌دست آورد. در نهایت روش‌های تصویربرداری از مغز مثل سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی و روش‌های پزشکی هسته‌ای می‌توانند اطلاعات پزشك را کامل کنند.

گاهی اوقات عامل زمینه‌ای قابل برطرف شدن است. به‌طور مثال، اگر پزشك دریابد که افت سطح هوشیاری بیمار به علت کاهش یا افزایش قند خون است، می‌توان با تجویز قند یا انسولین، مشکل را برطرف کرد. کم‌کاری شدید تیروئید، کمبود برخی ویتامین‌ها، مننژیت‌های عفونی، مسمومیت‌های دارویی و غیره هم تا حدودی قابل درمان هستند، به ویژه اگر بیمار زود به مراکز پزشکی انتقال داده شود. اما گاهی اوقات نمی‌توان برای بیمار کار خاصی کرد. در این شرایط بیمار را باید در بخش مراقبت‌های ویژه (یا همان آی.سی.یو) نگهداری کرد تا در آنجا مراقبت‌های کامل از بیمار صورت گیرد.

سپس باید منتظر شد و پاسخ بدن بیمار به روندهای درمانی و قدرت ترمیم آن را دید. در این بخش‌ها امکانات کاملی برای حفظ و کنترل راه هوایی، تنفس، ضربان قلب، اکسیژن خون و سطح هوشیاری وجود دارد. مراقبت‌هایی که در این بخش از بیماران صورت می‌گیرد، در هیچ جای دیگری قابل انجام نیست. با این حال، مشکل اصلی، هزینه سنگین نگهداری از بیماران در این بخش‌هاست.

• نکات طلایی

اگر با بیماری که دچار افت سطح هوشیاری شده است برخورد کردید، حتما موارد زیر را رعایت کنید که احتمالا بسیار کمک‌کننده خواهد بود:

۱) قبل از هر کاری و طرف تنها چند ثانیه اطرافیان را باخبر کنید.

سعی کنید در این موارد تنها نباشید. به ویژه سعی کنید از افرادی که در این زمینه، تجربه و آموزش دیده‌اند، کمک بگیرید. به هر حال توجه داشته باشید که در این شرایط، ثانیه‌ها هم ارزشمند هستند. حتما باید یکی از اطرافیان، هرچه سریع‌تر اورژانس را با اطلاع کند.

۲) حتما درباره اقدامات حمایتی اولیه مطالبی را شنیده‌اید.

مرحله اول، کنترل مجاری هوایی است. اگر مجاری هوایی بیمار مسدود شده‌اند، آنها را باز کنید. تنفس بیمار باید برقرار شود و جریان خون نیز وجود داشته باشد. درباره شیوه کنترل و برقراری این موارد، بارها در همین هفته‌نامه به‌طور مفصل توضیح داده‌ایم.

۳) سعی کنید خونسردی خود را حفظ کنید و دور و اطراف بیمار را شلوغ نکنید.

۴) سعی نکنید بیمار را در حالت نشسته یا ایستاده نگه دارید.

وضعیت خوابیده (به‌ویژه وضعیت خوابیده به پهلو) می‌تواند برای بیمار مناسب‌تر باشد. اگر بیمار دچار ضربه یا سقوط از ارتفاع شده است، مراقب باشید که به او حرکت‌های ناگهانی وارد نکنید چرا که باعث آسیب نخاع خواهد شد. تکان دادن و جابه‌جا کردن این بیماران باید با رعایت اصول خاصی صورت گیرد.

• حالت نباتی

حالت نباتی به وضعیتی می‌گویند که در آن بیمار از خود و نیز از محرک‌های بیرونی ناآگاه و بی‌اطلاع است. عملکردهایی مثل ضربان قلب، تنفس، فشارخون و غیره که در اصطلاح پزشکی به عملکردهای خودکار یا خودمختار بدن معروفند، در این فرد به‌طور عادی وجود دارد اما او هیچ‌گونه فعالیت مغزی خاصی ندارد. فرد بیمار هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری با محیط بیرون و اطرافیان برقرار نمی‌کند.

اگر این وضعیت بیش از يك ماه به طول بینجامد، به آن وضعیت نباتی پایدار می‌گویند که تقریبا می‌توان گفت احتمال بازگشت به حالت عادی بسیار ضعیف است. اما به هر حال موارد بسیاری هم بوده‌اند که حتی ماه‌ها پس از وقوع این وضعیت، با پیگیری و انجام مراقبت‌های کافی به حالت عادی بازگشته‌اند.

• مرگ مغزی

مرگ مغزی به حالتی گفته می‌شود که در آن قطع برگشت‌ناپذیر تمام عملکردهای مغزی صورت گرفته باشد. برای رسیدن به این تشخیص، پزشکان باید علتی را بیابند که باعث این قطع کامل فعالیت‌های مغز شده باشد. در این حالت بیمار به هیچ‌یک از محرک‌های خارجی پاسخ نمی‌دهد. اندام‌هایش شل است، پلك نمی‌زند و در نوار مغز هم هیچ‌گونه شواهدی از عملکرد الکترونیکی مغز دیده نمی‌شود. یکی از روش‌های مهم برای اثبات این تشخیص، استفاده از روش‌های پزشکی هسته‌ای است که اثبات می‌کنند جریان خونی به سمت مغز وجود ندارد. هیچ‌گاه نمی‌توان به محض برخورد با چنین بیمارانی فوراً تشخیص مرگ مغزی را گذاشت، بلکه حداقل برای چندین ساعت باید این بیمار را تحت نظر قرار داد تا مطمئن شد که عملکرد مغزی در وی بازمی‌گردد. متأسفانه حالاتی نظیر سرمازدگی شدید و یا مسمومیت با داروهای ضد صرع می‌تواند علائمی شبیه مرگ مغزی ایجاد کند که پزشکان سعی می‌کنند از نبود این حالات مطمئن شوند. بسیاری از خانواده‌های افراد مبتلا به مرگ مغزی با توجه به اطلاع از وضعیت بیمارشان و نیز اطمینان از اینکه بیمار دیگر جان دوباره نخواهد یافت، اقدام به اهدای اعضای این بیماران به بیماران و افراد نیازمند می‌کنند. این وضعیت را طی سال‌های اخیر در کشورمان زیاد دیده‌ایم که کار بسیار نیکوکارانه و خداپسندانه‌ای است.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=248171>



زوال عقل (دمانس)

زوال عقل (دمانس) عبارت است از: اختلال ذهنی ناشی از انواع مختلفی از بیماری‌ها که باعث زوال مغز و از دست رفتن توانایی‌های روانی می‌شوند. در حال حاضر ۶ درصد از جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا از دمانس رنج می‌برند، این اختلالات شناختی عمدتاً در افراد سالمند مشاهده می‌شود. بر اساس این گزارش، فراموشی، رفتار پیش‌بینی‌ناپذیر و گاهی خشونت آمیز، گیجی، از دست دادن علاقه به انجام فعالیت‌های طبیعی، مشکل در شناسایی موقعیت مکانی یا اشخاص خصوصاً در شب، نامناسب بودن بهداشت شخصی و ظاهر، افسردگی، اختلالات خواب، اشکال در



قضاوت و بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع (در مراحل انتهایی) از مهم‌ترین علائم شایع این بیماری به شمار می‌روند.

علل

۱ استحاله یا از دست رفتن ماده خاکستری مغز به علت بیماری آلزایمر

۲ خون‌رسانی ناکافی به مغز به علت لخته خونی، سکته مغزی، بالا بودن فشار خون یا تصلب شرایین

۳ آسیب شدید یا مکرر به سر (مثلاً در اثر بوکس)

۴ تومور مغزی

۵ ایدز، بیماری پارکینسون و برخی از اختلالات ارثی.

زوال عقل ثانویه ناشی از کم‌کاری تیروئید، سیفلیس، هیدروسفالی (جمع شدن مایع در مجاری وسط مغز)، کمبود ویتامین ب و مصرف بعضی از داروهاست. در این گونه موارد، امکان دارد زوال عقل با درمان، قابل برگشت باشد.

پیشگیری

- در مورد بیماری های زمینه ای باید درمان مناسب انجام شود.
 - خود را در برابر آسیب به سر محافظت کنید. در اتومبیل کمربند ایمنی را ببندید. به هنگام راندن دوچرخه، موتورسیکلت، و ورزش های پربرخورد از کلاه ایمنی استفاده کنید.
 - برای پیشگیری از آتروسکلروز (تصلب شرائین) سیگار نکشید، چربی کمتر بخورید، ورزش کنید و استرس خود را کم کنید.
 - این بیماری در حال حاضر علاج ناپذیر است، مصرف داروها ممکن است از بدتر شدن بیماری جلوگیری کند، اما نمی تواند آن مقدار از توانایی مغز را که از دست رفته دوباره برگرداند.
 - کمکی که اعضای خانواده می توانند به بیمار بکنند:
 - تغییرات رفتاری اولیه را متوجه شوند و سریعاً به پزشک اطلاع دهند
 - برای بیمار یادآمدهایی مثل ساعت، تقویم روزانه یا برجسب اسامی فراهم کنند. به بهداشت وی کمک کنید.
- مریم غفاری

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=14768>

 Vista.ir
Online Classified Service

سالانه ۲۰ هزار نوجوان و جوان ایرانی به اسکیزوفرنی مبتلا می‌شوند

اسکیزوفرنی یا اسکیزوفرنیا شایع‌ترین نوع روان‌پریشی است که در صورت کم‌توجهی می‌تواند تبدیل به یک بیماری ناتوان‌کننده صعب‌العلاج با عوارض ناخوشایند و خطرناک شود و در صورت توجه شایسته، تبدیل به یک بیماری قابل کنترل گردد که فرد مبتلا می‌تواند به زندگی عادی و رضایت‌بخش پیشین بازگردد. برای آشنایی بیشتر با بیماران اسکیزوفرن به سراغ دکتر فرید فدایی، روان‌پزشک و مدیر گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی رفتیم تا با این بیماری شایع بیشتر آشنا شویم...

▪ ابتدا بفرمایید اسکیزوفرنیا چیست؟



- اسکیزوفرنیا یک بیماری واحد نیست بلکه گروهی از بیماری‌ها با سبب‌شناسی، سیر و سرانجام متفاوت است که به علت نشانه‌های مشترک بالینی تحت یک عنوان نامیده می‌شوند. این نشانه‌های متفاوت مربوط به حوزه‌های اندیشه، عاطفه، ادراک و رفتار است. هوش و قوای شناختی به طور نسبی کمتر دچار نارسایی می‌شود. اسکیزوفرنیا نمونه اصلی روان‌پریشی‌ها را تشکیل می‌دهد.

▪ و تعریف روان‌پریشی؟

- روان‌پریشی‌ها گروهی از ناهماهنگی‌های شدید روانی هستند که مهم‌ترین مشخصه آنها اختلال شدید در کارکردهای روانی و قطع ارتباط با واقعیت است. برخی روان‌پریشی‌ها عضوی هستند یعنی عامل آنها در دستگاه عصبی مرکزی با چشم یا وسایل تشخیصی نوین قابل مشاهده است. برای نمونه، ضربه و شکستگی جمجمه که به جراحت مغز منجر می‌شود امکان دارد با توهم و هذیان همراه گردد که حاکی از قطع ارتباط با

واقعیت و ممیزه روان‌پریشی است. اما اکثر روان‌پریشی‌ها جنبه کارکردی دارند یعنی قادر به مشاهده آسیب‌شناسی مغزی در آنها نیستیم اما کارکرد مغز نابه‌هنجار شده است. اسکیزوفرنیا، نابه‌سامانی‌های هذیانی، نابه‌سامانی اسکیزوفرنیا و موارد متعدد دیگر جزو روان‌پریشی‌های کارکردی هستند البته ما می‌دانیم که در روان‌پریشی‌های کارکردی، بیوشیمی مغز دچار نابه‌هنجاری است و احتمالاً ناقل‌های عصبی یا نوروترانسمیترها اشکالی پیدا کرده‌اند. روان‌پریشی‌ها در اصطلاح عامه دیوانگی و در اصطلاح فقهی و حقوقی جزو انواع جنون خوانده می‌شوند.

▪ به واژه‌های جنون و دیوانگی اشاره کردید. آیا استفاده از این واژه‌ها را تایید می‌کنید؟

- ما روان‌پزشکان استفاده از این دو اصطلاح را نمی‌پسندیم زیرا دارای بار ارزشی منفی است و موجب انگ‌زنی می‌شود، گرچه گاهی مجبوریم برخلاف میل خویش و برای تفهیم برخی موضوعات به این دو اصطلاح اشاره کنیم.

▪ دنیای اسکیزوفرنی‌ها چه دنیایی است؟

- بیمار اسکیزوفرنیک در آن واحد در دو جهان زندگی می‌کند، یکی جهان تخیلی و تصویری خویش که بر مبنای توهم‌ها و هذیان‌ها و نیازهای روان‌شناختی او شکل گرفته است و دیگری جهان راستین بیرونی است که برای رفع نیازهای فیزیولوژیک خویش به آن احتیاج دارد و ارتباط بین این دو جهان به وسیله سازوکارهای دفاعی روانی انکار، واکنش‌سازی و فرافکنی برقرار می‌شود. هذیان، توهم، اختلال جریان فکر، رفتارهای نابه‌هنجار و حالات بدنی عجیب و گاهی نشانه‌های منفی از جمله فقدان احساس لذت، فقدان اراده، سکوت و گوشه‌گیری علایم این بیماری را تشکیل می‌دهد. گاهی بیمار خود را مورد تعقیب و آزار افراد یا سازمان‌هایی می‌پندارد (هذیان‌گزند) و یا ممکن است خود را یک فرد بسیار مهم، رجل سیاسی، مخترع و هنرمند بینگارد (هذیان بزرگ‌منشی)، گاهی صداهای توهمی به او دستورهایی می‌دهند (که خیلی اوقات مجبور است اطاعت کند و در نتیجه با دستگاه قضایی کیفری درگیر می‌شود) و گاهی صداهای چند نفر را می‌شنود که در مورد او حرف می‌زنند. گفتار بیمار خیلی اوقات نامفهوم می‌شود. خودکشی از عوارض ناخوشایند این بیماری است. پنجاه درصد بیماران (در صورت عدم درمان مناسب) اقدام به خودکشی می‌کنند و ۱۰ درصد آنان سرانجام در اثر خودکشی از دنیا می‌روند.

▪ اسکیزوفرنی در چه سنی بروز می‌کند؟

- اسکیزوفرنیا اغلب از دوران نوجوانی و ابتدای جوانی شروع می‌شود و فرد را در بارورترین سال‌های زندگی مبتلا می‌کند و نیز مانع از تحصیل، ازدواج، اشتغال و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌شود. میزان بروز سالانه اسکیزوفرنیا سه در ده هزار و میزان شیوع نقطه‌ای آن در حدود چهار در هزار می‌باشد. یعنی در ایران سالانه بیست هزار نوجوان و جوان به این بیماری مبتلا می‌شوند و هم‌اکنون بیش از ۲۵۰ هزار نفر از جمعیت ایران مبتلا به اسکیزوفرنیا هستند. حدود یک‌پنجم بیماران در هر لحظه نیاز به بستری در بیمارستان دارند. با این تفصیل تصدیق خواهید کرد که اسکیزوفرنیا یکی از عمده‌ترین معضلات سیستم بهداشتی کشور است.

▪ چه نکات امیدبخشی درباره این بیماری می‌توانید برای خوانندگان ما بفرمایید؟

- تا حدود ۷۰ سال پیش هیچ درمان موثری برای بیماری موجود نبود. کرپلین روان‌پزشک برجسته آلمانی حدود یک قرن پیش در بررسی طولانی‌مدت و دقیق بیش از هزار بیمار اسکیزوفرنیک، ۴ درصد سرانجام خوب، ۱۳ درصد سرانجام متوسط و ۸۳ درصد سرانجام بد را مشاهده کرد. به این معنی که ۸۳ درصد بیماران او سرانجام دچار زوال شخصیت شدند. امروز با توجه به وجود داروهای موثر ضدروان‌پریشی، ۲۵ درصد بیماران سرانجام خوب، ۵۰ درصد سرانجام متوسط و فقط ۲۵ درصد سرانجام نامناسب دارند. بخشی از این پیشرفت نیز به امکانات تشخیصی بهتر و سریع‌تر ارتباط دارد.

▪ درمان اسکیزوفرنی را از چه زمانی آغاز کنیم؟

- برحسب پژوهش‌های متعدد، هرچه درمان بیماران روان‌پریشی سریع‌تر آغاز شود، امکان بهبود کامل آنان بیشتر می‌شود و درمان زود هنگام با سرانجام مناسب‌تر برای بیماران مرتبط است. در این مورد به کتاب کلاسیک «آی‌چین»، «میهمان» و «موری» تحت عنوان «روان‌پریشی نوبت اول» در سال ۱۹۹۹ اشاره می‌کنم. ضمن آنکه پژوهش‌هایی هم که در ایران انجام شده است این امر را تایید می‌کند. از جمله پایان‌نامه دکتر فرشید فخاریان، از دستیاران روان‌پزشکی که در سال ۱۳۷۹ عوامل موثر بر طول مدت بستری بیماران روانی در مرکز روان‌پزشکی رازی را بررسی کرده است. تشخیص و درمان سریع از عوارض نظیر انزوای اجتماعی و خودکشی و سوء‌مصرف و وابستگی به مواد و رفتارهای کیفری نیز می‌کاهد. اگر حمله حاد اسکیزوفرنیا سریع تشخیص داده شود و به فوریت درمان گردد از مرگ یاخته‌های مغزی جلوگیری می‌گردد. هرچه تشخیص و درمان به تعویق بیفتد، مرگ یاخته‌های مغزی موجب بی‌تاثیر شدن درمان دارویی خواهد شد. این موضوعات را به صورت دقیق و با ذکر منابع و پژوهش‌های

داخلی و بین‌المللی از سال ۱۳۶۹ تاکنون در چند مقاله در مجلات پزشکی آورده‌ام که علاقه‌مندان می‌توانند به مقاله‌ای تحت عنوان «توانبخشی اسکیزوفرنیا در انتها یا از آغاز» که در شماره ۲۳ زمستان ۱۳۸۴ فصلنامه عملی پژوهشی توانبخشی چاپ شده است، مراجعه فرمایند.

▪ اما آنچه مایه تاسف است اینکه هنوز حتی در بهترین شرایط در کشورهای پیشرفته صنعتی هم به طور متوسط زمانی که بیمار اسکیزوفرنیک برای اولین بار به روان‌پزشک مراجعه می‌کند دو سال از بیماری او گذشته است!

- دلایل این امر متعدد است. از جمله ناآشنایی عموم مردم با اسکیزوفرنیا و نشانه‌های آغازین آن، آگاهی اندک پزشکان غیر روان‌پزشک از اسکیزوفرنیا و درمان آن، کافی نبودن تعداد روان‌پزشک و امکانات درمانی سرپایی و بستری برای بیماران روان‌پریش. اما گاهی دیده می‌شود بیماری سریع تشخیص داده شده است و درمان مناسب هم تجویز شده است لیکن بیمار و خانواده از مصرف دارو اجتناب می‌کنند و بیماری را که می‌توانست به احتمال زیاد با مصرف دارو بهبود کامل یابد با دستان خود به سراشیبی زوال شخصیت سوق می‌دهند و زمانی به ضرورت درمان پی می‌برند که دیگر داروها تاثیر چندانی ندارد.

▪ خیلی‌ها نیز از داروهای اعصاب و روان می‌ترسند و آنها را مصرف نمی‌کنند!

- تبلیغات غیرموجهی که در مورد عدم مصرف دارو در کشور ما صورت گرفته است و می‌گیرد باعث محروم ماندن صدها هزار بیمار از درمان مناسب و عوارضی از قبیل زوال شخصیت، فقدان کارکرد تحصیلی و خانوادگی و اجتماعی و شغلی و اعتیاد (به صورت خوددرمانی) و خودکشی و دیگرکشی می‌شود. گاهی هم ناآگاهی خانواده بیمار اسکیزوفرنیک از ضرورت و فایده درمان دارویی با تخطی از قوانین از سوی برخی افراد همراه می‌شود و فاجعه به بار می‌آورد که نمونه آن «شش ماه مشاوره و روان‌درمانی» برای بیمار اسکیزوفرنیک حاد توسط «فرد غیرپزشک» بوده است که سرانجام به علت وخامت حال بیمار، این درمانگر محترم رضایت داده بود که بیمار بخت برگشته را نزد روان‌پزشک ببرند. اینکه چه فرصت طلایی از دست رفت و چه عوارض و عواقبی برای بیمار و خانواده او به بار آمد، بماند. با توجه به این دلایل است که ما روان‌پزشکان به آموزش عموم مردم از طریق رسانه‌های گروهی اهتمام می‌کنیم و تاکید داریم که به آموزش روان‌پزشکی در دوره بالینی پزشکی بهای بیشتر داده شود و امکانات آموزش تخصصی روان‌پزشکی افزایش یابد، به نحوی که تعداد روان‌پزشکان اگر هم به حد آرزمانی یازده هزار نفر برای جمعیت کنونی ایران نرسد، دست کم به میزان چشم‌گیر از عدد هزار و دویست نفر فعلی با شتاب بیشتری بالا برود تا به گروه عظیم پزشکی که مشتاق ورود به تخصص روان‌پزشکی هستند نیز پاسخ مثبتی داده شود.

▪ حرف آخر؟

- حرف آخرم، تقاضا و تلاش برای انگ‌زدایی از بیماری روانی و بیماران روانی است که می‌تواند بیشترین خدمت را به جامعه به وسیله تسهیل و تشویق بیماران برای مراجعه به روان‌پزشکان انجام دهد و نشریه شما با توجه به جنبه تخصصی و در عین حال برخورداری از مخاطبان عام در این زمینه نقش مهمی داشته و دارد.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=369261>

 Vista.ir
Online Classified Service

سختی چندگانه اعصاب مرکزی

«مالتیپل اسکلروزیس» یا ام اس (که معنای تحت اللفظی آن سختی چندگانه است) بیماری مغز و نخاع است که حدوداً ۴۰۰ هزار امریکایی به آن



میتلا هستند. گرچه بیشتر بیماران میتلا به ام اس قادر به ادامه زندگی هستند، به هر حال ام اس سبب ناتوانی در بعضی افراد می شود.

• کالبدشکافی مغز

مغز مرکز فرماندهی بدن است. علاوه بر فکر و احساس، مغز محل دریافت اطلاعات از پیرامون و فرستادن دستورات لازم به قسمت های مختلف بدن است. دستورات مغز از طریق نخاع و سپس از طریق اعصاب محیطی به کلیه قسمت های بدن منتقل می شود. مغز و نخاع با هم سیستم عصبی مرکزی نامیده می شوند. باقیمانده سیستم عصبی، سیستم اعصاب محیطی نامیده می شود. مناطق مختلف مغز اعمال مختلفی را کنترل می کنند. مغز مانند دیگر بافت های بدن، از سلول تشکیل شده است. سلول های مغز و اعصاب، «نورون» نامیده می شوند. هر نورون، یک بدنه و زائده پی به نام آکسون دارد. آکسون ها رشته های بلندی هستند شبیه به سیم های برق. به رغم میکروسکوپی بودن نورون ها، آکسون ها طویل هستند و از مغز تا دورترین نقاط بدن کشیده می شوند. نورون ها توسط علائم الکتریکی که از طریق آکسون به هم می فرستند، با یکدیگر ارتباط دارند. برای مثال یک پایانه عصبی در انگشت ممکن است احساس گرما را از طریق آکسون ها به داخل مغز منتقل کند. مغز برای حرکت انگشت فرمانی به ماهیچه ها می فرستد. ماهیچه های ارادی به طور مستقیم به وسیله



اعصابی که دستورات را از مغز دریافت می کنند، کنترل می شوند.

ماده مخصوصی که «میلین» نامیده می شود، آکسون ها را می پوشاند. میلین هدایت الکتریکی صحیح و ارتباط بین نورون ها را فراهم می کند. در بیماری «مالتیپل اسکلروزیس» میلین در قسمت مهمی از مغز، نخاع یا سیستم عصبی مرکزی از بین می رود. دانشمندان هنوز به درستی دلیل آن را نمی دانند. در ام اس، میلینی که سلول های عصب را می پوشاند دچار التهاب تورم و جدایی می شود. میلین تخریب می شود و سبب تشکیل داغ یا اسکار روی آکسون می شود. اسکلروزیس به معنای باقی ماندن زخم یا اسکار است. وقتی میلین تخریب شد، ارتباط نورون ها کمتر موثر است و سبب به وجود آمدن علائم ام اس می شود. برای مثال اگر میلین اعصاب بینایی دچار اختلال شود، بینایی تحت تاثیر قرار می گیرد. اگر میلین نورون های ماهیچه دچار اختلال شوند، ماهیچه ها ضعیف می شوند. بعضی از میلین های تخریب شده خودبه خود بازسازی می شوند که توجیه کننده بهبودی بعضی از افراد پس از حمله ام اس است. به هر حال ممکن است میلین مجدداً در زمان ها و نقاط مختلفی از بدن التهاب پیدا کند. دو نوع «مالتیپل اسکلروزیس» وجود دارد؛ شایع ترین نوع آن، ام اس عودکننده است (که در ۹۰ درصد بیماران ام اسی دیده می شود) و مشخصه اش این است که در دوره هایی، علائم بدتر شده و دوره های بیماری بهبود می یابد. ۱۰ درصد بقیه، ام اس پیشرونده دارند، یعنی بدون اینکه بهبود یابد، بیماری بدتر می شود. حدود نیمی از بیماران با نوع ام اس عودکننده طی ۱۵ سال اگر درمان نشوند، در انتها به نوع پیشرفته تبدیل می شوند.

«مالتیپل اسکلروزیس» معمولاً در نژاد قفقازی در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی اتفاق می افتد. زنان، دو تا سه برابر مردان به این بیماری مبتلا می شوند. افرادی که در مناطق معتدل زندگی می کنند بیشتر از افراد ساکن در مناطق حاره پی دچار ام اس می شوند.

• علل

دانشمندان هنوز علت تخریب غلاف میلین در «مالتیپل اسکلروزیس» را نمی دانند. بعضی از دانشمندان معتقدند سلول های سیستم ایمنی (دفاعی) به غلاف میلین سیستم عصبی مرکزی حمله می کنند. این سیستم معمولاً علیه میکروب ها و اجسام بیگانه فعالیت می کند. سلول های سیستم ایمنی ممکن است به دلیل اینکه میلین را با اجسام بیگانه اشتباه می گیرند، به آنها حمله کنند. این نوع بیماری سیستم ایمنی که سیستم دفاعی بدن علیه خود فعالیت می کند را بیماری «خودایمنی» یا «اتوایمیون» می نامند. بعضی محققان فکر می کنند که برخی عفونت

های ویروسی، محرک سیستم دفاعی در حمله به میلین سیستم عصبی مرکزی است. همچنین به دلیل استعداد کمتر یا بیشتر بعضی گروه های نژادی، علل ژنتیکی را برای این بیماری در نظر می گیرند. بومیان امریکا (سرخپوستان) به ندرت مبتلا می شوند. این شواهد باعث تقویت ایده ارثی بودن بیماری ام اس می شود.

• علائم و نشانه ها

نشانه های ام اس به محل درگیری سیستم عصبی مرکزی بستگی دارد. از علائم اولیه بیماری می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بی حسی و گزگز قسمت هایی از بدن
- ضعف، سرگیجه و سفتی یا خشکی غیرقابل توجیه بدن
- دوبینی، دید مختل یا کوری
- بیمار ممکن است طی دوره های پسرفت بیماری، احساس بهبودی کرده، اما در بازو و ساق احساس سفتی کند. برخی موارد ضعف، گزگز و اختلالات بینایی ممکن است باقی بماند. با برگشت یا عود بیماری، نشانه ها شدیدتر شده و شامل این علائم نیز می شود:
- اسپاسم یا گرفتگی عضلانی
- اختلالات روده و مثانه
- اختلال تکلم
- کوری
- مشکلات جنسی
- فلج
- گیجی و فراموشی

درد می تواند یکی از علائم ام اس باشد که صورت یا یکی از اندام ها را درگیر کند. در برخی بیماران، نواحی تخریب میلین در ام آرآی دیده می شود. تظاهرات و سیر بیماری ام اس از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. چشم ها معمولاً اولین و شایع ترین عضو درگیر هستند. قدرت بینایی نیز معمولاً در اشخاصی که درگیری چشمی داشته اند تا حدی کاهش می یابد. اندام های دست و پا نیز ممکن است دچار مشکلات حسی و حرکتی شوند؛ احساس کرختی، خواب رفتگی یا سوزن سوزن شدن، اشکال در راه رفتن و حرکات ارادی دیگر را می توان نام برد. گوش ها گاهی دچار مشکلاتی نظیر وزوز یا کاهش شنوایی می شوند. احساس نیاز مکرر به دفع ادرار، بند آمدن و احساس حبس شدن ادرار و بالاخره کاهش میل و توانایی جنسی از مشکلاتی است که در دستگاه ادراری تناسلی بیماران به وجود می آید. از دست دادن تعادل هنگام راه رفتن خصوصاً در تاریکی، ممکن است به خاطر درگیری مخچه باشد. به جز این موارد می توان به مشکلاتی از قبیل تمرکز حواس و گاهی بی حواسی، اضطراب، افسردگی، احساس درد در ماهیچه ها، اشکال در سخن گفتن و اشکال در اجابت مزاج اشاره کرد. گروهی از عوامل می توانند زمینه ساز ایجاد مشکلات جدید باشند که از آنها می توان به گرما و رطوبت، ورزش هایی که حرارت بدن را بالا می برند، تب و مهم تر از همه اینها فشارهای روحی و عصبی اشاره کرد. گرما سبب بدتر شدن علائم می شود لذا این بیماران باید از حمام های گرم و طولانی، ماندن در مکان های گرم یا رفتن به بیرون در روزهای داغ خودداری کنند. علائم ام اس نیز مانند سایر بیماری ها، ممکن است در بیماری های دیگر دیده شود، بدین معنی که همه بیماران دچار این علائم مبتلا به ام اس نیستند.

• تشخیص

در تشخیص ام اس نیز شرح حال و معاینه همانند دیگر بیماری ها نقش اساسی دارد. معاینه های پزشکی شامل مجموعه یی از آزمایش ها برای بررسی سلامت اعصاب و عضلات است. تشخیص ام اس با ام آرآی است. ام آرآی در تشخیص دیگر موارد مانند تومورهای مغزی یا فتق (بیرون زدگی) دیسک بین مهره یی که علائمی مشابه ام اس ایجاد می کند، کمک کننده است. اگر تشخیص سوال برانگیز باشد، ممکن است به گرفتن مایع نخاع برای بررسی اختلالات نیاز باشد. دیگر آزمایش ها سرعت اعصاب مغزی را اندازه گیری می کند. برای مثال، آزمایش هایی برای بررسی سرعت مسیر بینایی و شنوایی و غیره وجود دارد. با توجه به اینکه بعضی از بیماری ها مانند کمبود برخی ویتامین ها علائم مشابه ام اس را ایجاد می کند، برخی آزمایش های خونی در رد کردن این علل کمک کننده است.

• درمان

دانشمندان هنوز درمان قطعی ام اس را کشف نکرده اند. با این حال چندین دارو برای کنترل بیماری موجود است. اگر نشانه ها شدید و حمله ها پشت سر هم نباشد، پزشک سیاست مدارا را در پیش خواهد گرفت. در صورت برگشت علائم، درمان برای کنترل پیشرفت بیماری تجویز خواهد شد. علاوه بر درمان دارویی، توانبخشی و کاردرمانی در بهبود ضعف بعد از حملات کمک کننده خواهد بود. در صورت بروز افسردگی، علاوه بر درمان با داروهای ضدافسردگی از روش های کاهنده استرس نیز استفاده خواهد شد. روش های زیر در کاهش علائم بیماری موثر خواهد بود:

- استراحت کافی
- ورزش منظم
- استفاده از غذاهای سالم و حاوی مقادیر کافی فیبر
- آرامش و کاهش استرس در زندگی

• نتیجه

ام اس، بیماری مغز و نخاع است. این بیماری، ناتوان کننده است، ولی بیشتر مبتلایان به ام اس زندگی طبیعی را می گذرانند. اگر نشانه های ام اس مانند گزگز و مورمور در قسمت هایی از بدن وجود دارد، حتماً با پزشک مشورت کنید. دیگر نشانه های ام اس، دوبینی، کوری، لرزش عضلانی، خستگی و سرگیجه است. ام اس با دارو قابل کنترل است. حفظ عادت های سالم زندگی و معاشرت با دوستان و فامیل و کاهش خستگی، مهم ترین راه های تطابق با این بیماری و کاهش عوارض آن است.

منبع : روزنامه اعتماد

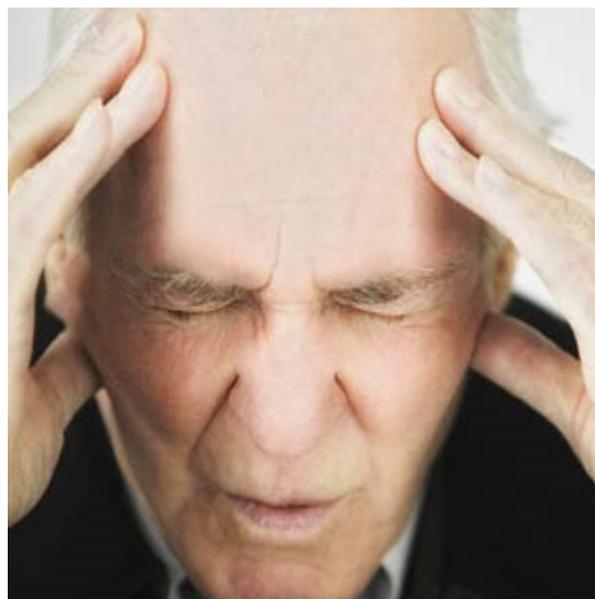
<http://vista.ir/?view=article&id=301585>



سر درد ...

• نوع اول

کشمکشهایی هستند که از کینه و احساس عدم عدالت و تبعیض و محرومیت جنسی ممکن اسیت سرچشمه بگیرد. وقتی که شخص احساس میکند که دچار تنگ نایی شده است که فرار از آن امکان ناپذیر است کشمکش در روح او ایجاد میشود که علامت جسمی آن سردرد است. اوضاع و احوال موجود را معمولاً "اوضاع و احوال عصبی میخوانند مثل اوضاع و احوال نوجوانی است که دچار سخت گیری های پدر و مادر شده و تصور می کند که مفری برایش وجود ندارد. یکی از همین نوجوانان به من گفت : یکبار فقط یکبار جلوی روی پدر و مادرم باستم و در عقیده خود پافشاری کنم . پدرم آنچنان ناراحت شده بود که من تصور کردم که او را کشته ام مادرم مریض شد و به بستر و من آنچنان از شدت عملی که انجام داده بودم احساس گناه کردم و معذرت خواستم و بعد دچار آنچنان سردردی شدم که سابقه نداشته است. زنی به من گفت : اگر قبول می کردم که به فلان شهرستان



بروم ارتقاء مقام پیدا می کردم ولیکن اگر به آن شهرستان میرفتم باز دچار تنگنا ها می شدم که قبلاً از آن فرار کرده بودم از این گذشته قبول مقام پیشنهادی مستلزم این بود که برادرم رابه معاشرت با من نیاز میرم داشت تنها بگذارم .به دنبال این فکر که جانب برادرم را بگیرم یا اداره ام ویاخودم را یا خانواده ام که خودم را یا خانواده ام را که خود در حکم کشمکش های کشنده ی روانی بود سرانجام سردرد جانکاهی عارضم شد فرق نمی کند چه در ۱۵سالگی وچه در ۵۰سالگی و یاحتی بیشتر کسانی پیدا می شوند که از لحاظ جنسی دچار کشمکش های شدیدی هستند و علت این کشمکش ها نیز سخت گیری های پیش از اندازه است بیش از اندازه ایست که در کودکی در حق آنان به عمل آمده است .در این افراد کشمکش های میان خواست های آنها ازیک طرف و توقعات مریبان از طرف دیگر در می گیرد و بعضی از این افراد به سبب احساس گناهی که می کنند یک قسم زندگی مرتاضانه برای خود انتخاب می کنند عده ای دیگر که دل به دریا می زنند و می خواهند قدم از توقعات مریبان جلوتر بگذارند احساس می کنند که از احساس گناه رنج می برند و یا دچار ناتوانی جنسی شده اند چنین کشمکش هایی ان چنان ممکن است باهیجانان و عواطف توأم باشد که آدمی را زیر بار خود خورد کند .حس می کنید که بدام افتاده اید و راه چاره ای هم وجود ندارد و همین اوضاع و احوالست که دچار سردردمی شوید و زندگی به صورت جهنم برایتان در می آید می پرسید چه باید کرد ؟راه حلی هست ؟البته هست .ولیکن باید به روانکاو مراجعه کنید زیرا اعم از اینکه به مشکل خود واقف باشید یا نباشید در مشکل خود مستغرقید و برای حل فصل آن محتاج به کمک دیگری هستید درست مثل کسی که در چاهی فرو رفته اید و برای اینکه از چاه نجات یابید باید از خارج به شما کمک شود روانکاو بهترین کمکی است که در مورد رفع سردردهای روانی وجود دارد ولیکن اگر به روانکاو دسترسی نداشته باشید راههای دیگری هم هست .در مثل اگر مشکل روانی شما کشمکش های جنسی است می توانید به کتابهایی که به نحوی از انحاء درباره ریشه تمایلات انسانی گفتگوی علمی می کند مثل کتب روانکاو مراجعه کنید. و اگر مشکل تان و کشمکش روانی تان از اینجا سرچشمه می گیرد که در گذشته مظلوم و مورد بیعدالتی واقع شده اید ممکن است دوستی برای خودتان انتخاب کنید تا درد دلهایتان را برایش شرح بدهید البته این دوست باید کسی باشد که یقین داشته باشید تجاربتش در زندگی خیلی بیشتر از شما است .هر چند ممکن است به زحمت گیر بیاید ولیکن در هر حال اگر دنبال پیدا کردن کمک باشید این کمک بدست خواهد آمد و اگر بدانچه گفتم عمل کنید سردردتان رفته رفته برطرف خواهد شد .

• دومین نوع

کشمکش که موجب سردرد می شود اینست که فرد می خواهد از بار مسئولیت فرار کند و در نتیجه به شیوه تعرض متوسل می گردد و این نوع سر درد معمولاً"عارض آن دسته از بانوان می شود که به دلیلی نتوانستند خودشان را با مقتضیات زندگانی زناشویی و سازش بدهند. اینان پیوسته احساس کسالت می کنند و هر چند که بارها فرصت پیش می آید که بی اندازه و راحت بدون مسئولیت و خوش باشند ولیکن متناوباً"دچار سردرد شدید می شوند و چنین احساس می کنند که باید واقعیت را فراموش کنند و به عالم خیال فرار کنند. این دسته از زنان گاهگاهی لازم می بینند که به رختخواب پناه ببرند و از روشنایی زیاد بپرهیزند و به جای پناه ببرند این افراد گاهی در زمستان حتی عینک سیاه به چشم می زنند دکتر فلیکس گریناکر در مقاله معروف خود تحت عنوان (بینایی سردرد) چنین می گوید که سردرد شدید توأم با حساسیت زیاده از حد نسبت به روشنایی عموماً" در آن دسته از افراد عصبی پیدا می شود که سردردشان معمول پرخاشگری زیاد آنهاست که برانگیخته شده است بدون آنکه مجال بروز و ظهور داشته باشد. به عبارت دیگر این افراد وقتی که دستشان از همه جا کوتاه می شود پرخاشگری خود را متوجه خویشتن می سازد یعنی پرخاشگری زیاد آنهاست که برانگیخته شده است بدون آنکه مجال بروز و ظهور داشته باشد. به عبارت دیگر این افراد وقتی که دستشان از همه جا کوتاه می شود پرخاشگری خود را متوجه خویشتن می سازند یعنی پرخاشگری به صورت سردرد شدید در می آید. یکی از معمول ترین علل این گونه سر دردها همانا کشمکش عمیق جنسی است که گاهی جنبه ناخودآگاهانه دارد. بعضی از زنان ازدواج می کنند بدون اینکه پذیرفته باشند که روابط جنسی نقش مهمی در روابط سالم زنا شویی ایفا می کند این است که پس از ازدواج زیر تاثیر عقاید خرافاتی و اشتباه آمیز و یا صرفاً به سبب جهلی که در این زمینه ها دارند تصور میکنند که به هر قیمتی شده باید جلو تمایلات جنسی شوهر خود را بگیرد و اگر ببیند که گریزی ندارند با همه نیرو می کوشند تا ملاقات های زناشویی رابه حداقل تقلیل دهند و از مختصات چنین زنانی این است که بسیار دلفریبند و گاه میشود و در محافل و مجالس به شدت دلربایی می کنند و حتی از تملق هائی که مردان در این مواقع نثارشان می سازند لذت می برند ولیکن وقتی که کار به ملاقات جسمانی بسیار محرمانه می کشد یکدفعه دچار وحشت شده پای خود را پس می کشند و بدین ترتیب موجب ناکامی شوهر خود را فراهم می شوند. مادر اصطلاح روانی چنین زنانی را زنان هیستریکی می خوانیم این بیماری در واقع مظهر کشمکشی است که میان تمایل شدید به ملاقات جسمانی از طرفی و ممنوعات هائی که در مورد نزدیکی های جسمانی در آداب و رسوم ملل مختلفه

هست از طرفی دیگر وجود دارد. وقتی که یک زن بیمار هیستریکی دچار چنین دوراهی شد آنچنان از آن در رنج میشود که عاقلانه می بیند برای احتراز از آن بدامن بیماری پناهنده شود. رنجی که بیمار از کشمکش مزبور میبرد بصورت سردرد شدید و یا احتیاج بارزی به خریدن و در کنج اطاق خواب و فرار از روشنائی تجلی می کند و بیمار از لحاظ روانی نیز در این هنگام نیاز میرمی به حسن تفاهم و محبت اطرافیان دارد. و یکی از علل فرار از روشنائی در بیان این نکته است که می خواهند از خویشتن در برابر این حقیقت تلخ که در عین داشتن تمایل جنسی به سبب ممنوعیت ها قادر به ارضاء آن نیستند دفاع بکنند. مردان نیز به همین ترتیب بدین بیماری دچار می گردند این دسته از مردان گاه در دلربائی از زنان بپای دون زوان می رسند ولیکن وقتی که زنان را فتح می کنند یکدفعه چنین احساس می کنند که بدام افتاده اند این است که مردد می شوند و بقول و قراری که با قربانیان خود گذاشته اند وفا نمی کنند. سرانجام احساس خواری و شرمندگی خود را بصورت سردردهای شدید ظاهر می سازند. ریشه چنین اوضاع و احوالی را باید در دوران اولیه کودکی و حتی در نخستین سال زندگی جستجو کرد یعنی زمانی که کودک دچار هیجانانته شهوی می شود ولیکن مقرر که ممنوع نباشد پیدا نمی کند. چنین افرادی به یک روانکاوی مفصلی احتیاج دارند ولیکن با این همه درک ماهیت این مشکل شاید از حدت آن بکاهد. گاه می شود که مطالعه کتب مربوط به روانکاوی و یا دردل بایک دوست حقیقی و یکدل موجب حل و فصل پاره ای از یان کشمکش های روانی شود.

• سومین نوع

کشمکش بالاخره اینست که فرد دچار خودآزاری می شود و بعبارت دیگری می خواهد خودش را آزار و مجازات کند بسیاری از افراد مبتلا به وسواس آن آمادگی را ندارند که از زیبایی های زندگی برخوردار گردند عمر خود را صرف مبارزه با کشمکش های روانی و شکست ها و ناکامی ها و تراژدی های زندگی خود می کنند و وقتی که مشکلات را مرتفع می سازند و وقت آن رسیده است که از آن لذت ببرند تازه اول بدبختی و پریشانی است زیرا احساس می کنند که خطر نزدیک است. اینان عمری را در ناکامی و شکست و نومیدی سپری کرده اند لذا وقتی که روزگار روی خوش بدانان نشان می دهد آنچنان ای روی خوش برایشان تازه و بیگانه است که قادر نیستند آنرا باور کنند. باید یا آنرا نابود سازند و یا خود را از بین ببرند. این است که ناخودآگاهانه به سردرد پناه می برند و یکبار دیگر بقه بخت و اقبال خود پشت پا می زنند. آنچه می گوئیم خیلی باریک است و برای شما مشکل است که اگر چنین احوالی دچارید آنرا کشف سازید زیرا ریشه های این عادت ناخودآگاهانه زمانی در شخصیت تان مایه گرفته که آگاهی تان خیلی ناچیز و ناقص بوده است. جوانی در یکی از جلسات روانکاوی از سردرد شدید خود شکوه میکرد از او خواستم به حالت استراحت کاملی جسمی و فکری در بیاید و بعد اوضاع و احوالی را که در طی آن برای نخستین بار به سردرد مبتلا شده بود باز گوید طولی نگذشت که خاطرات دوران کودکی بیادش آمد. وقتی که بچه بودم مادرم به من سخت می گرفت مرا بینوا و نفرت انگیز می خواند منتها وسیله دفاعی من این بود که اذیتش کنم و به او نشان دهم که نفرت انگیزم. یکدفعه که به ستوهش آوردم دستم را گرفت و در کالسکه ام زندانی کرد و دست و پاهم را بست و من نیز آنچنان بشدت تقلا کردم که سرم به جدار کالسکه خورد و به سختی درد گرفت پس از این ماجرا مادرم مرا تحویل گرفت و ناز و نوازشم کرد و دریافتم که برای جلب محبت دیگران باید به خود آسیب برسانم و حالا بخاطرم آمد که از آن حادثه به این طرف متناوبا "سرم درد می گیرد. به یقین معنای این سردردها دوره ای من نیز چیزی جزء این نیست که می خواهم بدان وسیله محبت دیگران را به خودم جلب کنم شاید در نهان امید به پیروزی و نیکبختی را ازدست داده اید و بدون اینکه آگاه باشید به سردرد و یا کسالت دیگر مبتلا می شوید تا زندگی قابل تحمل تر بکنید. هضم این موضوع می دانم که برایتان مشکل است زیرا عده ای از ما مردم نمی دانیم که خودخوری و جلب ترحم دیگران تا چه اندازه ای برای بعضی مردم دلاویز و خوشایند است برای اینکه ترحم دیگران را به خود جلب کنیم باید رنجور و مظلوم باشیم و ابتلاء به سردرد یکی از این راههاست که بکار می بریم. دوست نداریم به حقایق بالا در حق خود پی ببریم اما باور کنید که اگر جرأت داشته باشید به زندگی خود بیطرفانه بنگرید و ریشه های ناخودآگاهانه رفتارهای خود را جستجو کنید یقین داشته باشید که مشکل سردردتان مرتفع خواهد شد. به مرور در خواهید یافت که بدون آنکه نیازی به خود آزاری و مظلومیت باشد درهای سعادت و خوشبختی به روی شما باز است. وقتی که پی به ارزش واقعی خود بردید توفیق را می پذیرید و دیگر به مدد بیماری به فکر جبران کمبودهای خود نمی افتید. سخن آخری من این است که پیچ و مومره های شخصیت خودآگاه شوید بسیاری از مشکلات بیمار گونه خودتان را می توانید حل فصل کنید و آنوقت به یک زندگی سالم ومرفه نایل آئید.

سر درد تنشی

• سر درد تنشی چیست؟

سر درد تنشی نوعی اختلال دستگاه عصبی است که در آن، استعداد خاصی به حملات سر درد با علائم همراه مختص خود با شدت خفیف تا متوسط یافت می‌شود؛ شرح حال و معاینه بالینی دقیق، اساس تشخیص آن است. پژوهش‌های چند دهه اخیر بیشتر به بررسی سر درد میگرنی اختصاص یافته‌اند و اکثر شواهد و یافته‌های با ارزش جهت درمان سر درد تنشی، مربوط به دهه‌های پیشین است. البته چند راهکار درمانی مورد توافق در حال حاضر در دست است. روش درمانی در ۲ دهه اخیر تغییر مختصری داشته و شمار زیادی از بیماران، شخصا به درمان حمله‌های حاد خود می‌پردازند و تنها زمانی که حملات، متناوب یا مزمن می‌شوند، به جستجوی راهکارها و پیشنهادهای جدید می‌پردازند. در بررسی مروری حاضر، توجه ما بیشتر به شناسایی و مراقبت از بیمارانی معطوف گردیده



که به توصیه و راهکارهای درمانی جهت درمان حمله حاد یا به استفاده از روش‌های مراقبتی پیشگیرانه برای به حداقل رساندن حملات بعدی نیاز دارند.

• عامل ایجاد سر درد تنشی کدام است؟

عامل اصلی و زمینه‌ساز سر درد تنشی به‌طور دقیق مشخص نیست. به نظر می‌رسد محتمل‌ترین توجیه برای حملات غیرمتناوب سر درد تنشی، همان فعال شدن نورون‌های بیش تحریک‌پذیر در سیستم‌آوران محیطی عضلات سر و گردن باشد. حساسیت عضله و تنش‌های روانی به‌همراه سر درد تنشی دیده می‌شوند و در وخامت آن نیز تاثیر گذار بوده‌اند؛ ولی واضحا عامل ایجاد آن محسوب نمی‌گردند. هر نوع اختلال در پردازش مرکزی درد و بیش حساس شدن به درد، در شماری از بیمارانی که سر درد تنشی داشته‌اند، گزارش شده است؛ مستعد بودن به این نوع سر درد، تحت تاثیر عوامل ژنتیکی قرار دارد.

• چه کسانی در خطر ابتلا به سر درد تنشی هستند؟

طبق نتایج حاصله از پنج مطالعه جمعیتی اخیر؛ متوسط شیوع سر درد تنشی در طول عمر افراد بالغ، ۴۶ (۷۸-۱۲) بوده است؛ کودکان نیز غالبا درگیر هستند؛ ولی اوج ابتلا در سنین ۴۹-۴۰ سال در هر دو جنس گزارش شده است. نسبت زن به مرد حدود ۵ به ۴ بوده است که اختصاصا در مورد نوع مزمن آن، این نسبت تشدید می‌شود. میزان شیوع نوع حمله‌ای این نوع سر درد، با بالا رفتن سطح تحصیلات، افزایش نشان داده است. سر درد تنشی نوع مزمن، به نسبت از شیوع کمتری برخوردار بوده و حدود ۳ جمعیت عمومی را گرفتار می‌کند. این نکته را باید در نظر گرفت که بیش از نیمی از این افراد، افزون بر ۱۸۰ روز از سال را سر درد داشته‌اند. درصد اندک ولی قابل توجهی از مبتلایان به سر درد تنشی، در سر کار خود حاضر نشده یا این که بازدهی کمتری به علت مشکل مزبور داشته‌اند که این خود، بار قابل ملاحظه‌ای بر سلامت جمعیت عمومی به حساب می‌آید.

• سر درد تنشی، چگونه ظاهر می‌شود؟

افرادی که حملات سردرد آنها از نوع غیرمتناوب و مختصر است، درصدد روش‌های درمانی جهت بهبود برنمی‌آیند. هر چه میزان دفعات حملات زیادت‌تر باشد، بر شدت وخامت آن نیز افزوده شده، به دنبال آن، بیمار جهت درمان خود، اقدام می‌نماید. اکثریت بیماران که برای مشاوره و چاره‌جویی مشکل خود اقدام نموده‌اند، از جمعیت مبتلایان جوان بوده‌اند. به طور معمول بیماران، سردرد خود را به صورت یک سفتی و کشیدگی عضلانی، با شدت خفیف تا متوسط و در دو سمت پیشانی، توصیف می‌کنند که ساعت‌ها و گاهی تا روزها به طول می‌انجامد و با علائم عمومی یا عصبی نیز همراهی ندارد. اکثر بیماران می‌توانند محل و گستره درد خود را توصیف کرده، معمولا آن را به شکل نوار پهنی گرداگرد سر، نشان می‌دهند (شکل ۱).

بیمارانی که به دردهای نوع مزمن دچار هستند، بیشتر از افراد مبتلا به سردردهای حمله‌ای، به دنبال روش‌های درمانی و مراقبت پزشکی هستند. غالباً فرد تاریخچه‌ای از دردهای حمله‌ای دارد، ولی مشاوره و چاره‌جویی از یک درمانگر را به زمانی که میزان و شدت حملات و ناتوانی آن افزون گردیده، موکول نموده است. در یک مطالعه دو سوم بیماران که سردرد تنشی مزمن داشتند، سابقه سردردهای هر روزه یا تقریباً روزانه به طور متوسط از ۷ سال قبل از مراجعه را ذکر می‌کردند. عملکرد اجتماعی اکثریت این افراد در مدرسه و محیط کار ادامه داشته ولی بازدهی کاری آنها به طور قابل ملاحظه‌ای مختل بوده است. تمایز دقیق بین سردرد تنشی از انواع دیگر سردرد، به خصوص نوع میگرنی یا سردرد ناشی از اختلالات مربوط به گردن، دشوار به نظر می‌رسد. در هر دو نوع سردرد تنشی و میگرن، انواع مزمن نیز دیده می‌شوند؛ و به تدریج زمانی که تناوب سردردها بیشتر می‌شود، سردردهای میگرنی نیز وجوه مشخصه متمایزکننده خود را از دست می‌دهند و البته شدت آنها نیز رو به کاهش می‌گذارد. حساسیت عضلانی که در سردرد تنشی دیده می‌شود، ممکن است به عضلات گردن نیز سرایت کند و پزشک و بیمار را به این ظن دچار سازد که منشأ سردردها را نوعی اختلال در گردن، تصور نمایند. سردردهایی که به دنبال مصرف بیش از حد داروها ایجاد می‌شوند نیز به صورت روزانه یا تقریباً هر روزه و نسبتاً بدون الگوی خاص درگیری نمود می‌یابند. البته میزان، نوع، مدت زمان و تناوب استفاده از دارو که برای ایجاد سردرد ناشی از استفاده بیش از حد دارو (overuse headache) کفایت کند، به طور دقیق مشخص نیست و به احتمال زیاد از شخصی به شخص دیگر متغیر است؛ تشخیص این نوع سردرد را باید برای تمام بیماران مدنظر داشت که از ترکیبات اپیوئید یا ترکیبی از چندین نوع مسکن به مدت ۱۰ روز یا بیشتر در ماه استفاده نموده‌اند و همچنین افرادی که یک نوع داروی ضد درد را به مدت ۱۵ روز یا بیشتر در ماه مصرف کرده‌اند.

• معاینات، آزمایش‌ها و اقدامات تصویربرداری مناسب جهت مبتلایان به سردرد کدام است؟

فردی که معیارهای ابتلا به سردرد تنشی را دارد و در معاینه عصبی، فاقد هر گونه نکته غیرطبیعی است، به طور معمول اقدام تشخیصی دیگری لازم ندارد؛ لمس و بررسی عضلات دور سر با دست، روش باارزشی است که کمتر توسط پزشکان به آن اهمیت داده می‌شود؛ وجود حساسیت در لمس عضلات دور سر، معمول‌ترین یافته مثبت در سردردهای تنشی است، هر چند که عدم وجود آن نیز رد کننده این اختلال به شمار نمی‌آید (کادر ۲). معاینه ته چشم (فونوسکوپ) برای جستجوی ادم پاپی یا دیگر اختلالات مربوطه، از این جهت اهمیت دارد که در صورت وجود یافته مثبت، نشان می‌دهد که با یک سردرد ثانویه مواجه هستیم. سایر روش‌های تشخیصی براساس بیماری‌های احتمالی مطرح شده صورت می‌گیرند؛ البته وجود یک اسکن طبیعی مغز، همه بیماری‌های جدی مرتبط با سردرد را رد نمی‌کند. در کادر ۳، بعضی مواردی که در آنها باید تصویربرداری تشخیصی جهت سردردهای غیرحاد لحاظ شوند، به اختصار آورده شده است.

• کدام بیمار به درمان نیاز دارد؟

افرادی که سردردهای غیرمتناوب آنها، با استفاده از داروهایی که به طور معمول و بدون نسخه پزشک مصرف می‌شوند، بهبود می‌یابد، نیاز به اقدامات درمانی طبی ندارند؛ هر چند اطمینان‌بخشی به اکثر آنها از جهت آن که از اثربخشی اقدامات خود مطمئن شوند، لازم به نظر می‌رسد. به طور کلی، بهتر است دارویی که برای درمان حاد سردرد استفاده می‌شود تا سقف ۲ یا ۳ روز در هفته مصرف گردد. با این روش، احتمال وقوع مصرف بیش از حد دارو یا سردرد بازگشتی (rebound) کمتر می‌شود. درمان دارویی در بیماران لازم می‌شود که در آنها، خود-درمانی از میزان فوق فراتر رفته باشد. این امر به آن علت است که این میزان مصرف شانس ابتلا به سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو و همچنین ایجاد عوارض ناشی از دارو را تشدید می‌کند. همچنین بیماران که به علت سردرد، ناتوان شده‌اند یا افرادی که در آنها میزان حملات و شدت آن رو به افزایش است نیاز به درمان طبی پیدا می‌کنند. البته این مهم که درمان مناسب مانع تغییر از شکل حمله‌ای به شکل مزمن شود یا هر گونه تاخیری در این روند ایجاد کند، تاکنون ناشناخته مانده است.

• سردرد تنشی را چگونه باید درمان نمود؟

درمان مناسب برای سردرد تنشی، شامل یک درمان حاد برای هر حمله و یک درمان پیشگیرانه برای کاستن از شمار حملات در شرف وقوع است. استفاده همزمان از هر دو نوع درمان، مجاز شمرده شده است.

• درمان حملات مجزا

حملات حاد سردردهای تنشی معمولاً به مسکن‌های ساده جواب می‌دهد. در یک مطالعه شاهددار تصادفی شده، غالب یافته‌ها به نفع اثربخشی آسپیرین خوراکی به میزان ۵۰۰-۱۰۰۰ mg در روز بوده‌اند. در مطالعه دیگری، در ۷۵٪ از شرکت‌کنندگان، علایم بهبود سردرد، دو ساعت بعد از مصرف آسپیرین، گزارش شده و این بهبودی نیز بی‌ارتباط با شدت اولیه سردرد در شروع درمان بوده است. البته داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی که موثر واقع شده‌اند، دارای اثرات جانبی نیز بوده‌اند؛ تحریک مخاط گوارشی و به دنبال آن ایجاد زخم از عوارضی هستند که در درمان با آسپیرین و دیگر داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی، حتی چنانچه گاه به گاه نیز مصرف شوند ممکن است ایجاد گردند. شواهدی که در مورد پاراستامول (استامینوفن) از مطالعات شاهددار تصادفی شده به دست آمده‌اند، نتایج مختلفی داشته‌اند؛ احتمالاً از دارونما موثرتر بوده ولی تاثیر آن کمتر از داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی گزارش شده است. مطالعات شاهددار تصادفی شده، همچنین نشان داده‌اند که داروهای متشکل از ضد درد به همراه کافیین جهت درمان سردرد تنشی مفید واقع شده‌اند. بسیاری از داروهای که برای درمان سردرد تنشی به کار می‌روند، به طور معمول بدون نسخه نیز در دسترس هستند که این امر، نظارت پزشک را بر سیر درمان سردرد مشکل می‌سازد. داروهای خواب‌آور یا اپیوئیدها نباید به طور معمول برای درمان سردرد تنشی استفاده شوند؛ چون سطح هوشیاری و آگاهی فرد را مختل می‌کند و این خود منشا استفاده نادرست و بیش از حد از دارو می‌شود و به دنبال آن علایم نشانگان وابستگی به دارو نمایان می‌گردند. شواهد به دست آمده از مطالعات شاهددار تصادفی شده و همگروهی، نشان داده‌اند که اپیوئیدها خطر مزمن شدن سردرد را بیشتر می‌کنند. نتایج حاصله از یکی از پژوهش‌ها، بیان می‌کند که درمان تمام انواع مصرف بیش از حد دارو، بسیار دشوار بوده و موارد مقاوم به درمان نیز بین آنها، شایع است. البته مسوولیت مهم پزشک در فرآیند مراقبت و درمان بیمار، آمادگی جهت خطر سوء مصرف دارو است که بیمار را تهدید می‌کند.

• درمان پیشگیرانه

لازم است درمان پیشگیرانه روزانه به منظور کنترل سردردهای متناوب و انواع مقاوم به درمان معمول (مسکن‌ها)، به کار گرفته شود. خطر افزایش شمار سردردهای متناوب در طول زمان، مساله‌ای است که به طور جدی باید برای بیماری که حداقل دو حمله در ماه دارد، در نظر گرفته شود؛ البته این خطر، هنگامی که حملات به یکبار در هفته برسد، تشدید می‌گردد؛ باید در نظر داشت که درمان پیشگیرانه در زمانی که بیمار به این سطح از بیماری می‌رسد و البته ترجیحاً قبل از آن، تجویز شود. شواهد بالینی و تجربیاتی که از مطالعات همگروهی و مجموعه موارد به دست آمده، نشان داده‌اند که اثربخشی درمان پیشگیرانه در هنگامی که بیمار همزمان درمان تسکینی بیش از حد دریافت می‌کند، کاهش می‌یابد. با این اوصاف در خیلی از موارد بهتر است قطع موقتی دارو قبل از شروع این نوع درمان صورت گیرد. بهترین شواهد اثربخشی در مطالعات شاهددار تصادفی شده مربوط به آمی‌تریپتیلین با دوز ۷۵-۱۵۰ mg در روز بوده است. این دارو، اضافه بر اثر درمانی که دارد، تندرین عضلانی را نیز کاهش می‌دهد. البته این اثر توسط روش‌های آسوده‌سازی (relaxation) یا استفاده از تیزانیدین (tizanidine)، تقویت می‌گردد. آمی‌تریپتیلین، همچنین برای پیشگیری از میگرن نیز به کار می‌رود؛ پس برای بیماری که هر دو نوع سردرد را تجربه می‌کند، گزینه خوبی خواهد بود. عوارض جانبی معمول آمی‌تریپتیلین شامل: خشکی دهان، خواب‌آلودگی، بی‌خوابی و تاری دید است. افزایش وزن نیز از عوارض شایع آن است که حداکثر در یک چهارم بیماران دیده می‌شود و به نوعی محدودیت در ادامه درمان را مطرح می‌سازد. اثرات مفید آمی‌تریپتیلین روی سردرد، متفاوت از نوع اثر ضد افسردگی آن است و تاثیر درمانی مطلوب نیز با میزان دوز کمتری به نسبت درمان ضد افسردگی حاصل می‌شود. در ضمن، سایر داروهای موثر جهت درمان افسردگی، مانند مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین، روی سردرد تنشی، تاثیر مفید ندارند. در مقایسه با آمی‌تریپتیلین، شواهد محکمی به نفع سایر درمان‌های پیشگیرانه برای سردرد تنشی در دست نیست. بیشترین نتایج موجود، مربوط به کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی شده در زمینه تیزانیدین است که نوعی آگونیست آلفا محسوب می‌شود. این دارو برای درمان سردردهای تنشی مزمن، موثر بوده، سقف دوز روزانه آن، ۱۸ mg است. اثرات جانبی آن خواب‌آلودگی و خشکی دهان است. در یک مطالعه، تاثیر مفید استفاده از ۱۵-۳۰ mg در روز از داروی دیگری به نام میرتازاپین (Mirtazapine) ثابت شده است. مطالعات تصادفی شده شاهددار انجام گرفته در مورد تزریق سم بوتولینوم نوع A به عضلات دور سر، اثر قابل ملاحظه‌ای از آن در درمان سردرد، نشان نداده‌اند.

سایر مطالعات تجربی، نشان داده‌اند هنگامی که درمان‌های پیشگیرانه در یک دوز پایین، شروع شده و به تدریج تا رسیدن به دوز هدف افزایش

داده شود، عوارض جانبی کمتری داشته، پذیرش دارو توسط بیمار را افزایش می دهد. یک روش معمول آن، افزایش دوز در فاصله‌های یک هفته‌ای است. سردرد ذاتا شدت و ضعف از خود نشان می‌دهد، بنابراین حداقل ۲ یا ۳ ماه درمان پیشگیرانه با دوز مطلوب، قبل از قضاوت در مورد نتیجه درمان، لازم به نظر می‌رسد. با ثبت روزانه تغییرات مشاهده شده در شدت و میزان بروز سردرد، به اطمینان مناسبی از اثربخشی درمان انجام شده خواهیم رسید. طول دوره مناسب برای درمان پیشگیرانه ناشناخته است. در غیاب شواهد بالینی، درمان مناسب همان ادامه درمان پیشگیرانه برای ۶ ماه و سپس کاهش دوز همزمان با توجه دقیق به تناوب حملات می‌باشد. اگر سردرد بهبود یابد، می‌توان برای درمانی که مدنظر داشته‌ایم نیز تخفیف قایل شویم.

- آموزش مناسب، توصیه‌هایی جهت بهبود شیوه زندگی و سایر درمان‌های غیر دارویی

هر چند برای اثبات این فرضیه که توصیه‌های تغذیه‌ای و تغییر شیوه زندگی در بهبود سردرد تنشی موثر هستند، مدارک کافی در دست نیست، ولی بهتر است توصیه به تغییر دادن و بهبود شیوه زندگی به طور مداوم به بیمار ارایه گردد. در یک مرور نظام مند، در حداقل ۲ مطالعه در مورد سردرد تنشی و میگرن در مقایسه با گروه شاهد اثرات مثبت در افرادی که بیوفیدیک دریافت نموده بودند، مشاهده شد. در یک بررسی مروری نظام مند در مورد درمان‌های رایج و در دسترس برای سردرد تنشی، نتیجه‌گیری شده که شواهد محکمی دال بر این که چنین روش‌هایی، اثر مثبت در کاهش درد یا تاثیر بر طول دوره معمول سردرد داشته باشند، وجود ندارد؛ تاثیر طب سوزنی بر درمان سردرد، اثر شایان توجهی نبوده، احتمالا با تاثیرات غیراختصاصی همراه بوده است.

- کدام یک از بیماران باید به متخصص ارجاع شوند؟

ارجاع به یک متخصص باید برای بیمارانی که تشخیص سردرد آنها به وضوح معلوم نیست، یا در کسانی که علی رغم آنچه انتظار می‌رود، پاسخ مناسبی نداشته‌اند، لحاظ گردد. بهتر است بیمارانی که به سبب استفاده بیش از حد از دارو، به سردرد عارضه‌دار مبتلا شده‌اند، از لحاظ مشکلات مربوط به قطع دارو، تحت نظارت دقیق پزشک متخصص قرار گیرند. بستری در بیمارستان، به ندرت لازم می‌شود. چنانچه بیماران، قبل از ابتلا به مشکلات مصرف بیش از حد دارو، قبل از تشدید سردردهای روزانه، یا با پیش بینی افزایش احتمال شکست درمان به پزشک متخصص ارجاع گردند به نتایج درمانی مطلوب‌تری خواهیم رسید. در اغلب کشورهای توسعه یافته کلینیک‌های تخصصی سردرد یا واحدهای درمانی مشخص وجود دارند، اما در کشورهای در حال توسعه، چنین مراکزی نادرند. پزشکانی با علایق خاص در درمان سردرد در سراسر دنیا مشغول به کار هستند، هر چند که آموزش و تجربیات آنها کاملا از یکدیگر متفاوت است. در آمریکا، طب سردرد، رشته فوق تخصصی پذیرفته شده‌ای در نورولوژی محسوب می‌شود که برای داوطلبان این رشته، برنامه‌های آموزشی مصوب طراحی شده و مدرک ویژه‌ای در انتها برای آنها منظور شده است.

- پیش‌آگهی سردردهای تنشی چگونه است؟

پیش‌آگهی سردردهای تنشی در عموم جمعیت، خوب است:

۴۵٪ از بزرگسالانی که به سردرد تنشی دچار شده‌اند (از نوع مزمن یا متناوب)، در عرض ۲ سال بهبود یافته‌اند. هر چند، در ۳۹٪ از افراد مورد مطالعه، سردردهای متناوب و در ۱۹٪، سردردهای مزمن، ادامه یافته بود. نتایجی که کمتر امیدوارکننده بوده‌اند، مربوط به همراهی سردرد تنشی با نوع میگرنی آن است. در افراد مجرد و کسانی که اختلالات خواب داشته‌اند، نیز نتایج درمانی مناسب به چشم نمی‌خورد. عوامل پیش‌بینی کننده بهبود شامل موارد زیر است: سن بالاتر و عدم وجود سردرد تنشی از نوع مزمن در ابتدا. پیش‌آگهی در افرادی که نیاز به ملاحظات طبی و اقدامات حمایتی متخصصان سردرد پیدا کرده‌اند، به میزان کافی، مطلوب به نظر نمی‌رسد؛ اما از آن جا که انواع بیماران از کلینیک به کلینیک و از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، قضاوت در مورد این دسته از بیماران کمی دشوار به نظر می‌رسد.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

<http://vista.ir/?view=article&id=318784>

سررد ناگهانی با خوردن بستنی

تصورش را کنید سر ظهر که عرق می ریزید و با یک پیاده روی طولانی زیر آفتاب خسته شده‌اید، ناگهان سر راه تان یک مغازه بستنی فروشی پیدا شود. شما چه می کنید؟ یک عدد بستنی قیفی خنک را می خرید و یک گاز بزرگ به آن می زنید و در همین لحظه ناگهان سرتان تیر می کشد و سررد تیزی را در قسمت پیشانی احساس می کنید، به این می گویند "سررد بستنی‌ای".

این فقط شما نیستید که این سررد حدود ۳۰ تا ۶۰ ثانیه‌ای را پس از خوردن بستنی در یک روز داغ تابستان تجربه کرده‌اید. میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا نیز چنین سرردهایی را تجربه کرده‌اند و از همین جا بوده است که محققان دانشگاه جان‌هاپکینز به فکر افتادند که درباره این سررد و دلایل به وجود آوردن آن توضیح دهند. خلاصه نتایج مطالعات این دانشمندان بسیار جالب است. محققان می گویند، هنگامی که یک خوراکی سرد (مثل بستنی، آب یخ، یخ و...) در هوای گرم با سقف دهان و ته گلوی شما تماس پیدا می کند، موجب بروز سررد ناگهانی می شود. دلیل



آن هم گشاد شدن ناگهانی عروق خونی مغز است.

گشاد شدن عروق به وسیله یک مرکز عصبی در بالای سقف دهان کنترل می شود و موجب می شود، هنگامی که این مرکز عصبی ناگهان سرما را حس می کند، برای گرم کردن مغز اقدام کند. به نظر می رسد این مرکز در اثر احساس یک سرمای ناگهانی، بیش از اندازه فعال می شود و با فرستادن پیامهایی به این عروق، آنها را گشاد می کند تا خون بیشتری به مغز برسد و به همان نسبت گرمای بیشتری در این بخش از بدن به وجود آید.

بنابراین بهترین راه برای اینکه دچار سررد بستنی نشوید و مغزتان یخ نزند، آن است که چیزهای سرد را با سقف دهان تان تماس ندهید. در این صورت شاید مجبور باشید که بستنی را با دهان باز قورت دهید که دیگر آن لذت مزمزه کردن بستنی را در دهان تان حس نخواهید کرد. بنابراین تصمیم با شما ست که سررد را بکنشید یا طعم شیرین بستنی را بچشید.

برخی از محققان هم نظر دیگری دارند. این محققان می گویند این درد از طریق دندان‌ها و سقف دهان شما (کام) در مسیر عصب تری ژمینال (عصب سه قلو) منتقل می شود. عصب تری ژمینال یکی از اعصاب اصلی مغز است که حس دندان‌ها، صورت و زبان را به مغز منتقل می کند. هنگامی که با خوردن یک بستنی سرد و یا نوشیدنی خنک اعصاب حسی موجود در این بخش‌های دهان (دندان‌ها و زبان) ناگهان به شدت تحریک شوند، ممکن است این تحریک به صورت دردی شدید و گذرا در مغز احساس شود. به هر حال برای پیشگیری از این سررد هم راه‌هایی وجود دارد.

راه حل اول این است که بستنی یا نوشیدنی‌های سرد را به آرامی بخورید و فرو دهید. شما می توانید این خوراکی‌های سرد را در بخش جلویی

دهان‌تان پیش از قورت دادن کمی گرم کنید، ولی متخصصان می‌گویند لازم نیست خوردن بستنی را کنار بگذارید. سردرد بستنی، نیاز به درمان ندارد و خود به خود خوب می‌شود. نازک نارنجی نباشید.

• بستنی ارزان یا گران؟

حتماً شما هم دیده‌اید که برخی از بستنی‌ها، گران‌تر از بقیه هستند، البته خوشمزه‌تر نیز هستند. شاید دل‌تان بخواهد بدانید، بستنی‌های ارزان قیمت با بستنی‌های گران‌تر چه تفاوتی دارند؟

بستنی‌هایی که قیمت گران‌تری دارند از مواد اولیه بهتری در آنها استفاده شده است. برای مثال به جای استفاده از وانیل مصنوعی در آنها از وانیل طبیعی استفاده شده است.

تفاوت دیگر که شاید اصلاً فکرتان را هم نکند "هوا" است. در همه بستنی‌ها مقداری هوا وجود دارد و این هوا هنگام مخلوط کردن مواد اولیه بستنی، وارد آن می‌شود. هرچه فرآیند مخلوط کردن مواد اولیه دقیق‌تر انجام شود، هوای نهایی کمتری درون بستنی به جای می‌ماند. بستنی‌های ارزان قیمت‌تر، محتوای هوای بیشتری هستند که گاه به ۵۰ درصد نیز می‌رسد.

ولی خیالتان راحت باشد بستنی‌های صنعتی که در کارخانه‌ها تهیه می‌شوند، به طور معمول هوای کمتری درون خود دارند. فراموش نکنید وجود مقداری هوا درون بستنی برای قوام خامه آن لازم است. می‌گویند یک بستنی خوب بین ۲ تا ۱۵ درصد هوا دارد.

با افزودن هوا به بستنی می‌توان چگالی آن را کاهش داد و به این ترتیب قیمت آن نیز کم می‌شود. این کاری است که برخی از کارخانه‌های تولید کننده بستنی انجام می‌دهند. افزودن هوای بیشتر فایده دیگری هم دارد و آن این است که میزان انرژی و چربی موجود در بستنی را کاهش داده و به این ترتیب آن را به یک "بستنی رژیمی" تبدیل می‌کند.

منبع : ایرانیان انگلستان

<http://vista.ir/?view=article&id=277491>

 **vista.ir**
Online Classified Service

سردرد های ناشی از تغذیه

بسیاری از افراد طی یک دوره طولانی و به صورت مستمر از سردرد رنج می‌برند. آنها به پزشکان مختلف هم مراجعه می‌کنند، اما با کمال ناپاوری متوجه می‌شوند هیچ دلیل فیزیکی خاصی از سوی پزشکان برای سردرد آنها تشخیص داده نشده است.

پزشکان در عین حال داروهای مختلفی را برای درمان این بیماران تجویز می‌کنند و از آنها می‌خواهند تا در زمان احساس درد آن را مصرف کنند.

بیماران نیز در راستای توصیه‌های پزشک مصرف داروها را آغاز می‌کنند اما در میانه راه به این نتیجه می‌رسند که داروهای



تجویز شده فقط درد را آرام می‌کند که آن زمان هم پس از اتمام تأثیر دارو با بازگشت درد مواجه و چه بسا شدت سردرد دو چندان نیز خواهد شد.

بدون تردید کلیه داروها دارای عوارض منفی هستند، لذا باید راه حل بسیاری از بیماریها و از جمله سردرد را در رژیم های غذایی جستجو کرد. تعجب نکنید، ممکن است غذا عامل اصلی سردردهای مزمن افراد باشد، پس بازیگری در غذاهای مصرفی و رژیم غذایی روزانه می تواند عامل مهمی در خلاصی یافتن از شر مهمان ناخوانده ای به نام سردرد باشد. حتی اگر غذا تنها عامل اصلی سردرد نباشد یکی از عوامل مهم آن است، بویژه اگر پزشك معالج هیچ عامل فیزیکی خاصی را در بروز درد تشخیص نداده باشد.

از دیرباز فشارهای عصبی، استرس، کم خوابی، تابش نور فراوان، تغییرات آب و هوایی و بالاخره عطرهای قوی عوامل ایجاد و یا تشدید سردرد تشخیص داده شده اند، اما هنوز بسیاری از مردم نمی دانند که همان غذای معمولی مصرفی شان می تواند عامل سردرد باشد. این در حالی است که توقف مصرف برخی از مواد غذایی می تواند در جلوگیری و درمان قطعی سردرد نقش داشته باشد، بدون اینکه بیمار مجبور به مصرف داروهای مختلف و درگیری با عوارض جانبی آن شده باشد.

البته کارشناسان تغذیه برنامه غذایی خاصی برای درمان سردرد طراحی کرده اند که بر پایه توقف مصرف برخی از خوراکی ها تنظیم شده است. در خلال این برنامه برخی از اصول صحیح تغذیه نیز گنجانده شده است، به طوری که از طریق رعایت برنامه فوق افراد می توانند به راحتی غذاهایی که عامل سردردند را بشناسند.

• چه غذاهایی سردرد می آورند ؟

فهرست غذاهای مؤثر در ایجاد سردرد شامل مجموعه ای بزرگ و متنوع است که در این مجال تنها به آنهایی پرداخته خواهد شد که دارای بیشترین تأثیر هستند، زیرا ممکن است برخی افراد به انواع متنوعی و برخی دیگر به چند نوع جزئی از این غذاها حساسیت داشته باشند. برای اینکه فرد مبتلا به سردرد بتواند از این فهرست استفاده بهینه نماید ابتدا باید داروهای مصرفی سردرد خود را قطع کند و سپس بتدریج انواع غذاهای مؤثر در ایجاد سردرد را کنار بگذارد تا بیماری او رفته رفته و به طور کامل بهبود یابد. او باید پس از این مرحله و بتدریج مصرف غذاهای ممنوع را یکی پس از دیگری آغاز کند تا بدین وسیله نوع خاص غذایی را که به آن حساسیت دارد بیابد.

البته باید به هر غذایی برای اینکه تأثیرش را نشان دهد فرصت داد زیرا تأثیر آنی در ایجاد سردرد معمولاً ۷ ساعت و یا بیشتر پس از زمان مصرف غذا مشخص خواهد شد. ممنوعیت هایی هم که در زیر آمده برای کسانی است که سردردهای ناشی از مواد غذایی دارند، نه همه افراد؛

- سبزیجات ممنوع:

حبوبات (عدس، لوبیا، ماش) انواع ترشی، فلفل های بسیار تند، زیتون.

- سبزیجات مجاز:

دیگر انواع سبزیجات به صورت کنسرو، خشك و یا فریزر شده، و آب این سبزیجات.

البته به خاطر داشته باشید که مصرف گوچه فرنگی و پیاز را در طول روز به نصف برسانید.

- میوه های ممنوع:

انواع خشکبار، بخصوص انجیر و خرماي خشك

- میوه های مجاز:

انواع تازه دیگر میوه ها، کنسرو و یا منجمد شده آنها و آب میوه ها.

توجه داشته باشید مصرف نارنگی، پرتقال، لیمو، گریپ فروت، موز، آناناس را به نصف فنجان در روز برسانید.

- انواع نان:

هر گونه محصولی که محتوی خمیر تازه بوده و مستقیماً از فر خارج شده باشد که این نوع خمیر در اغلب نانها انواع پیتزا و شیرینی ها یافت می شود.

شما می توانید نان باگت را به شرطی که يك روز کامل از پخت آن گذشته باشد مصرف کنید. همچنین مصرف نانهای که از آرد سفید یا گندم کامل تهیه شده باشد و همچنین نان فرانسوی و ایتالیایی مجاز می باشد.

همچنین گرم کردن دوباره این نانها مانعی ندارد، به شرطی که محتوی آن خامه، کره و شکلات نداشته باشند.

- لبنیات و تخم مرغ:

انواع پنیر، شیرهای پرچرب، شکلاتهای شیری و سرشیر سردرد می آورند.

اما شما می توانید تخم مرغ، شیر بدون چربی، پنیر خامه ای و ماست بدون چرب را به مقدار نصف فنجان در هر روز مصرف کنید.

- نوشیدنی ها:

مصرف آب میوه و سبزیجات نوشیدنیهای بدون کافئین و بدون قندهای صنعتی و مصرف چای، قهوه روزانه ۲ فنجان در روز مجاز است.

- انواع شیرینی:

مصرف شکلاتها، بستنی و شیرینی هایی که محتوی خشکبار و یا خامه باشند، ممنوع است در عوض مصرف کیک، بیسکویت و میان وعده های شبیه به این دو، به شرطی که محتوی مواد ممنوعه نباشند بلامانع است.

توجه داشته باشید مصرف موادی مثل سس سویا و سرکه بجز سرکه سیب و سرکه سفید نیز ممنوع است. همچنین مصرف جوز هندی، سس مایونز، روغن زیتون و افزودنیهای محتوی سرکه توصیه نمی شود.

اما مصرف انواع مربا و عسل بلامانع است.

مصرف انواع خاویار، گوشت های بسته بندی شده، دل و قلوه ممنوع است.

انواع گوشت تازه، مرغ و ماهی چه به صورت تازه و چه کنسرو شده، بدون اشکال است.

لازم است، بدانید ذکر نکات فوق و نام بردن از انواع غذاهای ممنوع و مجاز به این معنی نیست که غذا تنها عامل سردرد است، اما مشورت با پزشک برای شناخت دلیل اصلی این عارضه بسیار اهمیت دارد.

رعایت رژیم غذایی مذکور در صورتی به شما توصیه می شود که پزشک معالج هیچ عامل فیزیکی برای بیماری پیدا نکرده باشد.

متأسفانه تحلیل پزشکی مشخصی در مورد تأثیر برخی غذاها بر ایجاد سردرد وجود ندارد، لذا نمی توان چنین نظریه ای را به طور قطع اعلام کرد، اما فرد می تواند با هوشیاری و با برقراری ارتباط بین غذاهای مصرفی و نوبتهای سردردش در درمان بیماری خود موفق عمل کند.

▪ چرا برخی غذاها سردرد می آورند؟

- در واقع تمام غذاهای مؤثر در ایجاد سردرد نقطه مشترکی ندارند، اما برخی معتقدند که سردردهای ناشی از غذا از وجود حساسیت در فرد نشأت می گیرد که این نظریه مورد توافق بیشتر کارشناسان نیست.

آنان می گویند: این مواد غذایی محتوی مواد خاصی هستند که عامل سردرد را نیز تشکیل می دهند که این مواد یا از طریق تغییر در مقدار سیروتین مغز و یا از راه تأثیرگذاری بر مویرگهای مغزی تأثیر خود را بروز می دهند.

در مجموع اغلب کارشناسان مشروبات الکلی را از عوامل اصلی بروز سردرد تشخیص داده اند و مصرف قهوه را البته به مقدار کافی و معقول یک درمان طبی خوب و مؤثر برای سردرد می دانند که باید توجه داشت در مصرف آن زیاده روی نشود، چون زیاده روی در مصرف قهوه خود عامل سردرد می باشد.

دلیل این مسأله نیز از وجود کافئین در قهوه ناشی می شود، چون کافئین به عنوان یک عامل ایجاد سردرد تشخیص داده شده است.

پس باید به این جمله ایمان داشت که غذا خود درمان است، اگر مصرف آن صحیح باشد.

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

<http://vista.ir/?view=article&id=271572>

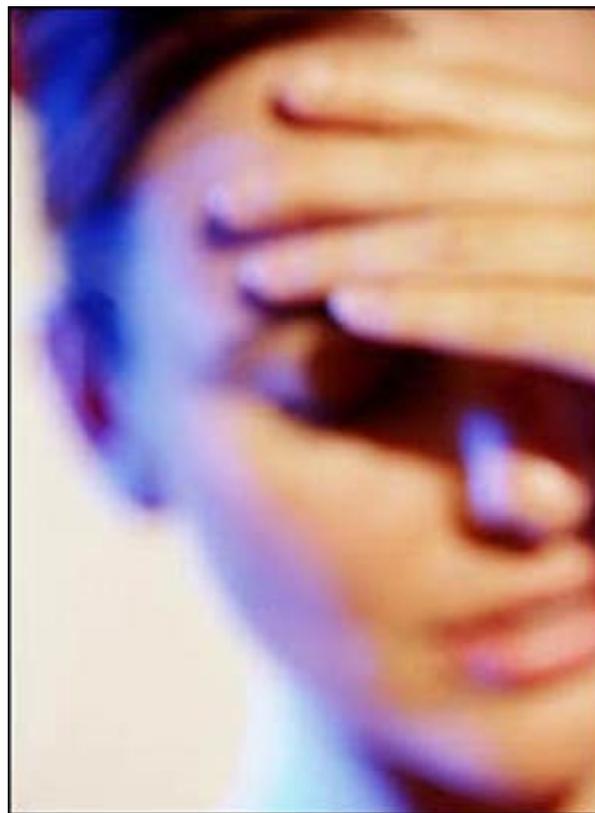
 **vista.ir**
Online Classified Service

سردرد یک ارثیه خانوادگی برای زنان

یک دختر ۱۳ ساله، چند روزی است که صبح با سردردی شدید بیدار می شود و نمی تواند در کلاس درس چندان خوب عمل کند. خانمی ۳۴ ساله و مدیر یک شرکت پرکار، یک هفته در ماه گروه کارکنان خود را تنها می گذارد. این دو چه وجه مشترکی دارند؟ هردو آنها از میگرن شدیدی که با تغییرات هورمونی آغاز می شود، رنج می برند و به احتمال بسیار آنها در اعضای خانواده خود نیز افرادی مبتلا به میگرن دارند.

سردرد، به خصوص انواعی از آن مانند میگرن و سردردهای خوشه ای که شدید و مزمن هستند، می تواند بسیار ناتوان کننده باشد. حتی سردردهای تنشی که نوع ملایم تر این مشکل به شمار می روند نیز می توانند شخص مبتلا را وادار کنند که به گوشه تاریکی پناه برده و همان جا بماند. در حالی که ما هنوز باید در زمینه علل سردرد چیزهای بسیاری را کشف کرده و بیاموزیم، اما در این حد می دانیم که بسیاری از انواع سردرد، به جنسیت و توارث بستگی دارد. این ارتباط به خصوص درباره میگرن، به شدت صادق است.

به گفته استفن سیلبرستین (Silderstein Stephen) استاد عصب شناسی: «به طور کلی، تعداد مبتلایان به میگرن در زنان سه برابر مردان است و بیشتر این زنان دارای خویشاوند درجه یکی هستند که به میگرن



مبتلاست. این مشکل در نتیجه ترکیبی از ژنتیک و هورمونها بروز می کند.»

• نقش هورمونها در این میان چیست؟

اگر شدیداً میل به خوردن شیرینی دارید و بی حوصله و بدخلق هستید، به اطرافیان خود تذکر بدهید دور و بر شما نپایند. زیرا عادت ماهانه شما به زودی شروع خواهد شد و احتمالاً با یک میگرن همراه است.

میگرن در اکثر موارد زنان را در دوره بین بلوغ و یائسگی تحت تاثیر قرار می دهد و بیش از همه در زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله دیده می شود. یکی از دلایل این حالت هورمون ها، به خصوص استروژن (estrogen) هستند که نقشی عمده در بروز میگرن بر عهده دارند. به گفته سیلبرستین «آنچه موجب سردرد می شود، کاهش استروژن است نه افزایش آن. میزان بالای هورمون نیز در صورت ثابت بودن مشکلی ایجاد نمی کند، بلکه افت و خیز مقدار هورمون مشکل آفرین است.»

بیش از نیمی از زنان مبتلا به میگرن اظهار داشته اند که سردردهای آنان با دوران عادت ماهیانه مرتبط است. میزان شیوع این سردرد در دختران و پسران تا زمانی که دختران به سن بلوغ می رسند، یکسان است. پس از بلوغ، تعداد بروز سردردهای یک زن مبتلا به میگرن بیش از مردی که سابقه میگرن دارد، خواهد بود و تا زمانیکه زن یائسه شود، این الگو همچنان ادامه خواهد یافت.

نوسانات هورمونی که در دوران زندگی زنان رخ می دهد می تواند موجب میگرن های بیشتر شوند. تغییر میزان هورمون مرتبط با روزهای قبل از آغاز هر دوره عادت ماهانه می تواند حملات میگرنی را بدتر کند، تغییرات هورمونی در دوره بارداری نیز چنین تاثیری دارد. بسیاری از زنان مستعد میگرن، درست پس از تولد فرزندشان و زمانی که میزان هورمون به حالت عادی برمی گردد، دچار حملات میگرن می شوند.

برعکس، استفاده از قرص های کنترل بارداری می تواند سطح هورمون بدن را ثابت نگهداشته و با این کار موجب کاهش تعداد سردردهای میگرنی شود. به گفته سیلبرستین، درمان های جایگزینی هورمون نیز می تواند بر میزان دفعات و شدت میگرن تاثیر بگذارد. زنانی که از قرص های داروهای هورمون درمانی یا HRT استفاده می کنند، بیشتر دچار میگرن می شوند زیرا سطح هورمون بدن آنها دچار افت و خیز ناگهانی و شدید می شود. اما زنانی که HRT را از طریق برچسب های روی پوست دریافت می کنند، روزانه میزان مشخصی هورمون دریافت کرده و تعداد و شدت میگرن در آنها افزایش نمی یابد.

• وراثت نیز عامل سردرد است

اگر مادر یا عمه شما دچار میگرن باشند، احتمال اینکه شما نیز به این مشکل مبتلا باشید، وجود دارد. بسیاری از افراد دچار میگرن، در این زمینه دارای سابقه خانوادگی هستند در نتیجه چنین تصور می شود که عامل وراثت در اینجا بسیار موثر است.

این امر به خصوص در مورد میگرن هایی که با نشانه های بصری یا «پیش درآمد» آغاز می شوند، صادق است. به گفته سیلبرستین هرچند تنها ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به میگرن دچار حالت پیش درآمد می شوند، اما «عامل ژنتیک در میگرن های دارای پیش درآمد نقش بسیار مهم تری از انواع معمولی آن دارد.»

این نظر وجود دارد که افراد مبتلا به میگرن، ژنهای غیرعادی که مسوول کنترل سلول های خاصی از مغز هستند را به ارث می برند. میگرن های همراه با پیش درآمد، شخص مبتلا قبل از آغاز سردرد، نورهای موج یا لکه هایی را می بیند که به مدت محدودی او را دچار نابینایی نقطه ای می کنند یا به کلی دید او را از بین می برند.

• سردردهای خوشه ای و تنشی

ما تمام مدت درباره میگرن چیزهایی می شنویم، اما درباره سردردهای تنشی و خوشه ای چندان صحبت نمی شود. این دو نوع عمده دیگر سردرد نیز می توانند کاملا ناتوان کننده باشند. سردردهای تنشی از شیوع بیشتری برخوردارند و هر دو این سردردها با جنسیت و ساختار شیمیایی مغز در ارتباطند.

بسیاری از افراد سردردهای تنشی را تجربه کرده اند. دردی خفیف یا معتدل که با انقباض شقیقه ها، پیشانی، پشت سر و گردن همراه است. سردردهای تنشی می توانند به قدری مکرر شوند که شخص هر روز به آن دچار باشد، اما آنها کمتر از موارد دیگر ناتوان کننده بوده و با مسکن های معمولی قابل درمان هستند. زنان بیش از مردان به این سردردها دچار می شوند و احتمال وجود این بیماری در خانواده افرادی که به این سردرد مبتلا هستند، ۴۰ درصد بیش از دیگران است.

سردردهای خوشه ای، شیوع کمتری دارند اما در مردان بیشتر به وجود آمده و می توانند کاملا ناتوان کننده باشند. به گفته سیلبرستین «این سردردها را سردرد خودکشی می نامند زیرا درد آن به حدی شدید است که شخص به مرز خودکشی می رسد». تعدد سردردهای خوشه ای تنها به اندازه کسری از تعداد میگرن های موجود است، اما همین تعداد نیز در مردان سه تا چهار مرتبه بیشتر دیده می شود و دلیل آن نیز هنوز مشخص نشده است.

این سردرد در اثر التهاب رگ های مغز ایجاد می شود و بر خلاف میگرن که می تواند روزها ادامه داشته باشد، سردردهای خوشه ای تنها به مدت ۳۰ دقیقه یا یک ساعت به شدت بروز کرده و سپس از بین می روند. آنها به طور ناگهانی و در یک زنجیره یا خوشه، آغاز شده و سپس به مدتی طولانی هیچ خبری از آنها نمی شود. برای تشخیصی که دارای مشکل مزمن هستند، روش های پیشگیری وجود دارد. این سردردها ارتباطی با نوسانات هورمونی ندارند.

• محرک های سردرد

اگر از دسته افراد مستعد ابتلا به سردرد هستید، صرف نظر از جنسیت یا زمینه ارثی، کاستن از میزان تنش در زندگی عاملی بسیار تعیین کننده و گامی اساسی برای دوری از چنین مشکلی است. به گفته سیلبرستین: «تنش محرکی برای هر نوع مشکل جسمی، از جمله میگرن، به شمار می رود. اما دلیل اصلی آنها نیست.» تنش در زندگی روزانه، مانند سر و سامان دادن به برنامه کاری بسیار فشرده و متنوع، یک عامل محرک سردرد است و نسخه رایج و مفید برای کاهش استرس همان ورد همیشگی است: غذای سالم، میوه، سبزیجات و آب فراوان، ۳۰ دقیقه ورزش روزانه، انجام تمرینات آرام بخش و تمدد اعصاب مانند یوگا و خواب کافی.

سیلبرستین برای بهره مند شدن از سلامت بیشتر، توصیه هایی ساده دارد: "سیگار را ترک کنید، روزه های طولانی و بی وقفه نگیرید (منظور روزه هایی مانند روزه آب، یا چند روز غذا نخوردن است)، هر شب در یک زمان مشخص به بستر بروید و غذاهایی حاوی مواد نگهدارنده مصرف نکنید." پس، این بار در زمانی که به استراحت نیاز دارید، کتاب خوبی برداشته و در جایی آرام بنشینید. یک موسیقی ملایم بشنوید. از سردرد خود به عنوان بهانه ای برای ولخرجی استفاده کرده و بهترین غذای سبک و نوشیدنی ممکن را تهیه کرده و شبی آرامش بخش را پشت سر بگذارید.

منبع : روزنامه مردم سالاری

<http://vista.ir/?view=article&id=288287>

سرگیجه Vertigo

سرگیجه از شکایات شایع بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پزشکی است و عبارت است از حالتی که بیمار احساس می‌کند محیط پیرامون او گرد سرش می‌چرخد و یا اگر چشم‌هایش را ببندد، می‌پندارد که خودش به دور محیط می‌گردد.

سرگیجه به دو نوع واقعی (Vertigo) و سرگیجه غیرواقعی، کاذب یا (Dizziness (Pseudo Vertigo) تقسیم می‌گردد. در سرگیجه واقعی بیماران احساس دوران را به صورت مختلف بیان می‌کنند نظیر احساس چرخش بیمار در محیط یا چرخش محیط اطراف، کشیده شدن به یک سمت، آمدن اشیاء موجود در محیط به طرف فرد. شکایت بیمار در سرگیجه غیرواقعی به شکل احساس



منگی، سیاهی رفتن چشم، سبک شدن سر، احساس پری در سر و ترس در شرف افتادن می‌باشد. سرگیجه‌های واقعی نباید با عدم تعادل هنگام راه رفتن که ناشی از آسیب‌های مخچه‌ای است، اشتباه گردد.

کانون‌های آناتومیکی که اختلال آنها موجب سرگیجه می‌گردد، عبارتند از:

▪ دستگاه تعادلی در گوش داخلی

▪ چشم‌ها

▪ ساقه مغز

▪ مخچه

▪ قطعه گیجگاهی مغز سرگیجه از نظر محل آسیب به دو نوع سرگیجه‌های محیطی و سرگیجه‌های مرکزی تقسیم می‌گردد. سرگیجه‌های محیطی بر اثر آسیب‌های گوش داخلی یعنی دستگاه تعادلی رخ می‌دهد و سرگیجه‌های مرکزی به دلیل گرفتاری ساقه مغز، مخچه و با راه‌های ارتباطی بین آنها ایجاد می‌شود. شایعترین علت سرگیجه‌های غیرواقعی یا Dizziness، اضطراب و افسردگی است.

بیماری‌های داخلی نظیر کم‌خونی، نامنظمی‌های ریتم قلب، کاهش قندخون، سرفه‌های مکرر یا اختلالات ریوی، کاهش فشارخون وضعیتی (سیاهی رفتن چشم هنگام سریع بلند شدن از وضعیت نشسته یا خوابیده) موجب Dizziness یا سرگیجه غیرواقعی می‌گردند.

• خصوصیات سرگیجه‌های محیطی

(۱) سرگیجه‌های محیطی به مراتب شدیدتر از نوع مرکزی هستند و تهوع و استفراغ در آنها بارزتر است.

(۲) در سرگیجه‌های محیطی تغییر وضعیت سر موجب تشدید سرگیجه می‌گردد.

(۳) در سرگیجه‌های محیطی در معاینه بیمار علائم عصبی مانند دوپینی، افتادگی پلک‌ها، عدم تقارن صورت، بی‌قوتی اندام‌های یک سمت بدن دیده نمی‌شود و وجود علائم عصبی دلالت بر مرکزی بودن سرگیجه است.

(۴) طول مدت سرگیجه در سرگیجه‌های محیطی کوتاه‌تر است.

(۵) سرگیجه‌های محیطی گاهی با علائم شنوایی نظیر وزوز گوش و یا کاهش شنوایی همراه هستند.

• انواع سرگیجه‌های محیطی

(۱) سرگیجه وضعیتی خوش‌خیم:

این نوع سرگیجه معمولاً در افراد میانسال و سالخورده دیده می‌شود و هنگامی که بیمار وضعیت‌های خاصی به سر و گردن خود می‌دهد، دچار سرگیجه‌های زودگذر همراه با تهوع می‌شود. ممکن است سرگیجه در حالت خوابیده و هنگام این پهلو و آن پهلو شدن و یا زمانی که بیمار خم و راست می‌گردد، بروز نماید.

طول مدت این نوع سرگیجه چند ثانیه است، این نوع سرگیجه خوش‌خیم است ولی گاهی تا ماه‌ها پایدار می‌ماند. این نوع سرگیجه در موارد خفیف نیاز به درمان ندارد ولی در صورتیکه بیمار از حملات پی در پی سرگیجه ناراحت باشد، می‌توان از داروهای ضد سرگیجه مثل دیمن‌هیدرینات و بتاهستین استفاده نمود.

(۲) بیماری مینر (Menier):

این نوع سرگیجه در دهه چهارم تا پنجم عمر آغاز می‌گردد. بیمار دچار سرگیجه‌های شدید همراه با وزوز گوش و کاهش شنوایی می‌گردد. سرگیجه حالت حمله‌ای و دوره‌ای دارد و در فواصل بین حملات، سرگیجه بیمار بدون علامت می‌باشد. فاصله بین حملات ممکن است چند هفته تا چند ماه باشد و با عود مکرر آنها کاهش شنوایی بیشتر می‌شود تا اینکه کری کامل بروز کند. درمان شامل استراحت در زمان حمله، رژیم غذایی کم‌نمک و تجویز دیمن‌هیدرینات و بتاهستین و در موارد شدید استفاده از جراحی گوش داخلی می‌باشد.

(۳) لابیرنتیت حاد یا وستیبولیت (Labyrinthitis):

این نوع سرگیجه در جوان‌ها شایع‌تر است و در این حالت بیمار دچار سرگیجه‌های شدید، ناگهانی همراه با حالت تهوع و استفراغ می‌شود. این نوع سرگیجه با حرکات سر تشدید می‌شود، همراه با کاهش شنوایی هستند، خوش‌خیم است و چند روز طول می‌کشد. علت این بیماری ناشناخته است ولی شاید عوامل ویروسی در آن دخیل باشد. معاینه بالینی بیمار طبیعی است و بیمار بدون پیامد، بهبود کامل می‌یابد. درمان شامل استراحت کامل و مصرف داروهای ضد سرگیجه است.

• انواع سرگیجه‌های مرکزی

(۱) سرگیجه ناشی از کم‌خونی گذرای مغزی: کم‌خونی یا ایسکمی گذرای شریان مهره‌ای موجب سرگیجه همراه با عدم تعادل و دوپینی می‌گردد. این نوع سرگیجه ناشی از آسیب عروق پسین مغز است و بیماران معمولاً سالخورده هستند و زمینه‌های مساعدکننده نظیر بالا بودن چربی‌های خون، پرفشاری خون، عادت به سیگار و بیماری قند معمولاً وجود دارد.

(۲) خونریزی مخچه و انفارکت مخچه: در این حالت بیمار علاوه بر سرگیجه دچار عدم تعادل و اختلال گفتاری می‌شود. سرگیجه ناشی از خونریزی مخچه معمولاً در افراد مسن با سابقه پرفشاری خون دیده می‌شود.

(۳) سرگیجه با منشاء منژ مغز: آسیب‌های فوقانی خلفی قطعه گیجگاهی مغز بر اثر حوادث عروقی مغز، تومورهای مغزی، ضربه و پلاک‌های ناشی از آسیب میلین موجب این نوع سرگیجه می‌شوند، در این حالت سرگیجه بیشتر ماهیت صرع (تشنج) داشته و بیمار دچار یک سرگیجه ناگهانی و کوتاه مدت به صورت احساس چرخش می‌شود و متعاقباً به مدت یک تا دو دقیقه خواب‌آلود به نظر می‌رسد.

(۴) میگرن با منشاء شریان قاعده‌ای ساقه مغز: در این نوع میگرن بیمار به جای سردرد ابتدا دچار سرگیجه، عدم تعادل و احساس کرختی اطراف دهان و اندام‌ها می‌شود و پس از ۲۰ - ۱۰ دقیقه دچار سردرد ضربان‌دار ناحیه پس‌سری می‌شود.

• سرگیجه بعد از ضربه‌های مغزی:

بعد از ضربه‌های مجموعه‌ای انواعی از سرگیجه می‌تواند رخ دهد که یا به صورت حاد و شدید می‌باشد و یا چند روز تا چند هفته بعد به صورت حملات کوتاه مدت و مکرر سرگیجه که با تغییر وضعیت سر ایجاد می‌شود نمایان می‌گردد. در صورتی که ضربه مغزی همراه با شکستگی استخوان گوش داخلی باشد، سرگیجه همراه علائم شنوایی است.

• نکات مهم هنگام برخورد با بیمار مبتلا به سرگیجه

▪ در بیمار دچار سرگیجه سوالات زیر پرسیده می‌شود:

(۱) تاریخچه مصرف دارو: بعضی داروها نظیر داروهای ضد صرع سبب سرگیجه می‌شوند.

(۲) پیشینه ضربه مغزی: پیامد ضربه‌های مغزی به صورت سرگیجه‌های چند ثانیه‌ای است که با تغییر وضعیت سر بروز می‌کند.

۳) سابقه فشارخون بالا و مرض قند (دیابت): در مبتلایان به پر فشاری خون و یا دیابت خطر ایسکمی گردش خون پسین مغز وجود دارد که پیامد آن حملات سرگیجه است.

۴) طول مدت سرگیجه: از نکات مهمی است که به تشخیص علت سرگیجه کمک می‌نماید.

۵) پرسش درباره شنوایی و وزوز گوش.

۶) نشانه‌های همراه سرگیجه: در سرگیجه‌های مرکزی، بیمار علاوه بر سرگیجه دچار دوبینی، مشکل گفتاری و عدم تعادل است و در سرگیجه‌های محیطی شایع‌ترین علائم همراه تهوع و استفراغ است.

۷) سن بیمار: در افراد سالخورده دچار آرتروز گردن ممکن است حرکات گردن موجب سرگیجه گردد. بررسی‌های آزمایشگاهی در بیمار دچار سرگیجه

با توجه به نشانه‌های بالینی، آزمایش‌های تشخیصی زیر در بیمار دچار سرگیجه درخواست می‌گردد:

۱) شنوایی سنجی

۲) پرتونگاری از گوش داخلی

۳) سی‌تی‌اسکن مغز

۴) ام.آر.آی (M.R.I) مغز

۵) الکتروانسفالوگرام (EEG) یا نوار مغز

۶) الکترونویستاگموگرام

۷) پتانسیل‌های فراخوانده بینایی و شنوایی (Evoked potentials).

منبع : فصلنامه پزشکی اجتماعی هوم

<http://vista.ir/?view=article&id=275043>

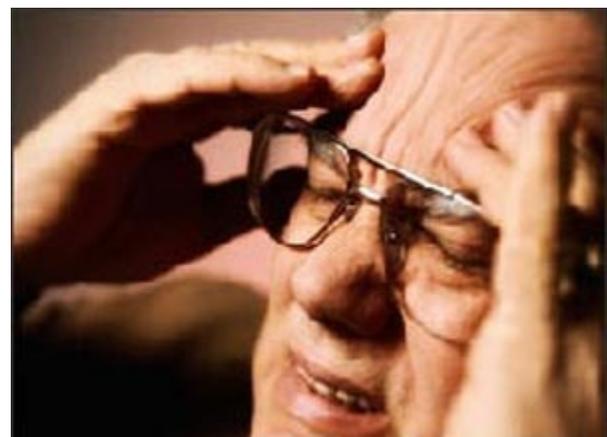
 **vista.ir**
Online Classified Service

سری را که درد می‌کند...

چشم‌هاش قرمز بود و دلش می‌خواست با زمین و زمان بجنگد: «امروز از صبح با سردرد از خواب بیدار شدم، وقتی بلند شدم، انگار یک بسته سیمان به جای سر رو تنم گذاشته بودند، این سردردها امانم را بریده است.»

هرکدام از همکارها درمانی برای سردرد او تجویز می‌کردند، یکی می‌گفت: قند خونت پایین است، کمی مواد قندی بخور خوب می‌شوی. یکی می‌گفت: از اعصاب است، چند روز برو سفر سردردهایت از بین می‌رود. یکی دیگر هم ادعا می‌کرد این دردهای میگرنی است و درمانی ندارد.

سردرد از قدیمی‌ترین بیماری‌هایی است که گریبان آدمی را گرفته است. این درد می‌تواند ریشه‌ها و دلایل مختلف، از استرس گرفته تا رژیم غذایی نامناسب و سایر عوامل داشته باشد. اما بدون توجه به علت آن باید گفت سردرد یکی از ناراحت‌کننده‌ترین دردها است که گاهی تا قسمت‌های



پشت سر و حتی گردن هم نفوذ می‌کند.

• انواع سردرد

سردرد به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. سردردهای اولیه عبارتند از: میگرن، سردرد خوشه‌ای و سردرد مزمن روزانه، سردردهای ثانویه هم شامل سردردهایی هستند که علل و پاتولوژی‌های متعدد دارند.

(۱) سردردهای اولیه

• میگرن:

یکی از شایع‌ترین انواع سردرد است که معمولاً به تدریج شروع می‌شود، بیشتر یک طرفه است و ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد. میگرن با زمینه ارثی از هنگام کودکی و نوجوانی، با سردرد ضربان‌دار و گاهی همراه تهوع و استفراغ و در بیشتر موارد بدون پیش‌درآمد (مقدمه) است. بیشتر اوقات، پیش‌درآمد میگرن به صورت اختلالات بینایی (مثل تاری دید)، یا در اندام‌ها به صورت احساس کرختی و یا به صورت سرگیجه بروز می‌کند و این نوع سردرد با تابش نور، تشدید می‌شود. شروع میگرن می‌تواند از ناحیه گیجگاهی، پیشانی یا پشت سر باشد. اغلب افراد میگرنی شخصیتی وسواسی و تحریک‌پذیر دارند. بیشتر افرادی که دچار سردردهای میگرنی می‌شوند، علائمی مثل سردرد یک‌طرفه و ضربان‌دار، تشدید سردرد با راه رفتن و انجام فعالیت‌های روزمره، تهوع، استفراغ یا هر دو و یا ترس و گریز از نور یا صدا را دارند.

• سردرد خوشه‌ای:

این نوع سردرد بیشتر در مردان شایع است و مثل میگرن معمولاً یک‌طرفه و شدید است و حدود ۲۰ دقیقه تا سه ساعت طول می‌کشد. بیشتر، نیمه‌شب و اول صبح‌ها شروع می‌شود و بیمار را بیقرار می‌کند. سردردهای خوشه‌ای نشانه‌های عصبی مثل اشک‌ریزش، احتقان و آبریزش بینی و گاهی برافروختگی چهره را همراه دارد.

• سردرد مزمن روزانه:

این نوع سردرد معمولاً دوطرفه و همه‌گیرتر است. ضربان‌دار نیست و تهوع و استفراغ هم ندارد. اما افسردگی و اضطراب نقش بارزی در این نوع سردردها دارند. این سردرد بیشتر میانسالان را گرفتار می‌کند.

(۲) سردردهای ثانویه

بسیاری از اختلالات بدن ممکن است به سردرد منجر شود. گاهی هم سردرد علامت بروز بیماری‌هایی مثل: اختلالات بینایی، بیماری‌های عروقی، خونریزی در نواحی مختلف مغز، اختلالات شریانی و وریدی مننژیت، آنسفالیت، آبسه‌های مغزی، سینوزیت، زونا، عفونت‌های سیستمیک و موارد مشابه. انواع مسمومیت با مواد غذایی و یا مواد شیمیایی نیز باعث بروز سردرد می‌شود.

• عوامل مستعدکننده سردرد

- غلط نشستن باعث انحراف ستون فقرات و فشار به مهره‌های گردن و در نتیجه باعث سردرد می‌شود.

- مصرف بی‌رویه قرص‌های مسکن، یکی از عوامل بروز سردرد است.

- کاهش آب بدن موجب خشک شدن سلول‌ها و بروز سردرد می‌شود. نوشیدن آب فراوان علاوه بر مزایای زیادی که دارد، از بروز بعضی سردردها هم جلوگیری می‌کند.

- بعضی از غذاها و نوشیدنی‌ها که حاوی تیرامین هستند، مثل پنیر (به خصوص پنیر مانده)، گوشت و نوشیدنی‌های تخمیر شده و همچنین غذاهای حاوی سولفیت مانند غذاهای کنسرو شده، سوسیس، کالباس و سایر گوشت‌های فراوری شده، باعث تشدید یا بروز سردرد در برخی افراد می‌شود. افرادی که زیاد به سردرد مبتلا می‌شوند، به مرور زمان و کمی دقت، متوجه می‌شوند که پس از خوردن چه نوع غذاهایی بیشتر دچار سردرد می‌شوند و می‌توانند با خودداری از مصرف این‌گونه مواد غذایی، از بروز آن پیشگیری کنند. توصیه می‌شود موقع سردرد، از مصرف موارد ذکر شده و زیاده‌روی در مصرف چای، قهوه و نوشیدنی‌های کافئین‌دار پرهیز شود.

- اگر هوای محیط کار و منزل، به بخارات مواد شوینده و رنگ آلوده باشد، بیشتر مواقع باعث سردرد می‌شود. بهتر است در این حالت پنجره‌ها را باز کرده و هوای تازه تنفس کنید.

- یکی از عوامل اصلی ایجاد سردرد، بی‌خوابی یا خواب نامنظم است. برنامه‌ریزی برای زمان خواب و استفاده از محل مناسب از نظر نور و وسایل خواب می‌تواند در خوب خوابیدن موثر باشد. حتی اگر فرصت کافی برای خواب ندارید، سعی کنید زمان آن را منظم کنید و به آن پایبند باشید. گاهی

حتی ارتفاع نامناسب بالش و یا بد قرارگرفتن سر در روی آن باعث سردرد می‌شود. پس بالش‌های مناسب‌تر را برای خواب امتحان کنید.

- استرس یکی از مهم‌ترین عوامل بروز سردرد است. برخی افراد هنگامی که مضطرب و نگران هستند، خیلی زود دچار سردرد می‌شوند و برخی دیگر، پس از سپری شدن دوران استرس.

- بعضی از خانواده‌ها برای ابتلا به سردرد مستعدتر هستند و انواع سردردها در افراد این خانواده‌ها مشاهده می‌شود.

- تغییرات هورمونی در برخی خانمها (به خصوص در روزهای نزدیک به عادت ماهیانه) باعث بروز سردرد می‌شود.

- افرادی که رژیم‌های غذایی سخت می‌گیرند و یا خود را به کم‌خوری عادت می‌دهند، ممکن است به سادگی دچار سردرد شوند، قند خون این افراد معمولاً پایین است.

• راه‌کارهایی برای کنترل سردرد

- استفاده از کیسه یخ روی سر یا شستن صورت با آب خنک؛
- استراحت در یک اتاق آرام و نیمه تاریک؛
- قرار دادن دو عدد بالش در دو طرف سر؛
- دوری از محیط‌های پر سر و صدا و بوهای تند و آزاردهنده مثل عطرها، تند یا دود سیگار و قلیان؛
- نرمش و پیاده‌روی در روزهای عادی برای تقویت جسم و پیشگیری از بروز سردرد؛
- اجتناب از رانندگی و کار با وسایل و ماشین‌های خطرناک، موقع بروز سردرد؛
- پرهیز از خوردن مواد غذایی که باعث شروع یا تشدید سردرد می‌شود؛
- دوری از شرایط و محیط‌های استرس‌زا؛
- استفاده از دم کرده گل گاوزبان و بابونه برای کاهش درد.

• سردردهای اورژانسی

- در هنگام بروز این علائم و موارد حتماً به پزشک مراجعه کنید:
- هنگامی که اولین سردرد شدید را در سن بالای ۴۰ سال تجربه کرده‌اید؛
 - هنگامی که علائم شروع سردرد در شما، به طور ناگهانی تغییر کرد؛
 - هنگامی که اولین سردرد شدید شما به طور ناگهانی (در عرض یک دو تا دقیقه) بروز کرد؛
 - هنگامی که سردرد شما با تب، استفراغ و بثورات پوستی شدید همراه شد؛
 - هنگامی که سردرد شما با وجود مصرف مسکن‌ها و ایجاد شرایط مناسب شدیدتر شد.

منبع : روزنامه تهران امروز

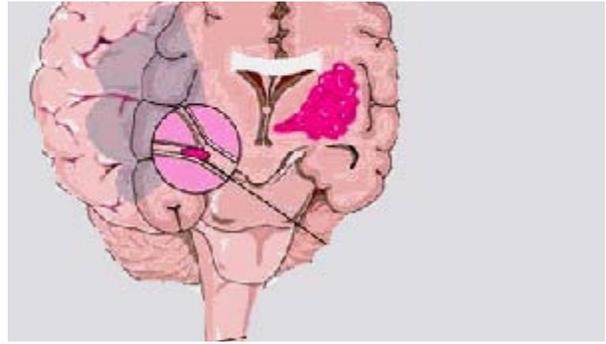
<http://vista.ir/?view=article&id=286903>

 **vista.ir**
Online Classified Service

سکته مغزی ایسکمیک و سکته مغزی خونریزی دهنده

دو نوع سکته مغزی وجود دارد:
(۱) سکته مغزی ایسکمیک





این نوع سکته مغزی، زمانی اتفاق می افتد که یک لخته خون یا چربی، موجب انسداد رگ و قطع جریان خون در مغز شود. انسداد شریان می تواند داخل یا اطراف مغز رخ دهد، همچنین لخته های خونی می توانند توسط جریان خون از دیگر نقاط بدن به مغز آورده شوند. علل این نوع سکته عبارت اند از:

- رسوب چربی و ایجاد پلاک در شریان های گردنی و اختلالات قلبی که منجر به تشکیل لخته های خونی می گردد.

- این علائم سکته گذرا یا خفیف، حدود چند دقیقه تا چند ساعت طول کشیده و سپس به کلی از بین می رود.

- ولی به خاطر داشته باشید که هرگز سکته گذرا را نادیده نگیرید چرا که این سکته، نشانگر در راه بودن یک سکته مغزی شدیدتر است. پس سعی کنید دوره ی درمان سکته گذرا را کامل کنید، حتی اگر نشانه های آن از بین رفته باشند.

۲) سکته مغزی خونریزی دهنده

این نوع از سکته های مغزی، ناشی از پاره شدن یک رگ خونی در داخل یا سطح مغز می باشد. وقتی که یک رگ خونی پاره می شود، دیگر حس به سلول های مغزی نمی رسد، به علاوه نشت خون از رگ پاره شده، می تواند به بافت مغزی آسیب جدی وارد نماید.

علل این نوع سکته عبارت اند از:

- فشاربالا که موجب تضعیف عروق خونی می گردد؛

- سخت شدن رگ ها که عروق مغزی را شکننده می کنند؛

- آنوریسم یعنی ضعیف شدن یک نقطه در دیواره عروق که می تواند پاره شود؛

- ضربه مغزی؛

- مصرف مشروبات الکلی.

• عوامل خطر ساز سکته مغزی

شناخت عوامل سکته مغزی، کلید پیشگیری از آن هستند. این عوامل عبارت اند از:

▪ سن:

سکته مغزی در تمام سنین ممکن است اتفاق بیفتد ولی بروز آن در افراد مسن تر بیشتر احتمال دارد.

▪ جنسیت:

مردان بیش از زنان به سکته مغزی مبتلا می شوند.

▪ سابقه سکته مغزی:

احتمال سکته در افرادی که سابقه قبلی سکته مغزی یا سکته گذرا دارند، بیشتر است.

▪ سابقه خانوادگی:

احتمال سکته مغزی در افرادی که یکی از اعضای خانواده آنها به سکته دچار شده ، بیشتر است.

▪ دیابت و بیماری های خاص

▪ فشارخون بالا:

فشارخون بالای کنترل نشده می تواند زمینه سازی بسیاری از سکته های مغزی باشد.

▪ بیماری های قلبی:

یکی از عوامل ایجاد کننده سکته مغزی، صدهای اضافی و ضربان های سریع و ناکامل قلبی است.

▪ تنگی شریانها:

تشکیل پلاک ها در شریان های مغزی می تواند احتمال سکته مغزی را بالا ببرد که البته تشخیص این امر با شنیدن به وسیله گوشی پزشکی میسر است.

• کشیدن سیگار:

سیگار می تواند موجب افزایش فشارخون و صدمه به سرخرگ ها گردد.

• چاقی:

چاقی خطر ابتلا به فشار خون بالا، بیماری های قلبی، دیابت و بالاخره سکته مغزی را افزایش می دهد.

• اعتیاد:

الکل و کوکائین علاوه بر افزایش فشارخون، احتمال بروز سکته مغزی را نیز افزایش می دهند.

• کنترل سکته مغزی

معمولاً پزشکان قبل از وخیم شدن بیماری ها، می توانند از تشدید آنها جلوگیری کنند. لذا حتماً با پزشک متخصص خود مشورت کنید. این کار به شما کمک خواهد کرد که وزن و فشار خود را کنترل کرده و از مسائلی که سلامتی شما را تحت الشعاع قرار می دهند جلوگیری کنید. به خاطر داشته باشید! مصرف کم نمک و ورزش کردن شما را در پایین نگه داشتن فشار خون، یاری می دهد.

• علائم سکته مغزی

همواره علائم سکته مغزی را جدی بگیرید. سکته مغزی یا گذرا می تواند به همراه همه یا تعدادی از علائم زیر باشد:

• ضعف، سوزن سوزن شدن یا مور مور شدن دست و پا یا هر دو؛ ممکن است این علائم در یک طرف بدن ظاهر شوند. فلج اندام ها هم ممکن است رخ دهد.

• مشکلات بینایی از جمله تاری دید، کاهش بینایی، دوربینی و حتی نابینایی کامل، می تواند از علائم سکته مغزی باشد.

• مشکلات تکلم، برخی از بیماران توان روان صحبت کردن را از دست می دهند.

• گاهی افرادی که دچار سکته مغزی می شوند، هوشیاری خود را نسبت به زمان و مکان حاضر از دست می دهند، به طوری که ممکن است تلوتلو خورده و بر اثر گیجی به زمین بیفتند.

• این بیماران احتمال دارد هوشیاری خود را نیز از دست داده و دچار اغما شوند.

• سردرد شدید، تهوع، استفراغ و سفت شدن گردن نیز ممکن است ایجاد شود.

• اگر سکته مغزی رخ داد:

عملکرد سریع می تواند زندگی بیمار را نجات داده و عوارض مغزی ایجاد شده را به حداقل برساند، پس حتماً اورژانس را خبر کنید، حتی اگر علائم پس از مدتی از بین رفته باشند. اقدامات اورژانس جهت بهبود وضع مصدوم با ارزیابی های لازم و پیشگیری از عوارض می تواند در نجات جان بیمار مؤثر باشد. پس از انتقال بیمار به بیمارستان، اقداماتی همچون تصویربرداری، سی تی اسکن، الکتروکاردیوگرافی و سایر آزمایشات از قلب انجام می شود. در پاره ای از موارد نیز، به وسیله جراحی، خونریزی یا انسداد که موجب سکته مغزی شده از میان برداشته می شود. البته حیات دوباره افرادی که دچار سکته مغزی شده اند، بستگی به خفیف یا شدید بودن سکته و دائمی یا برگشت پذیر بودن آن دارد.

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=320712>

 Vista.ir
Online Classified Service

سکسکه های مغزی

آیا تا به حال شده موقع صحبت کردن ناگهان دچار فراموشی لحظه ای بشوید و یادتان برود چه می خواستید بگویید؟ دانشمندان می گویند یکی از دلایل این توقف مغزی می تواند تغییر جهت چشم ها باشد. هر بار که نگاهتان را از جایی به جای دیگر برمی گردانید مغزتان برای لحظاتی به اصطلاح هنگ می کند. به عبارتی وقتی مرکز توجه چشم هایتان را تغییر می دهید، مغزتان را برای لحظاتی دچار سکسکه می کنید. طبق آخرین تحقیقات صورت گرفته در مرکز پژوهش های مغزی ایلی نويز زمانی که چشم های ما مرکز توجه و خیرگی اش را از نقطه ای به نقطه دیگر عوض می کند برخی از توانمندی های ادراکی ما هم با این تغییر خاموش می شوند. چیزی که به نوبه خود تأثیری عمیق در توانمندی های خاص مغز مرتبط با تصاویر ذهنی دارد.



اگر چه این توقف تنها یک سی ام ثانیه به طول می انجامد اما در طول روز جمع این کسری از ثانیه ها اغلب به چند ساعت توقف مغزی منجر می شود. البته تصور اینکه در طول روز چند ساعت مغز ما تعطیل باشد سخت است اما واقعیت دارد. این موضوع به خصوص در برخی مشاغل که بیش از سایرین با ارتباطات تصویری درگیر هستند می تواند خطرآفرین باشد، مثل خلبانی به ویژه هنگام فرود هواپیما. از این رو دانشمندان و محققان در پی ساختن کابین هایی برای خلبانان هستند تا کمترین جابه جایی چشمی را برای کنترل داشته باشند و بیشترین خیرگی را بر هدف به همراه بیاورند.

منبع : امواج برتر

<http://vista.ir/?view=article&id=77223>

 **vista.ir**
Online Classified Service

سندرم آپنه در خواب

اگر شخصی در خواب مبتلا به قطع تنفس شود، گروهی از اختلالات پیش می آید که تکرار می شوند که آن را سندرم آپنه در خواب می شناسیم و ممکن است با بلوکاز زودگذر و بسته شدن گلو و راه هوایی فوقانی همراه شود که احتمالاً در نتیجه اختلالات فونکسیون ناحیه یی از مغز است که تنفس را کنترل می کند.

آپنه در خواب بیشتر در مردها دیده می شود تا زنها، فاکتورهای چندی خطر گسترده شدن و بدتر شدن آن را افزایش می دهند از جمله چاقی، سن بالا، استعمال دخانیات، نوشیدن الکل و بیماریهای ریوی مثل امفیزم، داشتن گلو و راه هوایی باریک که شخص را در معرض ابتلا به سندرم آپنه ی تنفسی قرار می دهد ممکن است یک پدیده ارثی باشد که بعضی از افراد یک



فامیل را دچار می‌کند.

• نشانه‌ها و تشخیص:

نشانه‌های این سندرم، مرتبه‌ی اول، وقتی ظاهر می‌شود که شخص در خواب است و لذا باید توسط همراه او مشاهده و شرح داده شود مثلاً مادرش یا همسرش که در آن موقع بیدار است. خرناس کشیدن واضح‌ترین نشانه است و ممکن است با هق هق کردن متناوب و قطع تنفس همراه باشد که شخص را در یک حالت اضطراب بیدار می‌کند. رویدادها در موقعی که تنفس شخص در طول خواب بند می‌آید ممکن است بیشتر از ۱۰ ثانیه دوام داشته باشد و در هر ساعت احتمالاً ۶۰ مرتبه تکرار شود و ۳۰ تا ۲۰۰ مرتبه در هر شب تجربه شود که البته ممکن است خطرناک باشد زیرا اکسیژنی که باید به خون و مغز برسد کاهش پیدا می‌کند و میزان کربن دی‌اکساید در بدن بالا می‌رود. با گذشت زمان، آپنه‌های جدی در خواب ممکن است باعث سردرد، بی‌خوابی ناتوان کننده در ساعات روز و کم شدن توانایی روانی شود و سرانجام نارسایی قلبی و ناکافی شدن تنفس به بار آید. شخص مبتلا به این سندرم فقط می‌تواند خواب آلودگی روزانه را جزء نشانه‌های اولیه‌ی ذکر کند ولی خرناس کشیدن شدید و خواب‌های غیرطبیعی به وسیله‌ی همراهان او گزارش می‌شوند.

یک اتولارنگولوژیست (متخصص ENT) باید یک آزمایش کامل بالینی از بینی و دهان، گلو، سقف دهان و گردن برای پی بردن به علل احتمالی و کشف بعضی بیماری‌های دیگر به عمل آورد و او را به «لابراتوار مطالعه‌ی خواب» ارجاع دهد تا تشخیص تأیید شود و شدت این اختلال مورد ارزیابی قرار گیرد و علت احتمالی آنالیز شود.

• درمان:

وقتی معلوم شد که نشانه‌ها به علت وجود بلوکاز در حلق و راه بالایی هوایی است خط اول دسترسی به درمان این است که در روش زندگی تغییراتی داده شود: اگر شخص مبتلا سیگار می‌کشد، چه مرد چه زن، باید ترک سیگار کند، از نوشیدن الکل به مقدار زیاد اجتناب کند، اگر چاق است وزن کم کند. اگر خرناس کشیدن شدید است و فرایند انسداد شدید است شخص مبتلا باید آرام بخش، قرص خواب و داروهای مسکن مصرف کند.

اگر آپنه‌ی خواب به علت اختلال فونکسیون در ناحیه‌ی از مغز است که تنفس را کنترل می‌کند، این آدم ممکن است احتیاج به دستگاه وسایل تنفسی مصنوعی، مادام که در خواب است، داشته باشد و تغییر در وضعیت دراز کشیدن برای خوابیدن هم ممکن است مفید واقع شود: دراز کشیدن به پهلو، یا پایین گرفتن صورت ممکن است نشانه‌ها را بهبود بخشند. همچنین دندان پزشک‌ها می‌توانند تدبیری طرح‌ریزی کنند (Custom device) که شخص در موقع خوابیدن از آن استفاده کند تا آپنه‌ی خواب و خرناس کشیدن کمتر شود. اگر بازهم چاره کار میسر نشد یک تکنیک درمان به نام «فشار مثبت دائمی راه هوایی CPAP» ممکن است ضرورت پیدا کند. خیلی‌ها گزارش داده‌اند که توانسته‌اند خود را به استفاده از این تدبیر مطابقت بدهند.

این وسیله مثل یک ماسک کوچک اکسیژن روی بینی قرار داده می‌شود که هوای تحت فشار را از راه بینی به مریض می‌رساند، تنفس را در طول خواب منظم می‌کند و این مهم با آماده شدن دائمی راه هوایی و بازماندن آن میسر می‌شود. در موارد نادری که شخص به آپنه‌ی شدید دچار است احتمالاً تراکتوستومی باید بشود که به موجب آن یک سوراخ دائمی در تراشه از راه گردن تعبیه می‌شود. در مواردی که لازم باشد راه هوایی فوقانی وسیع‌تر شود، عمل‌های جراحی دیگری پیشنهاد می‌شود تا احتمال قطع تنفس برطرف یا کمتر شود.

نداشتن خواب کافی در ایالات متحده خیلی شایع است و این باور بر اثر پژوهش‌های متمادی به دست آمده است. خیلی از آمریکایی‌های بالغ فقط حدود ۶ ساعت در هر شب می‌خوابند در حالی که بیشتر آنها به بیش از ۸ ساعت خواب احتیاج دارند. نداشتن خواب کافی در شب به خواب آلودگی بیشتری در طول روز منجر می‌شود که در فعالیت روزانه‌ی شخص از جمله رانندگی اثر بدی می‌گذارد و روحیه‌ی آدم را خراب می‌کند و عادی و خوب بودن وضع روحی روانی را خراب می‌کند. نداشتن خواب کافی همچنین ممکن است به تعدادی از اختلالات خواب از جمله بی‌خوابی دوام‌دار، خرناس کشیدن و آپنه‌ی تنفسی منجر شود.

ارزیابی مشکلات خواب، تشخیص و درمان اختلالات خواب با پلی سومنوگرافی صورت می‌گیرد به این ترتیب که در لابراتوار الکترودهایی روی جمجمه و احتمالاً در سایر نقاط بدن شخص گذاشته می‌شود تا امواج مغزی و سایر فونکسیون‌های فیزیکی در طول خواب مونیتر شده و یافته‌ها ثبت گردیده و آنالیز شوند. اختلالات سایکولوژیکی، مشکلات مدیکال، استفاده از دارو ممکن است رشته‌ی خواب را پاره کند. از فرصت استفاده می‌کنم و می‌گویم ما پزشکان لازم نیست که برای راضی کردن مریض‌ها که یک کیسه پر از دارو، آمپول و سرم را انتظار دارند، دنباله روی این

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=336653>

سندرم خستگی مزمن

گاهی افرادی را می بینید که دائما احساس خستگی ، دردهای منتشر بدن ، اختلال در تمرکز حواس و فراموشی بیش از حد ، سردردهای دائمی و آزار دهنده ، سختی در بلند شدن از رختخواب و احساس ناتوانی صبحگاهی ... شکایت دارند.

این حالت را اصطلاحا سندرم خستگی مزمن می نامند و البته برای گذاشتن این تشخیص ، رد کردن بیماریهای دیگر بسیار اهمیت دارد. این بیماری نسبتا شایع بوده و از سال ۱۹۸۰ توسط پزشکان مورد توجه خاصی قرار گرفت.

بسیاری از مبتلایان ، خودشان از ابتلاء به این مشکل به عنوان سندرم خستگی مزمن بی خبرند و مرتبا به متخصصین مختلفی مثل پزشکان قلب ، و... مراجعه می کنند تا تحت درمان قرار گیرند.

از اصلیترین علائم این بیماری میتوان به احساس خستگی و ضعف ، و ناتوانی انجام فعالیتهای روز مره و معمولی حتی پوشیدن لباس ، یا خوردن



غذا و...، تمایل به خوابیدن بیش از حد و... اشاره کرد. بحدی که شغل ، تحصیل و سایر فعالیتهای شخص را تحت تاثیر قرار می دهد .

این بیماری می تواند چند ماه تا چند سال بطول انجامد. اغلب مبتلایان را خانمها خصوصا در سنین بین ۲۰-۴۰ سال تشکیل می دهند ، اما هر فردی با هر سنی در معرض ابتلاء به آن میباشد.

علل این بیماری کدامند ؟

علل این حالت هنوز بطور کامل شناسائی نشده اند اما درگیری سیستم های ایمنی و اعصاب را در ایجاد آن دخیل می دانند. زمینه های ژنتیکی ، بیماریهای زمینه ای ، شرایط محیطی ، استرسها و بسیاری از مسائل دیگر در ایجاد این مشکل مورد اتهامند. حتی برخی محققین ، ویروسهای خاصی را در ایجاد این بیماری مسؤل دانسته اند ! اما میتوان گفت که هنوز هیچکدام از این نظرات به اثبات نرسیده اند !

علائم این بیماری از فردی تا فرد دیگر تفاوتهای فاحشی دارند، و از شدتهای مختلفی برخوردارند . از سال ۱۹۹۲ به بعد قرار شد تنها زمانی این تشخیص بر روی افراد گذاشته شود که حد اقل بیش از ۶ ماه درگیری واضح وجود داشته باشد و سایر بیماریها و حالات مولد این علائم رد شده باشند.

نکته ی جالب اینکه برخی از این افراد حتی دچار تبهای خفیف ، تاری دید ، لرز ، تعریق شبانه ، اسهال ، و تغییرات اشتها نیز میشوند! تشخیص این بیماری کار ساده ای نیست ، چرا که وسیله یا آزمایش خاصی برای اینکار وجود ندارد بلکه باید با رد کردن بیماریهای متعدد دیگر مثلا

در سیستم کلیه و مجاری ادرار ، قلب ، عفونتها ، افسردگی و سایر بیماریها ی روحی روانی ، مشکلاتی از قبیل سکتته های مغزی ، کم خونیهای مختلف مثلا ناشی از کمبود آهن ، بیماریهای هورمونی مثل کم کاری تیروئید و ... ، به این بیماری مرموز و موزی فکر کنیم.

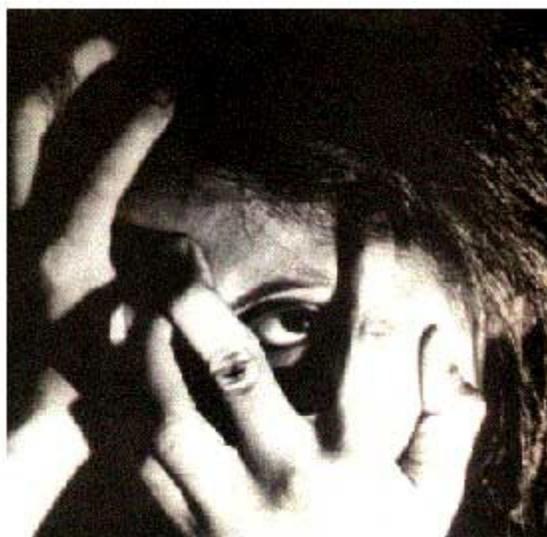
منبع : سایت دکتر ظهرا بی

<http://vista.ir/?view=article&id=249413>

 **vista.ir**
Online Classified Service

سوءظن یا شیزوفرنی

«هوای تازه» برای نخستین بار در فضای رسانه بی چند سال اخیر، تصمیم گرفته با بهره گیری از همفکری و کمک اسنادان دانشگاه، روان پزشکان، روان شناسان، مردم شناسان و جامعه شناسان به بررسی بیماری های روحی رایج در جوامع و علل گسترش آنها بپردازد و راه های درمان و نیز برخی از راه حل های پزشکی برای رفع و درمان آنها را مورد بررسی قرار دهد. در این ستون که به طور مرتب میهمان شما خواهد بود، معرفی دقیق، علمی و جزئی بیماری های رایج روان پزشکی، علل بروز، راه های شناسایی و مقابله ابتدایی با آنها و در نهایت روش های درمان علمی و نیز راهکارهای جلوگیری از گسترش چنین ناهنجاری های فکری و روحی آسیب زنده پی را بررسی خواهیم کرد. این بار، به سراغ سوءظن یا Schizophrenia آمدم که به لحاظ آمار مبتلایان در دنیا، یکی از رایج ترین بیماریهای روحی است که معمولاً نیز سخت ترین و زمانبرترین پروسه درمان



را دارد.

• شیزوفرنی چیست

شیزوفرنی از یک واژه یونانی گرفته شده و به معنای «ذهن منقطع» است. یک بیماری شناخته شده و مهم روان پزشکی که در ابتدا به ایجاد اختلال در ادراک فرد و سپس تغییر درک و تعبیر وی از واقعیات منجر می شود و در نهایت، عدم کارکردهای اجتماعی، خانوادگی و شغلی را در پی خواهد داشت.

شخصی که به شیزوفرنی دچار است، معمولاً دچار اختلال در کارکرد دستگاه عصبی است و توهمات و تصورات غیرواقعی از اطراف خود پیدا می کند. این توهمات غالباً شنوایی و سمعی هستند.

به رغم اینکه تصور می شود این بیماری بیش از هر موضوع دیگر، روی ادراک و شناخت شخص تاثیر می گذارد، اما اختلالات مزمن رفتاری و احساسی نیز در مبتلایان به این عارضه بسیار دیده می شود.

بیماران مبتلا به شیزوفرنی، غالباً احتمال ابتلا به سایر بیماری های روان پزشکی را نیز دارند. پروفیسور «ایگن بلوبر»، روان پزشک آلمانی معتقد است دقیقاً همانند تصور عامه مردم و بر خلاف ریشه شناسی لغت، این بیماری را می توان چندشخصیتی نیز تعبیر کرد یعنی افرادی که با شخصیت فعلی خود در تعارض و درگیری هستند و ناچار برای فرار از شخصیت فعلی خود، رفتارهای روتین جدیدی برای خود می سازند.

بیکاری، فقر، خودکشی، امید کم به زندگی و مشکلاتی از این دست بیش از هر نوع دیگر بیماری های روحی، در مبتلایان به شیذوفرنی دیده می شود ضمن اینکه ناکارآمد بودن درمان توسط روان پزشکان و بستری در کلینیک های اورژانسی برای انتقال شوک های الکتریکی به بیماران شیذوفرنی نیز احتمال بسیار بالایی در این دسته دارد. نشانه های بروز شیذوفرنی معمولاً در دو دسته مثبت و منفی یا خوش خیم و بدخیم تقسیم بندی می شود.

نشانه های مثبت و طبیعی آن را می توان تصورات واهی، توهم های شنوایی و اختلالات فکری و تصمیم گیری برشمرد که معمولاً انواع معمولی بیماری های روحی هستند. اما نشانه های منفی معمولاً به حالاتی اطلاق می شود که در آنها از دست رفتن یا کم رنگ شدن ویژگی ها و توانایی های طبیعی انسان اتفاق بیفتد برای مثال احساسات خشک و بی روح، بی تفاوتی، فقر کلامی و حرکت نداشتن از جمله این حالات هستند. در مراحل بعدی نیز کاهش حافظه، میزان توجه به اطراف، کاهش قدرت حل مساله، از بین رفتن قدرت کارهای عملی و میزان درک و شناخت اجتماعی از جمله عوارض این بیماری محسوب می شوند.

شیوع و رواج این بیماری اکثراً در آغاز سنین نوجوانی، بزرگسالی و در مردان بیشتر از زنان دیده می شود. در سال ۱۸۹۳ «امیل کراپلین»، یک روان پزشک آلمانی دیگر، نخستین کسی بود که تفاوت های بیماری روحی قبل از بلوغ و سایر بیماری های شناخته شده روان پزشکی را مطرح کرد. دسته بندی علمی شیذوفرنی در یک گروه خاص از بیماری های روحی به دلیل نبودن منابع علمی موثق و قابل استناد معمولاً در بین روان پزشکان و اهالی فن، مورد بحث و اختلاف بوده است. به رغم اینکه پس از سال ها تحقیق و بررسی، هنوز هیچ روان پزشک و استادی نتوانسته دلیل ریشه پی و اصلی بروز شیذوفرنی را دریابد و جایگاه تاثیرگذاری آن در مغز را به درستی تشخیص دهد، با این وجود مطالعه بیماران که برای این عارضه به پزشک مراجعه می کنند، نشان داده است آسیب پذیری های ذهنی و رویدادهای ناگوار زندگی شخصی مهمترین عوامل کلی ایجاد بیماری هستند. در مورد این آسیب پذیری های ذهنی نیز ژنتیک و عوامل اکتسابی به یک اندازه نقش دارند. بهترین مدلی که روان پزشکان توانسته اند برای توجیه بروز این بیماری معرفی کنند، مدل «استرس-نا توانی» است که به شکلی علمی تر از سایر مدل ها، دلایل بروز بیماری را معرفی می کند. همین طور این تصور غالب وجود دارد که فرآیند توسعه سلول های عصبی و رشد آنها به ویژه در دوران جنینی یکی از عوامل موثر در بروز این بیماری باشد. در دوران بزرگسالی و جوانی، تصور می شود که کارکرد بیش از حد یا عدم کارکرد دوپامین در گذرگاه مزولیمبیک مغز باعث ایجاد شیذوفرنی شود. گذرگاه مزولیمبیک یکی از عبورگاه های عصبی مغز است که باعث ارتباط غشای سلولی ویژه پی در مخچه با سایر قسمت های مغز می شود. این گذرگاه مغزی، مامور ایجاد احساس لذت، تقدیر و خواهش است. تفاوت های معنی داری در ساختار مغزی کسانی که به شیذوفرنی مبتلا هستند با کسانی که این بیماری را ندارند دیده شده است. از طرف دیگر، کوچک و لاغر بودن ساختار مغز و همین طور افزایش میزان حفره ها و بطن های مغزی، دلیل ایجاد تفاوت های شخصیتی منجر به بروز شیذوفرنی می شوند. در قسمت های بعدی هوای تازه، ضمن معرفی علمی تر و دقیق تر شیذوفرنی، به تاریخچه شناسایی آن، روش های مقابله و درمان خانگی و در نهایت سبک های درمان پزشکی شیذوفرنی می پردازیم.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=261724>

 **vista.ir**
Online Classified Service

سیاتیک درمان و پیشگیری آن

سیاتیک، نام یک عصب است. اصطلاح سیاتیک در حقیقت مربوط به دردی



است که در طول عصبی به همین نام انتشار می‌یابد. این عصب طولانی‌ترین عصب داخل بدن شما است که از لگن تا انتهای پا ادامه دارد و در طول مسیر خود به شاخه‌های متعددی تقسیم می‌شود. هرگونه فشار بر روی این عصب می‌تواند باعث ایجاد درد در تمام طول عصب شود (یعنی مسیری که از کمر شروع می‌شود و از پشت پا پایین می‌آید و تا پاشنه پا می‌رسد). البته علائم ممکن است از یک درد خفیف تا ناتوانی و از کارافتادگی کامل متغیر باشد و گاهی ممکن است با احساس خارش، سوزش، بی‌حسی و ضعف عضلانی هم همراه باشد.



این درد به‌طور تدریجی شروع شده و با گذشت زمان افزایش می‌یابد و در هنگام نشستن، برخاستن، عطسه و یا سرفه کردن بدتر می‌شود. ویژگی آن هم این است که معمولاً فقط یکی از اندام‌های تحتانی شما را درگیر

می‌کند. در موارد خیلی شدید بیماری، شاید حتی کنترل مثانه و یا روده نیز از دست برود. این وضعیت اخیر، بسیار نادر، اما بسیار خطرناک است.

• درد سیاتیک از کجا می‌آید؟

شایع‌ترین علت بیماری سیاتیک، بیرون‌زدن دیسک بین مهره‌ای و فشار آن بر روی ریشه‌های عصبی است که به آن فتق دیسک بین‌مهره‌ای نیز گفته می‌شود. دیسک‌های بین مهره‌ای صفحاتی از جنس غضروف هستند که مهره‌ها را از هم جدا می‌کنند. دیسک‌های سالم، ستون مهره‌ها را انعطاف‌پذیر نگاه داشته و کمک می‌کنند تا مهره‌ها بتوانند به راحتی بر روی هم بلغزند.

با افزایش سن، این دیسک‌ها شروع به تحلیل رفتن می‌کنند و خشک و تاحدی شکننده می‌شوند. این مسئله موجب بیرون رانده شدن دیسک از محل خود (فتق) و فشار آن بر روی ریشه عصبی و در نتیجه بروز علائم بیماری سیاتیک می‌شود. البته به غیر از فتق دیسک بین‌مهره‌ای، عوامل دیگری نیز باعث ایجاد درد سیاتیک می‌شوند. مثلاً تنگی ستون مهره‌ها در قسمت کمری و نیز بیماری اسپوندیلولیتوزی (که در آن یک مهره به آرامی بر روی مهره دیگر و رو به جلو می‌لغزد) می‌توانند باعث ایجاد علائم بیماری شوند. نشانگان پیریفورمیس هم نام اختلالی است که در اثر اسپاسم عضله‌ای به همین نام ایجاد می‌شود. این عضله در نزدیکی عصب سیاتیک قرار دارد و اسپاسم آن باعث فشار بر عصب و بروز درد سیاتیکی می‌شود. سایر علل ایجادکننده بیماری سیاتیک عبارتند از: تومورهای نخاعی که بر روی ریشه‌های عصبی فشار وارد می‌کنند، سوانحی نظیر تصادفات اتومبیل و یا ضرب دیدن ستون مهره‌ها که موجب آسیب به اعصاب می‌شوند و تومورهای خود عصب سیاتیک که البته بسیار شایع هستند. در برخی موارد هم هیچ‌گاه علتی جهت بیماری سیاتیک یافت نمی‌شود.

• چه کسانی دچار درد سیاتیک می‌شوند؟

مهم‌ترین عوامل خطر برای بیماری سیاتیک عبارتند از:

▪ سن:

تغییرات وابسته به سن در ستون مهره‌ها شایع‌ترین علت بیماری سیاتیک هستند. تحلیل رفتن دیسک‌های بین مهره‌ای کمری از سن ۳۰ سالگی شروع می‌شود ولی تنگی‌های ستون مهره‌ای که یک علت دیگر بیماری سیاتیک هستند اغلب افراد را در سنین بالاتر از ۵۰ سال درگیر می‌کنند.

▪ شغل:

افرادی که شغلشان نیاز به چرخش مکرر کمر دارد، آنهایی که بارهای سنگین حمل می‌کنند و کسانی که به مدت طولانی رانندگی می‌کنند، بیش از سایر افراد دچار بیماری سیاتیک می‌شوند.

▪ فعالیت‌های فیزیکی:

افرادی که برای مدت‌های طولانی می‌نشینند و یا یک زندگی راکد و کم‌فعالیت را دنبال می‌کنند نسبت به افراد فعال‌تر، بیشتر مستعد ابتلا به بیماری سیاتیک هستند.

▪ فاکتورهای ژنتیکی:

دانشمندان ۲ زن را شناسایی کرده‌اند که تصور می‌رود وجود آنها باعث استعداد برخی افراد به بروز بیماری سیاتیک می‌شود.

علاوه بر موارد فوق، افراد مبتلا به بیماری دیابت نیز به دلیل آسیب و تخریب عصبی که در اثر دیابت در آنها ایجاد می‌شود، بیشتر مستعد ابتلا به بیماری سیاتیک هستند.

• زمان مراجعه به پزشک

بیماری خفیف معمولا با کمی صبر و حوصله خودبه‌خود از بین می‌رود. ولی اگر بیماری شما با کارهایی که انجام دادید بهبود نیافت و یا آنکه درد شما بیش از ۶ هفته طول کشید، باید به پزشک مراجعه کنید. در مواردی هم که درد شما از ابتدا بسیار شدید است و یا روبه‌روز بدتر می‌شود، باید به پزشک مراجعه کنید.

در مواردی هم که درد شما به دنبال یک آسیب شدید نظیر یک تصادف اتومبیل ایجاد شده و یا اگر علاوه بر درد، دچار مشکلاتی در اجابت مزاج شده‌اید و یا اینکه درد شما شدید و ناگهانی و همراه با بی‌حسی و ضعف عضلات کمر و پا است، هیچ‌گونه تاخیری در مراجعه به پزشک جایز نیست.

برای تشخیص بیماری سیاتیک، پزشک از شما در مورد سابقه بیماریتان سوال خواهد کرد و سپس یک معاینه بالینی کامل با توجه ویژه به ستون مهره‌ها و پاهای شما انجام خواهد داد. در طی معاینه به‌طور معمول چندین آزمون پایه‌ای، جهت بررسی قدرت عضلات و رفلکس‌های شما انجام می‌شود. مثلا پزشک از شما می‌خواهد که بر روی انگشتان پا و یا پاشنه‌پایان راه بروید و یا اینکه به‌صورت طاق باز دراز بکشید و به آرامی یک پای خود را به‌صورت مستقیم بالا ببرید. دردی که در اثر بیماری سیاتیک ایجاد می‌شود، معمولا در اثر این فعالیت‌ها بدتر می‌شود. تصویربرداری هم از رایج‌ترین اقداماتی است که برای تشخیص بیماری شما انجام می‌شود.

• درمان سیاتیک، راحت و آسان

درد سیاتیک بیشتر وقت‌ها به خوبی به درمان‌های سرپایی جواب می‌دهد. در واقع شما می‌توانید زندگی روزمره‌تان را ادامه دهید و فقط بایستی از انجام فعالیت‌هایی که ممکن است درد شما را بدتر کنند، پرهیز کنید.

اگر چه استراحت به مدت یک تا چند روز سبب بهبودی نسبی بیماری می‌شود، ولی توجه داشته باشید که استراحت در بستر به مدت طولانی و عدم فعالیت علائم شما را بدتر خواهند کرد. قبل از اینکه به یکسری توصیه‌ها برای بهبود درد شما اشاره کنیم، تاکید می‌کنیم که چنانچه درد شما با گذشت زمان بهتر نشد، حتما به پزشک مراجعه کنید زیرا در صورت عدم درمان، ممکن است دچار عوارضی مثل آسیب دائمی عصب، از دست رفتن حس و حرکت در اندام مبتلا و یا حتی از بین رفتن عملکرد روده و یا مثانه شوید.

اقدامات معمول جهت درمان بیماری سیاتیک در منزل عبارتند از:

• استفاده از کیسه یخ:

مقداری یخ در یک حوله تمیز قرار دهید و آن را به مدت حداقل ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بر روی ناحیه دردناک قرار دهید. این عمل را روزی ۴ مرتبه تکرار کنید. کیسه یخ باعث کاهش التهاب در محل می‌شود.

• استفاده از کیسه آب گرم:

پس از ۴۸ ساعت از شروع درد، بهتر است در نواحی آسیب‌دیده، از گرما استفاده کنید. چنانچه درد شما ادامه داشت، سعی کنید به‌طور تناوب کیسه‌های گرم و سرد را بر روی ناحیه مبتلا قرار دهید.

• انجام حرکات کششی: ورزش‌های کششی غیرفعال به شما کمک می‌کنند تا زودتر خوب شوید. از انجام حرکات پرتابی و یا پیچشی جدا پرهیز کنید.

• داروهای ضد درد:

آسپرین، استامینوفن و بروفن معمول‌ترین داروهای ضدردی هستند که مورد استفاده قرار می‌گیرند، ولی استفاده بیش از مقادیر توصیه شده، نه تنها نفعی برای شما ندارد، بلکه بسیار زیان‌آور است، زیرا این داروها در صورت استفاده بیش از حد دارای عوارض جانبی نظیر تهوع، خونریزی از معده و یا زخم‌های دستگاه گوارشی هستند. برای جلوگیری از چنین حالتی، استفاده از پمادهای پیروکسیکام و دیکلوفناک هم مناسب است. علاوه بر این داروها در برخی از موارد ممکن است پزشک با توجه به علائم بیماری از داروهای دیگری نظیر شل‌کننده‌های عضلانی، داروهای ضدافسردگی و... استفاده کند، ولی استفاده از این‌گونه داروها فقط با دستور پزشک امکان‌پذیر است.

• فیزیوتراپی:

اگر دیسک شما از جای خود بیرون زده است، فیزیوتراپی نقشی اساسی در بهبودی شما دارد.

هدف از انجام ورزش‌هایی که به‌طور معمول در فیزیوتراپی انجام می‌شوند، کمک به قرار گرفتن بدن و اندام شما در وضعیت صحیح، تقویت عضلاتی که از کمر شما حمایت می‌کنند و نیز کمک به تقویت انعطاف‌پذیری بدن شما است.

▪ انجام ورزش‌های معمولی:

ورزش موجب آزاد کردن اندورفین‌ها (مورفین درونی بدن) می‌شود. اندورفین‌ها واسطه‌های شیمیایی هستند که از رسیدن پیام‌های درد به مغز جلوگیری می‌کنند. ورزش با تحریک آزاد شدن اندورفین‌ها در مقابله با ناراحتی‌های مزمن کمک بسیاری می‌کند.

در مورد درد سیاتیک، ترکیب ورزش‌های هواارسان با ورزش‌هایی که انعطاف‌پذیری شما را بهبود می‌بخشند، می‌تواند در جلوگیری از تغییرات وابسته به سن در کمر شما موثر باشد.

چنانچه مجموعه درمان‌های فوق در طی چندین ماه نتوانند درد شما را کاهش دهند، ممکن است انجام درمان‌های دیگر نظیر تزریق کورتن به پرده‌های نخاعی و یا انجام عمل جراحی ضرورت پیدا کند.

• پیشگیری

اگرچه تنها در ۵ درصد موارد علت کمردرد، سیاتیک است، اما اگر دچار آن شوید، واقعا آزارتان می‌دهد. انجام اعمال زیر می‌تواند نقش کلیدی در مراقبت از کمر شما داشته باشد:

▪ ورزش کردن به‌طور منظم:

مهم‌ترین کاری که بر سلامت کمرتان و البته سلامت کلی بدنتان می‌توانید انجام دهید، ورزش کردن است. در طی ورزش، بهتر است تمرکز شما بیشتر بر روی عضلات شکم و کمرتان باشد، زیرا این عضلات جهت راست ایستادن و قرار گرفتن شما در وضعیت مناسب بدنی ضروری هستند. انجام ورزش‌هایی نظیر یوگا، استفاده از دوچرخه‌های ثابت و تردمیل به قوی نگاهداشتن این عضلات کمک می‌کنند. البته می‌توانید دوچرخه‌سواری را در خارج از منزل هم انجام دهید ولی ابتدا باید مطمئن شوید که صندلی و دستگیره‌های دوچرخه در وضعیت مناسبی برای بدن شما تنظیم شده‌اند.

▪ درست بنشینید:

یک صندلی خوب باید بتواند به‌خوبی از قوس کمری شما حمایت کند. اگر چنین نیست، برای حفظ این قوس در هنگام نشستن، بهتر است از یک بالش نرم در پشت کمرتان استفاده کنید. سعی کنید در فواصل بین فعالیت‌های نشستن حتما به‌طور تناوب استراحت کنید، حتی اگر استراحت کردن شما فقط به‌صورت راه رفتن در اداره باشد. در حین رانندگی هم سعی کنید صندلی شما وضعیت مناسبی داشته باشد و وضعیت آن را طوری تنظیم کنید که لازم نباشد جهت دسترسی به پدال گاز، پای خود را به سمت آن پرتاب کنید!

▪ وضعیت بدنی مناسبی داشته باشید:

آگاهی از اینکه چگونه باید درست بایستید و درست بخوابید و نیز آشنایی با صحیح بلند کردن اجسام سنگین، تاثیر بسیاری جهت حفظ و نگهداری کمر شما دارد.

اگر قرار است برای مدت زمان طولانی بایستید، سعی کنید به‌طور تناوب بر روی یک پایتان تکیه کنید و به پای دیگر استراحت دهید و یا اگر قرار است در حالت ایستاده چیزی را بخوانید، به‌جای آنکه جهت خواندن آن، به سمت جلو خم شوید، کتاب را بلند کرده و جلوی چشمانتان بیاورید.

جهت حفظ بهترین حالت هنگام خوابیدن بهتر است روی یک تشک سفت بخوابید و از بالش جهت حمایت کمرتان استفاده کنید، ولی از بالش‌هایی که موجب می‌شوند گردن شما بیش از حد بالا رفته و زاویه تندی ایجاد کند، به‌هیچ‌وجه استفاده نکنید.

▪ بلند کردن یک جسم سنگین:

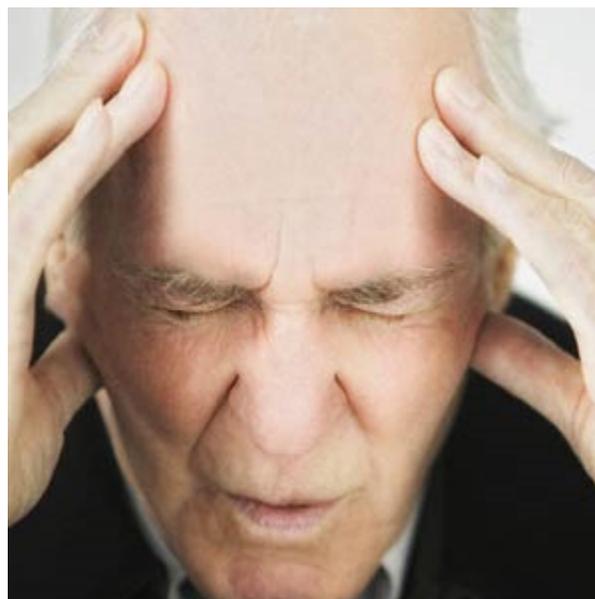
ابتدا تصمیم بگیرید که آن را کجا می‌خواهید قرار دهید و چگونه قصد دارید آن را به آن نقطه برسانید. جهت بلند کردن یک جسم سنگین، کمرتان را خم کنید بلکه زانوهایتان را خم نکنید و آن جسم را بلند کنید. جسم سنگین را نزدیک به بدنتان حمل کنید و هیچ‌گاه بر روی کمرتان نچرخید، بلکه سعی کنید با محور کردن پاهایتان، بر روی پاهایتان بچرخید. هنگامی که خسته هستید از حرکت دادن اجسام سنگین جدا خودداری کنید زیرا خستگی موجب می‌شود با سختی و رنج بیشتری حرکت کنید. هرگز سعی نکنید جسمی را که احساس می‌کنید سنگین‌تر از توانایی شماست، بلند کنید.

سینوزیت و سردردهای مبهم

سینوزیت چیست؟ شاید باورهای غلط در مورد این بیماری و درمان آن، آزاردهنده‌تر از خود سینوزیت باشند، با این حال اگرچه بر خلاف تصور عمومی درمان دارویی برای مبتلایان به سینوزیت مزمن چاره‌ساز نیست، اما طی سال‌های اخیر روش‌های نوین درمان سینوزیت به‌خصوص جراحی آندوسکوپیک سینوس تحولی بزرگ در زمینه درمان سینوزیت مزمن ایجاد کرده است.

دکتر محسن نراقی، راینولوژیست و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران که اخیرا نیز عنوان فلوی تخصصی جامعه جراحان راینولوژیست آمریکا را از آن خود کرده است، در گفت‌وگوی زیر در رابطه با باورهای غلط در مورد این بیماری و همچنین روش‌های جدید تشخیصی و درمانی سینوزیت مزمن توضیح می‌دهد.

وی می‌گوید: علائم سینوزیت حاد بیش از چندماه یا حتی چند سال ممکن است ادامه داشته باشد.



• آقای دکتر تا به حال در رابطه با سینوزیت حرف‌های زیادی را شنیده‌ایم. اما هنوز هم خیلی از ما در مورد صدمات جدی این بیماری باخبر نیستیم. اول کمی در مورد بار تحمیلی سینوزیت توضیح می‌دهید؟

- به‌طور کلی سینوزیت یک بیماری شایع است، به‌خصوص سینوزیت مزمن. در سال ۱۹۹۰ آمارها در آمریکا نشان دادند که مبتلایان به این بیماری و به‌خصوص سینوزیت مزمن بار بسیار زیادی را به جامعه تحمیل می‌کنند.

چون اولاً این بیماری نه تنها بسیار شایع است بلکه از نظر کیفی هم تأثیر زیادی را بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد. همچنین افراد مبتلا به این بیماری در مقایسه با بیماری‌های دیگر که مبتلا به فشار خون یا آئزین قلبی هستند حتی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و تأثیرات مخرب این بیماری را می‌توان در زندگی اجتماعی آنها هم دید.

• پس در واقع فرد مبتلا با یک فرد معلول تفاوتی ندارد، این‌طور نیست؟!

- بله، در گذشته که علم پزشکی پیشرفت نکرده بود، فاکتور مهم در تمام بیماری‌ها، طول عمر بود، اما در حال حاضر کیفیت زندگی بیماران فاکتور بسیار مهم‌تری است. سینوزیت طول عمر فرد را کوتاه نمی‌کند، ولی آنقدر کیفیت زندگی او را پایین می‌آورد که او را مثل یک آدم معلول می‌کند و علاوه بر این هزینه‌های زیادی را هم بر دوش جامعه می‌گذارد. علاوه بر این در آمریکا ویزیت‌هایی که بیماران به خاطر سینوزیت پرداخت می‌کنند، صدها میلیون دلار است.

همچنین داروهایی که برای این بیماری تجویز می‌شود به‌خصوص آنتی‌بیوتیک بسیار پرهزینه است. به همین علت است که کشورهای پیشرفته به‌دنبال راهکارهایی هستند که عواقب این بیماری را به حداقل برسانند.

• اصلا می‌توان خانواده‌ای را پیدا کرد که با این بیماری درگیر نباشند؟

- تقریباً نه، امروز کمتر خانواده‌ای است که یک نفر نیاید و فکر نکنند که مشکل سینوزیت دارد، البته نمی‌خواهم بگویم که هر مشکل سینوسی سینوزیت است ولی همه مردم به نحوی تا دردی در ناحیه سر و صورت و دور چشم‌ها احساس می‌کنند، آن را به سینوزیت ربط می‌دهند.

• سؤال بعدی من هم همین بود، الان خیلی از مردم حتی دردهای میگرنی یا سرد درد را به درد سینوس نسبت می‌دهند و به نظر می‌رسد این باور غلط تقریباً تثبیت شده. این‌طور نیست؟

- دقیقا، با این وجود اما در سال‌های اخیر پیشرفت‌هایی صورت گرفته است که باعث شده دید ما نسبت به این بیماری عوض شود که این امر مرهون امکانات تشخیصی خیلی دقیق‌تر است. یعنی خیلی از مواردی را که ما تشخیص می‌دادیم سینوزیت هستند و درمان می‌کردیم، این بیماری‌ها به درمان پاسخ نمی‌دادند، چون درمان مناسبی نبود. الان با تشخیص دقیق‌تر می‌فهمیم که فرد این بیماری را دارد یا نه و بر اساس آن درمان را پایه‌گذاری می‌کنیم.

• منظورتان از روش‌های تشخیصی همان جراحی‌های آندوسکوپیک است؟

- بله، باوجود تمام باورهای اشتباه در مورد این بیماری، ۲ روش تشخیصی به کمک ما آمد، معاینه داخل بینی به کمک آندوسکوپ که دقیق‌ترین روش معاینه است و سی‌تی‌اسکن سینوس‌ها، این ۲ روش در دهه ۸۰ به کمک راینولوژیست‌ها آمدند و انقلابی را در تشخیص سینوزیت و به تبع آن در درمان بیماری‌ها ایجاد کردند.

• این روش‌ها فقط مخصوص سینوزیت مزمن هستند یا در مورد سینوزیت حاد هم می‌توان آن‌ها را به کار برد؟

- سینوزیت حاد، تشخیص مشخصی دارد. یک فرد مبتلا به سرماخوردگی به جای اینکه بعد از یک هفته علائم بیماری‌اش بهبود یابد، این علائم ادامه یافته و فرد برای چند هفته بعد این مشکلات را باید تحمل کند. پس معمولا سینوزیت حاد مشکل خاصی را در تشخیص ایجاد نمی‌کند و اکثر پزشکان می‌توانند آن را تشخیص دهند، البته بدون نیاز به رادیوگرافی. بنابراین از روی شرح حال بیمار و با یک معاینه دقیق از داخل بینی می‌توان این بیماری را تشخیص داد.

• این یعنی تشخیص سینوزیت مزمن مشکل‌تر از این‌هاست؟

- مسلما همین‌طور است. این بیماری وقتی ایجاد می‌شود که علائم سینوزیت حاد بیش از چند ماه یا حتی چند سال ادامه داشته باشد. بعضی از افراد حتی ممکن است زمان دقیق شروع علائم را به خاطر نیاورند. در این زمان اکثر بیماران آنتی‌بیوتیک‌های متعددی گرفتند، درمان‌های زیادی شدند و به انواع مختلف داروها روی آوردند.

پس سینوزیت مزمن وقتی است که درمان‌های ما در مرحله حاد باعث بهبودی نشده و بیمار وارد فاز می‌شود که تغییرات سینوس‌ها غیرقابل برگشت است. به‌طوری که آنتی‌بیوتیک‌ها هم حتی اثر ندارند. پس این بیماری تشخیص مشکل‌تری دارد چون در آن با علائم متنوع‌تری مواجهیم نه علائم مشخص.

• منظورتان از علائم متنوع چیست؟ یعنی بیمار با چه تابلویی به شما مراجعه می‌کند؟

- در این بیماری علامت درد نداریم، اما می‌توان گفت مهم‌ترین علامت سینوزیت مزمن به‌طور کلی گرفتگی بینی، ترشحات بینی و پشت حلق است.

• یعنی هر کس که این علائم را داشت، سینوزیت مزمن دارد؟

- به هیچ‌وجه. این علائم در خیلی از بیماری‌های دیگر هم دیده می‌شوند، بیمارانی که مبتلا به انحراف تیغه بینی یا دچار پولیپ‌های بینی، آلرژی بینی و انواع و اقسام التهاب‌های داخلی بینی هستند هم این علائم را دارند. پس ما به صرف داشتن این علائم نمی‌توانیم بگویم فرد به سینوزیت مبتلا شده است و احتیاج به بررسی‌های بیشتری است.

در این مواقع است که ما به سراغ آندوسکوپ می‌رویم و تمام حفره بینی و شاخک‌های آن را می‌بینیم.

• کمی در مورد تفاوت این روش تشخیصی و درمانی با روش‌های تشخیصی سابق توضیح می‌دهید؟

- ببینید، تحول اخیری که در این زمینه پیش آمده، این است که سابقا سینوس‌ها را جدا جدا در نظر می‌گرفتند. بیشتر سینوس‌های فکی مورد توجه بود، اما با پیشرفت علم آندوسکوپ، مشخص شد که در این بیماری اکثر اشکالات در خود سینوس فکی یا سینوس پیشانی نیست، بلکه ناحیه حفاصل سینوس و بینی بیشتر مورد نظر است.

یعنی یک ناحیه گذرگاهی که وقتی ترشحات سینوس فکی یا پیشانی می‌خواهد به بینی بریزد، از آن محل عبور کرده و بعد وارد بینی می‌شود. سینوس‌ها به‌طور عادی در طول روز ترشحاتی دارند و بیشتر از نیم‌لیتر از آنها ترشح تولید می‌شود.

این‌ها به‌طور طبیعی از پشت حلق وارد معده می‌شوند بدون اینکه ما متوجه شویم. اگر اشکالی در این گذرگاه باشد و بین محلی که ترشحات سینوس می‌خواهد در آن بریزد تا وارد بینی شود، اگر مشکلی وجود داشته باشد، ترشحات بینی نمی‌توانند تخلیه شوند. از آن طرف تهویه سینوس به خوبی صورت نمی‌گیرد و هوا در آن جریان ندارد.

این مرحله‌ای است که بیمار را وارد سینوزیت مزمن می‌کند و کم‌کم مخاط سینوس ضخیم می‌شود. این‌ها مواردی هستند که از طریق روش آندوسکوپ به آنها دست یافتیم.

- پس در حقیقت اختلال در عملکرد سینوس، نتیجه سینوزیت مزمن است؟
- همین‌طور است، این بیماری به‌طور اولیه و بر خلاف تصور عمومی یک بیماری عفونی نیست و باکتری عامل آن نمی‌تواند باشد. ولی همین اختلال عملکرد باعث می‌شود که باکتری‌ها به راحتی به سینوس وارد شوند.
- و این تنها تغییر در سینوس است؟
- خیر، جریان در همین‌جا متوقف نمی‌شود، تغییر بافتی دیگری که در نتیجه سینوزیت مزمن به‌وجود می‌آید این است که مخاط سینوس دارای یکسری مژک است که این مژک‌ها کارشان جارو کردن ترشحات و تمیز کردن مخاط تنفسی است.
- اما وقتی فردی اختلال عملکرد سینوسش طولانی است، تعداد زیادی از این مژک‌ها از بین می‌روند و مخاط حالت غیرطبیعی به خود می‌گیرد. این خود حلقه معیوبی را برای مزمن شدن بیماری ایجاد می‌کند و در اینجاست که فرد احساس ترشحات مزاحم، گرفتگی بینی و احساس سنگینی و فشار و دردهای مبهمی در صورت، پیشانی و قسمت‌های عمقی سر می‌کند.
- گفتید سینوزیت مزمن هیچ منشأ عفونی ندارد و باکتری نمی‌تواند در آن نقشی داشته باشد، این بدین معنی است که تجویز آنتی‌بیوتیک هم در این بیماران بی‌اثر است؟
- بله دقیقاً، متأسفانه یکی از درمان‌های رایج در این زمینه آنتی‌بیوتیک است یعنی بیمارانی هستند که نزد پزشک مراجعه می‌کنند و آنتی‌بیوتیک می‌گیرند و این روند با مراجعه به پزشکان دیگر همچنان ادامه می‌یابد تا اینکه بیمار به جایی می‌رسد که چندین دوره این دارو را با دوزهای مختلف دریافت کرده بدون توجه به این که مشکل این بیماری باکتری نیست. بنابراین ما باید به‌دنبال علت مسئله باشیم نه درمان با آنتی‌بیوتیک.
- پس التهاب سینوس و تورم مخاط بینی چطور درمان می‌شود؟
- در این مورد اول باید ببینیم چه عاملی باعث التهاب شده است. اگر فردی آلرژی دارد و سینوزیتش آلرژیک است، پس آنتی‌بیوتیک لزومی ندارد و ما خیلی اوقات با درمان‌های ساده آلرژیک این افراد را درمان می‌کنیم. در این میان اگر عوامل دیگر دخیل باشند مثلاً فردی که سیگار می‌کشد، سیگار فعالیت مژک‌ها را مختل می‌کند. در این موارد باید سیگار ترک شود نه این که برای فرد سیگاری اقدام به تجویز آنتی‌بیوتیک کنیم.
- کاربرد جراحی‌های آندوسکوپی در کجاست؟
- خوب ما وقتی تمام این عوامل را کنار گذاشتیم، اگر فرد مشکل آناتومیک در ناحیه بینی داشت، درمان جراحی لازم است. جالب است بدانید جراحی‌هایی که سابقاً برای سینوزیت انجام می‌شد، عمل‌هایی بود که مخاط سینوس تا حد زیادی در آنها برداشته می‌شد به همین دلیل درصد بهبودی در این عمل‌ها پایین بود. اما در روش‌های جدید (جراحی‌های عملکردی) ما می‌توانیم ببینیم که اشکال کار در کدام ناحیه است. معمولاً این اشکالات در سینوس‌های اطراف چشم است.
- اما در جراحی‌های آندوسکوپی با انجام کارهای ظریف روی گذرگاه‌های سینوس، راه تهویه آنها را باز می‌کنیم و در واقع بدون دستکاری داخل سینوس جراحی گذرگاهی انجام داده و نقطه هدف را مورد توجه قرار می‌دهیم. این کار باعث می‌شود که ترشح سینوس‌ها عملکرد طبیعی داشته باشد.
- منظورتان از این جراحی گذرگاهی چیست؟
- ببینید، ما به هیچ‌وجه به مخاط بینی دست نمی‌زنیم. یعنی بر خلاف گذشته که مخاط بینی ضخیم‌شده برداشته می‌شد، الان با جراحی‌های جدید مخاط نازک‌تر شده و به عملکرد طبیعی خود ادامه می‌دهد.
- اما می‌توان گفت این جراحی‌ها در عین این که اگر صحیح انجام شوند، به بیمار کمک زیادی می‌کنند، می‌توانند محدودیت‌هایی هم داشته باشند.

نکته مهم همین‌جاست. این جراحی‌ها اگر به‌طور حرفه‌ای انجام نشوند، عوامل مختلف پتانسیل خطر آنها را بالا می‌برد. چون اولاً این که سینوس‌ها مجاوران حساسی مثل مغز و چشم دارند.

در این جراحی‌ها اگر جراح با آناتومی ناحیه آشنا نباشد و تسلط کافی نداشته باشد، حین جراحی موجب وارد آوردن صدمه به چشم و مغز خواهد شد. پس اختلال در بینایی و نشت مایع مغزی از عوارض این جراحی‌ها هستند. مسئله دیگر این است که بینی و سینوس‌ها مناطق پرخونی هستند که اگر دچار خون‌ریزی شوند، ممکن است دید جراح را مختل کنند چون به هر حال جراح با یک دست باید آندوسکوپ را نگه‌دارد و با دست دیگر جراحی کند.

علاوه بر این آناتومی سینوس‌ها در تمام افراد با هم فرق دارد و همه این عوامل باعث می‌شود که این جراحی‌ها از مشکل‌ترین جراحی‌های بدن باشند.

▪ می‌توان گفت که این پیشرفت‌ها درمان نهایی سینوزیت مزمن هستند؟

- خیر، اصلاً این‌طور نیست. جراحی‌های آندوسکوپی تمام درمان سینوزیت نیست بلکه در واقع ابتدای درمان است. چون تغییراتی که در مخاط ایجاد شده، احتیاج به زمان دارد که بهبود پیدا کنند و این اتفاق بلافاصله بعد از عمل جراحی امکان‌پذیر نیست بلکه ماه‌ها زمان می‌خواهد. علاوه بر این بعد از جراحی اگر سینوس را به حال خود رها کنیم، چون مژک‌ها تنبل شده‌اند، احتمال عود بیماری وجود دارد بنابراین وظیفه مهم جراحان بعد از جراحی کنترل دقیق بیماران با معاینات آندوسکوپی است و این اتفاق یک تا ۲ هفته بعد از عمل باید بیفتد.

به علاوه ترشحات بینی در این هنگام باید ساکشن شوند چون سینوس‌ها در ابتدا خود نمی‌توانند این کار را بکنند. اگر این درمان‌ها صحیح انجام شوند، در بیش از ۹۰ درصد موارد شاهد بهبودی بیماران هستیم و تصور اینکه سینوزیت هیچ‌وقت خوب نمی‌شود را باطل می‌کنیم.

▪ یکسری از بیماران هستند که علائمی شبیه سینوزیت مزمن دارند. این بیماران وقتی به پزشک مراجعه می‌کنند، از دردهای ناراحت‌کننده شکایت می‌کنند و مشکل اصلی‌شان این است که تا باد به صورتشان می‌خورد، این دردها خودشان را نشان می‌دهند. شکایت دیگر این بیماران این است که در فصول سرد سال دردهایشان شروع می‌شود. می‌توان مشکل این دسته از افراد را به سینوزیت مزمن نسبت داد؟

- البته دسته‌ای از این بیماران سینوزیت دارند اما نه همه آنها. این نوسانات در طول شبانه‌روز آنقدر برای این افراد ایجاد درد می‌کند که زندگی‌شان محدود می‌شود. به‌طوری که باید دائماً پیشانی خود را از باد مصون نگه‌دارند. تعدادی از این افراد اشکالاتی در ناحیه بینی و سینوس‌ها دارند که سینوزیت نیست. بیمار از درد سینوس شکایت دارد و درست هم هست ولی سینوزیت چرکی و عفونی ندارد.

▪ پس علت اصلی درد در این افراد چیست؟

- ما یکسری از دردها را در سال‌های اخیر تشخیص دادیم که راینولوژیک و با منشاء بینی و سینوس هستند و علت آنها هم این است که نقاطی در مناطق بینی و سینوس وجود دارند که در اثر عوامل مختلف موادی از آنها خارج شده و ایجاد درد می‌کنند.

بعضی از این افراد شاخک میانی بینی و سینوسشان بزرگ است و این بزرگی یا منجر به سینوزیت می‌شود یا این که صرفاً ایجاد درد می‌کند. داخل شاخک میان بینی این افراد هوا وارد شده و به تدریج حجیم می‌شود و این امر باعث می‌شود که این افراد در هر شرایط آب و هوایی درد داشته باشند.

▪ به این بیماران می‌توان آنتی‌بیوتیک داد؟

- به هیچ‌وجه، چون یک عمل جراحی آندوسکوپی به راحتی این افراد را درمان می‌کند.

▪ نکته آخر؟

- فقط باید بگویم که تحقیقات ما نشان می‌دهد که سینوزیت مزمن به‌رغم تمام پیشرفت‌ها هنوز نقاط تاریک و پنهانی دارد که اگر حل شوند کمک بزرگی به بیمارانی می‌کنند که در دنیا از این بیماری رنج می‌برند.

منبع : روزنامه همشهری

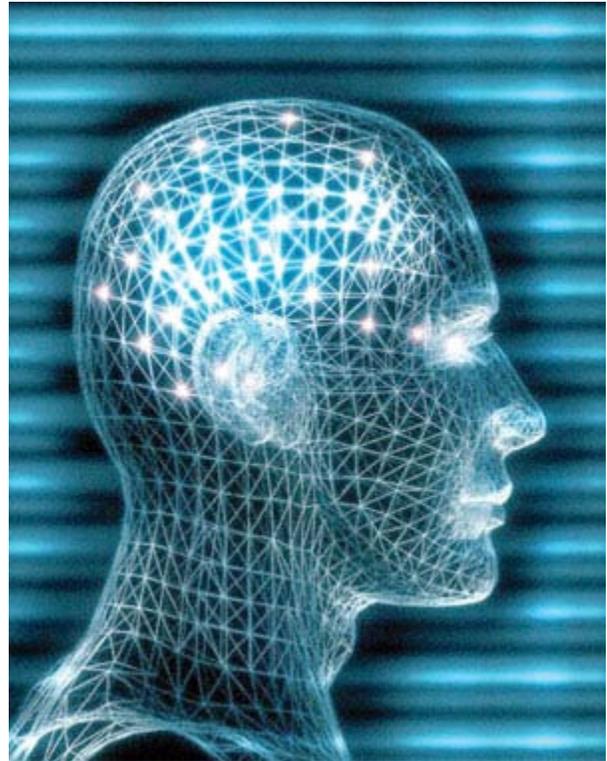
<http://vista.ir/?view=article&id=287037>

شایع ولی ناشناخته

• آشنایی با علل و نشانه های بیماری ترومبوز وریدی

ترومبوز وریدی سینوسی از گروه بیماری هایی است که اطلاع عمومی از آن و شرایط مساعدکننده آن می تواند تاثیر قابل توجهی در کاهش میزان بروز آن داشته باشد. اطلاع عمومی در مورد این بیماری نه تنها در عرصه عمومی بلکه در جامعه پزشکی هم بسیار کم و از جنبه هایی غیردقیق است.

در هر دقیقه میزان قابل توجهی خون به طور مداوم وارد مغز می شود و بعد از استفاده توسط مغز همین میزان خون باید از مغز خارج شود. مسیر ورود و خروج خون از مغز جداست. خونی که با فشار و با ضربان قلب از طریق شریان ها وارد می شود باید به طور مداوم از طریق وریدها یا سینوس ها (با سینوس های اطراف بینی اشتباه نشود) خارج شود. هر اختلالی در تخلیه خون مغز باعث پرخونی در مغز و تورم آن می شود و از آنجا که مغز در محفظه پی محدود شده است با این تورم و پرخونی امکان افزایش حجم نمی یابد و در نتیجه به عناصر حیاتی مغز فشار آمده و خطرات زیادی بیمار را تهدید می کند. اگر مقایسه کوچکی با سایر ظروفی که دست بشر ساخته به عمل آوریم، آنچه حیرت انگیز می نماید احتمال انسداد در موارد بسیار



نادر نیست بلکه عدم انسداد و کارکرد مناسب در اکثریت مطلق موارد و در همه حالات است. اگر درست بنگریم این طرف از سرامیک یا شیشه ساخته نشده است بلکه از جنس نسوج بدن است. مایعی که در آن جریان دارد هم آب زلال نیست بلکه مایع غلیظی چون خون است.

این طرف گهگاه مورد استفاده قرار نمی گیرد بلکه دائماً بدون اراده ما در حال کار است. با این همه می بینیم که موارد انسداد در این سیستم خروجی بسیار نادر هستند. واقعیت این است که برای جلوگیری از این انسداد (با همان ترومبوز) خداوند مکانیسم های متعدد و بی شماری تعبیه کرده که ما تاکنون فقط تعداد کمی از آنها را شناخته ایم. مواد متعددی این مایع غلیظ را بر آن سطح چسبنده لغزان می کنند و مواد متعددی از لخته شدن خون در داخل رگ ها جلوگیری می کنند و میزان مایع خون در حدی تنظیم شده که اجازه عبور از داخل رگ را می دهد.

بنابراین برای بروز انسداد در این سیستم تنها یک عامل کفایت نمی کند و معمولاً عوامل متعددی دست به دست هم می دهند تا این انسداد ایجاد شود، مگر اینکه یکی از این عوامل آنقدر قوی باشد که علل دیگر را تحت الشعاع قرار دهد. اولاً این بیماری در خانم ها شایع تر است و به خصوص در خانم های چاق شیوع بیشتری دارد. در بسیاری از موارد دیده می شود که بیمار به دلایل مختلف دچار کم آبی شده باشد. طبیعتاً خون غلیظ چسبندگی بیشتری دارد. فرصت های ضدحاملگی هم از آنجا که چسبندگی خون را افزایش می دهند، احتمال این ترومبوز را افزایش می دهند. به خصوص به نظر می رسد مصرف نامنظم یا گاهگاهی این قرص ها تاثیر بیشتری داشته باشند. شاید به این دلیل که به ناگاه تعادل انعقادی را به هم می زنند. از همه اینها مهمتر اینکه افراد مختلف استعدادهای مختلفی به پدیده ترومبوز دارند و در حال حاضر فاکتورهای متعددی شناخته شده است که نه تنها باعث انعقاد نمی شوند بلکه از انعقاد خون جلوگیری می کنند. میزان فاکتورهای ضدانعقاد در افراد مختلف یکسان نیست و در برخی افراد اساساً برخی از این فاکتورها وجود ندارند. فاکتور مهم دیگر وجود عفونت در اطراف مغز مثل گوش و سینوس های بینی است. وجود این عفونت ها انعقاد خون را در قسمت های مجاور افزایش می دهد و باعث افزایش پدیده ترومبوز می شود.

از آنجا که وریدها یا سینوس‌هایی که خون را از داخل مغز تخلیه می‌کنند در افراد مختلف اشکال مختلفی دارند و در هر حال بسیار پیچیده هستند، علائم بالینی ترومبوزهای سینوسی بسیار متنوع و در بسیاری موارد بسیار گول‌زننده است. در برخی موارد به دلیل اینکه احتقان فقط در قسمت محدودی از مغز اتفاق می‌افتد و این احتقان کندتر از معمول پیشرفت می‌کند، علائم بالینی بسیار شبیه تومورهای مغزی می‌شود. در برخی موارد که پرخونی در قشر مغز اتفاق افتاده، ممکن است ابتدا باعث تشنج شود و ممکن است این بیماران با مبتلایان به صرع اشتباه شوند. در برخی موارد ترومبوز با سرعت اتفاق می‌افتد، جدار رگ‌ها در برابر این پرخونی طاقت نیاورده، پاره می‌شوند و مقداری خون در مغز می‌ریزد و این بیماران شبیه مبتلایان به سکته مغزی می‌شوند. در بسیاری از موارد هم تخلیه خون تمام مغز اشکالی پیدا می‌کند که آنقدر شدید نیست که بیمار را بکشد ولی به تدریج بیمار دچار افزایش فشار داخل مغزی می‌شود؛ شبیه حالتی که به آن تومور کاذب گفته می‌شود. در هر حال به نظر می‌رسد در بسیاری از این موارد سردرد یک علامت ثابت باشد.

پیشرفت‌های جدید تصویربرداری از مغز باعث شده است که شیوع ترومبوز سینوسی از آنچه که در گذشته تصور می‌شد، بسیار بالاتر برود. بسیاری از بیماران که در گذشته تشخیص‌های دیگری برای آنان مطرح می‌شد، امروزه به عنوان ترومبوز سینوسی شناخته می‌شوند و بسیاری موارد خفیف‌تر هم تشخیص داده می‌شوند. اما مهم‌تر از همه اینکه درک اهمیت این تشخیص و درک مکانیسم‌های بروز آن نه تنها باعث درمان بهتر بیماران شده بلکه باعث شده بتوانیم به نحو موثری از آن پیشگیری کنیم که در اینجا به نکات چندی برای پیشگیری اشاره می‌کنم.

اولاً ترومبوز سینوسی از آن گروه بیماری‌هایی است که اطلاعات عمومی اندکی در مورد آنها وجود دارد و حتی برای جامعه پزشکی نیز بیماری جدیدی به شمار می‌رود، به علاوه اطلاعات عمومی می‌تواند به شدت بر میزان شیوع آن تاثیر بگذارد، بنابراین اطلاع‌رسانی در مورد آن و روش‌های پیشگیری از آن باید در دستور کار بخش سلامت رسانه‌ها قرار بگیرد. این کار دشواری‌هایی هم دارد. رسانه‌ها به دنبال جلب رضایت و برآوردن درخواست مشتریان خود هستند که در این مورد هیچ درخواستی وجود ندارد. بنابراین رسانه‌ها به جای دنباله‌روی از سلاقی عمومی و درج مطالب فراوانی درباره بیماری‌هایی نظیر ام‌اس که اطلاعات عمومی هیچ تاثیری بر میزان شیوع آنها ندارد و برعکس باعث پانیک عمومی می‌شود، باید با اطلاع‌رسانی درباره بیماری‌هایی از مقوله ترومبوز سینوسی نقش فعالی در ساختن سلاقی عمومی به عهده بگیرند. ثانیاً استفاده بی‌رویه از قرص‌های ضدحاملگی، به خصوص در شرایط گرما و کار فیزیکی (که باعث بی‌آبی بدن می‌شود) خانم‌ها و به خصوص خانم‌های چاق را در خطر ترومبوز سینوسی قرار می‌دهد که صرفاً با افزایش مایعات دریافتی یا قطع مصرف این داروها یا کاهش فعالیت فیزیکی می‌توان از این خطر کاست.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=285292>

 **vista.ir**
Online Classified Service

شما تنها دچار یک حمله تشنج شده‌اید!

در سرم احساس عجیبی دارم. به خوبی قادر به شنیدن نیستم و در گوشم صداهای وزوز ماندنی می‌شنوم. فکر می‌کنم در حال غش کردن هستم. دستانم را برای حفظ تعادل از همدیگر باز کرده‌ام، چون اشیاء اطرافم در حال چرخیدن هستند و تار به نظر می‌رسند. در پاهایم احساس کمرختی پیشرونده‌ای دارم. احساس می‌کنم که در حال سقوط هستم و متوجه





حرکت بدنم به عقب می‌شوم، اما قادر به کنترل آن نیستم. فکر می‌کنم که روی زمین افتاده و خود را خیس کرده‌ام. یک نفر در کنارم نشسته و برای بلند کردن من تلاش می‌کند اما دست و پایم کار نمی‌کنند. فرد دیگری

می‌گوید من دچار تشنج شده‌ام. با خودم تکرار می‌کنم: «تشنج؟» امیدوارم کسی توضیح بیشتری بدهد، اما انگار کسی به فکرنیست و من همچنان تکرار می‌کنم: «تشنج؟»

سعی می‌کنم بلند شوم، اما تعادل ندارم. کسی مرا گرفته و بلند می‌کند. زیرم را نگاه می‌کنم. بله، خودم را خیس کرده‌ام. حالا دیگر آن اندازه هوشیار هستم که از این وضعیت دچار آشفتگی و سردرگمی شوم. دستانم آسیب دیده‌اند و خاکی و خون‌آلودند. تلاش می‌کنم رو به جلو قدم بردارم، اما گویی عضلات ساقم در حال شکافته شدن هستند. چرا فکم درد می‌کند؟ نگرانم، چون نمی‌فهمم که چه اتفاقی افتاده است. مجدداً می‌پرسم: «آیا من دچار تشنج شده‌ام؟» حدوداً از زمانی که هوشیارتر شده و از نخستین حمله تأیید شده تشنج مطلع شده‌ام، نیم ساعت می‌گذرد. اکنون می‌توانم اتفاقات را تا حدی در کنار یکدیگر بچینم. چه اتفاقی رخ داده است؟ حدود یک ماه پیش به علت اینکه دچار دو نوبت حمله افت هوشیاری شده بودم، توسط یک نورولوژیست ویزیت شدم. در زمان وقوع حملات، هیچ فرد دیگری حضور نداشت و بدون حضور یک فرد شاهد که کلیه وقایع را به طور کامل ببیند، امکان تشخیص تشنج وجود ندارد، اما در این حمله اخیر، پدر و خواهرم حضور داشتند. پدرم که یک پزشک عمومی است، گفت که من دچار یک تشنج تونیک غیرمعمول شده‌ام. از سوی دیگر، خواهرم که اطلاعات پزشکی چندانی ندارد، وقایع را از زاویه دید خودش چنین تفسیر می‌کرد: «فکر کردم در حال مردن هستی، چون سیاه شده بودی و نمی‌توانستی نفس بکشی.» براساس این شواهد، نورولوژیست مطمئن شد که من مبتلا به صرع هستم. تشنج، تأثیرات جسمی هم در من گذاشته بود. به شدت به زمین افتاده بودم و بدنم دچار زخم و خراشیدگی شده بود. انقباضات مداوم عضلات، خصوصاً در ساق و فکم باعث شده بود که احساس کنم در دو مارا تن شرکت کرده‌ام. برای چند روز نمی‌توانستم به راحتی از پله‌ها بالا بروم. به شدت احساس خستگی می‌کردم و اگر امکان داشت، شب‌ها بیش از ۱۲ ساعت می‌خوابیدم. دیگر وقت چندانی برای مطالعه و یا سایر امور عادی زندگی نداشتم. به تدریج که بدنم قدرت گذشته خود را بازیافت، عوارض روحی- روانی تشنج در من پیدا شد. از اتفاقاتی که افتاده بود، احساس حقارت می‌کردم. همانند بسیاری از بیماران صرعی، از وقوع یک حمله دیگر تشنج دیگر، آن هم در یک مکان عمومی یا یک محیط خطرناک، به شدت وحشت داشتم. شانس وقوع مجدد یک حمله ناخواسته تشنج طی یک سال، ۲۶ درصد و پس از ۲ و ۵ سال به ترتیب، ۴۸ و ۵۶ درصد است. پس نگرانی من بی‌مورد نبود.

سعی کردم دوباره فعالیت‌های گذشته خود را از سر بگیرم. برای دوییدن از خانه بیرون می‌رفتم، اما دوستم مرا مجبور کرده بود تا نقشه‌ای از مسیر دویدنم به او بدهم و هر وقت که از منزل خارج می‌شدم، باید اطلاع می‌دادم که حداکثر تا چه زمانی برمی‌گردم! اطلاعات کم، کمک‌کننده نیستیکی از نگرانی‌های من، اطلاع از این موضوع بود که در آغاز حملات تشنجی در یک فرد بزرگسال، حتماً می‌بایست وجود یک عامل زمینه‌ای مستعدکننده تشنج رد شود. در واقع من به این نتیجه رسیده بودم که داشتن اندک اطلاعات پزشکی می‌تواند چقدر آزاردهنده باشد! دقیقاً شبیه برخی دانشجویان پزشکی که دچار توهمات خودبیمارانگاران (هیپوکندریازیس) می‌شدند، من نیز از قبل خود را مبتلا به انواع سندرم‌های ایجادکننده صرع، تومورهای تهدیدکننده حیات، بیماری‌های دژنراتیو نورولوژیک و یا اختلالات قلبی می‌دانستم. در جایی خواندم که حدود ۶ درصد حملات صرع با شروع در دوران بلوغ می‌تواند ناشی از تومورهای مغزی باشد. به هر حال عدد ۶ می‌تواند برای کسی که ممکن است جزو یکی از این افراد باشد، رقم بسیار بزرگی است. من معتقد نبودم که به شدت بیمار باشم، ولی در هر صورت دچار اضطراب و نگرانی شدیدی شده بودم. بدین ترتیب از یک جوان سالم و ورزشکار، تبدیل به فردی شده بودم که می‌توانست به صورت بالقوه مبتلا به خطرناک‌ترین بیماری‌های مغزی باشد. اولین گاممن دچار مشکلاتی در فعالیت‌های روزمره خود شده بودم. یکی از مسایلی که در اکثر افراد با شنیدن نام صرع به آن فکر می‌کنند، نداشتن اجازه انجام رانندگی است. در واقع قانون چنین می‌گوید که بدون توجه به علت تشنج، فرد باید حداقل از آخرین حمله تشنج، یک سال را بدون تکرار آن سپری نموده باشد. شما از نظر قانونی موظفید که ضمن اطلاع دادن به مسوولان مربوطه، گواهینامه خود را واگذار نمایید. برای فردی که رانندگی جزئی از فعالیت‌های معمول روزانه اوست، این اتفاق، ضربه بزرگی به استقلال کاری وی وارد خواهد کرد. برخلاف سایر دانشجویان، دانشجویان پزشکی اغلب در مسیر تحصیل خود، نیازمند حضور در بیمارستان‌های مختلفی هستند و من به ناچار یک مسیر نیم ساعته را با اتوبوس در حدود ۲ ساعت طی می‌کردم. از طرف دیگر، نگران این موضوع هم بودم که مبدا این بیماری روی تحصیل من در رشته پزشکی تأثیرگذار باشد. در واقع قانون موجود در این زمینه می‌گوید که هیچ‌گونه منع قانونی برای فعالیت یک پزشک مبتلا به صرع وجود ندارد، ولی با ترس و نگرانی از وقوع چنین حادثه‌ای در

حین یک اقدام تهاجمی بر روی بیمار، فکر ادامه تحصیل در تخصص‌هایی مانند جراحی را از سرم بیرون کردم. بعد از قطعی شدن تشخیص صرع، به منظور پیشگیری از عود حملات، شروع به استفاده از داروی «لاموتریزین» نمودم. لاموتریزین دارویی مناسب جهت کنترل صرع در زنان جوان با عوارض جانبی و احتمال ترانوتزیسیتهی کمتر است.

شروع مصرف دارو، اولین گام بزرگ در این مسیر محسوب می‌شد. در واقع این بار قرار نبود دارویی به مدت کوتاه مصرف شده و سپس قطع شود، بلکه صحبت از مصرف طولانی‌مدت دارو برای چندین سال بود. قطعاً این مساله می‌توانست روی زندگی شخصی آینده من در مورد ازدواج و تشکیل خانواده موثر باشد. لاموتریزین در هر حال مانند بسیاری از داروهای دیگر دارای عوارض جانبی بود، اما من فرد خوشبختی بودم که از این میان تنها دچار مختصری خواب‌آلودگی می‌شدم. عدم احساس بیماری، شرایطی متفاوت ایجاد می‌کند به تدریج که اطلاعات کامل‌تری از وقایع اخیر کسب کردم، دریافتم که تصور من از صرع براساس دانسته‌های ناقص قبلی، نادرست بود. من در گذشته به صرع به عنوان یک بیماری نگاه می‌کردم، اما با اصلاح نگرش خود دریافتم که می‌توان صرع را به جای یک فاجعه، تنها مختصری انحراف از شرایط طبیعی موجود دانست. به طور کلی تشنج می‌تواند در کلیه افراد با احتمالی معادل ۵-۲ درصد در طول زندگی اتفاق افتد. در واقع پایین‌تر بودن سطح آستانه تشنج در من در مقایسه با سایر افراد، منجر به وقوع چنین شرایطی شده بود. اگرچه صرع می‌توانست موجب هراس و وحشت در من شده و احساس از دست دادن استقلال در زندگی اجتماعی بوجود بیاورد و با یک اتفاق کوتاه می‌توانست تاثیری عمیق و طولانی در زندگی من ایجاد کند، با این حال این موضوع به خوبی به من آموخت که در بیماری‌های مزمن، فرد بیمار بسیار بیشتر از پزشک معالج در کنترل و سیر بیماری تأثیرگذار خواهد بود. در واقع فرد بیمار ضمن تحمل تاثیرات جسمی یک بیماری مزمن و نیز درگیر شدن با پیامدهای روانی و اجتماعی آن، تجربیات بسیار باارزشی خواهد آموخت که در ادامه مسیر بیماری نقش اساسی در کنترل حملات و با عوارض احتمالی مربوطه برعهده خواهد داشت.

منبع : هفته نامه سپید

<http://vista.ir/?view=article&id=319471>

 Vista.ir
Online Classified Service

شوک و سنکوپ چیست؟

شوک حالتی است که در آن فعالیت‌های حیاتی بدن در نتیجه عوامل مختلف کاهش می‌یابند. شایع‌ترین علت بروز شوک، کاهش حجم خون به دلیل خونریزی، اسهال و استفراغ شدید است. دستگاه گردش خون وظیفه رساندن اکسیژن و مواد غذایی به سلول‌ها و دفع مواد زاید را عهده‌دار است. اختلال در این وظیفه به اختلال در فعالیت‌های حیاتی بدن منجر می‌شود. شوک در بچه‌های کم سن و سال، افراد سالمند، افراد حساس و مضطرب و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شایع‌تر است. انواع مهم شوک عبارتند از:

▪ شوک ناشی از کاهش حجم خون (از دست رفتن مقادیر زیاد خون)

▪ شوک قلبی (نارسا بودن عمل قلب)

▪ شوک عفونی (در اثر عفونت شدید)



▪ شوک تنفسی (فلج عضلات تنفسی و ...)

- شوک روحی روانی (حمله غشی)
- شوک عصبی (به دلیل درد شدید)
- شوک در اثر حساسیت (آلرژی)

علائم و نشانه‌های عمومی شوک عبارتند از:

رنگ پریدگی، کبودی و سردی پوست، عرق فراوان، تندی تنفس همراه با تلاش زیاد، تاری چشم‌ها، گشادی مردمک چشم‌ها، احساس تشنگی، تهوع و استفراغ، بی‌قراری و هیجان، نبض تند و ضعیف (نخی شکل)، افت فشار خون، احساس خفقان و چنگ زدن به یقه، از دست رفتن هوشیاری، بی‌حالی و گود رفتن چشم‌ها، کاهش دفع ادرار.

- شوک ناشی از کاهش حجم خون:

این شوک غالباً به دنبال خونریزی (خارجی یا داخلی) و یا خارج شدن مقادیر زیاد مایع از بدن (سوختگی، اسهال و استفراغ) ایجاد می‌شود. علت این شوک ناکافی بودن حجم خون در داخل عروق است.

- شوک قلبی

این شوک به دلیل اختلال در عضله قلب ثانوی به سکنه قلبی یا بیماری‌های عضله قلب و یا بیماری‌های دریچه قلب ایجاد می‌شود. سکنه قلبی شایع‌ترین علت شوک قلبی است.

- شوک عفونی

این شوک به دنبال ورود میکروب‌های جدی به داخل خون و آزاد شدن سموم آنها ایجاد می‌شود.

- شوک تنفسی

این شوک در نتیجه انسداد راه‌های هوایی ثانویه به جسم خارجی یا برخی بیماری‌ها و یا زخم مکنده در قفسه سینه و فلج عضلات تنفسی و ... ایجاد می‌شود.

- شوک عصبی

در نتیجه وارد شدن صدمه به نخاع (مرکز تنظیم کننده قطر عروق)، درد و هیجان شدید، فرد دچار گشادی عروق خونی و شوک می‌شود.

- شوک حساسیتی

این نوع شوک در اثر تماس با مواد حساسیت‌زا ایجاد می‌شود. علائم و نشانه‌های آن عبارتند از: برفروختگی، خارش و سوزش پوست خصوصاً صورت، گرفتگی گلو، کهیر عمومی بدن، تورم صورت و لب‌ها، تنگی نفس و خس‌خس سینه، افت فشار خون، رنگ پریدگی، سیاهی رفتن چشم‌ها و حالت بیهوشی.

- نخستین اقدام‌های ضروری

- مصدوم را در وضعیت استراحت قرار دهید و از جابه‌جایی غیرضروری او خودداری کنید.

- راه هوایی مصدوم را باز نموده و اجسام خارجی را از دهان او خارج کنید.

- علل شوک را شناسایی کرده و برطرف نمایید.

- اکسیژن ۴ تا ۶ لیتر در دقیقه داده شود.

- در صورت نیاز تنفس مصنوعی و ماساژ قلبی داده شود.

- لباس‌های تنگ مصدوم را آزاد کنید.

- زیر پاهای مصدوم متکا قرار دهید تا بالاتر از سطح قلب قرار گیرند. (به شرطی که شکستگی و آسیب پاها وجود نداشته باشد)

- علائم حیاتی (نبض، فشار خون، تنفس و درجه حرارت) را در بدو مواجهه با مصدوم ثبت کرده و به صورت دوره‌ای هر ۵ دقیقه تکرار کنید.

- مصدوم را گرم نگه‌دارید.

- شکستگی‌ها را ثابت کنید و در صورت درد شدید، مسکن تجویز نمایید.

- از راه خوراکی به مصدومین چیزی داده نشود، می‌توانید با پارچه خیس دهان آنان را مرطوب کنید.

- در شکستگی جمجمه، سر مصدوم را بالاتر از سطح زمین قرار دهید تا آسیب کمتری به مغز وارد شود.

- نواحی خونریزی دهنده را با فشار و قرار دادن گاز استریل مهار کنید.
- در شوک قلبی بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید.
- در شوک حساسیتی، از داروهای ضد حساسیتی مثل آدرنالین و ضد هیستامین استفاده شود.
- ز ورود مواد استفراغی به درون مجاری تنفسی جلوگیری کنید.
- مصدومین را سریعاً به مراکز درمانی انتقال دهید.

• سنکوپ

سنکوپ (غش) یک حالت نیمه بیهوشی و ملایمتر از شوک است. در این حالت فرد دچار بی‌خبری کوتاه مدت از اطراف خود می‌شود. علت آن نرسیدن خون کافی در کوتاه مدت به مغز است.

در حالت سنکوپ دستگاه‌های قلب و ریه فعال هستند. از علل آن می‌توان شوک هیجانی (دیدن مناظر وحشتناک، شنیدن اخبار ناگوار، ایستادن طولانی همراه با ازدحام جمعیت و خستگی شدید، گرما و فقدان هوای تازه و ...)

علائم و نشانه‌های آن عبارتند از: رنگ پریدگی و سردی و تعریق فراوان پوست، نبض ضعیف، تنفس سطحی و تند و گشادی مردمک چشم‌ها.

• نخستین اقدام‌های ضروری

- مصدوم را به پشت بخوابانید و استراحت کامل بدهید.
- لباس‌های تنگ او را آزاد کنید.
- اکسیژن کافی در صورت دسترسی بدهید.
- پاهای او را بالا ببرید.
- در صورت نیاز تنفس مصنوعی و ماساژ قلب داده شود.
- از نظر احتمال ایجاد آسیب به دلیل سقوط بررسی لازم به عمل آید.

منبع : روزنامه رسالت

<http://vista.ir/?view=article&id=283047>



صرع در سالمندان

احتمال بروز صرع بعد از ۵۰ سالگی افزایش می‌یابد و خطر بروز صرع بعد از هر دهه افزایش سن، در سنین سالمندی بیشتر افزایش خواهد داشت. شیوع بروز اولین حمله تشنج در افراد ۵۹-۴۰ ساله، ۵۹-۵۲ نفر در هر صد هزار نفر است ولی از سن ۶۰ سالگی به بعد این شیوع به ۱۲۷ نفر در هر صد هزار نفر می‌رسد. در میان افراد ۶۵ سال به بالا شیوع صرع فعال ۱/۵٪ است، حدوداً ۲ برابر افراد جوان. از آنجا که جمعیت مسن جامعه رو به افزایش است افراد بیشتری در معرض تجویز داروهای ضدصرع هستند. علت بروز صرع در سالمندان با جوانان تفاوت دارد. بیشترین علت بروز صرع





در سنین بالا سکتته است که ۴۰-۳۰٪ علل شناخته شده را شامل می‌شود. تومور مغزی، ضربه به سر و بیماری آلزایمر علل اصلی دیگر صرع در سالمندان هستند. در حدود نیمی از موارد علت دقیق مشخص نمی‌شود و به عنوان علت مشکوک به سالمندی تشخیص گذاشته می‌شود. در حالی که بیشتر سالمندان تشنج موضعی پیچیده دارند. گذاشتن تشخیص

دقیق مشکل است زیرا پزشکان معمولاً تصور می‌کنند که تنها رعشه یا اختلالات تکان‌دهنده می‌تواند تشنج باشد و اختلال در هوشیاری یا گیجی به تنهایی تشنج محسوب نمی‌شود.

ارزیابی نتایج درمان و مسمومیت با داروهای ضدصرع در بیماران سالمند الزامی است زیرا ارزیابی میزان تشنج در این بیماران گاهی بسیار مشکل است. علائم و نشانه‌های مسمومیت گاهی به علل دیگر (برای مثال، بیماری آلزایمر و سکتته و...) یا عوارض داروهای دیگر نسبت داده می‌شود و بیماران سالمند شاید نتوانند به خوبی مشکلاتشان را اطلاع داده یا منتقل کنند. توجه ویژه برای ارزیابی بیماران سالمند که تحت درمان با داروهای ضدصرع قرار دارند موردنیاز است. خانواده این بیماران باید بدانند که بسیاری از علائم مصرف بیش از حد دارو به راحتی می‌تواند با عوارض ناشی از پیری اشتباه شود، این علائم عبارتند از: اختلال حافظه، لرزش، گیجی، افتادن به علت اختلال تعادل، خواب‌آلودگی.

تشنج و استفاده از داروهای ضدصرع در سرای سالمندان بسیار متداول است. داده‌های زیادی از خانه‌های سالمندان (در آمریکا) که شامل اطلاعات تشخیص در مورد تمامی بیماران بالای ۶۵ سال مقیم در سرای سالمندان است نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۱ در آمریکا، ۱۰٪ افراد مقیم سرای سالمندان داروهای ضد تشنج دریافت می‌کردند. از این ۱۰٪، برای حدود ۷٪ تشخیص صرع گذاشته شده و ۲٪ به علت اختلالات رفتاری و یا درد، از داروهای ضد تشنج استفاده می‌کنند. یک و نیم میلیون نفر از سالمندان در آمریکا مقیم خانه سالمندان هستند که صد و پنجاه هزار نفر از ایشان داروی ضدصرع مصرف می‌کنند.

غلظت داروهای ضدصرع در مغز، عامل ایجاد اثرات ضدصرع و علائم مسمومیت با داروهای ضدصرع است. به همین دلیل اندازه‌گیری سطح داروهای ضدصرع می‌تواند برای هدایت درمان مفید باشد. در روش‌های معمول اندازه‌گیری غلظت داروهای ضدصرع، غلظت کلی دارو در خون اندازه‌گیری می‌شود ولی این غلظت شامل میزان دارو در قسمت سرم (میزان آزاد دارو یا مقدار باندنشده) به علاوه میزان داروی متصل به پروتئین (بابانده شده) است اما، تنها میزان آزاد دارو در سرم معادل با غلظت دارو در محل اثر آن در مغز است. بنابراین اندازه‌گیری غلظت آزاد دارو بهترین اندازه‌گیری برای اثر دارو است.

در حالی که اندازه‌گیری سطح آزاد دارو نیازمند یک اقدام ویژه با قیمتی معادل ۲ برابر تست معمول تعیین غلظت دارو است ولی همچنان بهترین ارتباط را با میزان پاسخ به دارو دارد. بیشتر داروهای ضدصرع زیاد متصل به پروتئین‌های سرم نیستند و اندازه‌گیری میزان کلی آنها در خون (چه متصل و چه آزاد) کافی است. ۳ داروی اصلی ضدصرع (کاربامازپین، فنی‌توئین و اسیدوالپروئیک) قویاً متصل به پروتئین‌های سرم هستند و این اتصال متناوباً در بیماران سالمند تغییر می‌کند. علت این مطلب آن است که بیماران سالمند احتمالاً داروهای دیگری [به غیر از داروهای ضدصرع] مصرف می‌کنند که ممکن است میزان اتصال این داروها را به پروتئین‌های خون تغییر دهد و یا ممکن است میزان کلی پروتئین‌های سرم سالمندان کمتر از سایرین باشد. اندازه‌گیری میزان کلی دارو در این بیماران میزان حقیقی داروهای ضدصرع را در محل عمل کمتر ارزیابی می‌کند. سطح کلی دارو که در محدوده مطلوب آن به نظر می‌رسد شاید عملاً بیش از نرمال باشد. برای مثال معمولاً ۹۰٪ فنی‌توئین، متصل به پروتئین و ۱۰٪ آن آزاد است یعنی زمانی که سطح کلی فنی‌توئین در خون $mg\ 20$ گزارش می‌شود معادل $mg\ 2$ آن آزاد است. در بیشتر بیماران جوان سطح موثر دارو $mg\ 20$ یعنی معادل $mg\ 2$ داروی آزاد است.

در عین حال در بسیاری از سالمندان، ۸۰٪ فنی‌توئین متصل به پروتئین‌های سرم و ۲۰٪ آن آزاد و غیرمتصل به پروتئین‌های سرم است. این بدین معنی است که وقتی در این افراد سطح کلی فنی‌توئین در خون $mg\ 20$ گزارش شود، میزان آزاد فنی‌توئین در خون $mg\ 4$ می‌باشد (۲۰٪ از $mg\ 20$). یک فرد سالمند با این سطح آزاد فنی‌توئین در خون ممکن است مبتلا به آلزایمر یا پارکینسون به نظر برسد (بیمار کمی گیج به نظر می‌رسد، لرزش دارد و نمی‌تواند راه برود). پزشکی که در مورد سطح آزاد دارو در این افراد اطلاع ندارد ممکن است با دیدن سطح کلی $mg\ 20$ (میزان قابل قبول برای بیماران جوان)، تشخیص ندهد که این علائم می‌تواند به علت میزان بیش از حد فنی‌توئین در خون باشد. کاهش سطح فنی‌توئین می‌تواند گیجی و مشکل راه رفتن بیمار را بهبود بخشد. متأسفانه سطح مورد استفاده فنی‌توئین، والپروات و کاربامازپین در افراد جوان

برای بیماران مسن بسیار زیاد است. پس در مورد داروهایی که قویاً به پروتئین‌های پلاسما متصل می‌شوند میزان آزاد یا غیرمتصل به پروتئین‌های پلاسما در بیماران مسن باید اندازه‌گیری شود. بنابراین تجربه نویسنده در بسیاری از بیماران سالمند که سطح کلی دارو در خونشان نرمال است پزشک به داروهای ضدصرع به عنوان علت اختلال حافظه و گیجی و به زمین افتادن و خواب‌آلودگی مشکوک نمی‌شود. چون بیماران سالمند نسبت به عوارض جانبی داروها حساس‌ترند، سطح درمانی دارو برای بیماران مسن باید کمتر از افراد جوان در نظر گرفته شود. در حال حاضر نیاز به بررسی‌های بیشتر برای تعیین سطح سرمی داروهای ضدصرع در سالمندان است ولی هم‌اکنون باید از سطح دارویی کمتر از نرمال یا حداقل سطح درمانی نرمال برای افراد سالمند استفاده کرد.

▪ فنی‌توئین: داروی ضدصرع فنی‌توئین (دیلاتین) از سال ۱۹۲۸ موجود است و به‌طور گسترده در بیماران سالمند استفاده می‌شود. حدود ۶۰-۵۰٪ داروی ضدصرع مصرفی در خانه‌های سالمندان و سالمندان مقیم خانه فنی‌توئین است. همچنین این دارو یک محدوده درمانی باریک و فارموکوکینیتیک پیچیده دارد. این دارو جذب آرام و ۹۰٪ اتصال به پروتئین آلبومین سرم دارد.

دوز نگهدارنده کمتری برای داشتن سطح آزاد مطلوب از این دارو در افراد مسن (در مقایسه با بیماران جوان) نیاز است و متعاقباً تغییرات کمتری باید در تطبیق دوز در سالمندان انجام گیرد (کمتر از ۱۰٪). در سالمندان دوز ۳ mg برای هر کیلو وزن بیمار در روز مناسب به نظر می‌رسد در حالی که در بزرگسالان جوان دوز روزانه ۵ mg برای هر کیلوگرم کافی است. تجویز روزانه ۳ mg برای هر کیلو یعنی معادل ۱۶۰ mg در روز برای یک خانم مسن با وزن ۷۰ kg و معادل ۲۰۰ mg در روز برای یک آقای مسن با وزن ۷۶ kg مناسب است.

در یک بازرسی از یک خانه سالمندان (در آمریکا) مشخص شده است که دوز دریافتی فنی‌توئین در سالمندان مقیم این خانه سالمندان برابر با مقدار مجاز برای مصروعین جوان است. در نتیجه احتمال وقوع غیرعمدی overdose در سالمندان این مرکز بالاست. در نهایت میزان کلی سطح پلاسمایی روزانه ۱۰-۵۰ mg در سالمندان (نه ۲۰-۱۰۰ mg که برای جوانان استفاده می‌شود) مناسب برای سطح درمانی به نظر می‌رسد.

▪ والپروئیک اسید: (والپروات، دپاکوت) دومین داروی شایع در درمان صرع در سرای سالمندان به نظر می‌رسد. میزان اثر این دارو در کنترل رفتار به خوبی اثربخشی آن به عنوان داروی ضدصرع است. اسید والپروئیک همانند فنی‌توئین در سنین بالا میزان کلیرانس، سطح آزاد و اتصالش به پروتئین کاهش می‌یابد. در نتیجه پاسخ مطلوب کلینیکی آن با دوز کمتر از معمول دارو به دست می‌آید. به علت اینکه نیمه عمر حذف دارو طولانی است فاصله بین دفعات مصرف را می‌توان افزایش داد. در صورتی که میزان کلی آلبومین خون کاهش یابد و پاسخ کلینیکی بیمار به دارو با سطح خونی کلی دارو هماهنگ نباشد اندازه‌گیری سطح آزاد دارو باید مدنظر قرار گیرد.

▪ کاربامازپین: کاربامازپین به اندازه والپروات در سنین بالا مصرف می‌شود. بررسی‌های کمی نشان داده‌اند که حذف کاربامازپین از بدن بیشتر از فنی‌توئین متأثر از سن است ولی مطالعات بیشتر در این زمینه لازم است.

کاربامازپین باعث کاهش سدیم در بدن می‌شود به همین دلیل نباید بادیورتیک‌هایی که همین اثر را دارند مصرف شود.

▪ تداخلات دارویی: داروهای دیگر (غیر از داروهای ضدصرع) که در بیماران سالمند استفاده می‌شود می‌تواند جذب، انتشار و متابولیسم داروهای ضدصرع را تغییر داده و باعث مسمومیت یا عدم پاسخ مناسب به درمان دارویی صرع شود. برای مثال، داروهای ضداسید [معده] که حاوی کلسیم هستند مثل سوکرافات [یک نوع داروی ضداسید] جذب فنی‌توئین را کاهش می‌دهند. جذب فنی‌توئین، کاربامازپین و والپروات به‌طور معنی‌داری با مصرف همزمان داروهای ضدتئوپلاسم خوراکی (داروهایی که برای درمان سرطان به کار برده می‌شوند) که باعث تخریب سلول‌های گوارشی می‌شوند کاهش می‌یابد. اضافه بر آن غلظت فنی‌توئین با مصرف داروهای ضدتئوپلاسم وریدی نیز کاهش پیدا می‌کند. مصرف همزمان اسیدفولیک برای درمان آنمی مگالوبلاستیک همراه با فنی‌توئین باعث کاهش غلظت پلاسمایی فنی‌توئین می‌شود. همچنین تغذیه به وسیله گاوژ (لوله‌ای که بنابر تجویز پزشک از بینی وارد معده می‌شود) می‌تواند غلظت پلاسمایی فنی‌توئین را کاهش دهد.

بسیاری از داروها می‌توانند جای داروهای دیگر را بر روی پروتئین‌های پلاسما بگیرند که این مسئله هنگامی که همراه با کاهش متابولیسم داروهای ضدصرع باشد باعث خطر جدی برای بیماران می‌شود. این موضوع به‌خصوص در مورد تداخل والپروات و فنی‌توئین صادق است. داروهای مختلفی که برای مدت کوتاه مصرف می‌شوند (همچون اریترومايسين و پروپوکسی فن) و یا داروهایی که به صورت نگهدارنده [مصرف طولانی‌مدت] مصرف می‌شوند (مانند سایمتدین، دیلتیازم، فلوکستین و وراپامیل) به طور مشخص به وسیله سیستم p-۴۵۰ باعث کاهش متابولیسم یک یا بیشتر داروهای ضدصرع می‌شود. موادی که باعث القاء (افزایش سرعت) سیستم p-۴۵۰ یا سایر آنزیم‌ها شوند باعث افزایش متابولیسم داروها خواهند شد. شایع‌ترین داروهای ضدصرع که باعث افزایش سرعت متابولیسم می‌شوند عبارتند از: فنی‌توئین، فنوباریتال و

منبع : انجمن صرع ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=321882>

صرع و جاده

رویه روی من نشسته است و به من می‌نگرد، اما چشم‌هایش هرکدام به سویی متمایلند. روی صندلی هم نمی‌تواند صاف بنشیند و رفته رفته به سویی متمایل می‌شود و اگر او را نگیرند مسلماً خواهد افتاد.

آبی از کناره دهانش سرازیر است که با لنگ نه چندان تمیزی هر دم آن را پاک می‌کند. هر که او را ببیند تصور می‌کند مست لایعقل است. اما اگرچه مست است اما الکل مصرف نکرده است. اعتراف می‌کند داروهای ضد تشنجی را که برایش تجویز کرده ام دو برابر بیشتر از مقدار توصیه شده خورده است. می‌گویم؛ «آخر چرا؟» می‌گوید؛ «اگر حین رانندگی تشنج کم حتماً تصادف می‌کنم.» می‌گویم؛ «هزار دفعه گفتم رانندگی نکن.» می‌گوید؛ «اون که اصلاً حرفش رو زن.»

اهل بیجار است. با یک کامیون بزرگ بین تهران و بیجار رانندگی می‌کند، بار می‌برد، مصروع است و روزی چندبار تشنجات خفیف می‌کند و هر چند روز یک بار هم تشنج بزرگ. سر در نمی‌آورم که چگونه تا به حال اتفاقی نیفتاده، کامیون متعلق به خودش است. اما راضی نمی‌شود آن را به دست راننده دیگری بسپارد. داروها را چند برابر می‌خورد تا تشنج نگیرد. نمی‌تواند به درستی راه برود اما پشت کامیون می‌نشیند.

هرگاه خیر حادثه رانندگی پی‌ری را می‌شنوم که فاجعه پی‌ری به بار آورده به یاد راننده بیجاری می‌افتم؛ نکند او یا یک نفر شبیه او راننده اتوبوس یا کامیون بوده است.

دو تا سه درصد مردم به «اپی لپسی» مبتلا هستند و از آنجا که به هنگام دادن گواهینامه رانندگی درجه یک برای رانند و سائل نقلیه عمومی هیچ غربالگری قابل اعتمادی صورت نمی‌گیرد بی‌تردید دو درصد رانندگان این گونه وسایل نیز «اپی لپتیک» هستند و اگر این درصد را در ساعات رانندگی ضرب کنیم عدد ترسناکی به دست می‌آید.

در واقع بسیاری از تصادفات رانندگی چنان عجیب هستند که احتمال صرع در راننده را قویاً مطرح می‌سازند. به عنوان مثال در حادثه پی‌ری که چند سال پیش در ولنجک رخ داد و در آن تعداد زیادی کودک کشته شدند بر اساس محاسباتی که صورت گرفت معلوم شد راننده بیش از یک دقیقه وقت برای تصمیم‌گیری داشته و از میان امکانات فراوانی که داشته بدترین آنها یعنی کوبیدن به دیوار را انتخاب کرده بود.

مشکل جاده‌ها و راننده‌های ما فقط صرع نیست و این فقط صرع نبوده که باعث شده آمار مرگ و میر جاده‌های ما گوی سبقت را از تمام دنیا برآید.



اما این هم نقیصه پی غیرقابل چشم پوشی است. همانطور که گفته شد در هنگام دادن گواهینامه رانندگی فقط به یک معاینه سطحی کفایت می شود، حال آنکه تشخیص صرع بسیار دشوار و کتمان آن بسیار راحت تر از آن است که تصور می شود و در مورد وسائل نقلیه عمومی این تشخیص اهمیتش به هیچ وجه کمتر از اهمیت آن در خلبانان نیست که با این دقت مورد غربالگری و تشخیص قرار می گیرند.

شاید در ماشین های سنگین اهمیت «اپی لپسی» از خلبان ها هم بیشتر باشد چرا که در هواپیما بالاخره درجاتی از انوماسیون وجود دارد که در کامیون موجود نیست و در آنجا در واقع، یک تیم پرواز را کنترل می کنند نه یک فرد، اما نکته جالبی که باز در کلینیک اعصاب جلب نظر می کند این است که مشاهده می کنیم حتی کسانی که داوطلب شغل مهمانداری یا حتی کارهای دفتری روی زمین در سازمان هواپیمایی هستند هم برای بررسی صرع ارجاع می شوند. اما فی المثل هیچ کدام از رانندگان کامیون وزارت راه اعزام نمی شوند. آدم مات می ماند از یک بام و دو هوایی و این داستان سر سوزن و دروازه.

در بررسی تصادفات هم امکان «اپی لپسی» تقریباً نادیده گرفته می شود. هیچ گاه نشنیده ام که کارشناسی در مورد امکان «اپی لپسی» در جریان تصادف نظرخواهی کند یا راننده مقصری از نظر امکان «اپی لپسی» ارجاع شود. از اینها گذشته در اداره راهنمایی و رانندگی ما هیچ مرکز خاصی که متولی این مساله باشد اندیشیده نشده است.

این مرکز می تواند بسیار مفید باشد چرا که می تواند مستقیماً با مراکز و مطب های مغز و اعصاب ارتباط برقرار کند و از آنها بخواهد که به طور مستمر اسامی و مشخصات افراد «اپی لپتیک» را به آنها گزارش و لیستی از کسانی که تا ارائه یک گواهی سلامتی - که خود مستلزم معیارهایی اندیشیده شده است - نمی توانند رانندگی کنند را تهیه و به مسوولان صدور گواهینامه ابلاغ کند. کنترل جاده های پرشاخ و برگ که مملو از ماشین هایی است که هر روزه از کارخانه های ما بیرون می آیند فرهنگ و تکنولوژی بالایی را می طلبد که به هیچ رو از آن گریزی نیست.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=263907>

 **vista.ir**
Online Classified Service

ضربه های مغزی : علت ها و درمان

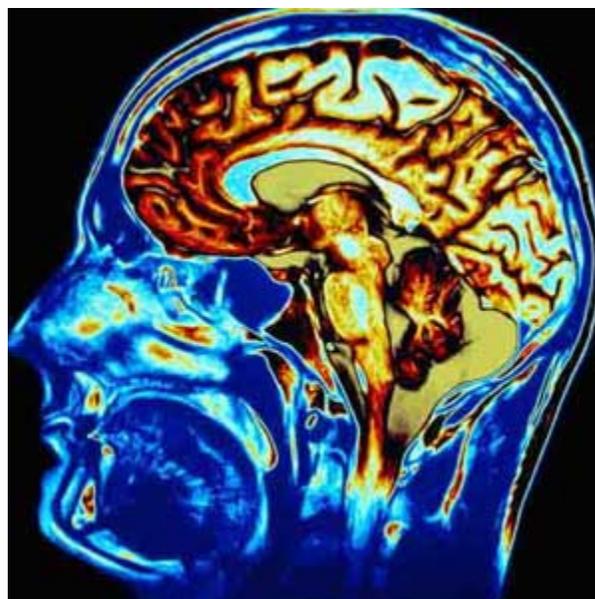
مغزدر حقیقت فرمانده کل بدن و ارگانسیسی بسیار پیچیده است.تفکر، درك حس های دقیق ، حرکات، تعادل، شنوایی، بینایی، هماهنگی بین بخشهای مختلف بدن و... همه با سلامت مغز معنی پیدا می کنند.

این ساختمان بسیار مهم توسط پرده های مختلفی پوشیده شده و در داخل محفظه ای محکم به نام جمجمه قرار گرفته است. اطراف مغز را مایعی به نام مایع مغزی - نخاعی (CSF) احاطه کرده و علاوه بر اعمال متعدد دیگرش تا حدی اثرات حفاظتی ساختمان های مختلف بر مغز را تقویت می کند.

تقسیم بندی های مختلفی برای ضربه های مغزی عنوان شده است که در

اینجا یکی از کاربردی ترین آنها را مطرح می کنیم ;

▪ ضربه های مغزی ناشی از برخورد مستقیم اشیاء با سر و بالعکس



▪ ضربه های مغزی ناشی از نیروهای اینرسیال با - یا- بدون برخورد

مستقیم از گروه اول می توان به شکستگی های جمجمه مثلا در اثر برخورد اشیاء با سر و یا برخورد سر به شیشه جلوی اتومبیل در حین سوانح رانندگی اشاره کرد.

در گروه دوم اگر ضربه مستقیم وجود نداشته باشد ، ممکنست هیچگونه علامت ظاهری از ضربه مغزی در پوست یا صورت مشاهده نشود، اما آسیب شدیدی به بافت مغزی تحمیل شده باشد . مکانیسم این نوع ضایعات ، حرکت جمجمه و مغز در جهات مختلف (به علت شناور بودن مغز و تفاوت سرعت و جهت حرکت آنها) بر اثر نیروهای اینرسیال است. ضایعه منتشر، خونریزیهای داخل مغزی، ورم مغز، و ... از جمله عوارض این نوع ضربه ها به شمار می روند.

• برخی از ضایعات ناشی از برخورد مستقیم

▪ آسیب پوست سر :

درجات متفاوتی از آسیب پوست سر را می توان متعاقب ضربه های مستقیم به سر مشاهده کرد. ضخامت پوست سر در کاهش شدت آسیب مغزی مؤثر است.

پوست سر دارای عروق خونی فراوانیست ، به حدی که خونریزی از آنها می تواند باعث بروز شوک در بیمار شود. به همین خاطر در صورت برخورد با اینگونه بیماران باید به عنوان اولین قدم سعی در کنترل خونریزی داشته باشیم (پانسمان تمیز زخم ، بستن رگ خونریزی دهنده و ...) از جمله عوارضی که میتواند بیمار مبتلا به آسیب پوست سر را تهدید کند ، عفونت است. شستشوی محل زخم بامقدارزیادی سرم استریل، احتمال این عارضه راکاهش می دهد.

به یاد داشته باشید که کوچکی محل آسیب پوست سر همیشه بمعنی ناچیز بودن ضایعات همراه درجمجمه یا مغز نیست. يك تركش كوچك يا جسمی نوک تیز و... می تواند آسیب کمی به پوست سر وارد سازد اما ضایعات کشنده ای را به مغز تحمیل کند.

پوست سر روی جمجمه حرکت می کند و همین خاصیت باعث می شود که در بسیاری از بیماران محل آسیب جمجمه یا مغز در مجاورت مستقیم محل آسیب پوست سر نباشد.

▪ شکستگی جمجمه :

شکستگی جمجمه می تواند در اثر ضربه های نافذ یا غیر نافذ پدید آید . وجود این ضایعه همیشه بمعنی آسیب همزمان در مغز نیست ، از طرف دیگر عدم وجود شکستگی نیز نمی تواند آسیب مغزی را رد کند ، اما به هر حال مشاهده شکستگی جمجمه بمعنی شدت زیاد ضربه مغزیست و لزوم بررسی های بیشتر و انجام سی تی اسکن را می رساند.

رادیو گرافی ساده قادر به نشان دادن تمام شکستگی های جمجمه نیست.

• انواع شکستگی های جمجمه

الف) شکستگی خطی:

در صورتی پدید می آید که نیروی زیاد به سطح وسیعی از جمجمه وارد شود ، این شکستگی ها می توانند به قاعده جمجمه نیز گسترش یابند. میزان آسیب واردشده به نسج مغز در حضور انواع مختلف شکستگی متفاوت است. شکستگی بدون عارضه جمجمه به خودی خود مشکل آفرین نیست و به مرور زمان التیام خواهد یافت ، اما در بسیاری موارد پارگی سرخرگ سخت شامه مغزی مجاور شکستگی باعث خونریزی داخل جمجمه ای شده و مشکلات فراوانی را برای بیماران پدید می آورد. درصد زیادی از اینگونه بیماران محتاج مداخله جراحی خواهند بود.

اگر شدت ضربه های مغزی بیشتر باشد آسیب نسج مغز مجاور محتمل تر است. معمولا اینگونه ضربه ها دارای جزء اینرسیال هم هستند که ضایعات مغزی همراه را بیشتر می کنند. درصورتیکه پوست مجاور ناحیه شکستگی دچار پارگی باشد، شانس عفونت داخل جمجمه ای افزایش می یابد.

ب) شکستگی قاعده جمجمه:

در اغلب موارد با شکستگی کاسه جمجمه همراه است.

سه عارضه اصلی این بیماران را تهدید می کند:

▪ نشست مایع مغزی - نخاعی از بینی یا گوش ، بعلت آسیب استخوان کف جمجمه و پارگی پرده های مغزی مجاور آن پدید می آید. مهمترین خطری

که این بیماران را تهدید می کند عفونت پرده های مغزی (مننژیت) است. در اغلب این بیماران بهبودی خودبه خود پدید می آید اما در درصدی از موارد ، عمل جراحی اجتناب ناپذیر خواهد بود.

• آسیب اعصاب مغزی ، بسیاری از این بیماران دچار ضایعه عصب بویائی میشوند و بهمین دلیل حس بویائی خود را بطور ناقص یا کامل از دست میدهند.

• آسیب عروق قاعده جمجمه، پیدایش ارتباطات غیرطبیعی بین سرخرگها و سیاهرگهای بزرگ در قاعده جمجمه از جمله عوارض این شکستگی هاست.

• يك مثال واقعی :

بیمار خانمی ۲۵ ساله هستند که با شکایت بیرون زدگی چشم راست ، سه هفته پس از يك سانحه تصادف ، مراجعه کرده است . بینایی چشم بطور پیشرونده کاهش یافته است ، ملتحمه متورم و حرکات این چشم کاملا مختل می باشد (Frozen Eye) طی دو هفته گذشته ، سه بار دچار خونریزی شدید از بینی شده که همگی از سوراخ سمت راست بوده اند و به سختی کنترل شده اند. با توجه به شرح حال بالینی و معاینات بعمل آمده تشخیص CCF (ارتباط غیر طبیعی بین سرخرگ کاروتید و سیاهرگ بزرگی در قاعده جمجمه) گذاشته شده و پس از انجام بررسی های تکمیلی و تأیید این تشخیص، بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. پس از عمل تورم این چشم کاهش یافت و طی دو تا سه روز بعد بطور کامل از بین رفت. بررسی های بعدی نیز برطرف شدن کامل این عارضه را نشان می دادند و خوشبختانه بیمار از مرگ حتمی نجات یافت.

(پ) شکستگی فرورونده جمجمه

این شکستگی در مواردی پدید می آید که نیروی زیاد در سطح کمی وارد شود، مثال این حالت اصابت چکش یا سنگ به سر در جریان نزاع ، و یا برخورد سر با لبه کابینت آشپزخانه و... است. شانس عفونت های داخل جمجمه ای و آسیب مغزی در صورت پارگی همزمان پوست ناحیه مجاور بسیار زیاد است قطعه فرورفته استخوان می تواند باعث پارگی پرده مغزی مجاور و آسیب نسج شود.

• يك مثال واقعی :

بیمار پسر بچه ۱۴ ساله ای است که بعلت ضربه مغزی ناشی از برخورد سر با جدول کنار خیابان در اثر تصادف ، به بیمارستان امام خمینی (ره) ساری اعزام شده است.

در مشاهده ، بافت آسیب دیده مغز در لابلای زخم کنیف و آلوده مشهود است . اما سطح هوشیاری بیمار نسبتا خوب بود . بیمار بصورت اورژانسی تحت عمل جراحی قرار گرفت ، قطعات آلوده استخوانی از محل خارج شده و بعلت آلودگی زیاد مورد استفاده قرار نگرفتند . خونریزی مغز کنترل گردید، پرده های مغز ترمیم شد، لبه های له شده زخم بطور مناسب ترمیم شدند . بیمار دو هفته بعد با وضعیت عمومی خوب از بیمارستان ترخیص شد. نقص استخوانی پدید آمده باعث شکل ظاهری نامطلوب پیشانی بیمار شده بود ، ترمیم همزمان نقص جمجمه در این موارد شانس عفونت را افزایش می دهد ، بهمین خاطر و برای جلوگیری از آسیب احتمالی مغز در این ناحیه چند ماه بعد و در شرایط غیر اورژانس اقدام به ترمیم ناحیه مزبور با استفاده از دنده شد ، پس از عمل شکل ظاهری کاملا به حالت طبیعی بازگشته و بیمار با سلامت کامل از بیمارستان ترخیص شد. اکثر مبتلایان به شکستگی فرورونده جمجمه (حتی در موارد نسبتا شدید) در زمان مراجعه هوشیارند.

در مواردی که پوست روی محل شکستگی فرورونده سالم باشد ، تصمیم گیری بر اساس عوارض احتمالی ، مسائل زیبایی و ... توسط جراح مغز و اعصاب صورت می گیرد.

• آسیب موضعی مغز:

• خونریزی های ناشی از ضربه مغزی

انواع مختلفی از خونریزی مغزی متعاقب ضربه می توانند پدید آیند ، که بحث در مورد آنها را به مقالات تخصصی تر موکول میکنیم .

نکته مهم در این زمینه اینست که بسیاری از بیماران پس از کاهش گذرای سطح هوشیاری ، به وضعیت ظاهرا طبیعی بازگشته و سپس بعد از گذشت مدتی مجددا دچار افت سطح هوشیاری شده اند.

در صورت برخورد صحیح درمانی ، معمولا خونریزی های خارج سخت شامه ای پاسخ خوبی به درمان می دهند.

یکی از کشنده ترین خونریزیهای مغزی ، خونریزی تحت سخت شامه ای است.

• خونریزی زیرسخت شامه ای مزمن دو طرفه

• خونریزی داخل مغزی در اثر ضربه

• له شدگی بافت مغز:

ممکن است بافت مغزی مجاور محل ضربه مستقیم، تحت فشار قرار گیرد و دچار له شدگی یا Contusion گردد. موارد خفیف این حالت نیازی به جراحی ندارد، اما موارد شدیدتر محتاج عمل جراحی هستند. شدت آسیب و محل درگیر، فاکتورهای مهمی در تعیین میزان پاسخ بیمار به درمان هستند.

• ضایعات ناشی از نیروهای اینرسیال

در این موارد حرکات جمجمه و مغز نقش اساسی را ایفا می کنند و در حقیقت جهت متفاوت حرکات جمجمه و مغز و سرعت متفاوت آنهاست که باعث آسیب مغزی می شود.

بهترین مثال برای شناساندن این نوع نیروها ضایعاتیست که در رانندگان وسایل نقلیه موتوری پدید می آید. در اینگونه موارد نقش نیروهای اینرسیال حائز اهمیت است بطوریکه بخش زیادی از وخامت وضع بیمار را پدید می آورد.

این بیماران معمولاً از ابتدای سانحه دچار افت سطح هوشیاری هستند. اختلال حافظه در این بیماران شایع است. ضایعات منتشرتر و در بسیاری از موارد دور از نقطه قابل پیش بینی اتفاق می افتند.

برای مثال ممکنست محل ضربه در پیشانی، اما آسیب مغزی در بخش پس سری اتفاق افتاده باشد. طیف وسیعی از ضایعات در این گروه دیده می شوند.

• تکان مغزی (Concussion)

در این حالت بیمار دچار فلج گذرای عملکرد عصبی می شود، کاهش گذرای سطح هوشیاری سپس بهبودی آن، از وجوه مشخصه Concussion است. اختلال حافظه در آنها شایع است.

• ضایعه منتشر مغزی در سطح سلولی (DAI)

در این حالت، بدون وجود ضایعات فضاگیر یا خونریزیهای وسیع و شدید مغزی، بیمار دچار اختلال در عملکرد عصبی شده و معمولاً در کوما است. البته خود این حالت نیز درجات مختلفی دارد و اغلب از نوع خفیف هستند.

• ورم مغزی:

در اثر این آسیب های منتشر در سطح سلولی و نیز بهم خوردن تنظیم خودکار عروق مغزی اتفاق می افتد و انواع مختلفی دارد. بیشترین میزان ادم مغزی طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از ضربه پدید می آید و میتواند موضعی یا منتشر باشد.

• خونریزی های داخل جمجمه ای:

این نیروها می توانند انواع مختلفی از خونریزیهای داخل جمجمه ای را پدید آورند.

• له شدگی بافت مغز:

این عارضه نیز در مبتلایان به ضایعات منتشر، بطور شایعی دیده می شوند. محل له شدگی در این بیماران متفاوت است و به نحوه وارد شدن نیرو و جهت آن بستگی دارد. • بهم خوردن تنظیم عروق مغزی:

قطر عروق مغز، تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد و به دقت تنظیم شده است. بهم خوردن این تنظیم می تواند باعث اتساع ناگهانی عروق و افزایش حجم خون مغز شده، بدین ترتیب فشار داخل جمجمه ای را بالا ببرد. این اختلال در تنظیم قطر عروق از مشکلاتیست که درمان آن مسئله ساز و حائز اهمیت فراوان است.

• بعضی از عوارض ضربه های مغزی

عوارض متنوع و متفاوتی می توانند به دنبال ضربه های مغزی پدید آیند، درجه و شدت این عوارض در افراد مختلف بسته به شدت ضربه، نوع ضربه، خصوصیات فردی و... متفاوت است و می تواند از منگی و گیجی خفیف و اختلال حافظه جزئی تا ناتوانی شدید و وابستگی کامل به اطرافیان متغیر باشد.

• تشنج متعاقب ضربه مغزی:

تشنجات پس از ضربه مغزی نسبتاً شایعند، شیوع این عارضه بسته به شدت ضربه، محل آسیب، میزان بافت آسیب دیده، نحوه برخورد با

بیماران و... متفاوت است.

تقسیم بندی تشنجات پس از ضربه مغزی اصولاً بر اساس زمان ظهور آنهاست.

▪ تشنج بلافاصله پس از وقوع سانحه

▪ تشنج زود رس طی هفته اول پس از سانحه

▪ تشنج دیررس که بعد از هفته اول پدید می آید

این تشنجات می توانند به صورت موضعی یا منتشر در تمامی بدن دیده شوند.

• عفونتها :

نشست مایع مغزی - نخاعی ، زخمهای نفوذی ، وجود اجسام خارجی مثل ترکش و... باعث افزایش احتمال وقوع عفونتهای داخل جمجمه ای می شوند.

• مننژیت :

یکی از ناتوان کننده ترین عوارض متعاقب ضربه مغزی است که برخورد سریع و دقیقی را طلب می کند.

• آبنسهای مغزی

این عارضه متعاقب شکستگی فرورونده جمجمه و ضایعات ناشی از گلوله شایعتر است. در این بیماران تجمع چرک در ناحیه مبتلا دیده می شود که توسط بافت مغز یا پرده های مغزی احاطه گشته و انواع مختلفی دارد.

علائم آبنسهای داخل جمجمه ای بسته به محل تجمع متفاوت است.

• چه عواملی باعث بدتر شدن وضعیت بیماران ضربه مغزی میشوند؟

▪ کاهش اکسیژن خون به هر دلیل (اختلالات ریوی ، خونریزی ، افت فشار خون و ...)

بافت آسیب دیده مغز را می توان به دویخیش تقسیم کرد:

الف) قسمتی که بطور کامل از بین رفته است و بدلیل عدم امکان تقسیم در سلولهای عصبی مغز ، زنده کردن یا جایگزینی آنها غیر ممکن است.

ب) بخشی که در حال مرگ است ولی در صورت رسیدگی می تواند نجات یابد و باعث کاهش عوارض گردد.

رساندن اکسیژن و خون در گروه دوم نقش مهمی در کاهش اثرات نامطلوب ضربه مغزی خواهد داشت.

▪ افت فشار خون

افت فشار خون در بالغین بمعنی کاهش آن به کمتر از نود میلیمتر جیوه است. در این حالت خون رسانی به مغز و سلولهای آسیب دیده آن مختل می شود و اثرات جبران ناپذیری را بجای می گذارد.

▪ افزایش دی اکسید کربن خون

این مسئله باعث اتساع عروق خونی و در نتیجه افزایش فشار داخل جمجمه ای خواهد شد.

▪ افزایش درجه حرارت بدن

از جمله علل آن در بیماران ضربه مغزی می توان به عفونتها ، التهاب و ترومبوفلیت ، واکنشهای دارویی و اختلالات مرکز تنظیم درجه حرارت در هیپوتالاموس اشاره کرد.

تب با هر مکانیسم و به هر علت ، باافزایش سوخت و ساز باعث بیشتر شدن نیاز سلولها به مواد غذایی و اکسیژن و خون می شود. که در مغز آسیب دیده به معنی پیدایش ضایعات بیشتر است.

امروزه یکی از جنبه های درمانی بیماران مبتلا به ضربه مغزی را کاهش درجه حرارت بدن تشکیل می دهد.

▪ افزایش و کاهش قند خون

هر دوی این حالات نامطلوب و غیر قابل جبرانی بر مغز صدمه دیده وارد می کنند و تنظیم دقیق قند خون در این موارد ضرورت دارد

• چند نکته مهم:

معیار G.C.S چیست ؟

سیستم شماره گذاری G.C.S برای تعیین سطح هوشیاری بیماران مبتلا به مشکلات حاد مغزی ابداع شده است ، کمترین میزان ۲ و بیشترین حد

آن ۱۵ می باشد براساس این نمره بندی می توان شدت ضربه مغزی و میزان انتظار برای بهبودی بیمار را تخمین زد.

در این سیستم نحوه پاسخ بیمار و وضعیت بالینی او شماره گذاری شده است :

▪ بازکردن چشمها:

- خودبخود(۴)

- در پاسخ به صدا(۳)

- در پاسخ به تحریکات دردناک (۲)

- بهیچوجه (۱)

▪ پاسخ کلامی :

- کاملا درست(۵)

- خواب آلودو گیج (۴)

- کلمات نامربوط(۳)

- اصوات نامفهوم (۲)

- هیچ (۱)

▪ پاسخ حرکتی :

- دستورات را اطاعت می کند (۶)

- محل درد را می فهمد و لوکالیزه می کند (۵)

- خود را از تحریک دردناک دور می کند (۴)

- خم کردن غیر طبیعی اندامها (۳)

- باز کردن غیر طبیعی اندامها (۲)

- هیچ حرکتی ندارد (۱)

بسته به وضعیت مغز و پاسخ یا عدم پاسخ بیمار به درمانها ، ممکن است شماره گذاری از زمانی به زمان دیگر تفاوت داشته باشد، مهمترین جزء

این سیستم ،پاسخ حرکتی بیمار است .

• انجام سی تی اسکن در چه بیمارانی توصیه می شود ؟

▪ تمام بیمارانیکه GCS آنها ۱۴ یا کمتر باشد.

▪ تمام بیمارانیکه ۱۵ GCS دارند و:

الف) افت سطح هوشیاری گذرا داشته اند .

ب) فراموشی متعاقب ضربه پیدا کرده اند .

ج) نقایص عصبی موضعی پیدا کرده اند .

د) علائم شکستگی جمجمه (دررادیوگرافی ، معاینه بالینی ، وجود خونریزی از بینی یا گوش ، ریزش آب یا خونابه از بینی یا گوش ، کبودی اطراف

چشمها یا پشت گوش و ...)

• تقسیم بندی بیماران بر اساس معیار : GCS

▪ GCS بین ۱۵-۱۳ ضربه مغزی خفیف

▪ GCS بین ۱۲-۹ ضربه مغزی خفیف

▪ GCS بین ۸-۴ ضربه مغزی شدید

منبع : سایت دکتر ظهراپی

<http://vista.ir/?view=article&id=253268>

عقب ماندگی ذهنی و انواع آن

• تعریف:

به معنای نقص هوشی در اوئل زندگی- در مقابل دمانس می باشد که با محدود شدن عملکرد اجتماعی همراه است. با اقدامات آموزشی و اجتماعی می توان یک زندگی طبیعی در خارج از بیمارستان را برای این افراد فراهم کرد که شامل مدارس ویژه، انجام کارهای خانه داری و صنایع دستی و حمایت از این افراد و خانواده آنان می باشد.

• آمار

در جمعیت ۱۵-۱۹ سال شیوع موارد متوسط و شدید حدود ۳-۴ مورد در ۱۰۰۰ است. معادل ۸-۶ مورد در ۲۰۰۰ بیمار یک پزشک عمومی. این شیوع از سال ۱۹۳۰ اندکی تغییر کرده اما بروز موارد شدید به علت مراقبت های خوب نوزادی و جنینی تا حد یک سوم تا یک دوم کاهش یافته است. علت ثابت ماندن شیوع، زندگی طولانی تر افراد عقب مانده ذهنی است.

• مشکلات جنسی

شایعترین آن استمناء در معرض عموم است. برخی مثل بچه ها در مورد بدن سایرین کنجکاو هستند که ممکن است از آن تعبیر جنسی شود. بسیاری از عوامل عقب ماندگی ذهنی ارثی نیست و آن دسته که ارثی است باعث ناباروری نیز می شود. بنا بر این نگرانی اصلی از مقاربت این افراد تولد کودکان عقب مانده نیست بلکه توانایی آنان به عنوان یک پدر یا مادر برای نگهداری یک کودک طبیعی است. استفاده از روش های جلوگیری مفید است.

• بیماریهای جسمی:

شایعترین حالت در موارد شدید و بسیار شدید عقب ماندگی ذهنی دیده میشود که اکثرا ناتوانایی های حسی یا حرکتی و یا صرع دارند. فقط یک سوم این افراد تحرک دارند و یک چهارم به دیگران وابسته هستند. مشکلات شنوایی و بینایی مانع دیگری برای توانایی شناختی است. ناتوانی های حرکتی که شایع نیز می باشد عبارتند از: اسپاستیسیته-اتاکسی-آتوز

• اثر عقب ماندگی ذهنی بر خانواده

به محض تشخیص عقب ماندگی ذهنی در نوزاد والدین دچار دیسترس می شوند. برخی کودک را نمیپذیرند. گرچه این طرد کردن مدت طولانی دوام ندارد معمولا تشخیص پس از سال اول گذاشته می شود. والدین مجبورند امیدها و انتظارات خود را تغییر دهند که گاهی باعث افسردگی طولانی والدین همراه با احساس گناه و شرم و خشم می شود. تعداد کمی کودک را نمیپذیرند. در حالی که بقیه در مورد مشخصات سایر فرزندان شدیداً احساس می شوند.

سرانجام اکثر والدین تطابق پیدا میکنند. این والدین نیازمند حمایت طولانی مدت هستند.

• مشکلات هیجانی و رفتاری

• واکنش ها به وقایع استرس زا

واکنش آنان مشابه افراد عادی است. با این حال آنان دیسترس را بیشتر در رفتار خود نشان می دهند تا در کلمات. تحریک پذیری، آذیتاسیون ترس یا رفتارهای دراماتیک ممکن است نشانه یک اختلال حاد استرس باشد. همیشه باید این نکته را در نظر داشت که گاهی این واکنش به یک بیماری جسمی تشخیص داده نشده است.



▪ مشکلات رفتار

این مشکلات، نسبت به کودکان عادی در سنین بالاتری رخ داده و بیشتر طول میکشند گرچه طی زمان بهبود می یابند. بسیاری از عقب ماندگان ذهنی، پرفعالیت و حواس پرت تکانشی (impulsive) هستند. مشکلات جدی تر عبارتند از خود آزاری و رفتار های اوتیسمی (مثل فعالیت های تکراری بی هدف و استرنو تاییبی خم شدن به عقب جلو کوبیدن سر به دیوار). این مشکلات جدی در عقب ماندگان ذهنی شدید شایعتر است (۴۰٪ کودکان و ۲۰٪ بزرگسالان). در تعداد کمی از بیماران رفتار های تهاجمی به حدی شدید است که احتمال آسیب به خود بیمار و مراقبت وی وجود دارد که به آن رفتار های چالشی برانگیز (challenging) میگویند.

▪ تظاهرات بالینی:

نمای کلی عبارت است از کاهش کارایی در همه انواع کار های هوشمندانه مثل یادگیری، حافظه کوتاه مدت، استفاده از مفاهیم و حل مشکل. گاهی یک عملکرد بیشتر از بقیه مختل میشود مثل زبان

• عقب ماندگی ذهنی خفیف: ۷۰-۵۰

۸۰ درصد افراد عقب ماندگی ذهنی در این گروه هستند. از نظر ظاهری طبیعی هستند و نقایص حسی و حرکتی آنان خفیف است. بنابراین عقب ماندگی ذهنی آنان تا شروع مدرسه تشخیص داده نمیشود. در سنین بزرگسالی می توانند زندگی مستقلی داشته باشند. گرچه در مواردی مثل خانه داری، اشتغال و مواجهه با موقعیت های استرس زا نیازمند کمک هستند.

• عقب ماندگی ذهنی متوسط: ۴۹-۲۵

۱۲ درصد کل بیماران را تشکیل می دهند، یادگیری زبانی در حد برقراری ارتباط کافی است و اکثراً می توانند نحوه مراقبت از خود را یاد بگیرند. در دوران بزرگسالی اکثراً قادرند کارهای روزمره را انجام بدهند.

• عقب ماندگی ذهنی شدید: ۳۴-۲۰

حدود ۷٪ کل بیماران هستند. رشد آنان در دوران پیش دبستانی شدید کاهش یافته است و بنابراین یادگیری آنان در مدرسه نیز همینطور است. البته بسیاری از آنان میتوانند نحوه مراقبت از خود را بیاموزند و با جملات ساده ارتباط برقرار کنند. در بزرگسالی می توانند وظایف ساده ای را انجام دهند و فعالیتهای اجتماعی محدودی دارند. بسیاری مشکلات جسمانی همراه دارند. تعداد اندکی از آنان توانایی شناختی ویژه های دارند که در حالت طبیعی نیازمند هوش بالاست مثل محاسبات ریاضی ذهنی یا حافظه قوی. این افراد احمق دانشمند نامیده میشوند.

• عقب ماندگی ذهنی بسیار شدید: کمتر از ۲۰

یک درصد عقب ماندگان ذهنی در این گروهند. تعداد اندکی از آنان می توانند کاملاً از خود مراقبت کنند و نیز تعداد کمی می توانند رفتار های اجتماعی یا توانایی سخن گفتن داشته باشند

• کودکان استثنایی

همواره یکی از دلایلی که ما نمی توانیم اطلاعات کاملاً مربوط و جامعی در مورد کودکان و دانش آموزان استثنایی بدست بیاوریم اینست که معمولاً وقتی با کودک استثنایی مواجه می شویم ذهن ما بخاطر انباشته شدن، از غیر عادی بودن ذهنی یا جسمی کودک پیشداوری می کند و غالباً ویژگیهای خاصی که کودکان استثنایی دارند (نابینایی - ناشنوایی - عقب ماندگی و) مشخصه اصلی آنها می شود. مناسبانه اکثر والدین از داشتن چنین فرزندی احساس شرمندگی می کنند و در قالب موارد سعی در مخفی کردن کودکان در انظار عمومی دارند.

▪ تعریف کودک استثنایی :

کودک استثنایی اول یک کودک است (انسان است با همه خصوصیات و صفات یک انسان و بعد کودکی است با خصوصیات و تفاوت های استثنایی نسبت به سایر کودکان . و همین ویژگیها و خصوصیات است که معلمان و اولیا باید خودشان را با آن سازگار کنند . در واقع بین تمام خصوصیات روانی و جسمانی و تمام استعدادهای مختلف هر فرد تفاوت های مشهودی موجود است پس می توان گفت که هر فرد نسبت به افراد دیگر استثنایی است و کلمه استثنایی بطور اعم و به معنای دقیق علمی خود نمی تواند فقط به گروه های خاصی از افراد جامعه اطلاق شود .

بنابراین آنچه که ما اصطلاحاً « کودک استثنایی » می گوئیم بدین معناست که کودک از نظر هوشی و جسمی و روانی و اجتماعی بمیزان قابل توجهی نسبت به دیگر همسالان خود متفاوت می باشد و نمی تواند بنحو مطلوب حداکثر استفاده از برنامه های آموزش و پرورش عادی ببرد . در اینگونه کودکان واکنشها ، ویژگیهای خاص دارد بدلیل اینکه کودک رشد فکری کامل ندارد و بدلیل اینکه نمی تواند بر رفتارهای خود کنترل داشته باشد و یا اگر عمل خلافی از او سر زد احساس گناه و تقصیر کند ، چون از نظر شخصیتی نارس و نابالغ است ، ناگزیر نیازمند به توجه خاص و آموزش و خدمات فوق العاده ای است .

عنوان کودکان استثنایی در مکانب امریکا و انگلستان فرق می کند . در امریکا به تمام کودکانی که بنحوی با کودکان طبیعی و همسن خود از نظر فکری ، جسمی ، عاطفی . عقلانی ، رفتاری و ... فرق داشته باشد استثنایی گفته می شود و مسلماً با قبول این تعریف یک کودک نابغه ، نابینا ، ناشنوا و عقب مانده ذهنی همه استثنایی هستند .

منبع : پارسی طب

<http://vista.ir/?view=article&id=361286>



علل بیماری پارکینسون سالمندان

از قریب ۲۰۰ سال پیش که این بیماری برپا اولین بار توصیف شده است، تحقیقاتی انجام شده که برخی از روندهای این اختلال پیچیده را درک کنند. اکنون دریافته اند که خیلی از علائم و نشانه های بیماری پارکینسون وقتی توسعه می یابند که سلول های عصبی معینی (نرون) در ناخیه ای از مغز به نام substantia nigra صدمه دیده یا نابود میگردند. به طور طبیعی، این سلول های عصبی ترشح دوپامین می کنند- یک ماده شیمیایی که علائم را بین substantia nigra و قسمتی دیگر از مغز ، corpus striatum هدایت می کند. این علائم موجب می شود که ماهیچه ها نرم شده، و حرکات موزون و تحت کنترل داشته باشند.

هر فردی مقداری از نرون های تولید کننده دوپامین را به عنوان قسمتی از روند مسن شدن از دست می دهد. اما افراد با بیماری پارکینسون نیم یا



بیشتر سلول های عصبی را در substantia nigra از دست می دهد. اگر چه سلول های دیگر مغز نیز دچار فرسودگی و نابوی قرار می شوند، سلول های حاوی دوپامین برای حرکت حیاتی هستند و در مرکز صحنه قرار دارند.

چه باعث این می شود موضوعی است که هنوز پایه تحقیقات قرار دارد. دانشمندان معتقد هستند که بیماری پارکینسون ممکن است نتیجه ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی باشد. داروهای مشخصی، بیماریها و سموم همچنین ممکن است علت نشانه های شبیه به آنچه در بیماری پارکینسون دیده می شود باشند.

• عوامل ارثی

دانشمندان معتقدند که ژنها در ارتباط با توسعه پارکینسون هستند، اما هنوز واضح نیست، که آیا توارث نقش فرعی یا اصلی در این بیماری را دارد.

مشخص شده است که بعضی اوقات خویشاوندان درجه یک مانند پدر و مادر، بچه ها و خویشاوندان، بسیار مساعد به گرفتن بیماری هستند تا آنها که هیچ ارتباط خانوادگی ندارند. اگرچه خطر در فامیا درجه یک کم می باشد - کمتر از ۵٪- هرگز پیشنهاد ارتباط ژنتیکی نمی توان داد. به این دلیل دانشمندان تمرکز بر خانواده های نادری که در آنها افرادی چند پارکینسون دارند می کنند- و این تحقیقات دیدگاه بررسی علل این بیماری را به طور کلی بررسی میکند.

در خانواده های با بیماری پارکینسون ، محققان دو گونه از عوامل ژنتیکی را مشخص نموده اند. یکی شامل پروتئینی غیر طبیعی به نام alpha-synuclein، پروتئینی که در سلول های عصبی منهدم شده در افراد با بیماری پارکینسون تجمع می یابد. دیگری شامل مشکلاتی با سیستم بدن می شود که که پروتئینی نا خواسته ایجاد می کنند. اکنون روشن شده است که هر دو این عوامل نقش کلیدی در ایجاد پارکینسون در همه افراد بازی میکنند.

• عوامل محیطی

افراد در تماس غیر معمول با علف کش ها و حشره کش ها به احتمال بیشتری دچار پارکینسون میگردند تا افرادی که چنین تماس هایی نداشته اند. محققان هنوز ارتباط خاصی را بین این بیماری با آفت کش های گیاهی و حشره کش ها نیافته اند.

• داروها

تعدادی از داروها در مقدار زیاد و استفاده طولانی مدت می تواند ایجاد بیماری پارکینسون کند. این داروها شامل هالوپریدول، کلرپرومازین، که برای برخی از عارضه های روانی تجویز می شوند می باشد، به همان نسبتی که داروهای ضد تهوع ، مانند متوکلوپرامید این کار را می کند. داروی ضد تشنج والپرات همچنین ایجاد برخی از خصوصیات پارکینسون ، به خصوص لرزش میکند.

این داروها ایجاد بیماری پارکینسون نمی کنند، هرچند که ، علائم وقتی که مصرف دارو متوقف شود از بین می رود.

دیگر عوامل خطر عبارتند از:

سن یکی از عوامل اصلی خطر در بیماری پارکینسون می باشد. هر چند که این بیماری می تواند بالغین را در سن ۲۰ سالگی مبتلا کند، معمولاً در در میانه یا اواخر زندگی شروع می شود. خطر با افزایش سن ادامه می یابد.

برخی محققان تئوری داده اند که افراد با این بیماری ممکن است صدمات عصبی ناشی از عوامل ژنتیکی یا محیطی داشته باشند که با مرور زمان بدتر می شود.

• توارث. داشتن یک یا بیشتر ارتباط نزدیک با بیمار پارکینسونی شانس اینکه شما نیز این بیماری را بگیرید بیشتر میکند، اگر چه خطر شما هنوز کمتر از ۵٪ است.

• جنسیت. مردان بیشتر مساعد به گرفتن بیماری پارکینسون هستند تا زنان.

• تماس با آفت کش ها و حشره کش ها. در معرض تماس با آفت کش ها و حشره کش ها بودن شانس خطر شما را کمی افزایش می دهد. افرادی که کشاورزی می کنند، یا در محیطهای روستایی زندگی می کنند.

• کاهش میزان استروژن. کاهش میزان این هورمون ممکن است شانس بیماری پارکینسون را بالا ببرد. این بدان معنی است که زنان یائسه که میزان کمی هورمون دریافت می دارند یا اصلاً دریافت نمی کنند و آنهايي که رحم آنها برداشته شده است در خطر بیشتری هستند.

زنان یائسه ای که هورمون درمانی می شوند در خطر کمتری هستند. اما همه تاثیرات هورمون درمانی مثبت نیستند.

درمان هورمون درمانی به صورت ترکیبات استروژن و پروژسترون می تواند شما را در معرض عوارض جانبی وخیم قرار دهد. با پزشک خود در مورد بهترین انتخاب صحبت کنید و تصمیم بگیرید که کدام برای شما بهتر است.

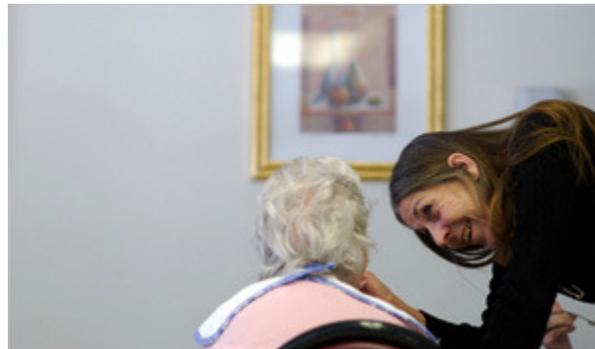
منبع : سایت اطلاع رسانی دکتر رحمت سخنی

<http://vista.ir/?view=article&id=358672>

فراموشکاران بزرگ

ایران دارای جمعیتی حدود هفتاد و چهار میلیون نفر است. سالمندی در این کشور رو به افزایش است و سالمندان بیشتر در معرض ابتلا به بیماری آلزایمر قرار دارند.

طبق آمارهای جهانی حدود ۵ تا ۱۰ درصد از افراد بالای ۶۵ سال کشورمان به نوعی تحت تأثیر این بیماری هستند و برآورد می‌شود که در حدود ۲۰۰ هزار نفر از سالمندان کشور مبتلا به آلزایمر باشند که شمار مبتلایان طی ۲۰ سال آینده به دو برابر خواهد رسید.



• برخورد با بیمار

باید توجه داشت که سبک زندگی یک بیمار مبتلا به آلزایمر به طور کلی تغییر یافته و توانایی‌های روحی، روانی، احساسی، رفتاری و جسمی او همه تحت تأثیر قرار گرفته‌اند. او ممکن است فراموش کند که در یک زمان چه کاری انجام داده یا می‌دهد. ممکن است آشفتگی و بی‌قرار باشد و نتواند درست یا نادرست بودن خطایی را که مرتکب شده تشخیص دهد.

• بیماری آلزایمر چیست؟

رفتارهای شخص و نوع زندگی‌اش در نتیجه آسیب‌دیدگی سلول‌های مغزی عوض می‌شود. او از لحاظ روحی، احساسات، رفتار و توانایی‌های جسمی تغییراتی می‌کند که البته در افراد مختلف متفاوت است در نتیجه پیش‌بینی علائم و نشانه‌های این بیماری در افراد مختلف به علت یکسان نبودن سرعت و روند پیشرفت، بسیار مشکل است.

• توانایی‌های مغزی و روانی

بیماری آلزایمر بر توانایی‌هایی مثل درک کردن، فکر کردن، به یاد آوردن و گفتگو کردن فرد اثر می‌گذارد و ممکن است فرد مبتلا از انجام ساده‌ترین کارها هم ناتوان شود، اما مهم‌ترین علامت این بیماری اختلال حافظه است. فرد ممکن است آدرس منزل خود را در راه برگشت به منزل گم کند. حتی به یاد آوردن نام مردم هم برایش مشکل می‌شود و ممکن است توانایی درک زمان، مکان و لغات را از دست بدهد. اگرچه هنوز دارای توانایی شنیدن است و متوجه احساسات و نوازش کردن هم می‌شود. شخص مبتلا ممکن است در کنترل خلق و هیجانات خود دچار مشکل شود. امکان دارد لحظه‌ای غمگین و لحظه دیگر عصبانی باشد. او ممکن است بی‌دلیل بخندد و یا نگرانی‌های بی‌مورد داشته باشد، حتی اگر موضوع بسیار کوچک باشد.

ممکن است به مردم اطرافش مشکوک باشد. البته این احساسات و حالات می‌تواند با سرعت و اشکال مختلف تغییر کند که همین موضوع تشخیص علت رفتارهای بیمار را مشکل می‌سازد. رفتارهایی مثل سرگردانی، قدم زدن‌های بی‌هدف، انجام اعمال تکراری، پنهان کردن اشیاء مختلف یا جستجوهای دائمی و درآوردن لباس از مشکلاتی است که در این بیماران زیاد دیده می‌شود. باید دانست این رفتارها عمدی نیستند و دلیل آن وجود این بیماری است.

• توانایی‌های جسمی

به علت تغییرات در مغز، بیماران مبتلا به آلزایمر دچار کاهش توانایی‌های جسمی و حرکتی می‌شوند.

• چه کسی مبتلا به آلزایمر می‌شود؟

بیماری آلزایمر محدود به جنسیت، قومیت و یا چگونگی وضع اقتصادی نیست. بزرگترین فاکتوری که خطر ابتلا را بالا می‌برد، دوره سالمندی و بالا رفتن سن است. البته نمی‌توان گفت بیماری آلزایمر قسمتی از روند پیری است ولی امکان ابتلا در میان اشخاص بالای ۶۵ سال بیشتر است.

هرچند در سنین ۴۰ و ۵۰ سالگی نیز این بیماری مشاهده شده که البته این موضوع شیوع کمی دارد. مشخصات ظاهری آشکاری وجود ندارد که بتوان به سادگی یک شخص مبتلا به بیماری آلزایمر را شناخت، اگرچه مجموعه‌ای از علائم می‌توانند در این افراد مشاهده شوند. علامت و رفتار در هر بیمار مبتلا ممکن است مخصوص خود او باشد مثل بی‌قراری، درک نکردن موقعیت‌های رایج و ناتوانی در درک مسائل واضح و روشن، مثل نام و آدرس، اینکه کجا هست یا کجا می‌خواهد برود. برای او ساعت و گذشتن زمان و یا اینکه چه مدت در خانه بوده معنایی ندارد. امکان دارد مکرراً بگوید شما که هستید و چه می‌خواهید؟ گاهی خوشحال و ساکت است و گاهی وحشت‌زده، عصبانی، آشفتنه و در حال گریه. به سئوالات ساده پاسخ‌های بی‌مورد می‌دهد یا اصلاً پاسخ نمی‌دهد.

- لباس پوشیدن‌های نامتناسب

بیمار ممکن است در فصل تابستان روی هم لباس بپوشد و در زمستان با وجود سردی هوا همه لباس‌هایش را درآورد.

- موقعیت‌های مشترک

بیماری آلزایمر شما را با شرایط و رفتارهای متفاوتی روبرو می‌سازد که بعضی از این موارد میان بیماران مشترک است مثل به وجود آوردن حوادث و تصادفات توسط خود بیمار، تشخیص ندادن موقعیت‌های خطرناک و ناتوانی در قضاوت و تشخیص به موقع که رانندگی را برای بیمار مبتلا خطرناک می‌کند، حتی اگر شخص هنوز توانایی‌های جسمی خود را داشته باشد.

- گم شدن و سرگردانی

سرگردانی و ناتوانی در تشخیص مکان و زمان، به طور مکرر در بیماران ظهور می‌کند، در حالی که بیماران از رفتار خود آگاه نیستند. سرگردانی ممکن است در هر ساعتی از روز یا شب رخ دهد و باعث گم شدن بیمار حتی در حیاط منزل خود شود. این افراد هنگامی که متوجه می‌شوند گم شده‌اند، به شدت می‌ترسند و این ترس و هراس به طور مداوم افزایش می‌یابد و همین موضوع پریشان حالی آنها را بیشتر می‌کند.

- تهمت زدن و دروغ گفتن

مبتلا شدن به آلزایمر و در نتیجه از دست دادن حافظه باعث می‌شود که فرد مبتلا نسبت به جهانی که در آن زندگی می‌کند، بی‌اعتماد شود. او حتی به اطرافیان نزدیکش بدبین می‌شود. در نتیجه ممکن است به آنها مشکوک شده و تهمت دزدی، بدرفتاری یا رفتارهای نامناسب دیگر به آنها بزند.

- رفتارهای نامناسب در عموم

آشفتگی و از دست دادن حافظه باعث ظهور حرکاتی نامناسب و بی‌مورد در میان انظار می‌شود و فرد بیمار توانایی درک نامناسب بودن رفتارش را ندارد. مثل: درآوردن کامل لباس در ملاء عام که این مورد زیاد پیش می‌آید.

- فراموشی در پرداخت وجه به هنگام خرید

بیمار مبتلا به آلزایمر ممکن است فراموش کند که آیا برای خرید اقلام پولی پرداخت کرده یا نه. در نتیجه پیشرفت بیماری، شخص تجربیات و قدرت گفتگو را نیز از دست خواهد داد. همچنین ممکن است حداقل توانایی خود را برای صحبت کردن از دست دهد. شاید شما بتوانید راهکارهایی برای گفتگو با یک بیمار مبتلا به آلزایمر پیدا کنید تا هنگام روبرو شدن با او دچار مشکل نشوید.

- معرفی خود

هنگام معرفی خود به یک بیمار مبتلا به آلزایمر ممکن است مجبور شوید بارها اطلاعاتی که به او می‌دهید و یا توضیح اینکه چرا آنجا هستید را تکرار کنید.

- برقرار کردن آرامش و سکوت

اگر با شخصی مواجه شدید که پریشان حال و ناراحت است، با آرامش می‌توانید به او کمک کنید تا آرام بگیرد.

آگاه باشید که حالت ظاهری شما ممکن است باعث دلواپسی و نگرانی بیمار شود. مثلاً نشستن در کنار او و لیخند زدن کمک می‌کند که او احساس راحتی کند.

- کاستن حواس پرتی

فعالیت‌ها و سروصداها محیط ممکن است فرد را در تمرکز حواس دچار مشکل سازد. برای بیمار مبتلا به آلزایمر به دلیل کاهش ظرفیت در توجه و دقت، جمع کردن حواس مشکل است. بنابراین شلوغی، ترافیک، و سایر وسایل پرسروصدا او را با مشکل روبرو می‌کند.

- برقراری ارتباط

با بیمار رودررو صحبت کنید، هنگام صحبت مستقیماً به صورتش نگاه کنید و به آرامی حرکت کنید؛ چرا که حرکات ناگهانی باعث وحشت زدگی او می‌شود.

- قابل فهم و آرام صحبت کنید

هنگام صحبت کردن، جملات را یک به یک ارائه بدهید، بعد زمان لازم را به او بدهید تا یک جمله را درک کند، سپس جمله بعدی را بگویید.

- پرسش و پاسخ ساده و کوتاه

سئوالهای ساده‌ای که با پاسخ بلی یا خیر باشند، موفق تر از سئوالاتی با پاسخ‌های طولانی هستند. به عنوان مثال پاسخ به سئوال: «شما این خیابان را می‌شناسید؟» آسان‌تر از پاسخ دادن به سئوال «شما کجا زندگی می‌کنید؟» است.

البته باید توجه داشت که باید برای دریافت پاسخ لازم فرصتی کافی به بیمار داده شود زیرا جمع کردن حواس و افکار برای بیمار وقت‌گیر است.

- حرکات لازم برای درک لغات

اگر لازم دانستید که شخص کاری انجام دهد با نشان دادن حرکات مربوط (پانتومیم) با او گفتگو کنید. در صورت نیاز به عنوان مثال اگر از او می‌خواهید که بنشیند، به صندلی اشاره کنید. البته اگر کنار او نیز بنشینید کمک بزرگی کرده‌اید.

- به حرفهایش با دقت گوش کنید

در گوش کردن به آنچه سعی دارد بگوید، دقت و حوصله به خرج دهید. با لحن صدایتان به او نشان دهید که حمایتش می‌کنید. البته ممکن است متوجه هیچ یک از کلماتی که می‌گوید، نشوید ولی امکان دارد بتوانید احساسش را مثل وحشت یا عصبانیت تشخیص دهید. بهتر است وانمود کنید احساسش را درک کرده‌اید.

- صبور باشید

نباید انتظار داشت که شخص مبتلا به بیماری آلزایمر رفتارهای منطقی داشته باشد، به همین دلیل ممکن است در رسیدن به اهدافتان احساس ناامیدی کنید. بهتر است صبور بوده، آرامش خود را حفظ کنید و او را در کوشش برای گفتگو با خودتان تشویق کنید.

- آنچه با اشاره لفظی می‌توان خواست

نباید تأکید کنیم که شخص نیازهایش را به طور کلامی بیان کند، زیرا ممکن است توانایی کامل بیان با کلمات را نداشته باشد. گاهی با حرکات و رفتار، نیازهایش را به شما می‌گوید.

- برنامه‌های دیگر

اگر به نظر رسید که بیمار مبتلا دلواپسی دارد و تحت فشار است، با او صحبت کنید. از موارد خوشایند، آشنا و دلپذیر یا شبیه به آنها برایش بگوئید تا احساس ایمنی و آسودگی به او دست دهد یک جمله خوشایند یا یک شوخی، کمکی است در تسکین بیمار و هرگونه استرسی که احساس می‌کند.

- ثبت اطلاعات

کسانی که در خانواده بیمار مبتلا به آلزایمر دارند و نگران خروج از منزل و گم شدن وی هستند، باید اطلاعات لازم و سابقه بیماری او را قبلاً به اطلاع پلیس یا انجمن آلزایمر ایران برسانند.

اطلاعات مربوط به چگونگی عملکرد ثبت عبارت‌اند از: نام، آدرس، اطلاعات مهم پزشکی در مورد بیمار (مثل سابقه بیمار و نام داروهای مصرفی)، دفعات گم شدن یا محل‌هایی که احتمال سرگردان شدن شخص می‌رود و شماره تماس. هنگامی که نام بیمار ثبت شد، خانواده وی می‌توانند با پلیس محلی تماس بگیرند تا پلیس به راحتی او را به منزل بازگرداند.

- چگونگی شناسایی شخص ثبت شده

هر فرد ثبت نام شده دستبندی به نام «دستبند شناسایی یا هویت» تحویل می‌گیرد و کلمه بیماری آلزایمر (فراموشکار) همانند شماره ثبت فرد که در دستبند حک شده مشخص خواهد بود. این شماره پیوند به بانک اطلاعاتی انجمن آلزایمر است.

- چگونگی دسترسی به اطلاعات

اطلاعات مربوط به بیماران به سادگی به وسیله بانک اطلاعاتی برای پرسنل انجمن آلزایمر قابل دسترسی است. این بانک همه اطلاعات کلیدی

در مورد فرد ثبت شده را که توسط خانواده‌اش به دست آمده به وسیله نام و یا شماره ثبت شخص جستجو می‌کند.
• هشدار!

وقوع حادثه برای بیمار، ضربه‌ای برای او و خانواده اش است. بیمار ممکن است هنگام بدحالی و پریشانی حتی اعضای خانواده‌اش را که با او در یک خانه زندگی می‌کنند، نشناسد. در چنین مواقعی اطرافیان بیمار ممکن است شدیداً با تنش مواجه شوند و بترسند.

منبع : روزنامه اطلاعات

<http://vista.ir/?view=article&id=371220>

 **vista.ir**
Online Classified Service

فرمانده ی غدد بدن

بدن ما روزانه تحت تأثیر عوامل متعدد محیطی قرار دارد. این عوامل محیطی می‌توانند ثبات ترکیبات داخلی بدن را تغییر بدهند. برای جلوگیری از این تغییرات که زندگی ما را به خطر می‌اندازد، دو ساختمان مهم در بدن انسان‌ها خلق شده است که کار این ساختمان‌ها حفظ ترکیبات داخلی بدن و ثابت نگه داشتن عملکرد آنهاست. یکی از این ساختمان‌ها، دستگاه عصبی و دیگری، غدد درون ریز هستند که با ترشح موادی به نام هورمون در داخل جریان خون، عمل دیگر اعضا و اندام‌های بدن را تنظیم می‌کنند.

شما تعداد زیادی از غدد داخلی بدن را می‌شناسید، مثل تیروئید و فوق کلیوی، اما فرمانده ی همه غدد بدن که کار غدد دیگر را تنظیم می‌کند،

هیپوفیز است. به طور مثال هیپوفیز به غده تیروئید دستور ترشح هورمون تیروئید را می‌دهد یا به غده پستان بعد از زایمان، دستور ترشح شیر می‌دهد.

- از این شروع کنیم که غده هیپوفیز در کجای بدن قرار گرفته است؟

هیپوفیز در قاعده ی کاسه ی سر قرار دارد(هیپوفیز در تصویر بالا با رنگ سبز مشخص شده است). خیلی سبک است، به طوری که وزنش کمتر از یک گرم است و به دو بخش جلویی و عقبی تقسیم می‌شود که هر کدام ترشح هورمون‌های خاصی را بر عهده دارند.

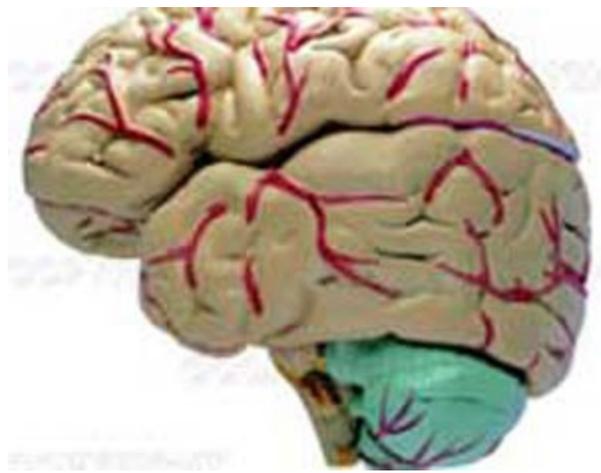
- پس با این حساب بسیار نزدیک مغز است؟

خیر، ولی بخش پشتی چون با هیپوتالاموس در ارتباط است و دستورات را از آن می‌گیرد، تفاوت‌های ساختمانی عمده‌ای با بخش جلویی که ساختمان آن کاملاً غده‌ای و ترشحی است، دارد. بخش پشتی فقط دو تا هورمون ترشح می‌کند، اما بخش جلویی کارهای بیشتری دارد.

- اسم دو هورمون بخش پشتی هیپوفیز را نگفتید.

یکی از این هورمون‌ها، هورمون ضد ترشح ادرار(ADH) است و دیگری، هورمون محرک عضلات رحم در هنگام زایمان است که با ترشح این هورمون انقباض عضلات رحم بیشتر شده و زایمان راحت‌تر انجام می‌شود.

- هورمون ضد ترشح ادرار چه کار می‌کند؟



این هورمون در جریان خون رها می‌شود، به کلیه می‌رسد و دستور جذب آب را می‌دهد. اگر کار این هورمون مختل شود، آب به صورت اجباری از بدن دفع می‌شود و به بیماری تبدیل می‌شود.

- چه بیماری؟

نوعی بیماری به نام "دیابت بی‌مزه" که در این بیماری به خاطر کم شدن ترشح هورمون ضد ادراری، دفع آب از بدن بسیار زیاد است به طوری که گاهی شخص مبتلا تا ۲۰ لیتر ادرار دفع می‌کند و تشنگی و نوشیدن زیاد آب را در پی دارد.

بیمار در نهایت دچار کم آبی می‌شود و ممکن است به حالت شوک فرو رود و در برخی مواقع، مرگ هم رخ می‌دهد.

- در مورد علت بیماری چیزی نگفتید.

بعضی وقت‌ها، سلول‌هایی که این هورمون را می‌سازند، آسیب می‌بینند؛ مثلاً اگر به علت تصادف یا جراحی، ضربه‌ای به مغز فرد وارد شود، هیپوفیز ممکن است آسیب ببیند و این ربطی به سن و سال ندارد و هم کودکان و هم بزرگسالان ممکن است دچار این بیماری شوند.

- اما در مورد بخش جلویی هیپوفیز.

هورمون‌های زیادی در این قسمت ساخته می‌شود:

- یک دسته برای تنظیم عدد جنسی (گنادها) است.
- یک دسته محرک هورمون‌های تیروئیدی،
- یک دسته محرک هورمون‌های فوق کلیوی یا آدرنال،
- یک سری هورمون برای تحریک غدد شیری،
- و در نهایت، "سوماتوتروپین" یا "هورمون رشد" است.

منبع : مطالب ارسال شده

<http://vista.ir/?view=article&id=109208>



فرمانروای بدنتان به روغن‌سوزی نیفتد

سردرد، ضعف بدن، بی‌حالی، تهوع، تاری دید، هرکدام می‌تواند به تنهایی زنگ خطری برای شروع عارضه مهلکی به نام سکته مغزی باشد که در صورت پشت‌گوش انداختن و بی‌توجه بودن به این عوارض، صدمات جبران‌ناپذیری برای سلامت فرد به همراه خواهد داشت.

دکتر محمد روحانی، متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران در گفتگو با جام‌جم در این‌باره اظهار می‌کند: سکته مغزی عبارت است از یک نقص نورولوژیک موضعی که به علت اختلال در خون‌رسانی قسمتی از مغز، ایجاد می‌شود، این اختلال می‌تواند به علت انسداد یک رگ (سکته ایسکمیک) و یا به علت پاره شدن یک رگ و بروز



خونریزی (سکته هموراژیک) باشد.

گفته می‌شود سکنه‌های مغزی، سومین علت بروز مرگ و میر در دنیا را تشکیل می‌دهند که شایع‌ترین علل ناتوانی و معلولیت‌های دائمی، بر اثر بروز این عارضه رخ می‌دهد که بار مالی فراوانی را به دوش جامعه و خانواده تحمیل می‌کند. این متخصص مغز و اعصاب بروز علائم سکنه مغزی را مبنی بر محلی که مغز در آن ناحیه دچار درگیری شده است، می‌داند که بنا بر مقتضای محل، علائم و نشانه‌های آن متغیر است.

وی در ادامه، ضعف نیمه‌ای از بدن، اختلال حسی و کرختی، تاری دید چشم، سرگیجه، دوبینی و عدم تعادل را از شایع‌ترین علل سکنه‌های مغزی ذکر کرده و می‌افزاید: گاهی سکنه‌های مغزی با پیش‌درآمد همراه است که اگر در این مرحله تشخیص داده شوند، می‌تواند از وقوع فاجعه‌ای غیر قابل جبران، جلوگیری به عمل آورد، برای مثال: علامات‌گذرای سکنه مغزی همچون بروز ۵ الی ۱۰ دقیقه تاری چشم و یا ضعف نیمه‌ای از بدن به مدت نیم‌ساعت.

• فاکتورهای خطر در سکنه مغزی

فاکتورهای خطر در سکنه مغزی به دو گروه دسته‌ای که می‌توان در آنها تغییرات ایجاد کرد و دسته‌ای که نمی‌توان در آنها تغییری صورت داد، تقسیم می‌شوند.

دکتر روحانی، مهم‌ترین و قوی‌ترین فاکتور خطرناکی را که می‌تواند دستخوش تغییرات شود را «فشار خون» بالا دانسته و اظهار می‌کند: با عدم کنترل فشار خون، سکنه‌های خونریزی دهنده و انسداد رگ فوت می‌گیرد.

وی همچنین از دیگر فاکتورهای خطرناک را که می‌توانند با تغییرات، اثر بروز عارضه را خنثی کنند، دیابت، مصرف دخانیات، چربی خون بالا، بیماری‌های دریچه‌ای قلب و بیماری‌های ریتم قلب ذکر می‌کند و در ادامه یادآور می‌شود: برخی از ویژگی‌ها نیز غیرقابل تغییر و در بروز و ظهور سکنه‌های مغزی بی‌تأثیرند، همانند: برخی از نژادها (سیاه‌پوستان)، (نژاد جنوب شرق آسیا) که در آنها، سکنه‌های خونریزی دهنده مشهود است که با رعایت رژیم غذایی، کنترل قند خون، چربی خون و عدم چاقی، می‌توان از خطرات آن جلوگیری کرد.

• درمان

گفته می‌شود درمان این عارضه در دو مرحله مزمن و حاد صورت می‌پذیرد. دکتر روحانی با اشاره به این مطلب می‌افزاید: امروزه در بسیاری از مناطق جهان، به نام (واحد‌های سکنه مغزی) به طور خاص و با وسواس و دقت خاصی از بیماران نگهداری می‌کنند و بیمار در مرحله حاد، تا پایان ۷۲ ساعت اول، مرتباً فشار خونش، کنترل می‌شود. وی همچنین ابراز می‌کند: اگر بیمار در فاز حاد، قبل از گذشت ۶ ساعت از وقوع عارضه به بیمارستان مراجعه کند درمان ترومبولیتیک بر روی وی اعمال شده و توسط دارو، لخته خون وی قابل حل شدن است.

در این نوع درمان، فشار خون، فشار مغز، تغذیه کنترل شده و از لختگی در وریدهای پا و ترشحات معده به ریه، جلوگیری به عمل می‌آید.

ولی در درمان‌های مزمن، آنچه به بیمار کمک می‌کند، درمان‌های بازتوانی، فیزیوتراپی و کاردرمانی است.

به گفته این عضو هیات علمی دانشگاه امروزه شاهد بروز سکنه‌های مغزی در میان زنان جوان هستیم که یکی از علل مهم آن را می‌توان به استفاده مقطعی و گذرا از قرص‌های ضد بارداری، اشاره کرد که در اغلب موارد در ماه‌های رمضان و ایام حج رخ می‌دهد و شخص به دلیل انعقادپذیری خونس، مستعد بروز لخته‌های مغزی می‌شود که از علائم آن می‌توان به سردرد، تهوع، تشنج، نقص‌های موضعی بدن، افت هوشیاری، کما و حتی مرگ، اشاره کرد.

«اکثر افرادی که دچار بیماری فشار خون هستند، در همان ۷۲ ساعت ابتدای بروز عارضه، با خوددرمانی‌های خود، سعی در کاهش فشار خون خود دارند که این امر می‌تواند بسیار خطرناک و حتی از عوامل تشدید کننده عارضه باشد. دکتر روحانی ضمن اشاره به این مطلب، خاطر نشان می‌کند: پس از بروز عارضه، اولین اقدامی که باید انجام داد، مراجعه به پزشک است چرا که در برخی از اوقات، پزشک تشخیص می‌دهد که جهت جلوگیری از آسیب بیشتر به مغز، فشار خون بیمار، بالا نگه داشته شود.

• توصیه‌های مفید

در اکثر مواقع علائم سکنه‌های مغزی‌گذرا و بسیار نامحسوس است و به صورت آنی رخ می‌دهد ولی آنچه مهم است توجه به این مساله است که با هوشیاری می‌توان، جلوی عوارض دیگر را گرفت، این متخصص مغز و اعصاب با بیان این مطلب متذکر می‌شود: افراد می‌توانند با رعایت رژیم غذایی مناسب و کاهش فشار خون، چربی خون و قند خون، کم استفاده کردن از نمک و انجام ورزش‌های مناسب از بروز حوادثی این‌چنینی جلوگیری کنند و به هنگام وقوع آن با پزشک متخصص مشورت کنند.

منبع : روزنامه جام‌جم

<http://vista.ir/?view=article&id=353492>

فشار روانی طولانی مغز را کوچک می‌کند

فشارهای روانی طولانی مدت نه تنها مهارت‌های تفکر و حافظه را زایل می‌سازد بلکه مغز را نیز کوچک می‌کند. به گزارش پایگاه اینترنتی webmed.com زندگی تحت فشار روانی شدید نه تنها برای سلامت بدن بلکه برای مغز و قوای دماغی نیز زیان آور است. محققان در مطالعه جدیدی تاثیر تنش درازمدت و تغییرات هورمون استرس کورتیزول را بر عملکرد مغز بررسی کردند. مطالعات بیانگر تاثیر فشار روانی بر سلامت قلب و عروق از طریق افزایش سطح خونی هورمون‌های استرس مانند کورتیزول در بدن است. در این مطالعه تاثیر بالا بودن مزمن هورمون کورتیزول بر عملکرد مغز افراد مسن، جوان و کودک بررسی شد. محققان در این تحقیق دریافتند با افزایش سطح کورتیزول در خون ناحیه‌ای از مغز به نام هیپوکامپ که مسئول یادگیری و حافظه است کوچک می‌شود. در اولین مطالعه میزان هورمون کورتیزول در گروهی از افراد مسن در طول سه تا شش



سال اندازه‌گیری شد. نتایج این مطالعه نشان داد بالا بودن هورمون کورتیزول به طور مزمن حافظه را تخریب می‌کند. به علاوه اندازه هیپوکامپ در این افراد تا ۱۴ درصد کم می‌شود. این مطالعه به روشنی تاثیر منفی تنش‌های دراز مدت را بر مغز و قوای دماغی نشان داده و تنش را مهمترین عامل تغییر عملکرد مغزی داند.

منبع : سایت فکر نو

<http://vista.ir/?view=article&id=84012>

فلج عصب صورتی یا فلج بل

● مقدمه





درگیری عصب صورتی که می‌تواند با انقباضات عضلات صورت ، ضعف عضلات و یا فلج صورت خود را نشان دهد، به تنهایی یک بیماری نیست، بلکه علامتی از یک بیماری است و معمولاً در نتیجه عفونت ، آسیب و یا تومور عصب صورتی این علائم ایجاد می‌شود و پزشک با ارزیابی‌های خود سعی در تشخیص علت درگیری عصب صورت دارد. پزشکان متخصص گوش و حلق و بینی در میان سایر پزشکان بیشتر از بقیه با مشکلات عصب صورت آشنا بوده و تجربه بیشتری در درمان مشکلات آن دارند.

• عصب صورتی چیست و چه کاری را انجام می‌دهد؟

عصب صورتی شباهت زیادی به کابل تلغف دارد و حاوی حدود ۷۰۰۰ فیبر عصبی است. هر فیبر عصبی باعث هدایت پیام‌های الکتریکی به سمت یک عضله مخصوص در صورت می‌شود که این پیامها در نهایت باعث تغییر حالت صورت به شکل خنده ، تبسم ، گریه ، اخم و ... می‌شود و برای همین کارکرد سالم این عصب در ارتباطات روزمره ما دارای اهمیت زیادی می‌باشد. هرگاه حدود نصف و یا بیش از نصف این فیبرهای عصبی قطع شوند، ضعف عضلات صورت اتفاق می‌افتد. در صورتی که این فیبرها تحریک شوند، آن‌وقت حرکاتی در عضلات صورت مثل اسپاسم عضلات و یا انقباضات مکرر عضلات صورت رخ می‌دهد. عصب صورتی نه تنها باعث انتقال پیام‌های

عصبی به عضلات صورت می‌شود، بلکه شاخه‌هایی هم به غدد اشکی ، غدد بزاقی ، عضله استخوان رکابی در گوش میانی می‌فرستد. همچنین این عصب حس چشمانی قسمت جلویی زبان را نیز بر عهده دارد. از آنجائی که عملکرد عصب صورتی بسیار زیاد و پیچیده می‌باشد، علائم زیادی ممکن است در اثر اختلال عملکرد عصب صورتی در فرد بروز کند. بطور خلاصه آسیب به عصب صورتی می‌تواند باعث انقباضات پراکنده عضلات صورت ، فلج صورت ، خشکی چشم ، خشکی دهان و یا اختلال در حس چشمانی شود.

• عصب صورتی چه مسیری را طی می‌کند؟

مسیری که عصب صورتی طی می‌کند بسیار پیچیده است. این عصب از قاعده جمجمه بطرف صورت حرکت می‌کند و در مسیر خود وارد استخوان گیجگاهی شده و از داخل یک کانال استخوانی که به کانال شنوایی داخلی معروف است گذر کرده و از کنار عصب شنوایی و تعادلی عبور می‌کند. در طول مسیر ۱,۵ اینچی عصب صورتی در استخوان گیجگاهی ، عصب صورتی بدور سه استخوانچه گوش میانی چرخ می‌زند و از پشت پرده صماخ به طرف استخوان ماستوئید (که در پشت گوش قرار دارد) حرکت می‌کند.

پس از آنکه عصب از استخوان پشت گوش خارج شده شاخه‌ای را به غدد بزاقی و سپس شاخه‌های فراوانی را به عضلات صورتی می‌دهد، البته قبل از آن و پس از خروج عصب صورتی از استخوان گیجگاهی شاخه‌هایی به غدد اشکی ، عضله استخوانچه رکابی و زبان (برای حس چشمانی) و غدد بزاقی فرستاده می‌شود.

• فلج بل و سایر علل ضعف صورت

شایع‌ترین علت ضعف عضلات صورت که بصورت ناگهانی اتفاق می‌افتد، فلج بل می‌باشد. این اختلال که احتمالاً ناشی از پاسخ بدن به یک ویروس می‌باشد زمانی بوجود می‌آید که در اثر ویروس ، عصب صورتی خصوصاً قسمتی که در داخل کانال استخوانی ، استخوان گیجگاهی قرار دارد متورم شده و بعلت نبود فضای کافی بر روی ساختمان عصب در داخل کانال فشار وارد شده و باعث صدمه عصب می‌شود.

پزشک برای آنکه مطمئن شود علت ضعف عضلات صورت فلج بل بوده و نه عامل دیگری ، مجموعه‌ای از سوالات را از بیمار می‌پرسد و سپس معاینه کامل بدن خصوصاً سر ، گردن و گوش‌ها را انجام داده و سپس مجموعه‌ای از سایر تستها را هم انجام می‌دهد.

• انواع تستها

▪ تستهای شنوایی:

این تست خصوصا برای مشخص کردن مواردی که علاوه بر عصب صورتی، عصب شنوائی را نیز درگیر کرده است (به خاطر مسیر مشترک آنها) و یا آسیب به گوش داخلی و یا درگیری مکانیسمهای ظریف شنوائی را باعث شده است، مفید باشد.

▪ تستهای تعادلی:

درگیری عصب تعادلی را ارزیابی می‌کند.

▪ تست اشک:

قدرت تولید اشک را در چشمان می‌سنجد و در صورتی که تولید اشک کم شده باشد، ممکن است قطره‌های چشمی برای جلوگیری از خشکی سطح قرنیه مورد نیاز باشد.

▪ تستهای تصویربرداری:

CT اسکن و MRI در صورتی که عامل آسیب عصب صورتی، تومور، شکستگی استخوان و یا اختلالات ساختمانی در اطراف عصب صورتی باشد می‌تواند این موارد را مشخص کند.

▪ تستهای الکتریکی:

تحریک الکتریکی عصب صورتی برای اینکه متوجه شویم، شدت آسیب به آن چه مقدار بوده است انجام می‌شود. این تست در فواصل منظم ممکن است تکرار شود تا روند ترمیم و یا اصلاح عملکرد عصب صورتی مشخص شود.

• تشخیص، سرانجام بیماری و درمان آن

این سه مورد در حقیقت مهمترین سوالات یک بیمار مبتلا به فلج بل از پزشک خود است:

- دلیل این بیماری چیست؟

- چه موقع من باید انتظار داشته باشم که علائم بیماری رفع شود؟

- چه کاری ممکن است انجام دهم که زودتر و کاملتر سلامت اولیه خود را پیدا کنم؟

برای پاسخ به این سوالات پزشک ممکن است نیاز به انجام ارزیابی‌های گسترده در مورد علت بیماری و ناحیه‌ای که عصب صورتی درگیر شده است داشته باشد تا بتواند بهترین درمان را برای بیمار خود تجویز کند. نتایج انجام تستهای تشخیصی می‌توانند نوع درمان را تعیین کنند.

• نتایج تستهای تشخیصی

اگر عفونت دلیل بیماری باشد، آنوقت استفاده از آنتی بیوتیک (مثلا در عفونت گوش میانی) و یا عوامل ضد ویروس (مثلا در عفونت ویروس تب خال که باعث درگیری اعصاب مختلفی می‌تواند شود) درمانی مؤثر خواهد بود.

اگر فقط یک تورم ساده در بدنه عصب باعث ایجاد علائم اختلال عصب صورتی شده باشد، آنوقت استفاده از داروهای استروئیدی می‌تواند مؤثر باشد.

در شرایط خاصی نیز عمل جراحی استخوان اطراف عصب و برداشتن استخوان برای رفع فشار از روی عصب ممکن است مورد استفاده قرار گیرد.

• چگونه فرد بیمار می‌تواند به بهبودی خود کمک کند؟

وقتی فردی دچار فلج بل شد، باید توجه ویژه‌ای را به سلامت چشمان خود داشته باشد. در حالت عادی با هر پلک زدن مقداری اشک بر روی سطح قرنیه منتشر شده و سطح چشم را تر نگه می‌دارد ولی در هنگام فلج بل به علت اینکه پلک زدن ناقص که صورت گرفته و یا اصلا انجام نمی‌شود و از سوی دیگر تولید اشک نیز بعلت اختلال عصب رسانی به غدد اشکی کاهش پیدا کرده است، سطح چشم خشک شده که می‌تواند باعث خراش قرنیه و در بلند مدت ایجاد زخم قرنیه شده و حتی منجر به از دست دادن بینائی شود.

بستن چشم با دست خود هر از چند وقت، یک راه مفید برای مرطوب نگه داشتن سطح چشم است و همچنین استفاده از عینکهای محافظتی و یا پانسمان چشمی از ورود اشیاء بداخل چشم جلوگیری می‌کند. روش دیگر برای مرطوب نگه داشتن چشم استفاده از قطره اشک مصنوعی است که توسط پزشک تجویز می‌شود و فرد در زمانی که بیدار است هر ساعت یک یا دو قطره در چشم خود می‌ریزد و در هنگام خواب نیز چشم خود را با پماد می‌پوشاند.

روشهای مقابله با عوارض این اختلال برای افراد مبتلا به دچار فلج دائم عصب صورتی

برای بیمارانی که دچار فلج دائمی عصب صورتی شده‌اند، چندین روش جراحی برای کاهش عوارض در آنها انجام می‌شود. این اعمال جراحی

شامل عمل جراحی بر روی پلک ، انتقال عضلات و جابجائی اعصاب می باشد که با این اعمال جراحی ظاهر صورت به فرم طبیعی نزدیکتر می شود. همچنین ممکن است برای عوارضی مثل اسپاسم عضلات و یا حرکات غیرارادی عضلات صورت از مواد شیمیائی تزریقی برای ضعیف کردن عضلاتی که فعالیت زیادی پیدا کرده و باعث این عوارض شده اند استفاده شود.

● نتیجه

فلج عصب صورتی یک بیماری ناشایع نبوده و به علل متفاوتی بروز می کند. تشخیص صحیح علت این عارضه و درمان سریع آن در بالا رفتن احتمال بهبودی کامل بیماری آن مؤثر است. حتی بیمارانی که دچار فلج دائمی عصب صورتی هستند، نیز با کمک بعضی اعمال جراحی می توانند تا حدی عملکرد عضلات صورت خود را بهبود ببخشند.

منبع : شبکه رشد

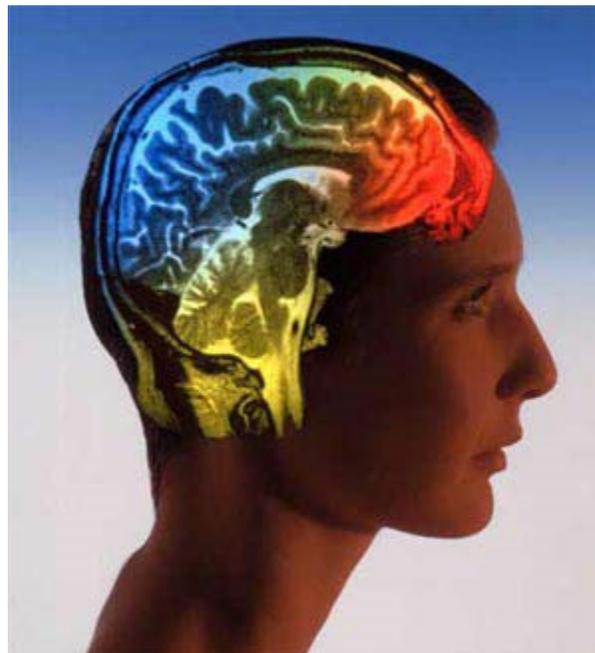
<http://vista.ir/?view=article&id=324166>



قطرات فراموش شده

آقای ۲۴ ساله ای به علت سردرد شدید از یک روز پیش و رفتار غیرعادی، به اورژانس آورده شد. در سی تی اسکن انجام شده، علائم خونریزی داخل جمجمه ای و ادم مغزی به چشم می خورد، همچنین شواهدی دال بر افزایش فشار داخل جمجمه و جابه جایی عناصر مغزی از خط وسط مشاهده می شد. بیمار در بخش مراقبت های ویژه بستری و مداخلات بسیاری برای کاهش فشار داخل جمجمه ای و ورم مغزی وی آغاز شد که می توان به لوله گذاری داخل تراشه و تنفس مصنوعی به وسیله دستگاه، تزریق داخل وریدی استروئید و انفوزیون وریدی مانیتول اشاره کرد...

علاوه بر اقدامات فوق، برای جلوگیری از تشدید ورم مغزی، تزریق مایعات داخل وریدی متوقف شد. طی ۲۴ ساعت پس از بستری، بیمار بهبودی اندکی نشان داد، ولی همچنان در حالت کما باقی ماند و به محرکها پاسخی نشان نمی داد. در سی تی اسکن بعدی که برای بیمار انجام شد، خونریزی ثابت شده بود، ولی ورم مغزی کماکان ادامه داشت. در اسکن روز دوم بستری، خونریزی تغییری نکرده بود، ولی بهبود قابل ملاحظه ای در



میزان ورم مغزی به چشم می خورد. با چنین نتیجه ای پزشکان انتظار داشتند که وضعیت بالینی بیمار نیز بهتر شود، ولی وی هوشیار نبود. مرور نتایج آزمایشگاهی آن روز بیمار نشان داد که وی دچار هیپرناترمی شدید (آن قدر شدید که می توانست هوشیار نبودن بیمار را توجیه کند) و نارسایی حاد کلیه از روز بستری بوده است. در بررسی پرونده بیمار، متخصص کلیه متوجه شد که انفوزیون مانیتول بیش از ۲۴ ساعت با مقدار بسیار بالا ادامه داشته و همان طور که انتظار می رود، این ماده موجب دیورزاسموتیک می شود. از طرفی، از آنجا که بیمار هیچ گونه مایع وریدی یا روده ای (enteral) دریافت نکرده بود، دچار کم آبی بسیار شدید شده است، بنابراین اگرچه خونریزی و ورم مغزی بهبود نسبی پیدا کرده، ولی به

علت نارسایی حاد کلیه و هیپرناترمی، وضعیت هوشیاری بیمار پیشرفتی را نشان نمی‌داد. بیمار برای مدت بسیار طولانی در بیمارستان بستری بود و دست آخر بر اثر مشکلات مربوط به نارسایی کلیه جان باخت.

• شرح و تفسیر

خونریزی داخل مغزی خودبه‌خودی یا (Intra Cerebral Hemorrhage (ICH)، علت ۱۰ تا ۲۰ درصد از سکته‌های مغزی جدید در ایالات متحده آمریکا است که با مرگ و میر بسیار بالایی همراه می‌باشد. در حال حاضر هیچ درمانی که مختص این بیماری باشد، وجود ندارد و درمان مبتنی بر شواهد این بیماری، بیشتر بر کاستن از عوارض ناشی از بستری در بیمارستان متمرکز است. افزایش فشار داخل مغزی (ICP) در بسیاری از موارد ICH دیده می‌شود و درمان بی‌درنگ این عارضه موجب بهبود عاقبت بیمار می‌شود. در متون پزشکی به دو روش پاتوفیزیولوژیک در برخورد با افزایش ICP اشاره شده است.

اولین روش مورد اشاره، پروتکل LUND است که در مورد بیماران دچار ضربه سر مبتلا به افزایش ICP به‌کار می‌رود. در این روش فرض می‌شود که سد طبیعی خون‌مغزی شکسته شده، بنابراین بر روش‌هایی تاکید می‌شود که موجب نگه داشتن مایعات در درون ساختمان‌های عروقی شده و از این طریق موجب کاهش ورم پارانشیم مغزی شوند. روش دوم، شیوه برخوردی تکمیلی است که بر فشار خون‌رسانی مغزی (CPP) که از تفریق مقدار ICP از میانگین فشار شریانی به دست می‌آید، تاکید دارد. در این راهکار بر فرآیندهایی که می‌توانند موجب کاهش ایسکمی مغزی شوند و CPP را بالای ۷۰ میلی‌متر جیوه نگه دارند، تکیه می‌شود. این فرآیندها یا موجب کاهش فشار داخل مغزی ICP می‌شوند و یا میانگین فشار شریانی را بالا می‌برند. در بیماران مبتلا به خونریزی مغزی، افزایش CPP باید با احتیاط و با توجه به خطر افزایش هماتوم در اثر بالا نگه داشتن پیوسته میانگین فشار شریانی صورت گیرد.

• مدیریت درمان

درمان افزایش ICP در بیماران دچار ICH، همیشه باید با اقدامات ساده، اما موثر مانند بالا آوردن سر تخت بیمار تا زاویه ۳۰ درجه شروع شود. این اقدام به ظاهر ساده، موجب افزایش بازگشت وریدی از مغز می‌شود. اقدام ساده دیگر، اجتناب از مصرف مایعات هیپوتونیک (با غلظت کمتر از خون) مانند سرم قندی پنج درصد است. حتما باید در این بیماران محلول‌های ایزوتونیک مانند نرمال سالین تجویز شود تا آنها را در وضعیت یوولمیک نگه دارد، زیرا هیپوولمی داخل عروقی می‌تواند موجب کاهش خون‌رسانی و احتمالاً ایسکمی مغز می‌شود که به نوبه خود، وضعیت بیمار را بدتر می‌کند. از سوی دیگر، انفوزیون مایعات ایزوتونیک و حفظ وضعیت یوولمیک، می‌تواند از عوارض سیستمیک کم‌آبی، مانند آنچه در مورد فوق پیش آمد، جلوگیری کند. مصرف داروهای مسکن و آرام‌بخش می‌تواند از بالا رفتن‌های ناگهانی ICP در اثر بی‌قراری یا درد بیمار، پیشگیری کند، بنابراین تجویز این داروها بخشی اساسی در درمان ابتدایی ICP است.

اگر با وجود اتخاذ این تدابیر، هنوز ICP بالا باشد، استفاده از روش‌های برخورد تهاجمی‌تر لازم خواهد بود. بسیاری از صاحب‌نظران توصیه به قرار دادن یک مونیاتور ICP برای دانستن مقدار آن و میزان کاهش آن در اثر هر یک از اقدامات درمانی می‌کنند. مونیاتورهای ICP، کاتترهای کوچک پلاستیکی هستند که در داخل مغز قرار داده می‌شوند. در پاره‌ای از موارد، افزایش ICP ثانویه به هیدروسفالی در نتیجه خونریزی داخل بطنی یا انسداد خروجی مایع مغزی نخاعی است. در چنین شرایطی، قرار دادن یک ونتریکولوستومی برای کاهش ICP و درناژ مایع مغزی نخاعی الزامی است. بیشتر وسایل ونتریکولوستومی، علاوه بر درناژ CSF قابلیت اندازه‌گیری ICP را نیز دارند و از این نظر نیز استفاده از آنها سودمند است.

در آموزش کلاسیک پزشکی، ذکر می‌شود که هیپرونتیلیاسیون در کاهش ICP نقش مهمی دارد. اگر چه این عمل، روشی سریع و موثر در کاهش آن به صورت لحظه‌ای است، ولی کارایی آن به علت گذرا بودن تأثیر و کاهش هم‌زمان خون‌رسانی مغزی محدود است. در نتیجه این روش باید در مواردی که کاهش سریع ICP به صورت گذرا مورد نیاز است، مورد استفاده قرار گیرد. درمان اسموتیک، همچنان اساس بیشتر روش‌های تهاجمی برخورد با افزایش ICP است. مانیتول و انفوزیون سالین هیپرتونیک، رایج‌ترین مواد مصرفی به این منظور هستند. از آنجا که مانیتول موجب جذب مایعات فراوان در ادرار و برقراری سریع دیورزاسموتیک می‌شود، همیشه باید به صورت متناوب و بولوس (نه به صورت انفوزیون وریدی پیوسته) و براساس وضعیت عصبی بالینی بیمار و یا افزایش میزان ICP مصرف شود.

برای جلوگیری از کاهش حجم خون در گردش و کم‌آبی و نارسایی کلیه، باید پروتکل‌های محکم سازمانی برای اندازه‌گیری اسمولالیتی و سدیم سرم هر چهار تا شش ساعت، در هر بیماری که مانیتول دریافت می‌کند، وجود داشته باشد. در صورتی که اسمولالیتی سرم به بیش از

۲۲۰ mOsm/kg برسد یا با بیمار دچار هیپرناترمی شود، مصرف مانیتول متوقف شود و مقدار مصرف آن به کمتر از ۲۵۰ mg/kg هر چهار ساعت

محدود شود تا از خطر نارسایی کلیه کاسته شود. همچنین از مصرف این ماده در بیمارانی که از قبل دچار نارسایی اولیگوپریک یا آنوریک کلیه بوده‌اند و نیز بیماران دیالیزی اجتناب کرد.

در بیمارانی که پس از اتخاذ تدابیر ساده درمانی و اسموتیک‌تراپی همچنان ICP بالا دارند، می‌توان از درمان‌های خط سوم متنوعی استفاده کرد. به عنوان نمونه، می‌توان از بلوک عصبی-عضلانی، القای کماک باریتوراتی و هیپوترمی القایی نام برد. در مورد معرفی شده فوق، کورتیکواستروئیدهای وریدی نیز برای کاهش ورم مغزی مصرف شدند، ولی براساس مطالعات انجام شده کوچک‌ترین تأثیری ندارند و باید از مصرف آنها در این‌گونه موارد اجتناب کرد، چرا که مصرف آنها ممکن است حتی با بدتر شدن عاقبت بیمار همراه باشد.

منبع : هفته نامه سپید

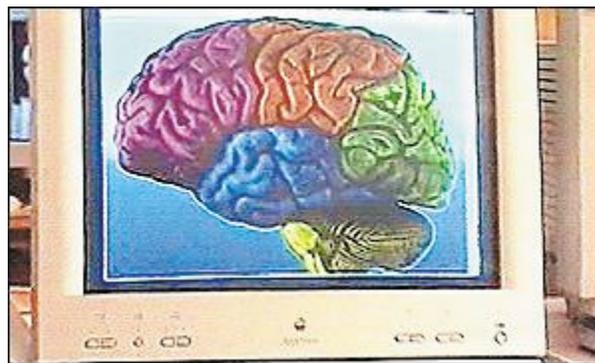
<http://vista.ir/?view=article&id=347755>

 **vista.ir**
Online Classified Service

کارکرد پیچیده مخچه

دانشمندان موفق به کشف پیچیدگی‌های عملکردی بیشتری در مخچه شدند و اعلام کردند این بخش از مغز بسیار پیچیده تر از آن چیزی است که تاکنون تصور می‌شد.

گروهی از پژوهشگران دانشگاه هاروارد آمریکا در تحقیقات اخیر خود دریافتند مخچه افزون بر کنترل حرکات، از قدرت کنترل بر دیگر عملکردهای پیچیده بدن همچون بینایی نیز برخوردار است. بر اساس این گزارش، تاکنون چنین تصور می‌شد که مخچه یا «مغز کوچک» فقط در کنترل تعادل و حرکت بدن نقش دارد و سایر فعالیت‌های پیچیده تر را بخش بزرگ مغز که به لحاظ



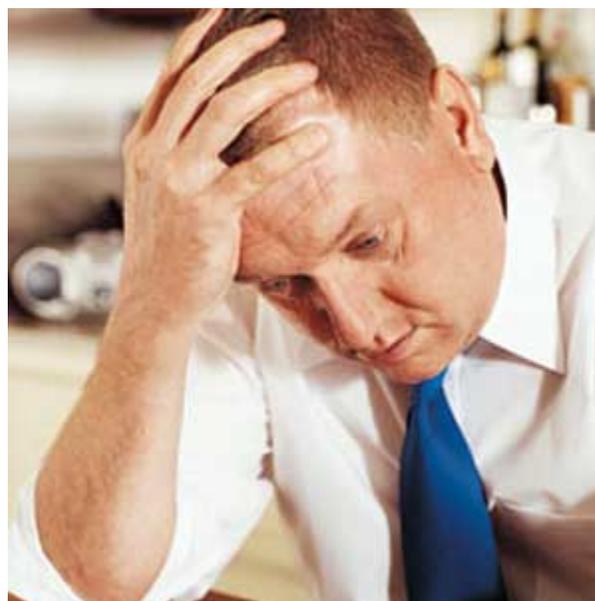
تکاملی جدیدتر به شمار می‌رود، عهده دار است. تحقیقات دانشمندان دانشگاه هاروارد بر روی ۷۴ کودک که مغز آنها آسیب دیده است، منجر به کشف عملکردهای بیشتری در مخچه شده و به گفته این محققان، تصور پیشین علم اعصاب از مخچه، بسیار ساده انگارانه بوده است.

منبع : روزنامه ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=5151>

 **vista.ir**
Online Classified Service

کلسترول اب‌تلا به آنزایمر را سرعت می بخشد



علت اصلی بیماری آلزایمر رسوب نوعی پروتئین در بافت مغزی است. حضور کلسترول، رسوب این پروتئین را سرعت می‌بخشد.

کشور آلمان از جمله کشورهایی است که میانگین سنی جمعیت آن رو به افزایش است. به همین علت تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های شایع سالمندان و یا بیماری‌های که در سنین بالا بروز می‌کنند نیز رو به افزایش است. یکی از این بیماری‌ها، بیماری آلزایمر است که در حال حاضر نزدیک به یک میلیون نفر در آلمان از آن رنج می‌برد، به همین جهت این کشور یکی از کشورهای است که پروژه‌های تحقیقاتی پرهزینه‌ای را برای یافتن درمان موثر بیماری آلزایمر دنبال می‌کند.

مرکز تحقیقاتی شهر بن نیز در این زمینه فعال است. طرحی که این مرکز روی آن کار می‌کند یافتن رابطه میان نوعی تغذیه افراد و خطر بروز بیماری آلزایمر است. فرانک‌یسن Frank Jessen یکی از پزشکان گروه می‌گوید: « ابتدا حافظه کوتاه مدت تخریب می‌شود، یعنی بیمار واقعا به سختی

می‌تواند جزئیات اتفاقی که چندی پیش رخ داده به خاطر بیاورد. حافظه بلند مدت نیز رفته رفته از بین می‌رود. به علاوه بیمار تسلط به محیط اطرافش را هم از دست می‌دهد یعنی حتی در خانه خودش هم سر در گم است، در بدترین حالت بیمارانی هستند که به تنهایی قادر به انجام هیچ کاری نیستند.»

فرانک یسن مهمترین هدف از این تحقیقات را تشخیص به موقع بیماری می‌داند: « هرچه که سن بالاتر می‌رود خطر ابتلا به بیماری افزایش پیدا می‌کند. گذشته از آن افرادی که در خانواده‌شان سابقه بیماری آلزایمر دارند بیشتر در معرض خطرند. البته فاکتورهای مشخصی هم هستند که ضریب خطر را بالا می‌برند مثلا فشار خون بالا، دیابت، چربی یا وزن بالا.

در صورت مشاهده علائم بیماری، بیمار می‌تواند با مصرف دارو از پیشرفت بیماری جلوگیری کند اما دارویی برای درمان بخش از دست رفته حافظه وجود ندارد. علت اصلی بیماری رسوب نوعی پروتئین در بافت مغزی است. بررسی علت رسوب این پروتئین در مغز، پروژه‌ای است که کارشناسان بیوشیمی و داروسازی کلینیک دانشگاه بن دنبال می‌کنند. دیتر لوت‌یوهان (Dieter Lutjohann) یکی از کارشناسان این مرکز می‌گوید: « این پروتئین مثل نخ کاموا به هم می‌پیچد. به محض اینکه پروتئین این ساختمان پیچیده را پیدا می‌کند بخشی از مغز که در آن واقع شده را بلوکه می‌کند یعنی متابولیسم سلولی در آن قسمت متوقف می‌شود در نتیجه سلول‌های عصبی آن بخش از بین می‌روند.»

موضوعی که لوت‌یوهان به طور تخصصی دنبال می‌کند اثر حضور کلسترول کنار این پروتئین است. او معتقد است داروهایی که کلسترول خون را پایین می‌آورند خطر بروز آلزایمر را نیز کاهش می‌دهند. «تحقیقات درون سلولی و با تست‌های که بر روی حیوانات آزمایشگاهی داشتیم نشان می‌دهند اگر بتوانیم کلسترول خون را کاهش دهیم، یعنی کلسترول کمتری به سلول‌های مغزی برسد، این پیچش پروتئینی که علت اصلی بروز بیماری آلزایمر است متوقف می‌شود.»

مشکل اینجاست که مغز به کلسترول نیاز دارد. نوسازی و ترمیم ساختمان سلول‌های عصبی نیازمند حضور مقدار مشخصی کلسترول در خون است. اما یافتن این نکته که کلسترول و آن دسته از پروتئین‌های که پیچش آنها منجر به بروز آلزایمر می‌شود در ارتباط مستقیم‌اند، قدم بزرگی در راه شناخت بیشتر بیماری آلزایمر است.

چندی پیش محققان دانشگاه توپینگ آلمان اعلام کرده‌بودند که موفق شده‌اند واکسن بیماری آلزایمر را تهیه کنند. واکسن در مرحله تست حیوانی به خوبی پاسخ داد و اینطور به نظر می‌رسید که محققان راه حل مناسبی برای جلوگیری از بروز بیماری آلزایمر یافته‌اند اما در مرحله بعد و تست واکسن بر روی داوطلبان مبتلا به آلزایمر موفقیت چندانی حاصل نشد حتی در یکی دو مورد تزریق واکسن منجر به تخریب سریع‌تر بافت مغزی داوطلبان شد. اما فرانک یسن مانند سایر افراد گروه معتقد است بیماری آلزایمر درمان‌پذیر است و تحقیقات روند خوبی را دنبال می‌کنند: « ما نشانه‌های زیادی داریم که بسیار امیدوار کننده به نظر می‌رسند. با کمی خوش‌بینی می‌توان گفت ظرف پنج تا ده سال آینده درمان موثری برای

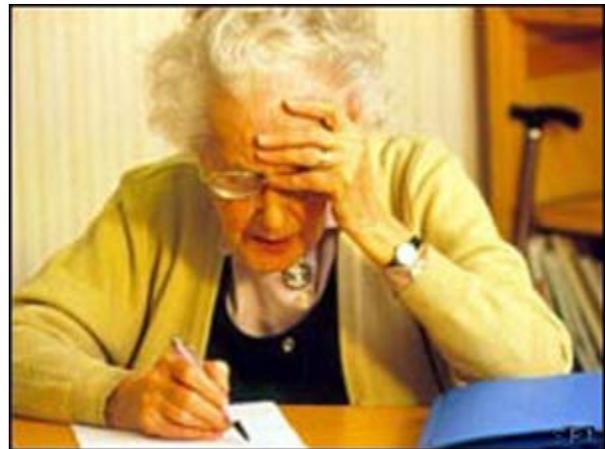
منبع : پایگاه اطلاع رسانی درمانگر

<http://vista.ir/?view=article&id=255963>

کم کم فراموش کار می شویم

دکتر آلواس آلزایمر در سال ۱۹۰۶ این بیماری را در آلمان کشف کرد و به این دلیل بیماری آلزایمر به نام او ثبت شده است.

بیماری آلزایمر قابل پیش بینی نیست و تاثیر مشخصی روی مغز می گذارد. گاه بیماران مبتلا به این بیماری دیوانه محسوب می شده و هنوز هم محسوب می شوند. چون اطلاعات علمی راجع به این بیماری فقط در ۲۰ سال گذشته پیشرفت نموده، هنوز گروه های کثیری با این بیماری آشنا نبوده و رفتارهای ناهنجار بیماران را به ناراحتی روانی تعبیر کرده و آنان را بیماران روانی می نامند. بیماران آلزایمری ممکن است حرکات و رفتارهایی مانند مزاحمت، عدم اطمینان، عدم قدردانی، نامهربانی، خصومت با نزدیکان و اطرافیان داشته باشند. بیماران آلزایمر بیمار مغزی هستند بدین معنی که



سلول های مغزشان در حالت تخریب و معدوم شدن است و نتیجتاً طرز فکر و رفتار آنها تغییر کرده و تحت کنترل آنها نیست و چون کنترلی روی بیماری خود ندارند قادر به تمایز خوب و بد، صحیح و غلط نبوده و ممکن است به راحتی نزدیک ترین فردی که برایشان خدمتی انجام می دهد را رنجانیده و حتی پرخاشگری کنند.

• تغییرات در سلول های عصبی مغز

پولک ها و گرهک ها تنها عوامل آسیب رسان در آلزایمر نیستند، تخریب سلول های مغز در اثر آنها باعث می شود میانجی های عصبی در انتهای رشته های عصبی تولید نشود. این مواد در حالت طبیعی، پیام عصبی را از یک سلول عصبی به سلول عصبی دیگر منتقل می کنند. بدون وجود میانجی های عصبی، نه تنها ارتباط بین آنها از بین می رود، بلکه سلول های سالم اطراف رو به معدوم شدن و تخریب می گذارند. چرا که سلول های مغزی همانند همه سلول های عصبی بدن برای ادامه حیات باید فعال باشند و این فعل و انفعالات سدی برای فعالیت آنها هستند. در نتیجه این تغییرات، چرخه معیوبی در مغز بیمار به وجود می آید، کاهش سلول های عصبی باعث کاهش میانجی های عصبی می شود و آن نیز به نوبه خود منجر به تخریب گسترده تر سلول های عصبی می شود. دکتر کافر از دانشگاه پترزبورگ می نویسد که فقط با افزایش میانجی های عصبی نمی توان جلوی روند بیماری آلزایمر را گرفت، بلکه باید جلوی مرگ سلول های تولیدکننده میانجی عصبی را بگیریم.

• علائم بیماری آلزایمر و طیف آن در مبتلایان

در قسمت قبل درباره تغییرات غیرطبیعی در مغز بیماران صحبت کردیم، اکنون سوال این است که آیا علائم بیماری آلزایمر در بیماران گوناگون، مشابه است و آیا می توانیم با مشاهده رفتار و اعمال بیمار، بیماری آلزایمر را تشخیص دهیم؟ پاسخ قدری پیچیده و مشکل است. زیرا علائم بیماری نه تنها از فردی به فرد دیگر متفاوت است، بلکه حتی در یک فرد همبستگی به مرحله بیماری و شدت فرآیندهای بیماری را دارد. دکتر برانت

می‌گوید که به‌رغم تشابهات سال‌های آخر عمر بیماران، علائم و نشانه‌های بیمار در هر فرد منحصر به فرد بوده و الگوی یکسانی برای تشخیص آنها وجود ندارد. علت تفاوت در آثار بیماری، وجود تفاوت و پیچیدگی‌های مغز و روح افراد و شدت و ضعف بیماری است. دکتر برانت می‌گوید؛ روند آسیب در بیماری آلزایمر از قسمت هیپوکامپ مغز شروع می‌شود. هیپوکامپ قسمتی از مغز است که مسوول نگهداری اطلاعات مربوط به حافظه کوتاه مدت است و نقش مهمی در یادگیری دارد.

معمولا بیماری آلزایمر از این قسمت آغاز شده و با درگیر کردن سایر قسمت‌های مغز در صحبت کردن، خواندن، محاسبه، تصمیم‌گیری و هماهنگی حرکات بدن نیز اختلال ایجاد می‌کند. سیر بیماری همیشه به یک منوال نیست و از فردی به فرد دیگر متفاوت است. گاهی عوارض بیماری بسیار ضعیف و گاه بسیار شدید است. گاهی سیر بسیار سریع داشته و ظرف ۳ سال منجر به مرگ می‌شود، در موارد دیگر ممکن است فرد مبتلا، تا ۲۰ سال یا بیشتر به زندگی خود ادامه دهد. قابل ذکر است که معمولا بیماری آلزایمر علت مستقیم مرگ نیست، بلکه زمینه مرگ بیمار را در اثر علل دیگر، آماده می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که به‌طور کلی، متوسط زندگی مبتلایان از ۵/۸ تا ۸/۱۰ سال بعد از شروع بیماری خواهد بود و این رقم، رابطه مستقیم با سن بیمار در زمان ابتلا دارد. دکتر سیندر می‌نویسد چون خصوصیات این بیماری در هر فرد، متفاوت است، پس سیر آن متغیر و نامشخص است، به علاوه نمی‌توان یک نقطه زمانی معینی برای شروع بیماری در نظر گرفت و تغییر و تحولات مغزی بیماران طی سال‌ها صورت می‌گیرد تا آنکه آثار بیماری ظاهر شود. بنابراین نمی‌توان نقطه شروع بخصوص برای آغاز روند بیماری در نظر گرفت.

• علائم بالینی بیماری چیست ؟

به‌رغم تفاوت‌های فردی در بین مبتلایان، عموما علائمی را برای تشخیص می‌توان در نظر گرفت. این علائم اگر مکرر دیده شوند، می‌توانند شک ما را به وجود بیماری برانگیزاند، اما اگر فردی فقط یک بار به‌طور اتفاقی کفش خود را در یخچال گذاشت دلیل بر وجود آلزایمر نیست. اگر فردی مرتب اشیاء را در جای معمول خود نگذارد تازه جای شک به وجود می‌آید و باید از نظر آلزایمر بررسی شود.

• فراموشی:

اولین اثر این بیماری فراموشی است. البته همیشه فراموشی در سن بالا دلیل بر آلزایمر نیست. فراموشی از همان مراحل اولیه آلزایمر قابل توجه بوده و با پیشرفت بیماری شدیدتر می‌شود. بیمار مبتلا به آلزایمر ممکن است اشیاء را جابه‌جا بگذارد، وعده ملاقات را فراموش کند، داروهای خود را مصرف نکند و یک سوال را مرتباً تکرار نماید، حتی اگر لحظاتی قبل سوال را مطرح نموده باشد.

با پیشرفت بیماری، نارسایی‌های حافظه شدیدتر شده به حدی که بیمار به‌طور مکرر نام اطرافیان، فرزندان و مراقبان خود را فراموش می‌کند؛ اشیاء منزل را به یاد نمی‌آورد و مرتب درباره آنها سوال می‌کند؛ امور ساده شخصی مانند مسواک زدن، بستن بند کفش و پوشیدن لباس را فراموش می‌کند. شدت و حدت این فراموشی‌ها زنگ خطری برای مراقبان بیمار می‌باشد.

• مشکلات تکلم و بیان:

بتدریج که حافظه کوتاه مدت ضعیف‌تر و کم کم محو می‌شود، بیمار توانایی به یاد آوردن لغات مناسب برای جمله بندی را از دست می‌دهد. توانایی نگهداری زنجیره افکار و ترتیب جملات نیز در بیمار مختل می‌شود، به‌طوری که گاه بیمار در جمله‌سازی درمانده می‌شود. وقتی که بیمار متوجه اشتباه خود در جمله بندی می‌شود سعی می‌کند کمتر صحبت کند و معمولا می‌گوید: <فراموش کردم چه می‌خواستم بگویم>. خواننده محترم باید به خاطر بسپارد که با افزایش سن، اکثر افراد سالم، گاه جمله یا مطلبی را فراموش می‌کنند ولی بعداً آن را به یاد می‌آورند. اما بیماران آلزایمری جمله یا مطلب فراموش شده را دیگر به یاد نمی‌آورند و این باعث عصبانیت و افسردگی بیمار می‌شود. لازم به ذکر است که هر نوع فراموشی زاینده آلزایمر نبوده و حتی افراد کاملاً سالم، در شرایط خاص روحی و روانی یا هنگام خستگی دچار فراموشی می‌شوند.

• مشکل خواندن و نوشتن:

به موازات کاهش توانایی تکلم و بیان، توانایی خواندن نیز کاهش می‌یابد. دلیل آن روشن است، چون قدرت تمرکز فکر کاهش یافته، بیمار قادر به نگهداری اطلاعات به مدت لازم نیست و چون نمی‌تواند جمع‌بندی کند، توانایی استفاده از اطلاعات را از دست می‌دهد. می‌دانیم که <خواندن> و <نوشتن> نیاز به تمرکز دارند و هر دو برای بیماری که ارتباط منطقی بین زنجیره تداعی‌های افکار خود را از دست داده بسیار دشوار می‌شود. وقتی بیمار احساس می‌کند خواندن برایش سخت شده و نمی‌تواند معنی جملات را دریابد، از خواندن و نوشتن فاصله می‌گیرد و این خود باعث تشدید بیماری می‌شود.

• ضعف تصمیم‌گیری:

از آنجا که برای تصمیم‌گیری و قضاوت درباره مسائل و درک رابطه تصمیم با نتیجه آن باید از حافظه کمک گرفت، بیماران آلزایمری در این مسائل نیز دچار مشکل می‌شوند. ممکن است در وسط تابستان، کت زمستانی یا پالتو بپوشند و رابطه فصل با لباس را درک نکنند، یا چک بی‌محل بنویسند، یا رفتار پرخاشگرانه بدون توجه به نتیجه آن داشته باشند که متأسفانه گاه اطرافیان دست به رفتار متقابل می‌زنند.

▪ عدم اشراف به زمان و مکان:

بیماران آلزایمری دچار اشکال در درک زمان و فضا هستند، زیرا حافظه نقش مهمی در هماهنگی با محیط و آشنایی با آن ایفا می‌کند. این بیماران که دچار نقصان حافظه هستند، گاه حتی در منزل خود گم می‌شوند یا برای وارد شدن به ماشین سر خود را خم نمی‌کنند.

▪ عدم تشخیص اطرافیان:

یکی از علائم بسیار آزاردهنده، فراموش کردن اسامی اطرافیان یا بستگان است. این آزار دوجانبه است. اطرافیان و مخصوصاً مراقبان بیمار از اینکه توسط بیمار شناخته نشده و از زحمات آنها قدردانی نمی‌شود رنج می‌برند و بی‌اطلاعی از شرایط فکری بیمار می‌تواند این مشکل را تشدید کند.

▪ افکار هذیانی:

در ابتدای بیماری، افکار بدبینانه هذیانی چندان دیده نمی‌شود ولی به تدریج که با پیشرفت بیماری، فرد توانایی ربط دادن نتایج را به رویدادها از دست می‌دهد، افکار هذیانی بر وی مستولی شده و شکاک و بدبین می‌شود. مثلاً احساس می‌کند در حال دزدیدن اموالش هستند یا همسرش به وی خیانت می‌کند و یا دکتر یا مراقبش در فکر آزار وی هستند.

▪ مشکلات جنسی:

مطالعات علمی هنوز نتوانسته‌اند علل کاهش یا افزایش تمایلات جنسی را توضیح دهند ولی اکثر این بیماران دچار کاهش میل جنسی می‌شوند. کاهش هماهنگی در حرکات اندامها:

تبادل اطلاعات بین سلول‌های عصبی مغز، اعصاب بدن و عضلات، حرکت بدن را امکانپذیر می‌کند. اگر این مبادلات در اثر معیوب شدن سلول‌های مغز مختل نشود، هماهنگی حرکات بدن تحت تاثیر قرار می‌گیرد. عدم هماهنگی، با پیشرفت بیماری تشدید می‌شود. زمانی که هماهنگی بین دستورات مغز و حرکت اندام مختل می‌شود، لباس پوشیدن، غذا خوردن، نوشتن، رانندگی و تقریباً تمامی اعمال جسمی فرد دچار اشکال شده و بیمار محتاج کمک دیگران می‌شود.

▪ کاهش حس بویایی:

هر چند کاهش حس بویایی در افرادی که مبتلا به آلزایمر نیستند نیز دیده می‌شود، اما این علامت در کنار سایر علائم آلزایمر، اهمیت خاصی برای تشخیص بیماری پیدا می‌کند.

▪ تغییرات شخصیتی:

از آنجا که آلزایمر عملکرد مغز را تغییر می‌دهد، شخصیت فرد نیز ممکن است دستخوش تغییر شود. فردی که قبلاً پرتحرک و شاداب بوده ممکن است گوشه‌گیر شود. افراد گوشه‌گیر و خجالتی ممکن است تبدیل به افرادی پرخاشگر و ناآرام شوند. هم آسیب دیدگی مغزی و هم فشارهای روانی ممکن است علت این تغییرات باشند. این تغییرات برای افراد خانواده یا دوستان قابل درک نیست، بخصوص در اوایل که هنوز بیماری جنبه رسمیت پیدا نکرده است ممکن است اطرافیان، رفتار بیمار را مسائل شخصی قلمداد کنند.

• بیماری آلزایمر و مرگ

بیماری آلزایمر مستقیماً باعث مرگ بیمار نمی‌شود ولی به‌طور غیرمستقیم زمینه مرگ در اثر عوامل دیگر را فراهم می‌کند. در طول ۱۰۰ سالی که از کشف این بیماری می‌گذرد، تاکنون حتی یک نفر از این بیماری نجات پیدا نکرده است. در آخرین مرحله بیماری، به قدری آسیب دیدگی مغز پیشرفت می‌کند که کنترل ساده‌ترین اعمال اعضای بدن را از دست می‌دهد. دستگاه ایمنی که باید بدن را در برابر عفونت‌ها و سرطانات حفاظت کند از کار می‌افتد. مغز حتی قادر به تعیین و تنظیم نیازهای خود به مواد مغذی و مایعات نبوده و گاه بیماران آلزایمری از گرسنگی فوت می‌کنند، درست مانند یک کشتی بدون ناخدا که بدون کنترل روی آب حرکت می‌کند و سرانجام با یک صخره تصادف می‌کند. گاهی بی‌تحرکی و فقدان فعالیت جسمی باعث سکنه قلبی و مغزی می‌شود. در اغلب موارد، فعالیت قلب و دید دچار اختلال می‌شود و سوء تغذیه زمینه مساعد برای ابتلا به سایر بیماری‌ها را فراهم می‌کند. بیمارانی که در اوایل شروع بیماری آلزایمر فوت می‌کنند، اغلب دچار سوانحی از قبیل تصادف در خیابان و سقوط از پله شده‌اند.

• عوامل مسبب بیماری آلزایمر

مکانیسم ایجاد آلزایمر هنوز کشف نشده و دانش ما در این زمینه بسیار ابتدایی است. پاره‌ای عوامل سببی معرفی شده‌اند که هنوز صددرصد اثبات نشده‌اند. سرطان و بیماری‌های اکثراً قابل پیش‌بینی بوده و علل آنها تقریباً مشخص شده‌اند، اما سیر پیچیده آلزایمر و نقش داشتن عوامل گوناگون باعث شده تا بسیاری از جنبه‌های آن ناشناخته باقی بماند. با توجه به مطالعاتی که در ۲۰ سال گذشته در آمریکا، اروپا و ژاپن صورت گرفته، دکتر کافر معاون پژوهشی دانشگاه پیتسبورگ اظهار داشته‌اند اگر بتوانیم با همین سرعت حرکت کنیم به زودی موفقیت‌های زیادی به دست خواهیم آورد. دکتر کافر عوامل مسبب بیماری را به دو گروه موثر (که نقش موثری در ایجاد بیماری دارند) و نامعین (که میزان تاثیر آنها هنوز معلوم نشده) تقسیم می‌کند.

• عوامل کمکی برای ابتلا به آلزایمر

وجود عوامل زیر صددرصد دلیل بر ابتلا به بیماری آلزایمر نمی‌باشند، بلکه در شرایط خاصی، این عوامل به تنهایی یا با کمک هم می‌توانند زمینه ابتلا به آلزایمر را فراهم کنند.

▪ سن بالا

با بالا رفتن سن، احتمال ابتلا به این بیماری زیادتر می‌شود، هر چند مواردی از ابتلا در سن پایین و حتی ۳۰ سالگی دیده شده که بیشتر ناشی از عوامل ژنتیکی (وراثتی) می‌باشد. بیماری آلزایمر غالباً در سن بالای ۶۵ سالگی دیده می‌شود. در حال حاضر در آمریکا، ۱۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به این بیماری بوده و ۵۰ درصد افراد بالای ۸۵ سال از آلزایمر رنج می‌برند. پیش‌بینی می‌شود که با توجه به بالا رفتن سن در آمریکا، میزان شیوع بیماری در ۵۰ سال آینده، ۳ برابر شود.

▪ سابقه بیماری در خانواده

احتمال بروز در بستگاه درجه اول فرد بیمار زیاد است، مگر آنکه تدابیر پیشگیری را از قبل به کار ببندند. خطر ابتلا در بستگان درجه اول به دو برابر افراد معمولی می‌رسد، اما با سالم نگه داشتن محیط زیست و تغذیه می‌توان این احتمال را کاهش داد.

▪ سابقه ضربه مغزی

مغز انسان توسط جمجمه و مایع مغزی نخاعی حفاظت می‌شود. بسیاری از ورزشکارانی که دچار ضربه سر شدید می‌شوند، مانند مشت‌بازان یا سوانحی که در سایر ورزشها رخ می‌دهد، دچار فراموشی بیمارگون می‌شوند و احتمال ابتلا به آلزایمر در آنها زیادتر است. میزان تاثیر ضربه مغزی در بروز آلزایمر نامعلوم است اما توجه به این عامل، لزوم استفاده از کلاه ایمنی را برای ورزشکارانی که سرشان در معرض ضربه است، خاطرنشان می‌سازد.

▪ کمبود فعالیت‌های فکری و مغزی

تحقیقات علمی نشان داده‌اند که تمرین دادن مغز از طریق تحصیلات علمی، مطالعه، یا فعالیت‌های فکری دیگر، مقاومت آن را در برابر آلزایمر بالا می‌برد. به اعتقاد پژوهشگران، فعالیت‌های فکری باعث گسترش ارتباطات بین سلول‌های عصبی مغز می‌شود و هر چه سلول‌های مغزی ارتباط بیشتری با یکدیگر داشته و اطلاعات بیشتری رد و بدل کنند، مغز مقاوم‌تر می‌شود. حل جدول، بازی شطرنج و سایر بازی‌های فکری و اصولاً هر نوع فعالیت فکری می‌تواند از ابتلا به بیماری آلزایمر جلوگیری کند.

▪ سکته

افرادی که سکته مغزی داشته‌اند اخیراً مورد بررسی قرار گرفته‌اند و در این پژوهش‌ها ارتباط مشخصی بین دمانس و سکته‌های مغزی مکرر مشاهده شده است. اغلب این سکته‌ها ممکن است علائم شدید حسی مانند فلج دست و پا نداشته باشند. کنترل فشار خون و کلسترول، کاهش مصرف چربی‌های اشباع شده، خودداری از مصرف سیگار و دخانیات، ورزش، کاهش استرس‌ها می‌تواند باعث کاهش چربی خون و کاهش رسوب آن در جدار رگ‌های مغزی شود و در نتیجه احتمال سکته مغزی را کم کند.

▪ دخانیات

آلزایمر نیز مانند بسیاری بیماری‌های دیگر، در افراد سیگاری بیشتر دیده می‌شود. در یک مطالعه روی هفت هزار نفر از افراد بالای ۵۵ سال، دیده‌اند که احتمال بروز آلزایمر در سیگاری‌ها دو برابر است. البته در یک مطالعه دیگر در سال ۱۹۹۴ خلاف یافته‌های بالا مشاهده شده است و این گروه از پژوهشگران عنوان می‌کنند شاید نیکوتین باعث تحریک سلول‌های عصبی مغز و کاهش احتمال بروز آلزایمر می‌شود. در هر حال با توجه به

عوارض بسیار زیاد دخانیات و نقش آن در تصلب شرایین مغزی، از کشیدن دخانیات باید جدا خودداری کرد.

▪ رژیم غذایی

این جمله مشهور: <ما همان هستیم که می‌خوریم!>، اهمیت تغذیه را در نوع متابولیسم و ترکیب بدن و مغز ما نشان می‌دهد. تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که مصرف چربی‌های اشباع شده و کلسترول به مقدار زیادی می‌تواند در ابتلا به آلزایمر موثر باشد [چربی‌های اشباع شده در روغنهای گیاهی جامد و کلسترول در چربی حیوانی (دنبه، زرده تخم مرغ، جگر، قلوه، دل) به وفور یافت می‌شوند. در مطالعات دیگر، کمبود اسیدفولیک و ویتامین B_{۱۲}، با ایجاد آلزایمر ارتباط داشته‌اند، اصولاً کمبود این دو ویتامین در سنین پایین نیز باعث کم‌خونی و مشکلاتی در عصبهای بدن (نوروپاتی) می‌شود.

▪ نداشتن ورزش

مغز هم مانند عضلات بدن احتیاج به تمرین دارد. تحقیقات سال ۱۹۹۸ نشان داده‌اند مبتلایان به آلزایمر، در مقایسه با سایر مردم، در فاصله سنی ۲۰ تا ۶۰ سالگی کمتر به ورزش و حرکات بدنی می‌پرداخته‌اند. در تحقیق روی موشها دیده‌اند که افزایش تحرک بدنی باعث افزایش فعالیت مغز بخصوص در ناحیه هیپوکامپ (مرکز حافظه و یادگیری) می‌شود. در موش‌های پرتحرک، سیستم <تقویت درازمدت که به ثبت و نگهداری اطلاعات در حافظه کمک می‌کند، فعالیت بیشتری پیدا کرده بود. بنابراین فعالیت‌های جسمی و داشتن تحرک می‌تواند در پیشگیری از آلزایمر موثر باشد.

منبع: روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=267254>

 Vista.ir
Online Classified Service

کنترل و سرکوب بیماری MS

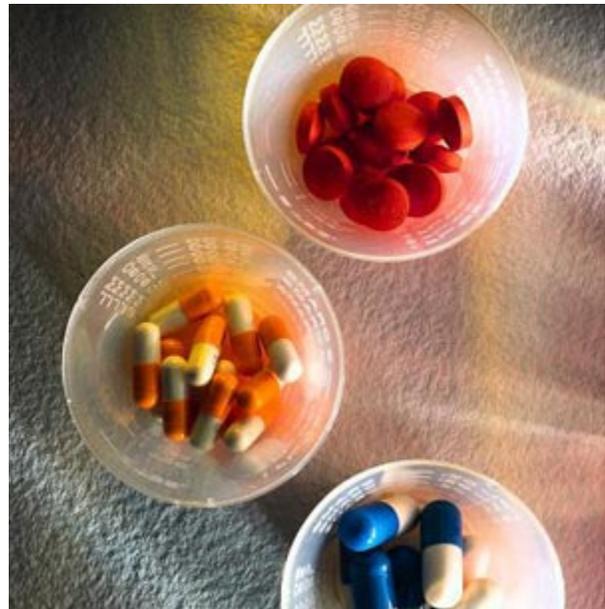
• داروهای متداول مصرفی در ام اس:

در درمان این بیماری از چند سری دارو استفاده می‌شود، اگر چه هنوز هیچ‌کدام موفق به درمان قطعی نشده‌اند، ولی در کُند کردن روند بیماری موثر بوده و به فرد مبتلا کمک می‌کند تا با علائم و مشکلات بیماری راحت‌تر کنار بیاید.

کورتیکواستروئیدها و اینترفرون‌ها (بتا اینترفرون) از جمله داروهایی هستند که در مراحل حاد بیماری و برای به تاخیر انداختن عود مجدد آن کاربرد دارند. در مراحل شدیدتر، گاهی از داروهای شیمی درمانی نیز استفاده می‌شود.

• روش‌های درمانی مکمل:

به غیر از دارو درمانی، از روش‌ها و راه کارهای دیگری نیز جهت کمک به درمان "ام اس" استفاده می‌شود. یکی از این روش‌ها فیزیوتراپی صحیح و موثر است که باید حتماً توسط افراد متخصص در این زمینه، صورت گیرد تا عضلات بیمار مجدداً توان و قدرت خود را مانند قبل از حمله و عود علائم



بیماری به دست آورند.

از آنجایی که استرس‌ها و فشارهای عصبی در ایجاد و عود بیماری تاثیرگذار هستند، برای کنترل علائم و کمک به بهبود شرایط بیمار، استفاده از مشاوره‌های روان‌شناسی به جهت پیش‌گیری از افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی در افراد مبتلا، بسیار موثر می‌باشد. کار درمانی یکی دیگر از روش‌های کمک‌کننده در بهبود وضعیت بیمار است. به وسیله کاردرمانی به بیمار آموزش داده می‌شود که علی‌رغم مشکلات و ناتوانی‌هایی ایجاد شده، بتواند تا حد ممکن کارهای روزمره خود را انجام دهد.

آیا پیروی از یک برنامه غذایی مناسب و متعادل به کنترل علائم بیماری کمک می‌کند؟ در حال حاضر هیچ رژیم غذایی مشخص برای درمان "ام اس" وجود ندارد، ولی مسلماً رعایت یک الگوی غذایی کامل و متعادل برای کمک به وضعیت این بیماران حائز اهمیت است.

شواهد علمی موجود نشان می‌دهد که رادیکال‌های آزاد که در ایجاد بسیاری از بیماری‌ها (مانند بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌ها، دیابت و...) موثر هستند، در بروز این بیماری نیز بی‌تاثیر نمی‌باشند. به همین دلیل شاید دریافت آنتی‌اکسیدان‌ها با مقدار و دفعات مصرف مشخص، در کنترل علائم "ام اس" موثر باشد.

آنتی‌اکسیدان‌ها مانند ویتامین‌های C، E، بتاکاروتن و ماده معدنی سلنیوم، مانند یک سپر دفاعی، بدن را تا حدود زیادی از حمله رادیکال‌های آزاد حفظ می‌کنند. دریافت این ترکیبات باید زیر نظر متخصصین صورت گیرد.

از آنجایی که علائم عصبی مربوط به کمبود ویتامین B12 تا حدودی به علائم ام اس شبیه است (مانند سوزن سوزن شدن دست‌ها و پاها، عدم تعادل و خستگی مغز)، محققین بر این تصور هستند که شاید کمبود این ویتامین نیز در تخریب غلاف میلین نقش داشته باشد. به همین سبب در بیماران مبتلا به ام اس بهتر است که ذخایر ویتامین B12 بدن مورد بررسی قرار گیرد و در صورت لزوم از مکمل خوراکی یا تزریقی آن استفاده گردد.

گاهی دریافت مکمل ویتامین‌های گروه B (مانند B6، نیاسین، تیامین و اسید فولیک) می‌تواند به فروکش کردن علائم بیماری کمک کند. میزان انرژی مورد نیاز روزانه باید با توجه به شرایط و وضعیت بیمار، در نظر گرفته می‌شود تا موجب اضافه وزن و چاقی نشود. همچنین توصیه می‌شود که انرژی مورد نیاز، از مواد غذایی گروه‌های اصلی غذایی، تامین گردد.

الگوی چربی‌های مصرفی نیز در بیماران مبتلا به ام اس اهمیت دارد. مطالعات علمی نشان می‌دهند که کاهش دریافت چربی‌های اشباع (کمتر از ۱۰ درصد انرژی کل روزانه) و افزایش دریافت اسیدهای چرب ضروری موجود در ماهی‌های چرب یا روغن‌های گیاهی مانند سویا و کانولا، جوانه گندم، گردو، روغن تخم کتان و یا استفاده از مکمل‌های آنها (مکمل‌های امگا-۳) در کاهش و پیشگیری از تشدید علائم بیماری موثر می‌باشد. در این رابطه توصیه می‌شود که:

- مصرف انواع گوشت‌های چرب، کره، سس‌های چرب، لبنیات پرچربی، پنیر، روغن‌های نباتی جامد و... محدود گردد.
- مصرف روغن زیتون، روغن سویا، کانولا، آفتاب گردان و سایر روغن‌های مایع غنی از اسیدهای چرب ضروری توصیه می‌شود.
- استفاده از انواع مغزها (مانند گردو، فندق، بادام درختی و پسته) و دانه‌های روغنی (مانند کنجد، برزک، تخم کتان و...) به صورت تازه در برنامه غذایی این بیماران به جهت افزایش دریافت اسیدهای چرب ضروری، مفید می‌باشد.
- استفاده از انواع جوانه به ویژه جوانه یونجه (در زمان شروع جوانه زدن) مفید است.
- از انواع ماهی به ویژه ماهی ساردین، سالمون، ماهی تن و سایر ماهی‌های دارای چربی‌های امگا-۳ به شکل پخته (غیر سرخ کرده) استفاده شود.
- مصرف انواع میوه و سبزی‌های تازه، غلات کامل و حبوبات، هم برای تامین مواد مغذی مورد نیاز و هم به لحاظ دریافت کافی فیبر غذایی به جهت فعال کردن روده‌ها و کمک به اجابت مزاج ضروری است.
- نوشیدن آب کافی در طی روز برای پیشگیری از یبوست و کاهش خطر عفونت‌های مثانه در بیماران توصیه می‌شود. فقط به خاطر داشته باشیم که اغلب این بیماران کنترل ادرار ضعیفی دارند، بهتر است که مصرف آب مورد نیاز در طول روز تقسیم شده و پیش از خواب آب کمتری نوشیده شود.
- با توجه به این که در این بیماران از داروهای کورتیکواستروئیدی استفاده می‌شود، بهتر است که دریافت نمک کنترل شده باشد، برای بهبود طعم و مزه غذا می‌توان از سایر چاشنی‌ها مانند آب لیموترش استفاده کرد.

- در شرایطی که بیمار مشکل بلع غذا داشته باشد، بهتر است که رژیم غذایی به شکل مایع غلیظ یا نرم آماده گردد.
- گاهی وجود حساسیت‌های غذایی در تشدید علائم بیماری موثر است. چنان چه در بیمار سابقه حساسیت‌های غذایی وجود دارد، برای پیشگیری از عود علائم "ام اس"، باید به کمک یک رژیم حذفی (مشابه کاری که در کنترل و درمان آلرژی‌های غذایی صورت می‌گیرد) مواد غذایی حساسیت‌زا شناسایی شده و از برنامه غذایی بیمار خارج گردد.
- شکلات، قهوه، نوشابه، بادامزمینی، تخم‌مرغ، شیر، گوجه‌فرنگی، مخمر، نان گندم، مواد غذایی حاوی انواع افزودنی‌ها و رنگ‌های شیمیایی و... اغلب در افراد مستعد، حساسیت‌زا هستند.
- بهتر است که مصرف غذاهای بسیار شیرین، کیک‌ها و شیرینی‌های تر، بیسکویت‌ها، آب‌نبات و شکلات محدود باشد.
- نکاتی که باید بیمار مبتلا به ام اس به آن توجه کند:
 - بیمار نباید دچار استرس، اضطراب، فشارهای روحی و جسمی باشد.
 - به وزن خود توجه کند و دچار اضافه وزن یا چاقی نشود.
 - بیمار می‌تواند یک پیاده روی یا نرمش سبک روزانه و یا شنا در آب به شکل ملایم داشته باشد، ولی دقت داشته باشد که ورزشی که باعث بالا رفتن دمای بدن شود و یا سونا ممنوع است.
 - حمام آب داغ برای بیمار مناسب نیست.
 - هر گونه کار یا فعالیتی که سبب بالا رفتن درجه حرارت بدن شود، هدایت عصبی را دچار اختلال می‌کند.
 - نوشیدن آب کافی (۲ تا ۳ لیتر در روز) به بیماران توصیه می‌شود.
 - داشتن خواب آرام و کافی برای آن‌ها مفید است.
 - پیروی از برنامه غذایی مناسب و متعادل طبق موارد و توصیه‌های بیان شده در بالا ضروری است.

منبع : علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرند

<http://vista.ir/?view=article&id=321972>

 **vista.ir**
Online Classified Service

کودکان آسمان

نشانیگان داون شایع‌ترین ناهنجاری کروموزومی در انسان‌هاست. «من به پزشک متخصص زنان و زایمان خودم که بهترین متخصص فعلی در استان ماست، عضو هیأت علمی و استاد دانشگاه است و همه از او تعریف می‌کنند اعتماد کردم و خودم تحقیق خاصی انجام نادم. حالا که این وضعیت پیش آمده، پیش او رفتم و از او گله کردم. می‌دانید او چه جوابی داد؟ او پاسخ گفت: دعا کنید مشکل قلبی بچه بغرنج باشد که از آن بمیرد و زنده نماند!»

این صحبت‌ها را خانمی برای من بازگو می‌کرد که دختر بچه ۴ ماهه اش را که مبتلا به نشانیگان داون یا به اصطلاح قدیمی آن منگل (Mongol) بود در



بغل داشت. «خانم دکتر به من گفت که من دیدم شما اصلاً در معرض خطر نیستی و چون جوان بودی و سن تو بالای ۲۵ سال نبود، برایت آزمایش درخواست نکردم.

حالا که گرفتار شده‌ام مطالعه کرده‌ام و دیده‌ام، درست است که در مادران بالای ۳۵ سال احتمال وقوع داون بیشتر است ولی اکثر جمعیت مبتلایان به داون از مادران زیر ۳۵ سال به دنیا آمده‌اند و می‌آیند. من تازه فهمیدم که این خانم دکتر که در استان ما هم چقدر مشهور است...» نشانگان داون در واقع حاصل یک اختلال کروموزومی است که در هنگام تقسیم سلول نطفه یا سلول‌های نطفه‌ای اولیه حادث می‌شود. در موارد داون، در هنگام تقسیم سلولی، کروموزم‌های شبیه‌سازی شده از هم جدا نمی‌شوند و سلول‌هایی با سه کروموزوم ۲۱ شکل می‌دهند. توضیح این که سلول‌های طبیعی بدن یک جفت کروموزوم ۲۱ دارند.

این نشانگان شایع‌ترین و شناخته شده‌ترین ناهنجاری کروموزومی انسان به شمار می‌آید و به نظر می‌رسد از بین هر ۷۰۰ تولد زنده یکی به این نشانگان مبتلاست. جالب است بدانید که بیشتر از نیمی از جنین‌های دارای تریزومی کروموزوم ۲۱ (یعنی دارای سلول‌های با ۲ عدد کروموزوم ۲۱) به طور خود به خود و در سه ماهه اول بارداری سقط می‌شوند.

طبق منابع آماری کشورهای بیگانه، در بین مادران ۲۰ ساله، از بین هر ۱۹۲۵ تولد زنده یک نوزاد مبتلا به داون زایش می‌یابد، در حالی که در مادران ۴۰ ساله و بالاتر این میزان به یک درصد می‌رسد. اما با توجه به قدرت باروری بالای مادران جوان اکثریت جمعیت مبتلایان به نشانگان داون را فرزندان مادران جوان تشکیل می‌دهند.

احتمال تکرار این ناهنجاری هم در فرزند بعدی مادری که یک نوزاد مبتلا به داون داشته‌اند در مادران جوان ۵۰ برابر بیشتر از جمعیت عادی جامعه است ولی در مادران بالای ۳۷ سال فقط یک درصد بیشتر می‌شود.

عقب افتادگی ذهنی و شل بودن عضلات دو نمای مهم و عمومی این افراد را تشکیل می‌دهند. زبان بزرگ و بیرون از دهان به همراه گوش‌های بزرگ و بدشکل، پل بینی مسطح و شکل خاص چشم‌ها باعث شده تا تصویر صورت آنها برای مدت‌های مدید نام قدیمی‌منگل را در ذهن تداعی کند. بیماری‌های مادرزادی قلبی در این کودکان شیوع بالایی دارد و عمدتاً بصورت وجود سوراخ در دیواره‌های قلبی تظاهر می‌کند.

همچنین مشکلاتی در ناحیه تناسلی ممکن است در پسران مبتلا به داون مشاهده شود. دست‌های آنها کوچک است و بند دوم انگشت پنجم آنها یا وجود ندارد یا بسیار کوچک است. در عین حال یک فاصله غیر طبیعی بین انگشتان اول و دوم پا دیده می‌شود. از سایر عوارضی که ممکن است دیده شود می‌توان به کام دهانی عمیق، انحراف چشم، گردن کوتاه، دندان‌های کوچک، زبان شیاردار و ناهنجاری‌های دستگاه گوارشی اشاره کرد.

• داون قابل پیشگیری است؟

تاریخ نشان می‌دهد که از اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی استفاده از نمونه برداری از مایع دور جنین برای تشخیص پیش از تولد نشانگان داون عمومیت یافت. در آن زمان، این کار فقط برای خانم‌های بارداری توصیه می‌شد که بیشتر در معرض خطر داشتن فرزند مبتلا به نشانگان داون بودند، یعنی وجود مشکل در کروموزوم ۲۱ در پدر یا مادر، سابقه تولد کودکان دارای نشانگان داون نزد خانواده‌های پدر یا مادر و سن بالای ۳۵ سال برای مادر.

در کانادا، آمار نشان می‌دهد که ۱۰ درصد خانواده‌ها به هیچ عنوان تحمل و توان مراقبت از کودکان مبتلا به داون را ندارند و بقیه خانواده‌ها هم دچار افسردگی یا مشکلات جدی در روابط مادر- فرزند یا فرزند- فرزند هستند. اما امروزه، تشخیص پیش از تولد نشانگان داون شامل دو گروه می‌شود:

۱) گروه پرخطر یعنی مادری که بیشتر از دیگران در معرض خطر داشتن فرزند مبتلا به نشانگان داون هستند (سابقه خانوادگی پدر یا مادر از نظر مشکل کروموزوم ۲۱ یا وجود عضو مبتلا به داون در خانواده‌ها و سن بالا برای مادر). تشخیص پیش از تولد برای این گروه از زنان باردار با نمونه برداری از مایع دور جنین (یا به اصطلاح پزشکی آن آمنیوسنتز) یا نمونه برداری از پرزهای جفت (جفت لایه‌ای است که جنین را به دیواره رحم مادر متصل می‌کند) بررسی می‌شوند.

۲) گروه در معرض خطر متوسط شامل زنان بارداری می‌شود که در مرحله غربالگری برای نشانگان داون با نتایج مثبت یا مشکوک روبه‌رو بوده‌اند. به این مفهوم که در نتایج سونوگرافی یا آزمایش‌های خون مادر، پزشک متوجه احتمال بالاتر وجود جنین مبتلا به سندرم داون نزد این مادران می‌شود و برای آنها نمونه برداری از مایع دور جنین را درخواست می‌کند.

۳) برای تمامی زنان باردار در ابتدای ماه چهارم آبستنی توصیه می‌شود که آزمایش سه‌گانه خون (شامل سطح آلفا فیتو پروتئین خون، میزان HCG که نوعی هورمون ترشح شده از جفت است و استریول غیرکونژوگه یا UE₃) و سونوگرافی دقیق از جنین را انجام دهند.

آزمایش‌های سه گانه و سونوگرافی جنین برای شناسایی آن دسته از مادرانی به کار می‌رود که در معرض خطر متوسط تولد بچه مبتلا به نشانگان داون هستند. آزمایش‌های سه‌گانه در واقع سه نوع آزمایش خون هستند که خوشبختانه امروزه در اکثر آزمایشگاه‌های کشور قابل انجام است.

سونوگرافی هم نوعی معاینه داخلی اعضا با استفاده از امواج مافوق صوت است. در سونوگرافی تصاویر خوبی با امکان اندازه‌گیری فواصل و ابعاد اعضای بدن جنین فراهم می‌شود.

برخلاف آزمایش‌های خون که نتایج آن به عوامل انسانی وابسته نیست، مناسبانه نتایج سونوگرافی به مهارت پزشک انجام دهنده سونوگرافی، تکنیک به کار گرفته شده و دستگاه سونوگرافی وابستگی کامل دارد. بنابراین توصیه می‌شود که سونوگرافی ابتدای ماه چهارم که بسیار مهم است توسط پزشکی انجام شود که عمدتاً یا انحصاراً سونوگرافی رحم و جنین انجام می‌دهد.

بدیهی است که اگر مادری دارای نتایج مثبت یا مشکوک در آزمایش‌های سه‌گانه خون یا سونوگرافی جنین باشد، هنوز چیزی ثابت نشده است، یعنی در این مرحله پزشکان به احتمال بالاتر وجود جنین مبتلا به نشانگان داون مشکوک می‌شوند. این زنان باردار در واقع در گروه در معرض خطر متوسط قرار می‌گیرند و برای آنها نمونه‌برداری از مایع دور جنین یا آمنیوسنتز انجام می‌شود.

آمنیوسنتز در ماه چهارم بارداری به طور بسیار دقیق و قابل اعتمادی جنین مبتلا به نشانگان داون را مشخص می‌کند و در حقیقت، تشخیص را قطعی می‌کند. نمونه‌برداری از پرزهای جفت می‌تواند در همان سه ماهه نخست بارداری تشخیص ناهنجاری‌های کرموزومی جنین را محرز کند. دقت تشخیص آن بسیار بالاست و چون در سه ماهه نخست قابل انجام است، در کسانی که در معرض خطر بالا قرار دارند، مفیدتر است.

• چاره چیست؟

ختم بارداری راهی است که اکثر زنان باردار با تشخیص تایید شده نشانگان داون در پیش می‌گیرند. مسلماً هر چه این کار زودتر انجام شود، بهتر است، زیرا عوارض ناشی از آن کمتر خواهد بود. البته، طبق قانون فقط در چهارماه نخست بارداری امکان ختم آستانه وجود دارد.

همه انسان‌ها دارای کرامت و عزت هستند. اصلاً مهم نیست که این انسان چند سال سن دارد؟ سالم است یا بیمار؟ نشانگان داون دارد یا نه؟ نوشته‌هایی که در این جا درمورد نشانگان داون خواندید اصلاً نباید چنین تفسیر شود که کوچکترین بی‌احترامی نسبت به افراد دارای نشانگان داون شده است.

هدف از این بحث و تصمیمی که در نهایت هم با والدین جنین می‌باشد، این است که بتوانیم با ابزارهای علمی موجود در حیطه قانون و اخلاق از وارد آمدن فشار اجتماعی (از جمله اقتصادی) به خانواده‌ها بکاهیم. این تصمیم را خود خانواده می‌گیرد. این تصمیم قابل تحمل نیست و به هیچ عنوان در پروتکل پزشکی، اجباری تلقی نمی‌شود.

در واقع، پزشکان موظف هستند تصویر درستی از تولد يك نوزاد مبتلا به نشانگان داون و آینده وی را در مقابل والدین قرار دهند و در عین حال در مورد عوارض نادر نمونه‌برداری از مایع دور جنین یا پرزهای جفت توضیح دهند. این خانواده‌ها باید حمایت‌های انجمن‌ها و بنیادهای خیریه و نیز توان اقتصادی و کاری خود را هم در نظر بگیرند.

با وجود همه این پیشرفت‌ها، باز هم امکان آن هست که به علت جواب کاذب آزمایش‌ها، به مادری بگویند او سالم است ولی موقع تولد، با نوزاد مبتلا به داون روبه‌رو شوند. نوزادی که باید تمام تلاش جامعه این باشد که از حقوق کامل انسانی برخوردار باشد.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=271821>

 **vista.ir**
Online Classified Service

جراحی برای لنفوم اولیه‌ی سیستم اعصاب مرکزی Primary CNS Lymphoma (PCNL) بر پایه‌ی ضایعاتی است که در CT اسکن و یا MRI کشف می‌شود. اما بهتر است به بیوپسی قناعت نمود چون رزکسیون تومور مغزی در این بیماران منجر به مرگ زودرس می‌شود.

نکات زیر در تشخیص این بیماران توصیه می‌شود:

- معاینه‌ی بالینی دقیق و بررسی عقده‌های لنفاوی و بیضه‌ها

- آزمایش افتالمولوژیک شامل امتحان Slit-Lamp

- آزمایش مایع نخاع شامل سیتوپاتولوژی، فلوسایتومتری

- سی‌تی‌اسکن توراکس و شکم

- آزمایش مغز استخوان فقط در بیمارانی که حدس علائم سیستمی لنفوم

در آنها می‌رود

- آزمایش برای HIV

- بررسی LDH

Methotrexate با دوز ۵/۳ گرم به‌ازای سطح بدن یا بیشتر اساس درمان

به‌تنهایی و یا مشترک با داروهای دیگر است.

ما این دارو را به مقدار ۵/۳ گرم به‌ازای سطح بدن قبل از رادیوتراپی و بعداً ۸ گرم به‌ازای سطح بدن به فاصله‌ی ۱۰ تا ۱۴ روز از هم تجویز می‌کنیم تا علائم بهبودی رادیولوژیک اخذ شود.

این درمان هر ماه یکبار لاقلاً تا یک سال تجویز می‌شود. این پروتکل در مراکز متعدد درمانی به‌طور آینده‌نگر مصرف می‌گردد. دارو حتی در افراد مسن به‌خوبی تحمل شد گرچه نتایج خوبی به‌دست آمد ولی معلوم نیست چرا ۴۰٪ بیماران به‌خاموشی کامل نمی‌روند. زمان تزریق باید ۸۰۰ میلی‌گرم به‌ازای مترمربع سطح بدن بیش از یک‌ساعت طول بکشد.

در رژیم‌های مختلف دوز بالای متوترکسیت توام با داروهای دیگر به‌کار برده شده است و نتایج مشابه از نظر پاسخ درمانی و طول عمر بیماری به دست آمده است. خاموشی کامل در ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران ملاحظه شده و طول زمان عاری از پیشرفت بیماری ۳ سال و طول عمر ۵ ساله‌ی تقریبی می‌رسد.

تجویز متوترکسیت توام با Manitol که موجب شکستن Blood-Brain-Barrier می‌شود. سپس سایکلوفسفاماید و Etoposide پاسخ درمانی بیشتری را سبب می‌شود. البته باید دانست که درمان‌های با عارضه‌ی کمتر نیز چنین اثری را دارند.

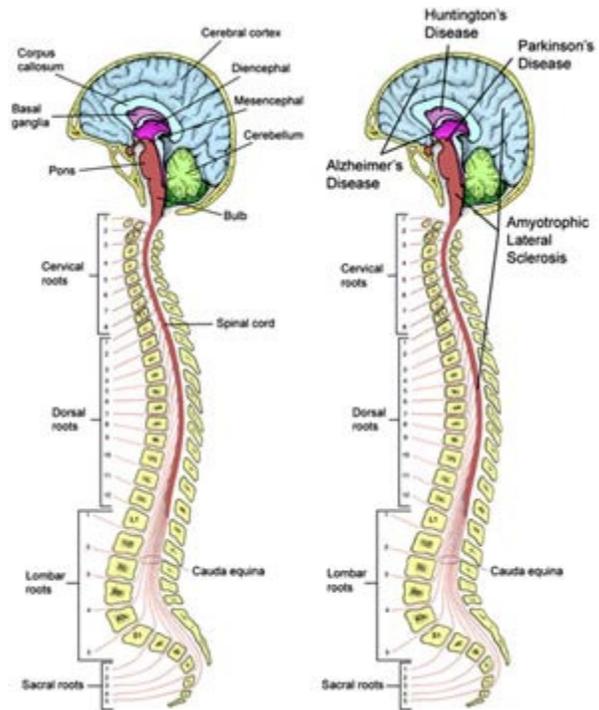
شیمی‌درمانی با پایه‌ی دوز بالای متوترکسیت توام با رادیوتراپی مغز گرچه طول زمان عاری از پیشرفت بیماری را زیاد می‌کند ولی مشکل آن ایجاد اختلالات عصبی و روانی می‌باشد.

افزودن متوترکسیت به‌درمان این بیماران با مقایسه با درمان قدیمی آنها توسط رادیوتراپی نشان می‌دهد که عمر متوسط بیماران درمان شده با رادیوتراپی کمتر از یک‌سال و به‌طور کلی ۴۸٪ بوده است ولی در ۶۱٪ آنها عود بیماری مغزی پدید می‌آید و اختلال عصبی روانی در تعداد بسیار زیادی از آنها دیده می‌شود.

در اکثر موارد رادیوتراپی موقعی به‌کار می‌رود که بیمار به درمان‌های متعدد جواب نداده باشد. لنفوم Neurolymphomatosis اکثراً موقعی که توده‌ی حجیم Bulky در کار باشد رادیوتراپی لوکال را می‌طلبد.

درمان با دوز بالای متوترکسیت تزریقی غالباً با تزریق داخل نخاعی Cytosine arabinoside چند روز یکبار تواماً تجویز می‌شود که موجب کنسانتراسیون درمانی در مایع نخاع می‌گردد. ولی باید ذکر شود که معالجه‌ی بیمارانی که شیمی‌درمانی داخل نخاعی نداشتند، بهبودی مشابه، نسبت به‌افزادگی داشتند که این درمان را اخذ کرده‌اند.

• پیوند اتولوگ در بیماران PCNSL لنفوم اولیه مغز



با توجه به این که پیوند اتولوگ در بیماران مبتلا به لنفوم سیستمی چهار برابر عمر آنها را افزایش می‌دهد بعید نیست که این نوع پیوند در افراد مبتلا به لنفوم اولیه مغز که با دوز شیمی‌درمانی به خاموشی رفته باشند موثر نباشد. در ۲۰ مورد افرادی که بیماری آنها عود کرده بود و یا مقاوم به شیمی‌درمانی بودند به این طریق احتمال زنده ماندن در عرض ۳ سال ۶۰٪ بوده است ولی نتیجه‌ی این روش درمان نزد ۱۴ فردی که لنفوم اولیه مغز آنها به تازگی تشخیص داده شده بود و مورد پیوند اتولوگ قرار گرفته بودند مایوس‌کننده بود. در این افراد بعد از درمان دوز بالای متوترکسیت و Cytarabine در خاموشی کامل عمر متوسط عاری از بیماری فقط ۳ تا ۹ ماه بعد از پیوند بن‌یاخته‌ی آنها بوده است. از نظر تشخیص چند مورد بررسی Neuroimaging به نظر تان می‌رسد.

• خلاصه

درمان لنفوم اولیه سیستم عصبی مرکزی فعالیت جسمی و روانی و طول عمر را در بیماران گرفتار روبه افزایش را پیشنهاد و عرضه می‌نماید. مراکز متعدد تخصصی در این زمینه توصیه می‌کنند که Methotrexate تا حد ۸ Grs به‌ازای سطح بدن به‌تنهایی و یا توأم با داروهای دیگر به‌کار برده شود. دو سوم بیماران که مبتلا به لنفوم اولیه مغز هستند و از نظر ایمنی شایسته Immunocompetent می‌باشند به‌خاموشی کامل می‌روند ولی در عرض ۲ تا ۵ سال بیماری عود می‌نماید. عمر این بیماران کوتاه‌تر از افرادی است که دچار لنفوم سیستمی می‌باشند.

بررسی آماری بر پایه‌ی جمعیت در درمان و طول عمر این بیماران با وجود پیشرفت داروها موفقیت‌آمیز نبوده است. نیاز به بررسی‌های ملکولی و تصویرسازی Imaging جهت تشخیص زودتر این بیماران واجب است

مسلماً آگاهی از بررسی‌هایی که روی لنفوم‌های سیستمی صورت می‌گیرد کمک به بررسی‌های ملکولی در PCNCL و اثر داروهای هدف CD۲۰ و آنتی‌متابولیت‌های دیگر خواهد کرد.

احتمال اینکه از لنفوم سیستمی و پیشرفت آن و نمونه‌های حیوانی که لنفوم مغز در آنها دیده می‌شود، وجود علل ویروسی، فاکتورهای ضعیف‌کننده ایمنی بدن و کشف وسائلی که بتوان سلول‌های باقی‌مانده مرضی Minimal Residual Disease را استفاده کرد وجود دارد.

• نکات کلیدی

- ۱) لنفوم اولیه مغز صفات مشترکی را با لنفوم منتشر از نظر مرفولوژی و خصوصیات ملکولی B-Cell Lymphoma دارد.
- ۲) لنفوماتوز احتمالاً در اثر تشویق و ترویج عوامل تغییردهنده‌ی Transforming عفونی چون ویروس Epstein-Bass در شخصی که از نظر ایمنی ضعیف است و یا در اثر تحریک مداوم آنتی‌ژن توسط عفونت و یا بیماری اتوایمون ایجاد می‌شود.
- ۳) از نظر علائم بالینی اولیه سیستم عصبی PENS به‌صورت اختلال در تکلم، پارستزی اندامها، ورم مغز، اختلال عمل Brain Stem، اختلال رفتاری و یا ضایعات ویتروس Vitrous ظاهر می‌نماید.
- ۴) تشخیص لنفوم اولیه مغز بر پایه‌ی بیوپسی و بررسی فلوسایتومتتری می‌باشد.
- ۵) دوز بسیار بالای متوترکسیت داروی اصلی در درمان این بیماران می‌باشد.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=359501>

 **vista.ir**
Online Classified Service

مدیریت بیماری آلزایمر

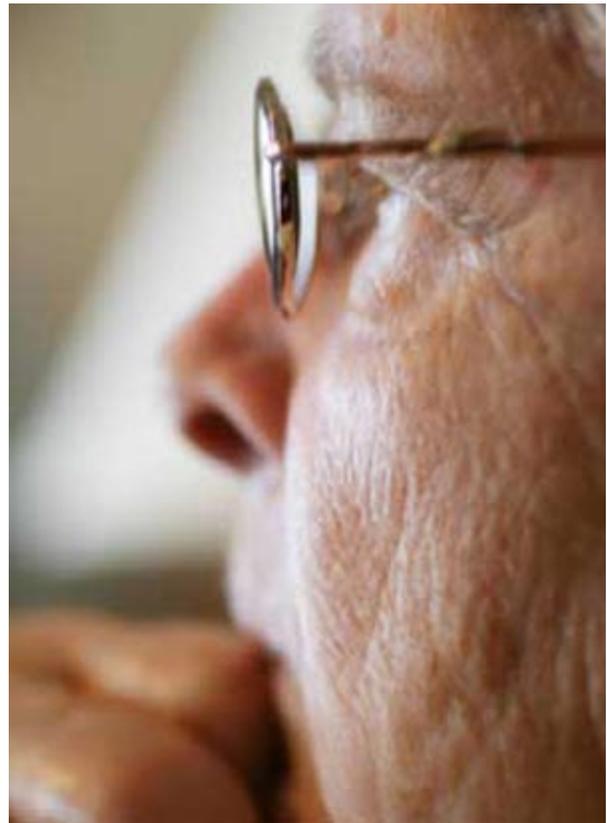
هنگامی که اولین تشخیص بیماری آلزایمر را به سال ۱۹۰۷ میلادی بوسیله



آلویس آلزایمر نسبت می دهند می توان این بحث را پیش کشید که ویلیام شکسپیر بر این مسیر نزولی در پیری اشراف داشته است. در نمایشنامه "هر جور دوست داری"، شکسپیر به معرفی ۷ مرحله انسانی می پردازد. تصور او از ۲ مرحله آخر به شرح زیر است: " با صحنه های عجیب روبرو و جیب کوچک بغل/خانه جوانی، به خوبی مراقبت شده و جهانی بسیار بزرگ/و صدای بزرگ مردانه اش/بازگشت دوباره به موسیقی های کودکانه/و صدای سوت ، آخرین صحنه/که این تاریخ عجیب را پایان می دهد/ کودکی دوباره و فراموشی کامل/بدون دندان، بدون دید، بدون چشائی، بدون همه چیز!"

بیماری آلزایمر شایع ترین فرم فراموشی است که حدود ۵/۴ میلیون آمریکائی درگیر آن هستند. ۱ شروع این بیماری معمولاً پس از سنین ۶۰ و ریسک ایجاد آن در سنین بالاتر بیشتر می شود. حدود ۵٪ از مردان و زنان ۶۵ سال تا ۷۴ سال و تقریباً نیمی از افراد ۸۵سال به بالا دچار این بیماری هستند.

از دست دادن حافظه از اولین علائم است. و علائم دیگر شامل عدم توانائی در انجام امور روزانه مثل لباس پوشیدن خوردن و حمام گرفتن و همچنین تغییر در خلق و خو است. در مراحل پیشرفته تر عدم اختیار در ادرار و مدفوع



کردن نیز ممکن است حادث شود. این بیماری نه تنها به بیمار آسیب می زند بلکه به افراد مراقبت کننده از او نیز آسیب می رساند.

• علت شناسی:

دلیل بیماری آلزایمر ناشناخته است، هرچند گمان می رود فاکتورهای بسیاری در این بیماری نقش داشته باشند. دلایل احتمالی شامل درست عمل نکردن ژن ها، تجمع پلاک های مغزی، و غیر نرمال بودن نوروترنسمیترها و گیرنده ترنسمیترهایی است که در کارهای ادراکی حافظه، اجتماعی شدن و رفتار نقش دارند.

هیچ ژن خاصی به تنهائی مسئول بیماری آلزایمر نیست جهش بیش از یک ژن می تواند بیماری را ایجاد کند و ژنهائی موجود بر روی چندین کروموزم ممکن است درگیر باشند.

بیماری آلزایمری که زود شروع شونده باشد (قبل از ۶۵سالگی) در کمتر از ۵٪ افراد درگیر بروز می کند و معمولاً به صورت ارثی در خانواده انتقال می یابد. فرم های بسیاری از بیماری زود هنگام با موتاسیون ژن بر روی کروموزومهای ۱، ۱۴ و یا ۲۱ اتفاق می افتد.

ژن پروتئین گیرنده آمیلوئید، که بر روی کروموزوم ۲۱ قرار دارد، در تجمع پلاک ها در مغز نقش دارد. تولید پپتید بتا آمیلوئید ۴۲ منجر به تولید پلاک ها می شود. این پلاک ها به همراه دولایه ای های نوروفیبریلاتوری (اجزاء ۲ تائی پروتئین تانو)، منجر به عدم عملکرد نورونی و مرگ می شود. در حالیکه بیشتر مردم دچار آلزایمر دچار پلاک و دولایه ایها می شوند، برخی دیگر تنها دارای پلاک هستند و سایرین تنها ۲لایه ایهای پروتئین دارند.

آلزایمر دیر شروع شونده (پس از ۶۵) هیچ دلیل شناخته شده ای ندارد و با هیچ الگوی ارثی خاصی نیز رابطه ندارد. هر چند ژن اپو لیپو پروتئین E ممکن است ریسک فاکتور قوی برای این نوع آلزایمر باشد. شواهد نشان داده است که افراد با allele ۴ epsilon زودتر از آنهائی که الل epsilon ۲،۳ دارند دچار آلزایمر می شوند. هرچند داشتن الل ۴ epsilon این امر را که فرد حتماً به آلزایمر دچار می شود تضمین نمی کند. برای مثال، برخی از افراد با ۲ کپی از الل ۴ epsilon نشانه های آلزایمر را نشان نمی دهند در حالی که افراد بدون این الل نشانه ها را نشان می دهند.

• تشخیص:

یک عامل پیشگیری کننده از تشخیص طولانی مدت عدم توجه به علائم به عنوان بخشی از روند نرمال پیری است. بهترین روش تشخیص اتوپسی است. هرچند تصویر برداری عصبی با تکنیک های بالا مثل توموگرافی پوزیترونی نیز موثر تشخیص داده شده است. هرچند این روش هنوز بسیار گران است و برای تأیید تشخیص استفاده می شود. بر پایه کرایتریای تشخیصی DSM-۱۷ برای دستیابی به یک تشخیص، بیمار باید از

دست دادن حافظه و یکی از سه علامت زیر را تجربه کند.

عدم توانائی در انجام امور اجتماعی یا کاری، فقدان توانائی عملکردی، عدم تکلم، اختلال در حرکت عضلات، بی ادراکی ناتوانیهای فیزیکی که ممکن است این علائم را نشان دهند باید اول رد شوند. این ناتوانیها شامل حملات، فقدان دید، فقدان شنوائی یا سایر عملکردهای حسی، ناراحتیهای فیزیولوژیکی و توهم است. به علاوه کاهش عملکرد معمولاً تدریجی و مداوم با یک تغییر پایه ای قابل توجه است. ۲. تست های فیزیولوژیک بسیاری وجود دارد که می تواند برای اندازه گیری عملکرد شناختی بیماران دچار آلزایمر استفاده شود. آزمون شرایط Mini-Mental روشی ساده است که می تواند برای تشخیص در عرض ۱۰ تا ۱۵ دقیقه استفاده شود. این آزمون ۱۱ رکن دارد که حافظه، توجه، شناخت و فهم را می سنجد.

نمره نهائی این آزمون ۳۰ است و پائین ترین نمره بستگی به میزان وخامت وضع بیمار دارد.

تست دیگر بررسی آلزایمر به نام (۱۱)، (ADAS-cog) رکن دارد که حافظه، جهت یابی، زبان و رفتار را اندازه می گیرد.

این تست یک ساعت به طول می انجامد و بیماران می توانند حداکثر ۷۰ امتیاز کسب نمایند. FDA پیشنهاد می کند که به منظور بررسی میزان اثر داروهای تحقیقاتی از تست ADAS-cog استفاده شود. سایر تست ها نظیر تغییرات مبنی بر مصاحبه می تواند برای ارزیابی تغییرات بیمار از یک ویزیت تا ویزیت بعد مورد استفاده قرار گیرد. در ضمن، تست هائی نظیر بررسی مرحله به مرحله عملکرد و مقیاس تخریب جهانی می تواند اطلاعات بیشتری را از وضعیت رفتار و عملکرد بیمار نشان دهد.

• درمان:

درمان بیماری آلزایمر می تواند بحث برانگیز باشد، بخصوص به این دلیل که پاتولوژی بیماری به طور کامل شناخته شده نیست. در این زمان، پیشگیری از شروع بیماری غیر قابل انجام است. زیرا مکانیزم عمل بیماری ناشناخته است. در ضمن موفقیت های کمی در زمینه معکوس کردن روند بیماری وقتی که بیماری ایجاد شد بدست آمده است. بنابراین یکی از اهداف درمان به تأخیر انداختن گسترش بیماری است. هدف دیگر کاهش اثر عوارض و علائم بیماری بر مراقبین بیمار است. (برای مثال، کنترل رفتارهای خشن)

درمانهای موفق این بیماری باید بتوانند از سد خونی- مغزی در مقادیر کافی برای بهبود دادن علائم بگذرند بدون اینکه عوارض دیگری را در محل های دیگر بدن ایجاد نمایند. درمان های بعدی به منظور کند کردن گسترش بیماری باید از متوسط مقدار ۶ ماه عبور نمایند.

به علاوه داروی آلزایمر باید از نیمه عمر کافی برخوردار باشد تا نیاز به تکرار دوز منتفی شود. بسیاری از بیماران مبتلا به آلزایمر نیازمند یک پرستار هستند و این پرستاران ممکن است به دلیل سایر مشاغل روزانه، در دوزبندی داروها دچار اشکال شوند.

درمان زمانی بیشترین تأثیر را خواهد داشت که در مراحل اولیه بیماری شروع شود. از آنجائی که شروع آلزایمر بسیار زودتر از بروز علائم بالینی است، این نکته حائز اهمیت است که مردم را در مورد علائم و نشانه های بیماری آلزایمر نظیر از دست رفتن حافظه، عدم توانائی در جهت یابی حمل محل های آشنا، گیجی در انجام اعمال ساده مثل نوشتن یک چک و... آموزش دهیم.

• بیماری آلزایمر خفیف تا متوسط:

مهارکننده های کولین استراز تنها داروهائی هستند که به منظور درمان آلزایمر خفیف تا متوسط تأیید شده اند. اینها شامل تاکرین، دونپزیل، ریواسیتگمین و گالاتامین است. تاکرین، دونپزیل و ریواسیتگمین مهارکننده های غیر قابل رقابت کولین استراز هستند. در حالی که گالاتامین داروی قابل رقابتی است. داروهای قابل رقابت مهار کننده تولید استراز می توانند مزایائی مانند مهار کولین استراز تنها در جائی که بیشترین تعداد رسپتور وجود دارد داشته باشند.

هر یک از مهارکننده های کولین استراز تأیید شده نیازمند تیتراژ هستند. در فواصل زیادی بین ۲ تا ۴ هفته و تا زمان رسیدن به دوز پیشنهاد شده مربوطه.

هرچند از آنجائی که بیمار ممکن است از دوزهای کمتر از دوز موثر داروئی بهره ببرد، دوزها غالباً بر پایه حداکثر دوزی است که یک بیمار می تواند تحمل کند. معمول ترین عوارض جانبی این داروها، تهوع، استفراغ است که می تواند با کم خوری و کاهش وزن همراه باشد. بنابراین اشتها و وزن باید به دقت تحت کنترل قرار گیرد.

تاکرین دوز ۴ بار در روز را نیاز دارد. دوزها اولیه ۴، ۱۰ mg بار در روز، تیتراژ شده تا ۴۰ mg بار در روز است. تاکرین تحت تأثیر متابولیسم شدیدی قرار می گیرد و می تواند ایجاد سمیت کبدی نماید. مصرف این دارو با تولید داروی یکبار در روز دونپزیل به شدت کاهش یافته است.

درمان با دونپزیل معمولاً با دوز ۵ mg در روز آغاز می شود. پس از تقریباً یکماه درمان، دوز آن می تواند به ۱۰ mg در روز افزایش یابد. دسترسی زیستی این دارو ۱۰۰٪ است و از نظر میزان و نحوه مصرف آسان ترین کولین استراز برای مصرف می باشد. همچنین این دارو در درمان توام با NMDA یک داروی متداول است.

درمان با ریواسیتگمین باید با دوز ۲، ۱/۵ mg بار در روز آغاز شود. دوزها باید هر ماه دو برابر شود. تا به بالاترین دوز قابل تحمل برسد ولی نباید از ۲، ۶ mg بار در روز یا بالاترین دوز قابل تحمل تجاوز کند.

در برخی آزمون های بالینی، درمان با دوزهای بالاتر ریواسیتگمین منجر به معکوس شدن روند علائم بیماری آلزایمر در بعضی بیماران شد. هرچند، درمان با ریواسیتگمین با تهوع و استفراغ که عوامل محدود کننده ماکزیمم دوز تحمل شده است ارتباط دارد. ریواسیتگمین به صورت کلیوی دفع می شود که این برای بیماران با بیماریهای کبدی جای خوشبختی است. در یک آزمون سربه سر با دونپزیل، ریواسیتگمین هیچ مزیتی نسبت به دونپزیل و با توجه به میزان زمانی که بیماران بالاترین دوز را دریافت می کردند نشان نداد. در ضمن، پزشکان و پرستاران بیماران مصرف یکبار در روز دونپزیل را ترجیح می دادند.

دوز شروع گالاتامین، ۲، ۴ mg بار در روز و تیترا آن ماهیانه ۱۲ mg در روز است.

از آنجائی که گالاتامین یک داروی انتخابی است. برخی از بیماران ممکن است درمان را بهتر تحمل کنند. هرچند تهوع با گالاتامین بیشتر از دونپزیل است. گالاتامین به صورت یکسان از کبد و کلیه دفع می شود.

اثر مهار کننده های کولین استراز پس از ۶ ماه از دست می رود. ممکن است که جریان استیل کولین اضافه به وسیله نوروترنسمیترها به نورو سرازیر می شود تا به عمل نورو کمک کند و در همین حین نورو به دلیل تجمع پلاک ها می میرد. این فرضیه تا حدی با این واقعیت که تمام این چهار دارو در دوزهای بالا بیش از دوزهای پایین موثر هستند حمایت می شود. بیماران باید مداوم با این داروها را تا زمانی که اثر متناسب با عملکرد دریافت می کنند ادامه دهند.

• آلزایمر متوسط تا شدید:

ممانتین تنها داروی دارای تأییدیه FDA برای درمان آلزایمر متوسط تا شدید است. این دارو با گلوتامین برای مسدود کردن محل بر روی گیرنده NMDA رقابت می کند که نتیجه آن کاهش تحریک پذیری نورو و کاهش عمل آن است. دوز از ۵ mg در روز شروع شده و تیترا ۵ mg در هفته تا حد ۲، ۱۰ mg بار در روز اضافه می شود. ممانتین کاملاً تحمل می شود و متحمل متابولیسم کمی شده و به طور عمده توسط کلیه دفع می شود. در یک مطالعه بیماران مصرف کننده ممانتین در توانائی انجام امور روزانه پیشرفت نشان دادند. آنها همچنین نسبت به افراد دریافت کننده پلاسیبو از میزان انرژی بیشتری برخوردار بودند. ۳

تفاوت میان درمان با دارو و دارونما در طول ۲۸ هفته ادامه داشت. بیماران دریافت کننده ممانتین میزان زوالی معادل آنچه در مورد گروه پلاسیبو دیده شد نشان دادند. هرچند، یک تأخیر ۳ ماهه در زوال در گروه درمانی دیده شد. بیماری که از مهارکننده های کولین استراز استفاده می کردند نیز این زوال را شاهد بودند اما این اثر شتابناکتر بود.

درمان با هر دو دسته داروئی مهارکننده های کولین استراز و آنتاگونیست های گیرنده های NMDA نتایج امیدوار کننده ای در بردارد. پیشرفت در فعالیت های روزانه (مثل خواندن نقشه، لباس پوشیدن، غذا پختن) گرچه کند، در درمانهای شامل دونپزیل و ممانتین مشاهده شد. ۴ محققان به این نتیجه رسیده اند که اضافه کردن ممانتین در رژیم بیماران با آلزایمر متوسط تا شدید سودمند است.

• درمان کمکی:

در مراحل ابتدائی بیماری آلزایمر، از دست دادن عملکرد می تواند منجر به افسردگی و خشم شود. داروهائی که برای درمان افسردگی در این بیماران انتخاب می شود باید از دوزهای پائین شروع شده و به تیترا لازم برسد. میرتازاپین به نسبت جذب تحمل شده و به نظر می رسد اشتها و خواب را بهبود می بخشد.

ضد افسردگی ها معمولاً برای کنترل علائم سندرم غروب آفتاب (ناراحتی و گیجی اول عصر) که در مراحل پیشرفته بیماری آلزایمر و علی رغم هشدارهای FDA در مورد افزایش خطر حملات در بیماران مسن دریافت کننده این داروها تجویز می شوند.

در بیشتر موارد، دوزهای کم ضد افسردگیهای اتیپیک مورد مصرف قرار می گیرد. روان درمانی باید با دوز ۲۵/۰ mg ریسپریدون در زمان شام یا شب وقت خواب ۲/۵ mg اولانزاپین در عصر و یا ۲۵ mg کویتاپین در اوایل غروب یا هنگام خواب شب تجویز شود. این دوزها در افراد مسن با خوبی تحمل

شده و معمولاً برای کنترل علائم رفتاری موثر است اگر دوزهای بالاتری مورد نیاز بود، بیشتر علائم بیمار می تواند بدون عوارض جانبی با کمتر از ۵ mg) ریزپریدون، ۵ میلی گرم اولانزاپین یا ۵۰ میلی گرم کویتاپین کنترل شود.

بنزودیازپین ها برای استفاده در افراد مسن مگر در مواردی که فواید آنها بر مضار آنها غلبه کند توصیه نمی شوند. بدن افراد مسن مستعد تجمع بنزودیازپین ها به دلیل نقص عملکرد کلیه است و نسبت به عوارض عدم مهارت آنها حساس ترند.

مواد آنتی تولینژیک نیز مشکلات خاص خود را ایجاد می نمایند. بنابراین این دسته داروها خط اول درمان آلزایمر نیستند مگر در مواردی که فواید آنها بیشتر از ضررشان باشد.

• درمان غیر فارماکولوژیک:

فواید حفظ کیفیت زندگی و تجهیز پرستاران این بیماران با استراحت به ایجاد برنامه ای درمانی روزانه برای بیماران آلزایمر و یا سایر انواع افزایش منجر شده است.

برنامه های تمرین و تحریک فعالیت های مغزی توانائی بیماران را افزایش می دهد. برخی نهادها، انجمن های آلزایمری دارند که این برنامه ها را ارائه می دهند. بیماران مبتلا به آلزایمر، باید در جریان زندگی عادی خانوادگی و فعالیت های اجتماعی تا آنجا که برایشان ممکن و ایمن است حضور داشته باشند. هرچند از آنجا که آنها مستعد گم کردن راه منزل هستند، این امر ممکن است همیشه امکان پذیر نباشد.

• نقش داروسازان:

برای داروسازان بسیار مهم است که در برخورد با افراد مبتلا به آلزایمر صبور باشند. اطلاعات معمولاً باید چندین بار برای بیماران تکرار شود و هر زمان که امکان داشت، باید این اطلاعات برای مراقبین بیمار مکتوب شود. در بسیاری از موارد، همسر، فرزند بزرگ یا پرستار نقش مراقبت تمام وقت را برای بیماران حاد ایفا می کنند. داروساز باید مطمئن شود که فرد مراقب، برای مشاوره و دریافت رهنمودها حاضر است و این در حالی است که احترام به بیمار همچنان حفظ می شود.

داروسازان همچنین می توانند به مراقبین اطلاعاتی در مورد برنامه ها و سرویس های موجود در جامعه ارائه دهند این مایه آرامش و استراحت بیشتر مراقبین نیز علاوه بر بیماران خواهد بود.

منبع : محیا نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=301532>

 Vista.ir
Online Classified Service

مرگ مغزی چیست

یکی از جنجالی ترین موضوعات علم پزشکی که در دهه های اخیر مطرح شده و بحث های زیادی را به دنبال داشته است، مسئله مرگ مغزی است. شاید در نگاه نخست این مسئله به صورت یک موضوع پزشکی خودنمایی کند، اما با تأملی بیشتر، پرداختن به ابعاد اخلاقی، مذهبی، سیاسی و حقوقی این میحث، اجتناب ناپذیر است. طبقات مختلف دانشمندان اعم از علمای دینی، پزشکان، حقوقدانان و سیاستمداران در قبال این موضوع اظهار نظر کرده اند و هر کدام براساس نحوه نگرش خویش به این موضوع



پرداخته‌اند.

هر میحث متناسب با مزایا و مخاطراتی که در پیش دارد، حساسیت‌هایی را هم در پی خواهد داشت و موضوع مرگ مغزی و پیوند اعضا حساسیت‌هایی را هم در پی خواهد داشت و موضوع مرگ مغزی و پیوند اعضا نیز از این امر مستثنی نیست. در این نوشتار ضمن تبیین موضوع مرگ مغزی، به دیدگاه اسلام در این زمینه اشاره خواهیم کرد.

امید است که چاپ این نوشتار، وسیله‌ای برای آگاهی بیشتر جامعه از مرگ مغزی و اطلاع از نیاز برخی افراد جامعه به پیوند اعضای نظیر قلب، کبد، قرنیه و... باشد.

• مرگ مغزی

در صورتی که بیماری دچار «آسیب غیرقابل برگشت به مغز و همزمان ساقه مغز شود» در اصطلاح پزشکی گفته می‌شود که بیمار دچار مرگ مغزی شده است.

این بیمار در واقع شخصی است که به علت آسیب گسترده به مغز، هرگز قادر به ایجاد ارتباط با محیط پیرامونش نیست. هرگز نمی‌تواند صحبت کند، حس کند، حرکتی انجام دهد، ببیند، چشم‌هایش را باز کند یا حرکت دهد و در نهایت نفس بکشد.

این بیمار علی‌رغم آنکه ضربان قلب دارد، وقتی امواج مغزی وی را ثبت می‌کنیم، هیچ موج قابل ثبتی به دست نمی‌آید. در سال‌های اخیر، با توجه به پیشرفت‌های حاصله، به‌طور موقت به وسیله دستگاه تنفس مصنوعی، می‌توان برای وی تنفس ایجاد کرد، ولی به محض قطع از دستگاه، تنفس بیمار نیز قطع شده و قلب وی نیز از کار می‌افتد.

از این‌رو در علم پزشکی به بیمار «مرگ مغزی»، «مرده» اطلاق می‌شود. توجه کنید که وقتی اثبات شود بیماری دچار مرگ مغزی شده است، به معنی این است که بیمار هرگز زنده نخواهد شد.

• اهمیت تشخیص «مرگ مغزی»

از سال ۱۹۵۰ میلادی، وقتی که پزشکان مغز و اعصاب (نرولوژیست) متوجه غیرقابل برگشت بودن بیماران مبتلا به مرگ مغزی شدند، مباحث مهمی در عرصه اخلاق پزشکی به وجود آمد. مهمترین جایگاه این مباحث، وجود بیمارانی بود که علی‌رغم آسیب منتشر به مغز و علی‌رغم برگشت ناپذیر بودن وضعیت مغزی آنها، ارگان‌های بدن آنها (به استثنای مغز) کاملاً قابل استفاده بود. یعنی پزشکان با بیمارانی روبرو شدند که مغز نداشتند ولی در عین حال قلب، کلیه، کبد، پوست، استخوان و... داشتند. از طرفی در طی همین سال‌ها، اعمال جراحی تحت عنوان «پیوند اعضا» رفته رفته جای خودش را در عرصه پزشکی به خوبی باز کرد. لهذا پزشکان به اهمیت تشخیص مرگ مغزی و استفاده حیاتی از ارگان‌های حیاتی بیمار مبتلا به مرگ مغزی پی بردند و متوجه شدند که می‌توان از اعضای مختلف بیمار مبتلا به مرگ مغزی پی بردند و متوجه شدند که می‌توان از اعضای مختلف بیمار مبتلا به مرگ مغزی جهت زنده ماندن افراد دیگر به خوبی استفاده کرد، به‌طوری که با استفاده از اعضای یک بیمار مبتلا به مرگ مغزی می‌شود حیات را به چند بیمار دیگر اهداء نمود.

از این‌رو در سال ۱۹۷۰ میلادی در آمریکا قانون استفاده از اعضای بدن بیمار مرگ مغزی تصویب شد و به‌طور عملی و با اتخاذ تدابیر حقوقی - اخلاقی و پزشکی ویژه‌ای این اقدامات آغاز گردید. در این خصوص کمیته‌های تشخیص دقیق مرگ مغزی تشکیل شد و در جهت آموزش همگانی در زمینه مرگ مغزی و ترغیب آنها به عضو شدن و گرفتن کارت اهداء عضو در صورت مبتلا شدن به مرگ مغزی اقدامات زیادی انجام گرفت به‌طوری که هر سال آمار استفاده از اعضای بیماران مرگ مغزی در کشورهای توسعه یافته یا در حال توسعه در حال افزایش است.

• دیدگاه اسلام

دین مبین اسلام، اهمیت فوق‌العاده‌ای برای نجات انسان‌ها قائل است تا آنجا که به فرموده قرآن کریم، هرگاه کسی باعث بقای نفسی شود، مانند آن است که باعث نجات جان تمام انسان‌ها شده است و ثواب چنین کاری برای اوست. مستفاد آیه شریفه آن است که حمایت از نفوس از بزرگترین عبادات است.

مرحوم علامه طباطبایی در ذیل آیه فوق می‌فرماید «هرکه یکی را زنده نگه دارد، چنان است که همه مردم را زنده داشته است و این موضوع دریچه‌ای را به روی مسئله پیوند اعضای انسان می‌گشاید».

در این باب، دو اصل مهم اسلامی وجود دارد که بسیار راه‌گشاست:

(۱) اصل اهم و مهم. این اصل به ما می‌گوید: هنگامی که میان دو هدف مختلف اسلامی و انسانی تعارضی واقع شود، باید مهم‌تر را برگزینید و

غیرمهم را فدای مهم‌تر کنید.

۲) حفظ حرمت مرده مسلمان واجب و مهم است و حفظ جان مسلمانان واجب مهم‌تر.

در صورتی که بین حفظ حرمت جسد مسلمان و حفظ جان مسلمانان امر دائر شود، مسلم حفظ جان مسلمانان مهم‌تر خواهد بود و باید مقدم داشته شود. به عبارت دیگری، در صورت تعارض بین واجب، باید واجب اهم را گرفت و مصلحت فرد زنده را بر مصلحت مردم مقدم داشت. بی‌شک قطع اعضای مردگان در روزگار گذشته آن هم در سرزمین‌های به دور از فرهنگ انسانی نه تنها بی‌احترامی، بلکه بزرگترین اهانت به حساب می‌آمد، اما اکنون تلقی جامعه از قطع اجزاء در مراکز علمی و درمانی به خاطر منافع که این کار برای معالجه بیماران و مصدومان دارد، دگرگون شده است و این حرکت را حرکتی انسانی می‌داند. امروزه جداسازی اعضای جسد و پیوند به نیازمندان به هیچ‌وجه توهین به مرده به حساب نمی‌آید، بلکه ایثار و حرکتی انسانی است.

بنا به ضرورت‌های اجتماعی در تاریخ ۵ مهرماه ۱۳۷۲، لایحه استفاده از اعضای جسد و افراد مرگ مغزی به مجلس شورای اسلامی تقدیم که توسط نمایندگان رد شد.

روند رو به تزاید عمل جراحی پیوند اعضاء مخصوصاً در چند سال اخیر و کمبود منابع موجود و هزینه گزاف و عارضه‌زا بودن پیوند از راه‌دهنده‌های زنده و آمار بیماران مرگ مغزی، لزوم قانونی کردن این‌گونه جراحی‌ها و تدوین آیین‌نامه اجرایی آن را بیش از پیش مشخص می‌کند، لذا بنا به ضرورت گروهی، کار پزشکان متخصص را در مورد استفاده از اعضای بیماران مرگ مسلم مغزی جهت پیوند جویا شدند و آنان به صورتی که در بالا ذکر شد نظرشان مساعد است. بعد از رحلت امام، عده‌ای از متخصصان موافقت مقام معظم رهبری حضرت آیت‌ا... خامنه‌ای را نیز دریافت داشتند. مخالفان لایحه استفاده از اعضای بدن فوت‌شدگان و مرگ مغزی در مجلس، معتقد بودند که با توجه به این که عمل پیوند اعضاء در موارد ضروری هم‌اکنون انجام می‌شود، دیگر لازم نیست که مجلس آن را قانونی کند، اما پس از رد این لایحه شاهد بودیم که موارد پیوند از جسد برای چند سال کاهش یافت و فقط موارد محدودی در شیراز و تهران انجام شد.

دلیل این کاهش هم مشخص است، زیرا اگر شکایتی درباره پیوند اعضاء مطرح شود، دادگاه‌ها نه براساس فتوا، بلکه برپایه قانون رأی می‌دهند و در نتیجه تیم جراحی پیوند اعضاء از انجام این کار نگران خواهد بود. موافقان این لایحه معتقد بودند که با فتوای امام(ره) و حضرت آیت‌ا... خامنه‌ای و نظرات بزرگانی مثل آیت‌ا... حائری، حضرت آیت‌ا... نوری همدانی، آیت‌ا... فاضل، آیت‌ا... هاشمی رفسنجانی اشکالی در این عمل نیست و لذا با توجه به ضرورت اجتماعی و نیاز فزاینده عده زیادی از بیماران به این‌گونه پیوندها، امید است مجلس شورای اسلامی به آن رأی موافق دهد و با تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی آن، از سوءاستفاده‌های اجتماعی جلوگیری به عمل آورد.

موافقان تصریح کردند که مجلس شورای اسلامی می‌تواند هیأتی از متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی را پیشنهاد کند.

در صورتی که این هیأت به اتفاق آرا تشخیص داد که یک بیمار به مرگ مسلم مغزی دچار شده است، با اجازه خانواده‌اش به عمل جراحی اعضای بدن فوت شده اقدام نمایند.

• پیشنهادات

همان‌طور که گفته شد، بیمارانی که دچار مرگ مغزی می‌شوند، به جهت غیرقابل برگشت بودن ضایعه مغزی آنها، در واقع مرده‌اند و با نگهداری تنفس و قلب بیمار با دستگاه‌های مختلف، صرفاً سیستم درمانی کشور متحمل هزینه‌های اضافی می‌شود و از طرف دیگر خانواده بیمار گرفتار مشکلات عدیده و از جمله مسائل روحی می‌شود. بعید است که اگر بیمار قادر به تکلم بود، به ما اجازه می‌داد که چنین وضعیت طاقت‌فرسایی را برای او ایجاد کنیم.

از همه مهم‌تر استفاده اساسی از ارگان‌های بدن بیمار و اجازه زندگی به افراد دیگر در صورت پیوند این اعضاء، همگی شواهدی است که جامعه پزشکی را موظف می‌نماید:

۱) سیستم‌های درمانی کشور را در جهت تشخیص و ثبت بیماران مبتلا به مرگ مغزی ترغیب سازیم و در این زمینه، مجموعه‌ای کارآمد و متکی به اطلاعات روز را به وجود آوریم.

۲) اطلاعات مردم را درخصوص مرگ مغزی و چگونگی استفاده از اعضاء بیماران مبتلا به مرگ مغزی بالا ببریم.

۳) کارتهای اهداء عضو را بین مردم توزیع نماییم و آنها را از اهمیت این عمل مطلع سازیم.

۴) در نهایت، انگیزه لازم را در افراد جهت اهداء اعضایشان ایجاد کنیم.

مغز انسان

مغز انسان در تمامی فعالیت های ارادی و غیر ارادی در گیر میباشد. احساسی که الان دارید، کاری که الان در حال انجام آن هستید و ... شاید باور نکنید اما مغز انسان حتی در شکل گیری شخصیت شما نیز موثر می باشد. بنابراین اگر مغز درست کار کند شما می توانید زندگی خوب و متعادلی داشته باشید و اگر مشکلی در عملکرد آن باشد طبیعتاً نخواهید توانست زندگی خوبی داشته باشید.

• پیچیده ترین عضو بدن انسان

این عضو بسیار پیچیده حدود ۲ درصد وزن بدن شما را دارا می باشد، بنابراین یک انسان ۷۵ کیلوگرمی مغزی در حدود ۱,۵ کیلوگرم دارد. با وجود آنکه تنها ۲ درصد از وزن بدن شما را شامل می شود بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از انرژی شما را مصرف می کند. به بیان دیگر ۲۰ تا ۳۰ درصد کالری که از مصرف غذا به بدن شما می رسد توسط مغز مصرف می شود. دقت کنید که نسبت وزن مغز به وزن کل بدن در انسان از همه موجودات زنده بیشتر می باشد.

در مغز شما حدود ۱۰۰ بیلیون سلول مغزی وجود دارد که بصورت یک شبکه

بسیار پیچیده با یکدیگر در ارتباط هستند. محاسبات نشان می دهد که در حدود ۱,۰۰۰,۰۰۰ بیلیون ارتباط نقطه به نقطه میان سلولهای مغزی در مغز انسان وجود دارد. برای بدست آورده ایده از بزرگی این عدد، همین قدر بدانید که از تعداد ستاره کاینات بیشتر می باشد. بنابراین جای تعجب نیست اگر مغز را پیچیده تر از بزرگترین کامپیوتر های جهان فرض کنیم. دانشمندان نسبت توانایی قویترین کامپیوتر های جهان را به مغز انسان، در حد مغز یک موش می دانند.

• مراقب مغز خود باشید

مغز انسان بسیار نرم می باشد و ماهیت فیزیکی آن چیزی شبیه به کره نرم یا تخم مرغ خام می باشد. خلقت انسان بگونه ای است که جمجمه از این ماده نرم محافظت می کند. اما کوچکترین ضربه ای که به جمجمه وارد شود و آنرا خدشه دار کند ممکن است صدمات جبران ناپذیری به مغز وارد کند. پس مواظب جمجمه خود باشید.

• رابطه میزان دانش انسان به حجم مغز

مشاهدات دانشمندان نشان می دهد که ارتباط خاصی میان میزان توانایی مغزی انسان با حجم یا وزن آن ندارد. یک مغز بزرگ بالقوه توانایی آنرا دارد که سلولهای بیشتر و ارتباطات بین سلولی بیشتری را پذیرا باشد اما هیچ دلیلی ندارد که یک دانشمند، مغز بزرگتری از یک فرد عادی داشته باشد. همانگونه که مطالعه انجام شده روی مغز آلبرت اینشتین نشان می دهد ابعاد و وزن مغز او کمتر از حد متوسط بوده است.



مغز باهوش‌ها بزرگتر است؟

آنهایی که مغز بزرگتری دارند، باهوش‌تر هستند؟ این پرسش با ناشناخته‌های بسیاری همراه است. برای مثال، هنوز درباره تعریف هوش اختلاف نظر وجود دارد.

تازه در صورتی که تعریف معینی از ضریب هوشی را بپذیریم، اختلاف نظر درباره شیوه اندازه‌گیری آن به جای خود باقی می‌ماند. به علاوه، آیا تفاوت‌ها در ضریب هوش، تاثیر خود را در زندگی روزمره نشان می‌دهد؟ و بالاخره اینکه آیا بافت مغزی بیشتر یا مغزی قوی‌تر به معنای ضریب هوشی بالاتر است؟ اما چیزی هست که دانشمندان درباره آن توافق نظر دارند: یک مغز بزرگ‌تر به خودی خود معادل هوش بیشتر نیست. اگر این‌گونه بود، فیل‌ها و وال‌ها هوشمندترین موجودات عالم بودند. در عوض دانشمندان هنگام نظردادن درباره توانایی‌های شناختی یک جانور به نسبت توده مغز به



توده بدنی‌اش توجه می‌کنند. بنابراین با اینکه مغز فیل با وزن ۴۷۵۰ گرمی‌اش مغز انسان را از دیدگاه فیزیکی پشت سر می‌گذارد، هیچ فیلی نمی‌تواند در عقل و شعور به پای انسان برسد. مغزهای ما که به طور میانگین ۱۲۰۰ گرم وزن دارند، حدود ۲ درصد وزن بدن ما را تشکیل می‌دهند اما در مقابل مغز فیل، کمتر از یک دهم درصد از وزن بدن فیل است. بررسی‌ها در میان گونه‌های جانوری نشان داده است که مغزهای نسبتاً بزرگ (نسبت به کل بدن) مهارت‌های شناختی پیچیده‌ای را مانند دست یافتن به راه‌حل‌های ابداعی در مقابل مشکلات محیطی، نقشه‌برداری کارآمدتر از منابع محیطی و کسب بیشتر غذا و راهبردهای اجتماعی پیچیده‌تر را امکان‌پذیر می‌کنند. اما در مقابل، تفاوت‌ها در اندازه مغز درون اعضای یک گونه نسبتاً کم است و مشکل بتوان میان اثر اندازه مغز و آثار سایر عوامل تمایز قایل شد. برای مثال، تفاوت در هوش میان جاننداری با مغز ۱۱۰۰ گرمی و جاننداری دیگر با مغز ۱۴۰۰ گرمی را می‌توان با عوامل دیگر مانند تفاوت در تراکم سلول‌های عصبی یا نورون‌ها در مغز، تفاوت‌های ساختاری در مغز و عوامل اجتماعی فرهنگی توضیح داد.

اسکن‌های مغزی در کودکان کم‌سن نشان داده است که تفاوت‌ها در اندازه مغز همچنین هیچ ارتباطی با نمره به دست آمده در آزمون‌های استاندارد شده هوش ندارد. اما بررسی‌ها درباره رابطه میان اندازه مغز و هوش در انسان‌ها اختلاف نظرهایی را هم میان دانشمندان به وجود آورده است. در یک بررسی که نتایج آن در نشریه «هوش» در سال ۲۰۰۵ منتشر شد، ادعا شده بود که در میان همه گروه‌های سنی و جنسی حجم مغز با میزان هوش مرتبط است، هرچند که بسیاری از پژوهشگران با این نتیجه‌گیری مخالفت کردند. بررسی دیگری که نتایج آن در سال ۲۰۰۶ منتشر شد، مدعی شد که مردان به طور میانگین باهوش‌تر از زنان هستند و این تفاوت را به اندازه نسبتاً بزرگ‌تر مغز مردان نسبت داد (مغز مردان به طور میانگین ۱۰۰ گرم سنگین‌تر از مغز زنان است). اما دانشمندان دیگر دلایل اجتماعی فرهنگی متعددی را بیان می‌کنند که نفی‌کننده ادعای باهوش‌تر بودن مردان است.

نام حیوان/ وزن مغز

وال ۷۸۰۰ گرم

فیل دریایی ۱۱۰ گرم

گربه خانگی ۳۰ گرم

شمپانزه ۲۵۰ گرم

گوریل کوهی ۴۲۰ گرم

لمور موشی ۲ گرم

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=107659>

 Vista.ir
Online Classified Service

مغز خواب می‌خواهد نه بدن

هر شب که به اتاق خوابمان می‌رویم و می‌آرامیم، کم‌کم به حالت ناهوشیار خواب فرو می‌رویم، بیشتر ما ۸ ساعت را در خواب به سر می‌بریم و این بدان معناست که یک سوم از عمرمان را در خواب و رویا سپری می‌کنیم. اگر شما به دلیل مهمانی‌های شبانه یا شب‌زنده‌داری‌های زمان امتحانات خود را از خواب محروم کنید، بدنتان بزودی به شما هشدار خواهد داد که از این کار بپرهیزید. این وضع در کوتاه مدت تحمل می‌شود ولی ادامه آن در طولانی مدت مشکل‌ساز می‌شود. سیکل خواب و بیداری در زمره فعالیت‌های ریتمیک ما قرار می‌گیرد. چرا این فعالیت‌ها وجود دارند؟ کدام مراکز مغز را درگیر می‌کنند و چگونه کار می‌کنند؟

• ریتم‌درونزاد

سیکل خواب و بیداری یک ریتم درونزاد است که در طی سال‌های اول زندگی در چهارچوب شب و روز جای می‌گیرد. این ریتم را "سیرکادین" می‌نامند (سیرکا به معنای حدود و دین به معنای روز در زبان لاتین). خواب در طول زندگی از اهمیت زیادی برخوردار است: نوزادان در بازه‌های کوتاه کوتاه در طی روز می‌خوابند. کودکان معمولاً بعد از ناهار چرت می‌زنند و بزرگسالان معمولاً تنها به هنگام شب می‌خوابند. خواب برای شما لازم است. گفته می‌شود وینسون چرچیل، نخست‌وزیر سال‌های جنگ جهانی دوم علاقه‌مند به چرت‌های کوتاه‌مدت حتی گاه در هنگام گردهمایی کابینه بود!

تنظیم سیکل خواب و بیداری و گنجاندن آن در چهارچوب شب و روز به عهده تعدادی از نورون‌هاست که در بالای کیاسمای بینایی قرار دارند و هسته "فوق کیاسمایی" نامیده می‌شوند. نورون‌های این بخش، از طریق اتصالات فراوان و غیر معمول بین دندرتی خود یک الگوی شلیک هماهنگ را میسر می‌سازند و بدین ترتیب بخشی از ساعت بیولوژیک مغز محسوب می‌شوند. در انسان‌ها این زمان بندی با دقت کمی کندتر از یک روز تنظیم شده است، اما به طور معمول اطلاعاتش را با ورودی‌هایی که از طریق چشم دریافت می‌کند، تصحیح می‌نماید. این سرعت



بیولوژیک از مشاهد انسان‌هایی که در اعماق غار و به دور از نشانه‌های زمان درست به سر می‌بردند، مسجل شد. در این افراد ریتم شبانه روزی ۲۵ ساعت گزارش شده است.

• مراحل خواب

خواب چندان که به نظر می‌رسد یک فرایند منفعل نیست. اگر الکترودهایی روی پوست سر فردی نصب کنیم و فرد در جریان یک آزمایش، بخواهد خوابیم دید که امواج مغزی- الکتروانسفالوگرافی وی چندین مرحله مجزا از هم را پشت سر می‌گذارد. در هنگام بیداری مغز امواج کم شدنی را از خود به نمایش می‌گذارد. در ابتدای خواب این امواج مسطح‌تر می‌شوند اما به تدریج با عبور از مراحل مجزای خواب شدت این امواج افزایش و فرکانس آنها کاهش می‌یابد. این مراحل، خواب با امواج آهسته نامیده می‌شوند. علت این تغییرات در فعالیت الکتریکی مغز به خوبی روشن نشده است.

اما عقیده بر آن است که نورون‌های مغز هنگامی که نسبت به ورودی‌های معمول خود پاسخ نمی‌دهند، با یکدیگر هماهنگ می‌شوند. از آنجایی که نورون‌های مسئول حرکات عضلات اسکلتی به طور فعال مهار می‌شوند، توان عضلات کاهش می‌یابد. اما خوشبختانه نورون‌های مسئول حرکات تنفسی و قلب همچنان به کار خود ادامه می‌دهند!

در طول خواب این چرخه چندین بار تکرار می‌شود. در یکی از مراحل خواب، فعالیت مغزی مشابه حالات بیداری می‌گردد و کره چشم‌مان نیز در پشت پلک‌های بسته‌مان شروع به حرکت می‌کند.

این مرحله، مرحله حرکت سریع چشم یا "رم" نامیده می‌شود و در طی آن احتمال خواب دیدن ماکزیم است. اگر فرد را در این مرحله از خواب بیدار کنیم تقریباً همیشه اعلام می‌کند که رویا دیده است. و این قضیه حتی در مورد افرادی که از رویانیدن خود شاکی هستند نیز صدق می‌کند (محض تجربه می‌توانید این کار را بر روی یکی از اعضای خانواده‌تان اجرا کنید).! در واقع بیشتر ما ۴ تا ۶ نوبت در طی خواب شبانه، در مرحله رم به سر می‌بریم. نوزادان مقدار بیشتری را در این فاز سپری می‌کنند. این فاز حتی در حیوانات نیز گزارش شده است.

• محرومیت از خواب

چندین سال پیش، یک نوجوان آمریکایی تصمیم گرفت تا به اراده خودش تا طولانی‌ترین زمانی که می‌تواند نخوابد و برای خود مکانی در کتاب رکورد گینس ثبت کند. آرزوی او این بود که ۲۶۴ ساعت نخوابد و او در این کار موفق شد!

البته شرایط آزمایش او بسیار کنترل شده بود و چندین پزشک از نیروی دریایی آمریکا آن را نظارت می‌کردند. البته ما به شما توصیه می‌کنیم که چنین آزمایشی را تکرار نکنید! این پسر، به طرز شگفت‌انگیزی دوام آورد. مشکلات اصلی او (منهای تمایل شدید برای خواب) دشواری در تکلم، ناتوانی در تمرکز کردن، کم‌کاری‌های حافظه و رویاپردازی‌های توهم‌گونه بود. اما بدن او در شرایط فیزیکی بسیار مطلوبی به سر می‌برد و او هرگز ارتباط خود را با دنیای واقعیت بیرونی از دست نداد. در شب اول پس از این دوره بی‌خوابی او ۱۵ ساعت خوابید و در روزهای بعد نیز مقاطع کوتاه خواب در طول روز نیز داشت. این تجربه و چندین تجربه مشابه، محققین را متقاعد نمود که این مغز ماست که به خواب نیاز دارد و نه بدن ما. مطالعات دیگر، از جمله مطالعه‌های کنترل شده بر روی حیوانات، نتایج مشابهی به دست دادند.

• چرا می‌خوابیم؟

مسائل زیادی همچنان به صورت یک ابهام باقی مانده‌اند و خواب یکی از آنهاست. برخی بر این باورند که خواب تنها یک وضعیت سکون است که در جریان آن، حیوانات از خطر درامان می‌مانند. اما مسئله فراتر از اینهاست. مطالعات بر روی تجارب محرومیت از خواب ما را به سوی این باور پیش می‌بردند که خواب رم و فازهای مشخصی از با امواج کوتاه برای بازسازی مغز حیاتی هستند. ما این نوع خواب را در ۴ ساعت اول شب تجربه می‌کنیم. بنابراین خواب زمانی است که مغز داده‌هایش را بازآرایی می‌کند و شاید بهترین زمان برای انجام این کار هنگامی است که مغز هیچ اطلاعات حسی را پردازش نمی‌کند. تحقیقات پیشنهاد می‌کند که در این مدت آنچه در طی روز آموخته شده در مغز تثبیت می‌شود و این، یک فرایند حیاتی در کارکرد حافظه است.

• ریتم‌ها چگونه عمل می‌کنند؟

ثبت گرفتن از فعالیت‌های نورونی در گذر از فازهای گوناگون خواب، انبوهی از اطلاعات را در مورد مکانیسم فعالیت‌های ریتمیک در اختیارمان گذارده است. این اطلاعات گویای وجود یک سیستم فعال کننده ساقه مغز است که نوروترنسمیترهای گوناگونی از جمله آدنوزین را در بر می‌گیرد. این سیستم در جریان قطاری از واکنش‌های مولکولار رخ می‌دهد که ما را از مرحله‌ای به مرحله دیگر خواب گذر می‌دهد.

دانش نوروزتیک منجر به برداشتن گام بلندی به سمت جلو گشته است. ژن‌های متعددی شناسایی شده‌اند که اجزای مولکولار سیستم ریتیمک را تشکیل می‌دهند. بسیاری از این تحقیقات بر روی "دروزوفیلا" یا مگس میوه صورت گرفته است و بدین ترتیب دو ژن per و tim شناسایی شده‌اند که با تقابل عمل با یکدیگر، سنتز خود را تنظیم می‌کنند.

سنتز mRNA و پروتئین در طول روز انجام می‌گیرد.

و این پروتئین‌ها روی هم انباشته شده و با ارتباطی که بین شان برقرار می‌شود، سنتزشان را کنترل می‌کنند. با روشنایی روز بعد، میزان این پروتئین‌ها به حداقل می‌رسد و این نقطه‌ای است که ژن‌های مسئول پروتئین‌های PER و TIM کار خود را از سر می‌گیرند.

این چرخه همواره تکرار می‌شود؛ حتی اگر نورون‌های مسئول آن در طرفی زنده نگاه داشته شود. ساعت بیولوژیک پستانداران و از جمله خود ما با مکانیسم بسیار مشابه این مگس‌ها کار می‌کند. از آنجا که ریتم سیرکادین پیشینه‌ای طولانی در تاریخ تکامل دارد، جای تعجب نخواهد بود که مکانیسم‌های مولکولی مشابه در ارگانیزم‌های گونا گونی ایفای نقش کنند.

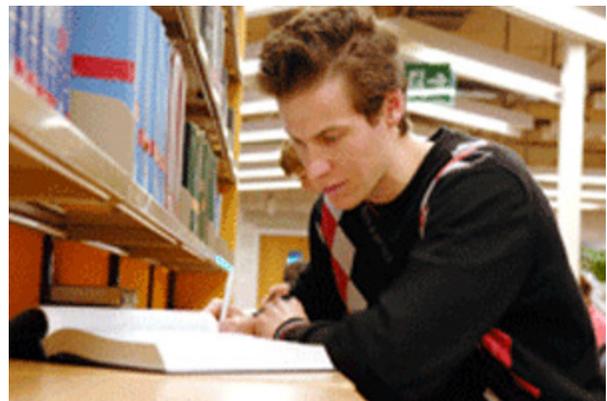
منبع : روزنامه رسالت

<http://vista.ir/?view=article&id=354470>



مغز خود را بشناسید

مغز شما از صدها میلیارد سلول ساخته شده که می‌توانید هر یک از این سلول‌ها را به عنوان یک نوازنده در گروه ارکستر در نظر بگیرید. هر فرد در گروه ارکستر نت‌هایی را می‌نوازد که با تمام بخش‌های دیگر آن گروه هماهنگی دارد و در نتیجه موسیقی تولید می‌شود. در این مورد، کنسرتوی پیچیده‌ای که نوازندگان گروه آنرا می‌نوازند، الگوهای رفتاری خود شما هستند؛ تفکرات‌تان، اعمال و حواس‌تان - بینایی، شنوایی، چشایی، بویایی و لامسه - دسته‌های مجزایی از سلول‌های عصبی و مواد شیمیایی مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد.



اما همه‌ی این‌ها چه‌طور کار می‌کنند؟! الگوهای مواد شیمیایی و

سیگنال‌های الکتریکی میان سلول‌های عصبی مغزتان در حرکت هستند. در واقع سلول‌های عصبی یا نرون‌ها کارگران بارکش مغز هستند و رشته‌های آن‌ها - یعنی همان آکسون‌ها و دندریت‌ها - پیوندهایی را با دیگر سلول‌های عصبی شکل می‌دهند - سیناپس‌ها - زمانی‌که یک سلول عصبی فعال می‌شود، یک جریان الکتریکی درجه‌ی پایین را به آکسون‌اش می‌فرستد که مواد شیمیایی مغز را آزاد می‌کند - فرستنده‌های عصبی - که به شکاف میان سلول‌های عصبی می‌رسد و به گیرنده‌ها می‌چسبند.

چیزی که ما را قادر می‌سازد تا یاد بگیریم و مغزمان را از طریق این یادگیری تغییر دهیم، شکل‌پذیری یا Plasticity مغز است. شکل‌پذیری، توانایی مغز برای سازگار کردن ساختار خود با پیشامدها و تجربیات زندگی است.

سلول‌های عصبی که این فرستنده‌های عصبی را دریافت می‌کنند، مانند دونده‌های مسابقه‌ی دوی امداد، سیگنال را منتقل می‌کنند. هنگامی که ما کارهایی مانند تمرین یک قطعه‌ی موسیقی را تکرار می‌کنیم در واقع سیناپس‌های سلول عصبی یکسان و مشابهی را دوباره و دوباره خلق

می‌کنیم. بعد از تکرار زیاد این سیناپس‌ها از نظر فیزیکی تغییر می‌کنند، پیوندها را کارآمدتر کرده و رفتار یا تجربه را در حافظه‌ی بلندمدت ما ذخیره می‌کنند. دانشمندان بر این باورند که حافظه‌ی بلندمدت شما دقیقا" در الگوهای سیناپسی خاص در لایه‌ها و شیارهای مغزتان، ذخیره یا کدگذاری شده‌اند.

چطور قسمت‌های مختلف مغز با عملکردی خاص مرتبط است. بخش قدامی پوسته‌ی مغزی جایی است که عملکردهای مهم مثل استدلال و برنامه‌ریزی در آن انجام می‌شود دیگر نواحی مغز ما «هیپوکامپوس»، بخش بادامی شکل و سازه‌های مجاور توسط پیوندهای پیچیده‌ی سلول‌های عصبی به پوسته‌ی مغز متصل‌اند که هسته‌ی سیستم فرآوری حافظه در مغز را شکل می‌دهند.

• یادگیری چیست؟

هنگامی‌که چیزی را یاد می‌گیریم در واقع مغزمان را سازمان داده، شکل می‌دهیم و آنرا تقویت می‌کنیم. انسان‌ها ماشین‌های یادگیری‌اند. از روزی که متولد می‌شویم و حتی قبل از آن نیز مغزمان آماده‌ی ثبت تجربیات و کدگذاری آن‌ها در یک دسته از پیوندهای عصبی است. مغزهای ما موتورهایی هستند که ماشین یادگیری انسان‌ها را به حرکت درمی‌آورند. بیش از صدها میلیارد سلول عصبی در این بافت پیچیده‌ی درون جمجمه‌ی ما در کنار هم و به صورت فشرده جمع شده‌اند هر یک از این سلول‌ها قادر است هزاران پیوند با دیگر سلول‌ها ایجاد کند. این سلول‌ها و پیوندها، پیچ و مهره‌های ماشین یادگیری‌اند. حال ببینیم منظور ما از یادگیری چیست؟

برای اکثر ما «یادگیری» به معنی تلاش برای خلق یک خاطره است که در ذهن باقی می‌ماند. برای یادگیری زبان‌های خارجی یا به خاطر سپردن اسامی اشخاص، مغز ما باید آن‌ها را کدگذاری کند تا بتواند اطلاعات جدید را برای زمانی‌که به آن‌ها نیاز داریم ذخیره کند. چقدر از مطالبی که در مدرسه یاد گرفته‌اید را به خاطر دارید؟

در صورتی‌که مهارت‌هایی که در مدرسه فرا گرفته‌اید را در زندگی روزمره استفاده نکرده باشید، احتمالا" برای به یاد آوردن جزئیات با مشکل مواجه خواهید شد. به همین دلیل هم هست که متخصصان مغز و محققان میان حافظه و یادگیری تفاوت قائل می‌شوند. این دو با وجود ارتباط بسیار نزدیک‌شان، یک چیز واحد نیستند.

• تفاوت میان حافظه و یادگیری

همه‌ی چیزهایی که یاد می‌گیریم به صورت خاطرات بلندمدت ذخیره نمی‌شوند. دکتر «اریک آر. کندل» معاون رئیس The Dana Alliance for Brain Initiatives و برنده‌ی جایزه‌ی نوبل سال ۲۰۰۰ در فیزیولوژی پزشکی برای کار بر روی بنیان مولکولی حافظه می‌گوید: "یادگیری چگونگی کسب اطلاعات جدید درباره‌ی جهان پیرامون است و حافظه این است که چه‌طور این اطلاعات را در طول زمان حفظ کنیم." برای مثال ممکن است به یک شماره‌ی تلفن نگاه کنید و آنرا فقط تا زمانی که شماره را می‌گیرید و تلفن می‌زنید به یاد بسپارید. این همان چیزی است که «حافظه‌ی در حال کار» نام دارد، که در آن یادگیری صورت می‌گیرد اما نه برای بلندمدت.

• چه‌طور یادگیری مغز را تغییر می‌دهد

نکته‌ی جالب توجه این‌جاست که می‌توان به‌وسیله‌ی یادگیری، مغز را تغییر داد. زیرا مغزهای ما به‌صورت دائمی و همان‌طور که به زندگی روزمره‌مان ادامه می‌دهیم، فعال هستند. هم‌زمان با یادگیری مغزمان اطلاعات جدیدی که به آن وارد کرده‌ایم را منعکس می‌کند. پیشامدهای زندگی همان‌طور که سنمان بالا می‌رود، مو به مو مغزمان را شکل می‌دهد و از آنجا که هیچ دو نفر انسانی یک نوع مشابه از تجربیات و آموخته‌ها را ندارند، هیچ دو مغزی یافت نمی‌شود که دقیقا" شبیه به هم باشند.

چیزی که ما را قادر می‌سازد تا یاد بگیریم و مغزمان را از طریق این یادگیری تغییر دهیم، شکل‌پذیری یا Plasticity مغز است. شکل‌پذیری، توانایی مغز برای سازگار کردن ساختار خود با پیشامدها و تجربیات زندگی است.

دکتر «ویلیام تی گریناف» یکی از اعضای Dana Alliance و متخصص زیست‌شناسی عصبی، نحوه‌ی کار مغز را تشریح می‌کند: "مغز افراد بزرگ‌سال یا حتی افراد مسن از طریق تجربیات و پیشامدها هم از نظر عملکرد و هم از نظر توانایی‌شان به خوبی هماهنگ و میزان شده است. مغز اساسا" خود را بر طبق تجربیاتش برای آینده سازمان می‌دهد."

• حافظه چیست؟

حافظه توانایی حفظ یا بازیافت اطلاعات مربوط به پیشامدهای گذشته و یکی از عملکردهای مغز است وقتی چیزی را به یاد می‌آورید فرآیندی اتفاق می‌افتد که طی آن مغز اطلاعات موجود در مورد چیزی که قبلا" یاد گرفته یا انجام داده‌ایم را بازیافت کرده و دوباره بنا می‌کند.

• انواع حافظه

احتمالاً "شنیده‌اید که دو نوع حافظه وجود دارد؛ حافظه‌ی کوتاه‌مدت و بلندمدت. حافظه‌ی کوتاه‌مدت مربوط به اطلاعات و اتفاقات کنونی و جدید است در حالی‌که حافظه‌ی بلندمدت به ما کمک می‌کند تا اطلاعات و اتفاقات گذشته را به یاد بیاوریم. مغز ما سیستم‌های هم‌زمان مختلفی را برای دو نوع اصلی خاطره دارد.

خاطرات صریح؛ آن دسته از اطلاعاتی هستند که آنها را به صورت آگاهانه به یاد می‌آوریم و می‌توانیم کلمه به کلمه شرح دهیم مثل حقایق، مردم و مکان‌هایی که در زندگی روزمره با آنها برخورد می‌کنیم.

خاطرات تلویحی یا غیر صریح که قابلیت‌های ما در مهارت‌ها و روش‌های یادگیری را شرح می‌دهند مثل قابلیت ما در بازی گلف و ... حافظه توانایی حفظ یا بازیافت اطلاعات مربوط به پیشامدهای گذشته و یکی از عملکردهای مغز است وقتی چیزی را به یاد می‌آورید فرآیندی اتفاق می‌افتد که طی آن مغز اطلاعات موجود در مورد چیزی که قبلاً یاد گرفته یا انجام داده‌ایم را بازیافت کرده و دوباره بنا می‌کند. تا کنون اتفاق افتاده است که به اتاقی وارد شوید و فراموش کنید برای چه کاری به آنجا رفته‌اید؟ یا به دنبال کلیدهای تان بگردید که ناگهان غیب شده‌اند؟ یا نتوانید اسم کسی که می‌شناسید را به یاد بیاورید؟ این لحظات فراموشی برای همه اتفاق افتاده است، همه‌ی ما به آسانی از آنها می‌گذریم اما هر چه سن‌مان بالاتر می‌رود این قبیل اتفاقات کلافه‌مان می‌کنند و حتی باعث بروز نگرانی درباره‌ی بیماری آلزایمر می‌شوند. حافظه از فرآیندهایی تشکیل شده است که از زمان رویارویی ما با اطلاعات جدید آغاز می‌شوند. مغز ما در شرایط درست این اطلاعات را ثبت کرده، کدگذاری می‌کند و آنها را برای استفاده در آینده ذخیره می‌کند.

بسیاری از افراد با بالا رفتن سن، تغییراتی را در قابلیت‌های ادراکی، مشاهده می‌کنند اما مطالعات نشان داده است که این تغییرات در میان افراد مختلف بسیار متفاوت است. دانشمندان دریافته‌اند که می‌توان برای جلوگیری از بروز نقص در حافظه تمریناتی انجام داد و کاری کرد که مغز سالم باقی بماند.

• خط خطی کردن به حافظه کمک می‌کند

شاید این‌طور به نظر برسد که وقتی مشغول خط خطی کردن هستید حواس‌تان نیست اما دانشمندان نظر دیگری دارند. محققان انگلیسی دریافته‌اند افراد تحت بررسی که در طول گوش کردن به یک پیغام ضبط شده، کاغذی را خط خطی می‌کردند، ۲۹ درصد بهتر از افرادی که خط خطی نمی‌کردند، جزئیات پیغام را به یاد می‌آوردند.

محقق این مطالعه، پروفیسور «جکی آندرید» از دانشکده‌ی روان‌شناسی دانشگاه plymouth گفت: "اگر فردی در حال انجام یک کار خسته‌کننده مثل گوش کردن به یک مکالمه‌ی تلفنی بی‌مزه باشد ممکن است که به خیال‌پردازی مشغول شود. این خیال‌پردازی او را از کار اصلی منحرف کرده و باعث می‌شود فرد عملکردی ضعیف داشته باشد. یک کار ساده مثل خط خطی کردن به جلوگیری از خیال‌پردازی کمک می‌کند و علاوه بر این هیچ‌گونه تأثیری بر روی عملکرد اصلی ندارد."

برای این آزمایش یک فهرست ۲/۵ دقیقه‌ای از نام اشخاص و مکان‌ها برای شرکت‌کنندگان پخش شد؛ این فراد وظیفه داشته نام اشخاص را یادداشت کنند. در طول ثبت از نیمی از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا هم‌زمان با گوش کردن، بدون در نظر گرفتن نظم و ترتیب روی یک تکه کاغذ سایه بزنند. لازم به ذکر است که این افراد اطلاع نداشتند که در تست حافظه شرکت کرده‌اند.

زمانی‌که ثبت به پایان رسید از همه خواستند تا نام هشت نفر از افراد و محل‌هایی که در صدا به آن اشاره شده بود را ذکر کنند. افرادی که در طول گوش کردن به صدا در حال خط خطی کردن بودند به‌طور متوسط ۷/۵ نام را نوشتند در حالی‌که افراد دیگری که خط خطی نمی‌کردند فقط ۵/۸ اسم را ذکر کردند.

آندرید گفت: "در روان‌شناسی اغلب در تست‌های حافظه یا تمرکز از یک کار ثانوی برای جلوگیری از یک فرآیند ذهنی خاص استفاده می‌شود. در صورتی که این فرآیند برای کار ادراکی اصلی مهم باشد، عملکرد فرد ضعیف می‌شود. این تحقیق نشان می‌دهد که تأثیرات سودمند کارهای ثانوی مثل خط خطی می‌تواند تأثیرات مسدودسازی را جبران کند."

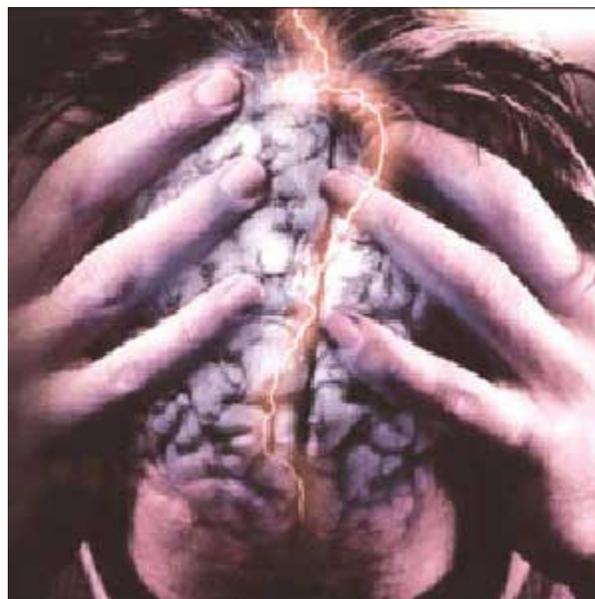
منبع : علوی

<http://vista.ir/?view=article&id=365407>

مغز نو، مغز نو، سلام، سلام!

در منزل نشستهایید و تلویزیون تماشا می‌کنید. فیلمی می‌بینید که در آن، سالمندی به سکنه مغزی دچار شده است. او را به بیمارستان می‌برند. چه تصویری می‌کنید. آیا عوارضی به دنبال بیماری وجود خواهد داشت؟ این عوارض را می‌شناسیم، فلج و بی‌حس شدن بخشی از بدن. آیا بیمار بهبود می‌یابد؟ چگونه؟

امروزه، سکنه مغزی از علل اصلی مرگ در کشورهای پیشرفته و حتی ایران است. سکنه مغزی یا حادثه عروق مغزی، نوعی بیماری عروقی مغز است که با انسداد شریان‌ها در ناحیه جمجمه، به علت وجود لخته ثابت یا متحرک و تصلب یا سخت شدن شریان‌ها به وجود می‌آید. پس از ابتلا به سکنه مغزی، حرکت عضلات صورت مختل می‌شود که این موضوع با انسداد در شریان‌های خاص ارتباط دارد. اگرچه دچار شدن به سکنه مغزی در ابتدا موجب ناتوانی حسی و حرکتی در بخشی از اندام‌ها می‌شود اما با تمرین و ممارست و فعال کردن عضلات، می‌توان شدت بسیاری از این عوارض را



کاهش داد. مهم این است که اراده خود را تقویت کنیم و امیدمان را هرگز از دست ندهیم.

• لبخند بزنید

این یکی از تمرین‌هایی است که باعث شادی و نشاط شما می‌شود. لب‌ها را جمع یا به عبارتی غنچه کنید و آنها را مانند حالتی در آورید که می‌خواهید نوه خود را ببوسید. سپس لبخند بزنید. با خودتان تعارف نکنید، می‌توانید با دهان بسته یا نیمه باز بخندید.

• باز هم حرکت لب‌ها

این بار بدون اینکه حالت لبخند باشد یعنی بدون اینکه عضلات گونه را منقبض کنید و در نتیجه بدون اینکه گوشه چشم‌های شما چین بیفتد، لب‌ها را به‌طور افقی به دو طرف منقبض کنید.

دست خود را جلوی دهان بگیرید و به سمت آن فوت کنید. برای اینکه انگیزه شما برای کار بیشتر شود، سعی کنید هوایی که از دهان‌تان خارج می‌شود، به کف دست‌تان برخورد کند و شما آن را احساس کنید. فایده این کار این است که با توجه به شدت ضایعه می‌توانید هر دو یا سه روز یک بار، دست خود را کمی دورتر ببرید و این کار را تکرار کنید.

یک روش دیگر برای تقویت عضلات صورت و عضلات اطراف دهان این است که داخل یک کیسه نایلون فوت کنید. پس از مدتی متوجه می‌شوید که کیسه پلاستیک به تدریج پر از هوا می‌شود و این موضوع، نشانه افزایش قدرت عضلات اطراف دهان است.

شمعی را روشن کرده و آن را آنقدر به‌صورت خود نزدیک کنید که بتوانید با فوت کردن، خاموشش کنید. به مرور زمان که عضلات شما تقویت می‌شود، می‌توانید فاصله شمع را از صورت خود بیشتر کنید تا فشار بیشتری به عضلات صورت و اطراف لب‌ها وارد شود.

یک سوت تهیه کنید و با فوت کردن در آن، قدرت عضلات لب‌ها و صورت خود را افزایش دهید. هر قدر صدای سوت بلندتر شود، نشانه افزایش قدرت عضلات است.

اگر این تمرین‌های تقویت عضلات را انجام دادید و به‌طور مرتب آنها را پیگیری کردید، به میزانی از قدرت عضلانی در ناحیه صورت دست می‌یابید. شاد باشید! چون هم اراده‌ای قوی دارید و هم به بهبود نزدیک‌تر شده‌اید. سعی کنید در بیشتر مواقع لبخند بزنید تا هم شادی و روحیه مثبت شما حفظ شود و هم فعالیت عضلانی صورت، انجام گیرد. اگر نیمه لب فوقانی افتاده است، دست خود را روی نیمه سالم لب بالا گذاشته و آن را ثابت نگه دارید و سپس سعی کنید نیمه آسیب‌دیده لب بالایی را به بالا بکشید.

• زبان فعال

زبان از عضلات گوناگونی تشکیل شده که کار ظریف آنها باعث می‌شود تکلم و ارتباط خود را با دیگران حفظ کنیم. همچنین موجب آسان‌شدن جویدن و بلع مواد غذایی می‌شود. نشاط و تقویت روحیه در ارتباط برقرارکردن با دیگران و تغذیه مناسب و گوارش کامل غذا، نعمت‌هایی است که موجب افزایش کیفیت زندگی و بهبود بیماری مبتلا به سکته مغزی می‌شود. بنابراین شروع کنید:

دهان و لب‌ها را کمی باز کنید و زبان را به گوشه لب‌ها بزنید.

سعی کنید با زبان‌تان از ابتدا تا انتهای سقف دهان را لمس کنید؛ هم نوک و هم تنه زبان باید به سقف دهان برخورد کند.

با دهان بسته زبان خود را به پایین و بالا حرکت دهید.

دهان را باز کنید و زبان خود را تا حد امکان، بیرون بیاورید. مواظب باشید زبان‌تان را آن‌قدر به بیرون فشار ندهید که فولنج کند!

امیدواریم این حرکات ساده که به مرور زمان دفعات آن را افزایش می‌دهید، موجب شود تا بهتر صحبت کنید و با کلام شیرین‌تان، خاطره‌های خود را برای نوه‌های عزیزتان بازگو کنید.

• مشکلات چشم و بینایی

بسیاری از بیماران مبتلا به سکته مغزی، به کاهش بینایی، افتادگی پلک و کم‌کاری عضلات چشم دچار می‌شوند. این موضوع، هم به ارتباط بیمار با دیگران و هم به انجام‌دادن کارهای روزمره او آسیب می‌زند اما نگران نباشید و قافیه را نایزد. شما می‌توانید! به این چند حرکت ساده توجه کنید: دست خود را روی چشم سالم بگذارید و با چشم آسیب‌دیده پلک بزنید. خجالت نکشید، چشمک بزنید!

ابروی سالم را با دست نگه دارید و ابروی آسیب‌دیده را تا حد امکان بالا ببرید. یادتان می‌آید، چگونه می‌گفتید، نه؟!

مدت کمی از روز، دست خود را روی چشم سالم بگذارید و با چشم دیگر نگاه کنید. از هر عضوی بیشتر کار بکشید، قوی‌تر می‌شود.

یواشکی نگاه کنید! زیرچشمی! انگشت خود یا خودکاری را جلوی چشمان‌تان نگه دارید و آن را به طرف راست و چپ یا بالا و پایین ببرید و بدون چرخاندن گردن، با چشم دنبالش کنید.

همان کار قبلی را انجام دهید اما این بار دست خود را روی چشم سالم بگذارید و فقط با چشم آسیب‌دیده، خودکار یا انگشت خود یا هر چیز دیگر را دنبال کنید.

• قوام و زیبایی صورت با تقویت گردش خون

از مهم‌ترین مسائلی که هم برای عملکرد بهتر عضلات صورت و هم برای زیبایی و تقویت روحیه بیمار مبتلا به سکته مغزی مفید است، ماساژ عضلات صورت است. برای آسان‌شدن گردش خون در عضلات صورت و بهترشدن عضلات گونه که ممکن است دچار افتادگی باشد، با پشت انگشتان از انتهای چانه تا بالای گونه را به‌صورت دورانی، ماساژ بدهید. این کار موجب قوام بیشتر عضلات و تقویت آنها و کارکرد بهتر برای داشتن چهره‌ای بشاش‌تر و با نشاط‌تر می‌شود.

• خلاصه اینکه

بسیاری از افراد به سکته مغزی یا در کل، حوادث عروقی مغز دچار می‌شوند. شاید در بستگان، دوستان و افراد خانواده شما فرد مبتلایی وجود داشته باشد. برای پیشگیری از بروز این حوادث و نیز اگر فرد بیماری در اطراف ما وجود داشت، برای بازگرداندن او به زندگی طبیعی باید تلاش کنید. این کار با اراده بیمار برای تحرک و تقویت عضلات آسیب‌دیده به بهترین نحو انجام می‌گیرد، فقط کمی اراده و داشتن روحیه لازم است.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=259370>

مغزهای بزرگ، انسان های باهوش

قرن ها است که محققین مشغول بررسی رابطه بین هوش بیشتر و اندازه مغز هستند، این مطلب به تازگی به اثبات رسیده. سؤال این بود: آیا سایز و اندازه مغز بر روی هوش و ذهن افراد مؤثر است؟ بله مؤثر است و مغزهای بزرگتر، آدم های باهوش تر و با استعدادتری می سازند.

دکتر مک دانیل می گوید: برای تمامی گروه های سنی و جنسی امروزه واضح است که اندازه مغز و میزان هوش با هم مرتبط است. ما دریافتیم که «آی کیو» (حافظه) با مقدار قسمت خاکستری مغز ارتباط مستقیم دارد و هوش افراد تنها در يك نقطه از

مغز متمرکز نشده است، بلکه بر تمام بخش های مغز است. اما ما معتقدیم که «آی کیو» با قسمت خاکستری مغز ارتباط بیشتری دارد و در آن قسمت بیشتر جایگزین شده است. حتی ما دریافتیم مردان بیشتر با قسمت خاکستری مغز خود فکر می کنند در حالی که زنان بیشتر روی قسمت سفید مغز خود تکیه می کنند. به طور متوسط مشخص شده، افراد باهوش تر، سریع تر یاد می گیرند، کمتر دچار اشتباه می شوند و بیشتر قوه تولیدی دارند و اندازه مغزشان نیز بزرگتر است.



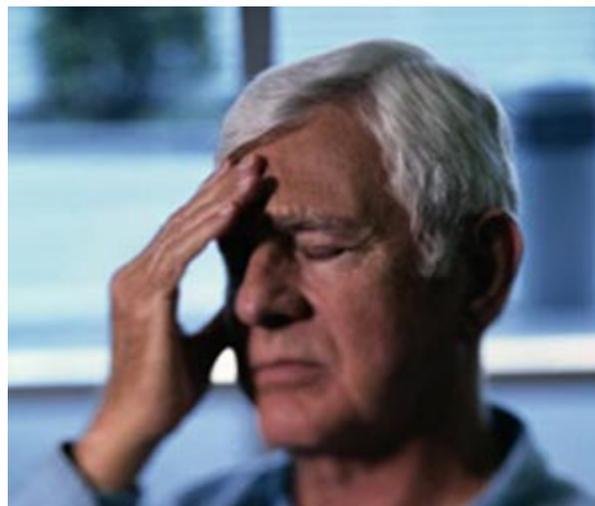
منبع : روزنامه ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=4875>

 **vista.ir**
Online Classified Service

منظور از سکته مغزی چیست؟

- آقای دکتر لطفاً بفرمائید که منظور از سکته مغزی چیست؟
- سکته مغزی یعنی بسته شدن یا پاره شدن یک شریان مغزی که به دنبال آن اختلال در گردش خون آن ناحیه از مغز ایجاد شده و موجب تظاهرات عصبی زیاد مثل فلج نیمه بدن، اختلال تکلم و اختلال در راه رفتن می شود.
- معمولاً علل شایع سکته های مغزی در ایران فشار خون بالا، چربی بالا، دیابت، چاقی و کشیدن سیگار می باشد.
- علل ایجادکننده سکته مغزی چیست و در کشور ما علل شایع سکته مغزی کدامها می باشند؟
- علل ایجادکننده سکته مغزی عبارتند از:





سن بالا؛ بزرگ‌ترین عامل خطر برای سکته مغزی سن بالاست. همان طور که می‌دانید بیش‌تر افراد پیر مبتلا به سکته مغزی می‌شوند. علاوه بر عامل سن، تعدادی از بیماری‌ها نیز می‌توانند خطر سکته را افزایش دهند. در بیش‌تر بیماران دچار سکته مغزی، یک یا چند تا از این بیماری‌ها وجود دارد. مهم‌ترین آنها عبارتند از: دیابت کنترل نشده، ضایعه دریچه‌ای قلب، بیماری‌های دریچه‌ای قلب به خصوص در جوانان که از مهم‌ترین علل بروز سکته‌های مغزی است.

معمولاً علل شایع سکته‌های مغزی در ایران فشار خون بالا، چربی بالا، دیابت، چاقی و کشیدن سیگار می‌باشد.

▪ به هنگام بروز سکته‌های مغزی، شخص دچار چه علامتی می‌شود و در این حالت اطرافیان بیمار چه کارهایی را باید انجام بدهند؟

- در هنگام سکته مغزی ممکن است بیمار اختلال در صحبت کردن پیدا کند، صورت او کج شود، در راه رفتن نیمه بدن خود را بکشد یا فلج کامل پیدا کند یا به اغما برود. اختلال ناگهانی در بینایی یک یا هر دو چشم، عدم تعادل و سرگیجه، تهوع و استفراغ، از دست رفتن هوشیاری از سایر علائم است. وظیفه اطرافیان، بردن بیمار نزد متخصص مغز و اعصاب یا رساندن او به اورژانس بیمارستان می‌باشد. لازم به ذکر است که علائم ذکر شده مخصوص سکته نیست و می‌تواند در بیماری‌های دیگر هم ایجاد شود. ولی وقتی علت آن سکته باشد، به طور ناگهانی و سریع ایجاد می‌شود. باید این باور غلط که بیمار سکته‌ای را نباید حرکت داد از میان برود.

▪ عوامل مهم ایجادکننده سکته مغزی کدام است یا این عوامل قابل درمان هستند؟

- برای پیش‌گیری از سکته مغزی باید از عوامل ایجادکننده آن پرهیز نمود؛ مثل سیگار، رژیم پرچربی، دیابت، رژیم پر نمک و در افراد دارای فشارخون بالا، کنترل فشار و کنترل دیابت ضروری است. بهتر است این بیماران روزی یک عدد قرص آسپرین جهت پیش‌گیری استفاده کنند.

▪ چگونه می‌توان از بروز سکته مغزی پیش‌گیری کرد؟

- پیش‌گیری از سکته مغزی به طرق مختلفی امکان‌پذیر است. یکی از این راه‌ها می‌تواند مصرف روزی یک عدد قرص آسپرین باشد. مهم‌ترین اقدام لازم برای پیش‌گیری از بروز سکته مغزی حذف یا کاهش عوامل خطر و زمینه‌ساز بیماری است. رژیم غذایی مناسب، کنترل و درمان بیماری‌های قلبی و ترک سیگار از مهم‌ترین کارها برای پیش‌گیری از سکته مغزی هستند.

بهتر است بیماران دچار سکته مغزی، روزی یک عدد قرص آسپرین جهت پیش‌گیری استفاده کنند.

▪ از چه روش‌هایی برای درمان عوارض سکته مغزی استفاده می‌شود؟ فیزیوتراپی چقدر تأثیر دارد؟

- برای درمان عوارض سکته مغزی باید از پزشک متخصص مغز و اعصاب کمک گرفت و فیزیوتراپی می‌تواند نقش عمده‌ای در راه‌اندازی بیمار داشته باشد. درمان‌هایی که در مرحله حاد انجام می‌شود، بیش‌تر متوجه کاهش قدرت انعقاد خون (در مواردی که سکته به علت بسته شدن رگ باشد)، کاهش ورم مغز، کنترل فشارخون و قندخون و علائم حیاتی بیمار است.

اخیراً داروی جدیدی یافت شده که در صورتی که بیمار قبل از ۳ ساعت از شروع علائم به بیمارستان برسد ممکن است با این دارو بتوان لخته‌ای که رگ را مسدود کرده است حل نمود و علائم را به‌طور کامل از بین برد. البته این روش هنوز امتحان خود را پس نداده است. پس از این که بیمار وضعیت ثابته پیدا کرد، فیزیوتراپی معمولاً شروع می‌شود. انجام فیزیوتراپی خصوصاً در ماه اول پس از سکته مغزی بسیار مهم است.

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=307594>

مننژیت؛ از علائم تا پیشگیری

مننژیت عفونت و التهاب پرده های مغز و مایع مغزی - نخاعی است که دور مغز و نخاع را احاطه کرده است. ویروسها، باکتریها و قارچها همگی می توانند باعث ایجاد مننژیت شوند. شدت عفونت بستگی به عامل عفونت زا دارد.

• علائم و نشانه ها

در خیلی از موارد، علائم اولیه مننژیت با آنفولانزا اشتباه گرفته می شود. گرچه ممکن است ابتدا به مننژیت بیش از دوره ۲-۱ روزه برای نشان دادن علائم اولیه آن فرصت لازم داشته باشد، ولی گاهی این بیماری یک سیر برق آسا و سریعاً کشنده را طی می کند. هرگونه تأخیر در درمان مننژیت باکتریال، باعث افزایش خطر بروز آسیب های دائمی در فرد می شود.

بنابراین در صورتی که شما یا یکی از اعضای خانواده شما علائم زیر را نشان دادند، باید سریعاً به دنبال مراقبت های پزشکی بروید و با یک پزشک در این زمینه مشورت کنید: تب بالا، سردرد شدید، تهوع و استفراغ همراه با سردرد، گیجی، تشنج، بی خوابی و یا سخت از خواب بیدار شدن، گردن سفت و کم حرکت، حساسیت به نور، کاهش تمایل به نوشیدن و یا خوردن.

• علائم در نوزادان

نوزادان و شیرخواران ممکن است علائم کلاسیک مننژیت مثل درد و یا گردن سفت را نداشته باشند، و به جای آن علائمی مثل گریه مداوم، خواب آلودگی غیر طبیعی و یا بی قراری و کاهش میل به غذا را از خود نشان دهند. گاهی در این موارد ملاحظه کودک برجسته می شود. یک علامت خیلی دیررس، قرارگرفتن بدن در یک حالت اسپاسم، ولی نه به صورت انقباض، بلکه در حالت کشیدگی کامل عضلات است که به آن «اپیستوتونی» می گویند.

• عوامل خطر

چندین عامل خطر وجود دارد که کودکان و یا بزرگسالان را در معرض خطر بالاتری برای عفونت مننژیت قرار می دهد:

▪ سن:

کودکان زیر ۵ سال، جوانان بین ۲۴-۱۸ سال و افراد سالمند بیش از سایر گروه های سنی در معرض ابتلا به مننژیت قرار دارند.

▪ زندگی در محیط های شلوغ و دسته جمعی:

دانشجویانی که در خوابگاه زندگی می کنند، پرسنل نظامی مستقر در پایگاه های نظامی، کودکان ساکن در مدارس شبانه روزی و با مراکز نگهداری و تربیت کودکان، در خطر بیشتر ابتلا قرار دارند؛ زیرا عفونت در مکان های شلوغ سریعاً در بین گروه وسیعی از افراد پخش می شود.

▪ بارداری:

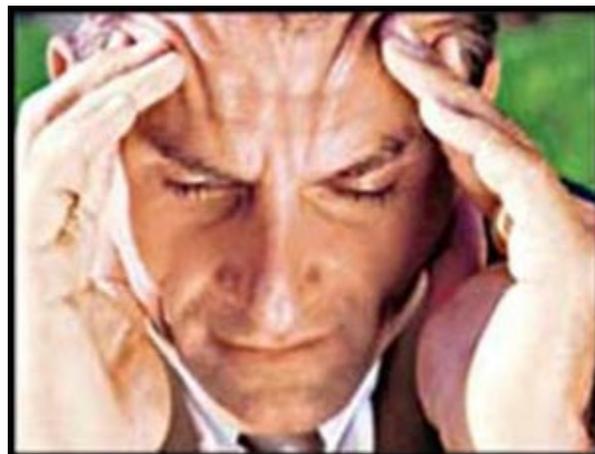
در خانم های باردار، احتمال ابتلا به عفونت لیستریا (بنام لیستریوزیس) بیشتر از حالت عادی است و در ضمن این باکتری نیز می تواند یکی از عوامل ابتلا به مننژیت باشد. در چنین مواردی ریسک عفونت جنین نیز بالا می رود.

▪ سروکار داشتن با حیوانات:

کشاورزان ، دامپروران و ... که با حیوانات اهلی سر و کار دارند نیز در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به عفونت لیستریا هستند که آن هم می تواند منجر به ابتلا به مننژیت لیستریایی شود.

• عواملی که باعث تضعیف سیستم ایمنی می شوند: بیماری ایدز، دیابت، مصرف داروهای سرکوب کننده ایمنی، یا عمل جراحی برداشتن طحال همگی می توانند فرد را در معرض خطر ابتلا به بیماری مننژیت قرار دهند.

• عوارض



همان طور که پیش از این ذکر شد، هر چه مدت زمانی که فرد مبتلا به مننژیت بدون درمان بوده است، بیشتر باشد، عوارض بیماری بیشتر خواهد بود. این عوارض می تواند شامل از دست دادن شنوایی، از دست دادن بینایی، اختلال گفتاری، اختلال در یادگیری و مشکلات رفتاری و گاهی حتی فلج اندام ها باشد. از عوارض غیر عصبی این بیماری می توان به اختلال کارکرد کلیه ها و یا غدد فوق کلیوی اشاره کرد. غدد فوق کلیوی در پاسخ به شرایط استرس، با ترشح هورمون هایی مثل کورتیزول، بدن را در مقابله با این استرس ها محافظت می کند. در بدترین شرایط نیز با توجه به اینکه عفونت سیستم عصبی می تواند خیلی سریع منتشر شود، این بیماری می تواند در صورت درمان نشدن، بیمار را به حالت شوک برسد و باعث مرگ او شود.

• درمان

درمان سریع با آنتی بیوتیک های وریدی، اصل اول درمان مننژیت است تا از ایجاد عوارض وخیم جلوگیری شود. نوع آنتی بیوتیک با توجه به نوع باکتری (که از آزمایش مغزی نخاعی می توان برای شناسایی آن استفاده کرد) تعیین می شود. علاوه بر آنتی بیوتیک، پزشک ممکن است بر حسب موقعیت و وضعیت بیمار، درمان هایی را برای تورم بافت مغز، شوک، تشنج و یا کم آبی وی در نظر بگیرد، اگر بیمار دچار عفونت در ناحیه سینوس ها و یا استخوان پشت گوش شده است، شاید نیاز باشد که عفونت این فضاها تخلیه شود. همچنین هرگونه مایعی که بین بافت مغز و پرده های مغزی تجمع پیدا کرده است، باید تخلیه شود.

• پیشگیری

برخی از انواع مننژیت مسری هستند. شما ممکن است باکتری را از فرد بیمار در حالی که وی با عطسه یا سرفه آنها را وارد هوا می کند، دریافت کنید. همچنین استفاده از سیگار، مسواک، فاشق، چنگال و ظرف غذای فرد بیمار نیز می تواند باعث انتقال بیماری به دیگران شود. زندگی کردن و یا کار کردن با کسی که مبتلا به بیماری شده است هم می تواند باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری شود.

افراد می توانند با اجتناب از ویروس های عامل مننژیت، خطر ابتلای خود را پایین بیاورند. این ویروس ها اکثراً ویروس های مولد عفونت های معده ای - روده ای هستند. با رعایت بهداشت فردی می توان تا حدی از خطر ابتلا به آنها کاست.

برای کاهش ریسک ابتلا به لیستریا خصوصاً در خانم های باردار توصیه می شود که گوشت را به صورت کاملاً پخته مصرف کنند و همچنین از خوردن پنیری که از شیر غیر پاستوریزه درست شده، اجتناب نمایند.

رعایت موارد ساده بهداشتی و در رأس آن شستشوی دقیق دست ها می تواند یکی از بهترین روش ها برای حفظ سلامتی انسان باشد. خصوصاً به کودکان باید شستن صحیح دست ها را آموخت. هر دو سطح دست (پشت و کف دست) باید کاملاً با صابون آغشته شده و بعد با آب کاملاً شسته شود. شستشوی دست خصوصاً پس از توالی، پس از دستکاری حیوانات اهلی و یا پس از حضور طولانی مدت در مکان های شلوغ عمومی توصیه می شود. همچنین باید با مصرف غذاهای سالم که حاوی میوه ها، سبزی های تازه و غلات کامل هستند و استراحت کافی و ورزش منظم، سیستم ایمنی بدن را تقویت کرد.

به کمک واکسیناسیون نیز می توان از ابتلا به بعضی از اقسام مننژیت باکتریایی پیشگیری کرد.

منبع : روزنامه اطلاعات

<http://vista.ir/?view=article&id=301048>



• سندرم منیر:

یک بیماری مرتبط با اختلالات گوش بوده و بیماری مغزی نیست که دارای نشانه های سه گانه شامل :

- سر گیجه شدید، وزوز گوش و ناشنوایی حسی- عصبی متغیر می باشد.
- سن شیوع آن معمولا ۶۰-۲۰ سالگی بوده و میزان شیوع آن در هر دو جنس یکسان است. ابتلاک هر دو گوش یکسان است اما بیماری در ۲۰% موارد دو طرفه است.

• علت بیماری

هنوز نا شناخته است اما احتمالا عواملی مانند:

اثرات هورمونی و مواد عصبی- شیمیایی غیر طبیعی بر جریان خون لایبرنتی، اختلالات الکترولیتی در مایعات لایبرنتی، واکنشهای آلرژیک، بیماری های خود ایمن و سابقه خانوادگی مثبت در بروز این بیماری موثر هستند.

• علایم بیماری:

- ناشنوایی حسی- عصبی متغیر و پیش رونده
- وزوز گوش یا احساس صدای بلند در گوش
- احساس پری یا سنگینی در گوش
- احساس سر گیجه شدید همراه با استفراغ یا تهوع
- بررسی و یافته های تشخیصی:
- سر گیجه معمولا مشکل اصلی بیماران است.
- سر گیجه به مدت چند دقیقه تا چند ساعت و احتمالا همراه با تهوع و یا استفراغ.
- تعریق و احساس عدم تعادل تا چند روز.
- بروز حملات در شب در برخی افراد.
- نا شنوایی متغیر همراه با سایر علایم بیماری.
- در اودیوگرام بصورت قله ای یا وجود یک نا شنوایی حسی- عصبی در فرکانس های پایین در گوش مبتلا.
- با این حال تا به حال هیچ آزمون تشخیصی قطعی برای این بیماری یافت نشده است.

• درمان:

- درمان در بیماری منیر ابتدا بصورت درمان طبی و دارویی ونهایتا درمان جراحی است.
- در درمان طبی (رژیم غذایی) بدین صورت است که نشانه های بیماران را با محدود کردن سدیم رژیم غذایی (۲ گرم در روز) کنترل می کنند. چرا که احتباس مایع و سدیم باعث به هم خوردن تعادل حساس بین آندولنف و پری لنف در گوش داخلی می شود. که بر این اساس یک نوع رژیم غذایی برای این بیماران توصیه می شود که شامل موارد زیر می باشد:
- مایعات محدود نیست اما از آشامیدن آب به مقدار زیاد خود داری شود.
- پروتئین محدود نیست اما کلسیم در موارد نیاز و سدیم خوراکی بسیار کم مصرف شود.
- تمام غذاها بدون نمک مصرف شوند.
- از تخم مرغ، گوشت و نان بی نمک می توان بطور دائم در رژیم غذایی استفاده کرد(بطور مناسب ومنظم).
- گندم، برنج، سیب زمینی، میوه و سبزیجات از جمله مواد غذایی مجاز برای مصرف کردن می باشند.
- از موادی مانند: ماهی و گوشت، نمک سود شده، هویج، باقلا و کشمش به هیچ عنوان نباید استفاده کرد و در واقع این مواد ممنوع هستند.
- از مواد غذایی مانند: کدو، چغندر، گل کلم، شاهی، جعفری، طالبی، توت فرنگی، لیمو ترش، هلو، انجیر، ترب، تریچه و بادام زمینی می توان دوبار در هفته استفاده کرد.

- در درمان دارویی از آنتی هیستامین (مانند مکلزین)
- آرام بخشهایی نظیر دیازپام جهت کنترل سر گیجه.
- داروهای ضد استفراغ مانند: شیاف پرومتازین برای کمک به تهوع، استفراغ و سر گیجه به دلیل اثر آنتی هیستامینی استفاده می شود.
- داروهای دیورتیک مانند: هیدرو کلرو تیازید برای پایین آوردن فشار در دستگاه آندو لنفاتیک (در صورتی که داروی دیور تیک کاهنده پتاسیم باشد حتما بیمار باید از مواد غذایی سر شار از پتاسیم چون موز، گوجه فرنگی، پرتغال) مصرف کند.
- مصرف داروهای متسع کننده عروقی مثل اسید نیکوتینیک، پاپاورین و متانتلین به دلیل تاثیر مثبت این داروها به همراه مصرف با سایر داروها.
- در صورتی که به درمانهای محافظتی پاسخ منفی داده شود و حملات نا توان کننده سر گیجه ادامه یابد از درمان جراحی استفاده می شود که به سه صورت:
- جراحی به جهت کاهش فشار کیسه آندولنفاتیک، کاتر های داخل گوش و قطع عصب وستیبولر انجام می گیرد.
- چند توصیه مهم در مورد سر گیجه:
- آموختن علایم پیش در آمد حمله و آمادگی های لازم.
- نشستن هنگام سر گیجه .
- محدود کردن حرکات سر با بالش در هر دو طرف سر.
- با بروز سر گیجه، هنگام دراز کشیدن چشم ها را باز نگه داشته و به یک نقطه خیره شود.
- تشویق بیمار به نوشیدن مایعات و پرهیز از مواد کافئین دار مانند نوشابه ها- چای پر رنگ
- نهایتا بهبود وضعیت روانی و اجتماعی در این بیماران با انجام اقدامات موثر.

منبع : وب سایت رسمی دکتر ابراهیم رزم پا

<http://vista.ir/?view=article&id=270310>

 **vista.ir**
Online Classified Service

میگرن

• مقدمه :

میگرن نوعی از انواع سردرد است که به صورت متناوب و عودکننده بوجود می آید و ممکن است یک طرفه یا دوطرفه باشد. سردردهای میگرنی اغلب با یکسری وقایع به نام اورا همراه هستند که ممکن است شامل علائم عصبی مثل گیجی یا ترس از نور باشد و یا اختلالات بینایی مثل دیدن جرقه های نورانی در میدان دید را شامل می شود. از سال ۱۹۸۸ تعریف سردرد به صورت جدید انجام شد که در آن سردردهای میگرنی بدون اورا شایعتر هستند و حدود ۸۰٪ کل میگرنها را تشکیل می دهند.

• پاتوفیزیولوژی:

پاتوفیزیولوژی اصلی این بیماری هنوز ناشناخته است ولی دانشمندان، آزاد



شدن واسطه های عصبی مثل سروتونین و دوپامین در مغز را عامل اصلی آن می دانند. این واسطه ها باعث بوجود آمدن آبشار التهابی و تجمع



سلولهای ایمنی در محل می شود که در این مسیر نقش سروتونین شناخته شده تر است.

برخی از علائم همراه مثل تهوع، استفراغ، خمیازه کشیدن، حساسیت پذیری، افت فشار خون و فعالیت بیش از حد (هایپراکتیویته) با دوپامین در ارتباط هستند. به همین علت استفاده از مهارکننده های دوپامین مثل متوکلوپرامید، هالوپریدول و کلروپرومازین، در درمان میگرن موثر است.

• بروز و شیوع:

حدود ۱۰٪ افراد جامعه به سردردهای میگرنی مبتلا هستند، که از این میزان، ۶٪ به مردان و ۱۷٪ به زنان تعلق دارد. میگرن در زنان شایعتر است که این نسبت در کودکی ۳ به ۱ است. اولین حمله در کودکی رخ می دهد و وقوع آن با افزایش سن بیشتر می شود. ۸۰٪ مبتلایان، اولین حمله را در ۳۰ سالگی تجربه کرده اند. شروع میگرن پس از سن ۵۰ سالگی، بعید به نظر می رسد.

• اورا:

وقایعی هستند که چند روز تا چند ساعت قبل از شروع میگرن به وقوع می پیوندند. شایعترین آنها اختلالات بینایی هستند مثل: لکه های نورانی در میدان بینایی، نقطه های نورانی، اختلال حس یک طرفه، توهم و اختلال دید یک طرفه.

• خصوصیات سردرد:

اغلب موارد یک طرفه است و یک قسمت سر را درگیر می کند ولی در ۳۰ تا ۴۰٪ موارد دو طرفه است. این سر درد به صورت ضربان دار است و ۴ تا ۷۲ ساعت طول می کشد.

تظاهرات سیستمیک:

(۱) تهوع ۸۰-۹۰٪

(۲) استفراغ ۶۰-۴۰٪

(۳) ترس از نور ۸۰٪

(۴) ترس از صدا ۸۰-۷۵٪

(۵) احساس سبکی سر ۷۰٪

• نکات مهم در معاینه بالینی:

(۱) در معاینه فرد بیمار هیچ یافته خاصی وجود ندارد ولی بهر حال باید معاینه سیستم عصبی انجام شود و هر گونه اختلال در آن باید ما را به عامل دخیل دیگری مشکوک کند.

(۲) یافته های فیزیکی مهمی که نشان دهنده یک عامل خطرناک هستند و باید آنها را در نظر داشت، عبارتند از:

الف) وجود علائم عمومی مثل

- درد عضلات

- تب

- خستگی

- کاهش وزن

- حساسیت پوست سر.

ب) ناهنجاری های متمرکز عصبی، گیجی، تشنج یا هر گونه اختلال در هوشیاری فرد.

• علل میگرن:

(۱) عامل دقیق و اصلی آن ناشناخته است.

(۲) سابقه فامیلی ۷۰-۸۰٪

(۳) داروها: قرصهای ضد حاملگی و داروهای متسع کننده عروق

(۴) خستگی یا استرس های روانی

۵) غذاهای خاص یا الکل

۶) فعالیت

• تشخیص های افتراقی:

افتراق از انواع

▪ سردرد

▪ مننژیت

▪ سینوزیت

▪ سکته مغزی

▪ خونریزی مغزی

▪ بیماری های عروق مغز

▪ تومورهای مغزی وابستگی به مواد مخدر

• بررسیهای آزمایشگاهی:

بررسیهای رادیولوژیک برای رد کردن سایر علل انجام می شود که در این بین سی تی اسکن از همه مهمتر است ولی حساسیت ام آر آی و آنژیوگرافی بیشتر است. برای بررسی عفونت یا خونریزی های زیر عنکبوتیه می توان از خارج کردن مایع مغزی-نخاعی استفاده کرد.

• درمان:

مراقبت های پش از اورژانس و بیمارستان عبارتند از

▪ عدم مصرف داروهای ضد درد مخدر

▪ عدم تحریک عصبی یا شنوایی.

در اورژانس پس از معاینه عصبی، استفاده از داروهای موثر در میگرن و مشاوره اعصاب توصیه می شود.

• داروها:

هدف از مصرف دارو جلوگیری از حملات یا کنترل آنهاست. این امر باعث کاهش میزان حملات، بهبود پاسخدهی به درمان و بهبود کارکرد فرد می شود. انواع داروهای مصرفی در میگرن عبارتند از:

۱) محرک های گیرنده سروتونین:

- سوماتریپتان

- فرواتریپتان

- زولمیتریپتان

۲) آلكالوئیدهای ارگوت و مشتقات آنها:

- تارترات ارگوتامین

- دی هیدروارگوتامین

۳) داروهای ترکیبی

۴) باربیتوراتها

۵) ضد استفراغ ها:

- کلرپرومازین

- دروپیریدول

- پرومتازین

۶) ضد دردها:

- استامینوفن

- کدئین

- آسپیرین

(۷) داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی:

- ناپروکسن

- کتوپروفن

داروهائی که در پیشگیری استفاده می شوند:

(۱) بتابلوکرها:

- آتنولول

- پروپرانولول

- تیمولول

(۲) ضدافسردگیها:

- آمی تریپتیلین

- نورتریپتیلین

(۳) مشتقات ارگوت: متی سرزید

(۴) آنتی هیستامین ها: سیپروهیتادین

(۵) ضد تشنجهها: اسید والپروئیک

• نکاتی جدید و خواندنی در مورد میگرن:

(۱) درمان جدید برای میگرن:

در این روش یک درپوش درمسیر خروجی قلب گذاشته می شود تا لخته های کوچک به مغز نرسند. برخی پزشکان معتقدند که همین لخته ها باعث بروز میگرن می شوند. این روش در یک سوم بیماران میگرنی موثر خواهد بود.

(۲) تسکین میگرن با تحریکات مغناطیسی:

دانشمندان اعتقاد دارند که حملات میگرن به دنبال تحریک سلولهای عصبی و اختلال در کار آنها است. این دو مرحله با وقوع تغییرات در اورا همراهی دارند و سپس سردرد ضرباندار بوجود می آید. اگر بتوان این فرایند را با دو پالس مغناطیسی متوقف کنیم، می توانیم میگرن را هم تا حدودی کنترل کنیم. این دستگاه مغناطیسی ایجاد می کند و بواسطه این میدان، سلول های مغز را فعال می کند. نتایج نشان می دهد که در ۷۵٪ بیماران، تخفیف سردرد پس از دو ساعت را گزارش کردند.

(۳) ارتباط بین میگرن و تب یونجه:

تحقیقات جدید دانشمندان نشان می دهد که بسیاری از مبتلایان به تب یونجه، به سردردهای میگرنی نیز مبتلا می شوند که عامل این امر را هیستامین می دانند. طبق تحقیق محققان، احتمال داشتن علائم میگرن در مبتلایان به آلرژی ۱۴ برابر افراد غیر مبتلا است.

<http://vista.ir/?view=article&id=316157>



میگرن علانم و درمان



میگرن سردرد عروقی است که در اثر انقباض شدید رگ های خونی مغز عارض می شود. میگرن با دو نوع میگرن معمولی و کلاسیک شناخته می شود. میگرن معمولاً به آرامی رخ می دهد و با دردهای تپنده ممکن است مدت ۲ تا ۷۲ ساعت به طول بیانجامد. درد بسیار شدید و اغلب در شقیقه یا پشت یک گوش متمرکز است که متناوباً از پشت سر شروع و به یک قسمت کامل سر پخش شود. میگرن معمولی با تهوع، استفراغ، تاری یا اختلال در دید، سوزش و بی حسی در دست ها و پاها همراه بوده و ممکن است تا ۱۸ ساعت ادامه یابد.

درد میگرن در کودکان ممکن است به صورت سردرد ظاهر نشود و با علائمی چون قولنج یا گاز معده، دردهای شکمی دوره ای، استفراغ و گیجی همراه باشد.

میگرن کلاسیک شبیه میگرن معمولی است با علائم شدیدتر که می تواند شامل اختلال در گفتار، ضعف و ناراحتی در بینایی مانند ستارگان درخشان یا جرقه زدن در چشم احساس شود و یا اشکال هندسی که از جلو چشم می گذرند.

شایع ترین علائم در میگرن کلاسیک، اختلال در دید است و ممکن است از چند ثانیه تا چند ساعت ادامه یابد و سپس ناپدید شود. میگرن ممکن است برای هر فرد یک بار در هفته و یک یا دو بار در سال اتفاق بیفتد و اغلب به صورت مورثی به افراد دیگر

انتقال می یابد.

مهمترین عامل بروز میگرن در زنان ممکن است تغییر یا نوسان در میزان هورمون استروژن باشد که عموماً در سیکل عادات ماهانه، وقتی مقدار آن پایین می آید سردرد شروع می شود. میگرن معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سال اتفاق می افتد که به مرور زمان و با بالا رفتن سن بهبود می یابد. کودکان نیز دچار میگرن می شوند با این تفاوت که در آنها درد کانون مشخصی ندارد و پخش می شود. میگرن در کودکان ممکن است به صورت سردرد ظاهر نشود و با علائمی چون قولنج یا گاز معده، دردهای شکمی دوره ای، استفراغ و گیجی همراه باشد.

عوامل متعددی در بروز میگرن در افراد مستعد دخیل هستند از جمله: آلرژی ها، بیوسیت، استرس، اختلال کارکرد کبد، بی خوابی مفرط و خواب زیاد، تغییرات احساسی، تغییرات هورمونی، نور شدید، نورهای برق آسا، بی حرکتی بدن، تغییر فشار هوا، مشکلات دهان و دندان و لته. کم شدن قندخون در میگرن نقش بسزایی دارد. تحقیقات نشان داده است که میزان قندخون در طول حملات میگرنی در سطح پایین قرار دارد که باعث شدت درد می شود. استعمال دخانیات به سبب داشتن نیکوتین و مونو اکسیدکربن موجود در دود سیگار در ایجاد سردرد مؤثر است. غذاهای گوناگونی نیز ممکن است به افزایش درد منجر شوند مانند: شکلات، مرکبات، نوشابه های الکلی، غذاهای مانده و نمک اندود شده، ترشی ها و مواد مخمر.

• گیاهانی که خواص دارویی دارند می توانند برای مبارزه با این درد مفید باشند. از جمله:

۱) عصاره شیرین بیان که موجب بالا رفتن انرژی شده و با کمک به از بین رفتن علائم آلرژی، باعث کاهش درد می شود.

• هشدار: روزانه و به طور مرتب بیش از ۷ روز مصرف نشود. افراد دارای فشارخون مطلقاً مصرف نکنند.

۲) گل گاو زبان باعث تخفیف درد می شود.

۳) مواد مفید دیگر در معالجه میگرن از قبیل بابونه، نعناکوهی، اکلیل کوهی، سنبل الطیب، پوست درخت بید، افسنتین (در زمان حاملگی و به مدت زیاد مصرف نشود) هستند.

بالا بردن درجه حرارت دست ها می تواند از سردرد جلوگیری کرده و حمله را متوقف سازد. یک حمام آب داغ هم می تواند مفید باشد

- توصیه ها

- (۱) رژیم غذایی را انتخاب کنید که کم حجم و از نظر کربوهیدرات ها ساده و با پروتئین بالا باشد.
 - (۲) مغز بادام، شیره بادام، آب تره، شاهی، جعفری، رازیانه، سیر، گیلان، آناناس تازه را در رژیم غذایی خود بگنجانید.
 - (۳) غذاهای حاوی آمینواسیدتیرامین را که شامل گوشت های مانده (کهنه - نمک اندود شده) انبه، موز، کلم، کنسرو ماهی، مواد لبنی، بادمجان، گوجه فرنگی، سیب زمینی، تمشک، آلو قرمز، مخمرها هستند و همین طور نوشابه های الکلی، شکلات، اسپرین و غذاهای چاشنی دار (ادویه جات) را از رژیم غذایی حذف کنید.
 - (۴) از خوردن نمک، غلات، گوشت زیاد، نان، حبوبات، غذاهای چرب و سرخ شده بپرهیزید.
 - (۵) غذا را به مقدار کم و با کیفیت بالا مصرف کنید. بین وعده های غذا اگر ضرورت دارد غذای مختصر مغزی برای کمک به تثبیت قندخون استفاده نمایید و هیچ وعده غذایی را حذف نکنید.
 - (۶) با دندان پزشک خود برای معالجه هرگونه مشکل دهان و دندان، لثه، عفونت یا هر مسئله دیگر مشورت کنید.
 - (۷) نوشیدن قهوه را برای معالجه میگرن امتحان کنید. هنگام بروز هر علامت برای شروع حمله میگرنی ۱ یا ۲ فنجان قهوه غلیظ نوشیده، سپس به یک اتاق تاریک بروید و در سکوت مطلق استراحت کنید. برای این که این نوع معالجه مؤثر واقع شود هیچگاه موادی که حاوی کافئین است مصرف نکنید. اگر دارویی برای این کار مصرف می کنید حتماً با تجویز دکتر باشد.
 - (۸) از کشیدن سیگار و نشستن در محیط آلوده به دود سیگار جداً خودداری کنید.
- هنگام بروز هر علامت برای شروع حمله میگرنی ۱ یا ۲ فنجان قهوه غلیظ بنوشید، سپس به یک اتاق تاریک بروید و در سکوت مطلق استراحت کنید. برای این که این نوع معالجه مؤثر واقع شود هیچگاه موادی که حاوی کافئین است مصرف نکنید. اگر دارویی برای این کار مصرف می کنید حتماً با تجویز دکتر باشد.

- ملاحظات

- (۱) استفاده مکرر از مسکن های موجود ممکن است احتمال حملات میگرن را افزایش دهد.
 - (۲) طبق مطالعات گزارش شده وقتی غذاهای آلرژی زا از برنامه غذایی مبتلایان به میگرن حذف شد، ۹۳ درصد آنها تسکین یافتند.
 - (۳) دردهای میگرنی در زنان ممکن است به علت تغییرات هورمونی در طول سیکل عادت ماهانه باشد و بعد از اتمام دوره معمولاً به تدریج کاهش می یابد.
 - (۴) سرد شدن دست ها و کم شدن درجه حرارت قبل از حمله میگرنی علامت هشدار انقباض رگ های خونی و شروع درد است.
 - (۵) بالا بردن درجه حرارت دست ها می تواند از سردرد جلوگیری کرده و حمله را متوقف سازد. یک حمام آب داغ هم می تواند مفید باشد.
 - (۵) موسیقی می تواند کمک مؤثری در کاهش درد میگرنی باشد.
 - (۶) بسیاری از مبتلایان به میگرن به این نتیجه رسیدند که به طور مرتب و دائمی از مسکن های موجود استفاده کنند. ابتدا درد به دارو جواب می دهد ولی پس از مدتی دوباره برمی گردد و شخص را وادار به مصرف بیشتر دارو می کند.
 - (۷) هرچه مقدار دارو بیشتر می شود درد شدیدتر می گردد. اگر فکر می کنید سردرد شما نیاز به دارو دارد حتماً با تجویز این کار را انجام دهید.
 - (۷) طبق یک مطالعه در یکی از دانشگاه های انگلیس بر روی افرادی که از گل گاوزبان استفاده کردند مشخص شد که آنها به طور متوسط ۲۴ درصد کمتر از افرادی که از این گیاه استفاده نکردند دچار حملات میگرنی شدند و استفراغ آنها نیز- بدون هیچ گونه عوارض جانبی- کاهش پیدا کرد.
 - (۸) دارویی که به طور معمول توسط پزشکان تجویز می شود آرگوتامین است که می تواند اعتیادآور باشد و نباید بیشتر از ۲ روز در هفته مصرف شود. داروی دیگر سوماتریپ تان (IMITREN) که برای حمله های میگرنی شدید استفاده می شود که باعث بالا بردن سروتونین در مغز می شود. طبق مطالعات کلینیکی ۸۲ درصد افرادی که از این دارو استفاده می کنند در طول ۲ ساعت وضعیت بهتری پیدا می کنند.
- این دارو به صورت تزریقی مصرف شده و دارای عوارض جانبی گیجی، خواب آلودگی، بی قراری و نگرانی است که برای همه افراد مناسب نیست زیرا باعث انقباض شریانی می شود.
- افرادی که ناراحتی های قلبی دارند باید از مصرف این دارو خودداری کنند و همین طور ممکن است باعث بالا رفتن فشارخون شود و برای افرادی

که از فشارخون رنج می برند تجویز نمی شود.

۹) از داروهای دیگری که گاهی تجویز می شود آمی تریپ تیلین، دیازپام، و پروپرانولول است که بیشتر برای پیشگیری استفاده می شود تا درمان.

منبع : ایرانیان انگلستان

<http://vista.ir/?view=article&id=278220>

 Vista.ir
Online Classified Service

میگرن، خوش خیم اما آزاردهنده

همه ما در طول عمر خود سردردهای مختلفی را تجربه کرده ایم. بسیاری از این سردردها بعد از مدت کوتاه بهبود می یابند مثل سردردهایی که در طول بروز یک بیماری عفونی ایجاد می شوند. این نوع سردردها باعث نگرانی نیستند و با بهبود بیماری، رفع می شوند. اما سردردهایی که منبع خاصی ندارند و علت ایجاد آنها مشخص نیست، می تواند باعث نگرانی شود. خوشبختانه در اکثر موارد نمی توان آنها را نشانه تومور یا سکنه مغزی دانست. بنابراین باید بررسی کرد که آیا این سردردها جزء سردردهای میگرنی هستند یا نه؟ میگرن، شایع ترین علت سردردهای مکرر است که



بیشتر در زنان دیده می شود، این بیماری از سن بلوغ شروع شده و در سن بالای ۵۰ سال از بین می رود. دردهای میگرنی از کلمه Hemicrania (به معنی یک طرف سر) گرفته شده که غالباً سردردها، یک طرف سر را فراگرفته و از چهارساعت تا ۷۲ ساعت طول کشیده و گاهی هم با تهوع و استفراغ همراه است. علت اصلی ایجاد میگرن تنگ شدن گذرای عروق مغزی است که با بازشدن جبرانی بیش از حد عروق دنبال می شود. در مرحله انقباض عروق مغزی، علائم چشمی بروز کرده و در مرحله گشادشدن عروق، سردرد ضرباندار ایجاد می شود. اکثر مبتلایان به میگرن در طول حملات، کاملاً بیمار می شوند و قادر به انجام کارهای روزمره نیستند. عده ای نیز تمایل پیدا می کنند در یک اتاق ساکت و تاریک استراحت کنند تا حمله میگرنی پایان یابد. گاهی اوقات این حملات با یک استفراغ تمام می شود اما در اکثر موارد، سردرد بعد از یک خواب خوب به تدریج تسکین می یابد. البته میگرن در همه افراد به یک صورت تظاهر نمی کند بلکه انواع مختلفی از میگرن وجود دارد که آنها را بررسی می کنیم.

میگرن کلاسیک: بعضی از حملات میگرنی، با یک مرحله پیش درآمد شروع می شوند. این پیش درآمدها شامل علائم چشمی مشخصی است که مهم ترین آن لکه سیاهی است که در سمت روبه روی فرد (وسط میدان بینایی) به وجود می آید و به تدریج بزرگ شده و به سمت پهلو فرد (حاشیه میدان بینایی) کشیده می شود که غالباً با جرقه های نوری و به صورت خطوط زیگزاگ براق رنگی لرزان احاطه شده است. از دیگر نشانه های این نوع میگرن، تاریک شدن یک سمت میدان بینایی و تارشدن سمت چپ و راست بیمار است. این علائم ۱۰ تا ۲۰ دقیقه طول کشیده و با برطرف شدن آنها سردردها آغاز می شود که با تهوع، ترس از نور و صدا همراه است.

میگرن معمولی: جزء شایع ترین انواع میگرن است. سردردها الزاماً یک طرفه نیست و در تمام سر احساس می شود و ظرف چند ساعت یا چند روز بهبود می یابد.

میگرن چشمی: بیشتر در افراد مسن دیده می شود. فرد بیشتر علائم چشمی میگرن را داراست و ممکن است حتی دچار سردرد هم نشود. علائم بصری این نوع میگرن دوبینی گذرا، تنگ شدن تدریجی میدان بینایی است به طوری که فرد احساس می کند جهان خارج را از یک سوراخ کوچک تماشا می کند و با تاریک شدن یک سمت میدان بینایی و ظهور لکه سیاه رنگ با خطوط زیگزاگ براق لرزان رنگی است.

این علائم حداکثر بد از یک ساعت کاملاً برطرف خواهد شد. اما در صورتی که به طور کامل بهبود پیدا نکند، لازم است برای مشخص شدن علت آن بررسی کاملی انجام شود زیرا گاهی اوقات، در بیماری های جدی، مانند ناهنجاری های عروق مغزی، علائمی همانند علائم چشمی میگرن ایجاد می شود اما به طور کامل بهبود پیدا نمی کند.

• میگرن شبکیه: این نوع میگرن

جزء نادرترین انواع این بیماری است که در اثر انقباض موقت سرخرگ های شبکیه یک اختلال بینایی گذرا ایجاد می کند که به صورت سیاه شدن بخشی از میدان بینایی در یک چشم یا حتی کوری کامل یک چشم تظاهر می کند. این اختلال کمتر از یک ساعت بعد بهبود یافته و ممکن است با سردرد همراه باشد یا نباشد. در صورت بروز این علائم لازم است که فرد حتماً از مبتلا نبودن به سایر بیماری ها اطمینان کافی داشته باشد تا بعد از مشخص شدن عدم ابتلا به سایر بیماری ها برای او این تشخیص گذاشته شود زیرا در بیماری های جدی عروقی نیز علائم مشابه این علائم دیده می شود.

تعداد حملات میگرن در افراد مختلف و حتی در یک فرد در زمان های مختلف، متفاوت است. حملات می توانند ماهی یک تا دو بار و در بعضی افراد ممکن است پشت سر هم، هفته ای یک یا دو بار اتفاق بیفتد. به طور کلی بعد از ۵۵ سالگی از شدت و تعداد حملات به طور بسیار زیاد کاسته می شود. تشخیص میگرن براساس شرح حال و معاینه فیزیکی بیمار صورت می گیرد و هیچ آزمایش خاصی برای تشخیص این بیماری وجود ندارد. امر آ آی و سی تی اسکن تنها برای اینکه اطمینان حاصل شود که هیچ علت و خیمی باعث ایجاد سردردها نشده، به بیمار توصیه می شود. بنابراین تشخیص میگرن کمی مشکل است. نمی توان تمام حملات میگرن را پیشگیری کرد ولی می توان با شناخت عوامل تحریک کننده و پرهیز از آنها، از تعداد حملات و شدت آنها کاست.

• شایع ترین عوامل تحریک کننده میگرن

- کافئین (هم مصرف زیاد آن و هم قطع آن بعد از مدت طولانی مصرف)

- غذاها و نوشیدنی هایی که حاوی اسیدآمینو تیرامین هستند مانند پنیر (خصوصاً پنیر مانده)، غذاهای کنسرو شده، مشروبات الکلی، قهوه، شکلات، میوه های ترش، فلفل، سوسیس و کالباس

- فشار عصبی و استرس و گاهی هم رهایی از استرس (گاهی حملات بعد از پایان یافتن استرس بروز می کنند مانند پایان گرفتن امتحانات یا بعد از یک قرار ملاقات مهم)

- سفر یا تغییر آب و هوا

- کمبود خواب و تغییر الگوی خواب

- هورمون ها (مصرف قرص های جلوگیری از بارداری یا در هنگام قاعدگی یا زمان بارداری)

- مصرف بیش از حد مسکن ها و درمان های ضددرد.

- تمرینات سخت ورزشی به خصوص اگر بدن به اندازه کافی ورزیده نباشد.

- نخوردن غذاهای کافی و رژیم های سخت غذایی

- مشکلات دندان ها (به خصوص دندان های عقل) و مفاصل فک

- صدای بلند، نورهای شدید و درخشان و بوهای تند (مانند بوی سیگار و بوی عطر) همانطور که گفته شدند حتی اگر از تمام عوامل تحریک کننده میگرن اجتناب شود، باز هم گاهی حملات بروز می کنند.

عده ای از افراد برای کاهش حملات از روش هایی مثل یوگا، طب سوزنی، ماساژ، ورزش منظم و حجامت استفاده می کنند.

سردرد میگرنی در بعضی خانواده ها شایع تر است. معمولاً مادرائی که دچار میگرن هستند، دختران شان نیز به این بیماری گرفتار می شوند.

• درمان ها

خمپازه کشیدن، احساس خستگی، انجام کارها با بی دقتی، زودرنجی، احساس تشنگی، گرفتگی عضلات گردن و حساسیت زیاد به نور و صدا از شایع ترین علائم شروع میگرن هستند.

با شناسایی این نشانه ها می توان از بروز حملات جلوگیری کرد. همراه داشتن چند قرص استامینوفن یا آسپرین و مصرف هرچه سریع تر آنها، زمانی که احساس می کنید حملات شروع خواهد شد، می تواند مانع از شروع یک حمله شود.

هنگامی که حملات آغاز می شوند، فعالیت معده کاهش پیدا کرده و این داروها به خوبی جذب نمی شوند. پس اهمیت زیادی دارد که قرص ها هرچه زودتر قبل از شروع سردردها خورده شوند.

علاوه بر این داروها، داروهای اختصاصی تری برای درمان میگرن وجود دارد مثل سوماتریپتان از گروه تریپتان ها و ارگوتامین زیر زبانی یا آمبول دی هیدرو ارگوتامین یا قرص های ارگوتامین سی از گروه داروهای ارگوتامینی.

بیمارانی که همراه با سردرد دچار حالت تهوع یا استفراغ می شوند استفاده از قرص یا شیاف های ضدتهوع در آنها اجباری خواهد شد.

اگر هنگام ابتلا به سردرد میگرنی علائم خطرناکی که در زیر به آنها می پردازیم، مشاهده شود مشورت با پزشک ضروری خواهد بود:

- سردردهای میگرنی در کسی که سابقه خانوادگی اختلالات عروقی و گشاد شدن عروق مغزی دارد.

- سردردهایی که پس از صدمه و ضربه به سر شروع شده.

- سردردهایی که با ورزش، سرفه، عطسه و آمیزش جنسی بیشتر شود

- سردردهایی که ناگهانی شروع شده و در عرض مدت کمی به اوج می رسد و

به سردردهای صاعقه ای معروف است

- شروع سردردها پس از ۴۰ سالگی

- سردردهایی که در طول زمان به شدت آن افزوده شود

- یا سردردی که از لحاظ شدت فرد را از پا درآورده و در فعالیت های روزمره فرد اختلال ایجاد کند.

• روند بیماری و آینده افراد مبتلا به میگرن

اکثر مبتلایان به میگرن حملات گاهگاهی سردرد را تحمل کرده دوباره

به زندگی عادی خود ادامه می دهند، عده ای هم به مرور راه های مقابله با آن را یاد می گیرند.

در اکثر موارد از شدت این حملات

طی دهه ششم زندگی فرد کاسته می شود.

در بررسی و مطالعات جدید MRI

در مغز افراد مبتلا به میگرن تغییراتی مشاهده شده ولی هیچ گونه شواهدی از اینکه حملات میگرن باعث افزایش احتمال ابتلا به بیماری هایی

مانند سکته مغزی، فراموشی یا سایر بیماری های جدی مغزی شوند در دسترس نیست.

منبع : روزنامه سرمایه

<http://vista.ir/?view=article&id=348740>

 **vista.ir**
Online Classified Service

میگرن؛ علائم و درمان

میگرن کلاسیک شبیه میگرن معمولی است با علائم شدیدتر که می تواند شامل اختلال در گفتار، ضعف و ناراحتی در بینایی مانند ستارگان درخشان یا جرقه زدن در چشم احساس شود و یا اشکال هندسی که از جلو چشم می گذرند.

شایع ترین علائم در میگرن کلاسیک، اختلال در دید است و ممکن است از چند ثانیه تا چند ساعت ادامه یابد و سپس ناپدید شود. میگرن ممکن است برای هر فرد یک بار در هفته و یک یا دو بار در سال اتفاق بیفتد و اغلب به صورت مورثی به افراد دیگر انتقال می یابد.

مهمترین عامل بروز میگرن در زنان ممکن است تغییر یا نوسان در میزان هورمون استروژن باشد که عموماً در سیکل عادات ماهانه، وقتی مقدار آن



پایین می آید سردرد شروع می شود. میگرن معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سال اتفاق می افتد که به مرور زمان و با بالا رفتن سن بهبود می یابد. کودکان نیز دچار میگرن می شوند با این تفاوت که در آنها درد کانون مشخصی ندارد و پخش می شود. میگرن در کودکان ممکن است به صورت سردرد ظاهر نشود و با علائمی چون قولنج یا گاز معده، دردهای شکمی دوره ای، استفراغ و گیجی همراه باشد.

عوامل متعددی در بروز میگرن در افراد مستعد دخیل هستند از جمله: آلرژی ها، یبوست، استرس، اختلال کارکرد کبد، بی خوابی مفرط و خواب زیاد، تغییرات احساسی، تغییرات هورمونی، نور شدید، نورهای برق آسا، بی حرکتی بدن، تغییر فشار هوا، مشکلات دهان و دندان و لثه. کم شدن قندخون در میگرن نقش بسزایی دارد. تحقیقات نشان داده است که میزان قندخون در طول حملات میگرنی در سطح پایین قرارداد که باعث شدت درد می شود. استعمال دخانیات به سبب داشتن نیکوتین و مونو اکسیدکربن موجود در دود سیگار در ایجاد سردرد مؤثر است. غذاهای گوناگونی نیز ممکن است به افزایش درد منجر شوند مانند: شکلات، مرکبات، نوشابه های الکلی، غذاهای مانده و نمک اندود شده، ترشی ها و مواد مخمر.

گیاهانی که خواص دارویی دارند می توانند برای مبارزه با این درد مفید باشند.

از جمله:

۱) عصاره شیرین بیان که موجب بالا رفتن انرژی شده و با کمک به از بین رفتن علائم آلرژی، باعث کاهش درد می شود.

- هشدار: روزانه و به طور مرتب بیش از ۷ روز مصرف نشود. افراد دارای فشارخون مطلقاً مصرف نکنند.

۲) گل گاو زبان باعث تخفیف درد می شود.

۳) مواد مفید دیگر در معالجه میگرن از قبیل بابونه، نعناکوهی، اکلیل کوهی، سنبل الطیب، پوست درخت بید، افسنتین (در زمان حاملگی و به مدت زیاد مصرف نشود) هستند.

بالا بردن درجه حرارت دست ها می تواند از سردرد جلوگیری کرده و حمله را متوقف سازد. یک حمام آب داغ هم می تواند مفید باشد

• توصیه ها

۱) رژیم غذایی را انتخاب کنید که کم حجم و از نظر کربوهیدرات ها ساده و با پروتئین بالا باشد.

۲) مغز بادام، شیر بادام، آب تره، شاهی، جعفری، رازیانه، سیر، گیلاس، آناناس تازه را در رژیم غذایی خود بگنجانید.

۳) غذاهای حاوی آمینواسیدتیرامین را که شامل گوشت های مانده (کهنه - نمک اندود شده) انبه، موز، کلم، کنسرو ماهی، مواد لبنی، بادمجان، گوجه فرنگی، سیب زمینی، تمشک، آلو قرمز، مخمرها هستند و همین طور نوشابه های الکلی، شکلات، اسپرین و غذاهای چاشنی دار (ادویه جات) را از رژیم غذایی حذف کنید.

۴) از خوردن نمک، غلات، گوشت زیاد، نان، حبوبات، غذاهای چرب و سرخ شده بپرهیزید.

۵) غذا را به مقدار کم و با کیفیت بالا مصرف کنید. بین وعده های غذا اگر ضرورت دارد غذای مختصر مغذی برای کمک به تثبیت قندخون استفاده نمایید و هیچ وعده غذایی را حذف نکنید.

۶) با دندان پزشک خود برای معالجه هرگونه مشکل دهان و دندان، لثه، عفونت یا هر مسئله دیگر مشورت کنید.

۷) از کشیدن سیگار و نشستن در محیط آلوده به دود سیگار جداً خودداری کنید.

• ملاحظات

۱) استفاده مکرر از مسکن های موجود ممکن است احتمال حملات میگرن را افزایش دهد.

۲) طبق مطالعات گزارش شده وقتی غذاهای آلرژی زا از برنامه غذایی مبتلایان به میگرن حذف شد، ۹۳ درصد آنها تسکین یافتند.

۳) دردهای میگرنی در زنان ممکن است به علت تغییرات هورمونی در طول سیکل عادت ماهانه باشد و بعد از اتمام دوره معمولاً به تدریج کاهش می یابد.

۴) سرد شدن دست ها و کم شدن درجه حرارت قبل از حمله میگرنی علامت هشدار انقباض رگ های خونی و شروع درد است.

بالا بردن درجه حرارت دست ها می تواند از سردرد جلوگیری کرده و حمله را متوقف سازد. یک حمام آب داغ هم می تواند مفید باشد.

۵) موسیقی می تواند کمک مؤثری در کاهش درد میگرنی باشد.

۶) بسیاری از مبتلایان به میگرن به این نتیجه رسیدند که به طور مرتب و دائمی از مسکن های موجود استفاده کنند. ابتدا درد به دارو جواب می دهد ولی پس از مدتی دوباره برمی گردد و شخص را وادار به مصرف بیشتر دارو می کند. هرچه مقدار دارو بیشتر می شود درد شدیدتر می گردد. اگر فکر می کنید سردرد شما نیاز به دارو دارد حتماً با تجویز این کار را انجام دهید.

۷) طبق یک مطالعه در یکی از دانشگاه های انگلیس بر روی افرادی که از گل گاوزبان استفاده کردند مشخص شد که آنها به طور متوسط ۲۴ درصد کمتر از افرادی که از این گیاه استفاده نکردند دچار حملات میگرنی شدند و استفراغ آنها نیز- بدون هیچ گونه عوارض جانبی- کاهش پیدا کرد.

<http://vista.ir/?view=article&id=283434>



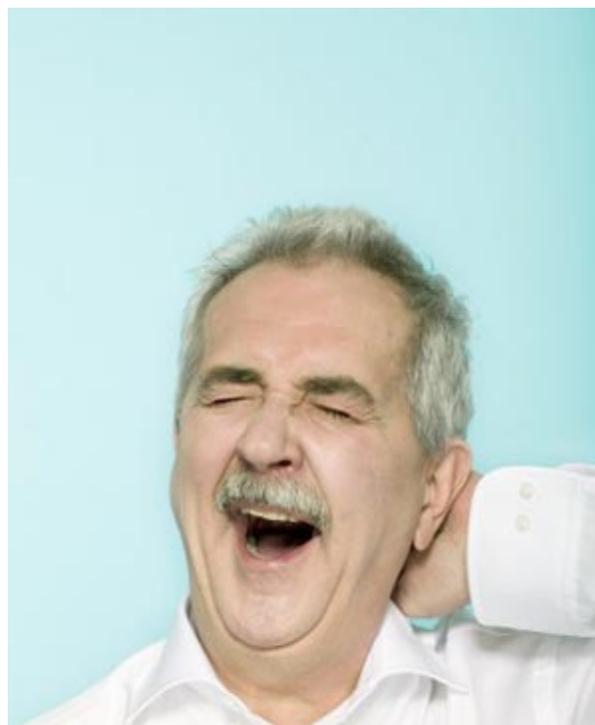
نارکولپسی یعنی چه؟

چند روز پیش برای کاری به اداره ای مراجعه کردم. کارمندی که مسئول رسیدگی به کار من بود هنگامی که فهمید من پزشک هستم گل از گلش شکفت و پرسید با آنکه خوابش خوب است اما همیشه در طول روز احساس کسالت و خواب آلودگی دارد. به طوری که گاهی اوقات در محل کارش طاقت نمی آورد و به خواب می رود. نخستین تشخیصی که به ذهنم رسید اختلال نارکولپسی بود. اگر شما هم می خواهید با این اختلال شایع آشنا شوید مطلب زیر را بخوانید.

میل غیرطبیعی و شدید به خوابیدن در طول روز را نارکولپسی گویند. این واژه یونانی است و از کلمه نارکو به معنی گیجی گرفته شده است. این نوع اختلال نوعی مشکل عصبی است که شامل مکانیزم خوابیدن- بیدار شدن در مغز و غیرطبیعی بودن خواب REM (یا همان مرحله حرکت سریع چشم) است.

• علایم و نشانه ها

خواب آلودگی شدید روزانه، از دست دادن ناگهانی هماهنگی ماهیچه،





احساس فلج شدن حین خوابیدن یا بیدار شدن و رویایی شدن یا همان بروز توهمات، از علائم و نشانه‌های بارز نارکولپسی است. افرادی که دچار نارکولپسی هستند ممکن است در هر زمان احساس خواب‌آلودگی داشته باشند. این افراد بدون اینکه از مرحله اول خواب بگذرانند بلافاصله وارد خواب REM می‌شوند.

محققان بر این باورند که ژنتیک، فعل و انفعالات ناقلان مغزی (فرستنده‌های عصبی) و بعضی از عوامل دیگر مانند وپروس‌ها می‌توانند نارکولپسی شوند. در آمریکا حدود ۲۰۰ هزار نفر به نارکولپسی مبتلا هستند اما از این تعداد فقط حدود ۵۰ هزار نفر در مراکز پزشکی مورد معاینه و تشخیص قرار می‌گیرند. نارکولپسی اغلب با افسردگی، بی‌خوابی یا سایر شرایطی که به خواب‌آلودگی در طول روز منجر می‌شوند، اشتباه گرفته می‌شود. آقایان تا حدودی نسبت به بانوان بیشتر تحت تاثیر این نوع اختلال قرار می‌گیرند. نخستین علائم اغلب در نوجوانی یا پیش از ۲۰ سالگی ظاهر می‌شود.

نخستین علائم نارکولپسی، نیاز شدید و غیرقابل کنترل به خوابیدن در طول روز است. اغلب پس از ناهار و در زمانی که بدون تحرک هستید یا در یک شرایط کسل‌کننده قرار دارید، خواب به شما حمله می‌کند اما در طول تحرک و فعالیت هم ممکن است خواب به سراغ شما بیاید. برای مثال، در حال رانندگی، در حال گفتگو و صحبت کردن با کسی نیاز شدید و ناگهانی به خواب پیدا می‌کنید، خواب‌آلودگی بیش از حد، موجب کاهش میل جنسی و یا ناتوانی جنسی می‌شود. کاتاپلکسی (از دست دادن ناگهانی هماهنگی ماهیچه) دومین علامتی است که به فراوانی دیده می‌شود. از دست دادن انقباض ماهیچه‌ها می‌تواند موجب ایجاد برخی تغییرات فیزیکی شود، از جمله درهم و برهم یا جویده‌جویده صحبت کردن و بی‌حال شدن کل جسم که چند ثانیه یا چند دقیقه طول می‌کشد. اغلب عواطف شدید از جمله خندیدن، عصبانیت، آشفتگی، تهییج شدن، تعجب کردن و لذت بردن، عواملی هستند که موجب حمله کاتاپلکسی می‌شوند. بعضی از افرادی که دچار نارکولپسی هستند، فلج خواب را هم تجربه کرده‌اند. فلج خواب، ناتوانی برای حرکت کردن، صحبت کردن حین خواب یا بیداری است که به طور موقتی و زودگذر اتفاق می‌افتد، افراد اغلب در طول فلج خواب حس می‌کنند که بیدار یا نیمه بیدار هستند. فلج خواب ممکن است چند ثانیه تا چند دقیقه طول بکشد. اگر شما به سرعت وارد مرحله خواب REM شوید ممکن است که نیمه بیدار باشید، وقتی که شما در رویا هستید ممکن است که نیمه بیدار باشید و رویا را با واقعیت ادغام کنید و به خصوص توهمات ممکن است واضح و ترسناک باشند. علائم و نشانه‌های دیگر شامل مشکل حافظه، خواب‌آشفته در شب و گاهی اوقات رفتار خود به خودی (ناآگاهانه) است. زمانی که شما کارهای روزمره را انجام می‌دهید، بدون آگاهی و یا فکر کردن رفتار اتوماتیک از شما سر می‌زند و یا شما ممکن است آن رفتار را به یاد نیاورید.

• تشخیص

پزشک ممکن است یک تشخیص اولیه از نارکولپسی را براساس خواب‌آلودگی روزانه شما مطرح کند و برای مطالعات و سنجش بیشتر شما را نزد متخصص خواب بفرستند. برای معاینه و تشخیص نارکولپسی و تعیین میزان شدت آن آزمایش پلی سو منوگرافی صورت می‌گیرد. در این آزمایش، امواج مغز، حرکت بدن، عملکرد ماهیچه و دستگاه عصبی را در حالی که شما در خواب هستید، مورد سنجش قرار می‌دهند. همچنین یک آزمایش تاخیر خواب، تعیین می‌کند که خواب رفتن در طول روز چه مدت طول می‌کشد. ممکن است از شما خواسته شود که هر دو ساعت چهار تا پنج خواب کوتاه داشته باشید. به این صورت متخصص خواب، الگوی خواب شما را مشاهده می‌کند. برای درمان نیز اغلب از ترکیب داروها و تطبیق سبک زندگی برای کنترل نارکولپسی استفاده می‌شود. هدف آن است که آمادگی شما در فعالیت‌های روزانه از جمله در محل کار، مدرسه و حین رانندگی افزایش یابد. درمان دارویی نارکولپسی با استفاده از داروهای محرک، مواد افینیل و داروهای ضد افسردگی قابل اصلاح است.

تغییر و اصلاح سبک زندگی در کنترل علائم نارکولپسی مهم است. این روش‌ها عبارتند از:

- خوابیدن و بیدار شدن در یک ساعت مشخص
- وقت زیادی را برای خوابیدن در شب کنار بگذارید.
- تنظیم برنامه برای ۱۰ تا ۱۵ دقیقه چرت زدن در روز
- هر وقت احساس خواب‌آلودگی دارید، فعالیت خود را متوقف کنید و یک چرت بزنید.
- نوشیدن به میزان مناسب چای و قهوه به شما کمک می‌کند که در طول روز بیدار بمانید.

- خوردن غذای سبک در طول روز و اجتناب از مصرف غذای سنگین درست پیش از فعالیت‌های مهم
- با همکاری پزشک خود برنامه دارویی را طوری تنظیم کنید که بتوانید حین رانندگی، بیشترین سطح هوشیاری را داشته باشید.
- درباره شرایط خود به کارمندان و همکاران خود بگویید تا با کمک هم روشی برای تطبیق نیاز خود پیدا کنید. این موارد شامل چرت زدن در طول روز و تعطیل کردن کارهای کسل‌کننده است.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=336883>

 **vista.ir**
Online Classified Service

نشانه‌های پاهای بی‌قرار

نشانه‌های پاهای بی‌قرار یک اختلال حرکتی عصبی شایع است که حدوداً ۱۰٪ از بزرگسالان را مبتلا می‌کند. تقریباً در یک سوم از مبتلایان به این وضعیت، علائم به قدری شدید است که به درمان طبی نیاز دارد. ممکن است نشانه‌های پاهای بی‌قرار یک اختلال اولیه باشد، یا اینکه ثانویه به کمبود آهن، نارسایی کلیه، بارداری یا استفاده از داروهای خاص باشد. تشخیص بالینی است و براساس نیاز به تکان دادن پاها که معمولاً با احساس ناراحتی همراه است، وقوع حین استراحت، بهبود با فعالیت و بدتر شدن علائم هنگام عصر یا شب مطرح می‌شود.



نشانه‌های پاهای بی‌قرار سبب اختلال خواب شده، با اضطراب و افسردگی

همراه است و بر کیفیت زندگی اثر نامطلوب دارد. درمان علل ثانویه نشانه‌های پاهای بی‌قرار ممکن است به بهبود یا برطرف شدن علائم منجر شود. در حال حاضر، درباره تأثیر تغییر شیوه زندگی بر علائم نشانه‌های پاهای بی‌قرار اطلاعات اندکی در دست است. در صورت نیاز به دارو، آگونیست‌های دوپامین درمان اولیه برای نشانه‌های پاهای بی‌قرار متوسط تا شدید هستند. سایر داروهایی که ممکن است موثر باشند عبارتند از گاباپنتین، کاربامیدوپا / لوودوپا، اوبیویدها و بنزودیازپین‌ها.

نشانه‌های پاهای بی‌قرار (RLS) یک اختلال عصبی شایع است که حدوداً ۱۰٪ از بزرگسالان را مبتلا می‌کند. حدود یک سوم از مبتلایان به نشانه‌های پاهای بی‌قرار دارای علائم متوسط تا شدید هستند و به درمان طبی نیاز دارند. شیوع آن با افزایش سن، افزایش می‌یابد. هرچند تقریباً یک سوم از بیماران مبتلا به آن برای اولین بار علائم خود را قبل از ۱۸ سالگی تجربه می‌کنند. این بیماری در زنان شایع‌تر است. برای ابتلا به استعداد ژنتیکی وجود دارد، که در آنهایی که در سنین پایین‌تر دچار می‌شوند شایع‌تر است. ممکن است نشانه‌های پاهای بی‌قرار یک اختلال اولیه باشد یا ممکن است ثانویه به کمبود آهن، بارداری، نارسایی کلیه، استفاده از داروهای خاص یا آسیب طناب نخاعی باشد.

• پاتوفیزیولوژی

تحقیقات نشان داده است اختلالاتی در کارکرد دوپامین و آهن در دستگاه عصبی مرکزی مبتلایان به نشانه‌های پاهای بی‌قرار وجود دارد، هرچند این ارتباطات به طور کامل شناخته نشده است. در دو مطالعه، تشدید تغییرات ریتم شبانه‌روزی (circadian) در فعالیت دوپامین در این بیماران در مقایسه با بیماران گروه شاهد مشاهده شد. میزان آهن در ماده سیاه (Substantia Nigra) و پوتامن در این بیماران کمتر از بیماران شاهد بود.

سطح فریتین در مایع مغزی-نخاعی این بیماران به طور معنی‌دار کمتر از گروه شاهد بود، هرچند سطوح سرمی بین دو گروه یکسان بود. علاوه بر این، ذخایر آهن در سرم (که با اندازه‌گیری مشخص فریتین شود) با شدت بیماری ارتباط معکوس دارد. آهن در هیدروکسیلاز تیروزین، که مرحله‌ای آنزیمی و محدودکننده میزان تبدیل تیروزین به دوپامین است، نقش کوفاکتور دارد.

• ارزیابی بالینی

تشخیص نشانگان پاهای بی‌قرار، بالینی است. شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق، همچنین تحلیل آزمایشگاهی می‌تواند اختلالاتی با علائم مشابه یا علل زمینه‌ای این بیماری را شناسایی کند. شرح حال اطلاعات باارزشی در اختیار ما قرار می‌دهد، نظیر تواتر و شدت علائم؛ درمان‌های قبلی برای این بیماری؛ داروهای فعلی؛ تاریخچه خانوادگی؛ استفاده از کافئین، الکل یا تنباکو. برای تشخیص به بررسی آزمایشگاهی نیاز نیست، اما می‌توان از آن برای کنارگذاشتن علل ثانویه بهره جست. آزمون‌های آزمایشگاهی اولیه شامل بررسی‌های متابولیک پایه و اندازه‌گیری سطح فریتین است.

در جدول ۱، چهار معیار تشخیصی و سه معیار حمایتی برای نشانگان پاهای بی‌قرار فهرست شده‌اند. تشخیص‌های افتراقی عبارتند از: کرامپ شبانه پاها، لنگش، نورپاتی محیطی و آکاتیسی (Akathisia)

(جدول ۲). بیماران اغلب هنگام توصیف احساس ناخوشایند خود با دشواری روبه‌رو هستند. آنها ممکن است از ریش‌شدن، مرده‌درد، یا احساس غیرقابل توصیف در پاهای خود شکایت داشته باشند یا ممکن است فقط احساس نیاز به تکان دادن پاها بکنند.

وجود حرکات دوره‌ای اندام حین خواب (PLMS) (۱) به نفع تشخیص نشانگان پاهای بی‌قرار است. تقریباً ۸۰٪ از مبتلایان به نشانگان پاهای بی‌قرار، حرکات دوره‌ای اندام حین خواب را تجربه می‌کنند اما کمتر از نیمی از مبتلایان به حرکات دوره‌ای اندام حین خواب، به نشانگان پاهای بی‌قرار نیز دچار هستند. درمان موثر نشانگان پاهای بی‌قرار به طور مشخص حرکات حین خواب را نیز کاهش می‌دهد. تشخیص نشانگان پاهای بی‌قرار در کودکان با استفاده از همان چهار معیار تشخیصی برای بزرگسالان امکان‌پذیر است (جدول ۱). علاوه بر این، ممکن است کودک با زبان مخصوص به خود علائمی را توصیف کند که مطرح‌کننده ناراحتی در پاها باشد، یا حداقل دو مورد از موارد زیر را داشته باشد: اختلال خواب، یک والد یا خواهر و برادر بیولوژیک مبتلا یا شاخص PLMS پنج یا بیشتر در هر ساعت از خواب که توسط پلی‌سومنوگرافی ثبت شده باشد.

نشانگان پاهای بی‌قرار بر کیفیت زندگی اثر نامطلوب دارد. در مبتلایان احتمال افسردگی یا اضطراب بیشتر است. بی‌خوابی و عواقب آن در این بیماری شایع است، بیماران در شروع و حفظ خواب با مشکل روبه‌رو هستند.

ممکن است این بیماری در بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون بیش از عموم جمعیت باشد؛ با این حال، نتایج مطالعات درباره این ارتباط ناهمخوان بوده و به علت استفاده همزمان از داروهای دوپامینرژیک در مبتلایان به پارکینسون مخدوش شده است. نشانگان پاهای بی‌قرار با افزایش خطر ابتلا به بیماری پارکینسون همراه نبوده است.

شدت علائم و تاثیر آن بر زندگی روزمره با استفاده از معیار سنجش شدت ارایه شده، توسط گروه مطالعه بین‌المللی نشانگان پاهای بی‌قرار (۲) (IRLSSG) قابل ارزیابی است. این معیار یک پرسشنامه معتبر و ۱۰ سوالی است که می‌توان از آن برای ارزیابی کمی شدت علائم و پاسخ بیمار به درمان استفاده کرد. به هر پاسخ از ۰-۴ نمره داده می‌شود و سپس برای کل ۱۰ پرسش محاسبه می‌شود. نمره ۱۰-۱۱ نشان‌دهنده بیماری خفیف است؛ ۱۱-۲۰ منطبق با نوع متوسط؛ ۲۱-۳۰ منطبق با نوع شدید؛ و ۳۱-۴۰ نشان‌دهنده بیماری بسیار شدید است.

• درمان

یک الگوریتم توافقی برای درمان این بیماری طراحی شده است که اساس آن وجود علائم به طور متناوب، روزانه یا مقاوم است. خلاصه این رویکرد در جدول ۳ نشان داده شده است.

• بیماری ثانویه

اگر نشانگان پاهای بی‌قرار، ثانویه به بیماری زمینه‌ای دیگر باشد، درمان آن بیمار می‌تواند سبب بهبود یا برطرف‌شدن علائم شود. به عنوان مثال، افراد مبتلا به کمبود آهن (با یا بدون کم‌خونی) که به نشانگان پاهای بی‌قرار نیز مبتلا هستند ممکن است با مصرف آهن علائم‌شان برطرف شود. چنانچه سطح فریتین از 50 ng/mL (50 g/L) کمتر باشد ممکن است سبب ایجاد یا تشدید این بیماری شود. هرچند سطح بالای $10-20 \text{ ng/mL}$ طبیعی گزارش می‌شود، در افرادی که سطح کمتر از 50 ng/mL دارند ممکن است تجویز مکمل آهن سبب بهبود علائم شود. در افراد دارای فریتین بالا تجویز آهن سودمند نیست. این بیماری حین بارداری، به ویژه در سه ماهه سوم شایع و احتمالاً با زایمان برطرف می‌شود. افرادی که ثانویه به

بیماری مزمن کلیه دچار این بیماری شده‌اند ممکن است پس از پیوند کلیه علایمشان برطرف شود.

• عوامل مرتبط با شیوه زندگی

درباره تاثیر شیوه زندگی بر علایم اطلاعات اندکی در دست است. محدودکردن مصرف کافئین، الکل و تنباکو ممکن است سبب بهبود علایم شود. فعالیت‌هایی که سبب تحریک قوای ذهنی می‌شود نیز ممکن است علایم را بهبود بخشد.

در یک تحقیق مشخص شد که شیوع بیماری در افراد بی‌تحرك و دارای اضافه وزن بیشتر است. یک کارآزمایی کوچک تصادفی‌شده شاهددار با ۲۳ بیمار نشان داد که علایم با استفاده از برنامه‌های ورزشی مشتمل بر آموزش کاهش مقاومت بدن و ورزش‌های هوازی بهبود می‌یابد.

• داروها

برخی داروها سبب تشدید علایم می‌شوند (جدول ۴). قطع این داروها ممکن است علایم را بهبود بخشد. یک مطالعه نشان داد که تمامی مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین سبب افزایش حرکات دوره‌ای اندام حین خواب می‌شوند. برعکس، بوپروپیون تعداد حرکات اندام را کاهش می‌دهد. به علت همپوشانی نشانگان پاهای بی‌قرار و حرکات دوره‌ای اندام حین خواب، احتمال دارد بوپروپیون سبب بهبود، یا حداقل عدم تشدید علایم نشانگان پاهای بی‌قرار شود. در حال حاضر هیچ گونه کارآزمایی تصادفی شده شاهددار درباره تاثیر بوپروپیون بر علایم نشانگان پاهای بی‌قرار منتشر نشده است.

تمامی بیماران مبتلا به نشانگان پاهای بی‌قرار برای درمان علایم خود به دارو نیاز ندارند. در یک مطالعه که درباره شیوع بیماری انجام گرفت، حدود ۳۰٪ از بیماران علایم متوسط تا شدید داشتند. در یک کارآزمایی بالینی، بیماری متوسط تا شدید عموماً با وجود علایم در حداقل ۱۵ روز از ماه یا نمره شدت IRLSSG بیش از ۱۵، مشخص شد.

دسته‌های دارویی مختلفی علایم این بیماری را بهبود می‌دهند (جدول ۵). آگونیست‌های دوپامین بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و برای بیماری متوسط تا شدید درمان خط اول مناسبی به شمار می‌روند. کاربی‌دوپا / لوودوپا (Sinemet)، اپیویدها، ضد تشنجه‌ها و بنزودیازپین‌ها نیز موثر هستند. برخی افراد ممکن است به بیش از یک دسته دارویی نیاز داشته باشند.

آگونیست‌های دوپامین. چندین کارآزمایی تصادفی شده شاهددار اثربخشی آگونیست‌های دوپامین را با دارونما مقایسه کرده‌اند. آگونیست‌های دوپامین متفاوت‌اند، هرچند گیرنده‌های عصبی دوپامین را فعال می‌کنند. مکانیسمی که از طریق آن دوپامین و آگونیست‌های دوپامین سبب بهبود علایم می‌شوند به خوبی شناخته نشده است. پرامپیکسول (Mirapex) و رویپنیول (Requip) هر دو برای درمان بیماری متوسط تا شدید به کار می‌روند. دوز آگونیست‌های دوپامین برای درمان این بیماری کمتر از دوز مورد نیاز برای بیماری پارکینسون است. عوارض جانبی آگونیست‌های دوپامین عبارتند از تهوع، خواب‌آلودگی حین روز، و افت فشار خون وضعیتی.

کابرگولین (Dostinex) و پرگولید (Permax)، که آگونیست‌های دوپامینی مشتق از ارگوت هستند، در این بیماری اثربخش هستند. با این حال، اداره غذا و داروی ایالات متحده (FDA) این داروها را برای درمان این بیماری تایید نکرده است. آگونیست‌های دوپامینی ارگوت به میزان اندک سبب اختلال در ریچه‌ای قلب می‌شوند، که به جمع‌آوری پرگولید از بازار منجر شد.

کاربی‌دوپا/نودوپا. لوودوپا پیش‌ساز دوپامین است. نوعاً با کاربی‌دوپا ترکیب می‌شود، که مانع از شکسته‌شدن لوودوپا در بافت‌های محیطی می‌گردد. کاربی‌دوپا / لوودوپا در درمان نشانگان پاهای بی‌قرار موثر است، اما در افرادی که به درمان روزانه نیاز دارند وقوع پدیده تقویت (Augmentation) مصرف آن را محدود می‌سازد. در این پدیده، ممکن است طی روز علایم زودتر بروز کند، شدت بیشتری داشته باشد، یا در سایر قسمت‌های بدن (مثلاً بازوها) رخ دهد که پیش از درمان وجود نداشته است. در ۸۲٪ از مبتلایان به نشانگان پاهای بی‌قرار که کاربی‌دوپا/لوودوپا دریافت می‌کنند پدیده تقویت رخ می‌دهد. ممکن است این پدیده با مصرف آگونیست‌های دوپامین نیز دیده شود، اما نه به این شدت. در دو مطالعه گذشته‌نگر از ۶۰ و ۵۹ بیمار مصرف‌کننده پرامپیکسول، به ترتیب در ۳۳ و ۳۲٪ از بیماران پدیده تقویت رخ داد.

گاباپنتین (Neurontin). گاباپنتین در مطالعات محدود برای درمان این بیماری اثربخش بوده است. در یک مطالعه متقاطع (۲۲ بیمار)، افرادی که گاباپنتین دریافت می‌کردند، بهبود علایم را تجربه کردند. در یک مطالعه کوچک سر به سر (head-to-head) با ۱۶ بیمار اثربخشی گاباپنتین و رویپنیول یکسان بود. گاباپنتین برای درمان بیمارانی که علاوه بر نشانگان پاهای بی‌قرار به درد نوروپاتیک نیز مبتلا هستند، درمان خط اول محسوب می‌شود.

اپیویدها. اپیویدها ممکن است علایم این بیماران را بهبود بخشد. در یک کارآزمایی متقاطع دوسوکور و تصادفی شده (۱۱ بیمار)، درمان با

اکسی‌کدون به کاهش علائم نشانگان RLS، کاهش حرکات دوره‌ای اندام حین خواب و بهبود هوشیاری طی روز منجر شد. در یک کارآزمایی تصادفی شده شاهددار کوچک، پروپوکسی‌فن (Darvon) در درمان بیماری مفید بود، اما در مقایسه با کاربی‌دوپا/لوودوپا تاثیر کمتری داشت. در یک مطالعه غیرکور (open label) با ۱۲ بیمار، مصرف ترامادول در هنگام شب علائم RLS را بهبود بخشید.

بنزودیازپین‌ها، درباره اثربخشی بنزودیازپین‌ها در درمان علائمی که منجر به بیداری (بیمار از خواب) می‌شود اطلاعات محدودی در دست است. اگر شروع به خواب رفتن مشکل است، این داروها می‌تواند مفید باشد.

- پیش‌آگهی

نشانگان پاهای بی‌قرار سیر متغیری دارد، اما معمولاً علائم آن با افزایش سن پیشرفت می‌کند. ممکن است در برخی افراد برای مدتی علائم به طور خودبه‌خود برطرف شود، اما معمولاً علائم عود می‌کند. در نوع ثانویه به بیماری زمینه‌ای، در صورت درمان بیماری زمینه‌ای ممکن است علائم بهبود یافته یا برطرف شود. داروها، در صورت نیاز، ممکن است علائم را بهبود بخشند.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

<http://vista.ir/?view=article&id=337267>



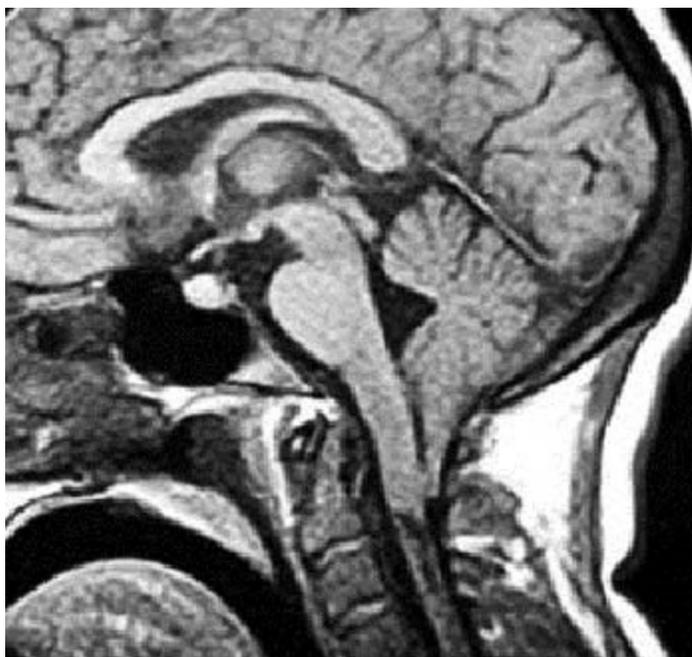
نشانگان کاهش دمی مرکزی

و فور یا شیوع بیماری نشانگان Congenital central hypovenilation یا سندرم Ondine scurse بیماری است که ممکن است مادرزادی بوده و یا در پی یک التهاب ویروسی مغز به وجود آمده و اکتسابی باشد. تشخیص سریع آن اهمیت دارد، زیرا به واسطه‌ی آن می‌توان نوزاد را زنده نگاه داشت.

هیچ عامل محیطی و ژنتیکی معینی برای این نشانگان شناخته نشده است. اما دلیل بنیادی آن نقص دستگاه خودکار کنترل تنفس است.

به خاطر نقص احتمالی در ریسپتور شیمیایی، این حالت مانند آن است که یک نقص ژنتیکی وجود دارد.

احتمالاً این بیماری به صورت منفرد ملاحظه می‌شود و بعید است در حاملگی بعدی تکرار شود، ولی بعضی مولفان بر این باورند که وراثت مغلوب اتوزومی دارد و نفوذش کامل نیست. می‌توان تا حدودی بین این اختلال و چند نوع از بیماری‌های روده‌ای



به ویژه بیماری هیرشپرونک همبستگی دانست.

هیچ نوع راه تشخیص قبل از تولد برای این بیماری شناخته نشده است.

- ویژگیها

در این سندرم تنفس در طول مدت خواب مداوم نیست و نوزادانی که دچار این سندرم هستند به خودی خود قادر به تنفس نیستند. این وضعیت به ویژه در طول مدت خواب آرام مشهود است. در دوره‌ی حرکات تند چشم (REM) خواب، تنفس معمولاً حالت طبیعی دارد. کیودی پوست به علت کمبود اکسیژن بافت‌ها، اغلب اولین علامت شاخص می‌باشد و مدت کمی بعد از تولد ظاهر می‌شود. همچنین والدین نیز از روی توقف تنفسی (آپنه)، توقف حرکات تنفسی در هنگام خواب نوزادان پی به وجود این سندرم ببرند. گاهی اوقات تشنج در موقع خواب اولین نشانه‌ی سندرم است. این حملات به خاطر فقدان اکسیژن در مغز ایجاد می‌شود تولید ادرار که در حالت طبیعی در شب به علت ترشح هورمون آنتی دیورتیک ویژه‌ای کم می‌شود، در این سندرم ممکن است برعکس باشد و باعث شب ادراری و یا در بچه‌های بزرگتر باعث بیدار شدن مکرر آنها برای دفع ادرار شود. همچنین کنترل دمای بدن ممکن است تحت تاثیر قرار گیرد، به طوری که میزان تحمل فرد نسبت به گرما و سرما شدید کم شود. در این افراد اختلالات شنوایی نیز گزارش شده است.

• درمان و مراقبت

در موقع خواب و یا شاید در مواقع دیگر، طی روزهایی که تنفس با مشکل روبروست (بعضی مواقع، وقتی کودک در تمرکز عمیق کاری یا وقتی دچار عفونت‌های معمول است) حمایت تنفسی به صورت تهویه‌ی فشار مثبت لازم است. حمایت تنفسی در بیشتر مواقع در موقع خواب شب لازم است. در حالتی که در تنفس به صورت خودبه خودی بهبودی حاصل نشود لازم است این حمایت تنفسی ادامه پیدا کند. این موضوع اهمیت دارد که عفونت‌های تنفسی در این کودکان به سرعت و به طور کامل درمان شوند. اختلالات دیگر در تنفس به خاطر عفونت ممکن است خیلی زود و به طور کامل با سازش تنفسی برطرف شود. تشنج این افراد به محض اینکه مشکل تنفسی‌شان رفع شده، از بین خواهد رفت. اماگاهی اوقات داروهای ضد تشنج لازم است. وقتی شب ادراری وجود دارد باید با همدردی در مورد آن صحبت شود. روش‌های آموزشی نظافت و تمیزی باید آموزش داده شود زیرا ممکن است کنترل هورمونی شب ادراری با خطا روبرو شود. راه حل دیگر بیدار کردن کودک برای ادرار در فواصل زمانی معین است. کودکانی که دچار این سندرم هستند نباید در دماهای زیاد بالا و یا پائین قرار گیرند. خنک کردن آنها در روزهای گرم و گرم کردن آنها در روزهای خیلی سرد ضروری است. شنوایی آنها باید با دقت معاینه شود.

• پیش آگهی

البته به شدت سندرم بستگی خواهد داشت در افرادی که به شدت درگیرند ممکن است مراقبت تنفسی ۲۴ ساعته ضروری باشد اما در اکثر کودکان تنها این مراقبت در زمان شب و در زمان خواب روز مورد نیاز است.

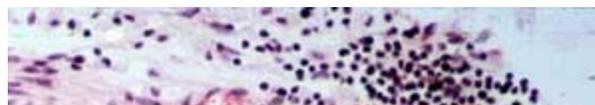
منبع : هفته نامه پزشکی امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=279952>

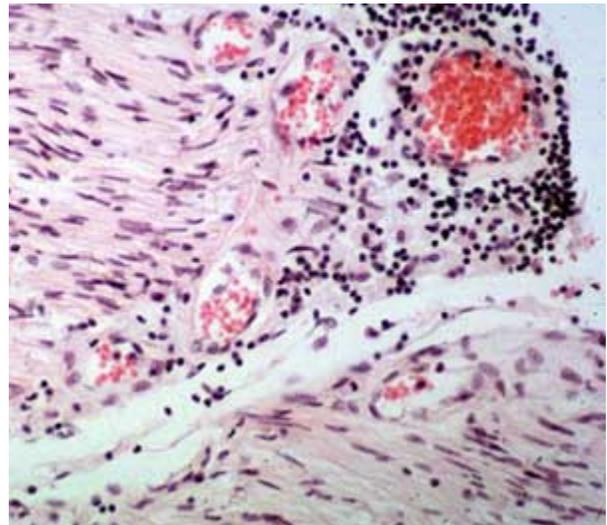
 **vista.ir**
Online Classified Service

نشانه‌گان گیلن باره

• شرح بیماری



نشانگان گیلن باره عبارت است از يك بیماری التهابی نادر که دستگاه عصبی مرکزی را درگیر می‌کند و به سرعت موجب ضعف عضلات و بی‌حسی می‌شود. این نشانگان می‌تواند در تمام سنین رخ دهد اما بین ۳۰-۵۰ سالگی شایع‌تر است.



- علایم شایع
- مراحل اولیه:
 - ضعف عضلات دست و پا، ساعد، بازو، ساق و ران‌ها، شکم و قفسه سینه.
 - ضعف عضلات در عرض ۷۲ ساعت پیشرفت می‌کند و ممکن است باعث بروز مشکلات تنفسی تهدیدکننده حال بیمار شود.
 - شوڪ (ضعف، غش، سرد شدن دست‌ها و پاها، تند شدن ضربان قلب؛ تعریق).

- مراحل بعدی:
 - گاهی فلج کامل برای هفته‌ها یا ماه‌ها
 - علل
 - ناشناخته است، اما امکان دارد يك اختلال خودایمنی باشد. این نشانگان گاهی به دنبال واکنش‌های کوچك ایجاد می‌شود.
 - عوامل افزایش دهنده خطر
 - جراحی اخیر
 - واکنش‌های سیستم ایمنی
 - بیماری اخیر، مثل عفونت خفیف تنفسی، گاستروآنتریت، بیماری هوچکین، یا لوپوس اریتماتوی منتشر
 - پیشگیری
 - در حال حاضر نمی‌توان از آن پیشگیری به عمل آورد.
 - عواقب مورد انتظار
 - بهبود کامل بدون باقی ماندن هیچ اثری در اکثر موارد. در بعضی از بیماران، علایم در عرض ۲۰-۱۵ روز برطرف می‌شوند، اما در بعضی بیماران هم علایم تا يك سال یا بیشتر ادامه دارند. با کمک انواع مختلفی از وسایل مکانیکی می‌توان تحرك بیمار را بهبود بخشید تا زمانی که بیمار خوب شود.
 - بهبودی در بزرگسالان بهتر از کودکان صورت می‌گیرد.
 - عوارض احتمالی
 - فلج عضلات پلك، که منجر به آسیب چشم می‌شود.
 - ترومبوفلیبیت (تشکیل لخته در سیاهرگ خصوصاً پا همراه با التهاب)
 - ذات‌الریه
 - نارسایی تنفسی
 - زخم‌های ناشی از فشار آمدن بیش از حد به نقاط خاص بدن در اثر فلج
 - بی‌هوشی یا گیر کردن اجابت مزاج
 - مشکل مزمن در دستگاه عصبی
 - درمان
 - اصول کلی
 - بستری کردن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه (آی‌سی‌یو) تا بتوان وی را کاملاً تحت‌نظر داشت.
 - اقدامات تشخیصی مثل گرفتن نمونه مایع نخاع و بررسی آن و نیز الکترومیوگرافی (نوار عضله) (در این روش، عضله و عصب به کمک ثبت فعالیت در

زمان ابتلا به این بیماری الکتریکی عضلات بررسی می‌شوند).
اگر عضلات تنفسی زیادی ضعیف شوند، امکان دارد نیاز به تهیه مصنوعی وجود داشته باشد.
پلازما فرز در موارد شدید (در این روش پلازما خون از بیمار گرفته و پادتن‌های آن حذف می‌شوند و سپس دوباره به جریان خون بازگردانده می‌شود).
به هنگام بهبودی، فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری ذهنی و اجتماعی خود را حفظ کنید.
سعی کنید سرفه نمایید تا ریه‌ها از ترشحات مخاطی پاک شوند.
برای کمک به تخفیف درد و فراهم آوردن شرایط انجام فیزیوتراپی از کمپرس گرم یا صفحه گرم‌کننده استفاده نمایید.
از یک چارچوب برای جلوگیری از تماس و فشار آوردن روانداز یا پتو به بدن استفاده نمایید.

▪ داروها

- مسهل‌ها برای پیشگیری از یبوست

- داروهای کورتیزونی، اگرچه آنها همیشه مؤثر نیستند.

▪ فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا حدی که قدرت عضلانی‌تان اجازه می‌دهد فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری خود را حفظ کنید. از یکی از اعضای خانواده‌تان یا فیزیوتراپ بخواهید که عضلات شما را حرکت و کشش دهد.

فیزیوتراپی مداوم

▪ رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود. روزانه حداقل ۸ لیوان آب بنوشید تا از یبوست جلوگیری شود.

• درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علائم نشانگان گیلن باره را دارید.

▪ اگر یکی از موارد زیر هنگام درمان رخ دهد: - تب - مشکلات تنفسی - پیداشدن زخم روی پوست - تغییرات بینایی - ورم ساق پا یا دردناک بودن آن به هنگام لمس - یبوست

▪ اگر دچار علائم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

منبع : وبلاگ زنبور درمانی

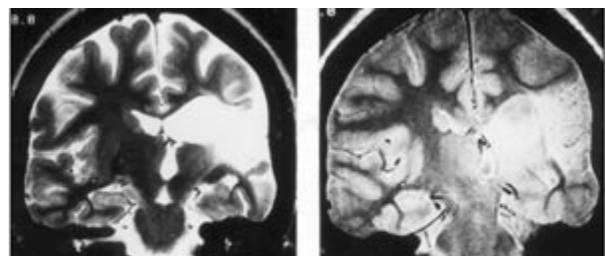
<http://vista.ir/?view=article&id=252985>

 **vista.ir**
Online Classified Service

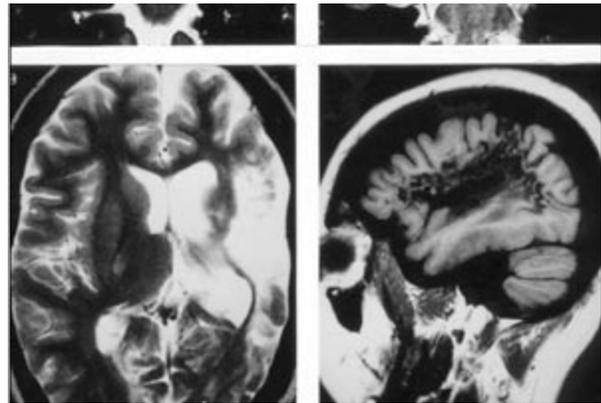
نکات مهم در درمان صرع در زنان میانسال

با توجه به اهمیت صرع در مقاطع مختلف سنی و بخصوص در زنان در سنین یائسگی گزارش یک مورد نمونه به صورت پرسش و پاسخ در زیر مطرح شده است.

بیمار یک زن ۴۶ ساله با سابقه تشنجهای کانونی مرکب (complex



(partial) است که تنها با یک داروی ضدصرع سالها به خوبی کنترل شده است. تشنجهای او با یک احساس عجیب شروع می‌شود که اصطلاحاً به آن «از پیش دیده» یا (dejavu) می‌گویند. در این حالت مکان یا چیزی را که تاکنون هرگز ندیده برایش بسیار آشنا می‌نماید مثل اینکه چندین بار آن را دیده است و سپس به اختلال هوشیاری منجر می‌شود. در حین این حملات کوتاه خیره شده و قادر به پاسخگویی نمی‌باشد. این حالت ۲-۳ دقیقه طول می‌کشد و تا چند ساعت بعد از آن احساس سردرد مختصر و خستگی می‌کند. از زمان تشخیص تاکنون دچار فعالیت حرکتی اندامها (convulsion) نشده است. در ۱۰ سال گذشته تنها یک تشنج داشته است و آن موقعی



بود که علائم خستگی و عفونت و پیروسی داشت. در حال حاضر به علت گر گرفتگی (hot flashes) و کاهش خونریزی ماهیانه و دوره‌های کوتاه عادت ماهیانه مورد ارزیابی قرار گرفته است.

سؤال ۱: افزایش دفعات تشنج همراه با کدام شکل از اختلال عملکرد تناسلی در این بیمار می‌تواند باشد؟

الف) سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

ب) نازایی

ج) یائسگی زودتر از انتظار

د) عدم تخمک‌گذاری

بیشتر زنان مبتلا به صرع مثل این بیمار به خوبی موفق به وضع حمل و پروردن فرزند می‌شوند. اگرچه مطالعات انجام شده بر پایه جمعیت نشان می‌دهد که میزان باروری در مبتلایان به صرع هم در مردان و هم در زنان کاهش می‌یابد و هنوز روشن نیست که چه میزان از این کاهش باروری مربوط به بیماری و یا فاکتورهای مربوط به درمان یا به علل روانی می‌باشد. به هر حال صرع همراه با اختلال عملکرد غدد درون‌ریز و تناسلی است. بخصوص سندرم تخمدان پلی‌کیستیک که با اختلال عملکرد تخمدان مشخص می‌شود (عادت‌های ماهیانه نامنظم، پرمویی). زنان مبتلا به صرع علائم یائسگی را زودتر از زمان انتظار نشان می‌دهند و علاوه بر آن شدت صرع مثلاً تعداد دفعات صرع با خطر یائسگی زودرس ارتباط دارد. زنانی که تشنجهای کمتری دارند (کمتر از ۲۰ بار در دوران حیات) خطر کمتری برای یائسگی زودرس دارند و بیشتر در ۵۰-۵۱ سالگی یائسه می‌شوند که مشابه جمعیت عمومی است. ولی زنان مبتلا به صرع که حداقل یک بار در ماه تشنج می‌کنند، ممکن است زودتر و در حوالی ۴۶ تا ۴۷ سالگی یائسه شوند که مربوط به اختلال عملکرد تناسلی بوده و به نظر نمی‌رسد مربوط به مصرف داروهای ضدصرعی باشد.

سؤال ۱) ج صحیح است

سؤال ۲) بیمار گاهی دچار حملات dejavu می‌شود که بدون اختلال هوشیاری است. این تجربه را سالها نداشته است. مقدار داروی ضدصرع را تغییر نداده است و اخیراً بیمار نشده است. قبلاً تنها پیش از شروع عادت ماهیانه (روز اول یا چند روز قبل از عادت ماهیانه) متوجه این حملات شده بود. علل احتمالی افزایش اخیر دفعات تشنج شامل:

الف) عدم دریافت دارو

ب) اختلال خواب

ج) شروع یائسگی

د) همه اینها

به خوبی می‌دانیم که عدم مصرف دارو و اختلال خواب در یک فرد مبتلا به صرع موجب تشدید تشنج می‌شود. علاوه بر این مطالعات در مورد زنان صرعی نشان می‌دهد که شروع یائسگی همراه با افزایش دفعات تشنج است که این تغییر در دفعات تشنج می‌تواند مربوط به تغییرات هورمونی در حوالی یائسگی باشد (مثل افزایش نسبی در میزان استروژن بر پروژسترون در شروع یائسگی).

بعضی زنان مبتلا به صرع به تغییرات هورمونی حساسیت داشته و آن را به صورت تغییر در دفعات تشنج در حوالی یائسگی نشان می‌دهند و همین نشان می‌دهد که یائسگی آغاز فصل جدیدی است و نیاز به بررسی دقیق و تنظیم دارو دارد.

سؤال ۲) د صحیح است

سؤال ۲) مقدار داروهای ضدصرع بیمار به طور مختصر افزایش یافت به طوری که حملات dejavu از بین رفت. در سن ۴۸ سالگی عادت ماهیانه به مدت ۶ ماه متوقف شد ولی گر گرفتگی ادامه یافت. بیمار برای درمان جانشینی هورمونی (HRT) مورد بررسی قرار گرفت تا علائم یائسگی بهتر شود. خطر HRT در مورد زنان مبتلا به صرع شامل:

الف) سرطان پستان

ب) حمله مغزی

ج) افزایش دفعات تشنج

د) افزایش گر گرفتگی

WHI = The Women's Health Initiative در سال ۲۰۰۲ گزارش کرد که درمان جانشینی هورمونی به شکل معمول آن یعنی استروژن‌های کونژوگه اسبی و مدروکسی پروژسترون استات همراه با یک افزایش در خطر ایجاد سرطان پستان و استروک بود. یک مطالعه دیگر (دو سو کور - اتفاقی - و با گروه کنترل) با دو مقدار استروژن کونژوگه اسبی و مدروکسی پروژسترون استات برای ارزیابی اثرات درمان جانشینی هورمونی روی دفعات تشنج انجام شد (سال ۲۰۰۶). نتیجه نشان داد که افزایش در دفعات تشنج در زنان با تشنج موضعی در طی درمان بستگی به مقدار دارو (داروهای هورمونی جانشینی) دارد و این مضاف بر سایر عوامل خطری است که نتایج بررسی توسط WHI شرح داده است.

سؤال ۲) ج صحیح است

سؤال ۴) بیمار از نظر افزایش خطر شکستگی لگن و مهره به علت قطع استروژن در یائسگی مورد بررسی قرار گرفت. او در حال حاضر کلسیم ۱۰۰۰ میلی‌گرم روزانه در دو روز منقسم و ویتامین د ۴۰۰

واحد روزانه مصرف می‌کند. کدامیک از موارد زیر دقیق‌ترین ارزیابی میزان شکستگی در افراد صرعی تحت درمان با داروهای ضدصرعی است؟

الف) به طور مشابه با جمعیت عمومی

ب) دو برابر جمعیت عمومی

ج) چهار برابر جمعیت عمومی

د) شش برابر جمعیت عمومی

به طور کلی خطر شکستگی بین افراد صرعی حدود دو برابر جمعیت عمومی است. طی یک مطالعه وسیع به صورت متآنالیز که برای طبقه‌بندی فاکتورهای خطرناک برای شکستگی انجام شد، استفاده از داروهای ضدصرعی در گروه خطر بالا قرار گرفت (۱/۴ سال مطالعه در مورد ۹۵۱۶ زن ۶۵ سال به بالا). بیشترین محل شکستگی در لگن و ران بود که بخصوص در زنان مشاهده شد. تشنجهای بیشتر - استفاده به مدت طولانی‌تر - درمان چند دارویی و اغلب داروهای ضدصرعی همراه با خطر شکستگی بود که هم با داروهای تولیدکننده آنزیم و هم با داروهای غیرایجادکننده آنزیم دیده شد.

بیمار توصیه شد که به علت فاکتورهای مختلف هم مربوط به صرع و هم غیرمرتبط با صرع در معرض خطر شکستگی است. مثل سابقه فامیلی پوکی استخوان، عدم داشتن فعالیت‌های کاهش وزن، سیگار کشیدن، مصرف الکل که در افزایش خطر پوکی استخوان دخالت دارند، آزمایشات معمول سنجش تراکم استخوان لگن و ستون فقرات برای بیمار برنامه‌ریزی شد.

سؤال ۴) ب صحیح است

سؤال ۵) غالباً نتیجه تراکم استخوان در یک فرد مبتلا به صرع شامل:

الف) کاهش تراکم از مقدار طبیعی در ناحیه لگن

ب) کاهش تراکم از مقدار طبیعی در ناحیه ستون فقرات

ج) کاهش تراکم از مقدار طبیعی در ناحیه ستون فقرات و لگن

د) افزایش تراکم از مقدار طبیعی در لگن و ستون فقرات

طی مطالعات انجام شده به صورت متآنالیز که شامل ۱۵۰۰۰ بالغ مبتلا به صرع (با سنین متوسط ۴۰-۴۷ سال و ۴۷% تا ۵۲% را زنان تشکیل می‌دادند) بود و ۱۲ مطالعه دیگر تراکم استخوان که شامل بیش از ۶۰۰ بیمار صرعی (متوسط سنی ۷-۵۸ سال و ۰% تا ۷۲% را زنان تشکیل

می‌دادند) بود. به طور کلی مقادیر تراکم استخوان لگن و ستون فقرات در بیماران مبتلا به صرع کاهش قابل اهمیتی پیدا کرده بود. به هرحال این آزمایشات نشان داد که کاهش تراکم استخوان به اندازه‌ای که بتوان آن را کلاً به حساب افزایش خطر شکستگی گذاشت نبود. تعداد زیادی از شکستگی‌ها (۳۵٪) مربوط به خود تشنج‌ها بود (سال ۲۰۰۵).

سؤال ۵) ج صحیح است.

سؤال ۶) کدامیک از موارد زیر عامل خطر احتمالی برای شکستگی در فرد مبتلا به صرع است؟

الف) درمان چند دارویی ضدصرعی

ب) تعداد بیشتر تشنج‌ها

ج) مسمومیت دارویی و ناتوانی در ارتباط با داروی ضدصرعی

د) همه این موارد

برای ارزیابی ارتباط مصرف داروهای ضدصرع و علت بروز شکستگی در زنان یائسه مبتلا به صرع یک مطالعه وسیع در سال ۲۰۰۵ به عمل آمد و با توجه به محل شکستگی‌ها معلوم شد که هم اثرات سمی دارو بر سیستم عصبی و هم بی‌میالاتی و ناشی‌گری مربوط به استفاده از داروهای ضد تشنج و هم خود تشنج‌ها در خطر شکستگی دخیل بوده‌اند. همین‌طور مصرف داروهای ضد تشنج و بعضی داروهای دیگر شامل خواب‌آورها، ضد اضطراب‌ها و ضد افسردگی‌ها همراه با خطر بالایی از شکستگی است.

سؤال ۶) د صحیح است

سؤال ۷) بیمار از اختلال حافظه شکایت دارد و می‌گوید از وقتی یائسه شده در به خاطر سپاری اسامی مشکل پیدا کرده است. او یائسگی را مسئول از دست رفتن حافظه می‌داند. کدام یک از عبارات زیر با در نظر گرفتن حافظه و یائسگی درست است؟

الف) در زنان یائسه در زمان ورود به یائسگی کاهش حافظه دیده می‌شود

ب) زنان یائسه در زمان ورود به یائسگی اغلب شکایت از کاهش حافظه دارند ولی این کاهش قابل اندازه‌گیری نمی‌باشد

ج) زنان یائسه در زمان ورود به یائسگی کاهش حافظه دارند ولی به آن توجه نمی‌کنند

د) هیچ‌کدام از اینها

محققان نشان دادند که زنان مبتلا به صرع در حوالی یائسگی نسبت به زنان در گروه شاهد سه برابر بیشتر شکایت از اختلال حافظه و گر گرفتگی و عرق شبانه دارند (بعد از تطبیق با اختلافات سنی و نژادی). در صورتی که مطالعات طولانی مدت برای ارزیابی عملکرد شناختی مؤید این است که حافظه کاری و سرعت درک کاهش نمی‌یابد و در حقیقت در طی این فصل جدید بهبود مختصر نشان می‌دهد. برای بیمار انجام تست‌های عصبی - روانی (نوروسایکو لوژیک) برنامه‌ریزی شد تا شکایت او ارزیابی شود.

سؤال ۷) ب صحیح است

سؤال ۸) کدام فاکتور در صرع همراه با کاهش شناخت نمی‌باشد؟

الف) توانایی هوشی بالینی اولیه

ب) حجم کم لوب (قطعه) گیجگاهی درام - آر - آی

ج) صرع طولانی مدت

د) جنس مرد

اگرچه شکایت از اشکال در حافظه از مدت‌ها پیش در بیماران صرعی شایع بود نتایج یافته‌ها در این بیماران از عملکرد حافظه پراکنده بود. گزارش اخیر که از ۶۶ بیمار دچار صرع گیجگاهی در مقایسه با ۶۵۰ فرد سالم کنترل در مورد عملکرد شناخت به عمل آمده مؤید این است که بسیاری از جنبه‌های شناخت با گذشت زمان در فرد صرعی کاهش می‌یابد. حافظه بیش از سایر جنبه‌های شناخت آسیب‌پذیرتر است. این افراد ۴ سال بعد از اولین ارزیابی مطالعه شدند. عوامل خطرزا برای کاهش عملکرد شناخت با گذشت زمان شامل: سابقه طولانی مدت صرع، سن بالاتر در شروع انجام تست، ظرفیت هوشی کمتر اولیه، حجم کلی مغز و کاهش اولیه حجم لب تمپورال است. جنس فاکتور مؤثر نبود. تعداد تشنج به طور وضوح عامل مؤثر برای کاهش شناخت نبود.

سؤال ۸) د صحیح است

سؤال ۹) بیمار شکایت جدیدی ابراز می‌کند که در چند ماه گذشته احساس غم داشته و گاهی گریه می‌کرده است. اختلال خلقی نوسان‌دار داشته و به آینده زندگی امیدوار نبوده و آن طور که باید از زندگی لذت نمی‌برد. اگرچه صرع او خوب کنترل شده است از نظر اینکه صرع می‌تواند در احساس افسردگی او دخیل باشد مورد ارزیابی قرار گرفت. کدام عبارت بهترین توصیف را در مورد ارتباط بین صرع و افسردگی دارد؟

الف) افراد مبتلا به صرع میزان بیشتری افسردگی دارند

ب) افرادی که افسردگی دارند میزان بیشتری صرع دارند

ج) ارتباط دو طرفه صحیح است

د) در افراد مبتلا به صرع میزان بیشتری افسردگی مورد انتظار نمی‌باشد

بسیاری از مطالعات نشان داده که میزان افسردگی در افراد دچار صرع بالاتر از میزان افسردگی در جمعیت عمومی است. این افزایش بستگی به عوامل روانی، اجتماعی که همراه با بیماری مزمن است و احتمالاً مربوط به طبیعت حمله‌ای و غیرقابل پیشگویی خود تشنج است، دارد. تصور یک عامل خارج از کنترل در این بیماری، میزان حمایت جامعه، تطبیق با وضعیت شغلی و ذهنیت برچسب بیماری صرع همگی عوامل روانی برای افسردگی در صرع هستند. به هر حال مطالعات اپیدمیولوژی مؤید یک ارتباط دوطرفه بین دو وضعیت بالینی است. برای مثال سابقه افسردگی در بیماران صرعی که تازه تشخیص داده شده و از نوع شروع در زمان بلوغ است ۷ برابر نسبت به افراد گروه کنترل بیشتر است. و همین‌طور سابقه افسردگی در افراد ۵۵ سال و بالاتر سنی مبتلا به صرع ۶ برابر بیشتر از سایر بالغین مبتلا به صرع است.

این اطلاعات مطرح‌کننده این است که فاکتورهای بیولوژیک نسبت به عوامل روانی - اجتماعی خالص صرع را به افسردگی مربوط می‌کند.

سؤال ۹) ج صحیح است

سؤال ۱۰) به بیمار توصیه شد که افراد صرعی در معرض خطر افسردگی هستند و چون او خانم است احتمالاً بیشتر امکان ایجاد افسردگی وجود دارد. غمگینی و عدم احساس خوشی اشکال اصلی افسردگی هستند. بیمار نیاز به بررسی بیشتر و درمان افسردگی دارد. کدامیک از موارد زیر عامل خطر را برای افسردگی در یک زن صرعی نیست؟

الف) درمان وضعیت‌های طبی همراه مثل (مغز و اعصاب، غددی، قلبی عروقی، ارتوپدی)

ب) تشنج در شش ماه گذشته

ج) خانه‌دار بودن یا استخدام نبودن

د) خوردن داروهای ضدصرعی

در مطالعات اپیدمیولوژی برای ارزیابی افسردگی در افراد مبتلا به صرع، زن بودن یک عامل افسردگی است. همان‌طور که در جمعیت عمومی نشان داده شده است سایر عوامل خطرزای متوسط تا شدید افسردگی شامل: تحت درمان بودن هم‌زمان برای سایر بیماری‌های همراه (ارتوپدی، غددی، قلبی عروقی، مغز و اعصاب)، وقوع تشنج در ۶ ماه گذشته، خانه‌دار بودن، عدم استخدام ذکر شده است.

سؤال ۱۰) د صحیح است

سؤال ۱۱) بیمار به روانپزشک ارجاع شد و داروی ضدافسردگی پیشنهاد شد. روانپزشک در مورد مصرف داروی ضدافسردگی با در نظر گرفتن صرع از شما مشاوره خواست.

کدام دارو بیشترین احتمال ایجاد تشنج را دارد و در درمان بیماران صرعی اجتناب می‌شود؟

الف) بوپروپیون bupropion

ب) آمی تریپتیلین amitriptiline

ج) پاروکستین paroxetin

د) سیتالوپرام citalopram

خطر تشنج در ارتباط با مصرف داروهای ضدافسردگی معمولاً کم است و فایده درمان افسردگی بیش از این خطر است. بخصوص وقتی فکر و خطر خودکشی در شخص مبتلا به صرع زیاد باشد. تعداد تشنجات همراه با استفاده از داروهای ضدافسردگی خیلی پایین است. برای SSRIها و ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای با مقادیر معمول بین ۰.۶٪ تا ۲.۰٪ در سال ذکر شده است. به هر حال بوپروپیون در دوزهای بالاتر و حداکثر ۴۵۰ میلی‌گرم در روز همراه با تشنج در بیش از ۲٪ بیماران بوده است. باید به خاطر داشت که مطالعات اختصاصی کمی روی داروهای

نوار مغز یا انسفالوگرام (EEG)

• نوار مغز چیست؟

نوار مغز یا ثبت فعالیت الکتریکی مغز انسان و بررسی الگوی امواج مغزی می تواند برای ارزیابی کارکرد مغز در بعضی از بیماریها مورد استفاده قرار گیرد. الکترودهای فلزی بر روی نقاط متفاوت پوست سر قرار گرفته و امواج مغزی را دریافت می کنند. یک ماشین پلی گراف (چند ثبتی) کار ثبت امواج را بر روی کاغذ انجام می دهد و البته در بعضی موارد اطلاعات به یک کامپیوتر منتقل شده بر روی صفحه نمایشگر نشان داده می شود. بطور متوسط انجام یک نوار مغز حدود ۴۵ دقیقه طول می کشد (بین ۹۰-۳۰



دقیقه) امروزه انواعی از دستگاههای ثبت نوار مغز تولید شده است که بیمار به راحتی می تواند به اطراف حرکت کرده و فعالیتها را عادی روزانه خود را انجام دهد در حالیکه دستگاه مشغول ضبط امواج مغز وی است.

• نوار مغز برای چه مقاصدی درخواست می شود ؟

نوار مغز برای ارزیابی بیماران مبتلا به تشنج ، گیجی و کاهش سطح هوشیاری، ضربه سر و دیگر شرایطی که ممکن است، بعلت اختلال در کارکرد مغز ایجاد شوند، درخواست می گردد. همچنین این وسیله برای کمک به تشخیص بعضی از بیماریهای مغزی که باعث بدتر شدن کارکرد روانی فرد (مثل بیماری فراموشی یا نسیان) و یا اختلال کارکرد مغزی او می شوند مفید می باشد. همچنین گاهی در بیماریهای کلیوی و یا کبدی شدید نیز که باعث اختلال کارکرد مغزی (آنسفالوپاتی) می شوند، می توان از این وسیله استفاده کرد. گاهی نیز برای تأیید تشخیص شرایطی مثل مرگ مغزی، از نوار مغز استفاده می شود.

• آمادگی و شرایط لازم برای انجام نوار مغز :

در بسیاری از موارد برای انجام نوار مغز هیچگونه آمادگی نیاز نمی باشد ولی گاهی برای انجام EEG (نوار مغز) پزشک توصیه می کند که فرد خود را محدود کرده و در شرایط کم خوابی برای انجام تست مراجعه کند. این حالت که بیشتر در مبتلایان به بیماری صرع و گاهی در سایر اختلالات توصیه می شود، باعث می گردد که اختلال بطور واضح تری در نوار مغزی خود را نشان دهد.

• نوار مغز یا الکتروانسفالوگرام چگونه صورت می گیرد؟

فرد در حالیکه نشسته و یا بر روی تخت خوابیده است، تکنسین الکترودهای کوچکی را به سر او وصل می کند. گرچه برای انجام این تست نیازی نیست سر تراشیده شود ولی باید سر کاملاً تمیز بوده و محلی که الکتروده قرار می گیرد باید از هرگونه چربی اضافه پاک باشد. ممکن است از ژل مخصوص در محل اتصال الکتروده استفاده شود تا امواج مغزی براحتی بتوانند توسط آنها دریافت شوند.

پس از دریافت امواج توسط الکترودها آنها به ماشین پلی گراف فرستاده شده و بر روی کاغذ ثبت می شوند. در هنگام انجام نوار مغز تکنسین

ممکن است از شما بخواهد چشمهای خود را باز و یا بسته کنید و یا اینکه به سرعت نفس بکشید و یا تنفس عمیق انجام دهید. گاهی فرد در مقابل نور درخشان و چشمک زن قرار می گیرد. در موارد خاص نیز انجام نوار مغز حتی پس از به خواب رفتن بیمار ادامه می یابد.

• آیا انجام نوار مغز برای انسان خطر دارد ؟

این آزمایش، کاملاً ایمن بوده و فقط گاهی در افراد مبتلا به صرع در اثر تحریک مغز (مثلاً در اثر نور درخشان و چشمک زن و یا تنفسهای عمیق و سریع) می تواند باعث تشنج شود.

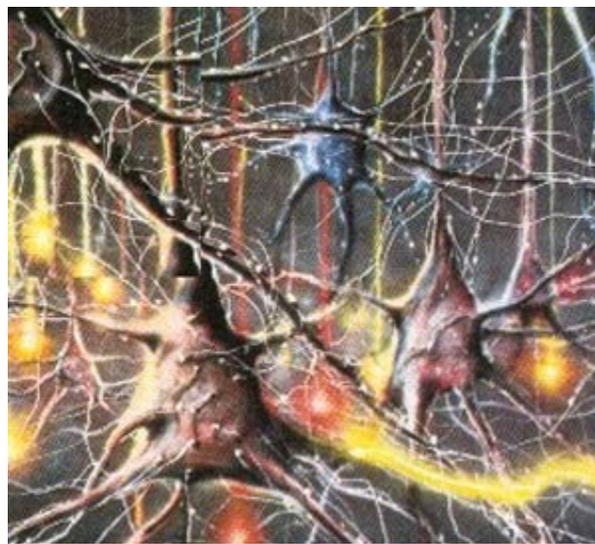
منبع : دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<http://vista.ir/?view=article&id=70108>



نورالژی تری ژمینال

نورالژی تریژمینال اختلالی ناشایع است که علامت مشخصه آن حملات راجعه درد خنجری در حوزه عصبدهی عصب تریژمینال است. معمولاً، حملات کوتاه به دنبال حرف زدن، جویدن، مسواک زدن، تراشیدن ریش، لمس آرام یا حتی یک نسیم خنک آغاز می شود. درد تقریباً همیشه یکطرفه است و ممکن است در روز بارها تکرار شود. معمولاً تشخیص براساس یافته های بالینی صورت می گیرد، هر چند بررسی های تصویربرداری یا ارجاع برای آزمون های تخصصی به منظور رد سایر بیماری ها ممکن است لازم شود. تشخیص دقیق و بموقع مهم است زیرا درد نورالژی تریژمینال می تواند شدید باشد. کاربامازپین داروی انتخابی برای آغاز درمان است، هر چند باکلوفن، گاباپنتین و داروهای دیگر می توانند در موارد مقاوم به درمان، منجر به رفع درد شوند. درمان جراحی اعصاب در بیمارانی که



درمان طبی موفق نبوده یا تحمل آن مشکل است به بیمار کمک می کند.

نورالژی تریژمینال اولین بار در پایان قرن اول شرح داده شد و بعدها به دلیل اسپاسم صورت که اغلب همراه حمله ها است، به نام «تیک دولوره» خوانده شد. جامعه بین المللی سردرد معیارهای تشخیص نورالژی تریژمینال کلاسیک و علامت دار را منتشر کرده است (جدول ۱). در نورالژی تریژمینال کلاسیک، هیچ دلیلی برای علائم به جز فشار روی عروق به چشم نمی خورد. معیار بالینی نورالژی تریژمینال علامت دار نیز مشابه، ولی علت زمینه ای دیگری مسوول بروز علائم است. نورالژی تریژمینال می تواند یک شاخه یا بیش از یک شاخه از عصب تریژمینال را درگیر نماید. شاخه ماگزیلاری در بیشتر موارد درگیر می شود و شاخه افتالمیک کمتر درگیر است. سمت راست صورت بیش از سمت چپ درگیر می شود (نسبت ۵/۱ به ۱) که ممکن است به دلیل باریک تر بودن سوراخ گرد و سوراخ بیضی شکل در سمت راست باشد.

بر اساس گزارش های موجود، میزان بروز سالانه نورالژی تریژمینال ۲/۴ در ۱۰۰،۰۰۰ نفر است که در زنان کمی شایع تر می باشد (نسبت تعدیل شده از نظر سن: ۷۴/۱ به ۱). پزشکان مراقبت های اولیه در طول ۳۵ سال کار ممکن است ۲-۴ مورد از این اختلال را ببینند. اوج میزان بروز در سنین ۶۰-۷۰ سال است و نورالژی تریژمینال کلاسیک پیش از ۴۰ سالگی نامعمول است. میزان بروز نورالژی تریژمینال در مبتلایان به

مولتیپل اسکلروز بین ۱-۲ است و به این ترتیب شایع‌ترین بیماری همراه به شمار می‌آید. میزان بروز در مبتلایان به پرفشاری خون کمی بیشتر از میزان بروز در جمعیت عمومی است. هیچ تفاوت نژادی در میزان بروز وجود ندارد. عموماً نورالژی تری‌ژمینال تک‌گیر است، هر چند گزارش‌هایی از بیماری که در چند تن از اعضای یک خانواده رخ داده موجود است. فروکش خود به خود بیماری ممکن است، ولی اکثر بیماران در طول زمان دوره‌هایی از حملات را تجربه می‌کنند.

• پاتوفیزیولوژی

این فرض مطرح شده است که علائم نورالژی تری‌ژمینال به دلیل دمیلینه شدن عصب ایجاد می‌شود که منجر به انتقال افپتیک (ephaptic) ایمپالس‌ها می‌گردد. نمونه‌های جراحی، این دمیلینه شدن و همجواری نزدیک آکسون‌های دمیلینه را در ریشه تری‌ژمینال بیمار مبتلا به نورالژی تری‌ژمینال نشان داده‌اند. نتایج مطالعات آزمایشگاهی حاکی از آنند که آکسون‌های دمیلینه مستعد ایمپالس‌های اکتوپیک هستند که ممکن است از رشته‌های لمس ملایم به رشته‌های درد که همجوار آنها هستند انتقال یابند (انتقال ephaptic). نظریه‌های کنونی در مورد علت دمیلینه شدن بر فشار عروقی وارده بر ریشه عصب از طریق عروق نابجا یا پیچ‌خورده متمرکز هستند. بررسی‌های آسیب‌شناختی و رادیولوژیک، همجواری ریشه عصب را با چنین عروقی که معمولاً شریان مخچه‌ای فوقانی است، نشان می‌دهند. رفع علائم به دنبال روش‌های جراحی که عروق مزاحم را از عصب جدا می‌کنند، این فرضیه را بیش از پیش تقویت می‌کند. در موارد همراهی نورالژی تری‌ژمینال با مولتیپل اسکلروز یا تومورهایی که ریشه عصب را درگیر می‌کنند، میلین‌زدایی مشاهده شده است. علل متعدد دیگری برای نورالژی تری‌ژمینال شرح داده شده‌اند از جمله ارتشاح آمیلوئید، ناهنجاری‌های

شیرانی-وریدی، فشار استخوانی و انفارکت‌های پل مغزی و بصل‌النخاع. در اکثر این موارد، میلین‌زدایی می‌تواند علت زمینه‌ای باشد. اکثر پژوهشگران اکنون این نظریه را پذیرفته‌اند که نورالژی کلاسیک از فشار عروقی بر ریشه عصب ناشی می‌شود. این امر به دمیلینه شدن عصب و ایجاد ایمپالس‌های نابجا منجر می‌گردد که منتشر شده، زمینه‌ساز یک حمله معمول می‌شوند.

• تشخیص

تشخیص نورالژی تری‌ژمینال باید در همه بیماران مبتلا به درد یک‌طرفه صورت مدنظر قرار گیرد. تشخیص دقیق و بموقع مهم است زیرا درد نورالژی تری‌ژمینال می‌تواند شدید باشد. تشخیص‌های دیگر را هم به خصوص در مبتلایان به ویژگی‌های غیرمعمول بیماری همراه با «علائم هشدار» در سابقه یا معاینه باید مدنظر داشت (جدول ۲). افزون بر این افتراق نوع کلاسیک از علامت‌دار برای درمان بیماری مهم است. نورالژی تری‌ژمینال علامت‌دار همواره ثانویه به اختلالی دیگر رخ می‌دهد و درمان باید بر رفع بیماری زمینه‌ای معطوف گردد.

• شرح حال

از آنجا که تشخیص نورالژی تری‌ژمینال بالینی است، سابقه بیمار در ارزیابی نقش مهمی دارد. مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال با شکایت درد یک‌طرفه و راجعه صورت مراجعه می‌کنند. حملات تنها چند ثانیه به طول می‌انجامد و ممکن است دیر به دیر یا صدها بار در روز تکرار گردند. حملات به ندرت در هنگام خواب رخ می‌دهند. عموماً درد شدید است و از آن به عنوان درد خنجری، تیز، شوک مانند، یا دردی سطحی در حوزه عصب‌دهی یک یا چند شاخه عصب تری‌ژمینال یاد می‌شود. به طور کلی، بیماران بین دوره‌های حمله بی‌علامت‌اند، هر چند بعضی بیماران که نورالژی تری‌ژمینال طولانی دارند از درد مبهم مداوم در همان ناحیه رنج می‌برند.

حرف زدن، جویدن، مسواک زدن و تراشیدن صورت همگی به عنوان عوامل آغازگر درد مطرح شده‌اند. حتی یک نسیم که به صورت می‌خورد، ممکن است در بعضی بیماران حمله درد را به دنبال داشته باشد. در ناحیه آغازگر (نواحی کوچکی نزدیک بینی یا دهان در مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال) تحریک اندک هم حمله درد را آغاز می‌نماید. مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال می‌توانند این نواحی را به دقت مشخص کنند و به شدت از هر گونه تحریک آنها بپرهیزند. همه مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال نواحی آغازگر ندارند ولی وجود نواحی آغازگر تقریباً پاتوگنومونیک این بیماری است. سابقه بیمار هم برای کنار گذاشتن سایر علل درد صورت حایز اهمیت است. به دلیل همراهی نورالژی تری‌ژمینال و مولتیپل اسکلروز، باید از بیماران در مورد سایر علائم عصبی به خصوص علائم شایع در مولتیپل اسکلروز (نظیر آتاکسی، سرگیجه، ضعف کانونی، تغییرات یک‌طرفه دید) پرس‌وجو شود. در بیماران جوان‌تر ارزیابی از نظر دیگر تشخیص‌ها اندیکاسیون دارد، زیرا نورالژی تری‌ژمینال کلاسیک در افراد زیر ۴۰ سال غیرمعمول است.

تقریباً همیشه درد نورالژی تری‌ژمینال، یک‌طرفه است. در موارد نادر نورالژی تری‌ژمینال دو طرفه، هر حمله معمولاً یک‌طرفه است و هر دوره حمله هر بار تنها یک طرف صورت را درگیر می‌کند. علائم همواره به نواحی عصب‌دهی تری‌ژمینال محدود است و در اکثر موارد نواحی مربوط به شاخه

دوم یا سوم و یا هر دو را درگیر می‌کند. دوره بی‌علامت میان حملات برای افتراق نورالژی تری‌ژمینال از دیگر علل درد صورت از جمله نورالژی تری‌ژمینال علامت‌دار حایز اهمیت است. مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال حملات مشابه دارند، تغییر در محل، شدت، یا کیفیت درد باید پزشک را به فکر تشخیص‌های دیگر بیندازد.

• معاینه

عموما معاینه مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال طبیعی است. بنابراین، معاینه مبتلایان به درد صورت برای شناسایی ناهنجاری‌هایی که دیگر تشخیص‌ها را مطرح می‌کنند، بیشترین استفاده را دارد. پزشک باید معاینه دقیق سر و گردن را با تاکید بر معاینه عصبی انجام دهد. گوش‌ها، دهان، دندان‌ها و مفصل تمپورومندیولار باید از نظر بیماری‌هایی که درد صورت ایجاد می‌کنند، معاینه شوند. یافتن نواحی آغازگر مشخص، تشخیص نورالژی تری‌ژمینال را تایید می‌کند. مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال کلاسیک معاینه عصبی طبیعی دارند. ناهنجاری‌های حسی در ناحیه عصب‌دهی تری‌ژمینال، از بین رفتن رفلکس قرنیه یا شواهدی از ضعف در عضلات صورت باید پزشک را بر آن دارد که نورالژی تری‌ژمینال علامت‌دار یا علت دیگری را برای علایم بیمار مدنظر قرار دهد

• آزمون‌های کمکی

به طور کلی، بررسی‌های آزمایشگاهی در مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال با علایم معمول کمکی نمی‌کند. گاهی، رادیوگرافی از مفصل گیجگاهی-فکی یا دندان‌ها در صورتی که درد دندانی یا نشانگان مفصل گیجگاهی-فکی در تشخیص‌های افتراقی فرار داشته باشند ممکن است مفید باشد. تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی (MRI) از مغز برای بررسی مولتیپل اسکلروز، تومورها یا دیگر علل نورالژی تری‌ژمینال علامت‌دار مفید است و باید در ارزیابی اولیه همه بیمارانی که با علایم نورالژی تری‌ژمینال مراجعه می‌کنند، انجام گیرد. یک مطالعه، متغیرهای بالینی خاصی را یافت که ممکن است در تعیین احتمال تشخیصی بودن MRI کمک کند و در شرایطی که به دلیل محدودیت امکان انجام MRI، اولویت‌بندی ضرورت می‌یابد مفید واقع شود. بعضی مطالعات نشان داده‌اند که MRI ممکن است پیامدهای جراحی را بر مبنای یافته‌های تماس عصبی-عروقی یا حجم عصب تری‌ژمینال آسیب‌دیده پیش‌بینی کند.

یک مطالعه اخیر نشان داد که آزمون رفلکس تری‌ژمینال می‌تواند با حساسیت ۹۶٪ و ویژگی ۹۴٪، نورالژی تری‌ژمینال کلاسیک را از علامت‌دار افتراق دهد. آزمون رفلکس تری‌ژمینال شامل تحریک الکتریکی شاخه‌های عصب تری‌ژمینال و اندازه‌گیری پاسخ با دستگاه الکترومیوگرافی استاندارد است. این آزمون هنوز در دسترس بسیاری از پزشکان نیست و اندیکاسیون‌ها و استفاده بالینی آن کاملاً روشن نشده است.

• تشخیص‌های افتراقی

بعضی از بیماری‌هایی که ممکن است در تشخیص افتراقی نورالژی تری‌ژمینال جایی داشته باشند در جدول ۳ فهرست شده‌اند. معاینه دقیق ممکن است یافته‌های موضعی را آشکار کند که نشانگر اوتیت، سینوزیت، اختلالات دندانی یا اختلال کارکرد مفصل گیجگاهی-فکی باشند. سابقه درد مداوم یا درد دوره‌ای با حملاتی که بیش از ۲ دقیقه به طول بینجامد، نورالژی تری‌ژمینال را رد می‌کند و باید پزشک را بر آن دارد که به دنبال تشخیص‌های دیگر بگردد. درد نورالژی گلوکوسوفارنژیال که ممکن است با حرف زدن یا بلعیدن آغاز شود، در زبان و حلق حس می‌شود. نورالژی تری‌ژمینال علامت‌دار اغلب به دلیل مولتیپل اسکلروز یا تومورهایی که از نزدیک ریشه تری‌ژمینال منشأ می‌گیرند ایجاد می‌شود. سابقه علایم عصبی قبلی و یافته‌های بارز در MRI به تشخیص مولتیپل اسکلروز کمک می‌کند. تومورهایی که عصب تری‌ژمینال را درگیر می‌کنند، معمولاً علایم دیگر یا یافته‌هایی در معاینه ایجاد می‌کنند که تشخیص را مطرح می‌کند و این تومورها معمولاً در MRI قابل مشاهده هستند. در شکل ۱ الگوریتم تشخیص و درمان نورالژی تری‌ژمینال ارائه شده است.

• درمان

درمان آغازین انتخابی برای نورالژی تری‌ژمینال درمان طبی است و اکثر بیماران با تجویز داروهای انتخابی، حداقل بهبود موقتی را تجربه کرده‌اند. بیمارانی که به درمان طبی پاسخ نمی‌دهند یا باوجود درمان طبی عود دارند، باید برای درمان جراحی در نظر گرفته شوند. برای بیمارانی که تحمل درمان طبی را ندارند نیز درمان جراحی در نظر گرفته می‌شود.

• درمان طبی

در نورالژی تری‌ژمینال بر روی کاربامازپین مطالعات وسیعی انجام گرفته است و یافته‌های یک فرابرسی شواهد خوبی از اثربخشی این دارو فراهم آورده است. یک مرور کاکرین تایید کرده که کاربامازپین درمان موثری برای نورالژی تری‌ژمینال است. تعداد موارد لازم برای درمان (۱) (NNT) برای

نورالژی ۵/۲ محاسبه شده است. تعداد موارد لازم برای آسیب (۲) (NNH) برای عوارض جزئی ۷/۳ بوده است که با استفاده از داده‌های همه شرایط محاسبه شده‌اند. بعضی از پژوهشگران مطرح کرده‌اند که کاربامازپین به عنوان آزمون تشخیصی نورالژی تری‌ژمینال کلاسیک مفید است. عدم پاسخ، مطرح‌کننده نورالژی تری‌ژمینال علامت‌دار یا تشخیص دیگری است که در هر دو مورد احتمال پاسخ به دارو کمتر است. دوزهای تجویزی از ۱۰۰-۲۴۰۰ میلی‌گرم در روز معتبر بوده است و اکثر بیماران به دوز ۸۰۰-۲۰۰۰ میلی‌گرم در روز در ۲-۳ دوز منقسم پاسخ می‌دهند.

کاربامازپین باید درمان آغازین برای مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال کلاسیک باشد. داروهای دیگری هم هستند که اگر کاربامازپین به رفع علائم منجر نشد یا تنها تا حدی علائم را رفع کرد، از آنها استفاده می‌شود. این داروها در صورت لزوم به کاربامازپین اضافه می‌شوند یا جایگزین آن می‌گردند. مطالعات نشان داده‌اند که باکلوفن با دوز روزانه ۸۰-۱۰۰ میلی‌گرم مفید است. داروهای دیگری که در مطالعات کوچک‌تر یا گزارش‌های موارد با موفقیت تجویز شده‌اند، عبارتند از: فنی‌توین، لاموتریژن، گاباپنتین، توپیرامات، کلونازپام، پیموزاید و والهروپیک اسید. اکثر بیماران، حداقل به طور موقت، به یک یا ترکیبی از این داروها پاسخ می‌دهند.

طیف متنوعی از داروها و روش‌های دیگر برای درمان نورالژی تری‌ژمینال امتحان شده‌اند. مطالعات کوچکی انجام شده‌اند که موفقیت درمان با توکسین بوتولینیوم نوع A (بوتوکس) را در برخی از بیماران نشان داده‌اند و گزارشی مبنی بر رفع علائم پس از جریان شدید اتفاقی از دستگاه تحریک عصبی الکتریکی پوستی وجود دارد. کپسایسین موضعی (زوستریکس) در یک کارآزمایی غیرکور برای درد نورالژی تری‌ژمینال ماگزیلاری مفید بود. در یک مطالعه کوچک تک دوز، تزریق عضلانی سوماتریپتان مفید واقع شد. یک مطالعه جدید، نشان داد که لیدوکاین داخل بینی به طور قابل توجهی درد نورالژی تری‌ژمینال ماگزیلاری را برای بیش از ۴ ساعت کاهش داد. طب سوزنی، دکسترومتورفان و بی‌حس‌کننده‌های چشمی موضعی در کارآزمایی‌های کوچک موفقیتی نشان ندادند. یک مرور اخیر کوکران نتیجه‌گیری کرده است که شواهد کافی از کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی‌شده وجود ندارند که نشان دهند داروهای جز داروهای ضد صرع در مبتلایان به نورالژی تری‌ژمینال موثر هستند.

• درمان جراحی

روش‌های جراحی هم به روش باز و هم از طریق پوست انجام می‌شوند. انتخاب روش جراحی باید با در نظر گرفتن ترجیح بیمار و مهارت و تجربه جراح و ارزیابی مخاطرات و فواید بالقوه هر روش انجام گیرد. اکثر روش‌ها در کوتاه‌مدت موثر هستند، ولی مطالعات حاکی از آن است که عود ظرف چند سال در بسیاری از بیماران محتمل است.

(۱) روش‌های از طریق پوست عبارتند از:

- تزریق گلیسرول

- فنشردن با بالون

- ریزونومی با امواج رادیویی و پرتوجراحی استریوتاکتیک با چاقوی گاما.

این روش‌ها از این مزیت برخوردارند که نسبتاً غیرتهاجمی‌اند، به شکل سرپایی قابل انجام‌اند یا بستری بیمارستانی کوتاهی لازم دارند و عوارض تهدیدکننده حیات ندارند. البته، ممکن است در مقایسه با روش‌های تهاجمی‌تر، بهبود درازمدت کمتری به دنبال داشته باشند و میزان بروز فقدان حسی بالاتر باشد که می‌تواند باعث ناراحتی زیاد بیمار شود و درمان آن هم بسیار دشوار است.

(۲) روش‌های جراحی باز عبارتند از:

- ریزونومی تری‌ژمینال ناقص

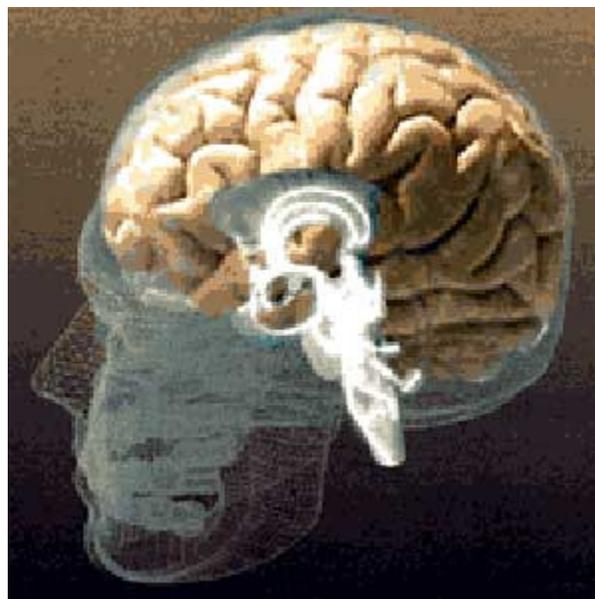
- فنشارزدایی میکروواسکولار.

این روش‌ها مستلزم جستجوی حفره خلفی هستند که مخاطرات خاص خود از جمله سکتة مغزی، مننژیت و مرگ به همراه دارد. هرچند میزان بروز این عوارض در روش فنشارزدایی میکروواسکولار کمتر از ۲ گزارش شده است، به نظر می‌رسد میزان بهبود بلندمدت در روش فنشارزدایی میکروواسکولار بیش از سایر روش‌ها باشد به طوری که میزان بهبود ماندگار ۱۰ ساله بیش از ۷۰ است. این روش با خطر پایین عود علائم و اختلال حسی همراه است و بنابراین برای بیماران جوان سالم که با خطر کمتر عوارض جراحی‌های تهاجمی روبه‌رو هستند، انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

نورولوژی در عمل - بولی نوروباتی ها

تشخیص بولی نوروباتی ها در عمل در اکثریت موارد بسیار ساده است و خوشبختانه این اکثریت موارد مهم ترین هاهم هستند . بیماری که ضعف چهار اندام دارد و این ضعف از نوع flaccid یا "شل" است وبعلاوه علائم حسی عینی وذهنی هم دارد به احتمال بسیار زیاد مبتلا به بولی نوروباتی است .. یا بیماری که با کاهش حس در قسمت های انتهائی دستها وپاها مراجعه کردهورفلکس نیز ندارد . اما گاه تشخیص بولی نوروباتی بسیار دشوار میگردد . بولی نورو پاتی ها بیماری های اعصاب محیطی حسی , حرکتی یا اتونومیک به دلایل مختلف هستند .



در حال حاضر نمی توان بولی نورو پاتی ها را يك تشخیص به حساب آورد . همان طور که هپاتو پاتی را نمی توان يك تشخیص دانست . بولی نورو پاتی ها يك گروه بسیار گسترده وهتروژن هستند که برخورد های کاملا متفاوت و درمان های گونه گونی میطلبند . پس مسئله اصلی تشخیص دقیق بولی نوروباتی یا حداقل طبقه بندی ان است .

در طبقه بندی بولی نوروباتی ها دو گانه های مهمی وجود دارد که هر بولی نورو پاتی را باید با هریک از ان ها سنجید . این دوگانه ها عبارتند از : اکسونال و دمیلینه, حسی وحرکتی ,متقارن و نامتقارن , یونیفرم وغیر یونیفرم , حاد ومزمن که در این مورد تحت حاد هم وجود دارد . باید دانست که تکلیف در این دوگانه ها کاملا يك سویه نیست . و مثلا يك بولی نوروباتی میتواند هم اکسونال وهم دمیلینه باشد . و اهمیت این دوگانه ها در الگوریتم تشخیصی متفاوت است .

در بسیاری از منابع دیکو تومی حاد-مزمن برسایر دیکوتومی ها ترجیح داده شده (نظیر ادامز) در برخی کتابها تقدم بر دیکوتومی حسی - حرکتی است . اما به دلایلی که برخواهم شمرد دیکوتومی اکسونال - دمیلینه راباید بر سایر دیکو تومی ها ترجیح داد .

الف) دیکوتومی حاد- مزمن کاملا روشن نیست و تا حدودی بستگی به زمان مراجعه دارد .
ب) در حال حاضر الکترو دیاگنوزیس در تشخیص بولی نوروباتی جایگاهی محوری دارد , وبه عبارت دیگر در حال حاضر بولی نوروباتی ها ابتدائا با الکتروفیزیولوژی عرضه میشوند.

ج) اکثریت بولی نورو باتی ها هم حسی وهم حرکتی هستند .

بس اولین افتراق عمده اکسونال ودمیلینه است اگر چه در تقسیم بندی بولی نوروباتی ها به سه گروه اکسونال , دمیلینه و مرکب EMG جایگاه محوری دارد اما نکات کلینیکی با ارزشی نیز در این افتراق وجود دارد:

- بولی نوروباتی های دمیلینه در اکثریت موارد عمدتا حرکتی هستند و اگرچه فقط در چند مورد استثنائی علائم بطور خالص حرکتی هستند اما در همه موارد علائم حسی تحت الشعاع علائم حرکتی قرار میگیرند و اگر علائم حسی آی هم وجود داشته باشد عمدتا حس عمقی است چرا که الیاف مربوط به این احساسات هستند که میلین دارند .

- در بولی نورو باتی های دمیلینه از بین رفتن رفلکس ها مستقل از نحوه توزیع ضعف میباشد در این جا ازبین رفتن رفلکس ها به دلیل در گیری

اعصاب اوران عمقی داخل عضلات است . وحتی در مناطقی هم که ضعف چندانی وجود ندارد ، رفلکس ها از بین میروند . اما در بولی نوروباتی های اکسونال معمولا توزیع وشدت ضعف با رفلکسی متناسب است . در نوع اکسونال ممکن است ضعف در حرکات ANKLE وجودداشته باشد و رفلکس اشیل هم از بین رفته باشد ولی رفلکس زانو کاملا طبیعی باشد . اما در ضایعات دمیلینه ممکن است ضعف بروکسیمال شدید و وجود داشته باشد و قدرت عضلات دیستانال نسبتا طبیعی باشد اما تمامی رفلکس ها بطور ژنرالیزه از بین رفته اند .

- نوع اکسونال عمدتا مزمن است اگرچه موارد حاد هم وجود دارد وبرعکس اکثریت موارد دمیلینه حاد هستند . این مسئله به هیچ وجه مطلق نیست واتفقا بیشتر مشکلاتی که در تشخیص بولی نوروباتی ها به چشم میخورد بخاطر همین باور است . بیشتر مشکلات در تشخیص بولی نوروباتی های اکسونال حاد ودمیلینه مزمن است .

- اختلالات حسی بولی نوروباتی های اکسونال می توانند بصورت درد یا یا دیس استزی باشند اما در ضایعات دمیلینه بیشتر اختلال حس عمقی داریم که در تنه بصورت تست رومبرگ مثبت ودر دست ها بصورت علامت PSEUDOATHETOSIS خود را نشان میدهد . بعلاوه در ضایعات دمیلینه می توانیم پارستزی داشته باشیم . نکته ای که چندان مورد توجه قرار نمی گیرد درد وتند رنس عضلانی ای است که در ضایعات دمیلینه حاد مثل گیلن باره دیده میشود . وجود چنین درد وتندرنسی بیشتر به نفع بولی نوروباتی است تا مثلا بولی میوزیت که بیماری ای عمدتا بیدرد است - در ضایعات دمیلینه شدت ضعف واتروفی با یکدیگر متناسب نیست . فقط در صورت شدت زیاد وازمان می توانند با درجاتی از اتروفی همراه باشند . اما ضایعات اکونالی که حرکتی باشند وباعث ضعف واتروفی هم بشسوند بسرعت باعث اتروفی میگردند .

- انواع اکسونال بیشتر قسمت های دیستانال را درگیر میکنند ولی انواع دمیلینه هم دیستانال وهم بروکسیمال را درگیر میسازند . گذشته از نکات کلینیکی فوق یافته های EMG زیر به این افتراق کمک خواهند کرد .

- کاهش سرعت هدایت عصبی بیش از بیست درصد نرمال به نفع ضایعات دمیلینه است ولی اگر دامنه CMAP هم کم شده باشد (کمتر از ۸۰% حداقل نرمال شده باشد) دان صورت کاهش سرعت هدایت باید بیش از ۳۰% باشد.

- افزایش DL (لاتانس دیستانال) به میزان بیش از ۱۲۵% بدون تغییرات دامنه CMAP (یا CMAP بیش از ۸۰% حداقل نرمال) به نفع ضایعات دمیلینه است اما اگر CMAP از ۸۰% حداقل نرمال کمتر است DL باید از ۱۵۰% حداکثر نرمال هم بیشتر باشد.

- افزایش لاتانس موج اف به نفع ضایعات دمیلینه است .

- کاهش PERSISTENCE موج اف ووجود A WAVE به نفع ضایعات اکسونال است .

- کاهش دامنه CMAP بدون تغییرات NCV به نفع بولی نوروباتی های اکسونال است .

- کاهش دامنه SNAP به نفع بولی نوروباتی های اکسونال است .

- در انواع اکسونال در NEEDLE EMG در وضعیت استراحت SPONTANEUS ACTIVITY قابل توجهی وجود دارد . ولی در انواع دمیلینه تا این حد نیست .

پس از تشخیص بولی نوروباتی دمیلینه باید دید این بولی نوروباتی یونیفرم است یا غیر یونیفرم در اینجا تنها راه تشخیص EMG است وسرنخ های بالینی چندانی وجود ندارد. شاید بجز این نکته که تقریبا هیچگاه انواع یونیفرم بصورت حاد دیده نمی شوند. انواع یونیفرم عمدتا ارثی وانواع غیر یونیفرم عمدتا اکتسابی هستند . دو یافته الکتروفیزیولوژیک زیر که در انواع غیر یونیفرم دیده میشوند به این افتراق کمک میکنند .

- TEMPORAL DISPERSION : در این جا با تحریک یک عصب در قسمت پروکسیمال مثلا در ارنج CMAP بدست آمده نسبت به CMAP که با تحریک دیستانال مثلا در مچ بدست می آید هم کوتاه تر است (بیش از ۲۰%) وطول مدت CMAP هم طولانی تر است (بیش از ۱۵%)

- CONDUCTION BLOCK : در اینجا هم دامنه CMAP بیش از ۲۰% کاهش نشان میدهد ولی طول مدت CMAP طولانی نشده (حداکثر ۱۵% طولانی تر شده).

این دو یافته که خود معیار دمیلینه شدن وغیر یونیفرم بودن هستند فقط در محل اعصاب پروئنال, مدیان , واولنار (با تحریک مچ و زیر ارنج) با ارزشند .

A: بولی نوروباتی های دمیلینه غیر یونیفرم می توانند حاد یا مزمن باشند در اکثریت موارد متقارن هستند اما گاه می توانند غیر متقارن هم باشند . تقریبا تمامی موارد حسی وحرکتی , با ارجحیت حرکتی هستند و فقط در یک مورد استثنائی بطور خالص حرکتی هستند .

بولی نوروباتی دمیلینه غیر یونیفرم حاد:

۱) مهم ترین بیماری این گروه این گیلن-باره است که می توان آن را ACUTE INFLAMMATORY DEMYELINATING POLY NEUROPATHY خواند . در اکثریت موارد (۶۰-۷۰%) ۳-۱ هفته قبل از شروع علائم بیمار نشانه هائی از يك عفونت ویروسی را از خود نشان میدهد . اما تب بندرت در شروع علائم نورولوژیک وجود دارد . علائم عصبی با ضعف یا فلج پیشرونده چهار اندام شوع میشود رفلکس های دیستال کاملاً از بین رفته اند ولی رفلکس های پروکسیمال بطور متغیری از بین رفته اند . علائم حداکثر تا چهار هفته پیشرفت میکنند . ضعف در اندام ها تقریباً متقارن است . در ۵۰% موارد صورت هم در گیر میشود گاه اعصاب ۱۰ و ۱۲ هم درگیر میشوند ولی ولی افتالموپلژی و فلج عصب ۱۱ بسیار نادر است . علائم حسی خفیف تا متوسط هستند . اختلالات اتونومیک شامل تاکی کاردی یا هیپوتانسیون و فلاشینگ ممکن است دیده شود . پس از يك دوره ۲-۴ هفته ای پلاتو بیمار روبه بهبودی میگردد . گاه ممکن است اختلالات حسی شدید با یا بدون درد وجود داشته باشد , بیماری پیشرفت نکند ولی بهبودی چندانی هم نداشته باشد , اختلالات گذرای اسفنکتری وجود داشته باشد . و بندرت ممکن است علائم مشکوک CNS وجود داشته باشد. در بررسی CSF بجز موارد بسیار نادر پروتئین بالا است و سلول کمتر از ۱۰ سلول مونونوکلئر است . در ۱۰-۱۵ درصد موارد هیچگونه تغییری در NCV دیده نمی شود . چند نکته احتمال AIDP را از ذهن دور میسازد . اینها عبارتند از : عدم تقارن , علائم اسفنکتری ماندگار یا در شروع, بیش از ۵۰ سلول مونونوکلئر در مایع نخاع , وجود پولی نوکلئر در مایع نخاع , سطح حسی .

اما چند نکته AIDP را رد میکند :

وجود سابقه پورپیری , سابقه تماس با هگزاکربن , سابقه دیفتری در همین اواخر , شک به مسمومیت با سرب , عدم وجود علائم حرکتی , تشخیص پولیومیالیت و بوتولیزم در مان عبارت است از :

- ساهورت تنفسی زمانی که لازم میشود باید این بیماران را در زمانی که هنوز علائم تنفسی شدت زیادی ندارند انتویه کرد تا مجبر به يك انتوباسیون اورژانس نشویم چرا که در این بیماران برخلاف بیماران ربوی بهبودی سریعی نخواهیم داشت وحتی برخلاف میاستنی FLACTUATION هم در علائم

وجود نخواهد داشت . وقتی که بیمار مظطرب است و تاکی پنه و تاکی کاردی دارد ودر بین جملات کوتاه هم مجبور است برای ادای جمله ای مرتب "دم" داشته باشد یا PO₂ کمتر از هفتاد و VITAL CAPACITY کمتر از ۱۰-۱۲ داشته باشد زمان انتوباسیون است.

- درمان اتیلوژیک

پلاسمافرز ۵۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در ۵ جلسه (این حجم فقط با استفاده از ماشین مخصوص وبصورت مداوم مقدور است نه به روش دستی که در ایران معمول میباشد) بیشترین تاثیر تا قبل از دوهفته است و ۱۰% بیماران به واسطه این درمان دچار عود بیماری خواهند شد .

- به جای پلاسمافرز میتوان از IVIG هم میتوان به میزان ۲گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در طول پنج روز استفاده کرد . در مورد بیماری که بدون کمک قادر به راه رفتن هستند درمان ضرورتی ندارد . مرگ ومیر فقط ۳% واکثراً به دلیل مشکلات ICU است . پلی نوروپاتی های غیر یونیفرم دمیلینه بجز گیلن باره تشخیص افتراقی محدودی دارند که شامل :

۲) دیفتری :

پولی نوروپاتی دیفتری چند هفته پس از عفونت حاد دیده میشود وممکن است بدنبال درگیری اعصاب کرانیال تحتانی باشد . اختلال حس هم در بالین وهم در الکتروفیزیولوژی بارز تر از AIDP است .

۳) مسمومیت با آرسنیک :

اگرچه در مسمومیت مز من وحتی در بسیاری از موارد حاد اختلال عمدتاً اکسونال است واز این نظر الگو بشمار میرود ولی در برخی از موارد حاد ممکن است علائم بالینی والکتروفیزیولوژیک با AIDP قابل افتراق نباشند که در این صورت باید از CSF کمک گرفت . بقیه تشخیص های افتراقی این گروه مثل مسمومیت با هگزا کربن اهمیت کمتری دارند . B) پولی نوروپاتی های غیر یونیفرم مزمن :

این گروه بجز يك استثنا صرفاً حرکتی بقیه حسی حرکتی هستند . برخی متقارن وبرخی غیر متقارن میباشد :

الف) نوع متقارن

۱) CHRONIC INFLAMMATORY DEMYELINATING POLYNEUROPATHY(CIDP)شاخص ترین بیماری این گروه اهمیت زیادی دارد . چراکه در صورت تشخیص قابل درمان است ودر صورت عدم تشخیص برخلاف گیلن باره به پیشروی مداوم خود تا نا توانی کامل بیمار ادامه میدهد . اگرچه مایع

نخاع و EMG این بیماران کا ملا شبیه گیلن باره است وتابلوی بالینی عمدتا يك تابلوی حرکتی است , اما تفاوت های اساسی آى بين این دو بیماری وجود دارد . بجز سیر بیماری که حداقل دوماه است معمولا سابقه آى از عفونت ویروسی یافت نمی شود . در بسیاری از بیماران يك ترکور POSTURAL وجود دارد . در معیار های تشخیصی وجود دیابت را مانع تشخیص میدانستند ولی در حال حاضر بنظر میرسد بیماران دیابتیک حساسیت بیشتری برای ابتلا به این بیماری داشته باشند . سیر بیماری می تواند عود کننده باشد . برخلاف گیلن باره به استروئید به خوبی پاسخ میدهد ودرمان بیماری طولانی است . البته پلاسما فرز , ایمونوگلوبولین وریدی , و ایمونوساپرسیو ها هم در درمان نقش دارند .

برخی مولفین جایگاه پلاسمافرز را در شروع تشخیص و به جهات زیر میدانند تا بید تشخیص با بهبودی بیمار , کاهش نیاز به استروئید , و بهبودی سریع در شروع . ایمونوگلوبولین وریدی در مواردی که استروئید ممنوع است , عدم پاسخ کافی به استروئید , وموارد شدید وپیشرونده , و ایمونوساپرسیو ها (عمدتا از اتیوپیرین) در کسانی که به درمان های فوق جواب ندهند مورد استفاده دارند . اما هم چنان سنگ بنای درمان استروئید است . خصوصا به این دلیل که چشم انداز روشنی از نحوه کاستن دراز مدت ان وجود دارد . این الگوی است که تازه درباره ایمونوگلوبولین در حال شکل گیری است . تشخیص يك مورد CIDP جایزه نورولوژیستی است که ده ها و صدها پولی نوروپاتی غیر قابل درمان را میبند و بررسی میکند .

(۲) پلی نوروپاتی همراه با گاموپاتی مونوکلونال با اهمیت نامشخص . در حدود ده در صد کلیه پلی نوروپاتی ها به این دلیل است . ۱۵% این بیماران در يك سیر طولانی (تا ۱۶ سال) تبدیل به یکی از بیماری های پارا پروتئینمی شده اند . ولی در زمان تشخیص فقط افزایش در IGM IGA وجود داشته است . برای تشخیص الکترو فورز پروتئین ها کافی نیست چرا که ممکن است میزان کلی گاما گلوبولین ها افزایش نیافته باشد و باید هر سه را به تفکیک تعیین نمود . اختلال بالینی حسی و حرکتی است و اختلال حسی نسبت به CIDP بارز تر است . در افزایش IGM اختلال دمیلینه برجستگی بیشتری دارد .

در ۵۰% این بیماران افزایش IGM بصورت (ANITI MYELIN ASSOCIATE GLYCO PROTEIN (MAG است . در این بیماران در الکتروفیزیولوژی در بررسی حرکتی ضایعه عمدتا دمیلینه و در بررسی حسی عمدتا اکسونال است . این بیماران اتاکسی حسی برجسته آى دارند . برخی موارد از نظر بالینی تفاوت چندانی با CIDP ندارند . از نظر درمانی در صورت شدت علائم در مان ابتدائا پلاسما فرز است . در صورت عدم بهبودی یا همراه MAG است که در این صورت باید از ترکیب پلاسمافرز , پردنیزولون و کلراموسیل یا از ترکیب پلاسمافرز , پردنیزولون و سیکلوفسفامید استفاده کرد . واگر همراه با MAG نیست باید ان را CIDP تلقی نموده ویا پردنیزولون و IVIG درمان کرد . ممواردی که ناتوانی شدیده ایجاد نکرده اند نیازی به درمان ندارند .

سایر بیماری های این گروه که اهمیت کمتری دارند عبارتند از :

(۳) ماکروگلوبولینمی والدون اشتروم

(۴) سندرم SPOEM عبارت است از Polyneuropathy, Organomegaly, Endocrinopathy, Mcomponent, Skin lesions در هردو این موارد در گیری اکسونال ونیز در گیری حسی بارز تر از CIDP است .

(۵) بیماری استعداد ارثی به PRESSYRE PLSY عضو مهم این گروه است .

در این بیماری که استعداد اتوزومال غالب در ان وجود دارد وبنظر می رسد شیوع ان بیشتر از ان مواردی باشد که تشخیص میدهم ممکن است ابتدا بصورت PRESSURE PALSY های مکرر خود را نشان دهد اما معمولا الکترو دیاگنوزیس دارای خصوصیات يك پولی نوروپاتی است که ویژگی ها ئی دارد . در اینجا عمدتا DL افزایش پیدا میکند وسرعت هدایت چندان تغییری نمیکند واگر هم تغییر کند در مناطقی است که PRESSURE PALSY شایع میباشد نظیر عصب اولنار در ارنج وپرونال در سر فی بولا . از این رو اگرچه به واسطه امکان وجود CONDUCTION BLOCK میتوان ان را نوعی پولی نوروپاتی اکتسابی به حساب آورد . ولی اگر بلوک هدایتی وجود نداشته باشد ممکن است افتراق از نوع شارکو ماری توت نوع دمیلینه دشوار باشد .

(۶) سه داروی سیتوزین ارابینوزاید , امیودارون و پر هکزلین مالئات هم ممکن است پولی نوروپاتی آى ایجاد کنند که عمدتا دمیلینه است .

(۷) هیپوتیروئیدی

(ب) نوع نامتقارن که میتوان ان ها را مونونوروپاتی های مولتیپلکس دمیلینه هم خواند .

(۱) جذام برجسته ترین عضو این گروه در بسیاری از مناطق جهان شایع ترین علت پولی نوروپاتی است . متا سفانه در این مناطق امکانات الکتودیاگنوزیس چندانی وجود ندارد وتغییرات ان به خوب توضیح داده نشده در این بیماری خصوصا نوع توپرکلوتید میتواند کاملا نا متقارن باشد اما

حتی در این نوع هم درگیری اعصاب حسی دیستال (مناطق سرد) بارز تر است. و در نوع لپروماتوز میتواند منتشر باشد. در هر حال درگیری حسی واکسونال بارز است.

(۲) اما در بسیاری از موارد یک پولی نوروپاتی اسیمتریک کاملا دمیلینه را باید واریانتی از CIDP تلقی کرد. و با همین دید درمان نمود. این به این معنی نیست که این ها دقیقا CIDP هستند ولی تا زمانی که تفاوت این دو تبیین نشده باید این گونه فرض کرد.

(۳) مولتی فوکال موتور نورو پاتی MMN را هم در حال حاضر باید یک نوع دمیلینه و اسیمتریک به حساب آورد اگر چه یک نوروپاتی صرفا حرکتی است نه یک پولی نوروپاتی حسی - حرکتی و ممکن است روشن شود که با میلین هم سروکاری ندارد* در میانه سالی شیوع بیشتری دارد و سایر پیشرفت ان بصورت ضعف، خستگی، کرامپو فاسیکولاسیون ممکن است سال ها طول بکشد. اما اگرچه در emg صرفا حرکتی است ولی پارستزی هم گاهی وجود دارد. در بسیاری از موارد شباهت ظاهری زیادی بین این بیماری و ALS وجود دارد. در بسیاری از بیماران IGM GM1 ANTIBODY مثبت میشود. درمان این بیماری با IVIG است.

پولی نوروپاتی های دمیلینه یونیفرم این پولی نوروپاتی ها عمدتا ارثی هستند.

(۱-۱) HMS نوع دمیلینه شارکو ماری توت است سرعت هدایت عصبی کاهش یافته و DL ها افزایش نشان میدهد. نسبتا شایع است. معمولا از دهه دوم شروع میشود. عصب پروئال زود تر از بقیه عصب ها درگیر میشود. و همین باعث ایجادعلامت بطری شامپاین وارونه را میکند. انتقال عمدتا اتوزومال غالب است. درمان خاصی وجود ندارد.

(۲-۲) HM یا بیماری دژنرین سوتاساپین بیماری از سنین نوزادی شروع میشود شدیداً دمیلینه است و معمولا وقتی که این ها به سن بلوغ میرسند روی صندلی چرخدار هستند سرعت هدایت عصبی بسیار پائین است. زمینه توارث اتوزومال مغلوب است.

(۳) لکودیستروفی ها وجه تمایز این ها احتمال وجود علائم نورو ن محرکه فوقانی یا علائم مغزی میباشد.

(۴-۴) HMSN یا بیماری رفسام که توارث اتوزومال مغلوب داشته و یک بیماری پروکسی زومال محسوب میگردد. در این جا علت تجمع فتانیک اسید است. علائم دیگر غیر از پولی نوروپاتی عبارتند از اتاکسی مخچه ای دژنراسیون رتین. ایکتیوز و گاه کری. شروع علائم از کودکی تا دهه سوم میباشد.

پلی نوروپاتی های اکسونال این پلی نوروپاتی ها ابتدایا به سه نوع حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم میشوند.

(A) پلی نوروپاتی های اکسونال حاد این نوع پلی نوروپاتی ها بسیار محدود هستند. بیشتر پلی نوروپاتی حاد دمیلینه هستند.

(۱) پلی نوروپاتی حرکتی اکسونال حاد (ACUTE MOTOR AXONAL POLYNEUROPATHY (AMAN این پلی نوروپاتی سابقا نوع اکسونال گیلن باره خوانده میشد. در برخی مناطق دنیا شیوع ان باشیوع گیلن باره کلاسیک برابری میکند. در این بیماران ممکن است سوابقی از عفونت با CAMPYLOBACTER JEJUNI وجود داشته باشد. در بسیاری از این بیماران انتی بادی IGG بر علیه GM1 وجود دارد علائم بالنی والکتروفیزیولوژیک صرفا حرکتی واکسونال هستند. پیش اگهی نسبت به گیلن باره بدتر است. درمان با IVIG است.

(۲) پورفیری رگرچه بصورت راجعه است اما در هر بار بصورت یک پولی نوروپاتی حاد خود را نشان میدهد. اگرچه عمدتا حرکتی است اما اختلالات حسی هم در EMG وجود دارند.

علائم دیگری هم ممکن است با پورفیری وجود داشته باشد که شامل درد های شکمی، سایکوز و سی ژ است.

(۳) سندرم میلر فیشر رانیز که واریانتی از گیلن باره محسوب میشود میتواند یک پولی نوروپاتی حاد اکسونال منتهی کاملا حسی یا یک نورونوپاتی حسی به حساب آورد. در این بیماران که شروع حاد یا تحت حاد دارند. افتالموپلژی به همراه اتاکسی وارفلکسی به چشم می خورد.

بروتین مایع نخاع افزایش یافته و در الکتروفیزیولوژی دامنه حسی SNSP کاهش یافته یا از بین رفته و سرعت هدایت عصبی در حداقل نر مال است و F بدست نمی آید. در بیش از ۹۰% این بیماران انتی بادی GQ1B مثبت است که می تواند به دلیل عفونت کمپیلو باکتر باشد.

(۴) برخی توکسیک پولی نوروپاتی ها نظیر آرسنیک رانیز باید در این گروه قرار داد.

(B) پولی نوروپاتی های اکسونال تحت حاد این گروه بولی نوروپاتی ها را ابتدا میتوان به متفاران و غیر متفاران تقسیم کرد. الف) پولی نوروپاتی های اکسونال غیر متفاران.

۱) بولی نوروباتی همراه با واسکولیت ها این گروه پولی نوروباتی ها که به همراه لوپوس ، PAN و ارتريت روماتويد دیده میشوند دارای خصوصيات مشترکی هستند : معمولا دردناک هستند ، سير نوروباتی معمولاً تند و همراه با اتروفی است ، اگرچه در شروع کاملاً غير متقارن و به تعريف مونونوروباتی مولتیپلکس نزدیک است اما سرعت منتشر میگردد اما هم چنان غير متقارن خواهد ماند و از همین روست که اصطلاح پولی نوروباتی غير متقارن را بر اصطلاح مونونوروباتی مولتیپلکس ترجیح میدهم . در اکثریت موارد در زمان بروز پولی نوروباتی سایر علائم سیستمیک واسکولیت ها هم وجود دارد اما گاه علائم پولی نوروباتی بر سایر علائم سیستمیک تقدم دارد . و بندرت ممکن است واسکولیت منحصر به اعصاب محیطی باشد .

در EMG معمولاً علائم دنرواسیون شدید دیده میشود که همراه با سایر علائم يك پولی نوروباتی اکسونال است .

۲) دیابت شایع ترین علت يك پولی نوروباتی اکسونال اسیمتريك است و به علاوه این یکی از شایع ترین تظاهرات دیابتیک نوروباتی است .

۳) سارکوئیدوز

ب) پولی نوروباتی های اکسونال تحت حاد متقارن بیشترین بخش پولی نوروباتی ها را تشکیل میدند . این گروه یا حسی-حرکتی هستند . یا حسی خالص .

a) بولی نوروباتی های حسی خالص اضافه بر سندرم میلر فیشتر که در بخش حاد شرح داده شد و پولی نوروباتی های حسی ارثی که در بخش مزمن شرح داده خواهند شد . بقیه این پولی نوروباتی ها اکتسابی و تحت حاد هستند . این نوع پولی نوروباتی بطر شایع بصورت بارانئولازی و در درجه اول در زمینه تومور های ریه دیده میشود همچنین در بیماری شوگرن ، در مصرف تالیدومید ، سیس پلانتین ، در سیروز کبد و در اتاکسی فریدریش هم دیده میشود . در این بیماران افتراق نورونوپاتی (گانگلیونوپاتی) از نوروباتی مقدور نیست . و فقط در نوع پارانئولازیک ، روشن است که انتی بادی برعلیه dorsal root ganglia ساخته میشود .

b) پولی نوروباتی های حسی حرکتی که در اصل همان پولی نوروباتی آک است که برخی از بولی نوروباتی در ذهن دارند . بیش از ۲۰۰ علت توکسیك متابولیک برای این نوع پولی نوروباتی شناخته شده است . ضعف و اختلال حسی عمدتاً در قسمت های انتهائی دیده میشود رفلکس های دیستال از بین میروند و هیپوستزی بصورت دستکشی و جورابی دیده میشود در بسیاری از موارد ضایعه توکسیك و متابولیک در حمل و نقل اکسونی اختلال ایجاد میکند و در نتیجه نوعی پانولوزی وابسته به طول عصب پدید می آید . در emg دامنه حسی (snap) و دامنه حرکتی کاهش نشان میدهد . ولی سرعت هدایت عصبی چندان تغییری نکرده . در emg دنرواسیون حاد در عضلات دیستال به چشم می خورد . دیابت ، اکلسم ، سوئ تغذیه از علل این نوع پولی نوروباتی هستند و بسیاری از داروها نظیر ایزونیازید و نیتروفورانتین و... نیز این نوع پلی نوروباتی را ایجاد میکنند . نوعی پولی نوروباتی را که اخیراً مورد توجه قرار دارد باید مورد توجه ویژه قرار داد در بیمارانی که در آک سی یو تحت مراقبت های ویژه قرار میگیرند ، دچار سپسیس میشوند و multi organ failur پیدا میکنند گاه به هنگام بهبودی مسائل اصلی دچار ضعف ژنرالیزه آک میگردند که جدا کردن آن ها از دستگاه را دشوار میسازد . در بررسی مشخص میشود که يك پولی نوروباتی اکسونال قابلاً توجه دارند . این پولی نوروباتی را critical care neuropathy خوانند . علت دقیق آن روشن نیست . پلی نوروباتی اکسونال مزمن شایع ترین پولی نوروباتی های مزمن اکسونال پولی نوروباتی های ارثی هستند . البته کلیه

پولی نوروباتی های تحت حاد هم میتوانند مزمن شوند .

۱-۲) HMS یا شارکو ماری توت اکسونال . در این نوع پولی نوروباتی جنبه غالب حرکتی است . نحوه توارث اتوزومال غالب است . شروع معمولاً در دهه دوم است گاه زودتر و بندرت دیرتر . در گیری عضلات قدامی ساق بارز تر است . ممکن است درگیری دیستال با نیروی پروکسیمال بسیار نا متناسب باشد . مثلاً در مچ پا در فلکسیون و دورسی فلکسیون ضعف وجود داشته باشد . ولی رفلکس زانو کاملاً طبیعی باشد . علائم EMG يك پولی نوروباتی اکسونال و دیستال است که دنرواسیون حاد - بصورت فعالیت خود بخودی - در عضلات دیستال بارز میباشد .

۲-۵) HMS این بیماران در واقع گروهی بیماران HEREDITARY SPASTIC PARAPLEGIA هستند که اسپاستی سیته و هیپر رفلکسی داشته و علائم پولی نوروباتی اکسونال فقط يك یافته الکتروفیزیولوژیک است .

۳) بیماری TANGIER

توارث این بیماری اتوزومال مغلوب است . علت آن کمبود لیپوپروتئین های HIGH DENSITY است و استرهای کلسترول در مناطق مختلف تجمع پیدا میکنند . لوزه های نارنجی رنگ دارند و يك نوع اختلال حس سودو سیرنگو میلیک به چشم میخورد (در مناطقی حس در وجود ندارد ولی حس

لمس وجود دارد).

(۳) (HEREDITARY SENSORY –AUTONOMIC NEUROPATHY (HSAN)

تا بحال پنج تیپ پولی نوروپاتی حسی - اتونومیک ارثی توضیح داده شده نوع ۱ ان اتوزومال غالب وبقیه مغلوب هستند . تیپ ۳ آن که به نام رایلی دی هم خوانده میشود عمدتاً اتونومیک است در تیپ ۱ و ۲ و ۳ زخم و اولسر شایع است و در نوع ۴ ممکن است اختلالات عقلی وجود داشته باشد .

(۴) امیلوئیدوزیس امیلوئیدوز به دوشکل دیده میشود

الف) PRIMARY AMYLOIDOSIS

۲۰-۱۵٪ کسانی که امیلوئیدوز سیستمیک اولیه دارند یک پولی نوروپاتی سمپتیک دیستال اکسونال حسی حرکتی پیدا میکنند . این بیماران علائم امیلوئیدوز در سایر ارگان ها را هم دارند .

ب) پولی نوروپاتی امیلوئیدی فامیلی در این بیماران که توارث اتوزومال غالب دارند امیلوئیدوز منحصر به اعصاب محیطی است . در این پولی نوروپاتی اکسونال سمپتیک درگیری حسی بارز تر از حرکتی است و در مناطق مختلفی که این نوع پولی نوروپاتی گزارش شده سن شروع متفاوت است . اینان مستعد سندرم تونل کارپ هستند . در امیلوئیدوز ثانویه مثلاً در مولتیپل میلوما پولی نوروپاتی امیلوئیدی شیوع زیادی ندارد . ویلی نوروپاتی آبی که مشاهده میگردد مکانیسم دیگری دارد .

۵) ایبا لپو پروتئینی یا بیماری باسن کورنویگ در این بیماری اتوزومال رسیسیو اپوپروتئین B وجود ندارد . این اپوپروتئین در سنتز شیلومیکرون ها، لیپوپروتئین های VERY LOW DENSITY و HIGH DENSITY دخالت دارد. پس ویتامین های محلول در چربی نظیر A. E. K کاهش پیدا میکنند . این بیماران اضافه بر پولی نوروپاتی علائم دیگری نظیر استئاتوره ، هیپو کلسترولمی ، رتینیت پیگمانتر ، نوروپاتی محیطی و اتاکسی مخچه آبی هم دارند.

پولی نوروپاتی هائی که هم اکسونال وهم دمیلینه هستند . در بسیاری از پولی نوروپاتی های دمیلینه دژنراسیون اکسونی ثانویه آبی دیده می شود . و در بسیاری از پولی نوروپاتی های اکسونال هم سرعت هدایت عصبی کاهش مییابد . اما در برخی پولی نوروپاتی ها اکسون و میلین مستقل از یکدیگر - و شاید با مکانیسم های مختلف - درگیری دارند . سردسته این ها نوروپاتی دیابتیک است . در اورمی هم اکسون و میلین مستقل از یکدیگر

در گیر میشوند.

• دیابتیک نوروپاتی

این پولی نوروپاتی گونه های مختلف و مکانیسم های گوناگونی دارد . دنوع از این گونه ها مونونوروپاتی مولتیپلکس و دیستال سمپتیک قبلا شرح داده شد . در برخی از انواع پولی نوروپاتی الگوی پروکسیمال شبیه به میوپاتی هادارند . در برخی تمایل به توراکوآبداومن است . اما از نظر درگیری میلین واکسون در برخی موارد درگیری عمدتاً دمیلینه است . سابقاً وجود دیابت یکی از معیار های رد کننده CIDP بود اما در حال حاضر بنظر می رسد نه تنها دیابت CIDP را رد نمی کند بلکه شانس CIDP در بیماران دیابتیک بیشتر است . فی الواقع مواردی از دیابتیک نوروپاتی که جنبه دمیلینه در ان ها غلبه دارد ، خصوصاً اگر سیر سریع و ناتوان کننده آبی داشته باشند ممکن است گونه آبی CIDP با منشأ ایمنولوژیک باشند و به درمان های ایمنولوژیک مثل IVIG پاسخ دهند . فقط در این مورد نیست که عوامل ایمنولوژیک محتمل هستند بلکه در پلکسوپاتی لومبوساکرال دیابتیک حتی مونونوروپاتی مولتیپلکس هم که ضایعه اکسونال و عروقی است . ممکن است نوعی واسکولیت با منشأ ایمنولوژیک دخالت داشته باشد در اورمیک نوروپاتی ، لپر ، و نوروپاتی همراه با گامو پاتی ها هم ممکن است میلین واکسون هردو درگیر شوند.

منبع : انجمن علوم اعصاب ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=254654>

نورولوژی در عمل- سردرد

بی تردید سردرد اگر شایع ترین علت مراجعه پزشکی نباشد یکی از شایع ترین علل است . شاید شیوع سردرد ریشه در اهمیت سر به عنوان يك ارگان حیاتی و لزوم توجه بیشتر به آن باشد . بی تردید موجوداتی که توجه بیشتری به سر داشته اند شانس بقای بیشتری داشته اند . در سال های اخیر شیوع سر درد ریشه در اشتغال ذهنی با جایگاه فکر و تومور و نیز استحالته رو به پیچیدگی و توام با ظرافت بیماری های روان تنی دارد . بیهوده نیست که بسیاری که از سردرد مینالند در واقع درد ندارند از احساس خاصی در سر شکایت میکنند و بیشتر نگران این احساس هستند نه اینکه از آن ناراحت باشند . به سردرد از سه جنبه میتوان برخورد کرد : سردرد به عنوان يك اورژانس پزشکی , سردرد به عنوان يك علامت و سردرد اولیه (سردرد خود به عنوان يك بیماری) .



در موارد معدودی سردرد مهم ترین علامت يك وضعیت اورژانس است . مهم ترین این حالات خونریزی تحت عمکوتیه یا SAH میباشد . در این حالت

ممکن است بیمار از ابتدا به کوما ترود ولی در بسیاری از موارد هوشیار است واز سردرد بسیار شدیدی شکایت میکند که تا به حال نظیر آن را نداشته است . به ندرت ممکن است سردرد شدیدترین آن نباشد اما نکته ای که به صورت لایتغیر وجود دارد شروع کاملا ناگهانی آن است . در این بیماری معمولا علامت فوکال عصبی وجود ندارد ولی وجود علامت فوکال عصبی رد کننده SAH نیست ولی علامت مننژه تقریبا به صورت لایتغیر وجود دارد . . سی تی اسکن نرمال هم رد کننده SAH نیست اگر بیمار در زمان معاینه هوشیار است ممکن است ان قدر خون در فضای ساب اراکتوئید وجود نداشته باشد که در سی تی اسکن دیده شود . سر درد ممکن است اولین علامت مننژیت باشد در مننژیت اضافه برعلائم مننژه علائم عفونی هم وجود دارد ودر سریع ترین حالات هم شروع علائم هیچ گاه به سرعت SAH نیست . گاه در شروع انسفالیت هرپسی بیمار ابتدا برای چندین ساعت تا یکی دو روز فقط از يك سردرد شدید شکایت میکند هم چنین در شروع يك سکته مغزی ممکن است بیمار از سر دردی شکایت کند که بسته به شریان ترومبوزه یا در حال ترومبوز لوکالیزاسیون متفاوتی دارد .

گاه سر درد علامت بیماری دیگری است که سرعت انکشاف آن انقدر نیست که گذشت ساعات ودقایق خطری را متوجه بیمار کند . این بیماری ها به ترتیب اهمیت عبارتند از :

▪ تومور مغزی:

اگرچه سر درد جز علائم تومور مغزی است واگر چه سر درد در تومور های مغزی لزوما منحصر به افزایش فشار داخل جمجمه نیست اما در مورد ارتباط بین سر درد و تومور مغزی باید نکات چندی را در نظر داشت , شیوع تومور مغزی در کسانی که معاینه عصبی و فوندوسکوپي آن ها طبیعی است خیلی زیاد تر از کسانی که سردرد ندارند نیست .

بنابراین در بسیاری از موارد ترس از تومور مغزی جایی ندارد . تا جائیکه بنظر میرسد در چنین شرایطی همراهی سردرد با تومور مغزی يك تصادف باشد . سردرد تومور های مغزی ممکن است کاملا غیر اختصاصی باشد اما وجود علائم زیر ممکن است ظن تومور را برانگیزد ; سر دردی که بیمار را از خواب بیدار میکند ' سردردی که همیشه یکطرفه است ' سر دردی که شدت آن در طول زمان در حال پیشرفت است ' سر دردی که اخیرا ایجاد شده و توجیهی برای آن وجود ندارد ' کلا در کسانی که معیار های میگرن با یا بدون او را در مورد آن ها صدق میکند شیوع تومور کمتر از کسانی

است که این معیارها در مورد آنها صدق نمی کند .

▪ سینوزیت :

بی تردید در مورد ارتباط سینوزیت با سر درد اغراق زیادی شده و می شود بسیاری از مبتلایان به میگرن و TENSION HEADACHE مدت ها تحت درمان با آنتی بیوتیک قرار میگیرند . بنظر میرسد يك اتیولوژی عفونی بی خطر که در بردارنده يك برجسب برای تمام عمر نیست برای بیمار و پزشك توجیه مناسبی است . اما سر درد میتواند به دلیل سینوزیت باشد در چنین مواردی معمولا سایر علائم سینوزیت هم وجود دارند . سر درد مداوم است و با وضعیت سر بسته به سینوس در گیر متغیر میباشد . سینوزیت به همراه سر درد بیماری پر اهمیتی است که باید به دقت مورد بررسی و مداوا قرار بگیرد يك عفونت پاراکرانیاال میتواند باعث ترومبوز سینوسی مننژیت یا ایسه مغزی گردد .

▪ ترومبوز های سینوسی :

در این موارد اگرچه سردرد وجود دارد ولی در بسیاری از موارد تحت تاثیر علائم عصبی دیگر نظیر تشنج 'کاهش سطح هوشیاری , همی پارزی قرار میگیرد . سر دردی که در عرض چند روز به تشنج يك طرفه 'ضعف همان طرف می انجامد و بیمار تب دارد ممکن است ترومبوز سینوسی باشد . اما در برخی از موارد ترومبوز سینوسی هیچ علامت دیگری بجز افزایش فشار داخل جمجمه - سر درد وادم پایی ندارد - در این موارد افتراق از سودو تومور سربرری ممکن است دشوار باشد . به بیان بهتر باید گفت در این جا تعاریف رنگ میبازند و این حالات بشدت interchangeable بنظر میرسند .

سودو تومور سربرری و افزایش خوش خیم وناشناخته فشار مغزی (BIH) (begnin intracranial hypertention): ابتدا باید تفاوت این دو بیماری را که ابتدائا یکسان بنظر میرسند روشن کرد.

با پیشرفت روش های IMAGING و سایر بررسی ها امروزه روشن است که تمام حالاتی که از نظر بالینی شبیه تومور مغزی هستند یعنی سردرد و ادم پایی دارند و سی تی اسکن آنها نرمال است اولاً خوش خیم و ثانياً ایدیوپاتیک نیستند . اما در هر حال با تمام بررسی های موجود نیز برخی از بیماران نهایتاً علتی برای بیماری شان پیدا نمی شود و این بیماری بجز اختلال بینائی خطر دیگری ندارد . این که آیا تمامی این موارد BIH اشکالی از ترومبوز سینوسی هستند یا خیر سوالی است که در آینده روشن خواهد شد . در هر حال در کلیه بیمارانی که با سردرد وادم پایی مراجعه میکنند کلیه علل اندوکراین شامل هیپوپاراتیروئیدسم هیپوتیروئیدی و هیپو و هیپر ادرنالیسم باید بررسی گردد خصوصاً ترومبوز های سینوسی یا حداقل عللی که باعث افزایش تمایل به انعقاد خون میشوند نظیر واسکولیت ها و سندرم بهجت باید بررسی گردد. بیماری هائی نظیر گلیوماتوز سربرری و مننژیت کارسینوماتوز هم ممکن است در ابتدا با علائم سودوتومور سربرری مراجعه کنند کلیه این حالات اگرچه سودوتومور سربرری هستند اما BIH نیستند .. اگرچه در سی تی اسکن این بیماران بطن ها کوچک و فضای ساب اراکنوئید وسیعترن ها تنگ یا مسدود هستند اما این یافته ها به خودی خود وبدون علائم بالینی به معنی سودوتومور سربرری نیستند و حتی میتوانند يك واریاسیون نرمال باشند . پس سی تی اسکن اساساً از نظر عدم وجود تومور قابل توجه است نه از نظر وجود علائمی به نفع سودوتومور .

▪ ارتريت تا امپورال :

بیماری مهم سنين میانه به بالا . بطور خلاصه هر سر دردی در سنين بالا به همراه سدیمان بالا میتواند ارتريت تامپورال باشد . علائم خاصی نظیر تدرنس در شریان های تامپورال اگرچه در صورت وجود موبد تشخیص است اما به هیچ وجه وجود آنها برای تشخیص الزامی نیست . همین طور علائم CONSTITUTIONAL تب و تغییرات CBC شامل لکوسیتوز و انمی . سر درد حتی میتواند OCCIPITONUCAL باشد که در این صورت بسیار شبیه سردرد شایع این سنين یعنی سر درد ناشی از ارتروز گردن خواهد بود . در ارتريت تامپورال گاه در عضلات چانه سفتی وجود دارد . در بیمارانی که ابتدائاً با ایسکمی قسمت قدامی عصب اپتیک (ANT. ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY (AION) مراجعه میکنند وسابقاً به عنوان ارتريت تامپورال تشخیص داده نشده اند ممکن است مشکلات تشخیصی بیشتری وجود داشته باشد در این بیماران اگر سدیمان تاسیون بالا باشد قطع نظر از وجود یا عدم وجود علائم بالینی ارتريت تامپورال باید بیوسی از شریان تامپورال صورت بگیرد و اگر این بیوسی منفی بود هم با بد بیوسی از طرف دیگر تکرار شود اگر دوبار بیوسی طبیعی بوده است و شرح حال هم مطابق ارتريت تامپورال نبوده باید ان AION را بدون ارتباط با ارتريت تامپورال در نظر گرفت . اگر از ابتدا سدیمان طبیعی بوده ولی علائم به نفع ارتريت تامپورال وجود دارند باید بیوسی تا دوبار انجام شود و اگر هر دو بار طبیعی بود میتوان علی رغم وجود علائم بالینی ان را بی ارتباط با ارتريت تامپورال به حساب آورد . پاسخ دراماتیک به استروئید ها جئ علائم شاخص ارتريت تامپورال است .

▪ سر درد در ضایعات گردن :

در کلیه ضایعات مفاصل عضلات و لیگمان های گردن سر درد وجود دارد این سردرد در گردن و پشت سر احساس میشود. صبح ها و بلافاصله پس از برخاستن از خواب بیشتر است. واقعیت این است که در این جاهم مثل بسیاری از ضایعات دردناک دیگر در سروگردن نقش مسائل سایکوزنیک در تشدید و تداوم سردرد قابل انکار نیست. پس از این علل که در تشخیص افتراقی سردرد اولیه قرار میگیرند باید دانست در بسیاری از موارد در بیماری های سیستمیک سردرد علامت شایعی است بطور مثال در کلیه بیماری های تب دارمکن است سردرد وجود داشته باشد. سر درد ممکن است با بیماری های دندان ومفصل تامپورو ماندیبولر همراه باشد بعلاوه در بسیاری از اختلالات روانی ممکن است احساسات گوناگونی در سر بیان شود که بطور دقیق سر درد نیستند.

اما پس از این سر دردهای علامتی مهم ترین بخش بحث سر درد در سردرد های اولیه است که در بسیاری از موارد اساسا سر درد با سر درد اولیه مترادف دانسته میشود. سر درد های اولیه به چند گروه عمده تقسیم میشوند که شامل TENSION TYPE HEADACHE, میگرن ' کلاستر و سر درد مزمن روزانه میباشد. در این گروه میگرن مهم ترین بیماری است بر طبق طبقه بندی اخیر میگرن ته دو گروه کلی میگرن با اورا ومیگرن بدون اورا تقسیم میشوند میگرن با اورا همان میگرن کلاسیک ومیگرن بدون اورا همان میگرن رایج COMMON است. شیوع میگرن با اورا پنج برابر کمتر از میگرن بدون اوراست. شیوع میگرن در مرد ها ۴-۶ در صد ودر زن ها حدودا ۱۵ درصد است. در میگرن با اورا در ۶۰ تا ۸۰ درصد موارد سابقه فامیلی مثبت است. در اکثریت موارد شروع میگرن قبل از سی سالگی است وتا چهل سالگی بتدریج افزایش پیدا میکند واز ان ته تعد شیوع میگرن رو ته کاهش میگذارد. ▪ میگرن بدون اورا :

برای تشخیص میگرن بدون اورا که شایع ترین نوع میگرن است میتوان علائم را به صورت معیار بیان کرد

(۱) باید سردرد ها بین ۴ تا ۷۲ ساعت طول بکشند.

(۲) از چهار علامت زیر حد اقل دو تا باید وجود داشته باشند.

(الف) سردرد یکطرفه باشد.

(ب) سردرد ضربان دار باشد.

(ج) متوسط تا شدید باشد.

(د) مزاحم کارهای روز مره باشد.

(۳) حد اقل با یکی از موارد زیر همراه باشد.

(الف) تهوع و/یا استفراغ

(ب) فوتوفوبی و فونوفوبی

(۴) در شرح حال ومعاينه سر درد با بیماری دیگری نظیر تروما تومور عفونت یا ضایعه عروقی قابل توجه نباشد یا با IMAGING رد شده باشد. میگرن با اورا به دو گروه کلی میگرن با اورای کلاسیک ومیگرن با اورای غیر کلاسیک تقسیم میشود.

(۱) میگرن با اورای تی پیک فرم متعارف میگرن با اوراست که در ان اورا لزوما بینائی نیست اما دارای خصوصیتی است که در معیار های زیر بر شمرده شده اند. معیارهای میگرن با اورای تی پیک به قرار زیر هست:

(A) حداقل سه حمله با خصوصیتی که در B برشمرده شده وجود داشته باشد :

(B) حداقل سه تا از ۴ چهار خصوصیت زیر وجود داشته باشد.

(۱) پیک یا چند اورای کاملا برگشت پذیر که نشانه اختلال کورتیکال مغزی و/یا ساقه مغز باشند.

(۲) حد اقل یک حمله اورا که به صورت کاملا تدریجی ودر عرض بیش از چهار دقیقه پیشرفت کرده ویا علائم متنوعی که به دنبال یکدیگر می آیند.

(۳) فاصله بین سر درد واورا همیشه کمتر از ۶۰ دقیقه است و ممکن است اورا قبل یا همزمان با سر درد باشد.

(۴) هیچ پیک از علائم اورا بیش از ۶۰ دقیقه طول نمی کشند.

(C) سر درد با هیچ بیماری سیستمیک و ارگانیکی که توجیه کننده سر درد باشد همراه نباشد.

در مواردی میگرن با اورا تی پیک نیست :

(الف) میگرن با اورا بدون سر درد در این موارد که چندان ناشایع هم نیستند اورا با سر درد همراه نیست. اورا میتواند صرفا بینائی یا بینائی به همراه

سایر علائم باشد .

احتمالاً شیوع این بیماری بسیار بیشتر از مواردی است که تشخیص داده میشود بیشتر احتمال دارد به عنوان تشنج یا TIA تشخیص داده شود نه میگرن . کسی که بطو تدریجی لکه ها نورانی جلوی چشم هایش را پر میکنند تا جائیکه تمام میدان بینائی او را میگیرند و تعد در خالیکه این اختلال بینائی در حال بهبودی است در دست هایش هم پارستری پیدا میکند و اندکی گیج میشود وبعد همه علائم ته تدریج کاملاً بهبودی پیدا میکنند چه تشخیص دیگری بجز میگرن میتواند داشته باشد ؟ در بسیاری از مبتلایان در زمان های دیگر میگرن با سر درد هم وجود دارد اما وجود میگرن با سر درد برای تشخیص الزامی نیست . در این بیماران احتمال وجود انتی فسفو لیپید انتی بادی وجود دارد و توام بودن میگرن با او را با سینتو پاتی میتوکندریال امر شناخته شده ایست . در سندرم MELAS که در ان حملات شبیه استروک وجود دارد ممکن است این حملات با میگرن با او را وبدون سر درد مکانیسم مشترکی داشته باشد همین طور حملات گذرائی که در جریان امیلوئید انژیو پاتی دیده میشوند . در هر حال بدون وجود این سندرم های شناخته شده هم بنظر میرسد شانس استروک در این بیماران بیشتر از مردم عادی باشد .

(ب) میگرن ورتیروبازیلر :

این نوع میگرن که به نام بیکراستاف هم خوانده میشود همراه با علائمی است که از ساقه مغز حکایت میکنند مثل دوبینی سر گیجه تغییرات سطح هوشیاری این علائم ممکن است متعاقب یا به همراه سر درد دیده شوند . اگر چه این بیماری وجود دارد ولی بسیاری از کسانی که به اورژانس بیمارستان ها مراجعه میکنند واز سر درد / کاهش سطح هوشیاری نا کامل و سرگیجه شکایت دارند مسائل سایکوزنیک دارند نه میگرن ورتیروبازیلر

(ج) میگرن با اورای طولانی:

از همه نظر شبیه ماگرن با اوراست بجز اینکه او را حتی بعد از خاتمه سر درد نیز او را ادامه پیدا میکند .

(د) میگرن همی پلژیک فامیلی :

در این بیماری که در بسیاری از موارد زمینه ارثی اتوزومال غالب دارد همی پلژی ممکن است از چند دقیقه تا چند هفته طول بکشد. در بسیاری از موارد بیماران در زمان های دیگری علائم میگرنی دال بر ساقه مغز دارند . میگرن همی پلژیک فامیلی در بسیاری از موارد ممکن است با بیماری های ژنیتیک دیگری نظیر اتاکسی مخچه ای اتوزومال غالب دیررس تیپ ۳ که تجز اتاکسی مخچه ای هیچ علامت همراه دیگری ندارد و اتاکسی اپیزودیکی که به استازولامید پاسخ میدهد همراه باشد .

(ه) میگرن با اورائی که شروع ناگهانی دارد .

بجز میگرن با او را انواع دیگری از میگرن توضیح داده شده که هر یک مقوله ای مستقل ومخصوص به خود میباشند . وشامل عناوین زیر است :

- میگرن افتالموپلژیک

- میگرن رتینال

- معادلات میگرن در بچه ها

(۱) سر گیجه های پاروکسیسمال خوش خیم در بچه ها این علائم می توانند می توانند محدود به سر گیجه هم نباشند ممکن است تهوع استفراغ یا درد شکم علامت عمده باشد. تنها شباهت این حملات به میگرن اپیزودیک بودن وخوش خیم تودن ان هاست . میگرن تلقی کردن این حملات تعد از بررسی کافی ورد مسائل گوارشی میتواند برای خانواده آرامش بخش وامیدوار کننده باشد اما باید مراقب بود این تشخیص بدون بررسی کافی داده نشود .

(۲) همی پلژی های کودکان بصورت التر ناتعوارض میگرن عبارتند از :

(۱) استاتوس میگرن

(۲) انفارکت میگرن

• سردرد tension

سر درد اولیه مهم دیگر به جز میگرن مجموعه علائم وسر درد هائی است که تحت عنوان کلی تشن خوانده میشوند . این نام به خودی خود واجد هیچ معنای خاصی نیست . اگر مقصود از تشن انقباض عضلات کاسه سر باشد باید دانست میزان کشش این عضلات در بیماران مبتلا به میگرن و تشن چندان تفاوتی ندارد شاید بهتر باشد تشن را ته معنای فشار روحی روانی بگیریم چراکه این ارتباط در سر درد تشن ثابت تر

وروشن تر است. در بسیاری از موارد سر درد تنش با نوعی اختلال روانپزشکی - خصوصا افسردگی - همراه است. معیار های تشخیص سر درد تنش به قرار زیر هستند.

(A) درد باید حداقل واجد دو خصوصیت از چهار خصوصیت زیر باشد:

(۱) فشارنده (ونه ضربانی) باشد.

(۲) شدت آن خفیف تا متوسط باشد.

(۳) دوطرفه باشد.

(۴) با فعالیت بدنی تشدید نشود.

(B) هر دو خصوصیت زیر باید وجود داشته باشد.

(۱) تهوع و استفراغ وجود نداشته باشد (بی اشتهائی ممکن است وجود داشته باشد).

(۲) فوتوفوبی و فونوفوبی یا وجود ندارد یا فقط یکی از آن ها وجود دارند نه هر دو.

(C) سر درد با هیچ بیماری سیستمیک یا ارگانیک دیگری قابل توجیه نتاشد: معیار های episodic tension headache رار زیر هستند.

(A) قبلا حد اقل ۱۰ سر درد وجود داشته باشد. تعداد روز هائی که سر درد وجود داشته تايد کمتر از ۱۸۰ روز در سال باشد یعنی کمتر از پانزده روز در ماه.

(B) مدت یر درد از سی دقیقه تا هفت روز باشد تنها تفاوت CHRONIC TENSION HEADACHE در این است که تعداد روز های سر درد از ۱۵ روز در ماه بیشتر است سر درد مزمن روزانه سر دردی است که همه روزه ادامه دارد و در حال حاضر به عنوان نوعی سر درد اولیه طبقه بندی میشود برای سردرد مزمن روزانه انواع مختلفی تعریف شده است:

الف) میگرن تغییر شکل داده

ب) سردرد تنش مزمن

ج) سر درد مزمن روزانه جدید

د) همی کرانیا ی مداوم میگرن تغییر شکل داده مهم ترین نوع سر دردی است که هر پزشکی با آن برخورد پیدا میکند حتی اگر سر درد بصورت مزمن روزانه هم در نیامده باشد هم در بسیاری از موارد میگرن تمایل به توام بودن با سر درد تنش وجود دارد واقیعت این است که سردرد تنش و میگرن را دیوار چین از هم جدا نکرده در بیماران مبتلا به میگرن شیوع سر درد تنش بیش از مردم عادی است.

منبع: انجمن علوم اعصاب ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=254655>

 **vista.ir**
Online Classified Service

نورولوژی در عمل- سکته مغزی

• ترمینولوژی:

معنای حاصل از کلمه "سکته" که بسیاری از مبتلایان به سکته مغزی از نام آن هم گریزانند چنان است که در صورت اطلاق 'برمشکلات بیمار خواهد افزود. لفظ CVA هم اضافه بر آن که حالا دیگر بسیاری از بیماران با آن آشنا



هستند در ذهن پزشکان پیش فرضی منفی پدید می آورد. لذا ما لفظ استروک STROKE را که هم گویاست و هم گریزاننده نیست.

• اهمیت :

الف) اگرچه در سنین بالا شایع تر است ولی انقدر شیوع ان زیاد است که در سنین پائین هم شیوع ان از بسیاری بیماری های نورولوژیک دیگر بیشتر است.

ب) همه ساله هزینه زیادی خرج مداوا و نگهداری قربانیان استروک میشود .

ج) در بسیاری از موارد به عبارتی تلاش در درمان استروک و تحقیق در این



زمینه به معنی تلاش برای افزایش طول عمر نوع بشر است.

• تظاهرات بالینی:

تظاهرات بالینی سکته مغزی بطور کلی دو خصوصیت عمده دارند.

الف) سکته مغزی از نظر نحوه شروع ' پیشرفت ' استقرار و بهبودی علائم دارای ویژگی های منحصر به فردی است که ان را از سایر بیماری های سیستم عصبی مجزا میسازد به این ترتیب که در سکته مغزی علائم بطور ناگهانی ایجاد می شوند به سرعت با بیشترین شدت خود می رسند مدتی استقرار می یابند وبعد شروع به بهبودی می کنند ولی بعد از مدتی - (چند ماه) دیگر بهتر نمیشوند .

ب) سکته های مغزی عمدتا علائم منفی ایجاد می کنند باید دانست که در هردو این موارد استثنائاتی وجود دارد ' سکته های مغزی در موارد بسیار نادر ی بطور تدریجی ایجاد میشوند و بندرت باعث علائم مثبت هم میشوند .

اما از نظر نوع علائم اگرچه علائم حرکتی بصورت فلج وضعف - عمدتا همی پارزی یا همی پلژی - شایع ترین علائم را تشکیل می دهند ولی نکته مهم تشخیص ان مواردی است که با فلج همراه نیستند .

در تشخیص انا تومیک یعنی تعیین محل ضایعه مهم ترین نکته خود علائم و ترتیب همراهی علائم است . ابتدا باید بین علائم ساقه مغز و نیمکره های مغزی افتراق داد . ساده ترین و در عین حال مهم ترین افتراق همین است . چرا که بین برخورد درمانی به سکته های مغز و ضایعات نیمکره های مغز تفاوت های اصولی وجود دارد .

تفاوت هائی که بین علائم ساقه مغز و نیمکره ها وجود دارد را به ترتیب زیر میتوان خلاصه کرد .

- در ضایعات ساقه مغز برخی علائم منحصرنا مربوط به ساقه مغز هستند مثل سرگیجه' علائم مخچه ای نظیر اتاکسی ته ' اندام ' ونیستاگموس ' فلج اعصاب کرانیال مثل فلج عصب ۳' فلج عصب ۶' فلج محیطی عصب ۷' فلج اعصاب کرانیال تحتانی که باعث اختلال بلع میشوند' این علائم بطور قطع به نفع ساقه مغز هستند .

- در ضایعات نیمکره های مغز هم علائمی وجود دارد که منحصر به ان جا هستند در نیمکره چپ اختلال تکلم دیده می شود ودر نیمکره راست نوعی عدم اطلاع یا واکنش نسبت به ضایعه دیده می شود . در افازی ممکن است اختلالاتی در درک کلمات وجود داشته باشد که افتراق از دیزارتیری موجود در ضایعات سلفه مغز را اسان می کند . اما اگر به دلیل ضایعه نیمکره چپ وبه عنوان بخشی از افازی حرکتی ' دیز ارتیری هم ایجاد شده باشد و اختلال درک موجود نباشد با توجه به نکاتی چند می توان ان ها را افتراق داد . الف : معمولا در افازی حرکتی اختلال در نوشتن هم وجود دارد.

ب) در افازی حرکتی نوعی اختلال در الگوی حرکات لازم برای تکلم وجود دارد که صرفا با ضعف در عضلات مربوطه قابل توجه نیست مثل اگراماتیسم یعنی حذف حروف اضافه گرمی . در اکثریت موارد افتراق افازی از دیزارتیری افتراق دشواری نیست اما باید دانست که تنها علامت اختلال تکلم میتواند دیزارتیری باشد که در این صورت نمیتوان بین ساقه مغز ونیمکره ها افتراق قائل شد وباید به سایر علائم توجه کرد . در نیمکره راست ممکن است بیمار ضمن هوشیاری کامل وعدم وجود اختلال تکلم اطلاعی از همی پارزی طرف چپ نداشته باشد (anosognosia) یا اساسا وجود نیمه چپ بدن را انکار کند (asomatognosia) که این علائم دقیقا به معنی نیمکره مغز هستند . اگرچه این علائم به شکل خالص خود بندرت دیده می شوند اما بسیاری از بیمارانی که ضایعه نیمکره راست دارند حساسیت ونگرانی چندانی نسبت به وضعیت خود ندارند .

- برخی علائم اگرچه مربوط به نیمکره های مغز هستند اما به دلیل اینکه از جریان خون خلفی خون می گیرند ممکن است همراه با ضایعات ساقه

مغز دیده شوند واهمیت بالینی آن ها هم نظیر ضایعات ساقه مغز است نظیر همی انوی.

- هم در ضایعات ساقه مغز وهم در ضایعات نیمکره ها علائم حسی وحرکتی در اندام ها وجود دارند اما نحوه توزیع این علائم متفاوت است در ضایعات نیمکره هیچوقت علائم دوطرفه حرکتی دیده نمی شوند ضایعه همزمان دو نیمکره به دلیل سکنه مغزی هم-ه مثلا به دلیل انسفالوپاتی هیپوکسیک-استثنائی است که می توان آن را نادیده گرفت . اما در ضایعات ساقه مغز می توانیم علائم حرکتی دو طرفه داشته باشیم هم به صورت فلج متقاطع مثل فلج صورت در يك طرف و فلج اندام ها در طرف دیگر و هم به صورت کوادری پارزی .

در ضایعات ساقه مغز علائم حرکتی به معنی علائم کورتیکو اسپینال در طرف مقابل علائم محچه آی هستند .

- تغییرات GAZE در ضایعات مغز وساقه مغز می توانند به افتراق کمک کنند در ضایعات ساقه مغز چشم ها به طرف نیمه فلج منحرف می شوند ولی در ضایعات مغز از فلج دور می شوند.پس از تعیین اینکه ضایعه در ساقه مغز است باید سعی در تعیین بیشتر جزئیات اناتومیك کرد این برخورد در ضایعات ساقه مغز متفا وت است .در ضایعات مغزی قطع نظر از ضایعات هموراژیک باید کوشید ضایعات ایسکمیک را به یکی از این سه گروه طبقه بندی کرد

(۱) ضایعات ناحیه آی (TERRITORIAL)

ضایعات همودینامیک یا ۳ (BORDERZONE) ضایعات لاکونر یا عمیق . والبته باید دانست که در بسیاری از موارد نمی توان بر مبنای علائم کلینیکی این ها را از هم افتراق داد ودر مواردی حتی پس از سی تی اسکن هم چنین افتراقی مقدور نیست .

• در ضایعات TERRITORIAL علائم مربوط به ناحیه یا قلمروی هستند که توسط يك شریان واحد مشروب میشوند مثل شریان مغزی قدامی 'شاخه های مختلف شریان مغزی میانی' شاخه ها یا خود شریان مغزی خلفی این سندرم ها عموما سندرم قسمت های انتهائی عروقی هستند که در ابتدای خود در تشکیل حلقه ویلیس دخالت می کنند . از این عروق بعد از جدا شدن از حلقه ویلیس یا درست در همان نواحی عروق ریزی جدا می شوند که بازال گانگلیا کیسول داخلی را خون می دهند این عروق ریز کلترال فعالی ندارند وانسداد آن ها باعث سندرم هائی میشود که انفارکت لاکونر خوانده شده وبعدها به ان خواهیم پرداخت .

در انسداد های قبل از حلقه ویلیس خود این حلقه بصورت يك کلترال بسیار موثر به کار می آید و باعث تغییرات عظیم وغیر قابل پیش بینی در سندرم بالینی می شود . بنابر این در انسداد شریان کاروتید داخلی اگر چه در موارد نادری سندرم بالینی می تواند کاملا با قلمرو این شریان قبل از انسداد مطابقت داشته باشد "یعنی هم قلمرو مغزی میانی وهم قلمرو مغزی قدامی "در گیر شوند که حاصل ان انفارکت بسیار وسیع دو سوم قدامی يك نیمکره خواهد بود اما در اکثریت موارد به دلیل وجود حلقه ویلیس چنین نیست وظیف بسیار متنوعی از علائم وجود دارد که در بسیاری از موارد حتی بدون علامت خواهد بود . اما در ضایعات بعد از حلقه ویلیس اگر چه هم چنان کلترال هائی وجود دارند اما هرچه که به شاخه های انتهائی نزدیک تر می شویم از اهمیت این کلترال ها کاسته شده و ضایعات حاصل از انسداد هر يك از شاخه های انتهائی می توانند با منطقه آی که همان شریان خون می رسانده مطابقت بیشتری داشته باشند . این ضایعات ضمن اینکه هر يك به منطقه خاصی از مغز اشاره دارند هرکدام دارای خصوصیات مشترکی نیز هستند . این خصوصیات مشترک عبارتند از الف. با توجه به اینکه این شاخه های انتهائی کورتکس را مشروب می کنند 'اختلالات کورتیکال در این بیماران شایع است در درگیری شریان مغزی قدامی احتمال نوعی افزای حرکتی وجود دارد که علیرغم دشواری بررسی بالینی میتواند همراه با اپراکسی در نیمه مقابل باشد وبعلاوه بیمار دچار اپاتیک و AKINETIC MUTISM می گردد این علائم اگرچه ممکن است بصورت فراگمنته دیده شوند در هر حال به کورتکس اشاره دارند در شاخه های شریان مغزی میانی در طرف چپ مهم ترین علامت کورتیکال انواع مختلف افزای است در صورتیکه شاخه فوقانی بطور کامل در گیر شود يك افزای حرکتی کامل بروکا خواهیم داشت با اختلال در تکلم ' در نوشتن ودرجانی از اختلال در درك اما با در گیری هر يك از شاخه های انتهائی شاخه فوقانی اشکال محدود تری از اختلال حرکتی تکلم دیده می شود . در شاخه های قدامی پرفرونتال علائم به شکل يك کورتیکال دیزارتی است که به سرعت بهبودی پیدا می کند در شاخه رولاندیک علائم به شکل افزای هدایتی است که بیمار می فهمد صحبت هم می کند ولی کلمات را تکرار نمی کند . در شاخه تحتانی افزای يك حسی است که بیمار در درك کلمات اشکال دارد . در ضایعات کورتکس اکسی پیتو تامپورال ناشی از درگیری شریان مغزی خلفی در نیمکره غالب ممکن است علائمی نظیر ANOMIA وجود داشته باشد که در این علامت بیمار اشیاء را می شناسد اما نام آن هارا به خاطر نمی آوردممکن است ALEXIA وجود داشته باشد که بیمار اشکال در خواندن دارد و این اشکال ممکن است حتی با اشکال در نوشتن هم همراه نباشد در ضایعات یکطرفه هومونیموس همی انوی در ضایعات دوطرفه این اختلال به شکل کوری کورتیکال در میاید که گاه ممکن است خود بیمار کوری را انکار کند

و مثل افراد بینا رفتار کند - کلا این خصوصیت همه ضایعات کورتیکال است که چون "ناظر" (کورتکس) صدمه دیده بیمار یا وجود ضایعه را انکار میکند یا حداقل واکنش اونسبت به این نقیصه مانند کسی که مثلا دو چشمش را از دست داده یا پایش را بریده اند نیست. این سندرم های متنوع کورتیکال اگرچه برای نوروساینیست فریبنده اند اما از نظر کلینیسی این پیام مهم را دارند که ضایعه کورتیکال است و ضایعات کورتیکال در انفارکت های ناحیه ای (TERRITORIAL)) بیشتر دیده می شوند و انفارکت های ناحیه ای هم عمدتاً امبولیک هستند .

• در ضایعات کورتیکال اختلالات حرکتی دارای الگوی خاصی هستند . در کورتکس حرکتی بدن دارای نقشه ای است که هر نقطه آن مربوط به حرکت یک قسمت بدن میشود . در همه قسمت های حسی و حرکتی مغز چنین نقشه ای وجود دارد و لی در کورتکس به دلیل گستردگی بیشتر این مناطق با یکدیگر فاصله بیشتری دارند بطوری که مثلا منطقه مربوط به دست که در انحنای خارجی کورتکس قرار دارد با منطقه مربوط به پا چندین سانتی متر فاصله دارد و این نواحی به وسیله شریان های مختلفی مشروب میشوند . پس در سندرم های ناحیه ای دست و پا صورت به یک اندازه درگیر نمیشوند بلکه در ناحیه مغزی میانی دست و صورت بیشتر از پا درگیر میشوند و در ناحیه مربوط به مغزی قدامی پا بیشتر از دست و صورت درگیر میشود . پس درگیری شدید یعنی فلج همزمان دست و پا مستلزم درگیری شدید هر دو ناحیه است یعنی درگیری ناحیه مربوط به کاروتید داخلی و چنین حادثه ای بی تردید با تغییرات سطح هوشیاری همراه بوده وضعیت بیمار بحرانی خواهد بود .

۲) اما در مورد ضایعات لاکونر یا ضایعات شریان های عمیق که ذکر آن رفت وضع به آن گونه نیست . در این ضایعات اولاً علائم کورتیکال وجود ندارد در این بیماران افزای دیده نمیشود در یکی از سندرم های لاکونر به نام CLUMSY HAND DYSARTHRIA ما فقط یک دیزارتزی داریم که این دیزارتزی همراه با اختلالات شناختی تکلم (نظیر اختلال گرامری و اختلال در نوشتن و خواندن) نیست و بیمار از وجود آن آگاهی داشته و به آن واکنش نشان میدهد . ثانیاً در این گروه ضعف و فلج در دست و پا به یک اندازه بوده و معمولاً با سطح هوشیاری و وضعیت عمومی بیمار نا متناسب است ' بیمار نسبت به آن آگاهی دارد به آن واکنش نشان میدهد . بطور مثال بیماری است که دست و پای راستش کاملاً فلج است اما به خوبی صحبت میکند و ضمن اینکه نگران این فلج و آینده خود است و به شما غر میزند در عین حال فیزیوتراپی دست راست را هم خودش از پیش شروع کرده است چنین بیماری بی تردید یک ضایعه بسیار کوچک در قسمت های عمیق مثل کپسول داخلی دارد که الیاف دست و پا کاملاً در کنار هم قرار گرفته اند و یک ضایعه کوچک

میتواند هر دو را فلج کند و کورتکس هم چون سالم است این داستان را درک کند این فلج شدید اگر کورتیکال بود اولاً بیمار افزایش میدهد ثانیاً به دلیل تخریب مناطق وسیعی از یک نیمکره بیمار دچار ادم شدید مغزی و کاهش سطح هوشیاری و حال عمومی بدی میشود. بعلاوه در ضایعات لاکونر ضایعه محدود به یک نقص حسی یا حرکتی است. انفارکت های لاکونر را به چند نوع جداگانه تقسیم کرده اند شامل همی پلژی صرفاً حرکتی 'بی حسی نیمه بدن 'همی پلژی اتاکسیک' و . CLUMSY HAND DYSARTHRIA البته باید دانست که این سندرم ها کمک چندانی نمی کنند و اگر این طبقه بندی این گونه القا کند که سندرم های لاکونر منحصر به این سندرم ها هستند و تشخیص آن ها با توجه به دشواری های معاینه حس در مبتلایان به سکتة مغزی چندان آسان نیست ' این نوع طبقه بندی نه تنها کمکی نمی کند بلکه ذهن را از این واقعیت که بخش مهمی از سکتة های مغزی ساب کورتیکال بوده و درمان آن ها با سایر سکتة های مغزی تفاوت اصولی دارد دور می سازد .

۲) نوع سوم سکتة های همو دینامیک هستند . در این سکتة ها علائم اختصاص به ناحیه یک شریان خاص ندارند و به دلیل انسداد در یکی از شریان های بزرگ مثل کاروتید داخلی پدید می آید در تمام ناحیه این شریان ایسکمی پدید می آید که این ایسکمی به دلیل وجود کلترال ها و مزمن بودن ضایعه خیلی شدید و کامل نیست و برعکس ضایعات ناحیه ای به قلمرو یکی از شریان های انتهائی نظیر مغزی میانی یا مغزی قدامی ارتباط ندارند ولی بیشتر مربوط به ناحیه بین این دو شریان میشوند.

منبع : انجمن علوم اعصاب ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=254652>

نیاز معلولان C.P به تقویت مهارت‌های ارتباطی

معلولیت‌ها مسائل مختلفی را به همراه دارند؛ تجربه نشان داده که افراد معلول با اراده و تلاش می‌توانند زندگی موفق‌تری داشته باشند.

افراد معلول با هر میزان معلولیت می‌توانند در عرصه‌های مختلف اجتماعی حضور داشته و زندگی پویا و مفیدی داشته باشند. اگر فرزند شما معلول است با کسب اطلاعات مناسب و کافی، در زمان نیاز می‌توانید او را یاری کنید. فراموش نکنیم که فرد دارای معلولیت C.P برای باز توانی بیش از هر چیز به توجه برای تقویت مهارت‌های ارتباطی نیاز دارد.

c.p مخفف palsy cerebral (که در فارسی فلج مغزی ترجمه شده) معلولیتی است که به دلیل آسیب رسیدن به مغز، قبل از تولد یا حین تولد یا زمان کمی بعد از تولد رخ می‌دهد.

مشخصات اولیه c.p اختلال در کنترل ماهیچه‌ای و حرکت است. این معلولیت پیشرونده نیست ولی در طول زمان دستخوش تغییراتی می‌شود. توجه به تاریخچه سلامت مادر و جنین در آن مهم است. اغلب تشخیص c.p بعد از

تولد یا در زمان کودکی امکان‌پذیر است و نشانه‌های متعددی دارد که از آن جمله عبارتند از تشنج، اسپاسم، اختلالات شنوایی و بینایی، و در مواردی اختلالات یادگیری.

• انواع c.p

نوع اسپاستیک [Spastic] شایع‌ترین فرم این معلولیت است که تقریباً ۷۰ درصد موارد را در بر می‌گیرد که در آن عضلات به‌طور دائم سفت و منقبض می‌شوند که روی حرکت فرد اثر می‌گذارد و تغییر وضعیت دادن را برای فرد مشکل می‌کند. نوع اسپاستیک به چند زیرگروه تقسیم می‌شود:

- Diplegia دو دست و دو پا را در بر می‌گیرد.

- Hemiplegia دست و پای راست یا چپ را در بر می‌گیرد.

- Quadplegia تمام عضلات دست‌ها و پاها را شامل می‌شود.

- Monoplegia یک دست یا یک پا را در بر می‌گیرد.

- Triplegia سه عضله و پاها را در بر می‌گیرد.

نوع اتاکسیک [Ataxic] در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد دیده می‌شود. تعادل دچار اختلال می‌شود و هماهنگی اندام‌ها کاهش می‌یابد که این ناهماهنگی در زمان راه رفتن قابل مشاهده است. انجام حرکات دقیق برای فرد مشکل است.

مشخصه دیگر اتاکسیک لرزش در اندام‌هاست که با انجام حرکت ارادی به‌عنوان مثال روشن کردن یک چراغ آغاز می‌شود.

نوع اتوتوئید [Athtoid] شامل ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد است که در آن حرکات آهسته و کنترل نشده در دست و پا و در مواردی در صورت مشاهده می‌شود. این وضعیت باعث حرکات ناخواسته در صورت و آبریزش از دهان می‌شود که می‌تواند برای فرد معلول استرس‌زا باشد.

به دلیل وجود ناهماهنگی در عضلاتی که در صحبت کردن به‌کار می‌روند این افراد راحت صحبت نمی‌کنند. این وضعیت را dysarthria می‌نامند.

• دلایل c.p

عفونت در زمان بارداری؛ سرخچه و بیماری توکسوپلاسموز می‌تواند به مغز جنین آسیب جدی برساند.

ناسازگاری در RH: سیستم ایمنی مادر به جنین حمله کرده باعث ایجاد زردی در جنین می‌شود. مواردی که باعث آسیب رسیدن به مغز جنین می‌شود: کمبود اکسیژن در زمان تولد جنین - اختلالات انعقادی در مادر که می‌تواند باعث سکنه در جنین شود - مسمومیت با دارو یا الکل -



خونریزی مغزی در جنین بعد از تولد - عفونت شدید کلیه.

در مواردی افرادی که به معلولیت c.p دچار هستند ممکن است در سخن گفتن، کنترل آب دهان، کنترل ادرار در زمان فعالیت فیزیکی یا در شب دچار مشکل باشند که مورد آخر به علت عملکرد ضعیف مثانه است.

• روش‌های درمانی

c.p درمان قطعی ندارد ولی برای بهبود وضعیت فرد روش‌های درمانی مختلفی وجود دارد. از جمله فیزیوتراپی - کاردرمانی که آهدف را دنبال می‌کنند: جلوگیری از تحلیل و یا تخریب ماهیچه بر اثر استفاده نکردن، کاهش انقباض و اسپاسم و نیز بهبود بخشیدن وضعیت حرکتی فرد معلول. رفتاردرمانی که باعث بهبود وضعیت روحی و جسمی و تقویت مهارت‌های ارتباطی در فرد می‌شود. نوع درمان به سن، نیازهای فردی و اجتماعی و میزان معلولیت فرد بستگی دارد. هدف اصلی رفتار درمانی تقویت افکار مثبت و سازنده و افزایش اعتماد به نفس است. از دیگر روش‌ها می‌توان جراحی و دارودرمانی را نام برد که برای کنترل کردن تشنج‌های موردی و اسپاسم، تجویز می‌شود.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=307926>



هجوم ارتش فراموشی

بیماری آلزایمر نوعی اختلال مغزی است که فرد مبتلا را به فراموشی دچار می‌سازد. در این بیماری، سلول‌های مغز به تدریج تخریب شده و فرد دچار فراموشی می‌شود، به طوری که دیگر قادر نیست خاطرات گذشته را به یاد بیاورد و یا رویدادهای جدید را در مغز خود شکل دهد.

در صورت پیشرفت بیماری، حافظه دراز مدت هم تحت تاثیر قرار گرفته و در نهایت منجر به فوت می‌شود.

آلزایمر با از بین رفتن حافظه کوتاه مدت آغاز شده و به ضعف بیشتر حافظه، از بین رفتن قدرت تکلم، ادراک، مهارت‌های حرکتی، بی‌ثباتی احساسی و در موارد پیشرفته به بی‌واکنشی، از بین رفتن حرکت و توانایی کنترل واکنش‌های جسمی می‌انجامد و می‌تواند در طی ۵ تا ۱۰ سال به مرگ بیمار منجر شود.

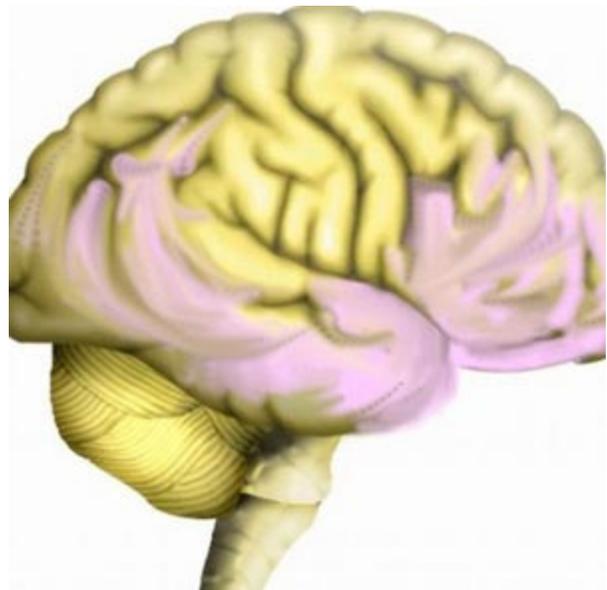
• نشانه‌های فراموشی

شروع فراموشی علامت اصلی بیماری آلزایمر نیست. هر شخصی ممکن

است در زمان‌های مختلف دچار اختلال حافظه و فراموشی شود. علامت‌های بیماری از شخصی به شخص دیگر فرق می‌کند اما به تدریج شخص بدتر می‌شود.

(۱) خفیف

• گیجی و از دست دادن حافظه



▪ از داست دادن آگاهی نسبت به زمان و مکان و محیط خانواده

▪ تغییرات شخصیتی و تغییر در قوه قضاوت

(۲) متوسط

▪ اختلال در فعالیت‌های روزانه مثل شست‌وشو و استحمام و غذا خوردن

▪ اضطراب، آرتیاسیون (تشویق) افسردگی و یا پارانوئید (سوءظن داشتن و بدگمانی)

▪ اشکال در خواب

▪ سرگردانی

▪ اشکال در شناختن افراد خانواده یا دوستان نزدیک

(۳) شدید

▪ عدم صحبت کردن

▪ از دست دادن اشتها و کاهش وزن

▪ از دست دادن کنترل دفع ادرار و مدفوع

• باورهای غلط در مورد بیماری آلزایمر

درباره این بیماری باورهای غلطی وجود دارد که شناسایی آنها با شناخت بهتر آلزایمر منجر خواهد شد:

(۱) از بین رفتن حافظه بخشی طبیعی از کهن سالی است. (باور غلط)

در گذشته چنین تصور می‌شد که ضعف یا زوال حافظه از عوارض عادی پیری است و حتی گاهی آلزایمر را نیز به حساب ضعف پیری می‌گذاشتند.

اما واقعیت این است که ضعف شدید حافظه نشانه یک بیماری وخیم است. این مطلب که ضعف حافظه در اثر کهولت امری طبیعی است یا خیر،

هنوز به طور یقین ثابت نشده است. عده بسیاری از افراد احساس می‌کنند که حافظه آنان به مرور زمان دقت خود را از دست داده است اما هنوز

یک حکم قطعی و علمی در اینباره مشخص نشده است و تحقیق پیرامون این موضوع

ادامه دارد.

(۲) بیماری آلزایمر کشنده نیست. (باور غلط)

واقعیت این است که آلزایمر کشنده است. این بیماری با ویرانی سلول‌ها در بخش‌هایی از مغز که برای حافظه اهمیت حیاتی دارند آغاز می‌شود.

البته تخریب تدریجی سلول‌ها در بخش‌های مغز به نارسایی در سیستم‌های حیاتی دیگر بدن نیز منجر خواهد شد. علاوه بر این، از آنجایی که

افراد مبتلا به آلزایمر معمولاً به بیماری‌های دیگر مربوط به کهولت نیز مبتلا هستند، فوت آنها لزوماً به یک دلیل بخصوص صورت نمی‌گیرد.

(۳) نوشیدن نوشابه‌هایی که در قوطی آلومینیومی بسته‌بندی می‌شود و همچنین آشپزی در ظروف آلومینیومی موجب بروز آلزایمر می‌شود. (باور

غلط)

واقعیت این است که در طول سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، آلومینیوم به عنوان یک مظنون اصلی در بروز آلزایمر مطرح شد. این شک و تردید به بروز

نگرانی‌هایی در رابطه با قرار گرفتن در تماس روزانه با آلومینیوم که از طریق ظروف پخت‌وپز، قوطی‌های نوشابه، داروهای ضد اسید معده و مواد ضد

تعریض حاصل می‌شد، منجر شد. از آن زمان به بعد، مطالعات در اثبات نقش آلومینیوم در ایجاد آلزایمر با شکست مواجه شده‌اند. امروزه متخصصان

بیشتر بر زمینه‌های تحقیق متمرکز شده‌اند و عده اندکی آلومینیوم را تهدیدی بر سلامت می‌دانند.

(۴) اسپارتام موجب ضعف حافظه می‌شود. (باور غلط)

واقعیت این است که اسپارتام (aspartame) نوعی شیرین کننده مصنوعی است و تحت نام‌های تجاری از جمله Equal و Nutasweet در بازار

موجود است و استفاده از آن در اوایل دهه ۸۰ از طرف اداره نظارت بر دارو و مواد غذایی FDA برای شیرین کردن نوشیدنی‌های رژیمی و مواد

خوراکی دیگر تایید شده است. عده‌ای از دانشمندان عقیده دارند که تاثیر درازمدت مصرف این ماده بر سلول‌های مغز و در کل سلامت بدن

مشخص نیست. بنابر گزارش FDA، این سازمان به طور مرتب به بررسی اطلاعات جدید در این باره پرداخته و هیچ نشانه‌ای از تاثیر مخرب اسپارتام

بر سلامتی انسان مشاهده نکرده است.

(۵) واکسن آنفلوآنزا خطر ابتلا به آلزایمر را افزایش می‌دهد. (باور غلط)

واقعیت این است که نظریه‌ای که واکسن آنفلوآنزا را عامل افزایش خطر ابتلا به آلزایمر دانسته بود، توسط پزشکی آمریکایی مطرح شد که پروانه پزشکی او توسط هیات ممتحنین پزشکی رد شده بود. این فرد ادعا داشت می‌تواند با دارویی که از مغز استخوان خود تهیه نموده، بیماری ژنتیکی اوتیسم را درمان کند.

در حقیقت، چندین آزمایش و مطالعه اساسی واکسن آنفلوآنزا واکسن‌های دیگر را عامل کاهش‌دهنده آلزایمر و کسب سلامتی بیشتر دانسته‌اند. (۶) برای متوقف کردن روند آلزایمر درمان‌هایی وجود دارد. (باور غلط)

واقعیت این است که در حال حاضر، هیچ روش درمانی برای معالجه یا متوقف کردن آلزایمر وجود ندارد. داروهای موجود با تایید FDA، تنها می‌تواند در بخشی از بیماران موجب ثابت نگه داشتن موقتی وضعیت موجود یا کند نمودن روند زوال حافظه شود.

• عوامل موثر در بروز آلزایمر

- مهم‌ترین عامل، سن است. مطالعات نشان داده، میزان ابتلا به این بیماری برای کلیه سنین
 - ۱ درصد، ولی برای افراد ۶۵ سال و بیشتر ۵ درصد است. این میزان پس از ۶۵ سالگی به ازای هر ۵ سال افزایش عمر، دو برابر می‌شود.
 - عامل دیگر ارث است. ۴۰ درصد از مبتلایان به آلزایمر از دخالت عوامل ارثی، به این بیماری مبتلا گشته‌اند.
 - رژیم غذایی سرشار از کالری و چربی نیز، احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر را در افرادی که از لحاظ ژنتیکی مستعد هستند افزایش می‌دهد.
 - احساس تنهایی احتمالی ابتلا به آلزایمر را افزایش می‌دهد.
 - افسردگی باعث تشدید و شادی مانع از بروز آلزایمر می‌شود.
 - به گفته پزشکان افراد مبتلا به بیماری دیابت نوع ۱ و ۲ در معرض خطر بروز اختلالات حافظه‌ای و بیماری آلزایمر قرار دارند.
 - فعالیت مغزی و عملیات ریاضی خطر ابتلا به آلزایمر را کاهش می‌دهد.
 - یافته‌های آماری نشان داده است میزان ابتلا به آلزایمر در افرادی که کار فکری منظم انجام می‌دهند، کمتر است.
 - رژیم غذایی سرشار از کالری و چربی نیز، احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر را در افرادی که از لحاظ ژنتیکی مستعد هستند افزایش می‌دهد.
- #### • راهکارهایی برای پیشگیری از آلزایمر

▪ چیزهایی را که همیشه از آن استفاده می‌کنید مثل عینک یا کلید در یک جای مشخص بگذارید به عنوان مثال داخل یک کاسه بزرگ در اتاق نشیمن.

▪ هر روز به اخبار رادیو یا تلویزیون گوش دهید. سعی کنید هر روز یک مطلب جدید یاد بگیرید. کتاب یا روزنامه مطالعه کنید.

▪ در جمع دوستان یا خانواده، خاطرات گذشته را تعریف کنید. می‌توانید آلبوم عکس‌های قدیمی را برای یادآوری نام افراد و خاطرات گذشته نگاه کنید.

▪ خاطرات خود را بنویسید.

▪ بازی‌های فکری مثل شطرنج انجام دهید.

▪ با دوستانتان مشاجره کنید.

▪ جدول حل کنید.

▪ مطالبی را که ممکن است فراموش کنید، یادداشت نمایید. برای این کار یک تقویم جیبی بردارید. تمام تاریخ‌های مهم مثل روز تولد نوه‌تان، سالگردها، روزی که نوبت دکتر دارید، روز آخر مهلت پرداخت قبوض و غیره را در آن بنویسید. در انتهای تقویم، شماره تلفن‌های اقوام و دوستان را بنویسید. این تقویم را همیشه، حتی موقع خارج شدن از منزل همراه داشته باشید.

▪ یک دفترچه یادداشت در کنار تلفن بگذارید. هر بار که کسی تلفن می‌زند، اگر پیغامی دارد یا کاری از شما می‌خواهد، بلافاصله یادداشت کنید. این کار کمک می‌کند که پیام‌های تلفنی را فراموش نکنید.

▪ هیچگاه خودسرانه دارو مصرف نکنید اما اگر دارویی توسط پزشک برای شما تجویز شده است، در مصرف درست و بموقع دارو دقت کنید. برای اینکه زمان مصرف یادتان نرود، از جعبه تقسیم دارو استفاده کنید.

این جعبه را می‌توانید از داروخانه محل تهیه کنید. هر روز صبح داروهایتان را داخل جعبه بیندازید.

وقتی که به جعبه نگاه کنید، یادتان می‌آید کدام دارو را نخورده‌اید. همیشه جعبه را در جایی بگذارید که در معرض دید شما باشد ولی کودکان به آن

دسترسی نداشته باشند.

• تغذیه مناسب برای حفظ قدرت حافظه لازم است. برای این کار قند، چربی و نمک کمی مصرف کنید، ولی مصرف میوه و سبزی‌های تازه را بیشتر کنید.

منبع : روزنامه تهران امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=276895>



هرچه زودتر، بهتر!

مطالعات تصویربرداری برای رد کردن خونریزی در بیماران با حوادث مغزی حاد، ارزیابی درجه و شدت صدمات مغزی و تشخیص جراحتهای عروقی که مسوول نقایص ناشی از ایسکمی است، انجام می‌شود...

بعضی تکنولوژی‌های پیشرفته مانند سی‌تی اسکن و ام‌آر‌آی برای افتراق میان بافت مغزی که به طور جبران‌ناپذیری، از بین رفته و قسمتی که قابل



نجات دادن است، استفاده می‌شود و به این ترتیب، انتخاب دقیق‌تر بیمارانی را که از درمان سود می‌برند، آسان‌تر می‌کند. استفاده از این اصول فنی به در دست بودن آنها وابسته است، هر چند نقش آنها در هدایت تصمیم‌گیری‌های درمانی هنوز تحت بررسی است. در این مقاله، تصویربرداری‌های عصب‌شناسی مورد استفاده طی مرحله حاد (چند ساعت اول) از یک حادثه ایسکمیک مغزی، بررسی می‌شوند.

• توموگرافی کامپیوتری

اصلی‌ترین مزیت سی‌تی اسکن، دسترسی گسترده و سرعت بالای حصول آن است. در مرحله فوق حاد، اغلب یک سی‌تی اسکن بدون تزریق ماده حاجب (NCCT)، برای رد یا تایید خونریزی انجام می‌شود، به طوری که سی‌تی اسکن برای این منظور حساسیت بالایی دارد.

بهرتر است به محض پایدار شدن علائم حیاتی بیمار، سی‌تی اسکن بدون تزریق ماده حاجب انجام شود، زیرا تایید وجود خونریزی، مدیریت درمان کاملاً متفاوتی را می‌طلبد و نسبت به مدیریت وضعیت طبیعی یا وجود نشانه‌های ایسکمی فرق می‌کند. انجام زودهنگام سی‌تی اسکن در همه بیمارانی که مشکوک به سکنه مغزی هستند، نسبت به رویکردهای دیگر، مانند انجام اسکن در بیماران انتخابی یا انجام اسکن تاخیری، از نظر هزینه - اثربخشی هم کارآمد است. سودمندی سی‌تی اسکن در سکنه‌های حاد با ظهور تکنولوژی‌های پیشرفته‌تر مانند (CT Perfusion) CTP Imaging و سی‌تی آنژیوگرافی (CTA) بیشتر شده است. میزان تشخیص صحیح انفارکت‌های حاد در بررسی با سی‌تی چندوجهی (Multimodal) که از سه تکنیک بدون تزریق، CTA و CTP در ترکیب با هم استفاده می‌کند، نسبت به دستگاه‌هایی که تنها یکی از سه روش فوق را به کار می‌برند، بیشتر است. به علاوه، بررسی‌های چندوجهی که فقط از روش‌های CTA و CTP استفاده می‌کنند، می‌توانند ارزیابی محل انسداد عروق، هسته انفارکت، بافت مغزی قابل نجات و میزان گردش عروق فرعی (کولترال) را امکان‌پذیر سازند.

• نشانه‌های زودرس انفارکت

حساسیت سی‌تی اسکن استاندارد بدون تزریق ماده حاجب در حوادث ایسکمی مغز، پس از ۲۴ ساعت افزایش می‌یابد. در یک مقاله مروری که نتایج ۱۵ مطالعه را دربرگرفته، شیوع علائم زودهنگام انفارکت‌های مغزی در سی‌تی اسکن‌هایی که طی شش ساعت اول پس از حمله سکنه انجام شده‌اند، ۶۱ درصد بوده‌است. باید توجه داشت که وجود این علائم، پیش‌آگهی بدی را نشان می‌دهند، به طوری که بیماران با پیامدهای

عملکردی ضعیفی روبه‌رو خواهند شد.

• در سی‌تی اسکن بدون تزریق

۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران که انفارکت در ناحیه توزیع خون‌رسانی شریان مغزی میانی (MCA) دارند، افزایش ضخامت MCA که نشانه وجود ترومبوز در لومن این شریان است و علامت «شریان درخشان» نامیده می‌شود، دیده می‌شود. این یافته برای انسداد MCA بسیار اختصاصی است، هر چند برای نشان دادن پیامد بیماران، نسبت به دیگر علائم زود هنگام کمتر مفید است.

هنوز مشخص نیست با ظهور این نشانه‌ها، درمان با ترومبولیتیک‌های داخل وریدی آغاز شود یا خیر. بعضی مطالعات نشان می‌دهند که دیدن علائم فوق، در ارتباط با افزایش خطر پیامدهای وخیم‌تر پس از درمان داخل وریدی «Alteplase» است، اما مشخص نیست بیماران درمان شده که بهتر می‌شوند، آیا واقعا علائم زودرس را داشته‌اند یا نه. بنابراین توجه ویژه به وجود این علائم براساس تجربیات شخصی لازم است، زیرا در ۲۰ درصد افراد، احتمال اشتباه وجود دارد.

مطالعاتی که توانایی متخصصان نورولوژی و نورورادیولوژیست‌ها را در تشخیص سریع انفارکت‌های زود هنگام بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که آنها کار دشواری در پیش دارند. به هر حال اهمیت یک سی‌تی‌اسکن طبیعی در سکنه حاد نباید ناچیز شمرده شود، زیرا با اختصاصیت بالایی، صدمات ایسکمی وسیع را رد می‌کند.

همزمان با پیشرفت تکنولوژی، روش‌های استاندارد شده‌ای مانند ASPECTS برای کمک به تشخیص ایسکمی زود هنگام طراحی شده‌اند، زیرا مشکلات یافتن صدمات و تغییرات، زیاد است و پیدا کردن آنها، واجب. همچنین، اهمیت کنتراست و تضاد میان بافت مغزی طبیعی و متورم شده (ایسکمیک) با وسایل گوناگون و جهت‌های دید متفاوت، می‌تواند سرعت تشخیص سریع تغییرات ایسکمیک زود هنگام را در سی‌تی‌اسکن بدون تزریق افزایش دهد.

• روش ASPECTS در ارزیابی تغییرات ایسکمی

ASPECTS که مخفف Alberta Stroke Program Early CT Score است، برای ایجاد روشی ساده و قابل اطمینان در بررسی‌های تغییرات ایسکمی در سی‌تی‌اسکن سر، به منظور تشخیص بیماران مبتلا به سکنه حاد که بدون درمان با ترومبولیتیک‌ها بهبود می‌یابند، ابداع شده است. ارزش ASPECTS با دو برش محوری سی‌تی‌اسکن استاندارد ارزیابی می‌شود: یکی در سطح تالاموس و گانگلیاهای پایه و دیگری در سطح نوک این گانگلیاها. به این ترتیب، یک سی‌تی‌اسکن طبیعی، ارزشی برابر ۱۰ نمره ASPECTS دارد و تغییرات ایسکمی گسترده در منطقه خون‌رسانی MCA، صفر نمره.

در یک مطالعه، سی‌تی اسکن بدون تزریق ماده حاجب در ۱۵۶ بیمار مبتلا به ایسکمی جریان خون قدامی مغز که با t-PA داخل وریدی درمان شدند، انجام و با ASPECTS نمره‌دهی شدند. از این بررسی، نتایج زیر حاصل شد:

(۱) ASPECTS به‌طور معکوسی با شدت سکنه مغزی، همبستگی دارد.

(۲) میانگین نمره ۸، ASPECTS بود؛ در صورتیکه نمره ۷ و پایین‌تر با افزایش سریعی در وابستگی و مرگ طی ۳ ماه همراه شد.

(۳) ASPECTS، پیامد عملکردی بیماران را پس از خونریزی داخل مغزی پیش‌بینی می‌کند که حساسیت و اختصاصیت بالایی نیز دارد. در مجموع، می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که آنالیزهای ASPECTS برای شناسایی بیماران که از درمان‌های ترومبولیتیک بهره می‌برند، چندان کارایی ندارد و نمره آن، پیشگویی‌کننده مناسبی برای خونریزی داخل مغزی علامت‌دار در بیماران که در محدوده استاندارد ۳ ساعت اول پس از حوادث مغزی با ترومبولیتیک‌ها درمان شده‌اند، نیست.

یکی از مشکلات همراه با ASPECTS، تنوع تغییرات پارانشیم بافت مغز در NCCT است که مطرح‌کننده مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیک متفاوت در ایجاد علائم زود هنگام ایسکمی است. ذکر این نکته مهم است که ASPECTS برای بررسی صدمات لاکونار، ساقه مغزی یا هر حادثه‌ای خارج از محدوده خون‌رسانی MCA مناسب نیست.

منبع : هفته نامه سپید

<http://vista.ir/?view=article&id=348848>



support@vista.ir